

Psychoanalyse en evidence-based psychiatrie

G. PIETERS

SAMENVATTING De wederzijdse kritiek tussen psychoanalyse en evidence-based psychiatrie berust dikwijls op onvoldoende kennis van de bekritiseerde benadering. Verschillende lijnen van psychoanalytische kritiek op de evidence-based psychiatrie worden hier kritisch belicht. Een toenaadering tussen deze benaderingen lijkt mogelijk en is in ontwikkeling.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 9, 651-658]

TREFWOORDEN evidence-based psychiatrie, psychoanalyse

In een pleidooi voor de invoering van een evidence-based benadering in de psychiatrie noemt Geddes (1996) de psychoanalyse in één adem met een aantal historische voorbeelden van veelgebruikte interventies die niet ondersteund worden door wetenschappelijke bevindingen, zoals leukotomie en insulinecomatherapie. Afgezien van nu en dan een sneer valt echter vooral op hoe de psychoanalyse afwezig lijkt in artikelen over evidence-based psychiatrie.

In psychoanalytische kringen zien we een heftige afkeer van de evidence-based benadering. Ze wordt afgeschilderd als oppervlakkig, niet ethisch, een wapen in de handen van managers die op een concretistische wijze met kwaliteit bezig zijn. Ik meen dat in deze kritiek op elkaar veelal een karikatuur van de bekritiseerde benadering te lijf wordt gedaan.

In deze bijdrage wil ik, na een korte beschrijving van de evidence-based psychiatrie, de kritiek op deze benadering zoals die vanuit de psychoanalyse (meerstemmig) weerklinkt, weergeven en kritisch bespreken. Ten slotte zal ik aangeven hoe reeds een aantal pogingen werden ondernomen om een brug te bouwen tussen psychoanalyse en evidence-based psychiatrie.

EVIDENCE-BASED PSYCHIATRIE

Evidence-based geneeskunde is het oordeelkundig gebruik van wat op dit ogenblik als beste

wetenschappelijke kennis beschikbaar is, bij het nemen van beslissingen over de zorg voor individuele patiënten. Het veronderstelt de integratie van individuele klinische ervaring met de beste externe klinisch-wetenschappelijke kennis uit systematisch onderzoek (Sackett e.a. 1996). Het is een aanpak die de rol van intuïtie en onderliggende (pathofysiologische) mechanismen minder benadrukt bij het klinisch handelen. Externe wetenschappelijke kennis kan de individuele klinische deskundigheid en ervaring ondersteunen, maar niet vervangen. Sackett e.a. (1996) stellen dat deze ervaring tot uiting komt in het meer effectief stellen van diagnoses, en in het meer empathisch rekening houden met het lijden van de patiënt en zijn rechten en voorkeuren bij het nemen van klinische beslissingen. Zonder klinische praktijk of ervaring dreigt de zorg getiraniseerd te worden door externe wetenschappelijke gegevens, die niet altijd relevant zijn bij de zorg voor deze individuele patiënt. Zonder de wetenschappelijke toetsing dreigt de klinische praktijk te verouderen en minder effectief te worden.

Sinds enige tijd wordt gepleit voor een toepassing van de principes van evidence-based geneeskunde op het gebied van de psychiatrie en de geestelijke gezondheidszorg. Om een eind te maken aan de ongelukkige toestand dat therapie-indicatiestelling voornamelijk gebaseerd is op scholenstrijd, werd voorgesteld om weten-

