

## Serie Opleiders van het eerste uur

PAUL ANZION

### Evidence based is de dood in de pot Kraaimaat over de opleiding tot psychotherapeut

*Dit is het negende interview in een serie over de opleiding tot psychotherapeut. Er wordt in deze serie gesproken met twaalf Nederlanders en Vlamingen, die direct bij de opleidingen psychotherapie betrokken zijn of zijn geweest. Op deze manier wordt een beeld geschetst van de ontwikkeling van de opleiding psychotherapie vanaf de Tweede Wereldoorlog tot nu.*

*Kraaimaat (1942) is van huis uit klinisch psycholoog/gedragstherapeut. Nu is hij hoogleraar medische psychologie in Nijmegen. Daarvoor was hij vijf jaar hoogleraar klinische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. Voor die tijd was hij werkzaam in de psychiatrische universiteitsklinieken van Utrecht en Rotterdam. Tot voor kort was hij hoofdredacteur van Gedragstherapie.*

*Als tegenwicht tegen de door hem geconstateerde zelfgenoegzaamheid in de psychiatrie en de psychotherapie pleit hij ervoor dat mensen moeten blijven nadenken over hun vak en over wat zij doen, en wat het effect is van hun behandeling. Hij wil af van de op het harmonie-model gebaseerde basisopleiding en wil de opleiding vormgeven op grond van het onderscheid tussen wat werkt en wat niet.*

*Het gesprek was op 19 november 1999.*

#### KENNISMAKING MET HET VAK

*Hoe bent u in aanraking gekomen met het vak?*

Ik ging psychologie studeren omdat ik geïnteresseerd was in de meer experimentele kant van de psychologie, maar ik kwam er ook achter dat juist dit deel van het doctoraalprogramma destijds niet zo aantrekkelijk was in Utrecht. Daarom ben ik meer de klinische kant op gegaan, waarbij ik toch probeerde een accent te leggen op experimenteel werk, op empirisch effectonderzoek. Zo kwam ik bij de gedragstherapie terecht.

PAUL ANZION was van 1995 tot 1999 eindredacteur van dit tijdschrift. Hij werkt als eindredacteur bij het Trimboos-instituut in Utrecht. Daarvoor werkte hij onder andere als zelfstandig gevestigd telstredacteur en tekstschrijver.



Met de psychotherapie kwam ik in 1968 in aanraking tijdens mijn doctoraalstudie klinische psychologie aan de Universiteit Utrecht. Daar zat Jos Dijkhuis als toenmalige hoogleraar klinische psychologie en psychotherapie. Hij zei: 'Klinische psychologie is prachtig, maar je zult er toch ook iets mee moeten doen.' Zo introduceerde hij de therapiekant van de psychologie. Behalve algemene aspecten als diagnostiek, indicatiestelling, patiënt-therapeut-interactie maakte ik ook kennis met specifieke richtingen als psychoanalyse, experimentiële of cliëntgerichte psychotherapie en gedragstherapie. In deze introductie op de psychotherapie was onmiskenbaar zijn visie te herkennen. In een soort integratief model maakte je met alle belangrijke richtingen kennis en daarmee was de Utrechtse vakgroep klinische psychologie zijn tijd ver vooruit. Zijn opleidingsmodel is overigens nog steeds min of meer de standaard.

Een andere goede ontwikkeling in de klinische psychologie van die tijd vond ik dat de fenomenologische beschouwingen aan de kant waren gezet in het begin van de jaren zestig. Aanzetten voor een demarcatie tussen de beschouwende en fenomenologische psychologie zoals die tot in de jaren zestig nog gedoceerd werd en de erop volgende empirische psychologie werden gedaan door Linschoten met zijn *Idolen van de psycholoog*. Kouwer met zijn *Spel der persoonlijkheid* en De Groot met zijn *Methodologie*. Het was een periode waarin van *evidence based* psychotherapie nog geen sprake was. Iedereen moest zelf het kaf zien te scheiden van het koren.

#### DE EIGEN OPLEIDING EN BEROEPSMATIGE ONTWIKKELING

*Hoe bent u opgeleid tot gedragstherapeut?*

In 1970 ben ik als klinisch psycholoog gaan werken aan de Faculteit Geneeskunde van de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Het eerste jaar met als opdracht 'attitudevorming en communicatietraining voor studenten geneeskunde' en later kwam daarbij 'gedragstherapie bij psychiatrische patiënten'. Dat heb ik vier jaar gedaan.

Het tweede jaar dat ik in Rotterdam zat, ben ik gedragstherapie gaan doen. Dat vakgebied was volop in ontwikkeling. Het toepassen van experimentele psychologie was als idee natuurlijk niet nieuw – dat vind je op allerlei terreinen. Alleen stond het lange tijd in de schaduw van een meer beschouwende vorm van psychologie die nu echt passé is, denk ik.

Een echte psychotherapieopleiding bestond er in die tijd nog niet. Er was een kennismaking in de doctoraalfase en als iemand verder iets wilde dan moest hij dat zelf bij elkaar harken. Iedereen deed dat zo. Je zocht elkaar op je deed het met elkaar. Daardoor vond ik het ook een inspirerende tijd: je moest vanuit heel weinig iets opbouwen en dat gaf een grote cohesie. Wij hebben toen in Rotterdam een werkgroep opgericht van twaalf mensen die belangstelling hadden voor psychotherapie, gedragstherapie of kindtherapie. Meer dan die twaalf geïnteresseerde psychotherapeuten waren er in die

regio nauwelijks te vinden. Vergeet niet, Rotterdam had toen een achterland dat liep van Zeeuws-Vlaanderen tot en met bijna Noord-Holland. Ik had bijvoorbeeld patiënten uit Middelburg; die zaten twee, drie uur in de bus. Binnen een jaar had ik een wachtlijst van twee jaar.

Werkgroepen en interventie moest je zelf organiseren. Verder stelde ik zelf mijn opleiding samen door mij in te schrijven op inleidende cursussen, trainingen en workshops. En er werden in die tijd ook heel wat trainingen, workshops, conferenties aangeboden – een hele chaotische tijd voor iedereen. Je kon de vreselijkste dingen consumeren. De grootste flauwecul werd gepropageerd, of beter gezegd: verkondigd. Er ging geen week voorbij of ik kreeg wel een brief in de trant van: 'Mijn naam is Smith en ik kom uit Californië. Ik kom hier een cursus doen en het is geweldig, en het werkt fantastisch.' Die mensen reisden alleen zo snel de wereld rond dat ze nooit effecten zagen natuurlijk. Dus die hielden het geloof er wel in.

