



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Heeft de psychotherapie nog toekomst? <sup>1</sup>

Kees Korrelboom \*

---

## samenvatting

*De protesten van psychotherapeuten tegen een aantal recente overheidsmaatregelen zijn te ongenueanceerd. Door zich te zeer vast te bijten in een slachtoffersrol wordt het aanzien van het vak psychotherapie onbedoeld beschadigd en wordt de hand te weinig in eigen boezem gestoken. Op deze wijze kunnen misvattingen en verkeerde praktijken binnen de psychotherapie nodeloos lang blijven voortbestaan.*

*Bovendien worden gunstige veranderingsmogelijkheden die de overheidsmaatregelen ook bieden, door de protesten niet opgemerkt. In het artikel wordt zowel ingegaan op de misvattingen als op deze gunstige mogelijkheden voor verandering.*

## Inleiding

De onbevooroordeelde waarnemer zal al snel geneigd zijn om de vraag in de titel met 'nee' te beantwoorden. Om zich heen kijkend ziet hij de laatste jaren een beroepsgroep in verwarring. Uit die verwarring dwarrelen voornamelijk protestmanifestaties, schotschriften, ingezonden brieven en actiegroepen omhoog. Bijna iedereen binnen de beroepsgroep lijkt het eindelijk met elkaar over iets eens te zijn: de psychotherapie wordt bedreigd. Van hoogleraar tot vrijevestigde zijn psychotherapeuten in verontwaardigde opstand gekomen. Het beroepsregister wordt opgeheven, het maximum aantal te vergoeden zittingen psychotherapie wordt drastisch beperkt en de eigen bijdrage voor psychotherapie wordt verhoogd. Daarnaast wordt door velen de toenemende externe druk om volgens protocollen te werken en om door middel van reguliere effectmetingen rekenschap af te leggen van de werkzaamheid en doeltreffendheid van psychotherapie beleefd als een aantasting van het beroep. Tot overmaat van ramp zijn dan ook nog de Diagnose Behandeling Combinaties (DBC's) in aantocht.

Het is de vraag in hoeverre deze bezorgdheid terecht is. In dit artikel wordt ervan uitgegaan dat weliswaar het beroep van de psychotherapeut fors onder druk staat, maar dat de psychotherapie als vak helemaal niet wordt bedreigd. Althans, niet zo heel erg. Psychotherapie is een mooi en zinvol vak, dat een prominente rol speelt in allerlei opleidingen en richtlijnen binnen de geestelijke gezondheidszorg. Psychotherapie kun je daarom onmogelijk niet-serieus nemen. Echter, hieraan is wel de voorwaarde verbonden dat psychotherapeuten eerst zelf hun vak serieus gaan nemen. Psychotherapie serieus nemen impliceert onder andere het onderkennen en overboord zetten van een grote hoeveelheid nonsens die de afgelopen decennia in de psychotherapie is geslopen. Over een gedeelte van die nonsens gaat het verder in deze bijdrage.

---

\* DR. C.W. KORRELBOOM is redacteur van Dth en psycholoog-psychotherapeut. Hij is coördinator wetenschappelijk onderzoek en zorgvernieuwing van het circuit behandelingspsychiatrie van psycho-medisch centrum Parnassia. Correspondentie: Monsterseweg 91, 2553 RJ Den Haag.

## Kwaliteit definiëren aan de hand van de beroepstitel psychotherapeut

Het is grappig om te moeten vaststellen dat een beroepsgroep die al decennia lang leeft in een wereld waarin vele verschillende specialistische psychotherapieverenigingen naast elkaar bestaan en die nauwelijks in staat is om te definiëren wat men onder 'psychotherapie' moet verstaan (De Haas, 2003), kennelijk zo gehecht is aan de kwaliteitsgarantie die het beroepsregister 'psychotherapeut' zou verschaffen. Velen vinden dat psychotherapeut een apart beroep behoort te zijn naast dat van klinisch psycholoog en GZ-psycholoog (Trijsburg, 1999).

