

# Reactie op het boek *Het misverstand psychotherapie* van Flip Jan van Oenen<sup>1</sup>

Henk Kik

De rubriek 'Forum' staat open voor opiniërende bijdragen. Reacties van lezers zijn van harte welkom en kunnen gestuurd worden naar [secretariaat@tpep.nl](mailto:secretariaat@tpep.nl)

## Inleiding

De GGZ staat onder druk in Nederland. Wie kennis neemt van de (sociale) media leest het dagelijks: het moet anders, er moet vernieuwd worden. Helaas leidt dit in toenemende mate tot verdeeldheid. Voor- en tegenstanders van 'De nieuwe GGZ' (Delespaul e.a., 2016; Van Os, 2014), voor- en tegenstanders van evidence-based behandelingen, voor- en tegenstanders van 'psychopathologie', voor- en tegenstanders van de DSM-5.

Aan de roep 'Het moet anders binnen de GGZ' ligt frustratie ten grondslag. Sinds de invoering van ons huidige zorgstelsel, in 2008, hebben in de grote zorginstellingen evidence-based behandelingen, richtlijnen en zorgpaden een dwingend karakter gekregen. Kwaliteitssystemen werden ingevoerd maar de impact van deze systemen op de kwaliteit van de zorg is in de praktijk klein (Van Geffen, 2019).

We zijn nog maar net gekomen van het ROM-debacle en het verdwijnen van Stichting Benchmark GGZ.

Een groeiende tegenreactie op alle inperkingen en voorschriften is nu gaande. Vaak wordt over het hoofd gezien dat de voorvechters van 'het moet helemaal anders' ingebed zijn in het werken met specifieke doelgroepen. Patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen (EPA) zijn het referentiekader van Jim van Os; het onderzoek van Van Oenen (2017) is gebaseerd op zijn werk in de crisisdienst. Voorzichtigheid met de generaliseerbaarheid van bevindingen is dus geboden.

Het verzet tegen de evidence-based doctrine is de laatste tijd uitgebreid met het ter discussie stellen van de waarde van psychotherapie en haar doelen. GGZ-zorg is niet curatief (Van Oenen, 2019) want wij "genezen" niet. In zijn ideeën staat hij niet alleen. Zo noemt Hafkenscheid het idee dat psychische syndromen kunnen worden 'opgeheven', 'weggeruimd' of 'genezen' een technocratisch idee (Hafkenscheid, 2016, p. 181).

Een technocraat is Van Oenen, van wie onlangs het boek 'Het *misverstand* psychotherapie' verscheen, zeker niet; wars van techniek ziet hij psychotherapie slechts als "een heilzaam ritueel" (p. 112). En de essentie van psychotherapie is volgens hem "het vermogen om ambivalentie, onmacht en irrationaliteit te erkennen als bronnen van twijfel en lijden, maar ook als bronnen van inspiratie" (p. 116). Therapie moet zich volgens Van Oenen niet voeden met wetenschap maar "met fenomenen als zingeving, de filosofie, de theologie en de kunsten" (p. 105). Een therapeut moet volgens Van Oenen *vrij* zijn.

Na een korte weergave van de inhoud van 'Het *misverstand* psychotherapie' geef ik een reflectie op de aannames van Van Oenen.

<sup>1</sup> Flip Jan van Oenen (2019).

*Het misverstand psychotherapie*.  
Amsterdam: Boom/de Tijdstroom.  
ISBN 9789024430239. 160 pp

## Inhoud van het boek

Hoe is de auteur tot zijn inzichten gekomen? Dit wordt duidelijk in het *Voorwoord*. Hij heeft onderzoek gedaan bij een specifieke populatie: patiënten gezien door de crisisdienst in Amsterdam. Hij heeft bij deze doelgroep het effect onderzocht van systematische feedback van cliënten (Miller, Duncan & Brown, 2003) en constateerde dat de interventie geen toegevoegde waarde had (Van Oenen, 2017). Daarnaast deed Van Oenen literatuurstudie en kwam tot de conclusie “dat al vijftig jaar lang geen enkele nieuwe behandelmethode het beter doet dan een vorige” (p.14). Volgens Van Oenen wordt dit door psychotherapeuten massaal ontkend want wij blijven nieuwe methoden ontwikkelen en bestaande therapievormen verbeteren.

In het eerste hoofdstuk *De stand van zaken* stelt Van Oenen zich drie belangrijke vragen: Werkt psychotherapie? Welke therapie is de beste? Wat werkt eigenlijk in psychotherapie?

Zich beroepend op Beutler et al. (2004) constateert Van Oenen “Er zijn dus tot op heden nauwelijks specifieke ingrediënten geïdentificeerd die de werkzaamheid van psychotherapie kunnen verklaren” (p.36). Psychotherapie is volgens hem effectief vanwege algemeen werkzame factoren die verbonden zijn met de persoon van de therapeut. Van Oenen beroept zich op het *dodo-bird verdict*: verschillende vormen van psychotherapie zijn even effectief. De woorden van de dodo uit *Alice in Wonderland* zijn van toepassing op ieder psychotherapie-debat: “everybody has won and all must have prizes”.

Voor Van Oenen is het effect dat men kan toeschrijven aan een therapeutische school en specifieke interventies uitermate gering. Therapeutische referentiekaders hebben volgens hem slechts tot doel de therapeut in staat te stellen de eigen gevoelens van onmacht te verdragen.

