

Rapport over het onderzoeksproject

Beroepsprofiel van de psychotherapeut in België

gefinancierd door het Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en
Leefmilieu (STA/1/4156)

Projectleiders: Prof. Germain Lietaer, Prof. Nady Van Broeck, Prof. Paul Igodt

Wetenschappelijk medewerkers: Mathias Dekeyser; Isabelle Wodon

januari 2003

Inhoudstafel

Hoofdstuk 1. Beschrijving van het onderzoek

- 1.1. Historiek en doelstellingen van het project
- 1.2. De vragenlijst
- 1.3. De steekproeven
 - 1.3.1. De Nederlandstalige steekproef
 - 1.3.2. De Franstalige steekproef
- 1.4. Clustering van variabelen
 - 1.4.1. Lijst van interventies
 - 1.4.2. Visie op therapie en op zichzelf: lijst van 40 uitspraken
- 1.5. Besluit

Literatuur

Hoofdstuk 2. Belgisch psychotherapeutenprofiel: opleiding en werkkader

- 2.1. Sociodemografische kenmerken
- 2.2. Basisdisciplines en specialistische vervolgopleidingen
- 2.3. Werkverdeling en werkkring
- 2.4. Therapeutische oriëntatie
- 2.5. Interdisciplinaire samenwerking
- 2.6. Cliënten en therapieën
- 2.7. Besluit

Hoofdstuk 3. Belgisch therapeutenprofiel: inhoudelijke aspecten

- 3.1. Doelstellingen en de realisatie ervan
- 3.2. Interventies van therapeuten
- 3.3. Werkstijl
- 3.4. Visies op therapie en op zichzelf

- 3.5. Verschillen tussen hoofdoriëntaties
- 3.6. Basisdiscipline en Leeftijd
- 3.7. Aspecten van diagnostiek
- 3.8. Besluit

Hoofdstuk 4. Wetgeving omtrent Psychotherapie in Europa

- 4.1. Inleiding
 - 4.1.1. Vraagstelling
 - 4.1.2. Aanverwante vragen
 - 4.1.3. Landen
 - 4.1.4. Onderzochte parameters
- 4.2. Wettelijke regelingen in 15 landen van de EC + Finland en Zwitserland
- 4.3. Synthese
- 4.4. Besluiten en aanbevelingen

Literatuur

Algemeen Besluit

Bijlagen

Bijlage 1: De Nederlandstalige versie van de vragenlijst

Bijlage 2. Lijst van internationale professionele associaties

Bijlage 3. EFPA standards of training for psychologists specialising in psychotherapy.

Bijlage 4: EAP standards for training in psychotherapy

Lijst van Tabellen

Hoofdstuk 1. Beschrijving van het onderzoek*

1.1. Historiek en doelstellingen van het project

Sinds 1999 werken Prof. R. W. Trijsburg (U. Rotterdam en Amsterdam), Dr. S. Colijn (Centrum GGZ Leiden, Rijngest Groep) en Prof. G. Lietaer samen aan de constructie van een vragenlijst voor het bevragen van de beroepsgroep van psychotherapeuten in Nederland en Vlaanderen. Tijdens het jaar 2000 werd de enquête uitgevoerd in Nederland.

Aansluitend hierbij deden Prof. G. Lietaer (K.U.Leuven) en Prof. N. Van Broeck (U.C.L.) eind 2000 een aanvraag voor financiering van een analoog onderzoeksproject in België. Deze aanvraag werd gericht aan het Bestuur van de Gezondheidszorg van het Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, dit in het kader van de "Oproep tot medewerking inzake Onderzoek en Ontwikkeling" en met het oog op "2001 Jaar van de geestelijke gezondheidszorg". In juni 2001 kregen wij bericht dat het project – mits enkele aanpassingen en aanvullingen – aanvaard werd en zou gefinancierd worden voor een bedrag van 2.000.000 BEF. De financiering werd geregeld via U.Z. K.U.Leuven en in dit kader werd Prof. P. Igodt (Dienst Psychiatrie U.Z. Leuven) als derde projectleider toegevoegd. Als wetenschappelijk medewerkers werden – telkens voor 7 maanden halftime – aangesteld: Mathias Dekeyser (in dienst bij prof. Lietaer) en Isabelle Wodon (in dienst bij prof. Van Broeck).

De uitvoeringstermijn van het contract bedroeg 12 maanden, zijnde van 15 september 2001 tot 14 september 2002. Het eindrapport dient neergelegd te worden bij het Ministerie uiterlijk 3 maanden na het contract.

DOELSTELLINGEN

1. Het in kaart brengen van de beroepskwalificaties van de personen die aan psychotherapie doen in België.
Operationeel gebeurt dit via een schriftelijke enquête bij een ruime en gestratificeerde steekproef van Nederlandstalige en Franstalige psychotherapeuten. [Een dergelijke bevraging is in België nog nooit gebeurd.]
2. Het maken van een overzicht van opleidingsnormen en wetgeving inzake het beroep van psychotherapeut in de verschillende landen van de Europese Gemeenschap.
Dit gebeurt op basis van alle beschikbare professionele en juridische bronnen.

* Met bijzonder veel dank aan Rob Stroobants voor zijn bereidheid de statistische verwerking van

Beide soorten gegevens dienen als basis voor een reflectie op de voor- en nadelen van de verschillende visies op het beroep van psychotherapeut en als inspiratiebron voor politieke beleidsopties inzake het definiëren en positioneren van het beroep van psychotherapeut in België.

1.2. De vragenlijst

Voor het Belgisch onderzoek maakten wij gebruik van de Vragenlijst, zoals geconstrueerd door Trijsburg, Colijn en Lietaer in het kader van het enquête-onderzoek in Nederland. Deze vragenlijst werd echter – daar waar nodig – aangepast aan de Belgische situatie, en verder nog aangevuld met een bevraging van een aantal aspecten die door het Ministerie belangrijk werden geacht. Verder werd de vragenlijst in het Frans vertaald (en op enkele aspecten lichtjes aangepast) door I. Wodon en N. Van Broeck.

De constructie van de Vragenlijst werd grondig voorbereid via een intensieve literatuurstudie van onderzoeken waarin steekproeven van therapeuten werden bevraagd op hun socio-demografische kenmerken en beroepsmatige activiteiten, op hun visie en attitudes inzake psychotherapie en op hun concrete interventies. Als voornaamste referentiebronnen vermelden we: Addis & Krasnow, 2000; Hutschemaekers & Neijmeijer, 1998; Norcross, Karg & Prochaska, 1997; Orlinsky, Ambühl et al, 1999; Poznanski & Mc Lennon, 1958; Sundland, 1977; Smeerdijk, M., 2000; Trijsburg, 1994 en 2002; Trijsburg, Frederiks et al., 2002; Vandeput, 1989; Watkins & Watts, 1995.

Hier volgt nu een overzicht van de voornaamste aspecten die met de Belgische vorm van de Vragenlijst bevraagd worden; meer details komen aan bod in Hoofdstuk 2 en 3, waar de resultaten besproken worden. Een exemplaar van de Nederlandstalige versie vindt u als Bijlage.

De Vragenlijst bestaat uit vier delen:

- Deel I. Achtergrondinformatie over uzelf
- Deel II. Beroepsmatige activiteiten
- Deel III. Beschrijving van de behandeling van een concrete casus
- Deel IV. Visie op psychotherapie en op uzelf als psychotherapeut

In Deel I en II komen volgende aspecten aan bod:

- Leeftijd, geslacht, taalgroep en gewest
- Basisdiscipline
- Vervolgopleiding/specialistische opleiding
- Aantal jaren beroepservaring als therapeut

- Lidmaatschap van specialistische psychotherapieverenigingen
- Beroepsmatige activiteit: aantal uren, aard, en wat betreft psychotherapie: behandelingsmodaliteiten
- Werkkring (primaire en ev. secundaire)
- Psychotherapeutische oriëntatie en mate van integratief werken
- Interdisciplinaire samenwerking: met welke beroepsgroepen? Tevreden of ontevreden? Hiërarchische structuur?

In Deel III wordt gevraagd één nog lopende behandeling te beschrijven die minstens reeds één maand geleden begonnen is. Teneinde voldoende variabiliteit in de gegevens te bekomen, werd aan de ene helft van de therapeuten gevraagd een bevredigend verlopende behandeling te beschrijven (versie B), aan de andere helft een onbevredigend of moeizaam verlopende behandeling (versie O). Het gaat om individuele therapie met een patiënt van 15 jaar of ouder.

Volgende aspecten werden bevroegd:

- *Over de behandeling*
 - setting
 - fase
 - aantal zittingen
 - doelstellingen
 - mate van verandering: algemeen en gedifferentieerd naar specifieke doelstellingen
- *Socio-demografische aspecten van de cliënt:*
 - leeftijd, geslacht, bevolkingsgroep, taal in de behandeling
 - opleidingsniveau
 - burgerlijke staat
 - inkomstenverwerving
- *Psychiatrische classificatie volgens DSM-IV (op as I, II en V)*
- *Interventies*

Hier gebruikten we de interventievragenlijst zoals geconstrueerd door Trijsburg en medewerkers (Trijsburg, Lietaer, Colijn et al., ter publicatie aangeboden). Het gaat om 72 interventies die werden overgenomen uit empirische studies en handleidingen. In de Belgische vorm van de Vragenlijst werden nog 2 items bijgevoegd ('Lichamelijk contact' en 'Ontspanningsoefeningen').

