

de ontwikkeling van het beroep van psychotherapeut

Christien Brinkgreve

Inleiding

Het beroep van psychotherapeut begon eind vorige eeuw tot ontwikkeling te komen. Het denken over psychische problemen en ook het behandelen ervan is natuurlijk veel ouder; zoals zoveel menselijke activiteiten laat men in vele handboeken ook deze een aanvang nemen in de oude beschavingen van Mesopotamië en Egypte (1). De ontwikkeling tot min of meer zelfstandig beroep met een eigen theorie, een eigen behandelingswijze en vooral een eigen organisatie begon echter eerst rond de eeuwwisseling. Als beroepsaanduiding kwam psychotherapeut pas de laatste jaren in algemeen gebruik; men noemde zich daarvoor psychiater, psychoanalyticus, psycholoog of maatschappelijk werkster, al naar gelang de opleiding die men had gevolgd. Het is een ontwikkeling van de laatste twintig jaar dat psychologen ook therapie zijn gaan geven. Maar niet alleen psychologen, ook maatschappelijk werkers gaan zich bezighouden met therapie of gaan hun werk therapie noemen; en ook andragogen, pedagogen, sociologen worden psychotherapeut. De grote gevarieerdheid van activiteiten die therapie genoemd worden, zal onder meer een gevolg zijn van deze verscheidenheid aan beroepen. Iedereen mag zijn activiteiten therapie noemen en zichzelf therapeut: zowel titel als beroep zijn onbeschermd (2). Wel tracht onder meer de beroepsvereniging der therapeuten - de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie, de NVP - deze "wildgroei" te beperken door een definitie van therapie te hanteren en vooral door criteria voor deskundigheid vast te stellen waaraan men moet voldoen om lid te kunnen worden. Lidmaatschap van deze vereniging wordt in toenemende mate een voorwaarde voor het geven van gesubsidieerde therapie. Op deze wijze worden definitie en toelatingseisen van de beroepsvereniging afdwingbaar.

Wie kan bepalen wie deskundigen zijn en wie beunhazen: dat is een centrale vraag in een beroepsociologische studie. Welke groep is in staat zijn definities op te leggen? Wie beschikken over voldoende macht om diegenen van de beroepsuitoefening uit te sluiten die naar hun criteria dilettanten zijn? Veel beroepsociologische studies trachten vooral de fasen van professio-

Met dank aan Bart van Heerikhuizen, Michel Korzec, Cees Marijnen en Nico Wilterdink voor commentaar.

nalisering vast te stellen. De ontwikkeling tot full-time werk, het ontstaan van vereniging, opleiding, tijdschrift, beroepscode: het worden als mijlpalen beschouwd op de weg der professionalisering (3). Een dergelijke aanpak berust op de veronderstelling dat er een vaste weg zou zijn die elk beroep moet doorlopen om een "echte" professie te worden. Men tracht dan te bepalen in welke mate een beroep de "kenmerken" van een professie bezit en hoever het gevorderd is in de ontwikkeling naar een professie. Gevaar van deze benadering is dat men zich gauw beperkt tot het perspectief van de dominante beroepsgroep, en geen zicht krijgt op de verhoudingen tussen verschillende groeperingen en op de processen waarin een groepering erin slaagt zijn claims aanvaard te krijgen. Een sociologische benadering zou zich vooral moeten richten op de onderlinge machts- en afhankelijkheidsverhoudingen: op de verhoudingen binnen een beroep en tussen beroepen, maar ook op de verhoudingen tussen beroepsgroep en cliënten en tussen beroep en overheid. "Mijlpalen" als vereniging, opleiding, beroepscode zijn dan te zien als uitdrukking en tevens als bron van macht, als manieren waarop een beroepsgroep zijn definities tracht af te dwingen. Alleen in geval van een sterke positie van de beroepsgroep ten opzichte van cliënten en overheid wordt door Johnson (4) - een van de interessantste auteurs over professies - gesproken van "professionalisme". Hij omschrijft hiermee een vorm van beroepsbeheersing waarbij de beroepsleden een grote mate van autonomie hebben ten opzichte van cliënten en andere instanties zoals kerk of staat. Zij kunnen bepalen wat de standaarden zijn van de beroepsuitoefening, wie tot het beroep wordt toegelaten, wat de behoefte aan hun diensten is en wie deze op welke wijze ontvangen. Dit "professionalisme" of "colleague control" onderscheidt Johnson van "client control" en "third party control", typeringen voor verhoudingen waarin de beroepsleden zich moeten onderschikken aan hetzij cliënten (patiënten, consumenten) hetzij een derde partij als kerk of staat in de definiëring van behoeften en wijzen van voorziening.

In dit stuk wordt in grote lijnen beschreven hoe de verhoudingen tussen verschillende groeperingen op dit gebied zich ontwikkeld hebben; over de inhoud van het vak wordt hierbij slechts zijdelings iets gezegd. De concurrentiegevechten tussen de verschillende beroepsgroepen die zich met psychotherapie bezig houden komen ter sprake, evenals de verhoudingen tussen beroepsgroep en cliënten en overheid; hierbij wordt bekeken in hoeverre het beroep van psychotherapeut kenmerken vertoont van "colleague control", "client control" of "third party control" (5).