In hoofdstuk 2, *De mythe van vooruitgang*, beschrijft Van Oenen hoe zowel therapeuten als cliënten gedreven worden door “overspannen verwachtingen” (p. 52) die leiden tot een “meer-van-hetzelfde-spiraal” (p. 53) waarmee beiden de mythe van vooruitgang in stand houden. Bovendien wordt in de media “de mythe dagelijks in stand gehouden door verhalen van teleurgestelde cliënten, defensieve of elkaar aftroevende hulpverleners en verontruste politici, die één ding gemeen hebben: de hoop dat therapie alles beter kan maken”(p. 54).

Psychotherapeuten zitten volgens de auteur in een paradoxale situatie; zij moeten geloven in wat ze doen om effectief te zijn, met de wetenschap dat de methode die gehanteerd wordt geen specifieke meerwaarde heeft boven een andere.

In hoofdstuk 3, *Gevolgen van de vooruitgangsmythe*, beschrijft Van Oenen hoe de mythe van vooruitgang de gezamenlijke vijand is van therapeut, cliënt, zorgverzekeraar en beleidsmaker. De ontkenning van het *dodo-bird verdict* leidt ertoe dat psychotherapeuten geneigd zijn “overspannen verwachtingen te creëren” waardoor ze cliënten hoop op verandering geven “met als gevolg dat we de ruimte voor het accepteren van beperkingen navenant verminderen” (p. 63). Het misverstand van de psychotherapie is dat ‘wij’ uitdragen dat we een oplossing te bieden hebben waarmee de cliënt een afwachtende, passieve consument wordt.

Volgens Van Oenen willen cliënten de beste behandeling, die er niet is,

maar deze mythe wordt door psychotherapeuten in stand gehouden. “Een mythe die leidt tot een waaier van destructieve effecten: uitdijende vraag naar therapie, kafkaëske bureaucratie, grotendeels zinloze klachtenprocedures, een faalgevoel bij therapeuten en cliënten, en kostbare bijscholingstrajecten. Cliënt, therapeut, verzekeraar en politicus zijn allen slachtoffer van de ongefundeerde aanname die zij zelf gecreëerd hebben” (p. 69). Door onze belofte van “steeds krachtiger behandelmodellen raken cliënten teleurgesteld als hun lijden er niet door vermindert, gaan zij dit als falen ervaren en neigen over te gaan tot het indienen van klachten tegen hun behandelaars” (p. 64).

Hoofdstuk 4, *Een andere kijk op psychotherapie* en hoofdstuk 5, *Een andere kijk op de psychotherapeut*, nemen de lezer mee in hoe Van Oenen de mythe wil doorbreken. Het gaat in psychotherapie om verdragen “en verandering is slechts een incidenteel effect, waarbij verdragen een voorwaarde is om tot verandering te komen”(p. 79). Behandelmodellen en protocollen zijn niet bedoeld als helpend voor de cliënt maar ze zijn “een zelfhulppakket voor de therapeut om de eigen onmacht te verdragen”(p. 85).

Deze zienswijze leidt tot *Consequenties voor psychotherapie en wetenschap* (hoofdstuk 7). Volgens Van Oenen zouden psychotherapieën zo kort mogelijk moeten duren. De therapeut “zal steeds moeten zoeken naar een passend moment om de therapie af te ronden. Omdat lijden in principe onbeperkt is en er nooit sprake is van een eenduidige oplossing, moet hij steeds alert zijn op de mogelijkheid dat dit moment zich aandient” (p. 112).

Onderzoek zal zich niet moeten richten op het ontwikkelen van nieuwe modellen en protocollen. Van Oenen pleit voor “deconstructie” van de huidige theorieën en modellen. Hij stelt voor om te onderzoeken of het uitmaakt zonder diagnose een behandeltraject in te gaan, dan wel een diagnose te stellen maar niet te behandelen onder het motto “herstellen van dit virus heeft tijd nodig” (p. 115). Van Oenen vindt het versluiserend als therapeuten een rationale aanbieden voor hun interventies, omdat die interventies niet onderbouwd zijn. Onderzoek moet daarom niet gericht zijn op ‘wat werkt’ maar op de vraag welke doelen moeten worden nagestreefd (p. 117). Onderzoek zou gericht moeten zijn op “praktische wijsheid” die vervolgens kan leiden tot “intelligente professionele actie” (p. 118).

Er wordt in hoofdstuk 6 nog geschetst dat de nieuwe zienswijze op psychotherapie leidt tot een *Nieuwe rol van psychotherapie in de samenleving*. Lijden zal nooit opgelost worden, het aantal suïcides zal niet dalen. “Pech en onmacht horen onvermijdelijk bij het leven, maar vanuit de maakbaarheidsgedachte zijn het ‘misstanden’ geworden die worden teruggevoerd op falen van personen en instanties (p. 96). En: “Pas als de psychotherapie duidelijk maakt dat ze geen oplossing te bieden heeft, kan een aanvang worden gemaakt met verdragen” (p. 99). Dit vraagt van psychotherapeuten bescheidenheid en het besef dat zij slechts een ritueel vormgeven dat ongedefinieerd is en gezien kan worden als een uniek creatief proces.

In hoofdstuk 8 houdt Van Oenen een pleidooi om de mythe te doorbreken. Hij stelt dat het noodzakelijk is om de naasten van de cliënt te betrekken bij de behandeling. De omgeving moet mee kunnen kijken en het proces kunnen volgen. “Zo wordt vanzelf duidelijk welke beperkte moge-

lijkheden een therapeut heeft” en ontstaat acceptatie van “het hoogst haalbare” (p. 125). Therapie wordt daarmee ook een minder individualistisch en een meer gezamenlijk proces. Van Oenen beroept zich op De Wachter (2019) in zijn pleidooi dat het steunend is om “samen machteloos te zijn”.

