

Psychologie als moreel bedrijf, psychotherapie als disciplineren?¹

Paul Verhaeghe

SAMENVATTING

Het doel van een psychotherapie wordt bepaald door de achterliggende mensvisie. De dominante opvatting is een hedendaagse versie van 'l'homme-machine' (De la Mettrie), waarbij stoornissen deelaspecten van het individu betreffen, zonder rekening te houden met de impact van de omgeving. De DSM-diagnostiek illustreert dat mensbeeld ten overvloede. Binnen een neoliberale maatschappij hoort de mens een efficiënte productiemachine te zijn, en is het doel van de psychotherapie het bijdragen tot of herstellen van die productiecapaciteit. Als deze trend verder doorgang vindt, wordt psychotherapie synoniem van disciplineren.

Inleiding

Vandaag moet alles efficiënt en evidence-based zijn, ook psychotherapie. De implicatie daarvan is onder andere dat we moeten evalueren in welke mate een behandeling haar doel bereikt. De hamvraag daarbij, waaraan de universitaire psychologie te vaak voorbijgaat omdat academici doorgaans het antwoord menen te kennen, betreft het doel van een psychotherapie. Wat willen we bereiken, wat willen we veranderd zien? Dat is absoluut geen makkelijke vraag, omdat ze samenhangt met twee achterliggende visies.

Psychologische praktijk als uiting van een achterliggende mens- en wetenschapvisie

De eerste visie betreft deze op de aard van de problemen waarvoor iemand op consultatie komt. Beschouwen wij de klachten van onze patiënten als aanwijzingen voor onderliggende, ruimere problemen, of beschouwen we die klachten als het probleem 'tout court'? In het laatste geval is de behandeling effectief als de symptomen verdwenen zijn, wat niet het geval is bij het eerste antwoord, waar we ons niet kunnen beperken tot die problemen, vaak zelfs niet tot het individu, en veel ruimer moeten gaan kijken.

Onmiddellijk aansluitend bij deze vragen, botsen we op een nog veel ruimer probleem: vanuit welk mensbeeld werken wij? Beschouwen we de mens hoofdzakelijk als een individu of als een sociaal dier? Als een rationeel-cognitief wezen met een groot leervermogen, waarbij af en toe iets verkeerd loopt? Of als een driftmatig wezen wiens verlangens innerlijke conflicten veroorzaken? Afhankelijk van de manier waarop men de mens en zijn problemen begrijpt, kunnen er heel verschillende opvattingen ontstaan over het doel van een behandeling. Het is bijgevolg onmogelijk om te spreken over 'de' psychotherapie, of zelfs over 'de' klinische psychologie.

Het belang van deze vraagstellingen wordt te vaak ontkend. Dat is te zeggen: als psychoanalyticus benoem ik dit als een ontkenning, terwijl nogal wat 'scientists-practitioners' ervan uitgaan dat dergelijke vragen overbodig geworden zijn. Volgens hen is psychotherapie vandaag een wetenschappelijk onderbouwde discipline, gebaseerd op de empirische cyclus, en hoort dat soort discussies thuis in het museum. Wie een dergelijke stelling verkondigt, doet dat altijd met een overduidelijke zekerheid, waarbij andersdenkenden met een zekere meewarigheid bekeken worden. Waarbij de overtuigden vergeten dat ze daarmee een zeer enge betekenis van wetenschap verwoorden, die binnen de wetenschapsfilosofie zwaar onder vuur ligt.² In die betekenis gaat men ervan uit dat wetenschap een bijna perfect spiegelbeeld biedt van de werkelijkheid, en dat er bijgevolg maar één juiste wetenschap bestaat. Op grond van die ene ware wetenschap gaat men vervolgens wetenschappelijk onderbouwde methoden aanwenden om de werkelijkheid wat bij te sturen daar waar zij, als werkelijkheid, afwijkt van wat ze werkelijk moet zijn. Let op de cirkelredenering die daarin besloten ligt.

