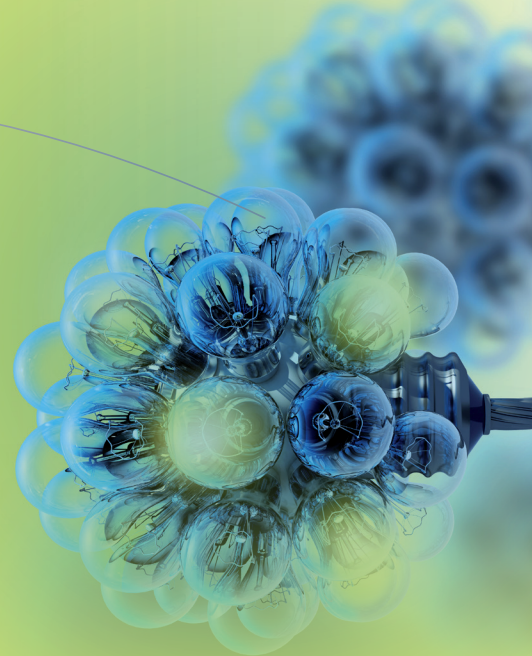


oratie Agnes Scholing

22 april 2016



Over de psychotherapeut en de buurvrouw.

Psychotherapie: wetenschap, werkveld en onderwijs.

In de afgelopen decennia hebben behandelaars en onderzoekers veel energie gestoken in het zoeken naar effectieve behandelingen voor psychische aandoeningen. Die inspanning heeft voor patiënten in de GGZ veel nuttige kennis opgeleverd. Daarentegen was er nauwelijks aandacht voor de vraag: wat kenmerkt een effectieve psychotherapeut? Terwijl verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat sommige psychotherapeuten consequent betere behandelresultaten laten zien dan andere, ongeacht de therapievorm die ze gebruiken. Hoe komt dit? De oratie bestrijkt de volgende vragen: wat onderscheidt effectieve van minder effectieve psychotherapeuten? Wat biedt een goede psychotherapeut boven het kopje koffie en het goede gesprek met de buurvrouw? Met deze kennis kunnen we de behandelingen in de GGZ nog effectiever maken en de opleidingen tot psychotherapeut verbeteren. In dit verband komt ook de positie van de psychotherapeut in de GGZ aan de orde, de relatie tussen de psychotherapeut en aanverwante GGZ beroepen, en de lang verbeide ontwikkelingen rond de beroepenstructuur in de GGZ.



Over de psychotherapeut en de buurvrouw

Rede
in verkorte vorm uitgesproken
bij de openbare aanvaarding van het ambt
van hoogleraar Psychotherapie in de context van wetenschap, werkveld en onderwijs
aan de Open Universiteit
op vrijdag 22 april 2016
door prof. dr. H.A. Scholing



Mijnheer de Pro Rector, Leden van de universitaire gemeenschap, Collega's, Familie en vrienden,
Dames en heren,

Psychotherapie is populair. Dat blijkt uit het feit dat sinds 2013 in Nederland vijf oraties over psychotherapie werden gehouden, en daarnaast nog vier die er direct verband mee hielden. Je zou dus denken: valt op dit gebied nog wat nieuws te melden? Ik vind van wel, en ik wil u daar de komende veertig minuten van overtuigen.

In mei 2015 werd ik benoemd als hoofdopleider Psychotherapie bij RINO Zuid. Sindsdien bekleed ik tevens een bijzondere leerstoel aan de Open Universiteit, genaamd: Psychotherapie, in de context van wetenschap, werkveld en onderwijs. Ik ben vereerd met deze leerstoel. Psychotherapie ligt mij nauw aan het hart vanwege haar grote individuele en maatschappelijke betekenis. Wel vind ik dat er rond het beroep psychotherapeut en in de opleiding daartoe nog het een en ander te verbeteren valt. Mijn ambitie is daar aan bij te dragen en te bevorderen dat de psychotherapie in Nederland meer op wetenschappelijke inzichten wordt gebaseerd en nog effectiever wordt dan nu het geval is.

Eerst over de titel van mijn oratie. De vakgenoten onder u weten waarom ik de buurvrouw ten tonele voer. Voor de niet-vakgenoten is dit misschien minder logisch, dus ik licht het graag toe. Minister Schippers stelde enkele jaren geleden dat psychische problemen al een heel stuk kunnen verminderen door een goed gesprek met de buurvrouw. De meeste GGZ-collega's reageerden verontwaardigd op deze uitspraak: het is toch ondenkbaar dat de buurvrouw hetzelfde kan als professionals die daarvoor jaren hebben doorgeleerd? Maar niet iedereen reageerde zo. Ook *binnen* de GGZ lopen de meningen uiteen, zoals blijkt uit een uitspraak van hoogleraar Van Os op 3 maart 2016 (interview Parool).

"Wat kunnen psychiaters nou werkelijk meer betekenen in het herstel van een patiënt dan een betrokken buurvrouw? ... Betekenisvolle persoonlijke relaties zijn heel belangrijk bij het herstel van een patiënt en soms kan een buurvrouw dat ook bieden."

Deze uitspraak suggereert dat psychotherapeuten voornamelijk betekenisvolle persoonlijke relaties bieden aan hun patiënten. Terwijl heel veel wetenschappelijk onderzoek heeft laten zien dat die persoonlijke relatie wel belangrijk is maar beslist niet genoeg om psychische problemen te verminderen. Een goede buurvrouw is goud waard maar ik wil in mijn oratie duidelijk maken dat een buurvrouw echt niet kan bieden wat een psychotherapeut biedt.

Mijn leeropdracht is breed. Het onderwerp is psychotherapie in relatie tot wetenschap, werkveld, en onderwijs. Dat biedt stof voor wel drie oraties. Maar dat zou voor vandaag teveel van het goede zijn. Niet goed voor u en niet goed voor mij. Ik leg de nadruk op de volgende vragen:

- wat is (effectieve) psychotherapie?
- waarin verschilt een goede psychotherapeut van een aardige buurvrouw?
- hoe kunnen we psychotherapie nog beter maken?
- wat betekent dit voor de opleiding tot psychotherapeut?

Eerst over de termen die ik gebruik. Een psychotherapeut is een behandelaar of therapeut, maar niet elke behandelaar of therapeut is een psychotherapeut. Ter vergelijking: een paard is een dier maar niet elk dier is een paard. De term psychotherapeut is wettelijk beschermd, de termen behandelaar en therapeut niet. Ik gebruik de termen behandelaar en therapeut door elkaar en alleen met de term psychotherapeut doel ik expliciet op een behandelaar die volgens de wet BIG als psychotherapeut staat geregistreerd.

Verder wil ik stilstaan bij de term psychotherapie. Wat is dat? Goede psychotherapie ziet er tegenwoordig anders uit dan de psychotherapie van zo'n dertig jaar geleden. Helaas is deze informatie nog maar nauwelijks doorgedrongen tot het grote publiek. Op 1 april jongstleden merkte hooggeleerde collega Korrelboom in zijn oratie op dat speelfilms en tv-series een archaïsch beeld van psychotherapie in stand houden. Hij noemde enkele Amerikaanse speelfilms, waaronder de Soprano's. Maar Nederlandse films laten hetzelfde beeld zien. De kijkers van de serie Gooise Vrouwen maakten kennis met dokter Rossi, die vooral luistert en zwijgt. De serie In therapie toonde therapeuten die wat meer woorden gebruiken maar ook bij hen komt psychotherapie neer op veel en soms moeilijk praten en weinig oefenen in het dagelijkse leven.