Ontstaan van een nieuw beroep

Het begin van de ontwikkeling van het beroep van psychotherapeut kunnen we rond de eeuwwisseling plaatsen, omdat zich toen een nieuwe verklarings- en behandelingswijze ontwikkelde voor klachten die tot dan toe als medische problemen beschouwd werden. Het ging om klachten - aldus een beschrijving van Freud - als onbe-

heersbare gemoedswisselingen, verlamme wanhoop, nerveuze verlegenheid, besluiteloosheid, onverklaarbare angsten, dwangmatige gedachten, krampen, flauwtes, impotentie, frigiditeit (6). In plaats van te zoeken naar lichamelijke oorzaken en het geven van een medische behandeling moest men deze klachten psychologisch verklaren en behandelen: "...op het gebied dezer nieuwe therapie (gelden) wetten..., die vaak geheel en al indruisen tegen die welke tot dusverre in de geneeskunst werden gevolgd", zo begint Freud zijn *Vorlesungen* (7). Deze klachten die psychisch van aard waren moesten volgens Freuds theorie herleid worden tot driften die in de opvoeding verdrongen waren en nu onherkenbaar in het gedrag tot uiting kwamen. Door de patiënt de ruimte te geven om vrijuit te spreken en door systematisch te zoeken naar verborgen betekenissen van zijn woorden en gedragingen konden deze verdrongen gevoelens weer bewust gemaakt worden; een groter inzicht in eigen emoties en vooral emotionele conflicten zou dan tot een evenwichtiger beheersing van gevoelens leiden. Freud "ontdekte" de psychische aard van veel klachten toen zijn pogingen om deze neurologisch te verklaren en medisch te behandelen niet hielpen. Daar deze problemen zich niet lieten herleiden tot medische problemen en dus ook op een andere wijze behandeld moesten worden, waren andere specialisten dan medici hiervoor nodig. Freud zette in zijn *Die Frage der Laienanalyse* uiteen dat een psychotherapeutische behandeling andere vaardigheden vereiste dan een medische en bepleitte dat ook niet-medici (leken) tot het geven van analyses bevoegd moesten zijn. (Wanneer in deze "wereld" over leken wordt gesproken, worden overigens steeds niet-artsen bedoeld.) Dit standpunt is mede interessant vanwege het langdurige en felle verzet van juist vaak de meest orthodoxe analytici tegen opname van niet-artsen in vereniging en beroep.

De mensen die zich aangetrokken voelden tot deze nieuwe verklarings- en behandelingswijze begonnen zich te organiseren. Tal van werkgroepen werden begin deze eeuw gevormd, een internationale vereniging met afdelingen in verschillende landen werd gesticht, congressen werden gehouden, tijdschriften werden opgericht (8). De beweging groeide, maar Freuds ideeën ontmoetten ook groot verzet. Freud verklaarde deze weerstanden onder meer uit de vooronderstellingen waarop de analyse berustte: niet alleen was de gedachte dat vele handelingen vanuit onbewuste motieven plaats vonden velen niet welgevallig, maar ook de stelling dat seksuele driften zo'n grote rol speelden in het gewone leven en in het ontstaan van neurosen wekte grote afschuw. Afgezien van het specifieke karakter van Freuds verklaringswijze dat aanleiding gaf tot kritiek en verzet, ging het hier ook om een nieuwe behandeling van klachten die tot dusverre tot het domein van de medici werden gerekend. Het bleven overigens wel lang medici die psychoanalytische behandelingen gaven, maar binnen de medische wereld was de psychoanalyse een concurrerende verklarings- en behandelingswijze, en patiënten die bij een gewone medische behandeling geen baat vonden, gingen nu naar psychoanalytici voor een behandeling. De psychiatrie in die tijd was voornamelijk organisch gericht; de therapieën waren vooral medicinaal.

Ontwikkeling van het beroep in Nederland: groei en conflicten

Ook als we de ontwikkelingen in Nederland nagaan zien we dat de medisch-psychiatrische wereld van begin af aan een afwerende houding innam jegens psychoanalytici, een terughoudendheid die overigens pas de laatste jaren enigszins begint te veranderen. De psychoanalytici, die ondanks Freuds standpunt over lekenanalyse alleen uit artsen bestonden, verzetten zich op hun beurt tegen het opnemen van niet-medici in hun gelederen. Pas in de vijftiger jaren hebben ze hun vereniging in principe opengesteld voor niet-artsen, overigens met behoud van strenge lidmaatschaps-eisen aan de hand waarvan een toelatingcommissie van geval tot geval over lidmaatschap beslist. Toelating tot de vereniging is zo'n belangrijke kwestie omdat deze het monopolie over de psychoanalytische opleiding heeft.