In de *Slotbeschouwing* benadrukt Van Oenen nogmaals de noodzaak van een paradigmaverandering en hij vindt dat psychotherapeuten het aan hun stand verplicht zijn dit uit te dragen. “Verdragen als volwaardig en noodzakelijk alternatief voor veranderen” (p. 141). Alleen als psychotherapeuten de mythe doorbreken “kan psychotherapie behouden blijven als onmisbare, betrouwbare en geloofwaardige steun in moeilijke tijden”(p. 136).

### **Reflectie**

Gedurende het lezen van het boek ontstond een onbehaaglijk gevoel bij mij, dat uitgroeide tot verontwaardiging en de vrees dat populisme intussen ook toegeslagen heeft in het domein van psychotherapie.

De lezer, althans zo verging het mij, vraagt zich voortdurend af: over welke psychotherapie heeft de auteur het? En welke cliënten heeft hij voor ogen?

Het misverstand van de psychotherapie formuleert Van Oenen in enkele voor hem belangrijke axioma’s die dwars door alle hoofdstukken heen lopen en als volgt samengevat kunnen worden:

- Psychotherapeuten creëren overspannen verwachtingen bij hun cliënten (p. 63).
- Psychotherapie moet primair gericht zijn op verdragen in plaats van veranderen (p. 24).
- Een behandelmodel helpt niet de cliënt maar de therapeut om de eigen gevoelens van onmacht te verdragen (p. 85).
- Improvisatie is de leidraad binnen psychotherapie (p. 110).
- Onderzoek dient gericht te zijn op praktische wijsheid (117).

Genoemde beweringen zal ik nu onder de loep nemen.

#### *Creëren wij overspannen verwachtingen bij cliënten?*

Volgens Van Oenen willen cliënten dat hun problemen opgelost worden, en kunnen psychotherapeuten dat niet. “Gedreven door overspannen verwachtingen rekenen cliënten op steeds meer resultaten en dragen therapeuten steeds meer schijnbare verbeteringen aan om aan de verwachtingen te voldoen” (p. 52).

Van Geffen (2019) deed onderzoek onder 289 cliënten naar hun verwachtingen betreffende kwaliteit van zorg. “Cliënten die gebruik maken van kwaliteitsinformatie zijn vooral geïnteresseerd in informatie over wachtlijsten en juist weinig geïnteresseerd in informatie over efficiëntie” (Van Geffen, 2019, p. 273).

Een belangrijke vraag is hoe de stellingname van Van Oenen appelleert aan de aannames en praktijk van cliëntgerichte psychotherapie. Creëren psychotherapeuten overspannen verwachtingen? Bij een zorgvuldig intake- en indicatiestellingsproces zal dit niet het geval zijn. Tijdens dit proces zal het immers gaan om het vestigen van een werkrelatie waarbij doelen en verwachtingen worden verwoord en de taken van therapeut en cliënt worden besproken.

Ter illustratie van dit proces zoals dit er binnen de persoonsgerichte ex-

periëntiële psychotherapie uit kan zien ga ik te rade bij Swildens (1988). Ik voel mij al gedurende mijn hele loopbaan als psychotherapeut thuis bij Swildens omdat zijn visie gestructureerd het afstemmingsproces tussen therapeut en cliënt beschrijft waarbij hij recht doet aan de diverse vormen van psychopathologie die psychotherapeuten behandelen. De veranderende pathologie vraagt gedurende het hele therapieproces om veranderende wijzen van interveniëren ten gunste van de cliënt, zijn doelen en verwachtingen. Swildens (1988) formuleert het proces van gesprekstherapie als volgt: Vanaf het eerste gesprek wil de cliënt weten wat het hulpaanbod van de therapeut voorstelt "en hij zal proberen meer of andere hulp te krijgen dan hem expliciet wordt geboden. We noemen dat de premotivatiefase" (p. 48). Daarbij vraagt de cliënt aandacht voor de klachten waar hij vanaf wil; de symptoomfase. Spiraalsgewijs verschuift de hulpvraag naar de probleem-/conflictfase. "Van hieruit kan een tevreden cliënt afscheid gaan nemen. Soms is die afscheidsthematiek nog niet zo snel aan de orde maar loopt door de hele therapie heen een onderstroom van onbehagen over het bestaan als zodanig. De cliënt vraagt zich af: waarom moet dit allemaal? (...) de existentiële fase" (p. 48). De cliëntgerichte therapeut faciliteert en stuurt dit proces, intervineert actief en doet geen beloften *want het gaat immers om de cliënt*, met als doel "primair de voortgang van de structurerende omgang van zijn cliënt met diens ervaren en wedervaren te bevorderen" (Swildens, 1984, p. 16). De therapeut creëert geen overspannen verwachtingen *want het gaat immers om de cliënt*.

Er zijn nogal wat opvattingen over de therapeutische relatie (Takens, 2001). Duidelijk is dat Van Oenen zich verwant voelt aan de instrumentele wijze van het aangaan van een relatie zoals beschreven door Jerome Frank (1986) en die vooral gepraktiseerd wordt binnen de directieve therapie (Van Dijck et al., 1980). Deze instrumentele wijze van zich verhouden tot cliënten staat zeer ver af van de cliëntgerichte praktijk en de procesgerichte gesprekstherapie.

#### *Psychotherapie moet primair gericht zijn op verdragen in plaats van veranderen*

Mijn eerste reactie op deze stelling van Van Oenen is: Wie gaat daar over? Wie bepaalt wat het doel is van degene die hulp vraagt? Mijns inziens de cliënt. En dan is het inderdaad vaak zo dat verdragen aan veranderen voorafgaat. Zo is het verdragen van angst en spanning die uitgelokt wordt door tot dan toe niet gevoelde sterke emoties altijd aan de orde. In psychotherapie beoogt de therapeut de groei van de ego-adaptieve capaciteit waardoor gevoelens doorleefd kunnen worden en minder angst oproepen; verdragen van de spanning die dat met zich meebrengt is daarin essentieel.