In die jaren zeventig was er dus een overvloedig en gevarieerd aanbod van trainingen en workshops, waaronder veel kaf en weinig koren. De Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP) en de specialistische psychotherapieverenigingen (SPV) deden hun uiterste best deze toestroom te kanaliseren via criteria, erkenning en registratie. Eind jaren zeventig kwamen zij met een punten telling. Dat was in het begin om gek van te worden, omdat die elk jaar veranderde; iemand begon met zestig punten en na drie jaar bleek hij er nog maar twintig te hebben. Een aanpak waar overigens veel kritiek op was, maar die achteraf beschouwd de enig haalbare manier was om de chaos in te dammen.

Er kwam in die tijd ook een erkenning van SPV'en binnen de NVP. Bepaalde verenigingen die weinig kader of weinig theoretische basis hadden, zijn er nooit in gekomen, zoals bijvoorbeeld de vereniging voor gestaltherapie.

#### Wie zijn er wel in gekomen?

De Rogeriaanse of experientieële vereniging, de psychodynamische verenigingen. Dat waren er eerst twee, later drie. Die hadden zich vermenigvuldigd, doordat de twee bestaande verenigingen later nog een gemeenschappelijke derde hebben opgericht, de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalytische Psychotherapie, zodat je natuurlijk steeds dezelfde mensen in alle drie de clubs tegenkomt. Verder kwam de Vereniging voor Gedragstherapie (VGT) in de NVP en ook die voor groepstherapie. Dat allemaal samen heeft uiteindelijk ook geleid tot het integratieve opleidingsmodel wat we nu hebben. In de basisopleiding zijn alle richtingen namelijk keurig vertegenwoordigd.

#### Hoe gaf u dan vorm aan uw eigen opleiding, tussentijd van al die chaos?

Richting gevend was de literatuur. Ik denk dan met name aan handboeken van auteurs als Kanfer & Phillips, Bandura, Frank, Goldstein, en Bergin & Garfield en verder voornamelijk tijdschriften als *Behavior Research and*

*Therapy, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Behavior Therapy, Journal of Consulting and Clinical Psychology* en *Psychological Bulletin*. Voor de supervisie waren er grove richtlijnen en er was een beperkt aantal supervisors beschikbaar.

Een belangrijk voordeel van deze beginperiode vond ik overigens wel dat ik zelf accenten kon aanbrengen in mijn opleidingspakket. Zo hield ik mij bezig met algemene factoren zoals door onder andere Goldstein beschreven: relationele aspecten (Rogers, Truax en Carkhuff); experimentele psychopathologie; en op leertheorieën geschoeide behandelmethoden. Het nadeel voor het vakgebied was dat iemand ook kon volstaan met een pretpakket en dat charlatanerie voor de leek nauwelijks herkenbaar was.

Nadat ik in Rotterdam aan de faculteit geneeskunde, dus binnen de psychiatrie, had gewerkt, ben ik in 1974 naar Utrecht gegaan, ook naar een psychiatrische universiteitskliniek. Begin 1990 ben ik naar Amsterdam gegaan naar de faculteit psychologie. Daar werd ik hoogleraar klinische psychologie. Eind 1995 ben ik naar Nijmegen gegaan om hoogleraar medische psychologie te worden.

#### U bent betrekkelijk kort in Amsterdam aangesteld geweest.

Ik miste het op de productie gericht zijn van een ziekenhuis. Hier in Nijmegen is de medische psychologie verbonden aan het Radboud Ziekenhuis. Als ik hier 's avonds wegga, gebeurt er nog iets. In Amsterdam zat ik meer in een school's ritme. In augustus zijn er nog wat mensen, maar verder niet eigenlijk. En de vierde week van december zie je niemand meer tot en met de tweede week van januari. Ik vond het te geïsoleerd, ik miste de patiëntenstroom.

Ik vond die Amsterdamse periode overigens wel heel plezierig. Achteraf bezien was het voor mij meer een *sabbatical*.

#### ZELF OPLEIDEN

##### Wanneer bent u zelf gaan opleiden?

In Rotterdam, en daarna ook in de psychiatrische universiteitskliniek in Utrecht, werd ik al snel betrokken bij de opleiding van assistent-psychiaters. Een aantal malen per jaar organiseerden mijn collega-klinisch psychologen en ik een cursus *Therapievvaardigheden* en een *Inleiding in de gedragstherapie*. Zeker voor assistent-psychiaters was er in die tijd nauwelijks iets. Zij kregen helemaal niets van psychotherapie in hun opleiding. Deze cursussen hebben we toen ook opengesteld voor psychologen-in-opleiding of afgestudeerde psychologen, omdat we het interdisciplinaire belangrijk vonden. Dat heb ik in telkens aangepaste versies tot 1990 gedaan.

Als bestuurslid van de VGT deed ik in de jaren zeventig ook workshops en conferenties. In dat bestuur en met name door de opleidingscommissie werd gewerkt aan een opleidingsplan voor gedragstherapeuten. Dit plan werd sterk beïnvloed door de opleidingseisen die door de NVP eerst zonder, en later in

overleg met de specialistische psychotherapieverenigingen werden opgesteld. Dit leidde onvermijdelijk tot compromissen die in de huidige basisopleiding en ook in de registeropleiding van de VGT nog duidelijk herkenbaar zijn.

Daarnaast superviseerde ik stagiaires, die therapie leerden uitvoeren. Dat was aanvankelijk in de predoctorale fase, later werd dat postdoctoraal. Stagiaires liepen een jaar in mee en keken via een *one way screen* naar behandelingen, en ze werden gesuperviseerd over de behandelingen die zij zelf deden, ook met behulp van het *one way screen*. Dat vond ik een aantrekkelijk model. Daarnaast kwamen er incidenteel supervisanten van buiten.

Op dit moment superviseer ik minder dan voorheen. Voorheen was het standaard dat ik twee tot drie opleidingen had, die ik superviseerde over al hun patiënten. Daar was ik veel tijd mee kwijt. Nu superviseer ik vier opleidingen die psychotherapeutische behandelmodules aan het maken zijn voor patiënten met somatische aandoeningen. Ik ben meer bezig met de ontwikkeling van die methodes en hoe dat uitwerkt.