Deze opvatting, die door veel aan de universiteit werkzame psychologen gedeeld wordt, krijgt evenwel flink wat kritiek binnen de wetenschapsfilosofie. Epistemologisch beschouwd, vertrekt elke wetenschap bij een voorwetenschappelijke en dus axiomatische visie op de werkelijkheid. Die is steeds tijd- en plaatsgebonden, en kan, als uitgangspunt, nooit voldoen aan de criteria van de wetenschap zelf. Dat wil zeggen: als axioma is ze niet objectief en niet wetenschappelijk gefundeerd, het zijn te aanvaarden uitgangspunten om haar versie van onderzoek te funderen. In het geval van de menswetenschappen gaat dat nog een flink stuk verder, omdat de menswetenschappen ook vertrekken van een bepaald mensbeeld. Dat mensbeeld gaan ze vervolgens bevestigen door de daaruit voortvloeiende praktijk, waardoor de overtuiging inzake het eigen gelijk nog toeneemt.

De consequentie daarvan is duidelijk: als we de vraag stellen naar de plaats van psychotherapie en gezondheidszorg in de 21ste eeuw, dan kunnen we die onmogelijk beantwoorden zonder de vraag te stellen naar de dominante mensvisie en de daarbij aansluitende dominante wetenschap. En vervolgens moet elke psychotherapeut zich de vraag stellen of hij of zij zich daarin herkent, of dat aansluit bij zijn of haar mensvisie.

Welke mensvisie domineert er vandaag?

Een operationele manier om zicht te krijgen op een mensvisie die dominant is, bestaat erin na te kijken wat men in hetzelfde tijds kader als afwijkingen beschrijft. Immers, die worden steeds gedacht vanuit de ideale mens. De DSM, als meest gebruikt diagnostisch handboek, is op dat vlak zeker bruikbaar.

Het is niet zo moeilijk om vast te stellen dat zo ongeveer alle DSM-labels drie lagen bevatten: een psychologische, een sociale en een medische. De psychologische is de zichtbare buitenkant, in die zin dat de diagnostische criteria mentale en gedragsmatige kenmerken beschrijven ('lijkt vaak niet te luisteren', 'affectief instabiel'). Het sociale aspect ligt meer verborgen, paradoxaal genoeg onder het meest voorkomende woord in het DSM-handboek, meer bepaald het woordje 'te' in alle denkbare varianten. Zo bevat de omschrijving van de borderline persoonlijkheidsstoornis er een tental, telkens met de boodschap dat een bepaald kenmerk of gedrag te veel of te weinig aanwezig is. Begrijp: te veel of te weinig in functie van een impliciete sociale norm op basis waarvan de diagnosticus intuïtief moet aanvoelen wat nog acceptabel is en wat niet. Het derde aspect, het medische, is niet veel meer dan een veronderstelling gebaseerd op het ziektemodel, ondanks het ontbreken van overtuigend wetenschappelijk bewijs. Vandaar de kritiek van de British Psychological Society, die stelt dat de DSM-criteria voornamelijk een weerspiegeling bieden van de huidige normatieve sociale verwachtingen, terwijl er nauwelijks aanwijzingen zijn voor biologische oorzaken.³ Samengevat luidt de rationale van de labeldiagnostiek als volgt: een psychologisch of gedragsmatig kenmerk komt te veel of te weinig voor, dit is sociaal onaanvaardbaar, waarbij men stilzwijgend aanneemt dat de oorzaak in het organische ligt. Een dergelijke diagnostiek heeft dan ook een heel duidelijk effect op het behandelingsdoel: dat teveel moet weggesneden worden, dat te weinig moet aangevuld worden zodat de patiënt weer beantwoordt aan de sociale normen. Begrijp: aan de achterliggende mensvisie. Binnen deze diagnostische benadering is het bijgevolg des te belangrijker een goed zicht te krijgen op dat bijbehorende mensbeeld.

Aangezien een mensbeeld steeds moreel beladen is, ga ik te rade bij een moraalfilosoof. In 1981 schreef Alasdair MacIntyre (2007) dat de moderne mens afgewogen wordt aan een nieuwe morele norm, met name effectiviteit. En hij voegde er toen al aan toe dat er twee nieuwe hogepriesters zijn die deze morele norm bewaken: de manager en de psychotherapeut. Dat geeft ons meteen een belangrijk idee van het huidige mensbeeld. Het is een herneming van een heel oude opvatting, meteen het zoveelste bewijs dat de geschiedenis zich herhaalt: de mens als machine, 'l'homme machine' van de Franse materialistische verlichtingsfilosoof Julien Offray De la Mettrie uit de 18de eeuw. Vandaag is dat verbijzonderd tot de mens als productiemachine die zo efficiënt mogelijk een output moet leveren en daarop voortdurend gecontroleerd wordt. En net zoals elke machine kan ook de mens kapotte onderdelen of functies hebben, die vervolgens elk afzonderlijk hersteld moeten worden.

