

Waar hangt de toekomst van de psychotherapeut van af?

A.T. Veeninga

Abstract *In de afgelopen decennia hebben de psychotherapeuten zich met succes geprofessionaliseerd. Dit heeft uiteindelijk geleid tot officiële overheidserkenning door opname van het beroep in de wet BIG. De erkenning was nog maar nauwelijks van kracht toen de minister het voornemen aankondigde om het register op termijn weer op te heffen. Na vijf jaren van onzekerheid kwam onlangs vrij onverwacht het bericht dat het register – althans voorlopig – open blijft. Nu zou men het standpunt kunnen innemen dat de overheid haar vergissing op tijd heeft ingezien en zelfgenoegzaam doorgaan alsof er niets gebeurd is. Maar het is niet ondenkbaar dat de geschiedenis zich dan herhaalt. Daarom wil ik ingaan op de rol die de beroepsgroepen (psychiaters en psychologen) hebben gespeeld in het proces van de besluitvorming. Hopelijk kan reflectie op eigen handelen ertoe bijdragen een herhaling te voorkomen.*

Inleiding

In januari 2005 werden de eerste geruchten vernomen dat de overheid zou overwegen om het BIG-register voor psychotherapeuten toch open te houden. Op 14 februari verscheen het standpunt van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) in een brief aan de Tweede Kamer op de website van het ministerie: de minister schreef dat hij had besloten ‘nu geen uitvoering meer te

geven aan het voornemen om de wettelijke regeling van het BIG-beroep psychotherapeut te beëindigen’¹.

Nog maar zeer kort geleden werd het onontkoombaar geacht dat het register op termijn zou worden opgeheven – de minister duidde deze opheffing-op-termijn aan met het wat ongelukkig gekozen woord ‘uitsterfconstructie’. Wat zijn nu de argumenten geweest om zo’n ommezwaai te maken? De minister noemt zeer beknopt een mengeling van pragmatische en structurele redenen waarom opheffing niet goed mogelijk is en instandhouding van het register zelfs voordelen biedt. Die argumenten riepen gemengde reacties op. Enerzijds waardering omdat psychotherapie een behandelmethodiek wordt genoemd die past in een gedifferentieerd behandelaanbod. Anderzijds noemt hij ook argumenten om het beroep – voorlopig – te handhaven die op zijn minst twijfel oproepen, bijvoorbeeld dat het sluiten van het register hoge uitvoeringslasten met zich mee zou kunnen brengen en dat aan sluiting juridische bezwaren kleven. Waarschijnlijk wordt bedoeld op de onhaalbaarheid van de zogenaamde soepele overgangsregeling voor psychotherapeuten die niet de vereiste vooropleiding hebben om in het register voor klinisch psychologen te worden ingeschreven. Mogelijk verwacht men schadeclaims uit deze groep als inschrijving niet haalbaar blijkt. Dit zijn niet bepaald argumenten die doen vermoeden dat men op het departement overtuigd is van de onmisbaarheid van de psychotherapeut. Evenmin is het voor de beroepsgroep bemoedigend dat een psychotherapeut wordt gezien als iemand die een tijdelijk en vermeend tekort aan psychiaters kan opvullen. Duidelijk is dat de kou nog niet uit de lucht is, nu er

A.T. Veeninga (✉)

DR. A.T. VEENINGA is voorzitter van de Nederlandse vereniging voor psychotherapie (NVP). Hij is als psychiater en psychotherapeut werkzaam bij het Sinai-centrum, Joods psychiatisch ziekenhuis en instituut voor psychotraumabehandeling, en tevens medewerker van Stichting Cogis, kenniscentrum gevolgen oorlog & geweld.

¹ Brief van de minister van Volksgezondheid aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal over de stand van zaken klinisch chemicus/klinisch fysicus/psychotherapeut.

een 'Stuurgroep modernisering opleidingen beroepsuitoefening' is geïnstalleerd die zich opnieuw over de toekomst van het beroep zal gaan buigen. Overigens zijn er meer aanwijzingen dat de overheid er rekening mee houdt dat het register zal blijven bestaan. Recentelijk ontving de NVP het verzoek om zich weer over herregistratie te gaan buigen. Al met al lijkt het erop dat er op dit moment wel serieuze mogelijkheden zijn om uit te werken waarom psychotherapie als een zelfstandig en specialistisch beroep dient te blijven bestaan.

Recente geschiedenis

Veel lezers van dit tijdschrift zullen op de hoogte zijn van de jarenlange inspanningen van de beroepsgroep, die er uiteindelijk toe hebben geleid dat in 1986 een overheidsregister voor psychotherapeuten is ingesteld². Dit proces is echter vaak doorkruist door pogingen van vertegenwoordigers van de (basis)beroepsgroepen (psychologen, psychiaters) die aan de voorbereidingen hebben deelgenomen om hun domein af te bakenen. Ik zal niet uitvoerig ingaan op alle problemen die in de ontwikkeling van het beroep een rol hebben gespeeld. Deze komen uitvoerig aan de orde in twee uitstekende monografieën die destijds kort na elkaar zijn verschenen: De Waal (1992) en Reijzer (1993). Zij hebben nog steeds niets aan actualiteit ingeboet. Op beeldende wijze wordt met soms ontzetsende eerlijkheid beschreven welke feiten en argumenten invloed hebben gehad. In de ontwikkeling van het beroep komen vanaf het begin thema's zoals insluiting, uitsluiting, erkenning en financiering terug en die worden telkens uitgewerkt tot scholing, honorering, plaatsbepaling en niveaubepaling (Reijzer, 1993).

