

# Evidence-based psychiatrie biedt vooral nadelen voor de patiënt

H. VAN HOORDE

Zoals ze in de titel wordt aangereikt, is deze stelling onverdedigbaar door de contradicties en paradoxen die ze bevat. Merkwaardig genoeg pleiten diezelfde paradoxen precies, niet voor de juistheid van de stelling, maar voor een belangrijke mate van waarheid die ze op een weliswaar ongenueanceerde wijze toch onder de aandacht brengt. Een *analyticus* is zoiets niet vreemd. Die knelpunten zijn: '(de) psychiatrie' en 'de patiënt'. Wie het heeft over 'evidence-based psychiatrie' veronderstelt stilzwijgend één corpus, de psychiatrie. Echter, evenmin als 'de patiënt' bestaat 'de psychiatrie'. Beide begrippen zijn hersenschimmen, schrijftafelconstructies, in het beste geval didactische vereenvoudigingen voor wie weet dat hij om snel te gaan nuances moet uitgummen, in het slechtste geval ideologische constructies om het denken van psychiaters en psychotherapeuten in een mal te wringen waar elke subjectiviteit uit gebannen is. Maligheid dus.

*De psychiatrie* Psychiatrie is als klinische wetenschap (Mooij 1989) een verdeeld werkveld met twee hellingen: de medische kliniek van het teken aan de ene en de luisterende kliniek van de betekenaar aan de andere zijde (Van Hoorde 1992). Al te zeer vereenvoudigend, kan men stellen dat het bij het teken gaat om de klassieke psychiatrische semiologie en bij de betekenaar om het levensverhaal en het vertoog van het subject met de daarin oprijzende significante termen. Beide hellingen zijn onafscheidelijk en de eerste uit zich, als ze meer dan de tweede aan de orde is, in zeer grote mate langs de tweede. Dit wil zeggen dat psychiatrie een praxis van het woord is, zelfs als de psychiater zich van technische en far-

maceutische hulpmiddelen bedient. Elke poging deze twee-eenheid ten voordele van één van beide elementen te verbreken, getuigt van onduldbaar reductionisme (Van Hoorde 2000). Als men het over 'de psychiatrie' heeft, moet men deze breuk in het werkveld steeds indachtig zijn: hierin onderscheidt ze zich als discipline van de somatische geneeskunde.

*De patiënt* Wat 'de patiënt' betreft, wijs ik erop dat wie zich bij een psychiater meldt, niet gezien mag worden als object in een cohort, in een eindeloze rij te classificeren individuen. Het gaat wel degelijk om een subject dat zich met zijn of haar lijden tot een consulent richt. Dit subject is per definitie particulier en deze particulariteit tekent uiteraard zijn lijden dat ingeschreven is in een levensloop. Elk subject heeft daarom recht op zijn verhaal. Als men dit verhaal niet meer kwijt kan bij een psychiater, dan rijst levensgroot de vraag: bij wie dan wel? En zelfs: waartoe dienen psychiaters dan nog wel?

*Verhaal of vragenlijsten?* Een klinisch vignet mag dit illustreren. Ik ontvang een meisje van zeventien. Zij praat eerst wat verlegen, dan vlotter over de problemen die zij in haar leven ondervindt, hoe mank de relatie met haar ouders loopt en dies meer. In dit verhaal vallen onmiddellijk aandachtspunten op die ongetwijfeld van belang zullen zijn voor de verdere aanpak. Ik ga niet op de inhoud in – daar gaat het hier niet om – het gaat erom dat ik de zoveelste ben in de rij bij wie dit meisje terecht komt op verzoek van haar ouders. Op de vraag of haar verhaal bij de vorige consulent bekend was, blijkt dat er niet over ge-

sproken werd en dat tot ademhalingsoefeningen werd overgegaan na het invullen van vragenlijsten. Dit vind ik ongehoord. 'Vragenlijsten?' 'Ja, van het type 'ik voel mij soms angstig, ik heb het soms moeilijk in het contact met andere mensen', enz.' bevestigt deze patiënte met een glimlach van herkenning. Maar haar verhaal kon zij daar dus niet kwijt, haar behoefte aan spreken werd onder de mat van de gestandaardiseerde aanpak geveegd. Dit roept de metafoor op van de 'protocollslaven' die Lauteslager (2006, p. 351) hanteert.

