

De Beroepsvereniging voor Wetenschappelijk onderbouwde Psychotherapie: een nieuwe en unieke vereniging binnen de geestelijke gezondheidszorg in Vlaanderen

Greet Vanaerschot, Els Brunfaut

| TIJDSCHRIFT KLINISCHE PSYCHOLOGIE, 49(2), 108-121 |

Deze bijdrage beschrijft het ontstaan, de visie en missie van de Beroepsvereniging voor Wetenschappelijk onderbouwde Psychotherapie (BWP).¹ Naast een beschrijving van wat we verstaan onder wetenschappelijk onderbouwde psychotherapie, wordt nader ingegaan op de eigenheid van de psychotherapeutische relatie en de persoon van de psychotherapeut.

Het ontstaan

De BWP werd op 25 januari 2017 als vereniging zonder winstoogmerk (vzw) opgericht op initiatief van de Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie (VVPT) in nauwe samenwerking met de Vlaamse Associatie van Psychoanalytisch Georiënteerde Verenigingen (VAPGV), de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie (VVGT), de Vlaamse Vereniging voor Cliëntgericht-Experiëntiële Psychotherapie en Counseling (VVCEPC) en de Belgische Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie en Systemcounseling (BVRGS).

Zoals elk nieuw initiatief kent ook de BWP een lange voorgeschiedenis.

Het eerste begin: in de aanloop naar de wet-Muyllé

De eerste, aftastende contacten tussen vertegenwoordigers van de stichtende verenigingen vonden eind 2013 plaats, ten tijde van het wetsvoorstel-Muyllé. Dat wetsvoorstel regelde de erkenning van de klinisch psycholoog en de klinisch orthopedagoog als autonoom gezondheidszorgberoep binnen het Koninklijk Besluit (KB) nr. 78,² en creëert tegelijkertijd

een wettelijk kader voor het beroep van psychotherapeut dat buiten het KB nr. 78 wordt geregeld. Psychotherapie wordt beschouwd als een specialisatie die kan worden beoefend door houders van minstens een diploma van de eerste cyclus van het hoger onderwijs in het domein van de gezondheidszorgberoepen, de psychologie, de pedagogische wetenschappen of de sociale wetenschappen. Vereist wordt een opleiding in een van de vier door de Hoge Gezondheidsraad (2005) erkende therapeutische referentiekaders of stromingen. Er zou een aparte Federale Raad voor de Psychotherapie worden opgericht, samengesteld uit beoefenaars van het beroep (verdeeld over de vier erkende stromingen), psychiaters en vertegenwoordigers van de universitaire wereld.

Het feit dat de wet-Muyllé het statuut van de psychotherapeut regelt buiten het kader van het KB nr. 78, maar vooral het gegeven dat ‘psychotherapeut’ als een duidelijk onderscheiden beroepsidentiteit wordt ervaren door het beroepsveld, leiden ertoe dat de verenigingen de nood voelen om gezamenlijke standpunten te formuleren en als gesprekspartner voor de overheid de psychotherapie in Vlaanderen te vertegenwoordigen.

Al snel wordt besloten om ‘De Koepel’ op te richten, een Vlaamse overkoepelende organisatie van psychotherapieverenigingen, met als missie:

- de bevoegde instanties helpen bij het uitbouwen van een volwaardig psychotherapeutisch aanbod;
- de belangen van psychotherapeuten verdedigen;
- het aanspreekpunt zijn voor:
 - het Belgische ministerie van Sociale Zekerheid en Volksgezondheid;
 - de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid;
 - het Vlaamse ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

In deze Koepel zijn de vier grote psychotherapeutische stromingen die zowel in het wetsvoorstel-Muyllé als in het advies van de Hoge Gezondheidsraad (2005) worden vermeld, vertegenwoordigd door hun representatieve verenigingen:

- de Vlaamse Associatie van Psychoanalytisch Georiënteerde Verenigingen (VAPGV), waarvan de Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie (VVPT) deel uitmaakt;
- de Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie (VVGt);
- de Vlaamse Vereniging voor Cliëntgericht-Experiëntiële Psychotherapie en Counseling (VVCEPC);
- de Belgische Vereniging voor Relatietherapie, Gezinstherapie en Systeemcounseling (BVRGS).

De tocht die leidt naar de oprichting van de BWP, is boeiend, uitdagend en verrijkend.