schappelijkheid en pragmatisme als basis van een evidence-based geestelijke gezondheidszorg te introduceren (Pieters 1999, 2000). Evidence-based geestelijke gezondheidszorg noopt tot bescheidenheid. Clinici moeten aanvaarden dat vele belangrijke beslissingen in de praktijk (dienen te) worden genomen met relatieve onwetendheid over hun uitwerking. Uitdrukkelijk wordt gesteld dat het niet mogelijk is om alle handelen in de psychiatrie (evenmin als in de somatische geneeskunde) op wetenschappelijke onderzoeksgegevens te baseren. Dit neemt niet weg dat ook relationele aspecten van de arts-patiëntrelatie wetenschappelijk kunnen worden onderzocht (Stewart e.a. 1999). Waar geen 'evidence' bestaat, zal, naast kenmerken en wensen van patiënt en context, de voorkeur van behandelars een belangrijke rol spelen. Wanneer echter (relevant!) wetenschappelijke gegevens aanwezig zijn, wordt ervan uitgegaan dat het beter is deze te kennen en ze kritisch af te wegen. Van therapierichtlijnen die uit een kritisch overzicht van de literatuur worden gedistilleerd, kan gerust worden afgeweken, maar dan op basis van een goed beargumenteerde keuze.

PSYCHOANALYTISCHE KRITIEK OP EVIDENCE-BASED PSYCHIATRIE

In de kritiek op evidence-based psychiatrie vanuit de psychoanalyse kunnen verschillende richtingen worden onderscheiden. Hier baseren we ons vooral op de door Fonagy e.a. (1998) uitgewerkte *Open door review of outcome studies in psychoanalysis*, waarin vragen over de status van onderzoek binnen de psychoanalyse diepgaand worden besproken, en waarin zeer expliciet wordt ingegaan op de uitdaging die evidence-based geneeskunde vormt voor de psychoanalyse. De twee belangrijkste zienswijzen op problemen van psychoanalytisch onderzoek zijn opgenomen. Enerzijds is er de 'Franstalige visie' van Perron, anderzijds de 'Angelsaksische (empiricistische) visie', verwoord door Fonagy. Deze visies verschillen nogal sterk, waarbij het mij voorkomt

dat eerstgenoemde vooral in België (inclusief Vlaanderen) prevaleert, terwijl laatstgenoemde meer aanhangers kent in Nederland.

Een eerste vorm van kritiek is de meest fundamentele. Hij wordt bijvoorbeeld vertolkt door Bohart e.a. (1998), en komt erop neer dat 'hulp' of 'genezing' niet het belangrijkste doel van psychotherapie is, doch eerder een nevenproduct. Het gevaar is dat daardoor de psychotherapie buiten de geestelijke gezondheidszorg wordt gesitueerd, of, zoals Bohart e.a. (1998) uitdrukkelijk doen, op één lijn wordt gesteld met 'alternatieven voor de traditionele medische zorg'. Widlöcher (1998) meent dat de optie om zich radicaal te onthouden van elke therapeutische pretentie een mogelijkheid is, doch hij meent dat deze niet realiseerbaar en niet wenselijk is.

Een volgende lijn van kritiek vertrekt vanuit een aantal specifieke problemen van effectiviteitsonderzoek: symptoomreductie als onvoldoende (enige) criterium voor verandering, problemen met andere operationalisaties van verbetering en de onmogelijkheid om sommige kwaliteitskenmerken te kwantificeren, de problemen van een beoordeling door een onafhankelijke beoordelaar. Deze kritiek volgt de logica van de evidence-based benadering zelf, en wijst, mijns inziens terecht, op zwakheden van de wetenschappelijke ondersteuning waarop voorstanders van evidence-based psychiatrie steunen. De kritiek van Gomperts (1999) op de depressierichtlijnen van de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie valt binnen deze categorie. Ze mondt uit in een pleidooi voor wetenschappelijke ondersteuning die bijvoorbeeld aandacht heeft voor langetermijnresultaten. Ook Ladan (1998) lijkt zich op deze lijn te bevinden. Vanuit tactisch oogpunt stelt Fonagy (Fonagy e.a. 1998) dat de (terechte) methodologische bedenkingen over 'outcome-research' niet vergeten of genegeerd mogen worden, maar dat het niet zinvol of efficiënt lijkt om er alle aandacht op te richten.