Dat een beroepsregister dat nog geen decennium geleden door de overheid is ingesteld nu al weer door diezelfde overheid wordt opgeheven, is natuurlijk geen blijk van visionaire bestuurlijke kwaliteiten. Het is niet per definitie een aantasting van het vak psychotherapie, zoals in de protesten wordt gesuggereerd. Het *vak* psychotherapie en het *beroep* psychotherapeut staan betrekkelijk los van elkaar. Dat onderscheid zouden protesterende psychotherapeuten die hun vak serieus nemen moeten benadrukken. Opheffing van het register psychotherapeut is onbehoorlijk tegenover de beroepsgroep van psychotherapeuten. Zij hebben immers veel geïnvesteerd in het behalen van de beroepstitel, waarbij zij impliciet door de overheid zijn gesteund in de veronderstelling dat daarmee voor een beroep was gekozen met toekomstmogelijkheden. Niet dus. Deze bestuurlijke onbehoorlijkheid behoort te worden gecompenseerd, in de vorm van betaalde bijscholing, financiële compensatie, of wat dan ook. Maar het voorgenomen besluit om het register van psychotherapeuten op te heffen is niet zonder meer een intrinsieke aantasting van het vak psychotherapie. Daar is wel wat meer voor nodig. Met de opheffing van het register worden de vele 'evidence-based' psychotherapeutische interventies immers niet meteen óók opgeheven. Het wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van allerlei psychotherapeutische methoden blijft gewoon doorgaan. Opleidingen psychotherapie blijven deel uitmaken van de beroepsopleidingen tot gezondheidszorg-psycholoog, klinisch psycholoog en psychiater. Indicaties voor psychotherapie blijft men stellen. Beoefenaren van de psychotherapie die belang hechten aan de kwaliteit van het vak, behoren hun pijlen dan ook op andere zaken te richten dan op de opheffing van het beroepsregister. Formuleer kwaliteitseisen; stel nascholing verplicht; stel de vele verschijningen van quasi-psychotherapie aan de kaak; stel zelf (opnieuw) een beroepsregister in dat, bijvoorbeeld, door de Specialistische Psychotherapie Verenigingen wordt beheerd; implementeer bewezen effectieve behandelingen; ontwikkel en onderzoek nieuwe effectieve en efficiënte psychotherapeutische interventies; enzovoort. Dat gebeurt ook wel, maar helaas worden deze activiteiten te zeer aan het zicht onttrokken door het voortdurende geklaag over de vermeende kwaliteitsterugslag die de psychotherapie wordt toegebracht door het beroepsregister op te heffen.

Door voor psychotherapeuten een gemakkelijke overgang naar het register klinisch psycholoog te bepleiten, maken psychotherapeuten hun positie in de kwaliteitsdiscussie er niet sterker op. Een dergelijke overgang zou immers een aantasting zijn van de waarde van dát register. Wel blijkt uit die ijver opnieuw dat in de strijd om het beroep psychotherapeut te behouden dan wel zo duur mogelijk te verkopen, de sociale en financiële belangen van psychotherapeuten te vaak worden verdedigd met vakinhoudelijke argumenten. Er is niets op tegen om voor het financiële en sociale

eigenbelang te gaan staan, maar doe dat dan aan de hand van financiële en sociale argumenten. Wie dat nalaat neemt zijn vak onvoldoende serieus.

## Veronachtzamen van bewezen effectieve behandelingen

Er zijn waarschijnlijk niet veel vakgebieden waarin in de dagelijkse praktijk effectief gebleken methoden zo'n bescheiden rol spelen als in de psychotherapie. Recent zijn met de nodige moeite de *Multidisciplinaire Richtlijnen Angststoornissen* (Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ, 2003) door 'het veld' geaccepteerd. Vrijwel onmiddellijk zijn van allerwegen kanttekeningen geplaatst (Takens, 2004). De opstellers van Richtlijnen hadden zich minder sterk op de *randomised clinical trials* (RCT's) als 'gouden standaard' voor bewezen effectiviteit moeten richten. Een van de merkwaardigste argumenten voor dit standpunt wordt aangevoerd door Hutschemaekers en Van Kalmthout. Als een van de bezwaren tegen RCT's voeren zij aan dat cliëntgerichte psychotherapie altijd een underdogpositie zal blijven innemen bij algemene toepassing van deze onderzoeksmethode (Hutschemaekers & Van Kalmthout, 2004). Gomperts probeert de psychoanalyse van het juk van de RCT's te vrijwaren. Ook de analyse zou bij deze onderzoeksmethode immers onvoldoende tot zijn recht komen (Gomperts, 2004). Hutschemaekers en Van Kalmthout suggereren dat de cliëntgerichte psychotherapie zich maar moet terugtrekken van strijdtoneel waar de RCT scheidsrechter is. Gomperts pakt het anders aan. Hij vraagt in feite om een andere scheidsrechter die de psychoanalyse meer is toegenege. Tja.