Allereerst is er het zoeken naar afstemming tussen de verenigingen van verschillende pluimage. Behoudens enkele uitzonderingen waren er voorheen weinig contacten tussen de verschillende verenigingen. Elke stroming en haar respectieve vereniging organiseert eigen congressen, heeft een eigen tijdschrift, verzorgt eigen leerboeken en de door de verenigingen erkende opleidingen beperken zich tot één referentiekader. Een uitzondering op dat laatste zijn de postgraduataten in de psychotherapie aan de Universiteit Antwerpen (erkend door VVCEPC), waar vanuit verschillende oriëntatiespecifieke perspectieven naar psychische problemen en therapeutische processen gekeken wordt onder supervisie van opleiders die erkend zijn door een van de vier grote therapeutische stromingen.

Dankzij de inzet van heel wat mensen, zowel binnen De Koepel als binnen de verenigingen, kan het vertrouwen in elkaar groeien.

Confrontatie met de politiek: van de wet-Muyllé naar de wet-De Block

De Koepel wordt op het kabinet De Block uitgenodigd om van gedachten te wisselen. Daar krijgt men te horen dat de wet-Muyllé aangepast zal worden. Om de psychotherapie te 'upgraden', zal ze binnen het kader van het KB nr. 78 worden ondergebracht. Verder wordt duidelijk dat besloten is het aantal adviserende raden te beperken: er komt geen aparte Raad voor de Psychotherapie; de geestelijke gezondheidszorg (ggz) zal het moeten stellen met één federale raad. De aanpassing van de wet-Muyllé houdt in dat het beoefenen van de psychotherapie niet meer als een autonoom beroep wordt beschouwd, maar als een behandelvorm die enkel mag worden uitgeoefend door personen die al over een welbepaalde beroepstitel en bijbehorende erkenning beschikken en die een specifieke opleiding psychotherapie hebben gevolgd van minstens 70 ECTS-punten³ aan een universitaire instelling of een hogeschool (Lowet, 2016). Die 'wending' werd niet met vreugde begroet door diegenen zonder de vereiste beroepstitel.

De politieke-juridische wereld kent een eigen taal en eigen gebruiken. Juridische bijstand is dan ook onontbeerlijk, ondanks de gehanteerde tarieven.

Die ervaringen leiden uiteindelijk tot de oprichting van de BWP-vzw in 2017. De bestuursleden vinden elkaar met respect voor de verschillen, overtuigd van het belang van complementariteit die tegemoetkomt aan de complexiteit van de lijdende mens in interactie met zijn omgeving. Een hele stap voorwaarts in het verbrokkelde psychotherapeutische landschap, waardoor de ontwikkeling van de wetenschappelijk onderbouwde psychotherapie in Vlaanderen bevorderd zal worden.

Wat is de visie van de BWP op wetenschappelijk onderbouwde psychotherapie?

De BWP laat zich inspireren door de definitie van wetenschappelijk onderbouwde psychotherapie zoals beschreven in het betreffende advies van de Hoge Gezondheidsraad (2005):

Psychotherapie is een behandelingsvorm in de gezondheidszorg waarin men op een consistente en systematische wijze een samenhangend geheel van psychologische middelen (interventies) hanteert, die geworteld zijn binnen een (psychologisch) wetenschappelijk referentiekader. Ze wordt uitgeoefend door iemand die daartoe is opgeleid, binnen een relatie psychotherapeut-patiënt/cliënt, teneinde psychologische moeilijkheden, conflicten en stoornissen bij de patiënt/cliënt op te heffen of te verminderen *en kwaliteit van leven te bevorderen* [door BWP toegevoegd]. De patiënt/cliënt kan zijn een individu, maar ook een sociaal systeem (partners, gezin, groep). Het (individu, sociale systeem) heeft problemen of klachten waarvoor het hulp zoekt. Deze klachten en problemen hebben betrekking op psychologische, somatische en sociale facetten van zijn functioneren. (p. 7)

Wetenschappelijk onderbouwde psychotherapie, toegepast door bekwame en hiertoe opgeleide professionals, is een bewezen effectieve behandelingsmethode, die niet alleen op korte termijn, maar ook op lange termijn gunstige effecten heeft, terughelpt voorkomen en mensen wapent tegen toekomstige uitdagingen in hun leven.

Wat is de missie van de BWP?

De BWP werd opgericht om in de samenleving het aanbod aan kwaliteitsvolle, wetenschappelijk onderbouwde psychotherapie te garanderen en te bevorderen; en om haar leden, beoefenaars van de psychotherapie, te vertegenwoordigen en hun professionele, juridische en financiële belangen te behartigen.