De geschiedenis van de psychoanalyse in Nederland wordt gekenmerkt voor moeizame terreinoveringen en breekbare contacten met de Universiteit en de gevestigde (neurologisch georiënteerde) psychiatrie, intern door vele conflicten en afsplitsingen. Tussen 1910 en 1920 groeide ook in Nederland de belangstelling voor de psychoanalyse, zoals bleek uit hieraan gewijde redes en bijeenkomsten, uit de oprichting van een vereniging - de "Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse" (1917) - en uit het houden van een congres (in 1920 te Den Haag). De ontwikkeling van de psychoanalyse verliep echter niet zonder strubbelingen. Hier zijn niet zozeer de inhoudelijke twistpunten interessant, maar vooral de conflicten rond toelating tot de vereniging en regeling van de opleiding, dat wil zeggen rond de manier waarop het beroep zich organiseerde. Telkens weer waren het vooral de conflicten rond toelating of uitsluiting van "leken" tot de vereniging die hoog oplaaide en verscheidene malen tot oprichting van nieuwe verenigingen leidden (9). In 1933 was het de tweede maal dat de kwestie van de lekenanalyse breekpunt werd en tot oprichting van een nieuwe psychoanalytische vereniging leidde: de "Vereniging van Psychoanalytici in Nederland". De conflicten waren verscherpt omdat enkele vanuit Duitsland naar Nederland geëmigreerde "leken"-analytici niet als lid tot de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse waren toegelaten. Met de zwakke positie die de psychoanalytici hadden wilden ze waarschijnlijk de medici niet nog meer tegen zich in het harnas jagen en daarmee de kans op acceptatie verspelen.

De nieuwe vereniging nam de opleiding ter hand, een kwestie waar al jaren lang zonder veel resultaat over gesproken was. In 1933 kwam het tot een fusie met de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse, die hierto zijn statuten zo wijzigde dat leken nu wel als lid toegelaten konden worden. De opleiding kreeg meer gestalte: er kwamen cursussen en seminaria. Het feit dat de kennis nu via cursussen werd overgedragen houdt misschien verband met de toelating van leken: hoe meer men ervan uitgaat dat het om kennis gaat die overdraagbaar is, hoe minder het beroep beschermd hoeft te worden tegen mensen die de gewenste vooropleiding niet hebben. Ook een andere redenering is voorstelbaar: als leken

eenmaal toegelaten worden, dan dient het beroep beschermd te worden door middel van een goede opleiding. In 1943 werd de opleiding grondig georganiseerd door de "Amsterdamse Werkgroep" die wegens de oorlog het werk van de Vereniging ondergronds voortzette. Onder meer werden twee opleidingsanalytici aangesteld. Uitsluiting van anderen tot het geven van leeranalyses leidde echter opnieuw tot conflicten en uiteindelijk in 1949 tot het oprichten van een nieuwe vereniging: het "Psychoanalytisch Genootschap". Dit stelde minder zware eisen ten aanzien van de opleiding dan de Vereniging voor Psychoanalyse, die de opleiding in 1947 weer van de Amsterdamse Werkgroep had overgenomen (10). Het door de Vereniging opgerichte Psychoanalytisch Instituut had bij de opleiding van de Vereniging een belangrijke functie. Dit instituut was in 1946 opgezet door een van de twee eerste directeuren van het Instituut voor Medische Psychotherapie (het IMP), na jarenlange conflicten over aard en duur der therapieën, maar - ook hier weer - vooral over het regelen van de opleiding en de pogingen die over en weer ondernomen werden om deze te monopoliseren.

De psychoanalyse, de oudste en lange tijd de voornaamste vorm van psychotherapie, kreeg in de vijftigste jaren zware concurrentie van de gedragstherapie, een therapie die niet zo zeer beoogde het inzicht in het gevoelsleven te vergroten maar tot doel had als hinderlijk ervaren gedrag af te leren. De scherpe aanvallen op de psychoanalyse van de kant van de gedragstherapeuten zijn niet alleen te verklaren uit theoretische en behandeltechnische verschillen. Gedragstherapeuten waren psychologen, en gewapend met een eigen techniek en een eigen theorie bestormden ze het analytisch bolwerk. De vraag naar therapie was - vooral in de 60er jaren - zo groot geworden dat psychiaters deze niet meer voldoende konden beantwoorden. Naast het ontwikkelen van methoden zoals groepstherapie waarmee een groter aantal patiënten behandeld kon worden, werden ook geleidelijk psychologen tot het psychotherapeutisch beroep toegelaten. De Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse was - zoals gezegd - ertoe overgegaan om leken als lid toe te laten.

Aan het Instituut voor Medische Psychotherapie (het IMP) te Amsterdam - in 1940 opgericht als eerste zuiver psychotherapeutische instelling en gegroeid tot het grootste instituut op dit gebied in Nederland - werden voor het eerst in 1967 anderen dan psychiaters psychotherapeutisch medewerker. Zowel bij de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse als bij het IMP waren het psychologen die als eerste niet-medici toetraden, gevolgd door mensen uit het maatschappelijk werk en beoefenaren der sociale wetenschappen (11).