In maart 1998 wordt uiteindelijk het wettelijk Besluit psychotherapeut³ van kracht, waardoor elke psychotherapeut die aan de vastgestelde opleidingseisen voldoet, kan worden opgenomen in het BIG-register. In december van datzelfde jaar kondigt de minister van Volksgezondheid echter aan dat zij overweegt de beroepenstructuur te herzien, waarbij – verbazend genoeg – het zojuist ingestelde register op termijn weer zal verdwijnen. Duidelijk is dat de minister zich daarbij heeft laten inspireren door het rapport 'Beroepen in beweging' van Hutschemaekers en Neijmeijer (1998), die deze suggestie hebben gedaan. Dat de minister zich hierop gebaseerd heeft, wekt geen verbazing. De studie van Hutschemaekers en Neijmeijer is het eindresultaat van een aantal verkennende

onderzoeken naar beroepsgroepen en beroepen in de GGZ, die uitgevoerd zijn door het Trimbos-instituut (voorheen NeGv) met subsidie van het Nationaal Fonds Geestelijke Volksgezondheid. De opdrachtgever was het Coördinerend Orgaan nascholing en opleiding in de GGZ (CONO), het platform van beroepsgroepen dat de minister adviseert bij vraagstukken rond de afstemming tussen opleidingen. Het Trimbos-instituut is gevraagd onderzoek te verrichten naar de omvang, de plaats en het takenpakket van een tental (*clusters*) van beroepsgroepen in de GGZ. Hutschemaekers en Neijmeijer formuleren als uitgangspunt dat er in de afgelopen jaren ten minste vier probleemgebieden in het beroepenveld van de GGZ zichtbaar zijn geworden, waardoor het overzicht ontbreekt. Zij noemen achtereenvolgens de onheldere verschillen en overeenkomsten tussen beroepen, spanningen tussen beroepsgroepen omdat deskundigheidsdomeinen te breed gedefinieerd worden, het feit dat de wet BIG geen rust heeft gebracht in het beroepenveld maar slechts heeft bijgedragen tot explicitering van afbakeningsproblemen en ten slotte dat de organisatorische veranderingen in de GGZ gevolgen hebben gehad voor de behandelverantwoordelijkheid.

Het moge duidelijk zijn dat de aangestipte problemen niet meer dan variaties zijn op het thema tot wiens domein een bevoegdheid behoort of, eenvoudiger geformuleerd, wie het op een bepaald gebied voor het zeggen heeft. De auteurs beogen met hun studie '(1) inzicht te verschaffen in de belangrijkste ontwikkelingen in de GGZ-praktijk en de achtergronden te schetsen van de huidige discussie over de positie van de beroepsgroepen binnen de GGZ, (2) een overzicht te geven van de meest actuele cijfers van en over de beroepsgroepen en (3) een aanzet te formuleren tot een (nieuwe) transparante beroepenstructuur' (Hutschemaekers & Neijmeijer, 1998, p. 6). Met grote zorgvuldigheid hebben zij zich vervolgens van hun voornemens gekwet. Maar een probleem vind ik wel dat zij uit de door hen verzamelde gegevens de conclusie menen te kunnen trekken dat het basisberoep psychotherapeut opgeheven zou kunnen worden en dat zij daarbij de suggestie doen een specialisme psychotherapeut onder te brengen bij het basisberoep gz-psycholoog. Hutschemaekers en Neijmeijer komen tot dit voorstel omdat de problemen die het uitgangspunt van hun onderzoek zijn geweest door dit onderzoek worden bevestigd. Dit lijkt me nogal voor de hand te liggen: de door hen *a priori* geschetste problematiek komt voort uit opvattingen die gangbaar waren onder de beroepsgroepen die bij de psychotherapie betrokken zijn en hun conclusie berust op informatie van steekproeven uit dezelfde groepen. Deze kritiek is al eerder kernachtig verwoord door De Wolf (1999), die stelt dat de onderzoekers de paaseieren vinden die zij zelf

² *Staatscourant*, 6 augustus 1986. WVC, 'Besluit inzake registratie psychotherapeuten'.

³ *Staatsblad van het Koninkrijk der Nederlanden*, 155, 1998, 'Besluit psychotherapeut'.

verstopt hebben. De onderzoekers besteden overigens ruim aandacht aan de methodologische tekortkomingen van hun studie en nuanceren de waarde van hun conclusies duidelijk. Zij formuleren namelijk direct weer kanttekeningen bij hun voorstel, zowel vanuit een principieel als vanuit een strategisch perspectief. De door hen voorgestelde oplossing zou te simpel zijn en creëert weer nieuwe problemen. Zij noemen onder meer het principieel onjuiste uitgangspunt van de studie om psychotherapeuten te onderscheiden van psychiaters en het praktische probleem dat er een groep beroepsbeoefenaars zonder gedragwetenschappelijke vooropleiding overblijft die niet zonder meer kan worden ingeschreven in het specialistenregister voor gz-psychologen.