Ik ken geen auteur die zo uitputtend heeft beschreven hoe het proces van leren verdragen van pijnlijke gedachten en emoties kan verlopen als Wilfred Bion (1967). Het verdragen van de therapeut heeft hier echter een duidelijk veranderende functie: groei, doordat de cliënt gaat ervaren dat pijnlijke gevoelens, tot nu toe ongewenste belevingen en gedachten en frustraties te verdragen zijn. Het verdragen van de therapeut wordt dan gekenmerkt door empathisch gedoseerd 'terug geven' van dat wat gezegd wordt en nog niet gezegd is; dit laatste betreffen gevoelens en belevingen die de cliënt tot dan toe niet verdraagt. Bion ziet de therapeut als 'container' die het (niet) gezegde behapbaar teruggeeft. Hierdoor breiden het ervaren en

het zelfbeeld uit, worden zij meer gedifferentieerd en minder beangstigend.

*Een behandelmodel helpt niet de cliënt maar de therapeut om de eigen gevoelens van onmacht te verdragen.*

Er is inmiddels een scala aan studies die zich wijden aan onderzoek betreffende de vraag: Wat werkt in psychotherapie? (Roth & Fonagy, 2005; Wampold & Imel, 2001). Opvallend is dat er vooral veel kwantitatieve studies en weinig kwalitatieve studies zijn. Een mooie uitzondering hierop is het fenomenologische procesonderzoek van Finlay en Evans (2009). De huidige stand van zaken betreffende wetenschappelijk onderzoek naar persoonsgerichte psychotherapie werd recent beschreven door Takens (2015).

Zoals ik het begrijp is voor Van Oenen het effect van een therapeutische school en specifieke interventies marginaal. Zijn aanname is dat een therapeutisch referentiekader slechts tot doel heeft om eigen gevoelens van onmacht te verdragen.

De therapeut heeft volgens mij inderdaad heel wat te verdragen, maar geen onmacht. De therapeut wordt door de cliënt, die vanuit zijn pathologie voorspelbare interacties uitlokt, gedwongen verschillende 'kleuren' aan te nemen zodat het contact veranderingsgericht blijft. "De therapeut kan in eerste instantie niet anders doen dan de kameleontische positie die de patiënt in zekere zin 'afdwingt' bij zichzelf te verdragen" (Hafkenscheid, 2012, p. 63). Er blijft sprake van een therapeutisch proces als de therapeut stereotiepe interpersoonlijke appèls niet bekrachtigt maar verwoordt in metacommunicatie.

Vanuit mijn scholing in intensieve kortdurende psychodynamische psychotherapie (ISTDP), is mijn ervaring dat onmacht, afweer van gevoel is (Abbas, 2015). Een psychotherapeut die gedurende een therapiegesprek onmacht ervaart heeft op dat moment onvoldoende contact met zijn eigen gevoelens of impulsen. Voel ik irritatie of boosheid? Wordt er bij mijzelf verdriet aangeboord door het verhaal van de cliënt? Als mijn eigen gevoelens niet te veel (onbewuste) angst oproepen zal ik mijzelf niet verlammen met onmacht en het therapeutisch proces gaande kunnen houden.

Het is mijn stellige overtuiging dat een therapeutisch referentiekader en het daarop geënte behandelmodel het veranderingsproces van de cliënt faciliteert. Bovendien disciplineert het de therapeut om alles wat zich in hem en tussen hem en de cliënt afspeelt therapeutisch te borgen. In die zin helpt een behandelmodel zowel cliënt als therapeut.

*Improvisatie is de leidraad binnen psychotherapie*

In de visie van Van Oenen behoort een psychotherapeut "een vaardig improvisatieacteur" te zijn (p. 111). Duidelijk wordt dat zijn zienswijze opnieuw een positiebepaling is tegen protocolaire behandelingen. Protocollen beroven de therapeut van zijn vrijheid.

Wat er mist is een visie op procesgerichte psychotherapieën, of deze nu geënt zijn op het cliëntgerichte experiëntiële of het psychoanalytische gedachtegoed. Mede hierdoor is zijn visie op termineren van behandelingen te begrijpen. De therapeut "zal steeds moeten zoeken naar een passend moment om de therapie af te ronden" (p. 112). Deze boodschap wringt; enerzijds vindt Van Oenen dat cliënten niet in een protocol of strak therapeutisch stramien geperst moeten worden en anderzijds is het toch steeds



de therapeut die bepaalt wat goed is voor de cliënt. “Bied therapie aan zoals gebruikelijk bij de fysiotherapeut: snel afsluiten en steeds terug mogen komen” (p. 127).

Hieruit volgt ook de vraag: Welke visie heeft Van Oenen op lijden?

Evenals Jim van Os, maakt Van Oenen onderscheid tussen zogenaamde zware en lichte problematiek. En evenals Van Os vindt hij het een schande dat er zoveel hulp en geld beschikbaar is voor “hen die therapie het minst nodig hebben” (p. 66). Ik vind dat zowel Van Os als Van Oenen het risico lopen badinerend over te komen naar cliënten die niet psychotisch, maar neurotisch lijden. Het onderscheid tussen ‘klachten’ en ‘stoornissen’ werd al in 2013 gemaakt door het College van Zorgverzekeraars (CVZ), als opmaat naar een forse bezuinigingsmaatregel: klachten, de zogenaamde V-codes uit de DSM-IV werden geschrapt uit het pakket te vergoeden zorg. Forse kritiek hierop hield de bezuinigingsmaatregel niet tegen (Hintum, 2013; Kik, 2013; Kik, 2013b).