In Deel IV worden de therapeuten gevraagd hun *visie* weer te geven *op psychotherapie en op zichzelf als therapeut*. Het gaat om 40 te beoordelen uitspraken, waarvan de laatste zes enkel zijn opgenomen in de Belgische versie. Grosso modo worden volgende domeinen bevroegd:

- het gebruik van protocollen
- managed care
- voldoening in het werk
- mensbeeldaspecten
- therapie: meer kunst dan wetenschap?
- aspecten van een gedragstherapeutische visie
- integratieve aspecten
- diagnostiek en indicatiestelling
- beroepsethische aspecten

N.B. Wat betreft diagnostiek en indicatiestelling werden ook in Deel 2 en 3 nog twee aspecten bevroegd:

- Ik draag zelf de feitelijke verantwoordelijkheid voor diagnostiek en indicatiestelling van de patiënten waarmee ik psychotherapie doe (ja/nee)
- Vertrouwdheid met de DSM-classificatie en het belang ervan voor de psychotherapeutische praktijk.

Tot slot worden de therapeuten in Deel IV nog bevroegd op hun *stijl van werken*, dit aan de hand van 24 adjectieven van het Osgood-type.

Zoals verder zal besproken worden, werd ook een verkorte vragenlijst gemaakt, waarin Deel 3 (beschrijving van een concrete behandeling) niet is opgenomen. Deze verkorte versie is verder identiek aan de uitgebreide vragenlijst, met dit verschil dat:

- er een open vraag wordt gesteld naar het soort problematieken dat men vooral behandelt
- de vraag omtrent vertrouwdheid met en belang van de DSM-classificatie eveneens in de vragenlijst is opgenomen

1.3. De steekproeven

Bedoeling was een zo representatief mogelijke steekproef samen te stellen van hulpverleners die zichzelf definiëren als "psychotherapeuten". Daarom volgden we – in beide landsgedeelten – twee routes.

Enerzijds trachtten wij een representatieve steekproef samen te stellen van therapeuten die naast hun basisberoep een specialistische opleiding in de psychotherapie hadden gevolgd. Wij deden hiervoor beroep op ledenlijsten van specialistische verenigingen en – voor zover nog nodig – op adressenlijsten die opleidingscentra ons ter beschikking stelden van hun oudstudenten en opleidingelingen. Dit noemen we 'Steekproef A' en aan deze steekproef werd de uitgebreide vragenlijst toegestuurd.

Anderzijds wilden wij personen bereiken die eveneens hun werk als psychotherapie beschouwen, maar niet via de 'klassieke route' op te sporen zijn. Wij consulteerden hiervoor de telefoongids (Rubriek "Psychotherapeuten en psychoanalytici") en selecteerden daarnaast uit een aantal beroepsgroepen die wel eens geassocieerd worden met de uitoefening van psychotherapie. Dit noemen we Steekproef B en aan deze steekproef werd de verkorte vragenlijst toegestuurd (in de hoop een grotere antwoordrespons te krijgen). Hier volgt nu een beschrijving van het verloop van de steekproeftrekking en van het aantal en percentage teruggestuurde vragenlijsten.

1.3.1. De Nederlandstalige steekproef.

1.3.1.1. Nederlandstalige Steekproef A: leden & belangstellenden van specialistische verenigingen en opleidingscentra

Om een lijst van verenigingen en centra op te stellen, namen we de lijst 'Verenigingen van psychotherapeuten' over uit de Gids Therapeutische Opleidingen (Vlaamse Vereniging voor Geestelijke Gezondheidszorg, 2001). Verenigingen die zich hoofdzakelijk richten op groepstherapeuten hebben we niet overgenomen. De verenigingen van systemische psychotherapeuten vroegen bijzondere aandacht. De Belgische Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie en Systeeminterventie (BVRGS) is immers recent opgericht om alle verenigingen voor systemisch werkende therapeuten te overkoepelen. Daarom werden de Belgische Vereniging van Opleiders van Systeempsychotherapeuten, de Vereniging voor Relatie- en Bejegeningconsulenten en de Vlaamse Vereniging voor Therapeuten in de Interactionele Vormgeving in onze lijst vervangen door de BVRGS. Onze lijst werd vervolgens aangevuld met centra die 'opleidingen in de psychotherapie' organiseren, overgenomen uit diezelfde gids. In de Gids Therapeutische Opleidingen worden 'opleidingen in de psychotherapie' als volgt gedefinieerd:

"Programma's met als doel: kennisverwerving en aanleren van praktisch-technische vaardigheden en/of attitudes te gebruiken in een behandelingsgerichte context. Ze hebben één of andere psychotherapeutische school als referentiekader en steunen op één of meer psychologische theorieën. Ze zijn toepasbaar in verschillende werksoorten en bruikbaar bij verschillende populaties. De toelatingsvoorwaarden zijn meestal scherper gesteld (arts, licentiaat of A1 in een menswetenschappelijke discipline) en het curriculum is gemiddeld verspreid over een drietal jaar. Sommige programma's worden eerder als specialisatie beschouwd en zijn eventueel korter. Een eigenlijke leertherapie vormt vaak een belangrijke pijler binnen de opleiding."

De meeste opleidingscentra onderhouden nauwe contacten met één of meerdere specialistische verenigingen en worden door deze ook erkend. Om lid te kunnen worden van een specialistische vereniging is het vaak noodzakelijk dat men een opleiding gevolgd heeft aan een door die vereniging erkend opleidingscentrum. Dit impliceert dat

we met de leden van specialistische verenigingen ook meteen heel wat oud-opleidingen van specialistische opleidingscentra selecteren. Opleidingen, erkend door ten minste één van de geselecteerde verenigingen, werden daarom niet in onze lijst opgenomen. Zo werden slechts enkele opleidingscentra geselecteerd voor onze enquête. Deze centra hebben ook een eigen vereniging van oud-opleidingen. Verder spreken we daarom enkel van 'verenigingen', bedoelende specialistische verenigingen en verenigingen die aan één opleidingscentrum verbonden zijn.

Eenmaal onze lijst compleet, vroegen we deze verenigingen en centra om medewerking aan de enquête. Meer bepaald vroegen we om zo compleet mogelijke ledenlijsten, inbegrepen erkende of gewone leden, werkende leden, aspiranten, kortom leden onder elk mogelijk statuut en zelfs oud-leden. We waren ons daarbij bewust van de mogelijkheid dat sommige geselecteerde leden geen psychotherapie bedreven. We lieten de verenigingen vrij om leden waarvan zij zeker wisten dat deze niet (meer) actief aan psychotherapie deden, te schrappen van de lijst. Soms hebben we in een ledenlijst zelf geschrapt. Dit was het geval wanneer we de betrokkene zelf kenden en bijgevolg zeker wisten dat deze persoon geen psychotherapie meer bedreef. We hebben ook steeds geopteerd voor Nederlandstalige leden die in België wonen.

Volgende verenigingen of centra bezorgden ons de gevraagde lijst met namen of een adressenbestand: Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie (VVPT), Belgische School voor Jungiaanse Psychoanalyse (BSJP), Gezelschap voor Psychoanalyse en Psychotherapie (GPP), Belgische Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie en Systeeminterventie (BVRGS), Nederlands-Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie (NVAGT), Vereniging voor Systeemtheoretische Psychotherapie (VStP), Vlaamse Vereniging van Psychiaters-Psychotherapeuten (VVPP), Vlaamse Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie (VVCgP), Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie (VVGt), Vlaamse Vereniging voor Perso-psychotherapie (VVP), Vlaamse Wetenschappelijke Hypnose Vereniging (VHYP). In Tabel 1 (zie achteraan het hoofdstuk) vermelden we per vereniging of centrum het aantal namen of adressen dat we van de verenigingen ontvingen en dat aan onze criteria voldeed (A).

Tabel 1

De Belgische School voor Psychoanalyse (BSP) wenste niet mee te werken aan dit onderzoek. Jan Cambien, voorzitter van de BSP, meldde ons in een e-mail aan Germain Lietaer (4 maart 2002): "De Raad van Bestuur is van mening dat psychoanalytici in de enquête geen goed kader vinden om te kunnen weergeven wat hun praktijk essentieel kenmerkt. De vragen van de enquête lijken opgesteld vanuit een achtergrond die niet overeenstemt met de achtergrond van de psychoanalytici van de Belgische School. De

Raad van Bestuur vreest dat de uiteindelijke interpretatie van de resultaten van de enquête geen recht zou kunnen doen aan wat volgens ons essentieel is." De adressen van de effectieve leden van deze verenigingen zijn echter openbaar, zodat we ten minste deze leden konden selecteren. De Belgische Vereniging voor Psychoanalyse (BVP) wenste geen standpunt in te nemen met betrekking tot de enquête, maar we mochten gebruik maken van hun ledenbestand, aldus Rudi Vermote in een e-mail aan Germain Lietaer (23 april 2002): "Na doornemen van de Franstalige versie van de enquête stelt Jacques Delaunoy, voorzitter, dat de houding van het bestuur van de Belgische Vereniging voor Psychoanalyse tegenover de enquête de volgende is: De enquête werd vooral gelezen als een enquête over psychotherapie. Verschillende analytici van de Vereniging doen ook psychotherapie. Er is geen bezwaar om de enquête te verspreiden naar de leden die ter individuele titel beslissen of ze willen meewerken of niet. De Vereniging zelf neemt als Vereniging geen standpunt in." Het Gezelschap voor Psychoanalyse en Psychotherapie (GPP) wenste geen adressen te delen van aspirant-leden of geïnteresseerden. De Belgische Vereniging voor Psychotherapie beschikte bij navraag niet over een actueel ledenbestand. De Academie voor Integratieve Psychologie en de Vereniging voor Relatie- en Bejegeningconsulenten wensten mee te werken en zouden ons elk een adressenbestand bezorgen, maar we hebben deze nooit ontvangen.