Het meest opvallende in deze reacties is dat niemand ervoor pleit om de bewezen effectieve methoden voor het behandelen van angst en depressie zelf te gaan toepassen. Nee, men stelt het behoud van de eigen methodiek voorop. Inventiviteit en originaliteit worden vooral ingezet om ongewenst effectief gebleken behandelmethoden buiten de poorten van het eigen erf te houden. Geen houding die zich gemakkelijk door de buitenwereld serieus laat nemen.

Bovendien is het niet helemaal terecht om evidence-based interventies geheel en al te identificeren met cognitieve-gedragstherapie, zoals velen doen. Om te beginnen zijn er evidence-based psychotherapeutische interventies die hun oorsprong niet hebben in de cognitieve-gedragstherapie. Dat geldt met name voor *eye-movement desensitization and reprocessing* (EMDR; De Jongh & Ten Broeke, 2003) en interpersoonlijke psychotherapie (IPT; Blom & Jonker, 1999). Cognitieve-gedragstherapie heeft deze bewezen effectieve 'allochtone' behandelmethoden echter wel opgenomen in haar opleidingscurricula en in haar dagelijkse praktijk. Maar ook zogenaamde cognitief-gedragstherapeutische protocollen staan soms tamelijk ver af van de cognitief-gedragstherapeutische praktijk waarin zij zouden zijn ontwikkeld. Exposure in vivo, bijvoorbeeld, is toch vooral binnen onderzoekscentra ontwikkeld als gevolg van ontmantelingsstudies met betrekking tot systematische desensitisatie, een techniek die binnen de gedragstherapie zelf was ontwikkeld. Pas toen exposure in vivo het beter bleek te doen dan systematische desensitisatie, is men exposure ook in de dagelijkse gedragstherapeutische praktijk gaan toepassen. Dat overnemen van een, in dit geval slechts enigszins wezensvreemde behandelmethode is ook binnen de cognitieve-gedragstherapie niet zonder kritiek en weerstand totstandgekomen. Veelal zijn deze bezwaren identiek aan die van behandelaars uit andere methodieken. Geprotocolleerde behandelingen zouden te weinig rekening houden met comorbiditeit,

zouden te weinig zijn toegesneden op de dagelijkse therapeutische praktijk, zouden bestaande verschillen tussen patiënten te weinig in ogenschouw nemen en ze zouden het vak psychotherapie te saai maken voor haar beoefenaars. Op zichzelf zijn deze bezwaren niet houdbaar (Keijsers, Van Minnen, & Hoogduin, 1997; Visser, 1996) en berusten ze grotendeels op de valse tegenstelling tussen geprotocolleerde en op maat gesneden behandelingen (Hermans, 2001). Blijkbaar is het ontstaan van evidence-based protocollen dus eerder aan de wetenschap te danken dan aan de cognitieve-gedragstherapie. Cognitieve-gedragstherapie verdient wel het compliment dat zij tot nu toe het meest bereid is gebleken om haar werkwijze aan te passen aan nieuwe wetenschappelijke inzichten, zelfs wanneer die inzichten niet helemaal stroken met de bestaande eigen inzichten. Dat mag men ook verwachten van een psychotherapie die zichzelf serieus neemt.

## **Negeren van de psychologische wetenschap als basis voor theorievorming**

Psychotherapie gaat over het duurzaam en relevant reduceren van emotionele problemen. Zij is niet de enige weg waarlangs zulke effecten kunnen worden bereikt. Met biologische methoden als psychofarmaca, licht en elektrische schokken wil het ook nog wel eens lukken. Liefde reduceert eveneens emotionele pijn, evenals geld (soms), een ander huis, een nieuwe baan, vriendschap, aandacht, succes, geloof, astrologie en iriscopie. Wie de psychotherapie serieus neemt, zal dus moeten aangeven waarin deze methode verschilt van allerlei andere manieren om emotionele ellende te verminderen. Het ligt voor de hand om hiervoor twee onderscheidende kenmerken aan te voeren: haar verbondenheid met de psychotherapeutische traditie en die met de psychologische wetenschap. Omdat van de psychotherapeutische traditie lang niet altijd overtuigend kan worden aangegeven waarin deze verschilt van een aantal van de hiervoor genoemde niet-psychotherapeutische 'methoden', moet aan de verbondenheid met de psychologische wetenschap de meeste waarde worden gehecht. Zolang psychotherapie zich niet nadrukkelijk profileert als een aan de psychologische wetenschap gelieerde behandelmethode, zal het risico op marginalisering van het vak toenemen. Een psychotherapeut die zijn vak serieus neemt, zal een dergelijke liaison niet alleen in woorden moeten belijden, maar ook in daden.