Dat ondertussen zelfs postmoderne mensbeeld past binnen een allesomvattende ideologische verandering, waarvan we de gevolgen nu pas beginnen te beseffen. Het klassiek humanistische wereld- en mensbeeld, met zijn religieuze en vrijzinnige varianten, werd vanaf 1980 vervangen door een neoliberal discours, dat in pakweg één generatie een 'pensée unique' werd. Het dominante karakter daarvan heeft voor ons vakgebied serieuze gevolgen: het dwingende mensbeeld heeft ondertussen een andere identiteit bewerkstelligd, met andere sociale verhoudingen en andere normen en waarden. Het tweede gevolg sluit daarbij aan: we hebben vandaag ook andere problemen en andere stoornissen. Het derde en belangrijkste gevolg is dat onder invloed van het neoliberale discours niet alleen de diagnostiek maar ook de psychotherapie ingrijpend gewijzigd is, en we beseffen dat nauwelijks.

Onze huidige identiteit is het product van de dominante spiegel die ons al dertig jaar voorgehouden wordt. Kort samengevat kan ik de vandaag heersende overtuiging als volgt verwoorden: *Mensen zijn competitieve wezens die vooral uit zijn op hun eigen profijt. Als dit maatschappelijk gekaderd wordt, dan is dat in het voordeel van ons allemaal, want iedereen zal in die competitie zijn uiterste best doen om aan de top te geraken. Daardoor krijgen we dan betere producten en een efficiëntere dienstverlening binnen een eengemaakte wereldmarkt. Bovendien hangt het slagen of mislukken van een individu binnen die competitie volledig af van diens eigen inspanningen, en is iedereen bijgevolg zelf verantwoordelijk voor het eigen succes of de eigen mislukking. Vandaar dat onderwijs heel belangrijk is, want onze wereld is een razendsnel evoluerende kenniseconomie die hoogopgeleide mensen met flexibele competenties vraagt. Eén diploma hoger onderwijs is goed, twee is beter en levenslang leren een must, iedereen moet blijven groeien. Immers, de competitie is bikkelhard, vandaar ook de dwingende noodzaak van functioneringsgesprekken en constante evaluaties, dit alles geleid door de onzichtbare hand vanuit een centraal management.*

Dat is de korte samenvatting van het grote verhaal dat vandaag onze maatschappij beheerst en bijgevolg onze identiteit vormt. Dat betekent dat het niet alleen onze identiteit determineert, maar ook onze verhouding tegenover de anderen en de daarbij gehanteerde normen en waarden. Wat dat laatste betreft: het neoliberale verhaal produceert zijn eigen uitgangspunt, met name een universeel egoïsme. Iedereen moet er geraken, moet beter zijn dan de ander, die sowieso een concurrent is. Niemand is te vertrouwen, iedereen is enkel op eigen profijt uit. Snelheid en flexibiliteit zijn een must, en bovendien moet iedereen zichzelf voortdurend promoten. En er is slechts één criterium voor succes: carrière en geld.

Elke maatschappij creëert haar eigen afwijkingen

Terug naar ons vakgebied. De geschiedenis toont hoe elke maatschappij de afwijkingen krijgt die ze verdient. De victoriaanse maatschappij produceerde seksueel gefrustreerde burgers, met hysterie en dwangneurose als uitvergrotingen daarvan. De neoliberale economie produceert ADHD-individen die van de ene job én partner naar de andere hoppen, met als afval een steeds groter wordende groep mensen die zich mislukt voelen: depressies, burn-outs, sociale angst vermomd als autisme, persoonlijkheidsstoornissen.