Niet alleen tussen de beroepsgroepen onderling, ook tussen de instituten op dit gebied is sprake van concurrentiegevechten; deze instituten verschillen onder meer sterk in de beroepsachtergrond van de medewerkers. De laatste tijd krijgen deze conflicten een meer uitgesproken karakter nu de discussie over structurering, definiëring en honorering van psychotherapie aan

de gang is. Zo wordt in een onlangs verschenen artikel van medewerkers van een Bureau voor Levens- en Gezinsvragen (dit soort instellingen bestaat voor een groot deel uit maatschappelijk werkers) het IMP fei bekritiseerd om zijn monopoliseringspogingen. Het IMP zou zijn definitie van psychotherapie en zijn criteria van deskundigheid (12) willen afdwingen, en tevens op een hogere honorering aanspraak willen maken dan de andere instituten op het gebied van de ambulante geestelijke gezondheidszorg zouden krijgen. In hun aanval contrasteren ze de therapeut- of methodiek-gerichte dienstverlening van het IMP met hun eigen cliënt-gerichte praktijk: "... (we) gaan ... uit van de hulpvraag van de cliënt en proberen ... werkwijzen te gebruiken die aansluiten bij de vraag en de mogelijkheden van de cliënt ... Verschil is vooral dat het IMP nog sterk lijkt uit te gaan van methodieke keuzen en cliënten daarop selekteert cq. afwijst" (13).

Het lijkt erop dat het vooral de zwakkere groepen zijn binnen het beroep - degenen die moeilijker toegang hebben tot de arbeidsmarkt, tot subsidie, of die later betaald worden - die zich beroepen op hun cliënt-gerichtheid. Ook een onlangs door werkeloze psychologen opgezette organisatie stelt met nadruk haar cliënt-gerichtheid: haar dienstverlening is primair gericht op kansarme groepen (14). Dit opkomen voor de - door de beroepsgroep geformuleerde - behoeften van potentiële cliënten kan een uitbreiding van de (patiënten)-markt tot gevolg hebben en daarmee een verruiming van eigen beroepsmogelijkheden (dit zegt natuurlijk niets over het belang van cliënt-gerichtheid). Ook de argumenten voor gedragstherapie - veel later tot ontwikkeling gekomen dan de psychoanalyse - zijn - naast inhoudelijk: gedragstherapie zou methodologisch beter gefundeerd zijn - ook sterk publiek-gericht: het is een kortere, efficiëntere, goedkopere therapie.

Met het gaan delen van een arbeidsterrein beginnen de laatste jaren schuchtere aanzetten tot een integratie van behandelings technieken. Ook organisatorisch wordt de integratie van de verschillende groeperingen hechter. Het zijn nu een zevental psychotherapieverenigingen die overkoepeld worden in de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (het NVP) (15). Om lid van deze vereniging te worden moet iemand onder meer opgeleid zijn in de sociale wetenschappen of medicijnen of een daaraan gelijkwaardige opleiding hebben, bovendien voldoende opleiding en ervaring hebben in de psychotherapie; dit wordt beoordeeld volgens een puntenstelsel opgesteld door de vereniging. Deze poging tot reglementering geeft herhaaldelijk aanleiding tot conflicten, vooral over de vraag wie op grond waarvan gerechtigd is anderen uit te sluiten van een groot deel van de arbeidsmarkt. Lidmaatschap gaat namelijk de laatste jaren - zoals gezegd - steeds meer als eis gelden voor medewerkers van psychotherapeutische instituten. Met de ontwikkeling van solo- naar instituutspraktijk en vooral gezien het feit dat psychotherapie aan deze instituten grotendeels door de overheid gesubsidieerd wordt, verkeert het NVP in de machtspositie zijn toelatings-eisen min of meer af te dwingen. Deze strenge toelatingsregel

heeft - evenals het vaststellen van een beroepscode waar het NVP momenteel aan werkt - de functie van kwaliteitsbewaking in dit onbeschermd beroep. Het heeft echter tevens de functie van marktbeheersing: groeperingen binnen het beroep beschikken over de macht te definiëren wie tot de niet-deskundigen gerekend worden en kunnen hen vervolgens uitsluiten van een belangrijk deel van de beroepsuitoefening, namelijk de gesubsidieerde therapie.

Het in 1930 opgerichte NVP - aanvankelijk een vereniging die zich voornamelijk bezighield met de inhoud van het vak - krijgt de laatste jaren steeds meer het karakter van een belangenorganisatie. In dit ingewikkeld gebied met concurrentiegevechten tussen meer en minder gevestigden is de mate van organisatie een belangrijke machtsbron.

Een belangrijke fase voor de beroepsontwikkeling van psychotherapeut zal zijn de realisering van een universitaire psychotherapieopleiding. Sinds enkele jaren worden vanuit de sociale en medische faculteiten initiatieven genomen tot een dergelijke opleiding. Onderhandelingen tussen vertegenwoordigers van verschillende wetenschappen op dit gebied onderling en met de overheid zijn hierover gaande.