Nadat we eenmaal alle namen of adressen hadden gekregen, hebben we ze samengevoegd en 174 dubbele vermeldingen geschrapt. Van het totale aantal van 1729 namen bleven zo 1555 namen over. Dit aantal werd gereduceerd tot 1514 (het beschikbare aantal formulieren) door de achternamen van de leden van de grootste vereniging (VVGT) alfabetisch te rangschikken en de laatste 41 namen te schrappen. Alle adressen werden dan per vereniging alfabetisch geordend op achternaam. Alle namen met een oneven volgnummer werden geselecteerd voor een formulier versie O (Onbevredigend verlopende therapie) en alle namen met een even volgnummer geselecteerd voor een formulier versie B (Bevredigend verlopende therapie). Op deze wijze werden voor elk type formulier 757 namen geselecteerd.

Alle enquêteformulieren werden samen met een brief en een retour-enveloppe (port betaald door de geadresseerde) verzonden, al dan niet in samenwerking met de betrokken verenigingen. Deze verzending gebeurde tijdens de maanden februari, maart en april. Vierentwintig enveloppen werden ongeopend teruggestuurd omdat de betrokkene niet op het vermelde adres woonde. Ter herinnering en ter aanmoediging werd tijdens de daaropvolgende maanden een bericht gepubliceerd in de ledenbladen van de meeste betrokken verenigingen:

ENQUÊTE PSYCHOTHERAPIE

Waarschijnlijk kreeg u de voorbije weken een exemplaar in de bus van de 'Enquête Psychotherapie', een profieltoets en opiniepeiling zoals die in de VS en in heel wat Europese landen met grote

regelmaat worden uitgevoerd. Uit professioneel oogpunt zal het interessant zijn een empirisch-gefundeerd zicht te krijgen op het profiel van uw collega's, bijzonder uit uw eigen vereniging en uit andere oriëntaties.

Deze enquête werd in Nederland reeds uitgevoerd met medewerking van alle belangrijke verenigingen. Als verantwoordelijke voor de enquête in Vlaanderen heb ik nu reeds de medewerking gekregen van bijna alle verenigingen: Gezelschap voor Psychoanalyse en Psychotherapie, Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie, Belgische School voor Jungiaanse Psychoanalyse, Belgische Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie en Systeeminterventie, Vlaamse Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie, Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie, Vlaamse Vereniging voor Perso-psychotherapie, Nederlands-Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie, Vlaamse Wetenschappelijke Hypnose Vereniging, Vlaamse Vereniging van Psychiaters-Psychotherapeuten. Uw vereniging zal uiteraard kunnen beschikken over de onderzoeksresultaten van deze enquête. Deze zijn voor u natuurlijk alleen dan waardevol wanneer voldoende collega's van uw vereniging de enquête beantwoordden. Mag ik u dan ook met aandrang vragen dat u vandaag nog in uw pen kruipt? Mogelijk heeft u dit al gedaan. Alvast bedankt in naam van het onderzoeksteam en van uw collega's psychotherapeuten.

Germain Lietaer

Wij ontvingen 243 ingevulde formulieren versie O en 272 ingevulde formulieren versie B; samen 515 ingevulde formulieren. Eén bevragee, een psychologe, zond haar formulier terug zonder het in te vullen, met de opmerking dat ze op dit moment niet als psychologe werkzaam was. Vierentwintig enveloppen kwamen ongeopend terug omdat de geadresseerde niet op het vermelde adres woonde. Daarvan was meer dan de helft geadresseerd aan leden van de VVGT (n = 13). Daarmee komt de totale eerste steekproef op 1490 enquêtes en is het antwoordpercentage 35%. In Tabel 1 geven we een overzicht van het aantal personen dat we per vereniging hebben aangeschreven (dubbels meegeteld) en dat nooit is teruggekeerd als verkeerd geadresseerd (N).

1.3.1.2. Nederlandstalige Steekproef B: personen die geen lid zijn van specialistische verenigingen

Naast leden van specialistische verenigingen zijn er ook andere personen die hun werk als psychotherapie beschouwen. Sommigen profileren zich expliciet als (zelfstandig werkend) psychotherapeut in folders, bladen of de telefoongids. De Gouden Gids (ITT Promedia, 2001) bleek een geschikt medium om een groot aantal psychotherapeuten te selecteren, ongeacht hun vooropleiding of demografische kenmerken. Onder rubriek 5656, "Psychotherapeuten en psychoanalytici", selecteerden we 304 personen uit de Vlaamse gemeenten, uitgezonderd Brussel Hoofdstad. Van deze 304 personen bleken 111 personen reeds geselecteerd voor steekproef A. Zo bleven 193 personen over voor steekproef B.

Er zijn echter ook personen die hun werk als psychotherapie beschouwen en zich niet laten opnemen in de Gouden Gids. Om ook van deze groep zoveel mogelijk personen op

te nemen in onze tweede steekproef, selecteerden we een aantal beroepsgroepen die wel eens geassocieerd worden met de uitoefening van psychotherapie maar van bepaalde therapie-opleidingen worden uitgesloten. We grepen daarbij de kans om de diversiteit van onze steekproef te vergroten: orthopedagogen, seksuologen, gegradueerden in de psychologie, gegradueerden in de orthopedagogie, ergotherapeuten, gegradueerden in de psychiatrische of sociale verpleegkunde en kinesitherapeuten (licentiaten zowel als gegradueerden). Psychologen en psychiaters hebben we als beroepsgroep uitgesloten. Zij worden van geen enkele therapie-opleiding uitgesloten en kunnen zich in principe, mits het volgen van de juiste opleiding, bij elke specialistische vereniging aansluiten. Psychologen en psychiaters vormen ook het leeuwendeel van de leden in de meeste specialistische verenigingen. We konden er dan ook van uit gaan dat zij ruim de meerderheid zouden vormen in de eerste steekproef.

In de maand mei contacteerden we de beroepsverenigingen van de andere beroepsgroepen en vroegen hen om medewerking aan de tweede steekproef. Elke vereniging was bereid mee te werken, maar geen enkele vereniging kon in haar bestand een selectie maken van leden die hun praktijk als psychotherapie beschouwen. Alle leden van elke vereniging aanschrijven was financieel onmogelijk. Daarom werden volgende vuistregels gehanteerd bij de selectie:

1. Van elke beroepsgroep worden maximum 180 leden geselecteerd. Indien het ledenaantal groter is dan 180 wordt een aselechte steekproef gemaakt van de leden.
2. Indien mogelijk wordt een selecte steekproef gemaakt, zodanig dat de kans op respons hoger wordt dan bij een willekeurige selectie. Deze selectie gebeurt in samenspraak met de contactpersoon van de betreffende vereniging.
3. Indien een selecte steekproef meer dan 180 leden oplevert, wordt uit deze eerste selectie een aselechte steekproef van 180 leden genomen.
4. Indien een selecte steekproef minder dan 180 leden oplevert, wordt deze selectie uitgebreid met een aselechte steekproef uit de resterende leden van de vereniging

Omdat niet elke vereniging bereid was om de namen of adressen van hun leden aan ons bekend te maken, hanteerden we volgende voorschriften voor een aselechte steekproef:

"Indien uw bestand geautomatiseerd is (bvb. in Excel), gebeurt de steekproeftrekking in 2 stappen:

Stap 1. Sorteert uw lijst alfabetisch op straatnaam.

Stap 2. Selecteert het vooraf afgesproken aantal adressen, te beginnen bovenaan uw lijst.

Indien u niet over een geautomatiseerd adressenbestand beschikt (bvb. een aantal lijsten op papier), stellen wij volgende procedure voor:

Stap 1. Rangschikt alle bladzijden op een willekeurige volgorde.

Stap 2. Selecteert op elke bladzijde elk tweede adres. Zo neemt u op de eerste bladzijde het tweede adres, het vierde adres, het zesde adres, enz. U gaat zo verder op alle volgende bladzijden tot u het afgesproken aantal adressen heeft geselecteerd."

De beroepsverenigingen die op een of andere manier hebben meegewerkt, zijn: het Nationaal Verbond der Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen en Vroedvrouwen (NVKVV),

de Nationale Neutrale Beroepsorganisatie voor Vlaamse Verpleegkundigen (NNBVV), de Beroepsvereniging Maatschappelijk Assistenten (BEMA), de Beroepsvereniging Gegradueerden in de Psychologie (BGP), het Vlaams Ergotherapeutenverbond (VE), het Vlaams Kinesitherapeuten Verbond (VKV), de VVO (Vlaamse Vereniging voor Orthopedagogen), de Vlaamse Vereniging voor Seksuologie (VVS), alsook de Nationale Unie der Gegradueerden (NUG). Zoals voor de therapeuten uit de Gouden Gids hebben we waar mogelijk de personen die reeds geselecteerd waren voor de eerste steekproef, verwijderd uit onze selectie. Dit was niet mogelijk voor verenigingen waar we niet over namen of adressen konden beschikken. In Tabel 2 vermelden we per beroepsgroep het aantal geselecteerde leden voor de tweede steekproef (kolom A). Mogelijk bevinden zich onder deze leden dus nog personen die reeds voor de eerste steekproef werden aangeschreven of in de Gouden Gids vermeld staan.