Met de vraag wat psychotherapie is komen we op het Besluit Psychotherapeut. Dit besluit werd in 1998 vastgesteld en is leidend voor de psychotherapie in Nederland en de opleiding tot dit beroep. De complete tekst van het besluit kunt u vinden op de website Overheid.nl. Ik beperk mij tot enkele opvallende tekstgedeeltes. Zo stelt het besluit dat een psychotherapeut moet zijn opgeleid in de psycho-analytische psychotherapie, de gedragstherapie, de Rogeriaanse therapie en de systeemtherapie. Bovendien moet hij niet alleen individuele psychotherapie kunnen geven maar zich ook bekwamen in groeps- of systeeminterventies. Opvallend is dat helemaal nergens in het Besluit staat dat psychotherapeuten behandelingen moeten geven die werken, dus behandelingen die de psychische problemen waarvoor patiënten zich aanmelden verminderen. Effectiviteit van de behandeling was dus geen criterium bij het opstellen van het besluit Psychotherapie. Dat was destijds al niet goed te begrijpen, gezien de toen al beschikbare kennis over wat werkt in psychotherapie. En nu, bijna twintig jaar later, nog minder. Het gebrek aan verbinding tussen psychotherapie en wetenschap in het Besluit blijkt ook uit het feit dat de hoofdopleider van de opleiding tot psychotherapeut geen verbinding hoeft te hebben met een universiteit. Voor de hoofdopleiders van de andere postdoctorale opleidingen voor psychologen en orthopedagogen geldt deze eis wel. De conclusie is: het Besluit in de huidige vorm is niet goed voor het vak. Het is gebaseerd op theorieën en meningen en niet op wetenschappelijke kennis. De herziening van het Besluit wordt binnenkort ter hand genomen en dit gaat hopelijk leiden tot een besluit waarin resultaten uit wetenschappelijk onderzoek over het ontstaan, voortbestaan en verminderen van psychopathologie de leidraad wordt voor het beroep psychotherapeut en de opleiding daartoe.

Psychotherapie en wetenschap

Dat brengt mij op het thema psychotherapie en wetenschap. Sinds 1980 heeft het onderzoek naar de effectiviteit van psychologische interventies een grote vlucht genomen. Aanvankelijk was dit vooral onderzoek naar de effecten van cognitieve gedragstherapie, bij angststoornissen, stemmingsstoornissen en gedragsproblemen. Later werd dit onderzoek uitgebreid naar andere interventies en naar een breed scala aan psychische aandoeningen. Ook naar aandoeningen waarbij we vroeger ons beperkten tot medicatie of vrijheidsbeperkende

maatregelen. Zo hebben we nu effectieve psychotherapie voor mensen met psychotische stoornissen, chronische pijn en vermoeidheid, somatoforme stoornissen, of ernstige persoonlijkheidsstoornissen. En effectieve psychotherapie voor daders van huiselijk geweld en andere delicten. Alle onderzoeken tonen consistent aan dat psychotherapie flinke positieve effecten heeft in het verminderen van psychisch lijden (zie bijvoorbeeld Lambert, 2013, voor een overzicht). Psychotherapie levert daarmee niet alleen de patiënt maar ook de maatschappij veel op, namelijk minder kosten door ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, door opnames, kortere behandelingen, minder onnodig gebruik van dure medische voorzieningen, en minder kosten als gevolg van suicides, ongevallen door alcoholmisbruik en delicten. Het psychotherapie-onderzoek heeft geleid tot zo'n honderd effectief bevonden behandelingen voor de meest voorkomende psychische stoornissen. Inmiddels bestaan landelijke richtlijnen voor behandelingen van deze stoornissen (zie www.ggzrichtlijnen.nl) en de effectief bevonden behandelingen zijn daarin leidend. Dit geldt voor Nederland en voor andere landen. Een behandelaar moet goede argumenten hebben om wat anders te doen dan de richtlijn voorschrijft.

Deze behandelingen zijn enthousiast ontvangen, maar niet door iedereen. De GGZ is door de komst van deze behandelingen veranderd, maar minder dan je zou verwachten. Want ondanks deze positieve ontwikkelingen kent de invoering van effectief bevonden behandelingen nog steeds problemen:

- Het eerste probleem is dat de behandelingen niet of niet goed worden toegepast. Zelfs op een afdeling waar behandelaars een bovengemiddeld positieve houding hebben tegenover behandelrichtlijnen, krijgt rond de zestig procent van de patiënten met een angststoornis niet de eerste-keusbehandeling uit de richtlijn, zoals collega Van Oppen in maart 2015 in haar oratie meldde.
- Het tweede probleem: ook als behandelaars de effectief bevonden behandelingen wel netjes geven, knapt een deel van de patiënten onvoldoende op.

Over de weerstand tegen behandelrichtlijnen is de afgelopen jaren al veel gezegd. Als u geïnteresseerd bent in dit onderwerp, leest u dan bijvoorbeeld de oraties van collega's Verbraak, Keijsers, Van Oppen en Korrelboom, te vinden op het internet. Ik deel de conclusies van deze collega's. Namelijk: er is geen steekhoudende reden om bij een individuele patiënt al op voorhand te besluiten dat een richtlijnbehandeling niet zal helpen en er dus maar niet mee te beginnen.

Maar vandaag wil ik ingaan op het tweede probleem, namelijk dat de effectief bevonden interventies ook bij optimale uitvoering niet voor alle patiënten (voldoende) helpen. We moeten dus blijven zoeken hoe we deze interventies nog beter kunnen maken. In dit verband vraag ik uw aandacht voor twee factoren die in de zoektocht naar meer effectiviteit van belang kunnen zijn. De eerste is meer aandacht voor de persoonlijke effectiviteit van behandelaars, ook wel de *therapeutfactor* genoemd. De tweede is meer terugkoppeling aan behandelaars over de daadwerkelijke effectiviteit van hun eigen behandelingen.

Wat betreft de therapeutfactor: in de onderzoeksmethoden waarmee interventies onderling worden vergeleken is geen oog voor de invloed van individuele behandelaars. Deze invloed wordt juist met opzet zo klein mogelijk gehouden, bijvoorbeeld door veel behandelaars mee te laten doen die elk maar een klein aantal patiënten behandelen. En door intensieve supervisie te bieden, zodat behandelaars zoveel mogelijk hetzelfde werken. Het tegenovergestelde is een onderzoek waarin