Aan de resultaten en conclusies werd door de beroepsgroepen zo veel belang gehecht dat de redactie van het *Maandblad Geestelijke volksgezondheid* besloot er in hetzelfde jaar een themanummer aan te wijden ('Beroepen', 1999). Een themaredactie verzocht een aantal sleutelpersonen in en rondom het beroepenveld om te reageren. In het tableau van reacties springen twee dingen in het oog – waarbij ik me uiteraard beperk tot diegenen die over het beroep psychotherapeut schrijven. In de eerste plaats wordt de studie uitermate behoedzaam beoordeeld; zelden of nooit wagen auteurs zich aan fundamentele kritiek op het onderzoek. Alleen Trijsburg (1999) plaatst kanttekeningen bij de onderzochte groep, die hij geen representatieve steekproef vindt. In de tweede plaats bevestigt, ironisch genoeg, het commentaar nadrukkelijk de problemen die het uitgangspunt van het onderzoek van Hutschemaekers en Neijmeijer zijn geweest: de sleutelfiguren geven zeer uiteenlopende visies op taak- en domeinafbakening. Inhoudelijke aspecten van psychotherapie komen in de reacties op het rapport nagenoeg niet aan de orde. Uit reacties op het themanummer van Festen (1999) en Kuipers (1999) blijkt gelukkig dat een enkeling deze gemist heeft. Zij betreuren het dat niemand van de deelnemers aan de discussie ook maar enige aandacht heeft gegeven aan vakinhoudelijke aspecten van de beroepsontwikkeling en dat alle energie is opgegaan aan regelkwesties. En dat terwijl volgens Festen uit het onderzoek van Hutschemaekers en Neijmeijer heel duidelijk blijkt dat het oordeel over de psychotherapeut in vergelijking met andere disciplines niet alleen zeer transparant is, maar dat het in sterke mate wordt bepaald door patiëntkenmerken. In dit tijdschrift heeft Van Kalmthout (2000) soortgelijke kritiek verwoord op zowel het rapport als de reacties erop. In dit verband is het ook goed om stil te staan bij de bijdrage aan het themanummer van De Jong (1999), die een mening weergeeft vanuit het cliëntenperspectief. Zij stelt dat cliënten nauwelijks geïnteresseerd zijn in het beroep van hun hulpverlener; belangrijk is dat er in de behandeling een

oplossing wordt geboden die duidelijk aansluit bij de hulpvraag. Voorts benadrukt zij het belang van een goede werkrelatie tussen cliënt en behandelaar (onmisbaar voor een succesvolle behandeling).

Uit het themanummer komt het beeld naar voren van beroepsgroepen die elkaar intensief bezighouden met discussies over terreinafbakening. De positie van de behandelaar en de afbakening van taken worden zo belangrijk geacht dat het oorspronkelijke doel van de beroepsuitoefening, het leveren van kwalitatief hoogwaardige en controleerbare psychotherapie die aansluit bij de doelgroep, nagenoeg geheel buiten de discussie is gebleven. Dit beeld is gelukkig niet kenmerkend voor de gehele gezondheidszorg. De overlap in somatische specialisaties is ook vaak groot, bijvoorbeeld in de chirurgische specialisaties en bij de interngeneeskundige specialisaties. Toch wordt hier zelden zo'n structurele openbare strijd om de macht en de verantwoordelijkheid gevoerd. Er worden wel sancties getroffen als domeinafbakening leidt tot slechte patiëntenzorg, zoals onlangs bleek in een ziekenhuis waar *intensive care*- en longarts elkaar de verantwoordelijkheid betwisten (de afdeling werd gesloten en de patiënten zijn voor behandeling elders ondergebracht).

Wat is er sindsdien gebeurd? In vakbladen is verder weinig of geen aandacht meer aan deze materie besteed. Pogingen om tot een oplossing te komen hebben zich voornamelijk afgespeeld in het overleg tussen de overheid en beroepsgroepen, en tussen de beroepsgroepen onderling. Standpunten en onderhandelingsmarges zijn terug te vinden in bulletins, brieven, nieuwsbrieven en notulen van beroepsverenigingen. Een bespreking van alles wat er over dit onderwerp is gezegd en geschreven, levert weinig nieuwe gezichtspunten op. Slechts één punt is het noemen waard omdat dit vermoedelijk een belangrijke rol in het verdere proces heeft gespeeld. In geval van opheffing van het register zou er een oplossing gevonden moeten worden voor de psychotherapeuten die qua vooropleiding niet zouden kunnen worden ingeschreven in een van de zogenaamde artikel-14-registers (psychiater; klinisch psycholoog). Een mogelijkheid die overwogen is, staat bekend als de zogenaamde soepele overgangsregeling voor deze psychotherapeuten, ook wel het 'generale pardon' genoemd. Deze beroepsgenoten zouden zonder al te veel belemmeringen in het nieuwe register voor klinisch psychologen moeten worden opgenomen. Wie in eerste instantie deze mogelijkheid bedacht heeft en wat voor redenen de overheid heeft gehad om dit merkwaardige voorstel *überhaupt* te overwegen laat ik verder buiten beschouwing. Bij het NIP is er in ieder geval over nagedacht en het College specialismen gezondheidszorgpsycholoog heeft zelfs een poging gedaan aanvullende eisen te formuleren voor de registratie van deze groep in het register voor klinisch

psychologen⁴. Dit leidde tot verontwaardigde reacties van psychologen (De Waal, 2004). Begrijpelijk, omdat deze poging de indruk wekt dat de beroepsgroep haar basisopleiding niet serieus neemt. Er kwamen tevens verontruste reacties van psychotherapeuten die op basis van hun (voor)opleiding beslist niet voor registratie in aanmerking zouden komen of zeer veel aanvullende opleidingen zouden moeten doen om erkend te worden.