De visie van Van Oenen op lijden is er niet een die over psychopathologie lijkt te gaan. Het is een visie die we terugvinden bij Dirk De Wachter (2019), die ook met zijn boodschap dat lijden bij het leven hoort indirect het bestaan en de ernst van psychopathologie steeds meer ontkent. De tijden van de antipsychiatrie lijken te herleven. Een recente illustratie hiervan is te vinden bij Verhaeghe (2019) die zich beroept op Foucault (1961) om aan te tonen dat psychotherapie disciplinerend werkt en zich baseert “op een verdoken morele beoordeling van het individu” (Verhaeghe 2019, p. 72). De visie van De Wachter, Verhaeghe en Van Oenen lijkt sympathiek, het individu wordt ontschuldigd en is de dupe van de neo-liberale maatschappij die geen afwijkingen tolereert. Er wordt echter voorbij gegaan aan de lijdensdruk die kan ontstaan vanuit de individuele levensgeschiedenis. Maatschappijkritiek domineert bij genoemde auteurs evenals het idee dat psychopathologie verdwijnt door lijden te ‘normaliseren’.

#### *Onderzoek dient gericht te zijn op ‘praktische wijsheid’*

Onderzoek zal zich moeten richten op ‘deconstructie’ van de huidige theorieën en modellen. Zowel in terminologie als voorgesteld discours toont Van Oenen zich in zijn aanbevelingen voor onderzoek als postmodernist. Tegelijk pleit hij voor onderzoek naar een en dezelfde methode voor verschillende stoornissen. Merkwaardig dit laatste voorstel, want dit is nu juist wat al decennialang gebeurt in de cliëntgerichte psychotherapie.

Er mist bij Van Oenen een visie op indicatiestelling. Zijn visie op cliënten, hun hulpvraag en de aard van lijden is generaliserend. Hierin gaat hij voorbij aan wetenschappelijke inzichten en aan het feit dat er een grote groep cliënten is waarvoor het zeker een groot verschil maakt welke therapie zij krijgen (Huibers, 2015).

De invalshoek om meer onderzoek te doen naar doelen van de cliënt is zinvol, zeker als dit betekent dat er meer aandacht komt voor de afstemming van therapeuten op die doelen van hun cliënt. Laat dit echter een aanvulling zijn op het onderzoek naar effect- en procesvariabelen. Als voorbeeld, het recent ontwikkelde QIT-online slaat een belangrijke brug tussen de klinische praktijk en de academische onderzoekswereld (Stinckens e.a., 2012).

#### *De maatschappelijke context van ‘Het misverstand psychotherapie’*

Er is het laatste decennium veel aandacht voor de maatschappelijke en

sociaal-economische context die al dan niet van invloed is op de beroeps-  
uitoefening en haar effecten binnen de geestelijke gezondheidszorg. Het re-  
cente boek van Paul Verhaeghe (2019) is daar een voorbeeld van. Het meest  
opvallend daarin is dat de auteur in tien jaar tijd, sinds het verschijnen van  
*Het einde van de Psychotherapie* is opgeschoven van de positie van psycho-  
therapeut naar geëngageerd strijder tegen het (neo)liberalisme. De nadruk  
op sociaal-economische omstandigheden op het 'ontstaan' van psychiatrische  
diagnoses kan ons er bewust van maken dat we context-afhankelijke  
mensen zijn. "New psychiatric illnesses are cultural weathervanes, faith-  
fully swinging with the fashions in ideas of health and normality" (Moloney,  
2013, p. 41). Het kan echter ook doorslaan naar het bagatelliseren van  
subjectief ervaren lijden.

Ook Van Oenen neemt stelling in het maatschappelijk debat, schurkt aan  
tegen Jim van Os (2014).

Dat de discussie gevoerd wordt uit betrokkenheid bij de GGZ is evident  
maar hiermee is niet alles gezegd. Temidden van alle opgelegde restricties  
en regelgeving lijkt er een enorme honger naar vrijheid te ontstaan. Een  
neveneffect hiervan is dat 'onderwerping' aan wat wetenschap ons heeft  
opgeleverd niet meer past en dat de nadruk uitsluitend komt te liggen op  
'de persoon van de therapeut', zijn 'creativiteit' en 'practice-based eclecti-  
cisme'.

In zijn deelname aan het maatschappelijk debat overtuigt Van Oenen  
niet; hij poneert causaliteiten die er niet zijn. De wildgroei aan regelgeving  
ziet hij als gevolg van "hoge verwachtingen, in combinatie met tegenvallende  
resultaten" (p. 67). Het wetenschappelijk onderzoek van Van Geffen  
(2019) bij 22 GGZ-instellingen toont een andere oorzaak voor de wildgroei  
aan regelgeving: "Een oorzaak van de vele administratieve lasten wordt  
gevormd door de complexiteit en de verantwoording aan stakeholders,  
met name aan financiers" (Van Geffen, 2019, p. 275).