Tabel 2

Het NNBVV had geen enkele mogelijkheid om via hun adressenbestand sociale of psychiatrische verpleegkundigen te selecteren. Wij ontvingen van hen één adres en vroegen niet om méér omdat het NVKVV voor ons reeds 180 personen had geselecteerd. De BEMA kon voor ons slechts 78 personen selecteren (waaronder 20 die in een CGG werken). Het VVS had op het moment van het onderzoek slechts 49 leden die zich bij hernieuwing van hun lidmaatschap expliciet bereid hadden verklaard tot medewerking aan wetenschappelijk onderzoek. Van deze 49 leden bleken 21 personen reeds geselecteerd voor de eerste steekproef. Het VE zag aanvankelijk het nut niet in van een aselechte steekproef uit hun ledenbestand. Een van hun medewerkers beschikte echter over een adressenlijst van ergotherapeuten die zich ooit geïnteresseerd hadden betoond in psychiatrische problematiek. Het VE verkoos een aselechte steekproef te maken uit deze lijst. De VKV selecteerde uit haar bestand leden met interesse voor relaxatietherapie.

De Nationale Unie der Gegradueerden (NUG) verdient speciale vermelding omdat zij zich ingespannd hebben om een voldoende grote selectie te bekomen van gegradueerden in de psychologie en gegradueerden in de orthopedagogie. De NUG werkte samen met de BGP om zoveel mogelijk adressen van gegradueerden in de psychologie te leveren, bij voorkeur van personen die zich tijdens hun studie specialiseerden in het klinische werkveld. Zij kregen daarbij hulp van twee hogescholen: de Hogeschool West-Vlaanderen (departement Vesalius – Oostende) en KATHO (departement IPSOC – Kortrijk). Dankzij de NUG heeft ook de Karel de Grote Hogeschool te Antwerpen formulieren verzonden aan 180 oud-studenten. Het betreft hier gegradueerden in de orthopedagogie, waaronder

zoveel mogelijk personen die zich tijdens hun studie specialiseerden in de bijzondere jeugdzorg.

Alle formulieren werden tijdens de maanden juni en juli met een begeleidende brief verzonden. Daarbij werd gevraagd om de formulieren vóór 15 augustus in te vullen en terug te sturen. In sommige vroeg verzonden brieven werd gevraagd om de formulieren nog vroeger terug te zenden. Wij ontvingen 135 ingevulde formulieren. Eenenvestig enveloppen kwamen ongeopend terug omdat de geadresseerde niet op het vermelde adres woonde of onbekend was. Daarvan waren 14 formulieren verzonden naar een adres uit de Gouden Gids. Een seksuologe meldde ons dat ze deze enquête reeds eerder had ingevuld. Zij was geselecteerd voor de eerste steekproef. Drie leden van het VKV hebben hun formulier blanco teruggestuurd met de expliciete vermelding dat hun werk geen psychotherapie is maar psychomotore therapie of kinesitherapie. Een gegradueerde in de orthopedagogie was net aan een opleiding tot psychotherapeut begonnen, maar beschouwde zichzelf nog niet als psychotherapeute en vulde daarom haar formulier niet in. Een andere gegradueerde in de orthopedagogie vulde haar formulier niet in omdat ze niet meer werkzaam was als orthopedagoge. Een psychiatrisch verpleegkundige stuurde haar formulier terug met de vermelding dat ze geen ervaring had met psychotherapie. Daarmee komt de totale Steekproef B op 1334 personen (179 uit de Gouden Gids en 1155 leden van beroepsverenigingen) en is het antwoordpercentage 10%. In Tabel 2 geven we een overzicht van het aantal enquêtes dat we per vereniging hebben verzonden en dat niet is teruggekeerd als verkeerd geadresseerd, reeds ingevuld of niet van toepassing (N). Merk op dat deze enquête slechts ten dele gericht is verzonden. We hebben zoveel mogelijk personen aangeschreven die in aanmerking "zouden kunnen komen" om de enquête in te vullen. We weten echter niet hoeveel van de aangeschreven personen daarvoor werkelijk in aanmerking kwamen. Het werkelijke antwoordpercentage mag dan ook niet worden berekend op het aantal 'verzonden maar niet onverrichter zake teruggekeerde' formulieren, maar zou moeten berekend worden op het aantal aangeschreven personen die psychotherapie bedrijven. Dit aantal is ons echter niet bekend, maar is zonder enige twijfel veel lager dan 1334.

1.3.2. De Franstalige steekproef

1.3.2.1 Franstalige Steekproef A: leden en belangstellenden van specialistische verenigingen en opleidingscentra

Om een lijst van verenigingen en vormingscentra samen te stellen, zijn wij uitgegaan van de beroepsverenigingen voor psychotherapie die aangesloten zijn bij de Belgische Federatie van Psychologen en ook diegene die terug te vinden zijn in de Franstalige versie van de Sociale Gids. Verenigingen die zich voornamelijk richten tot

groepstherapeuten hebben wij buiten beschouwing gelaten. Vervolgens hebben wij onze lijst uitgebreid met de vormingscentra van de verschillende universiteiten en met de privé-instellingen voor opleiding in psychotherapie die in de Sociale Gids vermeld staan. De meeste vormingscentra onderhouden contacten met één of meerdere beroepsverenigingen. Om hiervan lid te worden, moet men een erkende opleiding hebben gevolgd en/of een bewijs voorleggen van voldoende klinische ervaring.

Wanneer wij eenmaal onze lijst hadden samengesteld, hebben wij contact opgenomen met de verantwoordelijken van die verenigingen en vormingscentra om hun medewerking te vragen voor ons onderzoek. Bij een positief antwoord vroegen wij hun een volledige ledenlijst, met zowel effectieve als kandidaat-leden. Wij beseften wel dat bepaalde geselecteerde leden niet meer aan psychotherapie deden. Daarom lieten wij aan de vereniging de mogelijkheid om de leden die niet in aanmerking kwamen, te schrappen van de lijst. Uitsluitend Franstalige en in België gevestigde leden werden in de steekproef opgenomen, dus niet de personen die wel lid zijn van de vereniging maar in het Groothertogdom Luxemburg of Frankrijk verblijven.

Een aantal verenigingen en vormingscentra bezorgden ons een lijst met namen en adressen. In Tabel 3. groepeeren wij de verenigingen en centra die bereid bevonden werden om aan het onderzoek mee te werken en die ons namen en adressen hebben doorgegeven.

Tabel 3

Volgende verenigingen en vormingscentra zegden hun medewerking toe: de Association Francophone pour la Recherche, l'Enseignement et les Applications de la Musicothérapie, het Institut de Psychologie et Hypnothérapie Stratégique (IPHS), de Ecole Belge de Somatanalyse (EBS), het Institut de Formation et de Thérapie pour Soignants (IFTS), het Institut d'Etudes de la Famille et des Systèmes Humains (IEFSH), de Ecole Belge de Psychanalyse Jungienne (EBPJ), het Centre d'Etudes de la Famille et des Systèmes (CEFS), de Association Francophone de Psychothérapie centrée sur la personne et Expérientielle (AFPCPE), de Société Belge de Psychanalyse (SBP), het Centre de Formation à la Thérapie de Famille (CFTF), L'espace du Possible, l'Association pour l'Etude, la Modification & la Thérapie du Comportement (AEMTC), de Association des Psychologues d'institutions hospitalières (APIH), de Association des Psychologues Praticiens d'Orientation Psychanalytique (APPPSY), de Université Catholique de Louvain (UCL), het Centre de Formation aux Cliniques Psychanalytiques pour Adultes, de Groupe de formation et de recherche en intervention psychothérapeutique systémique & à la

thérapie familiale, de Ecole Belge de Psychanalyse (EBP) en het Centre de Formation Systémique.

Ook de Association pour l'Etude, la Modification et la Thérapie du Comportement (AEMTC) was bereid aan onze enquête deel te nemen, maar haar leden maakten deel uit van de lijst van het DES (Diplôme d'études spécialisées) in psychotherapie aan de Université Catholique de Louvain.

PSYCORPS, de Ecole Belge de Psychothérapie Analytique, de Société Belge d'Hypnose de Langue Française en het Institut Belge de Gestalt-thérapie wensten niet mee te werken aan ons onderzoek. Als reden hiervoor riepen de verantwoordelijken de huidige politieke context in betreffende het statuut van de klinisch psycholoog en van de psychotherapeut. Het Diplôme d'étude spécialisée van de Université Libre de Bruxelles en de Association Belge d'Analyse Transactionnelle (ASSOBAT) waren wel geïnteresseerd in ons onderzoek, maar kregen respectievelijk geen toestemming van de deken van de psychologiefaculteit en geen adressenlijst van de ASSOBAT.