Dat deze stortvloed aan problemen een product is van het huidige maatschappelijke bestel, wordt binnen ons vakgebied bijna nergens gezegd, ondanks de lippendienst aan de empirische evidence-based aanpak. Op grond van de DSM-diagnostiek overheerst vandaag het ziektemodel in de psychiatrie, met daarbinnen een merkwaardige trend: symptomen – bijvoorbeeld een tekort aan aandacht en een teveel aan activiteit – worden benoemd als ‘stoornis’, waardoor ten eerste de indruk ontstaat dat deze problemen medisch van aard zijn en ten tweede dat we de oorzaken kennen. Beide stellingen zijn onbewezen, maar dat wordt gecamoufleerd via het gebruik van goed bekende afkortingen, zodat het moeite kost om deze schijnverklaringen te ontmaskeren. Even een vergelijking: iemand die last heeft van hoge koorts (HK) en veel zweten (VZ), diagnosticeren we in dit model als iemand die aan HKVZ lijdt. Vervolgens stellen we dat die arme man toch zoveel last heeft van koorts en zweten, omdat hij aan HKVZ lijdt. Net zoals iemand te weinig aandacht heeft (AD) en te druk is (HD) omdat hij ADHD heeft. Een beschrijving wordt voorgesteld als oorzaak van wat er

beschreven wordt. Dergelijke cirkelredeneringen zijn legio in de huidige versie van het DSM-ziektemodel, waardoor er een illusie van wetenschappelijkheid ontstaat en – vooral – waardoor de problemen losgekoppeld worden van hun sociale context.

Nochtans zijn er meer dan voldoende argumenten voor het verband tussen maatschappelijke organisatie en de huidige psychologische problemen, op grond waarvan we die stoornissen veel correcter kunnen benoemen als psychosociale problemen. Dat verband werd wetenschappelijk onweerlegbaar aangetoond door Richard Wilkinson en Kate Pickett. Als maatstaf voor het neoliberalisme nemen zij de inkomensverschillen, de zogenaamde loonspanning binnen een stad, een regio of een land. Zij gebruiken dat als onafhankelijke variabele, omdat het ondertussen bekend is dat inkomensverschillen onder een liberaal beleid spectaculair toenemen. Vervolgens gaan ze het verband na met algemeen erkende biopsychosociale gezondheidsindicatoren. Hun conclusies spatten grafiek na grafiek van het papier: hoe groter de inkomensongelijkheid in een land of regio, hoe meer mentale stoornissen, hoe meer medicatiegebruik, hoe meer tienerzwangerschappen, kindersterfte, agressie (zowel in de huiskamer als op straat), criminaliteit, drugs- en medicijngebruik. Hoe meer ongelijkheid, hoe slechter de lichamelijke gezondheid, de onderwijsresultaten, de sociale mobiliteit en het veiligheidsgevoel.

Het huidige maatschappelijke model bepaalt niet alleen de toename van de psychosociale problemen, maar ook de aard ervan. De dwingende gezondheidsnorm heet ‘succes’, met een bijbehorende verplichting tot genieten in de vorm van consumeren. Bovendien moet iedereen zichzelf kunnen verkopen, bijgevolg is bescheidenheid niet langer een deugd maar een afwijking. De ander is daarbij altijd een concurrent, zodat iedereen zo assertief mogelijk moet zijn. Sommigen beantwoorden zo goed aan het ideaalbeeld dat ook zij gestoord worden. De verplichting om te genieten kent haar uitglijders in seksverslaving, boulimie en natuurlijk koopverslaving. Psychopathische karaktertrekken zijn in het bankwezen zeer efficiënt, maar voorbij een bepaalde grens worden ze een niet-behandelbare afwijking. Hetzelfde geldt voor het manager-zijn-van-jezelf; de overdreven versie heet narcistische persoonlijkheidsstoornis. In al die gevallen is de grens tussen ‘geslaagd’ en ‘gestoord’ vrij dun.

Als succes het criterium is voor een normale identiteit, dan wordt falen het symptoom van een gestoorde identiteit. De pijnlijkste toepassing is die bij kinderen, bij wie tegenwoordig vrijwel alle stoornissen te maken hebben met falen op school. Telkens opnieuw tonen diagnostische criteria de keerzijde van de hooggespannen sociale verwachtingen waaraan onze kinderen moeten voldoen. Bij de volwassenen vinden we dan angst en depressie op het vlak van stemmingsstoornissen, en alles wat opgeborgen wordt onder de noemer borderline.

Dit verband tussen maatschappelijke organisatie en individuele problemen dringt tot vandaag niet of nauwelijks door tot de dominante wetenschappelijke psychologie. De diagnostiek aansluitend bij het ‘l’homme-machine’-mensbeeld verplicht psychologen te blijven denken in termen van stoornissen – begrip: iets wat enkel met (bepaalde onderdelen of functies van) het individu te maken heeft en wat we snel en efficiënt moeten verhelpen zodat alles terug naar behoren functioneert.