Echter, dat is geenszins het geval. De psychologische wetenschap is als bakermat voor psychotherapeutische theorievorming opvallend afwezig in zowel de therapeutische praktijk als in veel opleidingen. De meeste psychotherapeuten weten nauwelijks meer van de psychologie dan hetgeen ze tijdens hun universitaire studie hebben geleerd. Als ze al psychologie hebben gestudeerd tenminste. In de wetenschappelijke psychologie gefundeerde kennis speelt in de psychotherapie een bijzonder bescheiden rol. Dat geldt zelfs tot op zekere hoogte voor cognitieve-gedragstherapie, de psychotherapeutische methode die zich traditioneel het meest heeft geïdentificeerd met de wetenschap. Noch moderne wetenschappelijke inzichten in de leerpsychologie (Foa & Kozak, 1997), noch die in de cognitieve psychologie (Fonteijs, 2001), lijken een belangrijke leidraad te zijn in de theorievorming en praktijk van veel cognitieve-gedragstherapeuten.

Een serieus te nemen wetenschappelijke psychotherapie zal zich dan ook veel meer gelegen moeten laten liggen aan moderne inzichten in met name de psychologische functieleer, de sociale psychologie en de ontwikkelingspsychologie. Binnen deze

kennisgebieden zal men de theoretische inspiratie moeten vinden waarop men zijn psychotherapeutisch handelen zo veel mogelijk baseert. Daarbij zal een aantal psychotherapeutische tradities hoogstwaarschijnlijk een stapje terug moeten doen.

## **Koesteren van de multimethodische organisatie**

Wie personeelsadvertenties leest wordt geregeld geconfronteerd met het verschijnsel 'multimethodisch samengestelde teams'. Doorgaans worden deze beschouwd als 'kwaliteit statement'. Men is er trots op wanneer verschillende therapeutische scholen deel uit maken van het behandelteam. Hoe meer men 'van alle markten thuis is', des te beter men 'de hulpvraag van de patiënt kan beantwoorden' is hierbij de gedachte. Ook in diverse handboeken wordt het naast elkaar bestaan van verschillende soorten psychotherapie als een min of meer vanzelfsprekend gegeven geaccepteerd (Vandereycken & Van Deth, 2003) of zelfs als verworvenheid gezien (Prochaska & Norcross, 1999). Als dat inderdaad zo is, is het treurig gesteld met de psychotherapie. Het ligt immers meer voor de hand om het naast elkaar bestaan van verschillende soorten psychotherapie als armoede te beschouwen. Waar men nog steeds zoveel verschillende wegen naar Rome volgt, is men het kennelijk nooit met elkaar kunnen eens worden over de vraag wat de beste weg is. De argumenten waarmee men de multimethodische organisatie van de psychotherapie verdedigt, zijn weinig valide. Sommige behandelmethoden zouden beter zijn voor het ene probleem of de ene patiënt, terwijl andere behandelmethoden weer beter zouden zijn voor andere problemen of voor andere patiënten. Dat blijkt niet het geval te zijn (Van Dyck, Van der Velden, & Emmelkamp, 1991). Voor een aantal stoornissen is cognitieve-gedragstherapie beter en voor de rest maakt het niet veel uit (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). De mogelijkheid om de patiënt door middel van onderhandelen uit de verschillende beschikbare methodieken te laten kiezen (Vertommen & Vervaeke, 1998), lijkt evenmin een sterke ondersteuning te bieden aan het laten voortbestaan van multimethodische teams (Korrelboom & Ten Broeke, 2004).

Een serieuze psychotherapie zou het ideaalbeeld van de multimethodische behandelteams dan ook moeten laten varen. Men zou moeten erkennen dat het armoedig is dat er zoveel methoden naast elkaar bestaan en men zou eindelijk eens een begin moeten maken om in eerste instantie alleen die interventies te gaan toepassen waarvan werkzaamheid en doeltreffendheid zijn aangetoond. Dat zou alvast aardig opruimen.