*Evidence-based uniformering?* De gestandaardiseerde aanpak brengt mij vanzelf op het onderwerp van de *evidence-based medicine*. De naam zelf laat raden dat dit voor een deel van de psychiatrie wellicht nuttig of zelfs nodig is. Meer bepaald het deel dat ik de kliniek van het teken noemde. Het voorschrijven van farmaceutische middelen bijvoorbeeld kan toch maar het beste verlopen volgens de recentste wetenschappelijk verantwoorde informatie. Hetzelfde geldt voor psychotherapeutische ingrepen. Alleen moet de 'evidence' voldoende betrouwbaar zijn en gehaald worden waar ze te vinden is (Lauteslager 2006; Turner e.a. 2008; Whittington e.a. 2004). Dit wil zeggen: die informatie waarvoor voldoende betrouwbare bewijzen zijn verzameld en die door een betrouwbare instantie wordt verstrekt. Dit laatste is niet zonder belang, maar in dit korte bestek kan ik daar niet op ingaan.

'EBM' beperkt zich echter niet tot het aspect bewijslast, maar streeft ook naar het opstellen – en opleggen? – van protocollen, beslissingsbomen en dergelijke meer. Wie 'protocollen' zegt, zegt meteen ook een 'gestandaardiseerde benadering van de patiënt'. En dat is iets wat in 'de' psychiatrie mijns inziens niet kan en zelfs niet mag. Dit kan immers een wijze zijn om de laatste toevlucht van het subject te versperren en een ontoelaatbare, zeer ongewenste uniformering door te drukken. Deze benaderingswijze is meteen ook een pantser tegen de angst van de therapeut in zijn praktijk. De klinische houding is niet dezelfde als die in wetenschappelijk onderzoek.

Als de principes van de 'evidence-based medicine' klakkeloos worden toegepast op 'de' psychiatrie, dit wil zeggen zonder aandacht te hebben voor de kliniek van de betekenaar en voor het levensverhaal, biedt dit nadeel voor 'een' patiënt omdat die als subject miskend wordt en als object van medische manipulatie op een eindeloos parcours gestuwd wordt, een parcours dat woordeloze pathos mag heten.

## LITERATUUR

- Hoorde, H. Van (1992). *Psychiatrie en psychoanalyse: scheiding van tafel en bank?* Gent: Idesca.
- Hoorde, H. Van (2000). *Psychiatrie en psychoanalyse: toetsing van een egestelling*. *Tijdschrift voor Psychoanalyse*, 6, 168-177; *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 685-692.
- Lauteslager, M. (2006). *Het evidence-beest heeft kuren, gebruik en misbruik van EBP, RCT- en EST-methodologie*. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 32, 347-366.
- Mooij, A.W.M. (1989). *De psychische realiteit, over psychiatrie als wetenschap*. Amsterdam/Meppel: Boom.
- Turner, E.H., Matthews, A.M., Linardatos, E., e.a. (2008). *Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy*. *The New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.
- Whittington, C.G., Kendall, T., Fonagy, P., e.a. (2004). *Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data*. *The Lancet*, 363, 1341-1345.

## AUTEUR

H. VAN HOORDE is vrijgevestigd psychiater-psychoanalyticus te Gent en docent aan de Universiteit Gent, Vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie, Gent.  
Correspondentieadres: prof.dr. H. Van Hoorde, Universiteit Gent, Vakgroep Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie, Henri Dunantlaan 2, B-9000 Gent, België.  
E-mail: hubert.vanhoorde@ugent.be.

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 14-2-2008.

TITLE IN ENGLISH The patient is unlikely to benefit from evidence-based psychiatry