Wat bij Van Oenen mist is de sociaal-economische context van de achter-  
liggende twintig jaar die tot rigoureuze veranderingen binnen de GGZ  
hebben geleid. Sinds 2008 tast beleid om de zorgkosten terug te dringen  
de beschikbaarheid en kwaliteit van onze geestelijke gezondheidszorg aan  
(Bosch & Kik, 2013; Leffers & Emons, 2009). Standaardbehandelingen werden  
ingevoerd, vaak uit financieel-strategische overwegingen en in toene-  
mende mate afgedwongen door zorgverzekeraars. Zorg op maat verdween  
geleidelijk uit het aanbod van de grote aanbieders. Het DBC-systeem  
leidde tot excessieve bureaucratie en bovendien werd de zorg afgestemd  
op het DBC-systeem in plaats van op de cliënt. Door de invoering van het  
DBC-systeem kreeg de DSM-IV een dwingend karakter, aangezien de DBC  
wordt gefinancierd op grond van de gestelde classificatie. De wildgroei aan  
regelgeving is niet het gevolg van "hoge verwachtingen, in combinatie met  
tegenvallende resultaten" maar resulteert direct uit de invoering van het  
DBC-systeem, de daaruit voortgevloeide hogere kosten en als reactie daar  
op de maatregelen van zorgverzekeraars om de gestegen kosten terug te  
dringen via vershraling van de inhoud van de zorg.

Hierbij wordt stelselmatig over het hoofd gezien dat het op marktwer-  
king gebaseerde zorgstelsel heeft geleid tot veel nieuwe aanbieders en een  
sterke prikkel in zich draagt tot volumegroei. Dit verklaart in ieder geval  
een groot deel van de kostenstijging.

Het sinds 2008 ingevoerde zorgstelsel heeft ook tot veel wantrouwen ge-  
leid. Zorgverzekeraars wantrouwen zorgorganisaties, zorgverleners wan-



trouwen verzekeraars. "Dit wederzijdse wantrouwen zorgde voor een extra grote controlebehoefte, wat bureaucrativering in de hand werkte" (Van Geffen, 2019, p. 263).

Overigens is mijns inziens kwaliteitsbewaking zeker noodzakelijk mits cliënten daarbij betrokken worden en de normen niet over gelaten worden aan beleidsmakers die geen deel uitmaken van het primaire behandelproces. Van Geffen (2019) houdt op grond van de uitkomsten van haar onderzoek een pleidooi om cliënten te betrekken bij de ontwikkeling van kwaliteitsbewaking in de GGZ.

Dit is van belang, omdat cliënten soms een andere definitie van de kwaliteit van de zorg hanteren dan professionals en zorgverzekeraars. Niet iedereen wil (volledige of slechts) klachtenreductie en niet iedereen wil snel klaar zijn met zijn behandeling. Wel willen mensen veilige en tijdige zorg en willen zij zich gehoord voelen (Van Geffen, 2019, p. 281).

### *Stijl en vorm*

Niet alleen verwacht Van Oenen voortdurend correlatie en causaliteit met elkaar, waardoor zijn uitspraken gelardeerd worden met woorden als "dus", "sterker nog" en "de conclusie is". Ook spreekt Van Oenen zichzelf herhaaldelijk tegen. Hij stelt dat onderzoek tot nu toe niet heeft uitgewezen welke eigenschappen en kwaliteiten een therapeut succesvol maken (p. 42) – "er zijn zelfs aanwijzingen dat ervarener therapeuten het wat minder goed doen dan hun minder ervaren collega's" – om later te beweren dat er meer recht gedaan moet worden aan "de meerwaarde van (levens) ervaring, wijsheid en (zelf)kennis bij de therapeut" (p. 118).

Daarnaast zoekt hij 'bewijzen' voor zijn standpunten die blijk geven van gemakzucht en het selectief gebruik maken van bronnen die zijn meningen bevestigen.

De auteur veegt in ieder hoofdstuk de vloer aan met claims van wetenschappelijk onderzoek. Zo verwijst hij EMDR naar het rijk der placebo's en negeert daarmee de wetenschappelijk verklaringen voor de werkzaamheid van EMDR (Van den Hout & Engelhard, 2012). Kortom, de auteur dient zijn eigen doel, het verguizen van protocollaire behandelingen.

Van Oenen schetst naar mijn gevoel met regelmaat een karikatuur: "Afhankelijk van de gehanteerde definitie zijn er in de moderne Westerse GGZ tussen de 150 en 1000 psychotherapeutische methodes en interventies beschikbaar" (p. 20). Deze retoriek van overdrijven gebruikt hij ook visueel, door percentages van werkzame factoren in psychotherapie op zo'n manier grafisch weer te geven dat het effect van 'het model' een minuscuul stipje binnen een naar verhouding enorme cirkel wordt (p. 39 & p.121).

Kwalijk is dat het beeld dat Van Oenen geeft van de waarde van psychotherapeutische methodieken gebaseerd is op losse uitspraken en oneliners, vaak gehaald uit een enkele bron. Dit maakt zijn argumentatie flinterdun en doet geen recht aan de wetenschappelijke en historische achtergronden van ontwikkelingen in de psychotherapie en de historische doorgaande ontwikkelingen binnen de psychologie (Klempe & Smith, 2016). Van Strien (1993) toont hoe belangrijk het is de determinanten te onderzoeken van de ontwikkeling van het vak als wetenschap en als professie. Veranderende mens- en maatschappijbeelden vormen de conceptuele context van een methode. Daarnaast is er de invloed van het publiek op de totstandkoming van een methode, de relationele context.

Als we de doorgaande historische lijn, zowel conceptueel als relationeel

in onderzoek en theorievorming uit het oog verliezen, lijkt alles 'oude wijn in nieuwe zakken'. Zo kunnen we de waarde van emotion focused therapie pas begrijpen als we de ontwikkelingen binnen de cliëntgerichte therapie vanaf Rogers via Gendlin tot het heden begrijpen (Greenberg, Rice & Elliott, 1993; Greenberg, 2012).