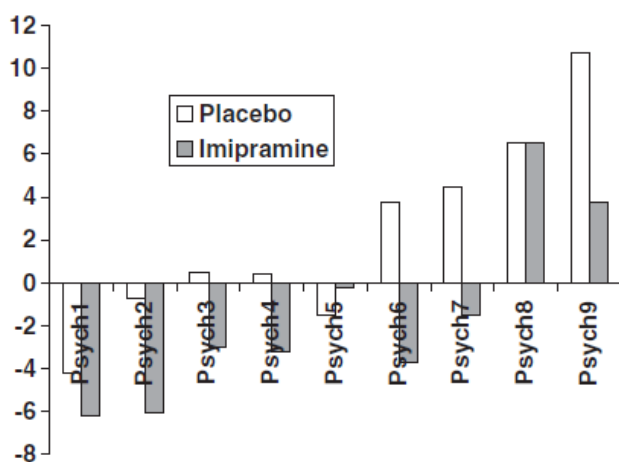
een interventie maar door één behandelaar wordt gegeven. Vroeger zag je nog wel eens een artikel over zo'n onderzoek. Tegenwoordig niet, ook omdat voor goed onderzoek zoveel patiënten nodig zijn dat het alleen al praktisch gezien niet lukt om die allemaal in een overzichtelijke periode door één persoon te laten behandelen. Maar los van de praktische onhaalbaarheid bekijken we dit soort onderzoeken met argwaan, zeker als de resultaten goed zijn. "Ja", zeggen we dan, "die interventie lijkt wel effectief maar die is maar door één behandelaar gegeven. Het is maar de vraag of andere behandelaars even effectief zijn met dit protocol". We betwifelen dus of het positieve effect wel *generaliseerbaar* is naar andere behandelaars. Dat is een terechte vraag maar je zou de vraag ook kunnen omdraaien: wat maakte *deze* ene behandelaar zo effectief? Ik wil daarom hier graag de overstap maken van effectieve *interventies* naar effectieve *behandelaars*. En daarbij nadrukkelijk aantekenen: niet *in plaats van* deze interventies maar *er bovenop*. Dus niet om de effectief bevonden interventies overboord te zetten maar om na te gaan of deze interventies nog beter kunnen worden door specifieke kenmerken of vaardigheden van de behandelaar te verbeteren.

De afgelopen twintig jaar is door de grote belangstelling voor de interventies de vraag naar de persoonlijke effectiviteit van de behandelaar wat weinig aan de orde geweest. Toch zijn op dit vlak interessante onderzoeken gedaan. Drie daarvan wil ik u graag voorleggen.

De eerste is een studie die al in 1985 werd uitgevoerd (Luborsky et al., 1985). Hoewel deze studie volgens onze huidige, strengere maatstaven qua methodologie beter had gekund, was het wel een van de eerste studies waarin systematisch vier factoren werden onderzocht die van invloed zouden kunnen zijn op het resultaat van de behandeling: 1) patiëntkenmerken, 2) therapeutkenmerken, 3) patiënt-therapeut-interacties en 4) specifieke interventies (in dit geval drugs counseling, drugs counseling met focale psychoanalytische therapie en drugs counseling met cognitieve gedragstherapie). De auteurs onderzochten negen behandelaars die in totaal 103 patiënten met een opiatenverslaving behandelden. Uiteindelijk maakten 78 patiënten de behandeling af, 25 patiënten stopten voortijdig met de behandeling. Er bleken flinke verschillen tussen de negen behandelaars in het aantal uitvallers en de gemiddelde verbetering (de zogenaamde effectgrootte) van hun patiënten. De effectgroottes varieerden van 0.13 tot 0.79; waarbij 0.13 staat voor geen behandel effect en 0.78 voor een groot behandel effect. Die verschillen konden *niet* worden toegeschreven aan patiëntkenmerken, want die bleken vergelijkbaar tussen de behandelaars. Enkele therapeutfactoren bleken de verschillen tussen de behandelaars *wel* voor een deel te verklaren. De belangrijkste factor was een combinatie van specifieke kenmerken: interesse in het helpen van patiënten, flexibiliteit en goede therapeutische vaardigheden. De tweede factor was de modelgetrouwheid van de behandelaar, dat wil zeggen hoe goed hij zich hield aan het protocol, ongeacht waar dat protocol uit bestond.

Recenter onderzoek werd uitgevoerd door Okiishi en collega's (2006). Dit onderzoek betrof 71 behandelaars en bijna 6500 patiënten. Deze behandelaars zagen ieder gemiddeld 92 patiënten; dat is extreem veel in vergelijking met de gebruikelijke onderzoeken naar interventies. Enkele opvallende uitkomsten: de effectiefste behandelaar had patiënten die al na enkele sessies substantieel verbeterden, terwijl de patiënten van de minst effectieve behandelaar ook na veel meer sessies nauwelijks vooruitgang lieten zien. Bij de meest effectieve behandelaar hadden patiënten rond de 6-7 sessies nodig om te verbeteren, bij de minst effectieve behandelaar was dat rond de 94 sessies. Er was geen verschil tussen mannelijke en vrouwelijke behandelaars en tussen verschillende theoretische stromingen (gedragstherapie, cognitieve gedragstherapie, humanistische therapie, psychodynamisch). Ook hier dus aanwijzingen dat sommige behandelaars beduidend effectiever waren dan andere.

Een derde onderzoek wil ik u niet onthouden. Dit ging helemaal niet over psychotherapie maar over farmacotherapie. Het was onderdeel van het grootschalige onderzoek naar depressie door het Amerikaanse Nationale Instituut voor Geestelijke Gezondheid (NIMH) en betrof de vergelijking tussen de werkzaamheid van een antidepressivum, namelijk imipramine, en een placebo, dus een neppil (McKay et al., 2006). Negen psychiaters behandelden totaal 112 patiënten, dus gemiddeld zo'n 12 patiënten per psychiater. De onderzoekers vergeleken niet alleen de effecten van imipramine tegenover placebo maar ook de behandelresultaten van de psychiaters onderling. Het resultaat ziet u in figuur 1. Negatieve scores in de grafiek wijzen op vermindering van depressieve klachten, dus een verbetering van psychisch functioneren.



Figuur 1. Gemiddelde effectiviteit per psychiater van imipramine versus placebo (McKay et al., 2006)

Bij de meest effectieve psychiater verbeterden de patiënten gemiddeld, of ze nu imipramine of placebo hadden gekregen. Bij de minst effectieve psychiater verslechterden de patiënten gemiddeld, ongeacht imipramine of placebo. Blijkbaar deden sommige psychiaters iets waardoor al hun patiënten verbeterden.

Alle onderzoeken samen leiden tot de conclusie dat de therapeutfactor een consistent effect heeft op het behandelresultaat en verantwoordelijk is voor ruim 5% van de variantie in uitkomsten (zie Baldwin & Imel, 2013, voor een overzicht). Ruim 5% lijkt op het eerste oog misschien niet veel maar in vergelijking met andere voorspellers is dat een hoog percentage. Lambert, een bekende onderzoeker op psychotherapiegebied, ging zover dat hij in 2013 stelde:

"Het is denkbaar dat te veel energie wordt gestoken in onderzoek naar interventies, ten koste van onderzoek naar therapeuten als persoon en in relatie tot interventies..... Een logische uitbreiding is onderzoek naar effectief bevonden therapeuten (*empirically supported therapists*) (Lambert, 2013, pag. 199)