Het feit dat veel psychotherapieopleidingen - onder andere de psychoanalytische - tot nu toe verenigingsgebonden zijn, is niet alleen van invloed op de recrutering van het beroep, maar ook op de vorm van kennisoverdracht en daarmee op de ontwikkeling van die kennis. In veel gevallen betekent de overgang van beroepsscholing naar universitaire opleiding een ontwikkeling van een praktijkgerichte naar een meer theoretische opleiding. In plaats van een vak waarin men zich oefent door het voorbeeld te volgen van ervaren beroepsbeoefenaren, wordt het een vak dat men leert via geëxpliciteerde regels. De socialisatie in het beroep verandert hiermee: de persoonlijke meester-gezel verhouding verdwijnt voor een onpersoonlijker, meer gestandaardiseerde vorm van kennisoverdracht. De druk tot explicitering van regels en tot theorievorming is sterker in een universitaire opleiding. In de psychoanalyse geschiedt het (praktische) onderricht op een vrij unieke wijze: de leerling kan de kunst niet afkijken door zijn leermeester aan het werk te zien, hij leert het vak door zelf een analyse te ondergaan (een zg. leer-analyse). Aanwezigheid van een derde zou de behandeling kunnen verstoren. Ook de supervisor met wie hij eigen analyses bespreekt is niet bij zijn behandelingen aanwezig. Pas de laatste jaren wordt ook via video-opnamen onderwijs gegeven, overigens na veel verzet vanuit het beroep. De huidige discussie over een universitaire psychotherapieopleiding behelst fundamentele vragen over inhoud van het vak en wijze van socialisatie. Wat moet een therapeut kunnen, en wat moet hij hiertoe kennen? Moet hij zelf een therapie gevolgd hebben? Welke vooropleiding moet hij hebben, en nog belangrijker: welke eigenschappen? Moet het wel een wetenschappelijke opleiding worden of eerder een beroepsopleiding?

Verhouding beroepsleden - cliënten

Een van de kenmerken van de relatie tussen therapeut en cliënt is het feit dat de therapeut een dienst verleent aan de cliënt die door deze nauwelijks op zijn kwaliteit beoordeeld kan worden. Dienstverlenende beroepen zouden gerangschikt kunnen worden naar de mate waarin het effect van de dienst is vast te stellen. De vaststelbaarheid van het resultaat bij een machine-reparatie is veel groter dan bij een medische behandeling, en het effect hiervan is vaak weer duidelijker na te gaan dan het effect van psychotherapie. Dit heeft te maken met de complexiteit van het objectgebied en met de ontwikkeling van kennis, en deze is op medisch gebied verder gevorderd dan op het gebied der psychotherapie. Voor de verhouding tussen therapeut en cliënt heeft deze moeilijke vaststelbaarheid van het resultaat tot gevolg dat de cliënt in een positie van onzekerheid verkeert, min of meer overgeleverd aan de professioneel wiens werk hij nauwelijks kan beoordelen, laat staan controleren.

Het effect van hun diensten pogen therapeuten wel na te gaan. Al jaren wordt hier onderzoek naar gedaan, maar dit heeft tot nu toe geen eenduidige resultaten opgeleverd. Er is wel effect te constateren, maar ook bij mensen die op een wachtlijst staan voor een behandeling; het is ook onduidelijk waardoor de veranderingen teweeg worden gebracht: door specifieke therapeutische technieken of algemenere factoren als aandacht en de mogelijkheid klachten te uiten.

Opmerkelijk is dat het niet de cliënten zijn die, ontevreden over deze onzekerheid, zich organiseren in een soort consumentenbond en effectonderzoek laten doen of kwaliteitsgaranties vragen (16). De bewaking van de kwaliteit wordt - zoals dit bij de meeste professies het geval is - aan de beroepsgroep zelf overgelaten. Bij afwezigheid van een opleiding met overeengekomen maatstaven en kwaliteitswaarborgen bewaken therapeuten - zoals gezegd - de toelating tot het beroep door strenge toelatingseisen voor hun beroepsvereniging te stellen.

Belangrijk voor de afhankelijkheidsverhouding tussen therapeut en cliënt is ook het feit dat de therapeut veelal kan beslissen of hij de cliënt in behandeling neemt. Bij weigering is hij niet meer opgaaf van redenen verschuldigd dan zijn oordeel dat de cliënt ongeschikt is voor therapie. Vergelijken met andere verleners van diensten of goederen is de macht van de therapeut ten opzichte van cliënten in dit opzicht groot: in de meeste andere gevallen bestaat de plicht - op straffe van beschuldiging van discriminatie - iedere klant zo goed mogelijk van dienst te zijn. Privé psychotherapiepraktijken zijn vaak vol, wat tot afwijzing of wachtlijst noodzaakt. De aanwezigheid van alternatieven is belangrijk voor de afhankelijkheidsverhouding tussen therapeut en cliënt. Sommige "verzorgingsarrangementen" - zoals burenhulp - zijn vergeleken bij vroeger in belang afgenomen; ook de functie van de kerk als verschafter van steun en troost is sterk verminderd. Een alternatief waar veel gebruik van wordt gemaakt wordt gevormd door brievenrubrieken als "Margriet-weet-

raad"; hierin wordt advies gevraagd voor allerlei "levensproblemen" (17).