Collega Van Oenen heeft bovendien geen hoge pet op van zijn gemiddelde collega's. "De meeste therapeuten lezen weinig onderzoeksartikelen, en dat is begrijpelijk, want veel artikelen zijn alleen al vanwege alle statistische terminologie weinig toegankelijk" (p. 49). Ook heeft hij een visie op leertherapie en supervisie: van weinig waarde. In dit licht is het interessant nog eens stil te staan bij de functie, het doel, de rol en betekenis van leertherapie binnen de cliëntgerichte therapie-opleiding (Pols, 2002) alsook bij de rol van supervisie (Hanekamp, 2013). "Persoonsgerichte supervisie ligt in de beleving dicht bij leertherapie. Het verschil tussen 'leren leven' (therapie) en 'leren werken'(supervisie) is het verschil tussen persoonlijke verantwoordelijkheid leren dragen en professionele verantwoordelijkheid ontwikkelen" (Hanekamp, 2013, p. 354).

### *De terugkeer van postmodernisme en antipsychiatrie in de GGZ*

Duidelijk is dat Van Oenen 'geclassificeerd' kan worden als een pendant van het postmodernistische discours binnen de systeemtherapie. Hij voelt zich thuis bij Shotter (2008), die op zijn beurt een volgeling is van de radicaal sociaal constructionist Kenneth Gergen (McNamee & Gergen, 1992). Het postmodernisme heeft veel invloed (gehad) binnen de systeemtherapie (Anderson, 1997) en heeft een specifieke therapeutische methodiek voortgebracht die zeker van waarde kan zijn: de narratieve therapie (Freedman & Combs, 1996). De anti-realistische epistemologie heeft echter belangrijke ethische consequenties (Held, 1995). Als de therapeut geen 'expert' wil zijn en alle verhalen van cliënten en zichzelf als *verhaal* opvat, is het risico op ontkenning van een feitelijk traumatiserende realiteit groot. Daarnaast is binnen de postmodernistische therapie-opvatting de therapeut niet verantwoordelijk voor sturing van het proces (Anderson, 1997). Onnodig te zeggen dat het postmoderne discours zeer ver afstaat van een persoonsgericht experiëntieel therapieproces.

### **Ten slotte**

Ik vrees dat de gepropageerde nieuwe ideologieën, waar het boek van Van Oenen een pendant van is, naadloos aansluiten bij de bezuinigingsdrang van beleidsmakers en zorgverzekeraars. "Bied therapie aan zoals gebruikelijk bij de fysiotherapeut: snel afsluiten en steeds terug mogen komen" (p. 127); de zorgverzekeraars die zorg als financiële schadelast zien hoor ik al juichen.

De zogenaamde 'oude' psychotherapeutische behandelingen zijn duur en de effecten moeilijk meetbaar. "De opbrengsten van ons werk zijn veelal indirect in de zin dat het effect heeft op de kwaliteit van leven van onze patiënten, hun economische productiviteit, of hun vermogen om goed te functioneren als partner of ouder" (Beekman, 2013, p. 98). De bescheidenheid in de formulering van Beekman speelt critici in de kaart; ik vind de effecten die hij opsomt geen *indirecte* maar *directe* opbrengsten.

Van de cliëntgerichte basishouding hecht ik de meeste waarde aan echtheid. Echtheid als de meest basale grondtoon voor relationele verant-

woordelijkheid binnen een afhankelijkheidsrelatie die ieder therapeutisch contact is, bedoeld om lijden te verlichten. Ook Van Oenen blinkt in zijn boek uit in echtheid als het gaat om zijn pleidooi 'het moet anders', echter niet altijd ten gunste van het proces van cliënten en therapeuten. Zijn boek heeft het karakter van een persoonlijke geloofsbrief die geen recht doet aan het ambacht psychotherapie, kennis van psychopathologie en de huidige stand van wetenschap. Ik blijf na het lezen van het boek achter met de constatering: ik heb een boek gelezen van een *improvisatieacteur*; cliënten lijken niet meer dan figuranten in zijn spel.

Waarschijnlijk zal Flip Jan van Oenen over mij zeggen: Weer zo'n psychotherapeut die de collectieve mythe in stand houdt.