De volgende vraag is: wat *doen* die effectieve behandelaars dan anders dan anderen? Interessant in dit verband is een vervolg op het onderzoek van Okiishi et al. (2006) dat ik zojuist besprak. Het doel van dit vervolgonderzoek (Anderson et al., 2009) was te kijken of er verband was

tussen de effectiviteit van de behandelaars en hun interpersoonlijke vaardigheden. Vijfentwintig behandelaars uit het onderzoek van Okiishi et al. deden daartoe mee aan een taak waarin hun vermogen werd gemeten om impliciete boodschappen van patiënten waar te nemen, te begrijpen en hierover in gesprek te gaan. De behandelaars moesten in deze taak reageren op patiënten die door acteurs werden nagespeeld, bijvoorbeeld boze maar ook verwarde, stille of afhankelijke patiënten. De reacties van de behandelaars op deze patiënten werden onderling vergeleken. Het resultaat? De behandelaars die in het eerdere onderzoek effectief waren geweest, bleken veel adequater te reageren op deze moeilijke patiënten dan de niet effectieve behandelaars. Mogelijk verklaart deze vaardigheid in het goed reageren op "moeilijke" patiënten (of "moeilijke momenten" in de behandeling) het gevonden verschil in effectiviteit tussen de behandelaars. Als dat zo is, zou deze vaardigheid in de opleiding explicieter aandacht moeten krijgen. Bijvoorbeeld door meer kennis en vaardigheidstraining op te nemen over zogenaamde relationele therapiemodellen, zoals de interpersoonlijke communicatietheorie van Kiesler (1996) en het resolutiemodel voor alliantiebarsten van Safran (Safran et al., 2002), onder andere beschreven door collega Hafkenscheid (2014) in zijn boek *De therapeutische relatie*.

De conclusie ten aanzien van psychotherapie en wetenschap:

- Door de nadruk op interventies is de afgelopen jaren wat weinig aandacht geweest voor individuele verschillen tussen behandelaars, terwijl onderzoek duidelijk maakt dat verschillen tussen behandelaars flinke invloed hebben op het behandelresultaat
- Verdere verbetering van de bestaande effectieve behandelingen valt wellicht te behalen als we nauwkeuriger kijken wat effectieve behandelaars zo effectief maakt; en er zijn aanwijzingen dat dit gaat om 1) interesse in het helpen van patiënten, in combinatie met flexibele modelgetrouwheid, en 2) het goed signaleren en hanteren van dreigende hobbels in de therapeutische relatie.

Ik vervolg met het tweede thema binnen mijn leeropdracht, namelijk Psychotherapie en het werkveld.

Psychotherapie en werkveld

Het werkveld van de psychotherapeut is de gezondheidszorg, vooral de geestelijke gezondheidszorg. Actuele thema's daarin zijn:

- de inhoud en organisatie van de zorg, en de mogelijke rol van de buurvrouw daarin
- het werk en de positie van de psychotherapeut, naast de GZ-psycholoog en de klinisch psycholoog

Eerst ga ik in op de inhoud en organisatie van de GGZ en de buurvrouw.

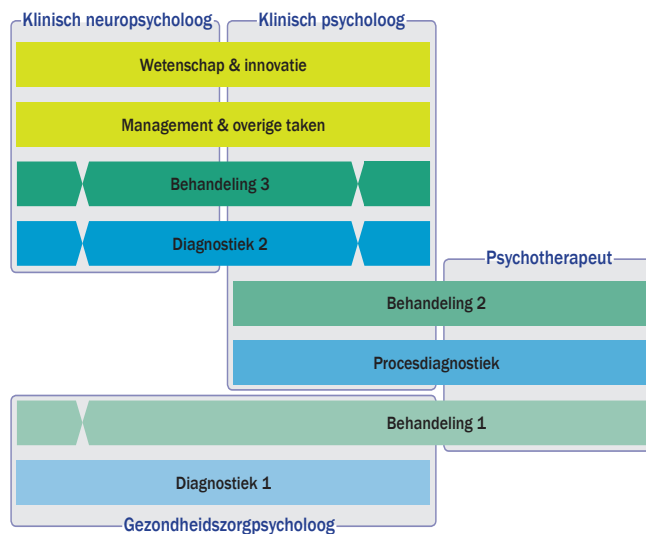
De GGZ is de laatste decennia door de effectief bevonden behandelingen qua behandel aanbod sterk verbeterd. Maar op de organisatie van de GGZ komt steeds meer kritiek. Veel mensen vinden het hoog tijd voor hervorming van de GGZ. Er is kritiek op het hokjesdenken van de DSM, het handboek met psychische stoornissen. Er zijn stemmen dat de op de DSM gebaseerde DBC-financieringssysteem de zorg niet beter maar wel duurder, ingewikkelder en omslachtiger heeft gemaakt. Tegelijk is er veel discussie hoe de GGZ dan wel moet worden ingericht. Van Os, die de buurvrouw promootte, stelde dat goed hulpverlenerschap in plaats van

de DSM-classificaties eigenlijk maar vier vragen behoeft: 1. Wat is er met je gebeurd? 2. Wat is je kwetsbaarheid en je weerbaarheid? 3. Waar wil je naartoe? 4. Wat heb je nodig? (Van Os, 2014)

Dit zijn vragen die de buurvrouw inderdaad ook vrij makkelijk kan stellen. Als je tenminste een buurvrouw hebt die vragen stelt, in plaats van meningen te geven, eigen ervaringen voorrang te geven of de deur helemaal niet open te doen. Belangrijk is te vermelden dat de groep van Van Os vooral werkt met patiënten met chronische en ernstige aandoeningen, de zogenaamde EPA-groep. Hun pleidooi om bij deze groep de zorg veel sterker te richten op wat deze patiënten *wel* kunnen, kan ik alleen maar van harte onderschrijven. Dat neemt niet weg dat zelfs bij de EPA-groep de psychotherapeut veel meer te bieden heeft dan de buurvrouw. Collega Van der Gaag ontwikkelde met zijn onderzoeksgroep interventies die psychotische patiënten helpen om anders met hun stemmen om te gaan en er daardoor minder last van te hebben (Van der Gaag et al., 2013). Verder heeft onderzoek uitgewezen dat een groot deel van de EPA-patiënten lijdt aan symptomen van een posttraumatische stressstoornis, als gevolg van traumatische gebeurtenissen die ze in hun leven hebben doorgemaakt. Lange tijd werd echter aangenomen dat je bij psychotische patiënten geen traumabehandeling moet starten, omdat de patiënten daarvan ernstig zouden ontregelen. Dat laatste is niet waar, zoals bleek uit onderzoek van De Bont, Van Minnen en De Jong (2013): traumabehandeling is ook bij deze groep effectief. We moeten met het DSM-badwater dus beslist niet de effectief bevonden interventies weggooien. Maar deze interventies wel laten geven door maximaal effectieve behandelaars.

Het tweede onderwerp bij Psychotherapie en werkveld betreft het werk en de positie van de psychotherapeut. Voor het gewone publiek is niet duidelijk hoe de beroepen GZ-psycholoog, psychotherapeut, klinisch psycholoog en klinisch neuropsycholoog zich onderling verhouden. Het gewone publiek bevindt zich daarmee in goed gezelschap want ook veel professionals snappen er niets meer van. Dit is eigenlijk een saai onderwerp en ik zou het daarom liever overslaan, maar de GGZ is er bij gebaat als in de al lang slepende discussie rond de beroepenstructuur van de psychologen nu eindelijk eens de juiste knopen worden doorgehakt. Ik wil er daarom toch wat over zeggen.

Eerst hoe het formeel is geregeld. De wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (wet BIG) kent voor de psychologen en orthopedagogen twee basisberoepen: de GZ-psycholoog en de psychotherapeut. Alleen na de registratie als GZ-psycholoog is specialisatie mogelijk, namelijk tot klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog. Wat betreft het werk van de verschillende beroepen: figuur 2 geeft schematisch aan waar de verschillen en overeenkomsten zitten in het werk van de GZ-psycholoog, de psychotherapeut en de klinisch psycholoog of klinisch neuropsycholoog.