Een voorziening op het gebied van de psychotherapie die de privépraktijk in belang is gaan overtreffen wordt gevormd door de psychotherapeutische instituten. De verhouding tussen therapeut en cliënt is daar echter in een aantal opzichten nog ongelijker. De spreekuurhoudende artsen hebben de taak cliënten af te wijzen die ze niet geschikt achten voor de therapievormen van het instituut. Na een aantal gesprekken met de cliënt beslist de staf welke therapie de cliënt toegewezen krijgt. Het zijn de beroepsleden die niet alleen beslissen over de standaarden van de dienst maar ook bepalen wie waarvoor in aanmerking komt.

Verhouding beroep - overheid

De psychotherapeutische beroepsgroep heeft ook relaties met de overheid. Psychotherapie is een van de voorzieningen - naast onderwijs, gezondheidszorg en sociale verzekering - waarvoor de Nederlandse overheid zorg is gaan dragen (18). Het is een recente ontwikkeling dat een overheid veel uitgeeft voor het behandelen van mensen die niet lichamelijk ziek zijn, noch krankzinnig of crimineel of op andere wijze een gevaar voor de samenleving kunnen inhouden; bovendien is het een behandeling die vaak zonder duidelijk omschreven doeleinden geschiedt en zonder waarborg van effect.

Voordat psychotherapeutische hulp deel van de overheidszorg ging uitmaken werd het bekostigd via kerk en liefdadigheid. Psychotherapie werd ook een ziekenfondsverstrekking; het geven van ziekenfonds-therapie bleef echter voorbehouden aan (medisch opgeleide) psychiaters en ook het aantal zittingen werd - hoewel geleidelijk uitgebreid - beperkt gehouden. De overheidsfinanciëring van psychotherapie werd aanvankelijk via de gemeente verstrekt (het IMP Amsterdam werd vanaf 1940 - jaar van oprichting - tot 1965 grotendeels op deze wijze gefinancierd). Vanaf 1965 tot oktober 1976 werd via de Algemene Bijstandswet (ABW) subsidie verleend. Het is de bedoeling dat de financiëring van psychotherapie bij de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) ondergebracht zal worden; in afwachting hiervan wordt de subsidiëring nu zolang via de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW) bekostigd.

De relatie met de overheid is voornamelijk financieel. De organisatie van de therapeutische zorg berust bij de beroepsbeoefenaren. De overheidssubsidie wordt voornamelijk aan instituten toegerekend. In veel gevallen betekende dit een verandering van kerkelijke naar staatsfinanciëring. Deze subsidiëring van psychotherapie kost de overheid jaarlijks vele miljoenen. Toch is er nauwelijks sprake van enige vorm van overheidscontrole, noch op de kwaliteit van de diensten, noch op de kwantiteit of de sociale samenstelling van de cliëntèle (de enige overheidscontrole die ik in de IMP-archieven tegenkwam was bij subsidieoverschrij-

ding of bij een te hoog bevonden begrotingsaanvraag).

Zowel kwaliteitscontrole als sociale toegankelijkheid van therapie zijn kwesties die ter discussie staan; het initiatief hier-toe gaat echter vooral uit van de beroepsgroep, en niet van overheid of cliëntèle.

De machtsverhouding tussen overheid en therapeuten lijkt zich enigszins te wijzigen. Ten gevolge van de verslechterde economische situatie wordt een toename van overheidscontrole gevreesd, vooral op de besteding van gelden. Wat de gevolgen zullen zijn voor therapeuten en cliënten valt nog niet te bezien.

Status en autonomie: een aanzet tot verklaring

De autonomie van psychotherapeuten is vrij groot, zowel wat betreft de relatie met cliënten als met de overheid. De beroepsleden bepalen zelf de professionele standaarden, de recrutering van nieuwe therapeuten en voor een groot deel ook het publiek dat hun diensten ontvangt. Ook wat betreft honorering hebben zij een goede positie. Hoe heeft dit beroep zich zo'n grote mate van autonomie, en van financiële waardering, kunnen verwerven? De grote behoefte aan zijn diensten zou een mogelijke verklaring kunnen zijn. De positie van een beroep (autonomie, status, beloning) kan echter niet direkt verklaard worden uit de behoefte aan de goederen of diensten die door de beroepsbeoefenaren verschaft of verleend worden. De behoefte aan vuilnisophalers - een overbekend voorbeeld - is groot, terwijl deze in alle samenlevingen tot de laagste klassen behoren. Een bekende sociologische discussie gaat over de vraag of sociale stratificatie verklaard kan worden uit het functionele belang van posities (waaronder beroepen) in verhouding tot de schaarste aan mensen die deze posities kunnen bekleden, d.w.z. uit de verhouding van behoefte en aanbod (19). De behoefte aan therapie is echter een moeilijk vaststelbare, rekbare behoefte, sterk afhankelijk van het aanbod; het zijn vaak in eerste instantie de beroepsleden die vaststellen dat er behoefte bestaat aan therapie, vervolgens geven ze voorlichting (in de eerste plaats aan verwijzers) over wie in aanmerking komt voor hun diensten: een proces van cliëntvorming dat deel uitmaakt van het proces van beroepsvorming. De positie van de therapeutische beroepsgroep valt evenmin te verklaren uit een schaarste aan aanbod. Weliswaar zal de verenigingspolitiek van beperking in de toelating van nieuwe leden onder meer het effect hebben gehad van versterking van de positie der psychoanalytici. Nu echter mensen uit andere beroepen in grote getale ook psychotherapeut zijn gaan worden - wat ongetwijfeld kan gebeuren daar titel noch beroep beschermd zijn - is het aanbod sterk toegenomen.

