

Markt en ziel gaan niet samen

Het behandelen van psychische problemen is een zaak van lange adem

Mensen met een echte psychische stoornis komen niet aan hun trekken bij therapeuten die precies doen wat de verzekeraar wil: niet zeuren, oplossen, betoogt **Jan Derksen**.

Door de marktwerking in de geestelijke gezondheidszorg zijn allerlei centra die psychische stoornissen behandelen als paddenstoelen uit de grond geschoten. Ook het snelgroeijende Psy-Q (NRC Handelsblad, 19 juli). Dat de kwaliteit het loodje heeft gelegd blijkt onder meer uit het feit dat het verleden van de persoon met een stoornis buiten beschouwing wordt gelaten. Snelheid, efficiëntie en controle: daar draait het om.

Psychodiagnostiek en psychopathologie zijn met behulp van de fameuze DSM (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders) verworpen tot classificatie, ordening van de buitenkant zonder enige betekenis voor een diepgaande behandeling en zonder enig inzicht in de werkingsmechanismen van stoornissen. Dezelfde

wetenschappelijke ontwikkelingen hebben behandelprotocollen gefabriceerd die de behandelaar reduceren tot een technicus in plaats van een clinicus. DSM etiketten plakken en een protocol volgen is het adagium, werkt het ene protocol niet dan probeert men het andere. De complexiteit die eigen is aan psychische stoornissen en aan de behandeling is volledig van tafel verdwenen en krijgt ook in de opleiding van jonge professionals nauwelijks een kans.

Behandelingen worden gegoten in de beruchte DBC's (diagnosebehandelcombinaties) waarmee ten onrechte de schijn wordt gewekt dat psychisch stoornissen net zo helder zijn vast te stellen en te behandelen als een blindedarmontsteking.

Zorgverzekeraars profiteren van deze ontwikkelingen, deze spelen hun beleid van bezuiniging, transparantie en controle in de kaart. Zij grijpen, geholpen door de politiek, de macht en schrijven behandelaars toenevend voor hoe ze hun vak moeten uitoefenen.

De psychologen, psychotherapeuten en psychiaters die aan deze ontwikkelingen meewerken en

het moderne jargon van sommige onderzoekers, van veel managers en van alle verzekeraars tot het hunne hebben gemaakt, helpen de kwaliteit verminderen. Hun beroepsidentiteit is door de voorwetenschappelijke fase waarin hun vak verkeert niet sterk genoeg om ze op koers te houden.

De persoon die in de klinische praktijk om hulp vraagt en klachten presenteert die in de tweede of in de derde zitting vaak verwijzen naar een probleem in het leven, naar een dieperliggende zwakke identiteit, naar verstoorde wensen die betrekking hebben op intieme relaties, is de dupe van deze ontwikkeling. Een paniekstoornis zonder agorafobie (een fameus etiket uit de DSM) kan voor de geduldig luisterende clinicus tijdens de tweede zitting een paniekreactie blijken te zijn op een verholde wens van de patiënt om dood te zijn en daarmee verlost van een belastend bestaan. De technicus is dan al druk in de weer met een protocol en verliest het contact met wat echt belangrijk is voor menig patiënt en wat schuil gaat achter de geclassificeerde stoornis.

In de klinische praktijk is de (ouderwetse) psychotherapeut vaak bezig met mensen te helpen

in het leren omgaan met hun leven. Dat kost tijd. In de psychotherapeutische context gebeuren bij voortdurende onverwachte dingen; de patiënt kan zich op allerlei momenten heel anders tonen dan gezien vanuit de DSM classificaties en hierop voortbordurende behandeling voor mogelijk kon worden gehouden. De flexibele psychotherapeut neemt hiervoor de tijd, kan hiermee creatief omgaan en wisselt bijvoorbeeld individuele gesprekken af met partnerrelatiegesprekken, integreert een cliëntgerichte houding met cognitieve technieken, werkt met primaire emoties, toont zich begaan en is een heropvoeder die een corrigerende emotionele ervaring aanbiedt daar waar de vroege hechting problematisch was. Dit alles is strijdig met elk nu bestaand protocol en past in geen enkele DBC en wordt over het hoofd gezien bij elke beperkte diagnostiek.

Het moge duidelijk zijn: de patiënt met een echte psychische stoornis is de dupe.

Prof. dr. J.J.L. Derksen is klinisch psycholoog en ondermeer werkzaam aan de Radboud Universiteit en in een eigen praktijk.