Kortom, een oplossing die alleen maar boze, teleurgestelde mensen en verliezers zou opleveren, maar dat had men van tevoren kunnen bedenken. De oorsprong van deze kansloze strategie valt misschien wel te begrijpen uit de visie van Hutschemaekers en Neijmeijer, die het beroep van psychotherapeut wel erg dicht toeschrijven naar dat van de (klinisch) psycholoog. Dit laatste blijf ik een fundamentele onjuistheid in hun visie vinden. Historisch gezien is het beroep voortgekomen uit de psychiatrie. Dat het zich vervolgens op het raakvlak van de medische wetenschap en de gedragwetenschappen is gaan bevinden, is een logische ontwikkeling die de kwaliteit van het werk ten goede is gekomen. Een verdere ontwikkeling waarbij de psychotherapie zich voornamelijk binnen de invloedssfeer van de gedragswetenschappen gaat bewegen, lijkt mij beslist niet juist. Het gevaar bestaat dat zich een eenzijdige visie ontwikkelt op de functionele diagnostiek en dus ook op de inhoud van de psychotherapeutische behandeling. Bij psychische problemen spelen nu eenmaal vaak verklaringen vanuit meerdere theorieën een rol. Het gevaar is niet denkbeeldig dat bijvoorbeeld lichamelijke aspecten/determinanten van psychische stoornissen dan onvoldoende aandacht krijgen.

Over de werkzaamheid van psychotherapie

Voor ik bij de toekomst van het beroep zal stilstaan, wil ik eerst ingaan op enkele inhoudelijke aspecten van psychotherapie. Dat psychotherapie effectief is, behoeft geen enkel betoog. Er zijn weinig verstrekingen in de gezondheidszorg die zo grondig onderzocht zijn en waarvan het effect zo ondubbelzinnig vaststaat (Lambert & Ogles, 2002). Dat er toch twijfel over bestaat, zowel binnen de beroepsgroepen als maatschappelijk, zou te maken kunnen hebben met het feit dat de theoretisch verschillende scholen elkaar nadrukkelijk beconcurreren. De ontwikkeling van de psychotherapie zit vaak in de ijzeren greep van de richtingenstrijd. De wijze waarop vertegenwoordigers van de verschillende scholen met

elkaar discussiëren, heeft vaak meer het karakter van een ideologische klassenstrijd dan van een wetenschappelijk gefundeerde discussie. Ook wordt vaak geen kans onbenut gelaten om via minder wetenschappelijk georiënteerde vakbladen en de lekenpers te benadrukken dat de eigen methode de beste keuze is voor een bepaald probleem, terwijl een gedegen wetenschappelijke onderbouwing voor deze opvatting niet altijd voorhanden is.

Steeds meer wordt het begrip *'evidence based'* gehanteerd om de effectiviteit van de eigen behandelmethoden te benadrukken en de kwaliteit van de behandeling van anderen in twijfel te trekken vanwege het ontbreken van voldoende *evidence*. Nu wil ik niet de waarde van dit onderzoek onderschatten, maar de huidige opvatting in de GGZ om *evidence based* handelen als een verplicht keurmerk voor elke therapie te zien is niet bepaald adequaat te noemen. In de somatische geneeskunde is dit model met veel succes gehanteerd in aanvulling op biomedische theorieën. Een behandeling wordt pas verantwoord geacht als de effectiviteit van een nauwkeurig omschreven behandelmethode is aangetoond bij een evenzeer nauwkeurig omschreven ziektebeeld. Aan een strikte toepassing van dit model in de GGZ kleven vele bezwaren. Door sommigen (Goedhart & Treffers, 1998) is terecht opgemerkt dat het riskant is om medische onderzoeksdesigns zonder meer in de gedragswetenschappen toe te passen. In de somatische geneeskunde hebben biomedische theorieën een tamelijk objectief karakter; dit geldt veel minder sterk in de gedragswetenschappen, waar psychische problemen vaak vanuit meerdere theorieën kunnen worden verklaard. Daarom dient deze behandelmethodemethode met de nodige aanpassingen aan theorie en praktijk te worden toegepast (Goedhart & Treffers, 1998).

Samenhangend hiermee kunnen ook de nodige vraagtekens geplaatst worden bij het gebruik van de DSM IV, die steeds meer wordt gehanteerd als *het* classificatie-instrument op basis waarvan specifieke behandelmethoden worden gekozen. Terwijl de DSM oorspronkelijk bedoeld was als een wetenschappelijke methode om gegevens over psychische ziekten vast te leggen teneinde ze onderling te kunnen vergelijken, is het gebruik van dit atheoretische classificatie-instrument allengs versmald tot het toekennen van een etiket, dat al bij de start van het behandelproces bekend moet zijn om de juiste behandeling te kunnen kiezen. Zowel vertegenwoordigers van scholen met een natuurwetenschappelijke achtergrond als met een hermeneutisch uitgangspunt hebben hun bedenkingen verwoord bij dit gebruik van de DSM. Steen des aanstoets is vooral het ontbreken van een theoretisch ziektemodel bij de keuze van de behandelmethode. Voor zo'n theoretisch model blijft het onontbeerlijk om een ziekte te beschrijven als een symptomencomplex of probleem(gedrag) binnen de context van antecedente

⁴ *Hoofdlijnenontwerp overgangsregeling psychotherapeuten naar register klinisch psycholoog*, opgesteld door het College specialismen gezondheidszorgpsycholoog van de Federatie voor gezondheidszorgpsychologen. Amsterdam, november 2003.