Perron baseert zijn kritiek op een uitgebreide enquête bij Franstalige psychoanalytici. Hij is het in principe eens met het bevorderen van

wetenschappelijk onderzoek om de geloofwaardigheid van de psychoanalyse te versterken, maar kent dergelijk onderzoek een beperkte waarde toe. Vooral tegen effect- en procesonderzoek worden bezwaren geopperd. Gepleit wordt voor 'klinisch onderzoek' volgens de klassieke methode van de gevalstudie (eventueel een aantal gevalstudies). De waarde van deze benadering kan volgens Perron worden afgeleid uit de bruikbaarheid ervan, die door de brede gemeenschap van psychoanalytici wordt erkend. Toegegeven wordt dat dit argument er niet in slaagt niet-analytici te overtuigen. 'Experience shows that it is almost impossible to convince the sceptic if we appeal to experience, general theory, Freud's authority, etc. If we comfort ourselves by pointing out how our opponent's attitude may be a sign of "resistance" against unconscious ideas, the most likely consequence will be the addition of irony to scepticism.'

Fonagy meent dat klinisch onderzoek geen adequate of alleenzaligmakende procedure kan zijn voor psychoanalytische theorievorming. Daarvoor is immers een nauw verband tussen theorie en praktijk nodig, aangepast deductief redeneren over klinisch materiaal en een ondubbelzinnig gebruik van termen. Aan geen van deze drie voorwaarden voldoet de psychoanalyse. De sterke nadruk op het belang van de gevalstudie in de psychoanalyse krijgt van Fonagy speciale aandacht. Hij onderstreept dat de gevalstudie op zichzelf onvoldoende is als onderzoeksmethode en wijst op de noodzaak van replicatie en andere procedures zoals gedetailleerde experimentele studies, anatomische, genetische en neurofysiologische onderzoeken. Over Perrons verwijzing naar de paradox dat (noodzakelijke) betrouwbare observaties de fenomenen die worden geobserveerd zozeer verstoren dat ze onbruikbaar worden, zegt Fonagy dat hij het met deze analyse eens is, maar niet met de conclusies die Perron eruit trekt. Hij toont zich verbaasd over de stelligheid van Perrons analyse. Fonagy meent dat het niet bekend is in welke mate het registreren van psychoanalytische sessies het

psychoanalytisch proces verstoort. Zeker is dat $n = 1$ -verslagen noodzakelijkerwijze selectief zijn, zodat ze wetenschappelijk onbruikbaar dreigen te worden. Hij verwijst daarbij naar de psychoanalytische theorie: 'Our theory tells us that we cannot and should not expect any participant of an interpersonal interchange to be unbiased, to be random in the errors and the omissions they make in their report. I do not think that any psychoanalyst could seriously defend the claim that the mere fact of having participated in an analytic process themselves guarantees lack of bias in their observations.'

Het gebruik van objectieve en systematische procedures, zoals in andere vakgebieden, vindt in de ogen van Perron geen genade. Hij ziet dit 'als een reactieformatie tegen de twijfel en onzekerheid die de analytische kennis meebrengt'. Daarop volgt een obligate sneer naar het 'verouderde (van voor de kwantumfysica daterende) wetenschapsmodel' dat daarbij wordt gehanteerd. Hier gaat het om de vraag of het natuurwetenschappelijke model wel opgaat voor het menswetenschappelijk onderzoeksgebied. Dit thema komt ook aan bod in de Sokalaffaire (Pieters 1998). De Amerikaanse fysicus Alan Sokal publiceerde in 1996 een artikel in het Amerikaanse sociologische tijdschrift *Social Text*, dat de inzet werd van een ware (wetenschapsfilosofische) oorlog. Het artikel was namelijk een vervalsing, volgens de auteur 'een incoherente mish-mash van trendy ideeën, betekenisloze of absurde uitspraken, schermen met namen van autoriteiten en het tentoonspreiden van valse eruditie'. Sokal erkent dat sociale factoren het wetenschappelijke werk medebepalen, doch verzet zich tegen het extreme kennisrelativisme, het postmoderne doortrekken van deze gedachte in de stelling dat alles slechts talige constructie is, zonder onderscheid tussen 'waar' en 'onwaar'. De inhoud van het wetenschappelijk werk, zoals die na gerepliceerde experimenten of metingen tevoorschijn komt, is volgens Sokal niet hoofdzakelijk sociaal bepaald. In dit verband pleit de Belgische fysicus Bricmont (1999) voor een