Zoals wel vaker het geval is, loont het de moeite even stil te staan bij de etymologische betekenis van een woord. We hebben het over diagnostische categorieën. ‘Categorie’ gaat terug op het klassiek Griekse *katēgoria*, met de volgende verrassende betekenis: publiek beschuldi-

gen. De psychodiagnostische DSM-classificatie is een ordening waarmee mensen via labels beschuldigd en afgevoerd worden. Zelf voelen zij dat feilloos aan, getuige de manier waarop onze kinderen die labels als scheldwoorden gebruiken ('Autist!'). Zo roept 'borderline' bijna onmiddellijk het idee op van een moeilijke, vervelende patiënt en belet de DSMbilisering ons te denken in termen van complexe posttraumatische stressproblematiek waarin de omgeving een doorslaggevende rol gespeeld heeft.

De behandeling zal zich in nagenoeg alle gevallen dan ook uitsluitend richten op het gestoorde individu, met als doel de aanpassing van dat individu, zodat hij weer aan de slag kan. Als illustratie iets wat er op het eerste gezicht minder mee te maken heeft, een recente uitspraak van de eurocommissaris voor Gezondheid Borg (ik citeer in vertaling): "Roken vermindert de productiviteit, het schaadt de economie. Ik ga binnenkort naar Griekenland, waar 40% van de mensen rookt. Dat is een kostenfactor waarover gepraat moet worden."⁴ Meer tragische voorbeelden vinden we in het Verenigd Koninkrijk, waar een paar jaar terug een pleidooi gehouden werd voor psychotherapie, omdat het toegenomen aantal depressies een bedreiging voor de economie vormt.⁵ En niet te vergeten, bij ons in Vlaanderen, waar een officieel rapport in januari 2012 het volgende meldde: "Zelfdoding kost Vlaanderen 600 miljoen euro per jaar, wat een ernstige bedreiging vormt voor onze economie" (geciteerd in *De Standaard*, 21 januari 2012). Iedereen verplicht gezond in functie van een goed presterende markt, dat is de onderliggende boodschap. En wie ziek wordt, heeft 'zijn verantwoordelijkheid' niet genomen. Dat idee ligt in toenemende mate aan de basis van de medische en de psychiatrische gezondheidszorg. Op structureel vlak – ik heb het niet over de hulpverleners zelf – is deze zogenaamde zorg meer en meer een disciplinerende, waarbij de cliënten (ze mogen niet meer 'patiënt' heten) zo snel mogelijk weer in de pas moeten lopen; begrijp: weer productief moeten zijn.

Psychotherapie evolueert naar disciplinerende

Hoe kunnen we die verschuiving van behandeling naar disciplinerende begrijpen, en waarom komt daar vandaag, in vergelijking met pakweg dertig jaar geleden, zo weinig reactie tegen? Tot de jaren 1970 was de psychiatrische praktijk uitdrukkelijk disciplinerend en maatschappijbestendig. De toenmalige jonge psychotherapie ging daar frontaal tegen in en koos radicaal de kant van het individu, tegen de al te patriarchale maatschappij, waarvan de toenmalige klas-sieke psychiater een vertegenwoordiger was. Daarbij moeten we opmerken dat patiënten in die periode een stevige, starre identiteit hadden en vastzaten in een keurslijf van conservatieve normen en waarden. Zij illustreerden een uitspraak van Freud: mensen worden neurotisch omdat ze moreel te hoogstaand willen zijn. De toenmalige psychotherapie hielp hen afstand te nemen van die al te strakke normen en de daaruit voortvloeiende gevoelens van schuld en schaamte. Ondertussen leven we in een volledig andere maatschappij. De huidige mens is opgegroeid in een zeer onstabiele omgeving, waarin zo ongeveer alles mag en kan, met genieten en consumeren als verplichting. De adder onder het gras is dat iedereen het zelf moet maken, waarbij mislukking wijst op een stoornis of gebrek aan verantwoordelijkheid. Net zoals in het victoriaanse tijdperk zijn ook deze stoornissen afwijkingen van de voorgehouden ideale identiteit. En ook nu roept men de therapeut ter hulp; niet om een overmaat aan moraal te temperen, maar veeleer om de kapotte mens-machine op te kalefateren en opnieuw in te schakelen in het productieproces.