## **Vasthouden aan zinloze rituelen: de leertherapie**

Ooit is binnen de inzichtgevende psychotherapie bedacht dat een persoonlijke therapie onderdeel zou moeten uitmaken van de opleiding tot psychotherapeut. Vanuit inzichtgevende opvattingen over de werking van psychotherapie was dat geen rare gedachte. In die opvattingen immers is de therapeutische relatie de belangrijkste bron voor verandering. En om die relatie adequaat vorm te geven zijn persoonlijke eigenschappen van de behandelaar essentieel. Voor psychoanalytici is de therapeut de persoon waarop de patiënt zijn wensen, behoeftes en angsten overdraagt. Dat kan pas goed gebeuren wanneer de therapeut zo veel mogelijk een neutraal iemand is die 'persoonlijk' zo goed als afwezig is binnen de therapeutische situatie. Kennis en inzicht

over zijn eigen functioneren en disfunctioneren worden voor de therapeut als noodzakelijke voorwaarden beschouwd om die rol adequaat te kunnen vervullen. Voor de cliëntgerichte therapeuten is de persoon van de therapeut bepalend voor de mate waarin essentiële basisvoorwaarden voor verandering binnen de therapie kunnen worden gecreëerd: empathie, acceptatie en echtheid. Zijn de argumenten voor inzichtgevende psychotherapeuten om een verplichte leertherapie op te nemen in hun opleidingstraject nog wel te begrijpen, voor cognitieve-gedragstherapie geldt dat niet. Nergens in het theoretisch model van deze methode speelt de persoonlijkheid van de therapeut een centrale rol in het therapeutisch proces. Een goede therapeutische relatie wordt in cognitieve-gedragstherapie, over het algemeen <sup>2</sup>, niet beschouwd als een middel tot verandering, maar als een voorwaarde voor verandering. De verandering zelf zou worden teweeggebracht door de specifieke probleemgerichte procedures en interventies die cognitieve-gedragstherapeuten toepassen. Dat de verplichte leertherapie zo'n vijftien jaar geleden toch is opgenomen in het curriculum van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT), had alles te maken met de landelijke eisen die werden gesteld aan de registratie tot psychotherapeut. Met cognitieve-gedragstherapie zelf had de verplichte leertherapie bijzonder weinig van doen. Met de naderende sluiting van het register zou dus niets de VGCT meer hoeven tegen te houden om de verplichte leertherapie meteen weer te schrappen uit haar opleidingseisen.

Toch zouden ook de inzichtgevende methoden de leertherapie onmiddellijk moeten afschaffen, wanneer men het vak psychotherapie voldoende serieus zou nemen. Het vele onderzoek dat hiernaar is gedaan heeft op geen enkele manier aannemelijk kunnen maken dat therapeuten die een leertherapie hebben gevolgd, succesvollere behandelaars zijn dan therapeuten die geen leertherapie hebben genoten (Beutler, Machado, & Allstetter Neufeldt, 1994).

Daar komt nog bij dat de leertherapie zo ongeveer het enige opleidingsonderdeel is van welke beroepsopleiding dan ook, waarover geen enkele inhoudelijke informatie mag worden verstrekt. Vanwege de beroepsethiek waaronder de leertherapie valt, mag de leertherapeut immers niets anders meedelen aan de verschillende opleidingscommissies dan dat de kandidaat zijn leertherapie heeft voltooid. Wanneer daarin onverhoopt zou blijken dat men van doen heeft met een volslagen idioot, behoort dat een kwestie te blijven tussen leertherapeut en 'leercliënt'.

Wie de psychotherapie dus serieus wil nemen moet dit oncontroleerbare, bewezen ineffektieve opleidingsonderdeel, waarvan de minimale duur overeenstemt met de maximaal toegestane omvang van psychotherapie voor patiënten met ernstige persoonlijkheidspathologie, onmiddellijk afschaffen. Er zijn aanzienlijker zinvollere onderwerpen te bedenken waaraan de vrijkomende vijftig uren opleiding en de bijbehorende opleidingskosten kunnen worden besteed (Korrelboom, 1998).