De BWP werd op 24 maart 2017 door de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid erkend als representatieve beroepsvereniging voor klinisch psychologen, klinisch orthopedagogen en artsen overeenkomstig artikel 68/3 van de Wet van 10 mei 2015 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen.⁴

De BWP kandideerde vier duo's (telkens één effectieve en één plaatsvervangende kandidaat) vanuit de drie erkende beroepsgroepen voor een zetel in de Federale Raad voor de ggz-beroepen. Minister De Block selecteerde daaruit één duo van de beroepsgroep klinisch psychologen: de auteurs van deze bijdrage. Zij maken deel uit van werkgroepen die zich

buigen over de klinische psychologie en psychotherapie. Zij worden geïnspireerd door een bestuur met een diverse samenstelling en meer dan tweeduizend leden.

Wat zijn de doelstellingen van de BWP en welke activiteiten wil de BWP ontplooiën?

Om kwaliteitsvolle en wetenschappelijk onderbouwde psychotherapie te garanderen, nu en in de toekomst, streeft de BWP naar:

- het representatief vertegenwoordigen van haar leden met betrekking tot alle aspecten (professionele, juridische, financiële, organisatorische, enzovoort) van de psychotherapie en haar rol, ontwikkeling en organisatie binnen de ggz in alle beleids- en adviesorganen;
- het meebepalen van de uitwerking, erkenning en organisatie van opleidingen in de psychotherapie;
- het meebepalen van de ontwikkeling en monitoring van de erkenningscriteria, de opleidingsvereisten en de vereisten voor permanente vorming als garantie van de kwaliteit van de psychotherapie;
- het bevorderen van de samenwerking tussen het wetenschappelijke onderzoek (de universiteiten) en de praktijk om de kwaliteit van de psychotherapie te verbeteren en te garanderen, waarbij er een evenwicht is tussen voldoende wetenschappelijke kennis en voldoende klinische vaardigheden;
- het bieden van een platform voor afstemming en formulering van gezamenlijke standpunten door de verenigingen van de verschillende wetenschappelijk onderbouwde psychotherapeutische referentiekaders.

De BWP streeft ernaar die doelstellingen te realiseren in samenwerking met andere belangrijke spelers in het veld van de ggz, zoals de Vlaamse Vereniging van Klinisch Psychologen.

De beroepsidentiteit: elke vogel zingt zoals hij gebekt is

De psychotherapeut vult tot nu toe zijn identiteit vooral in vanuit de opleiding die hij genoten heeft. Hij noemt zich bijvoorbeeld: gedragstherapeut of cognitieve gedragstherapeut, cliëntgericht-experientiële psychotherapeut (rogeriaans, focusingtherapeut, emotion-focused therapeut of integratief met betrekking tot deze suboriëntaties), psychodynamisch psychotherapeut of psychoanalyticus (freudiaans, lacaniaans, jungiaans, enzovoort), gezins- of partnerrelatietherapeut. Uit deze niet-exhaustieve opsomming

blijkt dat de identiteit van de psychotherapeut een gevarieerd assortiment aan ‘vogels’ bevat. Dat verwijst meteen naar een van de ‘eigenheden’ van de psychotherapie: het hanteren van goed uitgewerkte, coherente en consistente theoretische en wetenschappelijke (via hermeneutisch of positief-wetenschappelijk onderzoek ontwikkelde) denkkaders en empirische modellen om psychische moeilijkheden te begrijpen en te behandelen. Elk referentiekader kent een duurzaam opgebouwde traditie, gevoed door de in hun ontstaansperiode vigerende wetenschapsvisies en filosofisch-cultureel bepaalde mensbeelden. Dat leidt ertoe dat ze niet alleen vaak een ander jargon hanteren, maar ook specifieke visies op veranderingsprocessen hebben ontwikkeld. En toch – in deze metafoor zijn het immers allemaal vogels – delen psychotherapeuten en psychotherapie een aantal gemeenschappelijke kenmerken, die inmiddels geëvalueerd en wetenschappelijk onderbouwd zijn en die we in wat volgt nader omschrijven.

De eigenheid van de psychotherapeutische relatie

1. Psychotherapeuten ‘behandelen’ wel, maar niet in de strikt medische betekenis van ‘genezen’. Zij gaan een ‘therapeutische’ samenwerkingsrelatie aan met de patiënt of het patiëntstelsel.