De positie van verschillende beroepsgroepen valt wellicht beter te verklaren vanuit hun historische ontwikkeling. Psychotherapie is ontstaan als medische specialisatie. Het medisch beroep verwerfde in de 19e eeuw een grote mate van autonomie, na lange periodes van afhankelijkheid, eerst van kerk (middeleeuwen),

vervolgens van cliëntèle (de aristocratische elite van de 17e en 18e eeuw). Psychotherapie is min of meer gemodelleerd naar dit autonome medische beroep. Het waren artsen die psychotherapie gingen doen. De beroepsuitoefening van psychoanalyse, lange tijd de voornaamste vorm van psychotherapie, is tot voor kort ook het monopolie van artsen gebleven. De ontstaansgeschiedenis van het beroep komt goed tot uiting in de terminologie: men spreekt van praktijk, therapie, behandeling, patiënt, van de epidemie der neurose.

In deze schets van onderlinge machts- en afhankelijkheidsverhoudingen tussen verschillende groeperingen op het gebied der psychotherapie (beroepsgroepen, cliënten, overheid) zijn slechts grove lijnen aangegeven. Detaillering en nuancering moeten volgen. Een belangrijke vraag die hierboven niet werd gesteld, is die naar de maatschappelijke omstandigheden waaruit het ontstaan van de psychoanalyse als theorie en behandelingswijze verklaard kan worden.

Ontwikkelingen in kennis - nieuwe verklaringswijzen en nieuwe technieken - liggen aan een nieuw beroep ten grondslag, maar deze staan niet op zichzelf. Het nagaan van de omstandigheden die tot het ontstaan van het psychotherapeutisch beroep hebben geleid zal echter een ander artikel vergen (20).

NOTEN

1. Zie o.a. F. Alexander en S. Selesnick, *The History of Psychiatry*, New York, Harper & Row, 1966.
2. Het verschil tussen beroeps- en titelbescherming is een juridische kwestie. Titelbescherming is verbonden aan opleiding en diploma. Beroepsbescherming vereist een exacte omschrijving van de activiteiten waaruit het beroep bestaat. Psychotherapeuten streven naar titelbescherming. Niet alleen is het vooralsnog onmogelijk precies te omschrijven uit wat voor activiteiten psychotherapie bestaat, men vreest ook een vroegtijdige verstarring van methoden bij een dergelijk vastleggen van handelingen.
3. Zie o.a. H.L. Wilensky, "The Professionalization of Everyone?", *The American Journal of Sociology*, Vol. LXX, no. 2, sept. 1964.
4. T. Johnson, "The professions" in: Hurd, *Human Societies*, London and Boston. Routledge and Kegan Paul, 1973, pp. 120-136.
T. Johnson, *Professions and Power*, London: MacMillan, 1972.
5. Deze drie vormen van beroepsbeheersing moeten overigens als "ideaaltypen" beschouwd worden. Bekeken moet worden in hoeverre beroepen adequaat in deze termen beschreven kunnen worden. Hierbij gaat het niet zozeer om het indelen van beroepen bij het ene of het andere type. Met deze begrippen als leidraad kan men nagaan hoe de ontwikkelingen zijn geweest in de machts- en afhankelijkheidsverhoudingen tussen beroepsleden, cliënten, en overheid, de laatste als steeds belangrijker wordende "derde partij".
6. Freud, "The Question of Lay Analysis," in: *Two Short Accounts of Psycho-Analysis*, Harmondsworth, Penguin Books, 1970 (1926), 93-94.
7. Freud, *Vorlesungen über die Psychoanalyse*. Vert. A.W. van Reuterghem, Amsterdam, Wereldbibliotheek, 1975 (1917), 9.
8. De eerste werkgroepen werden gevormd in Wenen in 1902, in Zürich in 1907 en in Berlijn in 1908. De eerste internationale vereniging met afdelingen

in verschillende landen werd in 1910 opgericht. Internationale congressen werden gehouden in 1908 in Salzburg, in 1910 in Neurenberg en in 1911 te Weimar. Het eerste tijdschrift gewijd aan de psychoanalyse, het *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, verscheen in 1908, en in 1910 en 1912 werden andere tijdschriften opgericht. Deze ontwikkeling is onder meer beschreven in E. Jones, *The Life and Work of Sigmund Freud*, Harmondsworth, Penguin Books, 1974 (1953), 312-358.