## Literatuur

- Abbas, A. (2015). *Reaching through resistance. Advanced psychotherapy techniques*. Kansas: Seven Leaves Press.
- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities. A postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Beekman, A.T.F. (2013). We doen het al ... Discussie over de kosten in de GGZ. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 68, 98-101.
- Beutler, E.L., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., & Noble, S. (2004). Therapist variables. In: M. J. Lambert (red.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change (5e druk)* (p. 227-306). Hoboken, NJ: Wiley.
- Bion, W. (1967). *Second thoughts*. London: Karnac Books.
- Bosch, F. (2019). *Help, de psycholoog verzuipt*. Stichting Beroeps-eer.
- Bosch, F., & H. Kik (2013). *Reorganiseren en saneren in de vrijevestigde GGZ? Een pleidooi voor behoud van beroepskwaliteit*. <https://ggzlaatzichhoren.wordpress.com/2013/05/08/reorganiseren-en-saneren-in-de-vrijvestigde-ggz-een-pleidooi-voor-behoud-van-beroepskwaliteit/>
- De Wachter, D. (2019). *De kunst van het ongelukkig zijn*. Leuven: Uitgeverij LannooCampus.
- Delespaul, Ph., M., Schalken, F., Boevink, W., & Os, J. van (2016). *Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.
- Dijk, R. van, Hart, O. van der, Velden, K. van der, & Oudshoorn, D. (1980). Wat is directieve therapie? (2); vijf pragmatische uitgangspunten. In: K. van der Velden (red.). *Directieve therapie 2*, (pp.17-25). Deventer: Van Loghumb Slaterus.
- Finlay, L., & Evans, K. (2009) (eds.). *Relational-centered research for psychotherapists. Exploring meanings and experience*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Foucault, M. (1961). *Geschiedenis van de waanzin in de zeventiende en achttiende eeuw*. Amsterdam: Boom Uitgevers.
- Frank, J.D. (1986). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy. The social construction of preferred realities*. New York/London: Norton & Company.
- Geffen, M. van (2019). *Kwaliteitssystemen in de Nederlandse geestelijke gezondheidszorg. Een analyse van de impact van kwaliteitssystemen op de praktijk van de zorg*. Radboud Universiteit Nijmegen: Proefschrift.
- Greenberg, L.S. (2012). *Emotiegerichte therapie in de praktijk*. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.
- Greenberg, L.S., Rice, L.N., & Elliott, R. (1993). *Facilitating emotional change. The moment-by-moment process*. New York: The Guilford Press.
- Hafkenscheid, A. (2016). De 'Nieuwe GGZ' en de 'oude' psychotherapie: overwegingen en bedingen bij het boek 'Goede GGZ! Nieuwe concepten, aangepaste taal en betere organisatie'. *Tijdschrift persoonsgerichte experiëntiële psychotherapie*, 54, 179-183.
- Hafkenscheid, A. (2012). Hoe kameleontisch of authentiek ben ik als psychotherapeut? *Tijdschrift cliëntgerichte psychotherapie*, 50, 52-64.
- Hanekamp, H. (2013). Persoonsgerichte supervisie: het ontwikkelen van talent en professionele verantwoordelijkheid. *Tijdschrift cliëntgerichte psychotherapie*, 51, 346-355.
- Held, B.S. (1995). *Back to reality. A Critique of postmodern theory in psychotherapy*. New York/London: Norton & Company.
- Hintum, M. van (2013). Waar houdt de klacht op en begint de stoornis? Het CVZ denkt het te weten. *Volkskrant*, 23 januari 2013, <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/waar-houdt-de-klacht-op-en-begint-de-stoornis-het-cvz-denkt-het-te-weten~bbb0d651d/>
- Hout, M. van den, & Engelhard, I. M. (2012). How does EMDR work? *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 5, 724-738.
- Huibers, M. (2015). Voorbij het oordeel van de dodo. Over werkingsmechanismen en andere kwesties in de psychotherapie. *Tijdschrift voor psychotherapie*, 41, 174-186.
- Kik, L.H. (2013). CVZ misbruikt ggz-classificaties voor economisch doel. *Skipr*, 24 januari 2013, <https://www.skipr.nl/blog/cvz-misbruikt-ggz-classificatie-voor-economisch-doel/>
- Kik, L.H. (2013b). Open brief aan Arnold Moerkamp. *Zorgvisie*, 5 februari 2013. <https://www.zorgvisie.nl/blog/open-brief-aan-arnold-moerkamp-1165473w/>

Klempe, S.H., & Smith, R. (eds.) (2016). *Centrality of history for theory construction in psychology*. Switzerland: Springer International Publishing.

Leffers, F., & Emons, Th. (2009). Het echec van de marktwerking. Wat zijn de problemen in de GGZ en hoe die op te lossen? *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 64, pp. 624-637.

McNamee, S., & Gergen, K.J. (eds.) (1992). *Therapy as social construction*. London: Sage.

Miller, S.D., Duncan, B.L., & Brown, J. (2003). The outcome rating scale: A preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a brief visual analog measure. *Journal of Brief Therapy*, 2, 91-100.

Moloney, P. (2013). *The therapy industry. The irresistible rise of the talking cure, and why it doesn't work*. London: PlutoPress.

Oenen, F.J. van (2017). *Feedback informed treatment in emergency psychiatry: a poor fit?* Proefschrift Vrije Universiteit Amsterdam.

Os, J. van (2014). *De DSM-5 voorbij! Persoonlijke diagnostiek in een nieuwe GGZ*. Leusden: Diagnosis Uitgevers.

Pols, J. (2002). Leertherapie in cliëntgericht perspectief. *Tijdschrift cliëntgerichte psychotherapie*, 40, pp. 98-114.

Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York/London: The Guilford Press.

Shotter, J. (2008). *Conversational realities revisited. Life, language, body and world*. Ohio: Taos Institute Publications.

Stinckens, N., Smits, D., Rober, P., & Claes, L. (red.) (2012). *Vinger aan de pols in psychotherapie. Monitoring als therapeutische methodiek*. Leuven/Den Haag: Acco.

Strien, P.J. van (1993). *Nederlandse psychologen en hun publiek. Een contextuele geschiedenis*. Assen: Van Gorcum.

Takens, R.J. (2015). Wetenschappelijk onderzoek naar persoonsgerichte psychotherapie. In: M. Baljon, G. Pool & R.J. Takens (red.). *Persoonsgerichte therapie in de praktijk*, p. 217-225. Amsterdam: Hogrefe Uitgevers.

Takens, R.J. (2001). *Een vreemde nabij. Enkele aspecten van de psychotherapeutische relatie onderzocht*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Verhaeghe, P. (2019). *Over normaliteit en andere afwijkingen*. Amsterdam: Prometheus.

Verhaeghe, P. (2009). *Het einde van de psychotherapie*. Amsterdam: De Bezige Bij.

Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2001). *The great psychotherapy debate. The evidence for what makes psychotherapy work*. New York/London: Routledge Press.

HENK KIK is klinisch psycholoog en psychotherapeut werkzaam in eigen praktijk.

Correspondentie-adres  
henkkik@psychotherapiepresentie.nl