- Zonder de actieve participatie van de patiënt is psychotherapie onmogelijk. Patiënten zijn geen passieve objecten waarop therapeutische technieken worden toegepast, zoals bij een chirurgische ingreep. De vraag of psychotherapie werkt, kan beter vervangen worden door de vraag of en hoe de patiënt aan het werk gaat, aldus Bohart en Wade (2013). Wampold schat dat alle therapiefactoren tezamen ongeveer 13% van de outcomevariantie bepalen en hij stelt dat de overige 87% waarschijnlijk te wijten is aan de patiënt (Wampold, 2010). Norcross en Lambert (2011) schatten dat 40% van de outcomevariantie niet verklaard kan worden; van de overblijvende 60% schrijven zij 30% toe aan de patiënt en 30% aan alle andere factoren tezamen: de therapeutische relatie (12%), de behandelmethode (8%), de persoon van de therapeut (7%) en andere factoren (3%). Meerdere onderzoekers hebben aangetoond dat verschillende patiëntkenmerken de beste voorspellers zijn van het therapieresultaat (zie Bohart en Wade [2013] voor een overzicht van deze kenmerken). De actieve bijdrage van de patiënt – het feitelijk in-therapiegedrag – aan het therapeutische proces en aan het resultaat van de therapie is onmiskenbaar. Dat betekent ook dat patiënten verschillend reageren op verschillende interventies. In zijn zoektocht naar patiëntfactoren die voorspellen hoe iemand zal reageren op bepaalde psychotherapeutische behandelingen, komt Huibers (2015) – via het invoeren van individuele kenmerken van patiënten in een statistisch voorspellingsmodel – tot de volgende bevindingen: depressieve patiënten die volgens het voorspellingsmodel beter zouden reageren op een bepaalde therapie (cognitieve gedragstherapie

[cgt] of interpersoonlijke psychotherapie [IPT]) blijken dat in de praktijk ook te doen. Dit type onderzoek is veelbelovend en kan de werkzaamheid van therapie vergroten. Voor therapievormen zoals cgt en IPT die bij grote groepen patiënten allebei effectief zijn, blijkt dat maar 62% van de patiënten aan het einde van de behandeling niet meer voldoet aan de criteria voor depressie. Dus: 38% verbetert niet (Lemmens & Huibers, 2018). Meer kennis van veranderingsmechanismen en van ‘wat werkt het best voor wie’ zou de werkzaamheid van therapieën kunnen verbeteren. Beutler, Harwood, Michelson, Song en Holman (2011) tonen aan dat de copingstijl van de patiënt in belangrijke mate meebepaalt bij welke behandelvorm de patiënt het meeste baat heeft. Met copingstijl wordt verwezen naar iemands manier van reageren op en omgaan met veranderingen en nieuwigheden in zijn omgeving, in normale en in stressvolle situaties: hoog reactief, internaliserend, terughoudend tot vermijgend versus laag reactief, sociaal contact zoekend en externaliserend. Therapieën met een focus op inzicht en interpersoonlijk werk zijn effectiever bij internaliserende coping, terwijl therapieën waar de focus meer ligt op symptomen en vaardigheidstrainingen, effectiever zijn bij externaliserende coping. Psychotherapieën bevinden zich op een continuüm wat betreft de mate waarin ze verschillen op deze dimensies, en categoriaal opsplitsen in louter inzichtgevende versus symptoomgerichte therapieën zou een oversimplificatie van de psychotherapeutische behandelrealiteit inhouden. Zo is IPT, hoewel gerangschikt onder de psychodynamische therapieën, niet in de eerste plaats gericht op inzicht in de geschiedenis van de patiënt, maar op het verhogen van het bewustzijn van interpersoonlijke en emotionele krachten die zijn gedrag beïnvloeden. Onderzoek toont aan dat patiëntvariabelen dynamisch interageren met therapeut- en behandelingsvariabelen. Daarom is maatwerk noodzakelijk.

- De psychotherapeut beschikt over de vaardigheden om een therapeutisch *werkklimaat* en een *therapeutische dialoog* te installeren, waardoor de patiënt aan de slag kan gaan met zijn problemen. De kwaliteit van de therapeutische alliantie is een van de meest robuuste voorspellers van het therapieresultaat in individuele psychotherapie met volwassenen; metingen van de therapeutische alliantie in de eerste vijf behandelingsessies vertonen een vrij sterke samenhang met het behandelresultaat (Flückiger Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011). Dit geldt ook voor psychotherapie met jongeren (Shirk & Karver, 2011) en voor partner- en familier therapie (Friedlander, Escudero, Heatherington, & Diamond, 2011). In groepstherapie is de groepscohesie – de groepsversie van de therapeutische alliantie – een krachtige voorspeller van het therapieresultaat (Burlingame, McClendon, & Alonso, 2011). Het installeren en in stand houden van een *therapeutische alliantie* of *werkrelatie* is dan ook een van de kerncompetenties van de psychotherapeut. De werkrelatie bestaat uit verschillende deelcomponenten, die we in wat volgt nader beschrijven.