Figuur 2. De werkzaamheden van de GZ-psycholoog, de psychotherapeut, de klinisch (neuro)psycholoog (© RINO Zuid)

Die onderlinge taakverdeling is nog in beweging. Zo zit in de opleiding tot psychotherapeut sinds vorig jaar meer psychodiagnostiek dan in dit plaatje staat vermeld. Daarmee groeit de psychotherapeut op dit punt dichterbij zowel de GZ-psycholoog als de klinisch psycholoog. U ziet in dit plaatje dat alle beroepen diagnostiek en behandeling doen. Wat u hier niet ziet is dat ze dit doen met verschillende accenten en bij verschillende doelgroepen. De psychotherapeut doet gespecialiseerde behandeling bij complexe problematiek en kan daarin meer dan de GZ-psycholoog. Het zou dan ook logisch zijn om in het beroepengebouw de psychotherapeut niet als basisberoep, naast de GZ-psycholoog, maar als specialist van de GZ-psycholoog op te nemen, naast de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog. Dat geeft een helder profiel: men leert in de GZ-opleiding eerst in de breedte diagnostiek en behandeling uit te voeren bij patiënten met relatief enkelvoudige problematiek, waarna een deel van de GZ-psychologen zich in de opleiding tot psychotherapeut specialiseert in de behandeling van complexe problematiek.

De volgende vraag is: hoe verhoudt in dat nieuwe plaatje de psychotherapeut zich tot de *klinisch* psycholoog? De opleiding tot psychotherapeut is onderdeel van de specialistische opleiding tot klinisch psycholoog, die je pas kan volgen na afronding van de GZ-opleiding. Sommigen vinden dat er geen reden is om de psychotherapeut naast de klinisch psycholoog als specialist te positioneren. Want de klinisch psycholoog is immers ook psychotherapeut en deze zou dus toch hetzelfde werk kunnen doen? Moeten we het beroep psychotherapeut niet gewoon opheffen?

Tegen dat laatste pleiten naar mijn idee verschillende argumenten. De eerste is van praktische en tijdelijke aard en dat is dat er volstrekt onvoldoende klinisch psychologen zijn om al het werk te doen dat nu door psychotherapeuten wordt gedaan. Nu al lukt het GGZ-instellingen niet om de vacatures voor klinisch psychologen in te vullen. Dat probleem zou je kunnen oplossen door de komende jaren flink meer klinisch psychologen op te leiden. Maar los van dit praktische argument zie ik vooral inhoudelijke argumenten om de psychotherapeut naast de klinisch

psycholoog als specialist op te nemen. De klinisch psycholoog wordt breder opgeleid dan de psychotherapeut, namelijk ook in de specialistische psychodiagnostiek, overige behandeling, en in wetenschappelijk onderzoek en management. De klinisch psycholoog heeft daarmee een ander beroepsprofiel dan een psychotherapeut. De GGZ heeft behandel-specialisten nodig, als we de multidisciplinaire richtlijnen goed willen uitvoeren. Een flink deel van de behandelingen in de specialistische GGZ is voor GZ-psychologen te hoog gegrepen. Nogal wat GZ-psychologen willen zich daarom graag verder specialiseren in behandeling bij complexe problemen, maar lang niet ieder van hen heeft de ambitie om klinisch psycholoog te worden en de functies te bekleden die daar logisch bij horen. Er zijn nu eenmaal professionals die zich graag voor 100% wijden aan het behandelen van patiënten en daar ook heel goed in zijn. Van de andere kant: klinisch psychologen willen na hun opleiding graag een combinatie houden van diagnostiek, behandeling en wetenschappelijk onderzoek of management. Het aantal functies waarin dit in de huidige GGZ kan is nu al erg beperkt en het ziet er niet naar uit dat dit aantal groter wordt. En als laatste: verschillen in beroepsprofiel hebben consequenties voor de eisen voor de herregistratie die elke vijf jaar van specialisten wordt gevraagd. Aparte specialismen naast elkaar voorkomt dat in de praktijk psychotherapeuten en klinisch psychologen alsnog steeds meer op elkaar gaan lijken, wat de onhelderheid in het veld in stand houdt.

De conclusie ten aanzien van Psychotherapie en het werkveld:

- de organisatie en inhoud van de GGZ vraagt herziening. Het is verstandig om het hokjesdenken volgens het ziektemodel los te laten en samen met onze patiënten meer oog hebben voor herstel en zingeving. Maar we moeten niet doorslaan en doen alsof psychotherapie niet meer biedt dan een goede relatie.
- Psychotherapie is - als je kijkt naar de inhoud en omvang van de opleiding en de inmiddels beschikbare wetenschappelijke kennis die psychotherapeuten moeten beheersen - een specialistische activiteit
- het beroepengebouw voor de psychologen is voor veel partijen verwarrend en moet dus anders. Helder is één basisberoep: de GZ-psycholoog. Het meest voor de hand liggend is de psychotherapeut daarna te positioneren als specialist van de GZ-psycholoog, naast de klinisch psycholoog en de klinisch neuropsycholoog.

Voorwaarde voor dit alles is wel dat de psychotherapeut zich ook daadwerkelijk gaat opstellen als een specialist. Daar is nog wel wat te winnen. In de praktijk blijkt dat GGZ-instellingen op dit moment niet goed raad weten met de psychotherapeut. Er is kritiek omdat psychotherapeuten te breed worden opgeleid, terwijl ze tegelijkertijd de effectief bevonden behandelingen te weinig beheersen. Ook is er kritiek op de houding van psychotherapeuten. Ze zouden zich vasthouden aan hun "eigen" theoretische stroming, zich weinig aantrekken van behandelrichtlijnen, en zich verzetten tegen nieuwe ontwikkelingen, bijvoorbeeld E mental Health. Ik hoop dat deze kritiek vooral is gebaseerd op de achterhaalde stereotypen over psychotherapeuten die ik eerder in deze oratie noemde, hoewel ik soms schrik van de in mijn ogen weinig professionele houding van sommige collega's. En ik ken gelukkig ook psychotherapeuten die zich wel baseren op wetenschappelijke kennis en die nieuwe ontwikkelingen omarmen. Maar het zijn er blijkbaar nog niet genoeg om het beeld dat in de buitenwereld over de psychotherapeut bestaat te veranderen. Het kan ook zijn dat psychotherapeuten duidelijker stelling moeten gaan nemen en laten zien dat het hun menens is met de professionalisering van de psychotherapie. Hier is werk aan de winkel voor de psychotherapeut.

Psychotherapie en onderwijs

Dat brengt mij op het laatste onderwerp van mijn oratie, namelijk Psychotherapie en onderwijs. Ik behandel twee vragen:

1. *wat* moeten mensen in de opleiding tot psychotherapeut leren
2. *hoe* leren ze dat het beste?

Vraag 1: Wat moet men in de opleiding tot psychotherapeut leren?

Inmiddels weet u wat ik hiervan vind. In de opleiding moet men leren om *effectieve* psychotherapie te geven. Opleidingen moeten leren wat psychotherapeuten effectief maakt en zich daarbij baseren op wetenschappelijk onderzoek. Opleidingen psychotherapie die zeggen dat onderwijs over psychotherapie en wetenschap hen niet interesseert, zijn niet geschikt voor het vak en kunnen wat mij betreft hun diploma vergeten.