Zodra alle lijsten binnen waren, hebben wij die adressen ingevoerd in een database en de dubbels verwijderd. Van een totaal van 1619 adressen hielden wij er 1550 over.

Alle verenigingen en vormingscentra werden alfabetisch gerangschikt, en binnen elke vereniging werden ook de leden in alfabetische volgorde op naam geklasseerd. Vervolgens selecteerden wij alle namen met een oneven nummer voor een vragenlijst met de versie "traitement insatisfaisant » (Deel 3 van de vragenlijst), de namen met de even nummers kregen een enquête versie « traitement satisfaisant ». Zo hadden wij voor elk type formulier 775 namen. Alle formulieren werden verstuurd met een begeleidende brief en een retourenvelop (port betaald door bestemming). Dit gebeurde in de loop van de maanden maart, april en begin mei.

Tabel 4.

81 enveloppen keerden terug met vermelding « onbekend » of « woont niet langer op dit adres ». In eerste instantie ontvingen wij 101 ingevulde vragenlijsten. Wij stuurden een herinnering per brief om het responspercentage te vergroten. Na deze herinnering kwamen opnieuw 104 ingevulde formulieren binnen.

Uiteindelijk ontvingen wij 205 ingevulde vragenlijsten en 10 niet-ingevulde vragenlijsten met een nota met de reden van weigering. 81 lijsten keerden terug wegens foutief adres. Voor deze eerste enquête halen wij dus op een definitieve

steekproef van 1477 (1558 - 81) verstuurdde vragenlijsten een responspercentage van 14 %.

1.3.2.2 Franstalige Steekproef B: personen die geen lid zijn van specialistische verenigingen

Behalve de leden van gespecialiseerde verenigingen van psychotherapeuten kunnen ook andere vakmensen in het kader van hun werk psychotherapeutische activiteiten uitoefenen. Voor bepaalde onder hen kunnen die zelfs hun hoofdactiviteit vormen. Vaak werken zij op zelfstandige basis en zijn zij in die hoedanigheid terug te vinden in de telefoongids. De Gouden Gids (ITT Promedia, 2001) blijkt een efficiënt instrument om een groot aantal psychotherapeuten op te zoeken, ongeacht hun demografische kenmerken of hun basisopleiding. Onder rubriek 5656, "Psychotherapeuten en Psychoanalytici" vonden wij er voor de Franstalige Gemeenschap, met inbegrip van Brussel Hoofdstad 706. Van die 706 personen lieten wij er 274 buiten beschouwing omdat die reeds in steekproef A waren opgenomen. Zo behielden wij 432 personen voor steekproef B.

Er zijn ook personen die psychotherapeutische activiteiten uitoefenen zonder vermeld te zijn in de Gouden Gids. Om in onze tweede steekproef zoveel mogelijk personen van die groep te bereiken, hebben wij beroepsgroepen opgespoord waarvan vertegenwoordigers mogelijk psychotherapeutische activiteiten in hun werk integreren. Het gaat om orthopedagogen, seksuologen, gegradueerden in de psychologie of orthopedagogie, psychiatrisch en sociaal verpleegkundigen en kinesitherapeuten (zowel licentiaten als gegradueerden). De meeste van deze vakmensen die op psychotherapeutisch vlak actief zijn, waren niet in de eerste steekproef terug te vinden omdat zij uitgesloten worden van bepaalde opleidingen in psychotherapie en bijgevolg ook geen lid zijn van een vereniging van psychotherapeuten.

Voor deze tweede steekproef hebben wij de psychologen en psychiaters buiten beschouwing gelaten. Deze beroepsgroepen hebben toegang tot verschillende opleidingen in therapie en kunnen in principe, mits zij de juiste opleiding volgen, lid worden van gespecialiseerde verenigingen van psychotherapeuten die deel uitmaken van de eerste steekproef.

Om deze steekproef samen te stellen gebruikten wij de volgende strategie:

1. Tijdens de maanden mei en juni spoorden wij de beroepsverenigingen op die de verschillende beroepsgroepen in kwestie vertegenwoordigen. In deze fase al stelden wij vast dat niet alle vakmensen zich verenigen in een georganiseerde beroepsvereniging. Een aantal verenigingen waren net bezig met een reorganisatie

(bijvoorbeeld de vereniging van sociaal assistenten). Andere dan weer waren weinig representatief door hun beperkt aantal leden (< 40).

2. Na hun identificatie hebben wij met deze organisaties contact opgenomen om, na uitleg over het onderzoekskader, hun medewerking te vragen voor deze tweede steekproef.
3. Aan de verenigingen die niet wensten mee te werken, vroegen wij een schriftelijke bevestiging van die weigering, die wij echter niet altijd gekregen hebben.
4. Bij de verenigingen die instemden om mee te werken, gingen wij als volgt te werk:
Verenigingen met < 180 leden: alle leden worden meegerekend
Verenigingen met > 180 leden: wij hebben de verantwoordelijken gevraagd of er leden waren die door hun specialisatie in aanmerking komen voor het uitoefenen van psychotherapeutische activiteiten (bijvoorbeeld psychiatrisch verpleegkundigen):
 - Zo ja, nemen wij deze subgroepen op in onze steekproef, met een maximum aantal van 180.
 - Indien niet of indien de subgroepen meer dan 180 leden tellen, stellen wij een aselechte steekproef op, op basis van alfabetische lijsten om aan 180 individuen te komen.

Sommige verenigingen bezorgden ons hun databases, waarmee wij een adressenlijst konden opstellen. Andere stelden liever zelf een lijst samen en speelden ons de gegevens door van de leden die wij konden aanschrijven. Bepaalde verenigingen vroegen ons vragenlijsten met gefrankeerde omslagen te bezorgen en stonden dan zelf in voor de verzending. In dit laatste geval konden wij er de vakmensen die reeds in de eerste steekproef voorkwamen, niet uitlichten. Tabel 5 vermeldt de verschillende aangesproken beroepsverenigingen met hun afkorting en hun reactie op ons verzoek tot medewerking.

Tabel 5.

De beroepsverenigingen in kwestie zijn: "Fédération Nationale Neutre des Infirmiers de Belgique" (FNNIB), "Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones" (UPBPF), "Société des Sexologues Universitaires de Belgique" (SSUB), "Association des Praticiens en Psychologie Appliquée" (APPA), "Association des Psychologues et des Psychopédagogues travaillant dans les Institutions et Services pour

Personnes handicapées de la Communauté française" (APPSH), "Association des Ergothérapeutes" (AE).

De "Union des Kinésithérapeutes Francophones et Germanophones de Belgique" gaf ons, ondanks haar uitgesproken belangstelling voor ons onderzoek, geen ledenlijst door en wilde ook geen enquêtes ontvangen uit respect voor de privacy van haar leden. Voor onze steekproef hebben wij dan ook dezelfde methode gebruikt als voor de zelfstandige psychotherapeuten, door te werken met de Gouden Gids.

Omdat de beroepsvereniging van Sociaal Assistenten in volle herstructurering was, beschikte zij op dat ogenblik niet over een ledenlijst.

Hierbij valt tevens op te merken dat het ledenaantal van de betrokken verenigingen het vooropgestelde aantal van 180 niet bereikte. In Tabel 6 vermelden wij het aantal leden per beroepsgroep dat in de tweede steekproef zijn opgenomen.

Tabel 6.

Alle formulieren werden in de loop van de maand juli en augustus verstuurd samen met een begeleidende brief en met het verzoek de formulieren in te vullen en ons uiterlijk tegen 15 augustus terug te sturen. Bij het afsluiten van de enquête hadden wij 99 ingevulde formulieren teruggekregen. Wij kregen geen enkele envelop ongeopend terug wegens adresverandering. Er kwamen wel 11 formulieren oningevuld binnen met een nota waarin uitgelegd werd dat die personen geen psychotherapie beoefenden. Voor een steekproef van 1118 personen stemt een hoeveelheid van 99 ingevulde vragenlijsten overeen met een responspercentage van 9 %.

Tabel 6 geeft een overzicht van het aantal vragenlijsten dat wij per vereniging verstuurd. Wij hebben zoveel mogelijk personen aangesproken die in aanmerking k"zouden kunnen komen" om de enquête in te vullen. Wij weten echter niet hoeveel van de aangeschreven personen daarvoor werkelijk in aanmerking kwamen. Voor de berekening van het werkelijke responspercentage mag men derhalve niet uitgaan van het aantal 'verstuurd maar niet teruggekeerde' formulieren, maar moet men zich baseren op het aantal personen binnen de gecontacteerde professionelen die daadwerkelijk psychotherapie beoefenen. Dat precieze aantal kennen wij niet, maar het ligt ongetwijfeld veel lager dan 1118.