Deze relationele factoren worden beschreven als *common factors* of *non-specifieke factoren* en impliceren allereerst het vermogen om een *positieve therapeutische relatie* aan te gaan

met de patiënt, gekenmerkt door warmte, respect, echtheid, acceptatie, vertrouwen, empathie en de capaciteit om te begrijpen hoe de patiënt zichzelf en de wereld ziet en ervaart. Het gaat om een wederzijdse vertrouwensband en een voldoende veilige emotionele verbinding. Dit lijkt eenvoudig, maar het vergt een doorgedreven training en een intensief supervisietraject om deze attitudes en relatiewijze niet enkel concreet vorm te kunnen geven maar ook therapeutisch te kunnen inzetten in contact met verschillende patiënten met verschillende interactie- en communicatiestijlen. Daarnaast helpt de therapeut de patiënt om stil te staan bij en te spreken over problematische gedragingen, emoties en emotionele reacties, en cognities. Keijsers (2015) stelt dat het therapeutische werk van de patiënt – in zijn visie het veranderen van verstoorde cognitieve processen – enkel succesvol kan verlopen als die bereid is om in de behandeling te investeren. Common factors en de kwaliteit van de werkrelatie zijn een vorm van sociale beïnvloeding die het verzet tegen verandering helpen verminderen en zijn daarom "een essentieel onderdeel van waarom psychotherapie werkt" (Keijsers, 2015, p. 169).

Verder moet de therapeut het therapeutische werk tijdens de sessie afstemmen op de behoeften, voorkeuren en weerstanden van de patiënt. Daartoe is het kunnen installeren van een *werkalliantie* cruciaal. Een werkalliantie kenmerkt zich door een consensus over therapeutische doelstellingen en over de therapeutische werkwijzen om die doelen te bereiken – naast uiteraard de hoger beschreven relationele band.

2. Binnen de therapeutische relatie kan de patiënt zijn intrapsychische emotionele en cognitieve, interpersoonlijke en gedragsmatige moeilijkheden én krachten in de interactie met de therapeut erkennen en begrijpen. Het erkennen van krachten is even belangrijk als het erkennen van moeilijkheden. Zo vonden Gassman en Grawe (2006) dat succesvolle therapeuten vanaf de eerste sessie aandacht besteden aan sterktes bij de patiënt, terwijl niet-succesvolle therapeuten enkel focussen op problemen.

Vervolgens kunnen in de interactie met de therapeut de intrapsychische, interpersoonlijke en gedragsmatige moeilijkheden in beweging komen en veranderen: cognitief-affectieve schema's, scripts of interne werkmodellen worden getransformeerd en/of nieuwe schema's worden ontwikkeld. Om de problemen van de patiënt te begrijpen, maakt de therapeut op een consistente wijze gebruik van een therapiemodel: een theoretisch denkkader en op wetenschappelijk onderzoek gebaseerde empirische modellen die toelaten een samenhangend geheel van hypothesen te genereren over wat er met de patiënt aan de hand is. Op basis van die hypothesen zal de therapeut samen met de patiënt een behandelfocus selecteren, een behandelplan uitwerken en zijn concrete interventies kiezen (Roth & Fognagy, 2005). De keuze van de interventies speelt zich af op verschillende niveaus:

- Microniveau: dit verwijst naar de keuze van elke concrete interventie in reactie op elke verbale of non-verbale uiting van de patiënt, bijvoorbeeld een explorerende, circulaire of concretiserende vraag.
- Mesoniveau: hiermee worden de specifieke intrapsychische, interpersoonlijke of gedragsmatige interventies bedoeld die bepaalde verwerkingstaken of veranderingsprocessen bij de patiënt bevorderen, bijvoorbeeld: exposure, bewerken van de overdracht, bewerken van 'inner split' via tweestoelentechniek, opstellen van een genogram.
- Macroniveau: dit verwijst naar de keuze van de behandelfocus en de inbedding van de interventies in het behandelplan;

Deze mix van interventieniveaus maakt psychotherapeutisch interveniëren tot een complex gebeuren en vereist een grondige kennis van de behandelmethodes en hun theoretische en wetenschappelijke basis. Die kennis gaat hand in hand met een fijngevoelige afstemming op het proces van de patiënt en kennis van wat diens proces nodig heeft om te kunnen evolueren. Een doorgedreven training is noodzakelijk om de kennis, de vaardigheden, de mindfulness, het reflectie- en mentaliserend vermogen dat hiervoor nodig is, te ontwikkelen.