(uitlokkende) en consequente (bekrachtigende) factoren (functionele diagnostiek). De begrippen 'classificatie' en 'diagnostiek' worden in de dagelijkse praktijk vaak door elkaar gebruikt en dit is uiteraard apert onjuist.

Door bovenstaande ontwikkelingen in de GGZ is – ook onder druk van diegenen die aangesteld zijn om de kosten van de medische zorg onder controle te houden – een behandelpraktijk ontstaan waarin men steeds meer geneigd is om gestandaardiseerde behandelingen (protocollen) toe te passen op (symptoom)classificaties. De huidige 'multidisciplinaire richtlijnen' lijken dit in de hand te werken. Want met deze richtlijnen, waaraan de beroepsgroepen zich gecommitteerd hebben, in de hand kan de cliënt een therapeut ter verantwoording roepen als deze in de behandeling is afgeweken van de richtlijn. De psychotherapie loopt daarmee het gevaar dat zij op den duur verwordt tot de mechanische toepassing van richtlijnen en protocollen voor specifieke problemen. Dat zou op zichzelf nog geen probleem hoeven zijn als deze werkwijze effectief is. Maar psychotherapie valt niet te reduceren tot het toepassen van een aantal standaard behandelprotocollen. Minstens zo belangrijk is het proces waarin cliënt en therapeut een samenwerkingsrelatie aangaan. In dit proces poogt de therapeut vanuit een theoretisch onderbouwde interpretatie van het probleem (gedrag) aansluiting te vinden bij de verwachtingen van cliënten, om vervolgens gezamenlijk behandeldoelen te formuleren en het effect van de behandeling te evalueren. Elementen van dit proces worden wel als non-specifieke psychotherapiefactoren aangeduid. Zij worden nader geconcretiseerd als de therapeutische alliantie of werkrelatie, de gewekte verwachtingen over het effect van de behandeling en het gezamenlijk taak- en doelgericht werken aan de problematiek (Norcross, 2002). Er zijn duidelijke aanwijzingen dat deze non-specifieke elementen van de psychotherapie – vaak wat ongelukkig aangeduid als *placebo*factoren – voor een belangrijk deel de resultaten van behandelingen bepalen. Globale schattingen, die overigens wel gebaseerd zijn op wetenschappelijke gegevens, gaan ervan uit dat zij ten minste 50% van het totale behandel-effect uitmaken (Lambert & Barley, 2002). Dit robuuste effect krijgt soms in professionele kringen onvoldoende aandacht. Opvallend genoeg wordt door cliënten aan deze factoren wel veel belang gehecht (De Jong, 1999) en het lijkt dat we ook daarom niet om het belang ervan heen kunnen.

De toekomst van het beroep

Dat ik, als voorzitter van de NVP, een toekomst voor het beroep van psychotherapeut zie, behoeft geen betoog. Maar er zijn ook heel goede argumenten voor. Voor

alle duidelijkheid: ik ben het eens met de opvatting van de meeste deelnemers aan de discussie die vinden dat psychotherapie niet slechts als een basisberoep zou moeten worden beschouwd, maar duidelijke aspecten van een specialisme in zich heeft. Dat het in eerste instantie een basisberoep is geworden, vind ik geen historische vergissing maar een logische ontwikkeling. De geschiedenis leert dat veel beroepen in het begin zo'n ontwikkeling hebben doorgemaakt, bijvoorbeeld de specialisaties in de geneeskunde. Ik denk dat er destijds niet meteen voldoende draagvlak was of, misschien beter geformuleerd, geen consensus bestond bij de betrokken partijen over hoe een beroep 'psychotherapeutspecialist' vorm zou moeten worden gegeven. Op dat moment leek een basisberoep het hoogst haalbare. Overigens ben ik van mening dat een specialisatie op geen enkele wijze ten koste moet gaan van het gemeenschappelijke deel van de opleiding, zoals nu vervat is in de basiseisen van het artikel-3-beroep. Ik kom daarop terug.