## **Ongenuanceerd protesteren tegen beperking van de verstrekking psychotherapie**

Onlangs heeft de minister besloten dat psychotherapieën voortaan niet langer mogen duren dan dertig of vijftig zittingen. Dat de minister bij het nemen van dit besluit niet al te veel is gehinderd door uitgebreide kennis over en diepe inzichten in de

psychotherapie en evenmin is gedreven door een uitgesproken respect voor de beroepsgroep, blijkt uit de termijn waarop dit besluit tot uitvoering moet worden gebracht (namelijk met terugwerkende kracht) en uit het bijzondere feit dat, mind you, de psychoanalyse als enige behandelmethode van deze beperking is vrijgesteld. Juist de methode waarvan we met zekerheid weten dat hij niet bijzonder effectief en zeker niet efficiënt is, mag dus onbeperkt doorgaan. Redenen genoeg voor de psychotherapie om te protesteren. Dat gebeurt dan ook. Helaas zijn deze protesten geen overtuigend bewijs dat psychotherapeuten hun vak voldoende serieus nemen. Veel verder dan onbeargumenteerd geklaag over kwaliteitsverlies en aantasting van het beroep komt men niet. Jammer. Je vak serieus nemen impliceert onder meer dat je de juiste argumenten voor de juiste kwesties hanteert. Kwaliteitsverlies ten gevolge van de inperking van de maximale duur van psychotherapieën is een argument dat moeilijk valt te onderbouwen. Het tegendeel laat zich gemakkelijker met feiten staven. Er zijn immers veel aanwijzingen dat psychotherapie binnen zeven à vijftien zittingen effectief kan zijn. Drie kwart van de patiënten verbetert binnen ongeveer vijftientig zittingen. Naarmate therapie langer duurt, neemt de kans op verdere positieve effecten af. Dat geldt niet alleen voor cognitief-gedragstherapeutische behandelingen, maar ook voor inzichtgevendende behandelingen (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986). Dit is niet de stand van zaken waarmee je een stevig beroep kunt doen op kwaliteitsverlies als onvermijdelijk gevolg van de inperking. Psychotherapeuten die hun vak serieus nemen, zouden in hun protesten dan ook vooral te hoop moeten lopen tegen de onbehoorlijke wijze waarop dit besluit is genomen. Evenals bij het voorgenomen besluit om het beroepsregister te sluiten, zou men zich vooral moeten inspannen om aan te geven hoe psychotherapeuten die in financieel opzicht onverwacht zijn getroffen door de drastische en onverwachte beperking van de verstrekking, schadeloos kunnen worden gesteld. Het is geen schande om hiervoor te strijden. Maar over dreigend kwaliteitsverlies moet men liever niet al te veel zeggen, zolang men de vermeende zegeningen van langer durende psychotherapieën niet beter kan onderbouwen met empirische data. De tijd die men zo overhoudt, kan men dan gebruiken om te onderzoeken hoe men het nadeel van de beperkte verstrekking kan omzetten in een aantal voordelen.

Vakinhoudelijke voordelen biedt het besluit zeker. Zo stimuleert de beperking psychotherapeuten om (weer eens, maar nu met meer extern opgelegde urgentie) met elkaar na te denken over de vraag wat het doel van psychotherapie behoort te zijn. Moeten psychotherapeuten zich primair ten doel stellen om mensen gelukkig te maken; moeten zij mensen laten 'groeien'? Of moeten zij zich richten op het verminderen van klachten, in de verwachting dat het levensgeluk dan in veel gevallen vanzelf wel (enigszins) zal toenemen. Deze vraag is in de medische wereld voornamelijk relevant binnen de terminale zorg, maar is dat veel breder binnen de psychotherapie. Een orthopeed is doorgaans dik tevreden wanneer zijn patiënt met de nieuwe heup weer behoorlijk kan lopen. Dat de patiënt daardoor waarschijnlijk ook gelukkiger is, is veel meer een abstracte doelstelling van zijn behandeling. Toename van levensgeluk is niet de voornaamste maatstaf waaraan de orthopeed het succes van zijn heupimplantatie afmeet. Toch stellen veel psychotherapeuten zich niet tevreden met het reduceren van klachten. Vergroten van competentie, helpen ontdekken van wat de zin is van het bestaan en leren hoe je dat bestaan het beste vorm kunt geven, zijn voor sommigen minstens even belangrijke doelen van psychotherapie (Hutschemaekers & Van Kalmthout, 2004). Voor wie zich dergelijke doelen stelt, is de horizon van dertig zittingen inderdaad wel erg dichtbij. Maar bezinning op de wenselijkheid en



haalbaarheid van zulke verheven doelstellingen van psychotherapie lijkt vooralsnog meer op zijn plaats dan een al te luid geklaag over kwaliteitsverlies. Zolang niet aannemelijk is gemaakt dat psychotherapie dergelijke effecten regulier kan bereiken, moet zij zich eerst maar eens expliciet richten op het adequaat en efficiënt reduceren van klachten. Dat effect is van een toenemend aantal psychotherapeutische interventies immers wel aangetoond<sup>3</sup>.