*Had u, toen u begon, een bepaalde visie op die opleiding?*

Ik heb het relationele aspect altijd belangrijk gevonden. Dat moest er altijd in zitten, naast natuurlijk het instrumentarium voor gedragsveranderingen. Het gaat om de combinatie van kennis en kunde. Onder kunde versta ik het toepassen van de behandelmethode, maar ook een adequaat gesprek voeren met een patiënt. Het is natuurlijk uitermate weerbarstige materie om kennis en kunde in één pakket onder te brengen. Dat geldt ook in de geneeskunde. Een chirurg kan misschien nog bot en sociaal onvaardig zijn, maar dan houdt het toch bijna op. En dat is ook niet waar, want zijn vak bestaat niet alleen maar uit snijden. Het wordt tegenwoordig geëist dat hij uitlegt wat hij gaat doen en waarom.

Dat er in de psychiatrie-opleiding in de begin jaren zeventig aandacht werd besteed aan relationele vaardigheden was al een hele revolutie, en dat dit cursorisch en systematisch gebeurde, gaf nog meer opwinding. In Rotterdam zat toen Ladee als hoogleraar psychiatrie en hij stimuleerde deze aanpak. Al vertrouwde hij het nooit helemaal, want bij de evaluatie kwam hij er altijd bij zitten. Voor de assistenten zelf was het volstrekt nieuw dat je kon kijken naar hoe je met een patiënt kon praten en dat daar bepaalde dingen aan te ontdekken vielen.

Vergeet niet, de opleiding voor psychiater was tot dan toe heel praktisch. Ze kregen één keer in de week een referaat: iemand vertelde een artikel na en voor de rest zagen ze patiënten. Als ze dat dan vijf jaar gedaan hadden, waren ze afgestudeerd. Dat kun je je nu niet meer voorstellen. Dat was de meester-gezelmethode. Gelukkig is dat snel veranderd.

*En hoe zag het er inhoudelijk uit?*

In het begin was er niet veel. Wat er was, gaf je door aan anderen. In dat prille begin was er op de Nederlandse gedrags therapie een sterke invloed vanuit

Engeland, van bijvoorbeeld Meyer en Beech; en vanuit Amerika, waar mensen zaten als Wolpe en Kanfer. Vanaf de jaren zeventig kwam er ook spoedig een bijdrage van Nederlandse gedrags therapeuten die zich op diverse terreinen specialiseerden. Zo had je bijvoorbeeld de mediatetherapie door Cladder, seksuele problemen door Everaerd, rouw door Ramsay, exposure bij angst door Emmelkamp en Burger, dwang door Haaijman, eetstoornissen door Vandereycken, partner-relatietherapie door Van der Hart en Lange. In een periode van tien tot vijftien jaar werden diverse terreinen van de gedragstherapie tot ontwikkeling gebracht. Die beginperiode vond ik stimulerend en van grote waarde, omdat ik daardoor genoodzaakt was om mij breed te oriënteren: voor veel problemen was namelijk nog geen adequate theorievorming of behandelmethode beschikbaar.

Leidraad bij die ontwikkeling waren paradigma's uit de leerpsychologie, de experimentele psychologie en experimentele psychopathologie. Bij sommige psychotherapeuten van andere oriëntaties gaf dit onvermijdelijk de indruk van eenzijdigheid en beperktheid. Dat gaf felle discussies tussen gedrags-therapeuten en collega's van andere oriëntaties. Dit sloot overigens niet uit dat er in de praktijk relatief veel onderlinge contacten waren. Ik denk bijvoorbeeld nog met plezier aan een duo-supervisie in mijn Rotterdamse tijd waarbij een psychoanalytische collega en ik elkaar superviseerden over een therapieresistente cliënt.

Wat op de achtergrond van die discussie natuurlijk ook speelde, was de discussie over de ineffectiviteit van de psychotherapie. In 1953 opende Hans Eysenck de discussie over het effect. Dat was echt een bom in de wereld van de psychotherapie. Hij toonde aan dat de op psychoanalytische en Rogeriaanse theorie gestoelde therapieën niet effectief waren. Dat hebben ze toen nog een tijd ontkend. Daar kunnen alle mechanismen van Anna Freud op losgelaten worden, maar zijn conclusie bleef overeind.

*Is effectiviteit nog steeds een discussiepunt?*

Ik heb me daar de laatste jaren geen zorgen meer over gemaakt. Op dit moment is er een heel arsenaal aan effectieve behandelmethoden en benaderingen. Die discussie over wat die psychotherapeuten precies doen en wat het effect is, vind ik een jaren-zeventig-discussie. Het is nu alleen nog een politieke vraag - en een onfatsoenlijke, omdat het een vraag naar niets is. Behandeling is effectief. Als je dat ter discussie stelt, dan vind ik dat je de wereld voor de gek houdt. Als je daar ook nog intrapt door er antwoord op te geven, doe je ook nog alsof het waar is.

*Waar houdt u zich op dit moment mee bezig?*

Er is een grote groep van cliënten, waar psychotherapie nog heel weinig mee doet: de mensen waarbij een biologisch substraat duidelijk aanwijsbaar is. Het is bizar dat zij alleen maar met biologische methoden behandeld worden en met wat maatschappelijk werk, terwijl die mensen door hun aandoening ook in emotionele en sociale zin ontregeld zijn. Ik zie helemaal geen schei-

*Wat moet ik nu bij dat grensvlak voorstellen?*

Neem nu bijvoorbeeld mensen met chronisch eczeem of psoriasis. Hun klachten beïnvloeden sterk hun leven en dat geeft emotionele en sociale ontregeling. Het kost bijvoorbeeld simpelweg veel tijd om zo'n ziekte te hebben. De vraag is dan: hoe passen die mensen zich aan die veranderingen aan? Waar gaat het fout en waar gaat het goed? In mijn visie maakt het dan niet meer uit of je schizofrenie hebt of een huidandoening: die psychologische mechanismen zijn min of meer hetzelfde. Al is het bij somatische patiënten in een enigszins andere vorm, omdat het gaat om een normale populatie. Maar dat gegeven is tegelijkertijd informatief. Als ik op een psychiatrische polikliniek angststoornissen behandel, krijg ik alleen diegenen te zien met een angststoornis. Ik zie dus niet diegene die het hadden kunnen ontwikkelen. Op een somatische afdeling zie ik wel de hele brede groep. Pas dan krijg ik zicht op wie er wel vastloopt en wie niet, en hoe dat nu precies gaat.

Volgens mij handelt het hier om basisvragen van de psychopathologie en de psychotherapie. Als mensen met chronische aandoeningen geconfronteerd worden, hoe gaan zij daar dan mee om? Wat betekent dat emotioneel en sociaal? Hoe past iemand het in zijn leven in? Die laatste vraag is cruciaal. Mensen worden geconfronteerd met een verandering en dat moeten ze vormgeven. Dat gebeurt bij schizofrenie, maar ook als ze kanker hebben of reumatoïde artritis bijvoorbeeld. Hoe kunnen zij dan bijtijds een andere kant opgestuurd worden?