Wat zijn nu belangrijke redenen om de psychotherapeut als een gespecialiseerd beroep (vergelijkbaar met een artikel-14-beroep) te positioneren naast de specialisaties in de psychiatrie en de klinische psychologie? De psychotherapie is zich steeds meer gaan ontwikkelen op het snijvlak van de basisdisciplines geneeskunde en psychologie, waarbij er ruimte is om problemen vanuit verschillende theoretisch referentiekaders te verklaren, ze te behandelen met verschillende methodieken en behandelingen op effectiviteit te toetsen. Kenmerkend voor de psychotherapie is dat zij in de huidige vorm (nog) geen toegepaste wetenschap is maar een verzameling van behandelmethoden die in de praktijk zijn ontstaan. In wezen is het een praktisch beroep. De behandelpraktijk laat zich niet in één theoretisch of wetenschappelijk model vatten. Dat betekent niet dat er op de psychotherapie geen wetenschap toepasbaar is, integendeel. Er is met goede argumenten gepleit voor een op deze vorm van behandeling toegespitste *evidence based* benadering van effectonderzoek (Goedhart & Treffers, 1998). Ook maakt psychotherapie duidelijk gebruik van de kennis en verworvenheden van andere wetenschappen. De resultaten van bijvoorbeeld experimenteel psychopathologisch onderzoek uit de psychologie worden toegepast in behandelprogramma's voor specifieke problemen, zoals angststoornissen.

Wanneer psychotherapie als beroep zou komen te vervallen en zou worden ondergebracht bij de huidige artikel-14-beroepen (klinisch psycholoog; psychiater), dan bestaat de kans dat vanuit deze beroepen twee tamelijk gescheiden vormen van psychotherapie zullen ontstaan, die elkaar ongetwijfeld zullen gaan beconcurreren. Zo'n tendens vinden we reeds in het pleidooi voor een 'biologische psychotherapie' van Koerselman (1998). Weliswaar

betoogt hij dat hij vanuit medisch-biologisch, psychiatrisch gezichtspunt geen enkele grond ziet voor de traditionele scheiding van somatische en geestelijke gezondheidszorg, maar zijn betoog wekt de indruk dat hij psychotherapie als een behandelmethode ziet die geheel binnen de medische wetenschap past. Dit impliceert dat alleen medici – hij doelt waarschijnlijk in het bijzonder op psychiaters – een integrale visie op indicatiestelling voor psychotherapie kunnen hebben. Deze opvatting roept niet alleen begrijpelijke reacties van ergernis op bij andere disciplines, zij is ook strijdig met de huidige realiteit, waarin verschillende basisdisciplines evenwichtig samenwerken. Op zichzelf zou het bovenstaande geen reden moeten zijn om de opvattingen van Koerselman zonder meer te verwerpen, als de inhoud van zijn betoog theoretisch en logisch goed in elkaar zou steken. Hierop is echter duidelijke kritiek geuit; er kwam niet alleen uitgebreid inhoudelijk commentaar van psychologische zijde (Van den Hout, 1998), maar ook de eigen discipline (psychiaters) vond zijn betoog bepaald niet helder (Buitelaar, 1998; Milders, 1998; Kaasenbrood, 1998). Zij vonden dat het niets toevoegt, sterker nog: de eenheid van de psychiatrie in gevaar brengt. In feite is het niet meer dan een gekunstelde poging om psychiaters, die meer psychotherapeutisch dan biologisch georiënteerd zijn, mee te laten liften op het succes van de biologische psychiatrie, dus in feite weinig meer dan belangenbehartiging en domeinafbakening.

Er kleven meer bezwaren aan het onderbrengen van de psychotherapie bij psychiaters en psychologen. Deze beroepsgroepen hebben binnen de gezondheidszorg ook geheel andere taken in hun pakket (onder meer diagnostiek en *management*taken). Psychotherapie zal vaak slechts een deel van hun werkzaamheden uitmaken. Het onderdeel psychotherapie in de opleidingsprogramma's van beide beroepen is op dit moment niet voldoende om voor registratie als basispsychotherapeut (volgens artikel 3 van de wet BIG) in aanmerking te komen; niet voor de klinisch psychologen en zeker niet voor de psychiaters, waar de opleidingseisen minder stringent zijn geformuleerd⁵. Doordat psychiaters en klinisch psychologen zo veel andere taken en verantwoordelijkheden in hun opleidingseisen hebben opgenomen⁶, valt te vrezen dat de scholing in psychotherapeutische vaardigheden in hun opleidingen nooit die kwaliteit zal krijgen die de huidige opleiding heeft. Bij opheffing van het artikel-3-beroep psychotherapeut zou de Kamer psychotherapeut

overbodig worden en dan is er geen onafhankelijk orgaan meer dat toezicht houdt op opleiding en nascholing.

Er zijn momenteel aanwijzingen dat de attitude in de GGZ-instellingen tegenover het beroep verandert. Er verschijnen minder advertenties voor psychotherapeuten, vacatures van psychotherapeuten worden opgevuld door andere basisberoepen en er zijn reeds psychotherapeuten in instellingen die van hun leidinggevenden te horen hebben gekregen dat hun beroep niet meer als zodanig (h)erkend wordt. Als deze tendens voortschrijdt, zal dit op de duur ook gevolgen hebben voor de motivatie om verdere opleidingen in de psychotherapie te gaan volgen. Welke voordelen levert een (aanvullende) specialisatie dan nog op? Afname van de behoefte om te specialiseren zal niet alleen consequenties hebben voor het bestaan van de overkoepelende beroepsvereniging, maar ook voor de specialistische psychotherapieverenigingen (SPV'en). Er zijn reeds verenigingen die zich zorgen maken over hun toekomst omdat hun ledental terugloopt. Nu is instandhouding van de verenigingen geen doel op zichzelf, maar de specialistische verenigingen bepalen thans hun opleidingseisen en handhaven daarmee de kwaliteit van de specialisaties. Als de verenigingen in hun bestaan bedreigd worden, loopt ook het niveau van de specialisatie gevaar. Volledigheidshalve dient te worden opgemerkt dat deze bedreiging zeker niet voor alle verenigingen geldt, bijvoorbeeld niet voor de VGCT. Maar het is de vraag of deze vereniging er op de duur gebaat bij zal zijn als zij alleen overblijft als een krachtige specialistische vereniging.