Een ander mogelijk voordeel van de beperkte verstrekking is de mogelijkheid om de zo vanzelfsprekende een-op-een-relatie tussen patiënt en therapeut ter discussie te stellen. Moet de therapeut niet veel meer als een soort casemanager of behandel­dirigent gaan fungeren. In een-op-een-contacten met de patiënt inventariseert en analyseert hij in dat geval de problematiek van de patiënt om van daaruit een behandelplan te ontwikkelen. Zoals in de somatiek (goedkopere) fysiotherapeuten, verpleegkundigen, huisartsen en diëtisten delen van het behandelplan uitvoeren dat de medisch specialist heeft opgesteld, zo kunnen in de geestelijke gezondheidszorg (goedkopere) groeps werkers, verplegenden, niet BIG-geregistreerde psychologen en anderen dat doen met gedeelten van door psychotherapeuten opgestelde behandelplannen. Veelal kunnen zulke behandelonderdelen worden vormgegeven in modulair opgezette en geprotocolleerde (groeps)trainingen. Een aantal van zulke protocollen kan dan weer zijn ontwikkeld en worden gesuperviseerd door psychotherapeuten. Tijdens modules en tussen de verschillende modules door kan de psychotherapeut individueel contact onderhouden met de patiënt. Daarin kan hij deze aansporen om wat hij in de modules leert ook in praktijk te blijven brengen. Tevens zal tijdens deze bijeenkomsten het behandelplan geregeld worden geëvalueerd, zo nodig worden bijgesteld en uiteindelijk worden afgesloten (Korrelboom & Ten Broeke, 2004).

## Conclusies

Ik heb betoogd dat de recente protestgolf van psychotherapeuten tegen ongewenste ontwikkelingen in hun beroep niet altijd even bevorderlijk is voor het vak psychotherapie. Overigens terechte financiële en sociale onvrede onderbouwen met slechte, dikwijls onbewezen vakinhoudelijke argumenten is zwak. De zaak waarom het de psychotherapeuten vooral lijkt te gaan (van de overheid eisen dat zij zich opstelt als een betrouwbare mede-organisator en aanstuurder van de geestelijke gezondheidszorg) zal op die manier onvoldoende serieus worden genomen. Maar, wat nog erger is, ook de zaak waarom het eigenlijk niet primair gaat (kwaliteit van de psychotherapie), wordt op deze manier een slechte dienst bewezen. Zolang men immers een stellingname voor of tegen een bepaalde zaak onvoldoende of zwak onderbouwt, zal de aangesprokene eerder geneigd zijn om die zaak zelf ook minder serieus te nemen.

Door zich te veel in de slachtofferrol te plaatsen, door deels oneigenlijke argumenten aan te voeren, door onvoldoende de mogelijke positieve aspecten te benoemen die óók aan de nieuwe ontwikkelingen kunnen kleven en door chronisch blind te blijven voor al jaren bestaande zwakheden in de eigen organisatie en opleidingsstructuur, profileert de psychotherapie zich onvoldoende als de vooraanstaande behandel­methode die zij in wezen is en behoort te zijn. Daarmee schrikt zij nieuwe collega's, verwijzers, financiers en misschien ook wel potentiële patiënten onnodig af. Niemand sluit zich immers graag aan bij 'losers'. In deze bijdrage is getracht om in een wat provocerende toonzetting enig tegengas te bieden aan deze ontwikkelingen.