methodologisch monisme, één methodologie die toepasselijk is voor wetenschappelijk onderzoek, zowel van de materiële als van de immateriële realiteit. Daarbij zijn visuele beelden van het hersenfunctioneren even zinvol te onderzoeken als door introspectie opgeroepen cognities, of de op een systematische wijze beschreven interacties binnen een gezin. Overigens menen moderne wetenschappers dat een attitude die voortdurend alles ter discussie stelt, en dus juist geen zekerheid en geruststelling biedt, de wetenschap kenmerkt.

Deze discussie over wetenschappelijkheid mondt uit in de stelling dat voor de Franstalige psychoanalytici de criteria van de 'harde wetenschappen' niet van toepassing zijn op onderzoek van de klassieke psychoanalyse (op de bank). Volgens Perron geldt dit minder voor psychoanalytische psychotherapieën of psychoanalytische benaderingen in andere settings. Fonagy laat een andere klok luiden: op de vraag of psychoanalyse een wetenschap is, luidt zijn antwoord: 'There can be no question but at the moment psychoanalysis is not a science. It simply does not meet any of the major canons for such activity.' Maar deze auteur meent terecht dat dit niet de grondvraag is. Kan psychoanalyse zich niet tevredenstellen met de plaats die ze nu bezet, ergens tussen wetenschap en kunst? Heel wat wetenschappelijke theorieën zijn immers weinig klinisch relevant. Het probleem is er een van gepercipieerde relevantie. Verder zijn er grenzen aan hoever men kan gaan om aan de criteria van wetenschappelijkheid te voldoen zonder de essentie van de psychoanalyse te verliezen. Liever dan (arbitrair) een aantal criteria uit te kiezen waaraan moet worden voldaan, pleit Fonagy voor een attitudeverandering, het aannemen van een 'wetenschappelijke' cultuur, die hij karakteriseert door de versterking van de 'evidence'-basis van de psychoanalyse. Klinische gegevens vormen een goede basis voor theorievorming, maar volstaan niet om goede van slechte theorieën te onderscheiden. Daarvoor moeten inductieve methoden verlaten worden en moet een beroep

worden gedaan op de moderne methode van informatieverzameling uit sociale en biologische wetenschappen. Verder zal men van globale naar meer specifieke constructen moeten evolueren en leren routinematig rekening te houden met alternatieve verklaringsmogelijkheden. Ook een nauwe samenwerking met andere disciplines en een meer uitgewerkte visie op het belang van sociale invloeden zijn noodzakelijk.

Fonagy stelt een nieuw epistemologisch raamwerk voor de psychoanalyse voor, die haar isolationisme ten opzichte van de neurobiologie en de psychologie moet verlaten. Hij is van oordeel dat de vrees dat psychoanalytische inzichten bedreigd zouden worden door bevindingen uit de neurobiologie ongegrond is. Hij ziet in het tekortschieten van de neurobiologie als enige verklaringbron juist kansen om psychoanalytische inzichten complementair toe te passen. Ook de isolatie ten opzichte van de moderne (cognitieve) psychologie, met zijn steeds sterkere nadruk op empirisch onderzoek en de ontwikkeling van kortdurende effectieve behandelingsvormen neemt Fonagy onder de loep. Enerzijds verwerpt hij een attitude die wetenschappelijke bevindingen afwijst omdat ze niet in overeenstemming zijn met de eigen preconcepties. Anderzijds wijst hij erop dat vele van deze bevindingen vrij gemakkelijk in te passen zijn in de psychoanalytische theorie en deze zelfs ondersteunen. Hetzelfde geldt voor vele recent ontwikkelde kortdurende therapieën: niet alleen zijn vele interventies hierin ook vanuit een psychoanalytisch standpunt te beschrijven, maar ook zijn een aantal zich expliciet cognitief gedragstherapeutisch noemende therapieën zoals Youngs 'schema-focused' therapie volgens de auteur moeilijk te onderscheiden van psychoanalytische therapieën. Fonagy betreurt dat de psychoanalyse niet sterker heeft deelgenomen aan het uitwerken van kortdurende therapieën of therapieën voor specifieke populaties.