Er zijn nog enkele belangrijke redenen om de officiële registratie van het beroep psychotherapeut te handhaven. Ik som ze beknopt op, wat niet betekent dat ze niet belangrijk zijn. Integendeel, maar ze spreken voor zichzelf. Titelbescherming houdt in dat controle op de beroepsuitoefening mogelijk is en er een tuchtrecht geregeld moet zijn; ook dat niet iedereen zich psychotherapeut mag noemen en dat de mogelijkheden tot 'wildgroei' onder deze noemer ingedamd kunnen worden. Uit de praktijk is gebleken dat wildgroei een reëel gevaar is. Verder brengt officiële erkenning met zich mee dat er eisen voor herregistratie geformuleerd moeten zijn, wat om niet altijd begrijpelijke redenen tot nu toe niet was gerealiseerd. Ook deze laatste voorwaarden zijn uitermate belangrijk om de kwaliteit van de psychotherapie op een hoog peil te houden.

Tot besluit

Er lijken mij sterke argumenten te bestaan om het beroep in stand te houden, niet alleen als een basisberoep maar ook als een beroep met een gemeenschappelijke basisopleiding

⁵ Nederlandse vereniging voor psychiatrie (2005). *Herziene profiel-schets psychiater*.

⁶ *Klinisch psycholoog en psychotherapeut: een inhoudelijke vergelijking*. Notitie van het Nederlands instituut voor psychologen (2003).

die uiteindelijk zal uitmonden in een specialisatie, waarbij het streven moet zijn om een erkenning te krijgen als artikel-14-beroep. Dit past volstrekt logisch in het huidige beroepschema dat is opgesteld voor de GGZ⁷. Regelmatig komt aan de orde dat in ontwikkeling zijnde plannen tot een psychotherapeutische functiedifferentiatie boven het basisberoep een psychotherapeutische specialisatie ex artikel 14 overbodig zouden maken. Dit komt mij wat vreemd voor. Zo'n 'laag' met functiedifferentiaties is ook voorgesteld of reeds aanwezig tussen andere basisberoepen en specialisaties (zie CONO/VWS-beroepschema, versie april 2005). Eerder dan een vraag over de zin van een psychotherapeutische specialisatie ex artikel 14 kan de vraag gesteld worden wat de in ontwikkeling zijnde functiedifferentiaties nu werkelijk toevoegen aan de geestelijke gezondheidszorg. Het beroepenveld wordt er – opnieuw – bepaald niet overzichtelijker van en of het belang van de patiënt ermee gediend wordt, is sterk de vraag.

Dat brengt mij weer terug bij het belang van de eigen identiteit van het beroep psychotherapeut. Het is een *interdisciplinair beroep* dat een functionele verbinding vormt tussen medische wetenschap en de gedragswetenschappen. Psychotherapie is geen toegepaste wetenschap, maar een diversiteit van behandelmethoden gebaseerd op theoretische uitgangspunten. De in de praktijk ontwikkelde methoden zijn wetenschappelijk toetsbaar op effectiviteit. Het unieke karakter ontleent de psychotherapie aan de hantering van de *therapeutische alliantie* (werkrelatie) als middel tot verandering. Deze basisvoorwaarde is beslist niet hetzelfde als de 'klantvriendelijke bejegening' die de overige gezondheidszorg thans hoog in het vaandel heeft staan. In een 'productieve' werkalliantie worden momenten van harmonieuze samenwerking afgewisseld met confronterende momenten die onmisbaar zijn om tot gedragsverandering te komen (Kiesler, 1988, 1996; Safran, 1998). Zo'n vaardigheid vereist zorgvuldige en vaak langdurige opleiding en scholing, die ontbreekt of beduidend minder is bij de overige beroepsgroepen uit de wet BIG. Nog een enkele opmerking over het specialistische karakter van het beroep. Het ligt voor de hand in eerste instantie aan te sluiten bij de huidige specialisaties en dus gebruik te maken van de huidige opleidingseisen van de specialistische verenigingen. Het specialistische deel van de opleiding zal tezamen met de SPV^{en} vorm moeten worden gegeven. Maar sinds de laatste (officiële) erkenning van een psychotherapiespecialisatie (geruime tijd geleden) hebben nieuwe ontwikkelingen plaatsgevonden die ook aan specialisatie kunnen bijdragen.