1.4. Clustering van variabelen

Vooraleer de data te verwerken, willen we eerst – daar waar mogelijk – het aantal variabelen reduceren via cluster- en/of factoranalyse. Drie subdelen van de Vragenlijst komen daarvoor in aanmerking:

- De lijst van 74 interventies
- De lijst van 40 uitspraken i.v.m. Visie op psychotherapie en op zichzelf als therapeut
- De 24 adjectieven waarmee therapeuten hun stijl van werken met cliënten beschrijven

1.4.1. Lijst van interventies

De interventies werden beoordeeld op een Likertschaal van 1 ("onmiskenaar niet van toepassing" tot 5 ("onmiskenaar wel van toepassing"). De structuur werd – in meerdere versies van de vragenlijst – grondig onderzocht door Trijsburg en medewerkers. Wat betreft de door ons gebruikte versie voor individueel-therapeutische relaties, gebeurde het structuuronderzoek via exploratorische en confirmatorische factoranalyses, dit op een gegevensbestand van 943 volledig ingevulde vragenlijsten. De verschillende therapeutische oriëntaties waren hierin representatief vertegenwoordigd. Trijsburg et al. vonden 12 factorschalen met goede discriminatieve validiteit (Trijsburg, Lietaer, Colijn et al., manuscript ter publicatie aangeboden). Deze schalen – die samen 67 items bevatten – gebruiken we in onze eigen dataverwerking. De schaalcores worden berekend door de itemuitslagen op te tellen en te delen door hun aantal. Hier volgt een overzicht: naast de schaalnaam en de afkorting ervan, geven wij telkens voor elk item een kernwoord aan alsook het nummer in de vragenlijst (zie Bijlage). Wij geven deze benamingen in het engels aangezien we refereren naar een engeltalige publicatie en aangezien deze engelse termen ook als dusdanig in het computerbestand zijn opgenomen.

Facilitative interventions (FAC, 5 items): Empathy (1), Acceptance (11), Involvement (30), Warmth (41), Rapport (52)

Authoritative interventions (AUT, 4 items): Collaboration (62), Direct reassurance (28), Responsibility outside patient (37), Reformulation of problem (67)

Coaching interventions (COA, 7 items): Supportive encouragement (7), Therapist as expert (3), Therapy rationale (9), Explicit guidance (13), Active control (19), Advice and guidance (24), Didactic approach (26)

Directive process interventions (DPR, 5 items): Self-disclosure (17), Exploration of activities (22), Explain direction in session (54), Summarizing (60), Challenging (70)

Structuring interventions (STR, 5 items): Setting and following the agenda (39), Assign homework (44), Review homework (47), Scheduling/structuring activities (56), Self-monitoring (58)

Behavioral interventions (BEH, 4 items): Exploring new ways of behaving with others (33), Therapeutic relationship as a model (71), Skills training (66), Behavioral procedure (72)

Cognitive interventions (COG, 13 items): Cognitive themes (6), Relationship of thoughts and feelings (10), Record and report cognitions (16), Exploring personal meaning of thought (20), Recognizing cognitive errors (25), Identifying underlying assumptions (29), Distancing of beliefs (36), Examine available evidence (40), Prospective testing of a belief (46), Searching for alternative explanations (51), Realistic consequences (57), Adaptive/functional value of beliefs (61), Practicing rational response (69)

Experiential interventions (EXP, 8 items): Emphasizing feelings (14), Subtle guidance (23), Linking interventions to nonverbal cues (32), Focusing on present experience (35), Helping express unexpressed feelings (42), Eliciting feedback from patient (45), Evocative unfolding of problematic reactions (68), Using therapeutic relation to explain reactions towards others (50)

Experiential procedures (EPR, 2 items): Two chair dialogue for conflict splits (53), Empty chair dialogue for unfinished business (64)

Psychoanalytic interventions (PAN, 7 items): Silence (4), Drawing attention to unacceptable feelings (18), Exploration of past experiences (27), Linking present to past (49), Interpretation of defense (55), Interpretation of warded-off wishes, feelings, or ideas (59), Linking therapeutic to other relationships (65)

Psychodynamic interventions (PDY, 4 items): Confrontation (12), Patterns in behavior or experience (34), Patterns in relationships (38), Linking hypotheses (43)

Systemic interventions (SYS, 3 items): Paradoxical intervention (15), Applying ritual (48), Ambiguous assignment (63)

1.4.2. Visie op therapie en op zichzelf: lijst van 40 uitspraken

Bij het opstellen van deze uitspraken die voor het grootste gedeelte attitudes en visies weergeven t.a.v. diverse inhoudelijke en professioneel-politieke aspecten van het psychotherapeutisch bedrijf, lieten wij ons inspireren door meerdere reeds bestaande vragenlijsten (zie referentielijst), door bepaalde actuele topics aangaande het beroep van therapeut en door een aantal aandachtspunten (voornamelijk i.v.m. diagnostiek en beroepsethiek) die vanuit het Ministerie werden naar voren geschoven.

Het gaat om een amalgaam van zeer uiteenlopende thema's, en de vraag stelt zich dan ook in welke mate wij – zonder veel informatieverlies – de 40 items via clustering kunnen reduceren tot een beperkter aantal variabelen. Om hierop een antwoord te vinden pasten we de VARCLUS procedure toe op twee steekproeven: de nederlandse (n=1104) en de vlaamse (n=633). De procedure (uit het statistische pakket

SAS) bestaat uit opeenvolgende principale componentanalyses met schuine rotatie. Het minst unidimensionele cluster – concreet het cluster met de grootste tweede eigenwaarde – wordt gesplitst, zodanig dat de verklaarde variantie gemaximaliseerd wordt. De procedure stopt wanneer een bepaald criterium bereikt wordt. Standaard is dit, indien er geen cluster meer voorkomt met een tweede eigenwaarde groter dan 1.

De twee steekproeven geven telkens andere oplossingen. Bij nader onderzoek blijkt dat het gemiddeld niveau van de intercorrelaties tussen de items vrij laag is. Slechts een fractie van de intercorrelaties bereikt een waarde meer dan $|\ .30 |$. Daarom besloten we – mede op basis van de gegevens uit een complete linkage clusteranalyse – slechts een beperkt aantal clusterschaaltjes te construeren en het grootste gedeelte van de items als afzonderlijke variabelen in de verdere gegevensverwerking op te nemen. Concreet maakten we drie clusterschalen, waarbij de items in *beide* steekproeven minstens $|\ .30 |$ met elkaar intercorreleren en daarnaast duidelijk lager correleren met de andere items. Deze clusters zijn (items: zie Bijlage 1):

Contra protocollen: de items 3-7*-12*-19-28 (gemiddelde intercorrelatie rond .50; Cronbach $\alpha = .84$)

Pro managed care: de items 15* en 30 (intercorrelatie = -.41; Cronbach $\alpha = .59$)

Beroepsvoldoening: de items 16-27*-33 (gemiddelde intercorrelatie rond .33; Cronbach $\alpha = .53$)

De items worden beoordeeld op een 7-puntenschaal, van "helemaal niet mee eens" (1) tot "helemaal mee eens" (7). Binnen de drie clusters worden de uitslagen op de items met een asterisk eerst omgekeerd; daarna worden zij opgeteld en gedeeld door hun aantal.

1.4.3. Stijl van werken met cliënten: 24 adjectieven

Ook hier werd een VARCLUS analyse toegepast op de Nederlandse en op de Vlaamse steekproef. Hier vinden we wel een duidelijke en zinvolle structuur en dit in beide steekproeven. Slechts 3 van de 24 items komen niet in eenzelfde cluster terecht, hetgeen wijst op een hoge structuurstabiliteit. Wij vinden zes clusters. Binnen elk cluster wordt het item met de hoogste lading (in de analyse op beide steekproeven samen) in vet weergegeven

Cluster 1: Aanvaardend (1), Toegewijd (5), Vriendelijk (12), **Betrokken** (15), Verdraagzaam (22), Warm (23) [Cronbach $\alpha = .71$]

Cluster 2: Gezaghebbend (2), Vastberaden (9), Directief (10), **Doeltreffend** (11), Planmatig (17) [Cronbach $\alpha = .69$]
Cluster 3: Koud (4), **Afstandelijk** (8), Gereserveerd (19) [Cronbach $\alpha = .64$]
Cluster 4: Voorzichtig (13), **Zorgend** (16), Beschermend (18) [Cronbach $\alpha = .61$]
Cluster 5: Uitdagend (3), Kritisch (6), **Veeleisend** (7) [Cronbach $\alpha = .51$]
Cluster 6: **Fijnzinnig** (21), Wijs (24) [Cronbach $\alpha = .58$]

Over de drie items die zich verschillend profileerden in de twee analyses, het volgende:

- Het item "Warm" (23) komt in de Nederlandse steekproef in Cluster 1 terecht en in de Vlaamse steekproef in Cluster 3. Aangezien het echter om een uiterst miniem verschil gaat, hebben wij het item toch opgenomen in het positieve Cluster 1.
- Het item "Deskundig" (20) komt in de Nederlandse steekproef in Cluster 2 terecht, maar in de Vlaamse steekproef in Cluster 6. Het gaat hier om een duidelijk verschil in lading. Daarom nemen wij het item afzonderlijk in de analyse mee.
- Het item "Intuitief" (14) komt in de Nederlandse steekproef in Cluster 6 terecht, terwijl het in de Vlaamse steekproef in Cluster 4 terecht komt. In beide steekproeven is zijn lading vrij laag. Vandaar onze beslissing het item afzonderlijk te houden.

Deze items werden beoordeeld op een 7-puntenschaal van "helemaal niet van toepassing" (1) tot "helemaal van toepassing" (7). Binnen de 6 clusters worden de itemuitslagen opgeteld en gedeeld door hun aantal.