---

**abstract**

*Psychotherapists protest actions against some recent governments decisions are too blunt. By defining themselves too much as victims of these actions they affect the respectability of the psychotherapeutic profession. Moreover, these protest actions impede a critical examination of the profession. In this way, misunderstandings and wrong practices remain longer within psychotherapy than necessary. Also because of these protests some favourable opportunities for change are being overlooked. In the article some misunderstandings are mentioned, while at the same time a few possibilities for change are discussed.*

**Noten**

- 1 Dit artikel is een bewerking van een lezing op het symposium 'Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Psychotherapie en de toekomst' dat op 7 april 2004 in de Jaarbeurs in Utrecht werd gehouden.
- 2 Cognitieve-gedragstherapeuten die werkzaam zijn binnen de sector persoonlijkheidsstoornissen denken daar soms anders over (McGinn & Young, 1996).
- 3 Dit is een enigszins andere discussie dan die over *quality of life*. Zowel binnen de medische zorg als binnen de GGZ vraagt men zich, terecht, in toenemende mate af in hoeverre behandelingen bijdragen aan de kwaliteit van leven. Die vraag beantwoordt men echter door na te gaan in hoeverre de primaire ingreep (heupimplementatie, reductie van emotionele klachten) bijdraagt aan het levensgeluk. Men tracht niet dat levensgeluk rechtstreeks te beïnvloeden. Mogelijk zou het belang van, bijvoorbeeld, cliëntgerichte psychotherapie meer worden onderstreept wanneer 'geluksmaten' een grotere rol zouden spelen in het effectonderzoek. Maar dergelijk vergelijkend onderzoek is nog nauwelijks beschikbaar. Tot dat moment is bewezen klachtreductie het sterkste wetenschappelijke argument dat we hebben voor de legitimatie van psychotherapie. Het is merkwaardig wanneer zich op de wetenschap beroepende psychotherapeuten daaraan al te gemakkelijk voorbijgaan.

**Referenties**

- Beutler, L.E., Machado, P.P.P., & Allstetter Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change. Fourth edition*. New York, Chichester: John Wiley & Sons.
- Blom, M.B.J., & Jonker, K. (1999). Protocollaire behandeling van depressieve patiënten: Interpersoonlijke psychotherapie. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg deel II*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dyck, R. van, Velden, K. van der, & Emmelkamp, P. (1991). Algemene therapiefactoren, eclecticisme en indicatiestelling voor psychotherapie. In W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin, P.M.G. Emmelkamp (red.), *Handboek psychopathologie. Deel 2*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1997). Beyond the efficacy ceiling? Cognitive behavior therapy in search of a theory. *Behavior Therapy*, 28, 601-611.
- Fontein, W. (2001). Commentaar op de wetenschappelijke status van de cognitieve therapie. *Gedragstherapie*, 34, 67-93.
- Gomperts, W. (2004). Effectonderzoek en de moeizame relatie tussen psychoanalyse en empirische wetenschap. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 59, 10-39.
- Hermans, D. (2001). De protocollaire behandeling als paard van Troje: over de valse tegenstelling tussen op maat gesneden en protocollaire behandelingen. *Gedragstherapie*, 34, 163-171.
- Hutschemaekers, G., & Kalmthout, M. van (2004). De evidentie van het cliëntgerichte gedachtegoed. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 42, 5-17.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2003). *Handboek EMDR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Haas, O. de (2003). Naar een eenduidige omschrijving van het 'zorgproduct psychotherapie'. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 29, 53-70.
- Howard, K.I., Kopta, S.M., Krause, M.S., & Orlinsky, D.E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (1997). Behandelprotocollen in de ambulante GGZ. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Korrelboom, C.W. (1998). Enkele bevindingen en bespiegelingen over de persoonlijkheid van de gedragstherapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 24, 377-390.
- Korrelboom, C.W., Broeke, E. ten (2004). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Coutinho.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2003). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen cliënten met een angststoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- McGinn, L.K., & Young, J. (1996). Schema-focussed therapy. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Prochaska, J.O., & Norcross, J.C. (1999). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis. Fourth edition*. Pacific Grove: Brooks/Cole publishing Company.
- Takens, R.J. (2004). Ingezonden. Reacties op conceptrichtlijnen depressie en angststoornissen. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 42, 55-71.
- Trijsburg, W. (1999). Psychotherapie in beweging. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 54, 418-423.
- Vandereycken, W., & Deth, R. van (2003). *Psychotherapie. Van theorie tot praktijk*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vertommen, H., & Vervaeke, G. (1998). Ik beslis, jij beslist, wij beslissen. Een overlegstrategie voor indicatiestelling. In C.P.F. van der Staak, J.J.L. Derksen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Psychodiagnostiek en indicatiestelling*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Visser, S. (1996). Behandelprotocollen: karikaturen en praktijk. *Gedragstherapie*, 29, 267-289.