Een laatste lijn van kritiek die we hier willen noemen, vertrekt vanuit (vermeende?) onderliggende motieven voor de introductie van een evi-

dence-based benadering in de (geestelijke) gezondheidszorg. Het moge duidelijk zijn dat het (al dan niet terecht) toeschrijven van deze bedoelingen geen argumentatie kan vervangen. Zo wordt verwezen naar economische argumenten, waarbij evidence-based psychiatrie door managers wordt aangegrepen als een besparingsargument. Wie echter hoopt op besparingen zou wel eens geconfronteerd kunnen worden met het feit dat de meest effectieve interventies om de levenskwaliteit van patiënten te verbeteren niet noodzakelijk de goedkoopste zijn. Economische elementen kunnen zeker meespelen bij het maken van keuzen in de zorg, maar vallen buiten de wetenschappelijke argumenten waarnaar in de evidence-based benadering wordt verwezen ...

BRUGGEN TUSSEN PSYCHOANALYSE EN EVIDENCE-BASED PSYCHIATRIE

Het is wenselijk dat psychoanalytici zich in de discussie over evidence-based psychiatrie niet onbetuigd laten. Met een simplistisch empirisme is de geestelijke gezondheidszorg niet gediend. Daarom zijn inspanningen nodig om belangrijke inzichten over relationele aspecten van het therapeutisch handelen op een toetsbare en overdraagbare wijze ter beschikking te stellen van klinici. Een louter defensieve instelling, 'meedoen om niet te verdwijnen', is niet nodig en niet wenselijk. De geestelijke gezondheidszorg heeft een psychotherapeutische benadering broodnodig. Een aantal psychotherapeutische benaderingen zijn wetenschappelijk goed onderbouwd, en hun effectiviteit is overtuigend aangetoond. Behandelwijzen die niet zijn onderzocht, zijn daarom niet onwerkzaam. Evidence-based geestelijke gezondheidszorg kan, zoals andere therapeutische ideologieën, aanleiding geven tot een dogmatisme dat patiënten, met hun lijden en hun verwachtingen, niet ten goede komt. Dat vanuit psychoanalytische hoek gewaarschuwd wordt voor de gevaren van een autoritair gebruik van het weten lijkt me daarom waardevol. Soms echter lijkt het alsof nergens zo veel gevaar

bestaat voor dat autoritaire weten als in de psychoanalyse, terwijl wetenschappelijke toetsing misschien juist bescherming biedt tegen dergelijke 'alwetendheid'. Psychiatrie en psychotherapie, als toegepaste wetenschappen, moeten rekening houden met wat uit de biologie en de psychologie wetenschappelijke status heeft gekregen. Het toegepaste (effect)onderzoek kent overigens nog zeer veel methodologische problemen, zowel in de biologische psychiatrie als in de psychotherapie.

Ook bij psychoanalytici groeit het inzicht dat effectonderzoek onontbeerlijk is (Ladan 1998; Kernberg 1993; Roth & Fonagy 1996). Het moge duidelijk zijn dat daarbij ook andere onderzoeksstrategieën dan gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek een plaats kunnen vinden. Mays en Pope (2000) onderstrepen het belang van kwalitatief onderzoek in de gezondheidszorg en bespreken criteria om de validiteit ervan te beoordelen.