1.5. Besluit

Met dit overzicht van het project, de vragenlijst, de steekproeftrekking en de clusteranalyses op een aantal vragenlijstonderdelen, zijn we 'gewapend' om aan de analyse van de resultaten te beginnen. Wij doen dit in de volgende twee hoofdstukken. In Hoofdstuk 2 geven wij de bevindingen weer voor de variabelen die te maken hebben met sociodemografische aspecten, opleiding en werkkader; we vergelijken hierbij de verschillende steekproefsubgroepen (Steekproef A en B in Vlaanderen en de Franstalige Gemeenschap). In Hoofdstuk 3 staan we stil bij de inhoudelijke aspecten van therapie (interventies, visies, werkstijl) en gaan wij enkele verbanden na tussen de variabelen onderling, voor zover zij verder licht kunnen werpen op een aantal vraagstellingen omtrent het beroepsprofiel van de psychotherapeut in België.

Literatuur

- Addis, M. E., & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychotherapists, attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(2), 331-339.
- Hutschemaekers, G., & Neijmeijer, L. (1998). *Beroepen in beweging. Professionalisering en grenzen van een multidisciplinaire GGZ*. Utrecht, Houten: Trimbos Instituut, Bohn Stafleu Van Loghum.
- Norcross, J. C., Karg, R. S., & Prochaska, J. P. (1997). Clinical psychologists in the 1990's. Part I & II. *The Clinical Psychologist, 50*(2), 4-9 & 50(3), 4-11.
- Orlinsky, D., Ambühl, H. et al. (1999). Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research, 9*(2), 127-153.
- Poznanski, J. J., & McLennon (1995). Conceptualizing and measuring counselor's theoretical orientation. *Journal of Counseling Psychology, 42*(4), 411-422.
- Smeerdijk, M. (2000). *Psychotherapie in de praktijk. Een studie naar de enquêtes over de beroepsuitoefening van psychotherapeuten in Nederland*. Niet-gepubliceerde doctoraalscriptie, U. Amsterdam (Leiding: W. Trijsburg).
- Trijsburg, R. W. (1994). Beroep: psychotherapeut. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 49*, 427-433.
- Trijsburg, R. W. (2002). Taxonomie van therapeutische factoren en interventies. Een integratieve visie. In R. W. Trijsburg, S. Colijn, E. Collumbien, & G. Lietaer (Eds.), *Handboek Integratieve Psychotherapie* (pp. 1.4.1.1.-40). Utrecht: de Tijdstroom.
- Trijsburg, R. W., Frederiks, G., Gorlee, M., Klouwer, E., den Hollander, A. M., & Duivenoorden, H. J. (2002). Development of the comprehensive psychotherapeutic interventions rating scale (CPIRS). *Psychotherapy Research, 12*, 287-317.
- Trijsburg, R. W., Lietaer, G., Colijn, S., Abrahamse, R. M., & Joosten, S. (ter publicatie aangeboden). *Construct validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale (CPIRS)*.
- Sundland, D. M. (1977). Theoretical orientations of psychotherapists. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 189-219). New York: Pergamon Press.
- Vandeput, K. (1989). *Opinieonderzoek bij psychotherapeuten. Kritisch overzicht van de literatuur en aanzet tot constructie van een Nederlandstalige vragenlijst*. Niet-gepubliceerde licentiaatsverhandeling, K.U.Leuven (Leiding: G. Lietaer)
- Watkins, C. E., & Watts, R. E. (1995). Psychotherapy survey research studies: Some consistent findings and integrative conclusions. *Psychotherapy in private practice*.

Tabel 1. Nederlandstalige steekproef A: per vereniging het aantal namen als basis voor de eerste nederlandstalige steekproef, alsook het aantal personen (dubbels meegeteld) minus het aantal ongeopend teruggestuurde enveloppen en 41 namen uit VVGT (N).

Vereniging	Naam	A	N
BSJP	Belgische School voor Jungiaanse Psychoanalyse	8	8
BVP	Belgische Vereniging voor Psychoanalyse	12	12
BSP	Belgische School voor Psychoanalyse	24	24
VStP	Vereniging voor Systeemtheoretische Psychotherapie	28	28
VVP	Vlaamse Vereniging voor PESSO-psychotherapie	31	29
GPP	Gezelschap voor Psychoanalyse en Psychotherapie	47	47
NVAGT	Nederlands-Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie	94	94
VHYP	Vlaamse Wetenschappelijke Hypnose Vereniging	102	102
VVPP	Vlaamse Vereniging van Psychiaters-Psychotherapeuten	115	112
VVPT	Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische Therapie	153	152
VVCgP	Vlaamse Vereniging voor Cliëntgerichte Psychotherapie	286	284
BVRGS	Belgische Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie en Systeeminterventie	323	320
VVGT	Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie	506	452
Totaal		1729	1664

Tabel 2. Nederlandstalige steekproef B. Per beroepsgroep de vertegenwoordigende verenigingen, het aantal geselecteerde leden (A) en het aantal verzonden formulieren dat niet onverrichter zake is teruggekeerd (N); aantallen via Gouden Gids.

Beroepsverenigingen	Beroepsgroep	A	N
NVKVV & NNBVV	Gegradueerden in de sociale of psychiatrische verpleegkunde	181	180
BEMA	Sociaal assistenten	78	74
BGP & NUG	Gegradueerden in de psychologie	180	169
VE	Ergotherapeuten	180	178
VKV	Licentiaten en gegradueerden in de kinesitherapie	180	176
VVO	Licentiaten pedagogie, specialisatie orthopedagogie	180	180
NUG	Gegradueerden in de orthopedagogie	180	171
VVS	Licentiaten seksuologie	28	27
SUBTOTAAL		1187	1155
Adressen Gouden Gids		193	179
TOTAAL		1380	1334

Tabel 3. Franstalige steekproef A. naam van de vereniging, sociale zetel en afkorting

Naam	Sociale zetel	Afkorting
Association francophone pour la recherche, l'enseignement et les applications de la musicothérapie	Bruxelles	AFREAM
Institut de psychologie et hypnothérapie stratégique	Bruxelles	IPHS
Ecole Belge de somatanalyse	Namur	EBS
Institut de formation et de thérapie pour soignants	Ransart	IFTS
Institut d'études de la famille et des systèmes humains	Bruxelles	IEFSH
Ecole belge de psychanalyse jungienne	Bruxelles	EBPJ
Centre d'études de la famille et des systèmes	Bruxelles	CEFS
Association francophone de psychothérapie centrée sur la personne et expérimentielle	Bruxelles	AFPCPE
Société belge de psychanalyse	Bruxelles	SBP
Centre de formation à la thérapie de famille	Liège	CFTF
L'espace du possible	Tournai	/
Association des psychologues d'institutions hospitalières	Flawinne	APIH
Association des psychologues praticiens d'orientation psychanalytique	Bruxelles	APPPsy
Diplôme d'étude spécialisée de formation à la psychothérapie de l'Univ.Cath.Louvain	Louvain La Neuve	UCL
Centre de formation aux cliniques psychanalytiques pour adultes	Chapelle aux Champs	CFCP
Groupe de formation et de recherche en intervention psychothérapeutique systémique & à la thérapie familiale	Chapelle aux Champs	/
Ecole Belge de Psychoanalyse		EBP
Centre de formation systémique		

Tabel 4. Franstalige steekproef A. Verenigingen, aantal adressen, aantal verzendingen

Vereniging	Naam	Aantal adressen	Aantal verzendingen
AFREAM	Association francophone pour la recherche, l'ens. et l'appl. musicothérapie	4	4
IPHS	Institut de psychologie et hypnothérapie stratégique	10	10
EBS	Ecole belge de somatanalyse	2	1
IFTS	Institut de formation et de thérapie pour soignants	2	2
IEFSH	Institut d'études de la famille et des systèmes humains	6	2
EBPJ	Ecole belge de psychanalyse jungienne	8	8
CEFS	Centre d'études de la famille et des systèmes	10	10
AFPCPE	Association francophone de psychothérapie centrée sur la personne et expérientielle	29	29
SBP	Société belge de psychanalyse	107	107
CFTF	Centre de formation à la thérapie de famille	4	2
/	L'espace du possible	1	1
APIH	Association des psychologues d'institutions hospitalières	10	9
APPPsy	Association des psychologues praticiens d'orientation psychanalytique	278	264
UCL	Université Catholique de Louvain	502	478
CFCP	Centre de formation à la clinique psychanalytique pour adultes	24	24
/	Groupe form et recherche interv. Psychoth.systémique & théér. familiale	72	64
/	Centre de formation systémique	530	515
EBP	Ecole Belge de Psychanalyse	8	8
	Totaal	1627	1558

Tabel 5: Franstalige steekproef B. Beroep, vereniging, afkorting, sociale zetel en eventuele medewerking

Vereniging	afkorting	Sociale zetel	Samenwerking
Fédération Nationale Neutre des Infirmiers de Belgique	FNNIB	Bruxelles	Ja
Association Catholique du Nursing	ACN	Bruxelles	Neen
Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones	UPBPF	Braine L'Alleud	Ja
Union des Kinésithérapeutes Francophones et Germanophones de Belgique	UKFGB	Montignies sur Sambre	Neen
Société des Sexologues Universitaires de Belgique	SSUB	Ottignies	Ja
Association des Praticiens en Psychologie Appliquée	APPA	Bruxelles	ja
Association des Psycho-Pédagogues de LLN	APPL	Louvain La Neuve	Neen
Association des psychologues et des psychopédagogues travaillant dans les institutions et services pour personnes handicapées de la Communauté Française	APPSH	Vitrival	Ja
Union Professionnelle des Associations Francophones d'Assistants Sociaux	UPAFAS	Bruxelles	Neen
Association des Ergothérapeutes	AE	Bruxelles	ja