In dit verband citeer ik mijn collega hoofdopleider Keijsers, die in zijn oratie stelde: "Succesvolle psychotherapie bestaat uit specifieke behandeltechnieken plus een therapeutische context die erop gericht is het vanzelfsprekende verzet te verminderen". Over de specifieke technieken in de vorm van effectief bevonden interventies is al veel bekend. Wat betreft die context valt nog veel te onderzoeken maar we hoeven niet bij nul te beginnen. We weten dat effectieve behandelaars beter zijn dan minder effectieve behandelaars in 1) oprechte interesse in het helpen van patiënten en flexibele modelgetrouwheid in de toepassing van interventies en 2) het goed hanteren van impliciete boodschappen, inclusief signalen van dreigende moeilijkheden in de therapeutische relatie. Dat moet men dus in de opleiding leren, aanvullend op de effectief bevonden interventies.

Vraag 2: Los van de inhoud van het onderwijs is de vraag: wat is de beste manier om psychotherapeuten in opleiding deze vaardigheden te leren?

De afgelopen jaren zijn nieuwe vormen van leren geïntroduceerd. Het digitale tijdperk heeft de leermogelijkheden nog eens flink verruimd. Bijscholingsactiviteiten voor hulpverleners in de GGZ zijn tegenwoordig "blended", dat wil zeggen een combinatie van E-learning en klassikaal onderwijs, al dan niet in workshops. Binnen de psychologieopleidingen zijn we in 2013 overgestapt op het zogenaamde Competentie Gericht Opleiden of CGO. In CGO ligt vanaf de start van de opleiding de focus op de competenties die de leerling aan het eind in de praktijk moet kunnen toepassen en die competenties zijn vertaald in concrete eindtermen. Dat maakt de kans groter dat men leert wat men moet leren. Overigens moet nog blijken of al deze nieuwe leermogelijkheden daadwerkelijk gaan leiden tot betere professionals in de GGZ.

Een van de leuke kanten van een nieuwe functie is dat je nieuwe collega's krijgt. Onder mijn nieuwe collega's bij de Open Universiteit zitten experts op het gebied van leren. Een daarvan is hoogleraar Kirschner. Hij is medeauteur van het boek met de voor Nederlanders onuitsprekelijke titel *Urban Myths about learning and education*, dat populaire opvattingen over effectief leren behandelt.

Ik presenteer u vier van deze opvattingen en wil graag weten hoe u over deze stellingen denkt. Hier komen ze:

1. Je leert het meeste door het zelf te doen
2. Mensen hebben vaste leerstijlen: doeners, denkers, dromers, beslissers

3. Met de huidige informatietechnologie is parate kennis minder belangrijk geworden dan de vaardigheden om het antwoord snel te vinden
4. Je leert beter als je beweegt

De antwoorden?

Alleen de vierde stelling, dat mensen beter leren als ze fysiek actief zijn, klopt, voor zover we nu weten. Misschien weet u nog dat dit onderwerp in november vorig jaar de krant haalde (<http://www.ad.nl/ad/nl/1012/Nederland/article/detail/4176270/2015/11/02/Bewegen-in-de-klas-levert-betere-studieresultaten-op.dhtml>). De overige stellingen zijn door wetenschappelijk onderzoek geheel of gedeeltelijk onderuit gehaald. Het idee dat mensen vaste leerstijlen hebben is onder meer ontstaan doordat in onderzoek aanvankelijk werd afgegaan op wat mensen *zeggen* over hoe ze leren. Clark toonde echter al in 1982 aan dat de door proefpersonen zelf gerapporteerde leerstijlen niet of zelfs negatief samenhangen met hun feitelijke leerresultaten. Onderzoek waarin werd nagegaan hoe mensen daadwerkelijk leerden, liet namelijk zien dat iedereen diverse leerstrategieën gebruikt en de strategie aanpast aan de aard van de leerstof en hoe deze wordt aangeboden. Voor de bespreking van de overige mythes over leren verwijs ik u graag naar het boek.

Ook rond de opleiding tot psychotherapeut bestaan mythes. Bijvoorbeeld dat je een betere psychotherapeut wordt als je zelf in therapie bent geweest en dus de positie van de cliënt vanuit eigen ervaring kent. Zo'n therapie heet een leertherapie en in Nederland is een leertherapie van minimaal vijftig sessies verplicht als je psychotherapeut wilt worden. Er is - mondjesmaat - onderzocht of leertherapie leidt tot meer effectieve psychotherapeuten. Het antwoord is: nee, hoewel psychotherapeuten zelf veelal positief zijn over hun leertherapie, is er geen bewijs dat hun patiënten na de leertherapie meer of sneller verbeteren.

Over effectief onderwijs in de psychotherapie zijn trouwens interessante onderzoeksresultaten te melden. Zo bleek uit recent onderzoek van Bamelis en collega's (2014) dat behandelaars meer effectieve schematherapie geven als tijdens hun training tot schematherapeut (dat is een specifieke vorm van psychotherapie voor persoonlijkheidsstoornissen) weinig *over* de stof wordt gepraat, maar ze in plaats daarvan veel voorbeelden zien en daarna veel in rollenspellen met de behandelvaardigheden oefenen. Het aardige van dit onderzoek is dat de effectiviteit werd vastgesteld aan de hand van de verbetering van de patiënten van deze behandelaars tijdens de behandeling.

Eerder zei ik dat ik vandaag wil ingaan op twee factoren die behandelingen in de GGZ effectiever kunnen maken, bovenop het bieden van de effectief bevonden behandelingen. De eerste factor heb ik al besproken, namelijk meer aandacht - tijdens en na de opleiding - voor specifieke kenmerken van behandelaars: oprechte interesse in patiënten, flexibele modelgetrouwheid en hun vermogen om relatiebreuken tijdig te signaleren en goed te hanteren. Ik kom nu bij de tweede factor. In *Urban Myths about learning and education* staat namelijk ook wat onderzoek *wel* heeft aangetoond over effectief leren. Denkt u even na: wat zou dat kunnen zijn?

Bovenaan in het rijtje van factoren die leren bevorderen staat: zorg voor adequate feedback. Dat betekent in dit verband dat behandelaars effectiever worden als ze terugkoppeling krijgen over de feitelijke effectiviteit van hun (be)handelen, dus over de verbetering van hun patiënten.

Enkele jaren geleden werd Routine Outcome Monitoring (ROM) ingevoerd in de GGZ. ROM betekent dat je tijdens elke behandeling op vaste momenten en middels gestandaardiseerde meetinstrumenten in kaart brengt hoe het met de patiënt gaat. ROM wordt op dit moment gebruikt om de resultaten van groepen patiënten in kaart te brengen. Het wordt door financiers al ingezet om instellingen op deze resultaten te vergelijken. Over ROM zijn in de GGZ felle discussies gaande. Voorstanders zeggen dat ROM helpt om de black box, zoals de GGZ lange tijd is gezien, open te krijgen. Tegenstanders zeggen dat de zo verkregen gegevens niet zijn te interpreteren, bijvoorbeeld omdat de meetinstrumenten niet geschikt zijn, omdat verbetering maar op een heel beperkte manier wordt gemeten en allerlei mogelijk versturende variabelen niet worden meegenomen. Ik verwijs u graag naar de oratie van collega De Beurs op 27 november 2015, voor een bespreking van thema's en discussies rond de ROM.