Hoopgevend is de trend naar integratie tussen biologische en psychosociale benaderingen van de realiteit, en een gelijkaardige ontwikkeling tot integratie van gegevens uit verschillende (psychotherapeutische) richtingen (Pieters 2000). Inspanningen van Holmes (1993) om gegevens uit de ontwikkelingspsychologie, met name de hechtingstheorie, in de praktijk van de psychoanalytische therapie te integreren zijn een goed voorbeeld van eerstgenoemde ontwikkeling.

Mahoney (1995) wijst erop hoe cognitieve therapie een belangrijke factor is geworden in de psychotherapie-integratie, doordat daarbij elementen uit de psychoanalyse als 'inhoud' in de gedragstherapie worden binnengehaald. De vernieuwde aandacht in de gedragstherapie voor conflict, onbewuste processen en het geheugen kan in dit verband eveneens genoemd worden. Ook pogingen om neurobiologisch onderzoek en bevindingen uit de genetica met psychotherapeutische visies te verzoenen (Kandel 1998, 1999) zijn daarbij interessant, hoewel (nog) niet geheel overtuigend.

Ten slotte blijft de vraag of een evidence-based benadering de zorg voor patiënten verbe-

tert (voorlopig nog?) grotendeels onbeantwoord. Dit lijkt een interne contradictie. Het moge duidelijk zijn dat bij de uiteindelijke beoordeling van het 'effect' van evidence-based geneeskunde patiënten en hun omgeving een belangrijk aandeel zullen dienen te hebben. Daarom is ons inziens bescheidenheid op zijn plaats, en is het gevaar in grandiositeit te vervallen erg groot. De plaats van de psychoanalyse en de psychotherapie in de geestelijke gezondheidszorg en in de bredere maatschappij is in het geding. Daarbij is de vraag of ook psychoanalytici zich bescheiden willen opstellen, zonder te doen alsof zij de waarheid in pacht hebben, maar pogend deze in een dialoog met patiënten en andere therapeuten te vinden. Een kentering lijkt te hebben plaatsgevonden. In een gastredactioneel in *The International Journal of Psycho-Analysis* spreekt Widlöcher (1998) over de noodzaak van kwaliteitscontrole bij opleiding en praktijk van psychoanalytische therapie. Deze auteur pleit voor een duidelijke omschrijving van doelen en evaluatie van effecten van psychoanalyse en verbindt hier zelfs een ethische component aan. Voor psychoanalytische therapie, die de auteur in de gezondheidszorg situeert, dient de vraag gesteld te worden of ze voor deze patiënt, met zijn probleem, de meest aangewezen behandeling is, alleen of gecombineerd met andere benaderingen.

In hetzelfde tijdschrift beschrijft Holmes (1998) de veranderende doelstellingen van de psychoanalytische psychotherapie. Vanuit een 'integratief perspectief' – de auteur gebruikt de term 'eclecticisme' – wijst hij op de veranderende context waarin de psychoanalytische therapie wordt beoefend, en hoe daardoor de kloof tussen psychoanalytische psychotherapie en niet-analytische therapieën smaller wordt. Bij deze veranderingen beschrijft Holmes een wijziging in doelstellingen van radicale persoonlijkheidsverandering naar beperkte verschuivingen in psychisch evenwicht. Daarnaast noemt hij een bewust zijn van de sociale en financiële context waarin therapie zich afspeelt als een belangrijk element, en stelt hij de vraag of de therapeut

slechts een verplichting heeft tegenover de patiënt die zich aanmeldt voor therapie, of ook rekening dient te houden met een populatie waarvan de behoeften aan psychotherapie van de verschillende leden tegenover elkaar afgewogen moeten worden, zodat aan één iemand een 'eerlijke' hoeveelheid therapie wordt aangeboden. Hij pleit er dan ook voor, zoals Widlöcher, om rekening te houden met gegevens van effectonderzoek, en gaat zelfs verder door de integratie van psychoanalytische psychotherapie met andere psychotherapeutische behandelingen voor te staan.