3. Vaak 'verdwijnt' het lijden van de patiënt niet en dat is ook niet altijd het belangrijkste doel. Als dat het geval is, gaat de therapeut met de patiënt op pad om hem hiermee beter te leren omgaan en om een goed en waardevol leven op te bouwen ondanks en met het lijden. Empathische betrokkenheid en erkenning van het lijden zijn daarbij belangrijk. Tegelijkertijd wordt de patiënt uitgedaagd tot echt contact met de psychotherapeut en met zichzelf, tot het onder ogen zien van zijn problemen en te stoppen met allerlei levensbeperkende strategieën om het lijden te vermijden.

4. En verder is elke psychotherapeut soms een gids op emotioneel, cognitief, gedragsmatig of relationeel terrein, die de patiënt andere wegen toont, afgestemd op zijn groei-behoefte en -mogelijkheden, of de patiënt stimuleert om zelf nieuwe wegen te zoeken en hem helpt om de nodige stappen te zetten.

Afhankelijk van de therapeutische stroming én van de problematiek van de patiënt zullen sommige dimensies van de therapeutische relatie meer op de voorgrond staan dan andere. Maar het accent op het hanteren van de ondersteunende, explorerende, op de patiënt(problematiek) afgestemde, uitdagende-ontregelende relatie als een weg tot verandering binnen een consistent therapiemodel is eigen aan de psychotherapeut en is essentieel voor de werkzaamheid van de therapie. Hierin onderscheidt de psychotherapeut zich van andere geestelijke-gezondheidswerkers.

De rol van de persoon van de psychotherapeut en diens zelfreflectie in het therapeutische proces

1. De psychotherapeut zet zich met zijn hele persoon in bij het psychotherapeutische werk. Hij is dan ook zijn eigen instrument. De psychotherapeut moet zich laten raken door de patiënt en moet wat er gebeurt in de interactie kunnen overdenken om tot een beter begrip van de problematiek en behoeften van de patiënt te komen. Door training is de psychotherapeut in staat naar zijn aandeel in de interactie te kijken en de verantwoordelijkheid hiervoor op zich te nemen. Ook is hij getraind om de eigen behoeften en actietendensen – net als een blindengeleidehond – onder controle te houden en wat hem raakt aan te wenden in functie van het proces van de patiënt. Hij is in staat om emoties te reguleren en te containen. Hij kan met emotionele strategieën omgaan die verandering in de weg staan, zoals vermijding van angst, vijandigheid, woede, door juist exposure aan deze emoties te bevorderen. Hij kan de patiënt helpen om diens emoties te differentiëren en deze te doorleven op een wijze die tot verandering leidt. Hij kan verstoringen in de psychotherapeutische relatie bespreekbaar maken, zodat relationele patronen bewerkt kunnen worden. Afhankelijk van de therapeutische stroming wordt dit benoemd als het bewerken van de overdracht, functionele analyse van de relatie of nog, interpersoonlijk proceswerk.

2. De persoon van de therapeut verklaart volgens Norcross en Lambert (2011) 7% van de outcomevariantie, bijna evenveel als de therapeutische methodieken. Sommige psychotherapeuten doen het systematisch beter dan andere, zo blijkt uit onderzoek. De actuele kennis van wat sommige therapeuten beter zou maken dan andere, is door Castonguay en Hill (2017) gebundeld. Een greep uit hun bevindingen:

- Succesvolle therapeuten zijn responsief op de onmiddellijke én langetermijnbehoeften van hun patiënten; zij doen daardoor het juiste op het juiste moment.
- De intense mate waarin de therapeut zowel in contact staat met zichzelf als openstaat voor de cliënt, is wat ‘goede’ van ‘minder goede’ therapeuten onderscheidt.
- Ook de mate waarin de therapeut in staat is tot empathie, onvoorwaardelijke aanvaarding – ook van taboegevoelens – en authenticiteit, is onderscheidend.
- Net zoals de mate waarin de therapeut zijn eigen emoties en de interactie met zijn patiënt kan reguleren.

Het onderzoek van deze factoren staat nog in de kinderschoenen, maar lijkt veelbelovend voor de training van helpende attitudes en emotionele vaardigheden van de psychotherapeut in opleiding.

3. De psychotherapeut is in staat tot reflectie en zelfreflectie. Hij kan supervisie en interventie benutten om deze processen bij zichzelf te bewaken en te bevorderen. Lidmaat-

schap van een wetenschappelijke psychotherapievereniging lijkt ons een vereiste om als psychotherapeut continu te profiteren van bijscholing, intervisie en supervisie met en door ‘peers’.