Dat betekent dat ons vakgebied zich vandaag op een hellend vlak bevindt. We zijn erg snel aan het afglijden naar een praktijk waarin diagnoses als vangnetten functioneren ter sociale controle en waarin behandeling neerkomt op economische disciplineren. Psychiater en psychotherapeut worden aldus de nieuwe morele autoriteiten die in naam van de wetenschap opleggen hoe de mens zich moet gedragen in functie van een dominant maatschappelijk model. Is dat het doel van psychotherapie? Die vraag wordt nog belangrijker als we zien dat een dergelijke aanpak in toenemende mate met het gebruik van medicijnen gepaard gaat.

Besluit: pleidooi voor een ethisch reveil

Een zwart-wit antwoord op die vraag kunnen we het best vermijden. Als psychoanalyticus en psychotherapeut kan ik geen naïeve keuze maken voor het individu en tegen de maatschappij, of omgekeerd, voor de maatschappij en tegen het individu. Dat verhaal hebben we al gehad met de antipsychiatrie. De tegenstelling tussen een ziekmakende maatschappij en een gezonde natuurstaat is een illusie. Elke maatschappij, zonder uitzondering, is ziekmakend, net zoals elke maatschappij ook gezondmakend is. De verklaring is eenvoudig: iedere gemeenschap definieert en kneedt haar vormen van normaliteit, waarmee ze in dezelfde beweging ook haar abnormaliteiten definieert en kneedt. En dat heeft alles te maken met de dominante mensvisie, waarbij psychologie en psychiatrie al dan niet kunnen aansluiten.

De vraag is bijgevolg niet of een maatschappij ziek- of gezondmakend is. De vraag is veeleer hoe een bepaalde maatschappij haar afwijkingen definieert en wat de consequenties van die definiëring zijn. De huidige maatschappij reduceert mensen tot werkende machines die bovendien zelf de verantwoordelijkheid voor hun succes of mislukking moeten dragen. Hulpverlening komt meer en meer neer op een soort opknapbeurt zodat de machine weer een tijd verder kan. Binnen de universitaire psychologie heeft de eenzijdige focus op dit beperkte mensbeeld tot gevolg dat er veel te weinig vragen gesteld worden bij de ruimere ethiek van ons werk. Dat is vandaag meer dan ooit nodig.

Noten

1. Lezing gegeven te Leuven op 19 februari 2013 in het kader van de studiedag 'Psychologische hulpverlening in de 21ste eeuw'. Het lezingkarakter is in deze tekst zo veel mogelijk behouden.
2. Zie hiervoor: <http://www.dewereldmorgen.be/artikels/2011/12/27/aan-wie-het-aanbelangt-over-wetenschap-wetenschap>.
3. Zie hiervoor: http://apps.bps.org.uk/_publicationfiles/consultation-responses/DSM-5%202011%20-%20BPS%20response.pdf.
4. <http://www.n-tv.de/wirtschaft/Griechen-sollen-Rauchen-stoppen-article10062211.html> (eigen vertaling).
5. "It is estimated that the average annual cost of lost employment in England attributable to an employee with depression is £7,230, and £6,850 for anxiety (2005/06 prices)." LSE, Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case, <http://www2.lse.ac.uk/businessAndConsultancy/LSEEnterprise/pdf/PSSRUfeb2011.pdf>.

Literatuur

MacIntyre, A. (2007). *After virtue. A study in moral theory* (rev. ed.). London: Duckworth.

Wilkinson, R., & Pickett, K. (2010). *The spirit level. Why equality is better for everyone* (rev. ed.). London: Penguin Books.

Summary

The aim of psychotherapy is determined by the underlying conception of mankind. The contemporary one is an upgrade of 'the man-machine' paradigm (De la Mettrie), reducing disorders to the components of the individual without taking into account the effects of society. DSM diagnostics present the ultimate illustration of this approach. In a neoliberal society, man ought to function as an efficient production unit, and the aim of psychotherapy is to advance or to restore this capacity. If this trend continues, psychotherapy will turn into a disciplinary practice.

Personalia

Paul Verhaeghe is gewoon hoogleraar en vakgroepvoorzitter Psychoanalyse en Raadplegingspsychologie aan de faculteit Psychologische en Pedagogische Wetenschappen, UGent. Hij doceert klinische psychodiagnostiek, psychoanalytische therapie en gender studies. E-mail: Paul.Verhaeghe@Ugent.be.