Mondjesmaat wordt ROM gebruikt om met individuele patiënten hun vooruitgang te evalueren. Er lopen verschillende wetenschappelijke onderzoeken, ook in Nederland (zie bijvoorbeeld het onderzoek van De Jong en collega's, 2014, aan de universiteit van Leiden,), naar de vraag of behandelresultaten beter worden als op basis van de ROM gegevens de behandeling zo nodig wordt aangepast. Wat gek genoeg nauwelijks gebeurt, is dat ROM-resultaten worden gebruikt om *behandelaars* feedback te geven over de gemiddelde effectiviteit van hun behandelingen. Behandelaars krijgen tegenwoordig van hun leidinggevenden wekelijks feedback over hun *productiviteit* (de Individuele Productie Monitor of IPM) maar niet over hun *effectiviteit*. We hebben geen Individuele Effectiviteit Monitor. Dat is merkwaardig. Je verwacht dat we als eerste willen weten *of* patiënten beter worden en pas daarna hoeveel tijd dat heeft gekost. Tegelijk is het misschien ook weer niet zo merkwaardig. Want het in kaart brengen van de effectiviteit van individuele behandelaars ligt gevoelig. Op grond van het eerder besproken onderzoek kunnen we verwachten dat sommige behandelaars bovengemiddeld effectief blijken te presteren en dat andere behandelaars het minder goed doen. Dat laatste zou geen probleem hoeven te zijn als we zorgvuldig en constructief met de gevonden gegevens omgaan. Dit soort feedback biedt namelijk de gelegenheid om te leren van de bovengemiddeld goede behandelaars en om de minder effectieve behandelaars gericht bij te scholen. We zijn in de GGZ-praktijk nog niet zover maar we zijn het aan onze patiënten en aan de maatschappij verplicht om dit soort feedback structureel te vragen en te gebruiken. Patiënten zijn hier overigens zelf al mee begonnen. Op de website van Zorgkaart Nederland verschijnen steeds meer beoordelingen van individuele psychotherapeuten en andere GGZ-professionals. Zorgkaart Nederland wordt voor de GGZ wat IENS is voor de restaurantwereld. Patiënten gaan steeds vaker zelf op zoek naar een ***** therapeut. Overigens doen de psychotherapeuten het over het algemeen best goed, als je kijkt naar de gemiddelde waardering van 8,3, ondanks het feit dat er een aantal forse onvoldoendes tussen zitten. Daarbij geldt wel een kanttekening. Het oordeel van patiënten wordt namelijk nogal beïnvloed door hoe aardig ze de behandelaar vinden, en zegt minder hoeveel ze door de behandeling zijn verbeterd. Lastiger is dat aardig vinden en verbeteren voor zover nu bekend maar beperkt samenhangen. En natuurlijk zegt een negatief oordeel van één patiënt niet zonder meer dat de psychotherapeut slecht is. Kortom: tevredenheid van patiënten is maar een deel van het plaatje. Maar met deze kanttekeningen in het achterhoofd zouden we er als GGZ-professionals goed aan doen om zelf meer initiatief te nemen. Dat betekent: actiever feedback zoeken over onze effectiviteit en daarvan leren. En het zou goed zijn als we deze feedback ook in de opleidingen gaan gebruiken. Dat we opleidingen mede gaan coachen en bijscholen op basis van de resultaten van hun behandelingen, waaronder het aantal dropouts en de verbetering van hun patiënten. En in het geven van feedback

bieden de nieuwe informatietechnologie en E-learning allerlei mogelijkheden die voorheen niet beschikbaar waren. Zo zou je patiënten en behandelaars direct na een behandelgesprek kunnen vragen om via een app het laatste gesprek te evalueren.

Deze overwegingen leveren goede onderzoeksmogelijkheden op voor de komende jaren. Mijn focus zal aan de ene kant liggen op de persoonlijke effectiviteit van de behandelaar. Belangrijke thema's daarbij zijn flexibele modelgetrouwheid en specifieke interpersoonlijke vaardigheden, waaronder het hanteren van moeilijke momenten in de behandeling. Verder wil ik onderzoeken of we de effectiviteit van behandelaars kunnen vergroten door structurele feedback over de eigen effectiviteit in te bouwen, zo mogelijk ook in de opleiding tot psychotherapeut.

Ik vat de hoofdpunten van mijn oratie als volgt samen:

- Psychotherapie omvat het toepassen van in wetenschappelijk onderzoek effectief bevonden (psychologische) interventies voor psychische stoornissen
- Het wettelijke besluit Psychotherapeut sluit niet aan bij actuele wetenschappelijke kennis en moet daarom op de schop
- De psychotherapeut behandelt op specialistisch niveau en wordt daarom in de beroepenstructuur bij voorkeur als specialist van de GZ-psycholoog gepositioneerd
- Effectief bevonden interventies kunnen effectiever worden door meer focus op kenmerken van de therapeut en door therapeuten structureel te voorzien van feedback over hun eigen effectiviteit

De conclusie van mijn oratie: wees zuinig op de relatie met uw buurvrouw. Een luisterend oor, adviezen, praktische hulp, allemaal heel belangrijk. Maar om patiënten zover te krijgen dat ze uit hun comfortzone komen en daadwerkelijk het -bijna altijd moeizame - proces van verandering met open vizier ingaan, is meer nodig. Namelijk kennis over effectieve methodieken en persoonlijke effectiviteit, en de vaardigheden om deze kennis adequaat toe te passen en voortdurende feedback op de effectiviteit van je handelen. Dit alles biedt de moderne psychotherapeut boven de buurvrouw.

Tot slot van mijn oratie spreek ik graag mijn dankwoord uit.

Als eerste dank ik het bestuur van RINO Zuid, dat deze leerstoel instelde en mij daarop aanstelde, en ook de benoemingscommissie van de Open Universiteit, voor het in mij gestelde vertrouwen.

Pro Rector Jacques van Lankveld, mijn voorganger als hoofdopleider psychotherapie en tegenwoordig bij de Open Universiteit mijn leidinggevende. Jacques, veel dank voor de hartelijkheid waarmee je me hebt opgenomen in de faculteit. Nu ik in Eindhoven goed ben geland wil ik de verbinding met de Open Universiteit graag gaan versterken.

Els Boshuizen, hoogleraar bij de Open Universiteit: dank voor je hulp bij het verkennen van een voor mij nieuw vakgebied.

Het organiseren van zo'n oratie is een flinke klus, zeker als je de weg nog niet weet in je nieuwe universiteit. Daarom mijn dank voor de fantastische ondersteuning de afgelopen maanden door collega's van de Open Universiteit: Sabine Roks, Wendy de Beer, Vivian Rompelberg, Chris Peeters en Marga Winnubst.

Dan mijn collega's bij RINO Zuid. Als eerste Marrik van Rozendaal, directeur van RINOZuid. Marrik, jij hebt je vanaf het begin een erg prettige, toegankelijke en ondersteunende collega getoond. Dank je wel daarvoor. Ik hoop dat je nog lang directeur blijft.