Wetenschappelijk onderbouwde psychotherapie is maatwerk: procesexpertise is meer dan protocolbehandeling

Psychotherapeuten zijn procesexperts. Zij begeleiden de patiënt door – vaak ontregelende – veranderingsprocessen heen. Dat is iets totaal anders dan het ‘advies’ dat patiënten in boeken kunnen lezen. Het is een kerncompetentie die via een degelijke psychotherapeutische opleiding kan worden verworven. De psychotherapeut beschikt over de vaardigheden om met de patiënt te zoeken naar ‘de beste weg op dit moment’. Dat kan een protocol zijn, maar als een protocol op een bepaald moment niet meer de juiste weg blijkt te zijn, kan de psychotherapeut op basis van zijn kennis van veranderingsprocessen een andere weg aanbieden. Protocollen zijn empirisch, via ‘randomized clinical trials’ (RCT’s), ondersteunde behandelingen oftewel ‘empirically supported treatments’; het zijn specifieke behandelingen ontwikkeld voor en getoetst bij patiënten met goed afgebakende problematieken. De patiënten die hierbij worden geïncludeerd, maken naar schatting ongeveer 10% uit van de populatie die zich in de ggz aanmeldt (Lietaer, 2003). Comorbiditeit is er eerder regel dan uitzondering. Daarom is maatwerk een must. Daarvoor is een grondige procesdiagnostische kennis van gezonde en pathologische processen en vooral van veranderingsprocessen en hoe deze te faciliteren, noodzakelijk.

Het coherent en consistent, theoretisch en empirisch wetenschappelijk onderbouwd referentiekader dat de psychotherapeut hanteert, biedt hem houvast en input bij het formuleren van hypothesen over de problematiek van de individuele patiënt. Aldus wordt een individuele casusconceptualisatie gevormd die de basis vormt voor de behandeldoelstellingen of het behandelplan. De psychotherapeut operationaliseert wetenschappelijke concepten en intervenueert hypothesetoetsend via continue evaluatie van de uitwerking van zijn interventies, en stuurt bij waar nodig. Dit is dus een andere – praktijkgeoriënteerde – vorm van wetenschappelijk handelen dan die bij outcomeonderzoek via RCT’s of ‘open clinical trials’ wordt toegepast, waar de afname van symptomen ten gevolge van een behandeling tussen patiëntengroepen wordt onderzocht. Waarmee we zeker niet willen betogen dat dit outcomeonderzoek geen waardevolle wetenschappelijke activiteit is die input oplevert waardoor de psychotherapeut zich laat leiden.

Een grondige kennis van psychologische processen, van psychopathologie en psychodiagnostiek

De psychotherapeut beschikt over een grondige klinisch psychologische kennis, onder andere van emotionele leerprocessen, psychologische functies, ontwikkelingspsychologie, gezonde en minder gezonde interne en externe copingmechanismen, psychologische en biologische theorieën en wetenschappelijk onderzoek rond persoonlijkheid en persoonlijkheidsverandering, psychotherapeutische denkmodellen, sociale processen, psychopathologie, psychiatrie en psychodiagnostiek.

Conclusie

Ook al is psychotherapie in de nieuwe wet geen apart beroep, maar een behandelvorm die voorbehouden is aan specifieke gezondheidszorgberoepen, het is duidelijk dat psychotherapie een eigen identiteit heeft en een grondige studie vergt die de verschillende basisberoepen overschrijdt. Die psychotherapeutische identiteitskenmerken worden ook in andere landen als wezenlijk beschouwd. Een voorbeeld hiervan zijn de algemene therapeutische competenties in het Verenigd Koninkrijk.⁵ Niet de zorglijn (eerste, tweede of derde lijn) waar psychotherapie wordt toegepast, maar de aard van de behandeling, en meer specifiek de wijze van kijken naar, samenwerken rond en aan de klachten maken het verschil. Zo is naar onze mening de psychotherapeut een belangrijke speler in de eerste lijn, waar hij de aangewezen professional is om de indicatiestelling uit te voeren voor een klinisch psychologische of eerstelijnspsychologische begeleiding dan wel voor een (kortdurende) psychotherapeutische behandeling.

De in deze bijdrage gepresenteerde beschrijving van de identiteitskenmerken van de psychotherapie is echter niet exhaustief; zo hebben we bijvoorbeeld geen aandacht besteed aan de eigen inkleuring van de deontologie, het thema van onze eerstkomende algemene vergadering. Ook andere thema's, zoals de sterke focus op ontregeling die tot verandering leidt – in tegenstelling tot stabiliseren van het toestandsbeeld – en de 'maatwerk'-casus-conceptualisatie, verdienen verdere uitwerking.