9. Zo ontstond al in 1920 een aparte "Leidsche Vereeniging voor Psychopathologie en Psychoanalyse".
10. Gegevens over de psychoanalyse in Nederland heb ik hoofdzakelijk ontleend aan een artikel van J. Spanjaard, "De psychoanalyse in Nederland", *Inval*, nr. 2, 1970 (1968), 239-244.
11. In 1948 was bij het IMP wel een maatschappelijk werkster in dienst, maar zij voerde vooral administratieve taken uit. Als psychotherapeutisch medewerker werden maatschappelijk werkers pas in 1972 aangesteld.
12. Het IMP heeft de deskundigheidscriteria van de beroepsvereniging - de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie - overgenomen; het streven is om het voldoen aan deze criteria als eis aan zijn medewerkers te stellen.
13. J. Huyg, J. Veldkamp en T. van der Zon, "De miljoenen dans om de psychotherapie te versieren", in: *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, jrg. 31, nr. 9, sept. 1976, pp. 422-434, citaat p. 437.
14. Deze organisatie heeft als ander belangrijk doel het nagaan van het effect van therapie; de naam is dan ook "Vereniging van op effectiviteit gekontroleerde psychologische adviescentra" (het Vepac). Ook dit doel is - naast inhoudelijk-wetenschappelijk - tevens cliënt-gericht: hoe controleerbaarder de therapie, hoe meer de cliënt in staat is het werk van de therapeut te beoordelen, des te minder ongelijk is hun machtsverhouding.
15. Naast de Nederlandse Vereniging voor Psychoanalyse en het Nederlands Psychoanalytisch Genootschap zijn ook lid geworden de Nederlandse Vereniging voor Groeps therapie, de Vereniging voor Rogeriaanse Therapie, voor Gedragstherapie, voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie, en als laatste de onlangs - onder veel protest - lid geworden Nederlandse Vereniging voor Gestalttherapie.
De inhoudelijke kant van de psychotherapie, die ik in dit stuk buiten beschouwing heb gelaten, komt bij deze toelatingsconflicten duidelijk naar voren. De strijd om de vaststelling "wie er wel en niet bijhoort" wordt gevoerd in definitieve termen: ze speelt zich af rond de vraag wat wel en wat niet psychotherapie genoemd kan worden.
16. Opmerkelijk, maar wel te verklaren: cliënten van psychotherapeuten zijn moeilijk te organiseren, zoals de meeste categorieën mensen, bij gebrek aan waargenomen gedeelde belangen. De schaamte die veel mensen voelen over het feit dat ze patiënt zijn, maakt dit bovendien een geheim gehouden gegeven.
17. Bij het aangeven van dergelijke "functionele alternatieven" moeten de verschillen niet over het hoofd gezien worden. "Margriet-weet-raad" geeft eenmalig advies en de anonimiteit van de schrijver blijft behouden; dit is bij psychotherapie niet het geval. Ook de hulp die pastoor of dominee geeft verschilt in een aantal opzichten van psychotherapie: de kerk tracht mensen op "het rechte pad" te houden of te brengen, therapeuten helpen - tenminste naar eigen zeggen - bij het vinden van "een eigen pad". Een veel essentiëler probleem bij dergelijke "functionele vergelijkingen" wordt gevormd door de noodzaak een ruimere context in zo'n vergelijking te betrekken. Het geïsoleerd bekijken van verschillende manieren waarop

- bepaalde functies vervuld worden (zoals het geven van hulp) levert slechts zeer beperkte inzichten op.
18. A. de Swaan, "De mens is de mens een zorg; over verstatelijking van verzorgingsarrangementen", *De Gids*, jrg. 139, nr. 1/2, 1976.
 19. Zie: K. Davis en W. Moore, "Some Principles of Stratification", *American Sociological Review*, 10 (1945), 242-249; en in reactie hierop: "Some Principles of Stratification: A Critical Analysis", *American Sociological Review*, 18 (1953), 387-394.
 20. Voor het ontstaan van nieuwe behoeften die tot de vorming van het psychotherapeutisch beroep geleid kunnen hebben zou Elias' theorie over het beschavingsproces een verklaring kunnen bieden. (N. Elias, *Ueber den Prozess der Zivilisation*, Bern und München, Francke Verlag 1969 (1939)). De affectbeheersing die vanaf de middeleeuwen in toenemende mate in de samenleving vereist werd zou leiden tot verdringing en onherkenbaar worden van allerlei gevoelens en daarmee tot innerlijke angsten en psychische conflicten. De hieruit voortvloeiende klachten namen eind 19e eeuw toe zonder dat ze met een medische behandeling te verhelpen waren. Artsen uit die tijd zochten naar meer geëigende verklaringen en behandelingsmethoden. De "ontdekkingen" van Freud, die zich daaruit ontwikkelende theorie en behandelingstechniek zouden in een behoefte voorzien die in de periode rond de eeuwwisseling duidelijk tot uiting kwam.