Addis e.a. (1999) wijden een artikel aan de weerstanden van klinici tegen behandelingsprotocollen en pleiten ervoor deze weerstanden serieus te nemen bij de opleiding van psychotherapeuten. Ze bespreken de bevindingen van psychotherapieonderzoek over de gegrondheid van bezwaren dat protocollen de therapeutische relatie schaden; niet aan de ware behoeften van cliënten tegemoetkomen; de behandeling ongehoofwaardig maken; innovatie tegengaan; plezier in het werk en de professionele identiteit van behandelaars bedreigen en niet haalbaar zouden zijn in klinische settings. Ze zijn van oordeel dat de vraag naar de bruikbaarheid van geprotocolleerde psychotherapie een empirische kwestie is, en bepleiten onderzoek naar de omstandigheden waarin protocollen bruikbaar zijn en hoe ze meer effectief kunnen worden gemaakt. In een commentaar op deze bijdrage belicht Fonagy (1999) de 'onbewuste, infantiele' determinanten van deze weerstanden, die hij typeert als narcistische afweer, bedoeld om het kwetsbare zelfgevoel te beschermen van beroepsbeoefenaars die onder druk staan van patiënten en verzekeraars. Deze auteur schrijft de (relatieve) effectiviteit van cognitieve gedragstherapie toe aan de interne coherentie en de rigueur waarmee ze in onderzoek wordt toegepast, en verzucht dat deze therapievorm, wanneer ze zou worden beoefend in dezelfde sfeer van liberalisme als dikwijls heerst bij het uitvoeren van psychodynamische therapieën, meestal even ineffectief zou blijken.

BESLUIT

Deze bijdrage is een pleidooi voor meer voorzichtigheid bij de aanspraken van evidence-based psychiatrie. In de psychiatrie is een beroep op wetenschappelijke ondersteuning voor het curatief en preventief handelen mijns inziens even noodzakelijk als in de rest van de geneeskunde. Die geneeskunde kan van de (psychoanalytische) psychotherapie heel wat leren: een vertrouwde met de eigen habituele vertekening in percepties en de interpretatie daarvan; het structureren, handhaven en begrenzen van behandelingsituaties; het systematisch hantieren van de therapeut-patiëntrelatie.

Niet alleen huldigen we een te statische visie op wetenschappelijke kennis, waarbij we dreigen te vergeten dat deze altijd voorlopig en dikwijls voorwaardelijk is. Te gemakkelijk gaan we ervan uit dat overeenstemming bestaat over welke kennis 'wetenschappelijk' kan worden genoemd (Pieters 1998). Allerlei buitenwetenschappelijke elementen spelen bijvoorbeeld een belangrijke rol bij het bepalen van welke onderzoeksgegevens gepubliceerd worden.

Binnen de psychoanalyse bestaat een stroming die bereid lijkt zich binnen een evidence-based benadering in de psychiatrie te vestigen, en dit niet enkel om tactische redenen. Deze groep vreest niet de eigenheid van een psychoanalytische benadering te verliezen. De sceptische, kritische basisattitude, die ons inziens kenmerkend is voor de evidence-based benadering, is compatibel met de basishouding van psychoanalytische therapeuten. De psychiatrische praktijk heeft behoefte aan (en profiteert nog te weinig van) de verworvenheden van psychoanalyse en experiëntiële psychotherapieën.

We eindigen met een verwijzing naar de verrassende resultaten van de 'citation index study' (Fonagy 1996), waarbij bleek dat de daling over de jaren van de citation index van psychoanalytische publicaties vooral te wijten was aan het feit dat deze studies minder worden geciteerd in de ... psychoanalytische vakliteratuur. Dit zou kun-

nen wijzen op een vaak over het hoofd gezien 'eigen aandeel' van de psychoanalyse in haar tanende invloed in de psychiatrie. Mogelijk kan een meer evidence-based benadering de fragmentatie van de psychoanalytische wetenschapsbeoefening mee verhelpen.