*Vragen somatische patiënten zelf om psychische hulp?*

Deels. Wat wij natuurlijk proberen is om eerder de mensen op te sporen die een risico lopen, in plaats van de psycholoog erbij te roepen als iemand aangeeft problemen te hebben. Dat is in een laat stadium. Verder zijn er natuurlijk ook mensen die je nooit hoort, maar wel vastlopen. Ik vind dat wij in de zorg ook voor die mensen verantwoordelijkheid hebben. Ik vind het naïef om te zeggen: ze vragen er niet om, dus hebben ze het ook niet nodig. Het kan zijn dat ze niet weten dat er hulp is, of zelfs niet eens weten dat ze vastlopen.

Het prettige in dit ziekenhuis is, dat de psychologen zich hier nooit hebben hoeven invecchten. Van oudsher heeft Nijmegen namelijk veel aandacht gegeven aan de integratie van twee vakgebieden. Het heet niet voor niets medische psychologie. Attitude en communicatie vinden ze hier extreem belangrijk. Toen ik er destijds in Rotterdam mee begon, leek het of praten met de patiënten onfatsoenlijk was. In Utrecht was dat ook nog heel sterk. De Utrechtse geneeskunde was biomedisch en elk praatje was eigenlijk zonde van de tijd.

Deze integratie is ook ingebakken in de organisatie. Mijn medewerkers zitten door het hele ziekenhuis verspreid, op de diverse afdelingen. Zij zitten met hun neus tussen de patiënten en tussen de problemen, en tussen de medici ook. Dat werkt heel goed, dat houdt verveling tegen, en ook de zelf-

ding tussen die manieren van aanpak. Ik heb het altijd vreemd gevonden dat biologische psychiatrie en psychotherapie niet samen mochten.

In Utrecht kwam halverwege de jaren zeventig Herman van Praag als hoogleraar. Dat was een verademing in de psychiatrie. Iemand die het vak op een meer wetenschappelijke manier benaderde. Ik vond dat echt een revolutie, al werd hij sterk aangevallen op zijn biologische benadering. In die discussies werd vaak vergeten dat hij ook in de zorg een revolutie teweegbracht. Hij was een van de weinigen die vond dat mensen een fatsoenlijk bed moesten hebben en hij was de enige in de staf die aandacht had voor de leefsituatie van de patiënt in het ziekenhuis. Mensen werden toentertijd gehouden als in een legbatterij. Dat waren zalen met 20 of 24 mensen. Ze lagen naast elkaar met een glazen wand ertussen, zodat de hoofdzuster op een verhoging twee zalen tegelijk kon overzien. Met hele lage nachtkastjes naast hun bed. Anders gingen de cliënten daar achter masturberen, was het idee. Patiënten hadden toen absoluut geen privacy, dat was echt ongelofelijk. De toiletten stonken, en het andere sanitair deugde ook niet. Van Praag zei toen: 'Dit doen we niet.'

En dan te bedenken dat hij aangevallen werd, omdat hij patiënten menswaardig zou behandelen. Dat was een bizarre paradox waar hij in terecht kwam. Althans een deel van de staf vond dat. Het deel van de staf dat dit systeem in stand gehouden had, vond dat natuurlijk niet. Zij probeerden een stok te vinden om de verandering tegen te houden. Die stok werd de biologische psychiatrie, maar in wezen was het een kwestie van incompetentie. Kortom, het was een tijd van verandering en vernieuwing.

*Dat is nu voorbij?*

Er heerst te veel zelfgenoegzaamheid in de psychiatrie, en voor een deel ook in de psychotherapie. Sommigen zijn groot geworden, en staan zich voor op wetenschappelijkheid, op effectiviteit, *evidence based*. Ze gaan met hun richtlijnen en hun methoden de praktijk in en komen terecht in een schijnzekerheid: als iets bruikbaar is, waarom dan verder kijken? Meer onzekerheid mag wel van mij, door bijvoorbeeld op terreinen te gaan werken waar de psychotherapie nog niets kan, zoals voor de chronici. In het nieuwe zit de ontwikkeling. Ik zou het zelf niet prettig vinden om steeds iets te doen wat werkt. Nu had ik dat toch al niet vaak in Rotterdam en Utrecht, omdat het allebei universiteitsklinieken waren; daar komen al de moeilijker klanten.

Ik heb mijzelf regelmatig beziggehouden met onderwerpen waar nog niet zoveel voor was: spraak- en taalstoornissen bijvoorbeeld, in het bijzonder experimenteel onderzoek naar stotteren. Nu ben ik bezig met behandelmethoden voor mensen met chronische somatische ziekten. Dat kan variëren van reumatoïde artritis, huidziekten, tot kanker. In feite ben ik daar midden jaren tachtig al mee begonnen. Het grensvlak tussen somatiek en psychopathologie, dat vind ik uitermate boeiend.

genoegzaamheid, want je ziet wat het doet. Als je de effecten monitort van wat je doet, dan houd je jezelf wakker. Dat lijkt me ook een plicht voor de psychotherapie, terwijl 80% van de psychotherapeuten dat nalaat. Voor- en nameten, en melding maken van effecten zie ik weinig terug in rapportages. Wat wel vaak gemeld wordt, is dat de cliënt zeer tevreden was over de therapie, maar dat wisten we al. De gehangeme is ook tevreden over het touw, maar dat soort tevredenheid zegt mij niet zoveel. Nederlanders kankeren veel – vraag of ze tevreden zijn, dan scoort je hoog.

Kortom, een psychotherapeut is verplicht te zorgen voor terugkoppeling. Hoe kun je anders je eigen functioneren verbeteren? Door alleen maar na te denken of door op de hei te zitten? Dat is misschien goed om afstand te nemen, maar verder moet je wel materiaal hebben. Als je alleen maar je eigen gedachten terugkoppelt, dan cirkel je al snel rond met je gedachten. Pas als je het bijvoorbeeld gaat opschrijven, dan zie je dat je ronddraait. Dat velen niet kijken naar de effecten van hun interventies, is tekenend voor de zelfgenoegzaamheid van de psychotherapie. Eigenlijk schandalig.

*Dan zeggen ze dat ze een enorme caseload hebben.*

Dat is geen excuus. Stel dat een hartchirurg zegt: 'Ik doe enorm veel hartoperaties, maar ze gaan wel allemaal dood. Maar daar kan ik niets aan doen, want ik heb het zo druk.' Dan ben je slachtoffer en geen hulpverlener meer. Je moet kijken naar wat je doet. Zo'n ethische eis kun je bijna aan elk normaal mens stellen. Wat betekent het wat je doet? Dat is een normale vraag in elke relatie. Een hulpverlener is toch geen blind paard? Je bent toch op de ander gericht?