Jacques Graste, manager van de psychotherapie-opleiding. Jacques, jij bent vanaf de start voor mij in het dagelijkse werk de belangrijkste persoon geweest. Ik wil jou heel erg bedanken voor je ondersteuning, je zorgvuldigheid, je enorme kennis en je loyaliteit. Je gaat in het najaar met vervroegd pensioen en hoewel ik jou dat van harte gun en we gelukkig al een goede opvolger voor je hebben gevonden, zie ik er nog steeds tegenop. Gelukkig blijf je voorlopig voor advies beschikbaar.

Naast Jacques ben ik veel dank verschuldigd aan Marijke Smulders, waarnemend hoofdopleider psychotherapie. Marijke, je moest wat langer overbruggen dan had verwacht. We hebben discussies gehad over het onderwijs en ook in jou waardeer ik je kennis, je loyaliteit en dat je het belang van een goede opleiding altijd voorop stelt.

Dank ook aan de andere hoofdopleiders bij RINO Zuid: Petri Embregts van de GZ-opleiding, Ger Keijsers van de opleiding tot klinisch psycholoog, Paul Termaat van de opleiding tot Orthopedagoog-specialist en Paul Soons van de opleiding POH. We hebben een opdracht in de modularisering en de integratie van de opleidingen en het is heerlijk dat onze samenwerking in zo goede sfeer verloopt.

In deze opdracht worden we trouwens geweldig ondersteund door de overige medewerkers van RINO Zuid. Jullie zijn met te veel om hier allemaal persoonlijk op te noemen. Maar ook voor alle andere managers, docenten, overige collega's: mijn dank voor jullie professionaliteit, enthousiasme, harde werken en gezelligheid.

Veel mensen hebben een bijdrage geleverd aan mijn carrière.

Als eerste Paul Emmelkamp, hoogleraar klinische psychologie en sinds 1983 voor mij een belangrijke inspiratiebron. Paul, je bent een briljant onderzoeker en bijzondere collega. Van jou heb ik geleerd hoe leuk en belangrijk goed en integer uitgevoerd onderzoek is. Dank je wel daarvoor.

Verder mijn dank aan de destijds nog best jonge honden van de directieve therapie, Kees van der Velden, Freddy Lange, Kees Hoogduin, Richard van Dyck en Else de Haan en later ook Marcel van den Hout: jullie zijn vormend geweest voor mijn visie op het vak, zeker tijdens de periode dat ik redacteur was van het prachtige tijdschrift Directieve Therapie.

Oud collega's van de Waag, ambulante forensische zorg: ik mis jullie nog regelmatig. We gingen samen de maatschappij veiliger maken en ik denk dat dat een beetje is gelukt.

Huidige collega's bij Pro Persona, jullie zijn met heel veel. Dank aan mede-opleider Astrid Brouwer en secretaresse Jacqueline Lucardie, dank ook aan mijn collega opleiders, opleidingen, Raad van Bestuur, hoofden zorgprogramma, directeuren, teamgenoten in Ede, mede-onderzoekers en alle overige collega's, voor de prettige en professionele samenwerking in de afgelopen drie jaar.

Ik eindig met mijn vrienden en familie.

Lieve vrienden, broers, zus, schoonfamilie, de tijd ontbreekt om jullie allemaal bij name te noemen. Ik prijs mij gelukkig met zoveel goede en langdurige vriendschappen. Die zijn erg belangrijk als het werk te overheersend dreigt te worden. Dank voor jullie vriendschap, gezelligheid en steun in mijn leven.

Lieve papa en mama, het is geweldig dat jullie allebei in goede gezondheid deze dag kunnen bijwonen. Ik weet dat jullie apetrots zijn. Het was nooit zover gekomen zonder jullie levenslange liefde en steun.

Tot slot de belangrijkste persoon in mijn leven, al meer dan 32 jaar: Sako Visser. Hoewel we elkaar in de studie al eerder hadden ontmoet, werd het in 1983 serieus, in het Dwangproject onder leiding van Paul Emmelkamp. We hebben sindsdien lief en leed gedeeld. In 2007 werd jij hoofdopleider en hoogleraar GZ in Amsterdam en bedankte jij mij in je oratie. Sinds kort hangen er twee toga's in ons huis en lopen we samen in toga tussen de andere pinguïns. Het is geweldig om met jou hetzelfde vak te delen, en daarnaast de paarden, schapen, katten en nog veel meer. Het voorbereiden van deze oratie vergde veel van mijn tijd en energie en jij gaf zoals altijd veel steun, humor en relativering. Het is hoog tijd om weer leuke dingen samen te gaan doen. Dank je wel voor alles, liefje!

Ik heb gezegd

Literatuur

- Anderson, T., Ogles, B.M., Patterson, C.L., Lambert, M.J., Vermeersch, D.A. (2009) Therapist Effects: Facilitative Interpersonal Skills as a Predictor of Therapist Success. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 755-768
- Baldwin, S.A. & Imel, Z.E. (2013) Therapist Effects. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6e ed), (pag 258-297). New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Bamelis, L.L.M., Evers, S.M.A.A., Spinhoven, P., Arntz, A.R. (2014) Results of a Multicenter Randomized Controlled Trial of the Clinical Effectiveness of Schema Therapy for Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305-322.
- Besluit Psychotherapeut (1998). www.overheid.nl
- Bont, P. A. J. M. de, Minnen, A. van, & Jongh, A. de (2013). Treating PTSD in patients with psychosis: A within-group controlled feasibility study examining the efficacy and safety of evidence-based PE and EMDR protocols. *Behavior Therapy*, 44, 717-30.
- Bruyckere, P. de, Kirschner, P. A. & Hulshof, C. D (2015) *Urban Myths about Learning & Education*, Academic Press, London ISBN: 978-0-12-801537-7
- Clark, R.E. (1982). Antagonism between achievement and enjoyment in ATI studies. *Educational Psychologist*, 17, 92-101.
- Gaag, M. van der, Staring, T., Berg, D. van den, Baas, J. (2013). *Gedachten Uitpluizen: Cognitief gedragstherapeutische bij psychotische klachten*. Oegstgeest: Stichting Cognitie en Psychose
- Hafkenscheid, A. (2014). *De therapeutische relatie*. Utrecht: De Tijdstroom
- Jong, K., de Timman, R., Hakkaart-van Roijen, L., Vermeulen, P., Kooiman, K., Passchier, J. & Van Busschbach, J. (2014). The effect of feedback to clinicians and patients on treatment outcome in outpatient mental health: randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 24, 629-639
- Kiesler, D.J. (1996). *Contemporary Interpersonal Theory and research: Personality, Psychopathology, Psychotherapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M.J. (2013). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6e ed), (pag 169-218). New York, John Wiley & Sons, Inc.
- Luborsky, L., McClellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602- 611.
- McKay, K.M, Imel, Z.E., Wampold, B.E. (2006) Psychiatrist effects in the psychopharmacological treatment of depression. *Journal of Affective Disorders*, 92, 287-290
- Okiishi, J.C., Lambert, M.J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D.D, & Vermeersch, D.A. (2006). An Analysis of Therapist Treatment Effects: Toward Providing Feedback to Individual Therapists on Their Clients' Psychotherapy Outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 1157-1172
- Os, J. van (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe ggz*. Diagnosis Uitgeverij.
- Safran, J.D., Muran, J.C., Samstag, L.W., & Stevens, C. (2002) Repairing Alliance Ruptures. In J. Norcross (ed.), *Psychotherapy Relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp 235-254). New York: Oxford University Press.