LITERATUUR

- Addis, M.E., Wade, W.A., & Hatgis, C. (1999). Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 430-441.
- Bohart, A.C., O'Hara, M., & Leitner, L.M. (1998). Empirically violated treatments: Disenfranchisement of humanistic and other psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 8, 141-157.
- Bricmont, J. (1999). Enige bedenkingen over epistemologie en de menswetenschappen. In G. Pieters (red.), *Haalt de psychotherapie de 21ste eeuw? Reflecties over psychotherapie en wetenschap* (pp. 17-36). Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Fonagy, P. (1996). The future of an empirical psychoanalysis. *British Journal of Psychotherapy*, 13, 106-118.
- Fonagy, P. (1999). Achieving evidence-based psychotherapy practice: A psychodynamic perspective on the general acceptance of treatment manuals. Commentary on 'Barriers to dissemination of evidence-based practices: Addressing practitioners' concerns about manual-based psychotherapies.' *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 442-444.
- Fonagy, P., Kächele, H., Krause, R., e.a. (1998). An open door review of outcome studies in psychoanalysis. Report prepared by the Research Committee of the IPA at the request of the president. Internet, <http://www.ipa.org.uk/research/complete.htm>.
- Geddes, J. (1996). On the need for evidence-based psychiatry. *Evidence-Based Medicine*, 1, 199-200.
- Gomperts, W. (1999). De kortzichtige eenvoud van het depressieprotocol. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 87-103.
- Holmes, J. (1993). *John Bowlby and attachment theory*. London: Routledge.
- Holmes, J. (1998). The changing aims of psychoanalytic therapy: An integrative perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 227-240.
- Kandel, E.R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 155, 457-469.
- Kandel, E.R. (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. *American*

- Journal of Psychiatry*, 156, 505-524.
- Kernberg, O.F. (1993). Discussion: Empirical research in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 41 (suppl.), 369-380.
- Ladan, A. (1998). Moderne landbouwmethoden en de depressieve mens. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 4, 46-47.
- Mahoney, M. (1995). *Constructive psychotherapy: Principles and practice*. New York: The Guilford Press.
- Mays, N., & Pope, C. (2000). Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *British Medical Journal*, 320, 50-52.
- Pieters, G. (1998). Science wars. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 40, 65-67.
- Pieters, G. (1999). Evidence-based geestelijke gezondheidszorg en de kunst van het motoronderhoud. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 29, 85-92.
- Pieters, G. (2000). Psychotherapie en psychiatrie. Een pleidooi voor zelfbewuste bescheidenheid. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 56, 566-575.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom?* New York/London: The Guilford Press.
- Sackett, D., Rosenberg, W., Gray, J.A., e.a. (1996). Evidence-based medicine: What it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, 71-72.
- Stewart, M., Brown, J., Boon, H., e.a. (1999). Evidence on patient-doctor communication. *Cancer Prevention & Control*, 3, 25-30.
- Widlöcher, D. (1998). Quality control, condensed analysis and ethics. *International Journal of Psycho-Analysis*, 79, 1-11.

AUTEUR

G. PIETERS is diensthoofd gedragstherapie, Universitair Centrum Sint-Jozef, en hoofdgeneesheer Universitair Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg Leuven.
Correspondentieadres: G. Pieters, UC Sint-Jozef, Leuvensesteenweg 517, B-3070 Kortenberg.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 7-2-2000.

SUMMARY

Psychoanalysis and evidence-based psychiatry – G. Pieters – Mutual criticism of psychoanalysis and evidence-based psychiatry is often due to a lack of knowledge of the approach criticised. Different forms of psychoanalytical objection to the evidence-based approach in psychiatry are critically reviewed. A rapprochement between these approaches seems possible and may already be on its way.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 42 (2000) 9, 651-658]

KEYWORDS evidence-based psychiatry, psychoanalysis