Of dit gemakkelijk gerealiseerd zal worden staat te bezien. Uit het voorgaande zal duidelijk zijn geworden

dat ik (wijzigingen in) het regeringsstandpunt niet primair als een bedreiging zie. Uit de geschiedenis van de beroepsontwikkeling komt duidelijk naar voren dat de overheid altijd veel belang heeft gehecht aan adviezen van vertegenwoordigers van de beroepsgroepen (zie Reijzer, 1993) en zich zorgvuldig heeft gehouden aan conclusies van onderzoek in de beroepsgroepen (zie de brief van de minister aan het CONO van 15 maart 1999; in deze brief vraagt de minister weer nadrukkelijk advies over het verder te bepalen beleid). Ook vanuit cliëntenperspectief valt geen belemmering te vrezzen. Integendeel, juist die aspecten van behandeling die specifiek zijn voor de beroepsuitoefening, zoals therapeutvariabelen, proceskenmerken en de werkalliantie, worden buitengewoon belangrijk geacht. Het probleem komt derhalve niet van buiten. In feite zie ik weinig anders dan de strijd om de macht tussen de beroepsgroepen en verdeeldheid onder psychotherapeuten, die niet alleen de ontwikkelingen hebben belemmerd maar ook bijna het beroep om zeep hebben geholpen. Onder het mom van discussies – zogenaamd wetenschappelijk, maar met twijfelachtige inhoudelijke argumenten – bleek het toch steeds weer om macht en domeinafbakening te gaan.

Wil het beroep in de toekomst een kans maken, dan is een attitudeverandering bij de beroepsgroepen (psychiaters, psychologen) een vereiste. Zij dienen zich duidelijk uit te spreken voor instandhouding van het beroep en te laten zien dat het hun menens is. En dan zijn we er nog niet. Ook de huidige specialistische verenigingen zullen het eens moeten worden over opleidingseisen die leiden tot de kwalificatie 'psychotherapeutisch specialist'. Maar zelfs als dit allemaal gelukt, dan zijn we er nog niet. Door de onzekerheid en de negatieve ontwikkelingen in de afgelopen jaren zijn de voorwaarden voor de beroepsopleiding afgebrokkeld. Ik hoop dat dit nog te herstellen is.

How about the future of the psychotherapist?

In the Netherlands psychotherapists have successfully professionalized over the past decades. This resulted in a governmentally approved and controlled legal register for psychotherapists in 1998. No sooner the register opened than the Dutch Public Health Department announced its intention to close it down again.

However, after five years of precariousness the Dutch government – all of a sudden – decided to keep the register open, i.e. till further notice. As the government has reconsidered its decision, psychotherapists might wrongly conclude they can continue as if nothing has happened. Lest history repeats itself I emphasize and analyse the role of mental health professionals in the decision making process. By learning from our mistakes we might be able to avert the end of the 'psychotherapist'.

Literatuur

Buitelaar, J. (1998). Diagnose in orde, therapie ontspoor. *MGv*, 53, 732-734.

⁷ CONO/VWS, *Beroepschema in de GGZ*. Versie 26 april 2005.

- Festen, Th. (1999). Het graf van Toetanchamon. Reactie op het themanummer 'Beroepen'. *MGv*, 54, 542-543.
- Goedhart, A.W., & Treffers, Ph.D.A. (1998). Psychiatrisch-diagnostische classificaties en 'evidence-based' praktijkuitoefening. *MGv*, 53, 1037-1052.
- Hout, M. van den (1998). Koeien zijn geen stoelen. Een kritische bespreking van de oratie van Koerselman. *MGv*, 53, 735-740.
- Hutschemaekers, G., & Neijmeijer, L. (1998). *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut; Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jonge, M. de (1999). Cliëntenperspectief. *MGv*, 54, 402-404.
- Kalmthout, M. van (2000). De eigen identiteit van de psychotherapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 26, 111-121.
- Kaasenbrood, A. (1998). Koerselman inaugureert, ofwel het verschil tussen gelijk hebben en gelijk krijgen. *MGv*, 53, 741-744.
- Kiesler, D.J. (1988). *Therapeutic metacommunication: therapist impact disclosure as feedback in psychotherapy*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press, Inc.
- Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary interpersonal theory and research: personality, psychopathology, psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Koerselman, G.F. (1998). Biologische psychotherapie. Oratie. *MGv*, 53, 715-713.
- Koerselman, G.F., & Nobel, L. de (red.), (1999). Beroepen. Domeinen ter discussie. *MGv*, 54, 349-434.
- Kuipers, T. (1999). Beroepen (4). Reactie op het themanummer 'Beroepen'. *MGv*, 54, 657-569.
- Lambert, M.J., & Barley, D.E. (2002). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). Oxford/New York: Oxford Press.
- Lambert, M.J., & Ogles, B.M. (2002). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. What has a century of research taught us about the effects of treatment effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.) *Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New York: Wiley.
- Milders, F. (1998). Het biologisme van Koerselman. *MGv*, 53, 745-747.
- Norcross, J.C. (2002). Empirically supported therapy relationships. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 3-16). Oxford/New York: Oxford Press.
- Reijzer, H.M. (1993). *Naar een nieuw beroep. Psychotherapeut in Nederland*. Houten/Zaventem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Safran, J.D. (1998). *Widening the scope of cognitive therapy: the therapeutic relationship, emotion, and the process of change*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- Trijsburg, R.W. (1999). Psychotherapie in beweging. *MGv*, 54, 418-422.
- Waal, W.J. de (1992). *De geschiedenis van de psychotherapie in Nederland*. 's-Hertogenbosch: Uitgeverij De Nijvere Haas.
- Waal, W.J. de (2004). De slappe knieën van het NIP. *De Psycholoog*, 39, 212.
- Wolf, M.H.M. de (1999). Beroepen (3). Reactie op het themanummer 'Beroepen'. *MGv*, 54, 654-556.