#### ONTWIKKELINGEN IN HET VAK

*Wat is er veranderd in al die jaren dat u in het vak zit?*

Wat ik een grote vooruitgang vind, is dat patiënten die vroeger de inrichting in verdwenen, dat die nu voor een belangrijk deel behandeld kunnen worden. Vroeger verdwenen ze de inrichting in en dan kwam je ze nooit meer tegen. We hebben nu de mogelijkheid om iets te doen met steeds ernstigere pathologieën, zoals extreme dwangstoornissen, angststoornissen of depressieve stoornissen. Als ik daar over nadenk, kan ik me er mateloos aan ergeren dat dit niet erkend wordt. Er wordt veel gesproken over vooruitgang in de medische technologie en in de geneeskunde, en over de vooruitgang in de biologische psychiatrie. Als je van 1970 tot nu kijkt, gaat het in de biologische psychiatrie meer om varianten van stoffen dan om nieuwe dingen. Te verdere dingen is de stelling dat in de psychotherapie meer vooruitgang is geboekt dan in die biologische tak.

*Het feit dat die vooruitgang niet erkend wordt, komt dat doordat de beroepsgroep van psychotherapeuten zich niet manifesteert?*

In de jaren zeventig was er een sfeer van vooruitgang en optimisme: we gaan iets doen en we zien mogelijkheden. Vervolgens kregen we de chaos van charlatanerie op die markt. Het heeft heel veel moeite gekost om dit in te dammen. Ook de I.M.P.'s hadden de wind in de rug, die groeiden toen als kool. Al was dat voor veel psychotherapeuten meer een manier om snel rijk te worden. Toen dat inzakte, kan ik mij de discussies nog herinneren van mensen die hun derde huis moesten afstoten en hun tweede vriendin er niet meer op na konden houden. Ik vond het echt een uitwas. Let wel, het was heel goed dat er voorzieningen kwamen, maar niet de manier waarop.

*Maar heeft de psychotherapie zich niet wat meer in een hoekje laten drukken? Ik ontmoet een zekere zelfgenoegzaamheid. Ik ben tot begin jaren tachtig actief geweest in de VGt en de punten die ik toen in mijn beleid had staan, zou ik nog steeds op de agenda zetten. Alsof er in die vijftien jaar niets gebeurd is. Dat waren punten als: zoek meer ontplooiing, richt je op de beleidsmakers, neem contact op met patiëntenverenigingen, zorg dat je consultatief iets betekent voor je leden. Kortom, maak van die vereniging een professionele club en geen georganiseerde zelfbevestiging: 'we doen het zo goed, wij zijn zo fijn en we zijn wetenschappelijk en daarom zijn we iets'. Op elke conferentie belijdt iedereen dat het allemaal zo wetenschappelijk is. Terwijl mijn grootste angst op dit moment juist is dat die hele *evidence based* benadering de dood in de pot wordt. Neem nu bijvoorbeeld de protocolrichtlijnen. Opleidingen zijn er dol op. Je krijgt ze niet aangestreept. Het geeft hun zekerheid. Het gevaar is dat je een soort toepassers krijgt, HBO-ers. Misschien is het wel een manier om de therapie goedkoop te maken. Overigens, als je goed kijkt naar die protocollen, dan kun je 80% zo weggooien. Er zit helemaal geen *evidence* achter, daar prik je zo doorheen. Daar zitten geen data onder.*

Dus er blijft altijd een groep nodig, die ontwikkelt en grenzen verlegt. Die ook weer durft, en geëquipeerd is om met mensen te werken, voor wiens problemen nu juist geen methoden voorhanden zijn. Ik hoop die instelling vorm te kunnen geven in een soort derdefase-therapeut; ik kom daar straks nog op. Maar ondertussen zie ik het veranderen: als je een methode krijgt die werkt, dan hoef je niet verder te kijken. Een dergelijke zelfgenoegzaamheid zou zich heel goed tegen ons kunnen keren.

Richtlijnen en behandelprotocollen zijn natuurlijk hoogmode, dus ik verwacht een sterke toename, al zijn ze door het geringe *evidence based* karakter en het ontbreken van een ingebouwde evaluatie meer voor de handel gemaakt dan geschikt voor consumptie. Onder het mom van kwaliteit van zorg zal de politiek op grond van kosten, en niet op effectiviteitsoverwegingen, gretig op deze laatste trend inspringen. Het is kortdurend, dus de politiek stimuleert het. Van de politiek moeten we het echter niet hebben, want die wil zo min mogelijk geld uitgeven en niet investeren. Wetenschap is niet en *voeg*, daar in Den Haag.

Het gebruik van protocollen en richtlijnen, daar hoeft je verder niet bij na te denken. En juist daarom moet je iedereen verplichten te kijken naar de behandelresultaten. Dat is de enige manier om wakker te blijven. Daarom moeten patiëntenverenigingen opgestoekt worden. Die kunnen niet kritisch genoeg zijn. Dat verplicht ons te laten zien wat er is. Wij hadden in de VGt destijds contact met de inmiddels overleden mevrouw De Wolf, voorzitter van de fobieclub. Zij deed het fantastisch. Ik heb destijds ingesteld dat het bestuur in ieder geval twee keer per jaar met haar zou praten. Ik had mijn hielen nog niet gelicht had of men hield er acuut mee op, want wat moet je met zo'n raar mens? Zij zat daar als een terrier. Ik vond het prachtig. Ik heb nooit begrepen waarom dat *not done* was. Natuurlijk krijg je een vertekend beeld, maar ons beeld is toch ook vertekend? Zie dat beeld maar bij te stellen. Ik heb altijd veel waardering voor haar gehad. Later is zij - heel teleurgesteld - de kant van de biologische psychiatrie op gedreven. Die wilden er wel pillen in stoppen.