Dankbetuiging

De auteurs danken de leden van het bestuur van de BWP voor hun inhoudelijke bijdrage aan de 'identiteitskenmerken van de psychotherapeut' en voor hun feedback op eerdere versies van dit artikel.

Noten

1. Zie: <https://www.bwpsychotherapie.be>. Zetel: Naamsestraat 80, bus 5415, 3000 Leuven. De statuten zijn gepubliceerd op de website.
2. Op 4 april 2014 keurde het parlement de Wet tot regeling van de geestelijke gezondheidszorgberoepen en tot wijziging van het Koninklijk Besluit nr. 78 van 10 november 1967 betreffende de uitoefening van de gezondheidszorgberoepen – oftewel de wet-Muyllé – goed. Het KB nr. 78 werd aangevuld met een hoofdstuk over de uitoefening van de klinische psychologie en van de klinische orthopedagogiek. Zie: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=1967111008&table_name=wet.
3. European Credit Transfer System.
4. Zie: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=nl&la=N&cn=2015051006&table_name=wet.
5. Zie: <https://www.ucl.ac.uk/pals/research/clinical-educational-and-health-psychology/research-groups/core/competence-frameworks>.

Literatuur

- Beutler, L.E., Harwood, T.M., Michelson, A., Song X., & Holman, J. (2011). Coping style. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 336-353). New York, NY: Oxford University Press.
- Bohart, A.C., & Wade, A.G. (2013). The client in psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed., pp. 219-257). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Burlingame, G.M., McClendon, D.T., & Alonso, J. (2011). Cohesion in group therapy. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 110-131). New York, NY: Oxford University Press.
- Castonguay, L.G., & Hill, C.E. (Eds.). (2017). *How and why are some therapists better than others?* Washington, DC: American Psychological Association.
- Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D., & Horvath, A.O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59, 10-17. <https://doi.org/10.1037/a0025749>
- Friedlander, M.L., Escudero, V. Heatherington, L., & Diamond, G.M. (2011). In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 93-109). New York, NY: Oxford University Press.
- Gassman, D. & Grawe, K. (2006). General change mechanisms: The relation between problem activation and resource activation in successful and unsuccessful therapeutic interactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 1-11. doi:10.1002/cpp.442
- Hoge Gezondheidsraad. (2005). *Psychotherapieën: definitie, praktijk, erkenningsvoorwaarden* (HGR 7855). Brussel: Auteur.
- Horvath, A.O., Del Re, A.C., Flückiger, C. & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 25-69). New York, NY: Oxford University Press.
- Huibers, M. (2015). Voorbij het oordeel van de Dodo. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 41(3), 174-186.
- Keijsers, G.P.J. (2015). Het grote psychotherapie-debat. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 41(3), 157-173.
- Lemmens, L., & Huibers, M. (2018). Wat weten we eigenlijk voor de werkingsmechanismen van psychotherapie voor depressie? En waarom is dat nog maar zo weinig? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 44(6), 364-393.
- Lietaer, G. (2003). De empirische ondersteuning van experiëntieel-humanistische psychotherapieën: stand van zaken en taken voor de toekomst. *Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie*, 41, 5-24.
- Lowet, K., (2016). De Wet op de GGZ-beroepen gewijzigd! Discussie over psychotherapie eindigt na twintig jaar debat. *Tijdschrift Klinische Psychologie*, 46, 189-197.
- Norcross, J.C., & Lambert, M.J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 3-21). New York, NY: Oxford University Press.

- Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York, NY: The Guilford Press.
- Shirk, S.R., & Karver, M.S. (2011). Alliance in child and adolescent psychotherapy. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 70-91). New York, NY: Oxford University Press.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wampold, B.E. (2010). The research evidence for common factor models: A historically situated perspective. In B.L. Duca, S.D. Miller, B.E. Wampold, & M.A. Hubble (Eds.), *The heart and soul of change: Delivering what works* (2nd ed., pp. 333-356). Washington, DC: American Psychological Association.

Personalia

Prof. dr. Greet Vanaerschot, klinisch psycholoog-psychotherapeut, professor in de psychotherapie en coördinator postgraduaatopleidingen in de psychotherapie Universiteit Antwerpen, hoofddocent psychotherapieopleiding RINO Groep Utrecht, vrijevestigde praktijk Anthos, ondervoorzitter BWP.

E-mail: greet.vanaerschot@uantwerpen.be

Els Brunfaut, psycholoog-psychotherapeut, Studentengezondheidscentrum KU Leuven, opleider en supervisor gedragstherapie KU Leuven en Universiteit Antwerpen, voorzitter BWP.

Verantwoording

De auteurs zijn respectievelijk ondervoorzitter en voorzitter van de BWP.