#### OPLEIDINGSMODELLEN EN DE IDEALE OPLEIDING

*Wat is nu een ideaal model voor de organisatie van een opleiding? Een paar jaar geleden hebben Boeke en anderen in dit tijdschrift een aantal modellen geschetst, waarmee zij de geschiedenis van de psychotherapie-opleiding in Groningen, en daarmee ook ongeveer voor de rest van Nederland beschrijven. In het begin zien zij het model van meester en gezelschap, later wordt dit een model waarbij schoolvorming optreedt: gelijkgezinden gaan samen een opleiding maken. Vervolgens zoeken de verschillende scholen elkaar op, en de professie van psychotherapeut wordt meer leidend in het model. Daarna zien zij het bureaucratische model. Hierbij staat allerlei wet- en regelgeving centraal. Als laatste zien zij het zorgcentrische model, waarin psychotherapie niet meer als zelfstandige entiteit wordt benoemd en geregeld, maar als onderdeel van de gehele geestelijke gezondheidszorg. Wat is volgens u het ideale model? Het eerste model, het model van meester en gezelschap, daar zei u straks al iets over.*

In de gedragstherapie hangt de opleiding niet zozeer aan de persoon van een bepaalde therapeut. Ik heb misschien wel voorbeelden gehad, maar ik heb bij geen van mijn opleiders ooit gedacht: dit moet ik gaan navolgen. Dat is mijn behoefte niet. Ik vind het ook vreselijk als mijn studenten mij zouden imiteren en ik heb het ook nooit aangemoedigd. Idolatrie vind ik het ergste wat er is. Een patiënt die schrijft dat hij veel aan me gehad heeft, vind ik eigenlijk een teken van falen. Mensen moeten namelijk het gevoel hebben dat ze het zelf gedaan hebben.

Ik vind dat iemand op zijn minst tien meesters moet hebben. Dan kan hij kiezen wat goed is, waar hij wat aan heeft. Zo'n Engels systeem met een docent waar je de hele studie tegenaan kijkt, vind ik afschuwelijk. Laten we wel wezen, het is tenslotte een middeleeuws systeem, en dat geeft al aan dat je er niet mee door moet gaan.

*Moet de opleiding dan langs de weg van de verschillende scholen lopen?*  
De basisopleiding zoals die er nu uitziet is in wezen schoolgeoriënteerd en tot stand gekomen einde jaren zeventig, begin jaren tachtig. Dat model is gebaseerd op het harmoniemodel: elke richting en specialistische vereniging is keurig vertegenwoordigd, uitgedrukt in het aantal studiepunten. Ik houd om te beginnen niet van het harmoniemodel, maar ik vind ook de schoolbenadering achterhaald. Dat moet op de schop. Opleidingen kun je niet meer een pakket van twintig jaar oud aanbieden.

We zijn al te lang doorgegaan op dat oude model. Het doet me denken aan een trekschuit. Dat was ooit een prima middel van vervoer. Als dat op een gegeven moment niet snel genoeg gaat, dan kun je er in plaats van paarden een tractor voor zetten, en nog weer wat later twee buitenboordmotoren aan hangen. Je kunt overwegen om er een vleugelboot van te maken, maar als je dan om je heen kijkt, zijn er inmiddels vliegtuigen. Dan blijf je met een sterk verouderd vervoermiddel te zitten. Dan moet je het over een andere boeg gooien. Overigens ben ik van mening dat de geschiedenis van de psychotherapie een *must* is in de opleiding, maar dat is van een andere orde dan mensen in een trekschuit plaats laten nemen.

#### *Langs welke lijnen moet de opleiding dan ingericht worden?*

Ik vind dat er gekozen moet worden op basis van wat werkt: waarvan is aangetoond dat het effect heeft? Zet zaken op een rij en haal de krenten eruit, niet op politieke gronden of op basis van uren of macht, maar op inhoud. Dan kun je een basispakket samenstellen dat hout snijdt. Dan komt het los te staan van de basisopleiding waarin alle richtingen hun stempel kunnen laten horen, gevolgd door een specialistische opleiding door een van de officiële verenigingen.

In een reactie op de beleidsbrief GGZ van de minister en het boek van Hutschemaekers over de beroepen in de GGZ schets ik in het tijdschrift *Gedrags therapie* (1999) een opleidingsmodel in drie fasen. De eerste fase is de postdoctorale opleiding gezondheidszorgopleiding en de eerste twee jaar van de opleiding tot psychiater. Algemene factoren die werkzaam zijn in de psychotherapie komen hier aan de orde. Dat geeft nog geen bevoegdheid tot het zelfstandig uitvoeren van psychotherapie, maar iemand kan dan wel op verantwoorde wijze omgaan met patiënten; denk aan diagnostische of begeleidende contacten in de eerste lijn. De tweede fase is deel van de postdoctorale opleiding klinische psycholoog en derde en vierde jaar psychiatrie. Deze fase leidt tot een registratie basispsychotherapeut. Kennis en vaardigheden in deze fase hebben betrekking op kortdurende psychotherapieën, waarvoor richtlijnen en protocollen zijn, waarvan de effectiviteit op zijn minst onderzocht is. Hier handelt het dus om *evidence based psychotherapie*. In deze fase vindt naast supervisie ook intervisie plaats.

De derde fase is een verdere specialisatie in een van de erkende richtingen: de psychoanalyse, de experimentele psychotherapie, gedrags therapie en de op de systeem- en communicatietheorie gestoelde therapieën. Behandeling van

het om vijftig sessies gaat... Dat doe ik met een zeer ernstig gestoorde patiënt met veel comorbiditeit. Aan zo iemand besteed ik vijftig sessies, maar niet aan een opleiding, die iets wil leren over zijn functioneren. Ik vind het geruigen van luiheid. Het is natuurlijk heel interessant om met aanstaande collega's over hun wel en wee, en hun probleempjes te praten, maar ik vind dat je dat opleidingen niet aan kan doen.

*Wat zijn dan wel manieren om genoemde elementen aan bod te laten komen. Hoe kom je er dan achter waar je knelpunten liggen of je grenzen liggen?*

Grenzen van je mogelijkheden, normen en waarden, dat moet systematisch in de opleiding ingebouwd worden. En geef de mensen een dossier mee, waarin staat wat hun knelpunt is en hun leerpunt en hoever ze er mee zijn. De volgende opleider ziet dat terug. Het is nu zo hapsnap. Iemand kan drie supervisors hebben, maar de volgende supervisor weet niet wat er eerder gedaan is. Iemand kan daar zelf wel over vertellen, maar een rapportage van zowel gesuperviseerde als supervisor is veel informatiever. Ik ben dus niet tegen reflectie, maar doe het op een andere manier. Of leer ontdekken wat het is om afhankelijk te zijn door bijvoorbeeld een behandelingsmethode toegepast te krijgen. Dat is ook heel vormend.

Voor de huidige leertherapie van vijftig sessies zijn hooguit historische argumenten te vinden. Het is beslist een aardige en interessante bron van inkomsten voor leertherapeuten, maar ik blijf het toch een schandelijke vertoning vinden. Je zult toch vijftig uur over jezelf moeten praten. 'Koop een Landrover, dat geeft ook een ander gevoel', roep ik weleens. Net zo duur, en je doet er langer mee. Collega's zullen mij dit niet in dank afnemen, maar ik heb altijd al die mening gehad. In de VGT heb ik het, samen met andere bestuursleden, jaren tegen kunnen houden door te zeggen: 'Diegene die het willen doen, die moeten het eerst maar eens met elkaar uitproberen als experiment'. Dat heeft ze er jaren van weerhouden om het te doen.

#### ONDERZOEK EN PUBLICEREN

*Wat is de rol van onderzoek?*

In de opleiding hoort een kennismaking thuis met het uitvoeren van toegepaste wetenschappelijk onderzoek. Vanwege het belang van onderzoek zou ik de psychotherapie-opleiding altijd willen koppelen aan de academische opleiding klinische psychologie of psychiatrie. Onderzoek als onderdeel van de opleiding kan onderzoek zijn naar specifiek theoretische achtergronden en problemen van de psychotherapie, of naar aanleiding van een vraagstelling in de eigen praktijksituatie. In Amsterdam is het ons destijds gelukt om onderzoek in de postdoctorale opleiding tot klinisch psycholoog op te nemen. Iedereen kreeg een werkopdracht om een klein, praktisch gericht onderzoek te doen. Hij moet iets in zijn werksituatie nemen wat hij wil verbeteren.

patiënten waarvoor nog geen geprotocolleerde behandeling is, wordt door deze groep gedaan. Ik verwacht dat de derde fase-therapeuten gestimuleerd worden door de concurrentie met de tweede fase-therapeuten. Ik geloof namelijk meer in concurrentie dan in consensus.

*Hebben die derde fase-psychotherapeuten straks wel genoeg werk?*

Er zijn vooralsnog veel patiënten die geen baat hebben bij protocolbehandelingen. Dat is een heel interessante groep om het vak verder te ontwikkelen. Het is de taak voor die gespecialiseerde therapeuten om te laten zien wat zij waard zijn. Vecht er maar om. Die svv'en zijn op dit moment weliswaar min of meer sektarische groepen, maar ze moeten wel blijven bestaan om elkaar te concurreren. Anders zakt het na vijf jaar in een enorme zelfgenoegzaamheid.

*Is de werkzaamheid dan het enige criterium?*

Het is een van de criteria. Een methode moet ook patiëntvriendelijk zijn, en doelmatig. Een ander criterium is de vraag of de therapeut het vol kan houden.

Maar na marginaal gekraakel wordt er ongetwijfeld gekozen voor een poldermodel waarin met geringe bijstelling voortgegaan zal worden met de huidige basisopleiding, met als gevolg dat de specialistische psychotherapeuten meer op elkaar gaan lijken, namelijk directief, kortdurend en gestructureerd.

#### LEERTHERAPIE

*Naast inhoudelijke elementen, zijn er meer zaken die in een opleiding thuishoren, bijvoorbeeld leertherapie. Is leertherapie een goede methode voor persoonlijke vorming van de psychotherapeut?*

Allereerst heb ik moeite met het begrip persoonlijke vorming als onderdeel van een psychotherapie-opleiding. Als mensen beginnen met dit vak dan moeten ze een zeker repertoire hebben waarmee ze starten, ze moeten zich kunnen inleven in personen van allerlei verschillende achtergronden. Iemand die niet gericht is op de ander, of niet communicatief is, kan dit vak niet in. Ik geloof zeer in de leerbaarheid van mensen, maar er is wel een basis nodig. Die basis hebben mensen al eerder in hun leven geleerd, en voor een deel zit het in hun genen. En als ze het niet hebben, dan valt er niet veel te ontwikkelen.

Daarnaast is die vorming niet voorbehouden aan de opleidings situatie, je leert altijd natuurlijk, van elke klant leer je. Ik leer soms meer van mijn patiënten dan zij van mij.

Leertherapie is typisch voor het analytische en Rogeriaanse model. Als mensen gevraagd wordt, wat zij met leertherapie beogen, dan hebben ze het over een aantal elementen die op zich heel relevant zijn: reflectie op eigen functioneren, ontdekken waar je knelpunten liggen als therapeut, zicht op eigen normen en waarden, eigen grenzen, enzovoort. Maar dat moet op een andere manier gebeuren dan met leertherapie. Als ik dan ook nog bedenkt dat

In mijn eigen wetenschappelijke onderzoek heb ik altijd gezocht naar een directe koppeling met de dagelijkse praktijk en dat heb ik altijd als zeer vruchtbaar ervaren. Het wetenschappelijk onderzoek naar psychotherapie moet door academische centra worden aangestuurd, waarbij de instellingen een werkplaatsfunctie hebben. Het vraagt om een nauwe samenwerking, anders maken de instellingen geen gebruik van de spin-off van wetenschappelijk onderzoek en krijgen de academische centra geen zicht op de problemen zoals die zich in het veld voordoen.

Ik kan me niet voorstellen dat een *KLACG* niet geïnteresseerd zou zijn in hoe iets verbeterd kan worden en hoe dat onderzoek moet worden. Ieder bedrijf doet dat toch. En dat is iets anders dan de etalage opnieuw inrichten. Dat gevoel krijg ik weleens bij termen als kwaliteit van zorg, zorg op maat, cliëntgericht. Arbeid maakt vrij, denk ik dan aan. Het zijn van die politieke termen waar een luchthje aan zit. Kwaliteit van leven is er ook zo één. Bedacht door president Johnson toen hij een bezuiniging moest invoeren en zich er zo uit redde.

Als er over zorg gepraat wordt, gaat het zelden over de inhoud of over de vraag wat er precies gedaan wordt en hoe dit verbeterd kan worden. Als wetenschapper ben ik op zoek naar hoe dingen te verbeteren, om verder te komen. Dat is ook je opdracht als therapeut. Je wil toch ook de klant iets verder brengen?

Ik wil mijn vak verder brengen en mijn studenten. Ik ben er namelijk niet om in een diepe meditatie te verzinken op de wereld. Ik ben nogal actiegeoriënteerd. Je mag best praten, maar er moet ook wat gedaan worden. Anders praait je voor niets. En dat is een ledigheid waar ik geen tijd voor heb.

Ik vind onderzoek ook om een andere reden noodzakelijk. Wetenschappelijk onderzoek is inherent aan wat we in het dagelijks spraakgebruik een beschaafde samenleving noemen. Gezien de omvang van psychische en psychiatrische problematiek kunnen westerse landen zich niet onttrekken aan wetenschappelijk onderzoek naar psychotherapie. In de Nederlandse polder beperkt de politiek zich tot een beschaafd vernis. Als ik grofweg kijk naar de uitgaven voor gezondheidszorgonderzoek in Nederland, Engeland en Amerika, zie ik dat ons land 1,6% van het bruto nationaal product aan gezondheidsonderzoek besteedt, Engeland 2,8 en Amerika ruim 4,6%. Politieke slogans als 'zorgzame samenleving', 'kwaliteit van zorg' en 'zorg op maat' kunnen dat niet verhullen.

Het zou mooi zijn als de resultaten van dat buitenlandse onderzoek hier gebruikt zouden kunnen worden, maar dat gaat niet op. Psychopathologie en zorgvraag worden naast biologische en (intra)psychische factoren ook in belangrijke mate bepaald door de sociale omgeving. Dit maakt veel onderzoek zoals dat bijvoorbeeld in Amerika gedaan wordt, slechts beperkt vertaalbaar naar de Nederlandse situatie. De toestroom van patiënten met angststoornissen naar een onderzoekspoli in New York is van een geheel andere aard dan die naar een polikliniek van een psychiatrische universiteitskliniek in ons

land. In New York heeft ongeveer 25% van de bevolking namelijk geen toegang tot de reguliere zorg. Dit betekent dat de daar ontwikkelde *evidence based* behandelingen voor ons land de gevraagde *evidence* missen. Onze fileproblemen worden ook niet opgelost door iedereen een automatische transmissie te geven en links en rechts te laten inhalen.

*Is publiceren ook een onderdeel van het vak en van de opleiding? Moet je mensen stimuleren om dat te doen?*

Je hebt vakpublicaties en wetenschappelijke publicaties. Een opleider is verantwoordelijk voor schriftelijke reflectie op zijn vak in vakpublicaties. Zet maar eens iets op papier en communiceer met vakgenoten. Maar ik vind niet dat iedereen onderzoek hoeft te doen en dat moet publiceren in de wetenschappelijke tijdschriften. Een onderzoeker moet natuurlijk wel publiceren. Die gaat niet iets maken om het in de kast op te bergen.

*Moeten opleidingen ook gestimuleerd worden om te publiceren?*

Gedragstherapeuten-in-opleiding moeten een werkstuk afleveren. Dat vind ik essentieel. Het is natuurlijk nog wat anders dan publiceren, maar ze verrichten in ieder geval wel schrijfwerk. Dat is een goede training. Probeer maar eens iets op papier te zetten. Als je het terugleest, dan weet je niet wat je ziet. Dat moet herschreven worden. Zo ben ik zelf zeker acht uur bezig om een goede bladzijde te schrijven. En de dag daarna doe ik het dan weer opnieuw.

*Sisyfusarbeid?*

De steen komt niet altijd terug. En als die terugkomt, dan is dat maar goed ook.

*Wat zou u zelf als klant belangrijk vinden? Wat zou een psychotherapeut moeten zijn?*

Ik verwacht dat het een fatsoenlijk mens is, die gericht is op hulpverlening, zich daar voor inzet, gemotiveerd is, dat die zich kan inleven en dat die capabel is. Capabel wil zeggen dat hij zijn vak beheerst tot aan dit moment en daaruit kan kiezen.

Je hebt hetzelfde in de geneeskunde. Wij houden ons hier veel bezig met attitude en communicatie. Het gevaar daarvan is, dat je mensen hebt die daar fantastisch in zijn, maar als arts incapabel. Dan heb je een groot probleem. Want de leek kan het niet scheiden. Als jij een aardige arts hebt, dan geloof je hem namelijk. Dat geldt ook voor psychotherapeuten.

Beide aspecten zijn dus essentieel en die moet je blijven ontwikkelen. Iemand moet zijn vak bijhouden. Ik kwam laatst in een instelling waar ik ooit gewerkt had en daar zag ik iemand met een flip-over lopen. Daar stond een schema op dat ik daar twintig jaar geleden had geïntroduceerd. Dat vind ik een schrikbeeld.

## FORUM

FRANK KOERSELMAN

### Over de zogenaamde essentie van de psychotherapie.

Een reactie op 'De eigen identiteit van de psychotherapeut' van Martin van Kalmthout

#### INLEIDING

Dat de plaats van de psychotherapie als officieel erkende voorziening ter discussie staat, kan 'insiders', dus ook de lezers van dit blad, moeilijk zijn ontgaan. Het is de verdienste van Van Kalmthout (2000), dat hij in zijn bijdrage aan die discussie pijnlijke onderwerpen niet uit de weg gaat. Dat maakt het mogelijk daarop even open te reageren.

Eén van die pijnlijke onderwerpen is het wantrouwen tussen de beroeps-groepen die het meest bij psychotherapie betrokken zijn. Een tweede pijnlijk onderwerp, dat met het eerste samenhangt, is de vraag wat nu het eigenlijke of wezenlijke van de psychotherapie is en wie daarvan dan de behoever mag zijn. Van Kalmthout stelt in zijn artikel, dat het toekennen van de verantwoordelijkheid voor psychotherapie aan de beroepsgroepen van psychiaters en klinisch psychologen het 'psychotherapeutisch erfgoed (...) om zeep helpen' zal (p. 114). Psychiaters en psychologen zullen de psychotherapie namelijk vanuit hun natuurwetenschappelijke optiek willen verbinden met de verstoring van psychische functies. Zijns inziens zal dat leiden tot reductie en zelfs eliminering van de psychotherapie. Van Kalmthout verwijt psychiaters en psychologen, en mij met name, een 'anti-psychotherapeutische onderstroom' te vertegenwoordigen, 'die eerder het product is van een ideologie dan van kritisch, wetenschappelijk denken' (p. 115). Daarmee lijkt de toon van de discussie wel te zijn gezet. Omdat Van Kalmthout mij daarbij expliciet noemt, zal ik op verzoek van de redactie de handschoen opnemen. Ik zal eerst toelichten wat nu werkelijk de positie van de psychiatrie in de actuele discussie is. Daarna zal ik ingaan op de visie van Van Kalmthout op de essentie van de psychotherapie.

PROF. DR. G. F. KOERSELMAN is als hoogleraar in de psychiatrie, in het bijzonder de psychotherapie, verbonden aan het Universitair Medisch Centrum Utrecht. Daarnaast werkt hij als psychiater in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis te Amsterdam. Hij is lid van de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse. In het CONO vertegenwoordigt hij het Consilium Psychiatricum.

Correspondentieadres: UMC, Postbus 85508 3508 GA Utrecht