Tabel 6: Franstalige steekproef B. Verenigingen, aantal adressen, aantal verzendingen

Bron van de adressen	Aantal leden	Aantal verzonden
Psychotherapeuten vermeld onder rubriek 5656 van de gele bladzijden van promedia	706	432
Fédération Nationale Neutre des Infirmiers de Belgique: catégories psychiatrique et sociale	108	108
Union Professionnelle Belge des Psychomotriciens Francophones	75	75
Union des Kinésithérapeutes Francophones et Germanophones de Belgique - ITT Promedia	5697	180
Société des Sexologues Universitaires de Belgique	83	83
Association des Praticiens en Psychologie Appliquée	500	180
Ass. des psychologues et des psychopédagogues des institutions et services pour personnes handicapées de la Comm.Française	39	39
Association des Ergothérapeutes	49	21
Totaal		1118

Hoofdstuk 2. Belgisch psychotherapeutenprofiel: opleiding en werkkader

Inleiding

Onder een aantal overkoepelende rubrieken bespreken we in dit hoofdstuk de formeel-structurele karakteristieken van de psychotherapeuten die de vragenlijst ingevuld terugstuurden. Het gaat om 304 Franstaligen en 651 Nederlandstaligen, samen 955 respondenten. Telkens vergelijken we hierbij de twee taalgemeenschappen. Waar zinvol vergelijken we tevens Steekproef A en B. Het overgrote deel van de bevindingen wordt in tabellen weergegeven (zie achteraan het hoofdstuk), zodat we ons kunnen beperken tot bondige syntheses met (sobere) commentaar. Soms zullen we ook wel een verwijzen naar gegevens waarvan we het niet te moeite vonden deze in tabellen te verwerken (het zogenaamde 'ruwe basismateriaal').

In de vragenlijst werd hier en daar de mogelijkheid geboden kwalitatieve antwoorden te geven op open vragen. Deze gegevens dienen via inhoudsanalyse verder verwerkt te worden. In beperkte mate hebben wij dit reeds gedaan en in onze tekst verwerkt. Maar toch zijn er ook heel wat kwalitatieve gegevens die wij nog niet (of nog niet grondig) hebben kunnen analyseren voor dit rapport. Detailwerk voor later.

2.1. Sociodemografische kenmerken (zie Tabel 7)

Tabel 7

De leeftijd van de Nederlandstalige therapeuten is duidelijk lager dan deze van de Franstalige therapeuten. Uit het ruwe basismateriaal blijkt dat dit vooral wordt in de hand gewerkt door de uitgesproken lagere leeftijd van de Nederlandstalige therapeuten uit steekproef B: 49 % zijn er jonger dan 40 jaar, terwijl slechts 12 % van de Franstalige subjecten. We stellen een gelijkmatige spreiding vast van de leeftijd. Dit geldt eveneens voor het jaar van afstuderen van de eerst gevolgde basisdiscipline: tussen 1970 en 1999 situeren zich om de vijf jaar telkens ongeveer 15 % van de subjecten. Hetzelfde kan gezegd worden van het aantal jaren beroepservaring: $\bar{X} = 13,8$ jaar, met ongeveer 75 % tussen 5 en 40 jaar; 18 % van de subjecten hebben minder dan vijf jaar ervaring.

In verband met de andere sociodemografische variabelen stellen we vast dat de Nederlandstalige steekproef uit 10 % meer vrouwen bestaat en dat er slechts 2,83 % Nederlandstalige therapeuten in het Brussels hoofdstedelijk gewest wonen; 5,3 % echter

zijn daar werkzaam. Wat de Bevolkingsgroep betreft, valt het hoge % "Andere" op in de Franstalige steekproef. Een inhoudsanalyse leert ons dat het hier niet om 'allochtone' bevolkingsgroepen gaat, maar in hoofdzaak om een zich niet identificeren met de benaming "Wallons" (zoals in de Vragenlijst aangegeven). De meest voorkomende zelf gekozen benamingen zijn: 'Belge', 'Bruxellois', 'Communauté Française'. Verder worden nog vermeld (bij Franstaligen en Nederlandstaligen samen): wereldburger (2x), Européen (5x), Germanophone (4x), Vlaams-Waals (5x), Engels (2x), Duits (2x), Nederlands (4x), Français (2x), Asiatique (1x), Italien (1x), Americain-Belge (1x), Marocain (1x).

2.2. Basisdisciplines en specialistische vervolgoopleidingen

2.2.1. Basisdisciplines

Tabel 8

Tabel 8 geeft een overzicht van de basisdisciplines. Wanneer we ons eerst richten op de therapeuten die slechts één basisdiscipline hebben aangegeven (71,7 % op een totaal van 955 subjecten) valt het volgende op: de licentiaten in de psychologie vormen het leeuwenaandeel met meer dan de helft, en dit nog duidelijk sterker in de Franstalige steekproef dan in de vlaamse. Verder maken de gegradueerden in psychologie, verpleegkunde en maatschappelijk werk samen ongeveer 15 % uit van de respondenten, dit met een duidelijk overwicht in de Nederlandstalige steekproef.

Wanneer we ons richten op het totaal aantal basisdisciplines dat door de respondenten werd opgegeven, blijven de verhoudingen analoog, maar het percentage van de meeste basisdisciplines verlaagt (met uitzondering van de Licentie Seksuologie, die meestal als een tweede diploma wordt verworven). Dit heeft te maken met het feit dat de basisdisciplines die onder de rubriek 'Andere' werden opgegeven, verschuiven van 10 naar 30 %; vooral in de Franstalige steekproef is dit percentage hoog (47 %!). Een intensieve inhoudsanalyse zal moeten uitmaken welke beroepen daar onder vallen. Dit is werk voor later, maar een vluchtige inspectie laat zien dat het hier in meer dan de helft van de gevallen gaat om universitaire diploma's uit de gedrags- en geesteswetenschappen; daarnaast worden ook de beroepsgroepen die via steekproef B werden bevraagd, en niet expliciet in de enquêtelijst waren opgenomen, geregeld vernoemd (kinesithérapie, ergotherapie, gegradueerde in de orthopedagogie).

Het is niet te verwonderen dat de basisberoepen uit de rubriek 'Andere' meer voorkomen in steekproef B dan in steekproef A (en dit duidelijk meer uitgesproken in de

Nederlandstalige steekproef). In steekproef B werden immers therapeuten bevraagd uit de telefoongids die niet noodzakelijk een voor therapie typische basisopleiding hebben gevolgd, alsook een aantal beroepsgroepen die niet op de eerste plaats geïdentificeerd worden als springplank voor een specialistische opleiding tot psychotherapeut. Verder valt op dat in de Nederlandstalige steekproef de gegradueerden in de psychologie en in de verpleegkunde samen 21 % uitmaken van steekproef B, terwijl dit slechts 4 % is in de Franstalige steekproef. Daarentegen komen in beide taalgemeenschappen artsen bijna niet voor in steekproef B, terwijl het percentage licentiaten in de psychologie op de helft valt.

Tenslotte valt nog op dat het gemiddeld aantal basisberoepen per persoon duidelijk hoger ligt in de Franstalige steekproef dan in de Nederlandstalige: het totaal aantal aangegeven basisdisciplines is respectievelijk 566 op een maximaal aantal respondenten van slechts 304 versus 740 op een maximaal aantal respondenten van 651.

2.2.2. Specialistische vervolgoopleidingen

Puntsgewijs bespreken wij de meest in het oog springende bevindingen (zie Tabel 9).

Tabel 9

- *Klinisch psycholoog en psychiater.* Het gaat hier om specialistische opleidingen in de klinische sector, maar nog niet (noodzakelijk) in de psychotherapie. 41 % van de respondenten zijn klinisch psycholoog en 11 % psychiater. Typisch voor de Franstalige steekproef is het groter aantal kinder- en jeugdpsychiaters. Op 3 uitzonderingen na behoren alle psychiaters tot steekproef A. De klinisch psychologen vormen in beide taalgemeenschappen 47 % van steekproef A en slechts 21 (VL) à 27 (FR) % van steekproef B.
- *Persoonlijke therapie en specialistische opleiding in de psychotherapie.* 47 % van de respondenten vermelden persoonlijke therapie (waarvan 60 % 3 jaar of meer) en 80 % vermelden een specialistische opleiding in de psychotherapie van meestal 3 jaar (met een overwicht bij Nederlandstaligen van 84,5 %). Vermoedelijk maakt de persoonlijke therapie in vele gevallen deel uit van de specialistische psychotherapieopleiding. Maar dit is zeker niet steeds het geval. Uit de ruwe basisgegevens (niet in tabel) blijkt immers dat bij de Franstaligen 'Persoonlijke therapie' duidelijk meer voorkomt in steekproef B dan in steekproef A (68 % versus 48 %), terwijl 'Specialistische therapie' duidelijk meer voorkomt in steekproef A dan in steekproef B (79 % versus 52 %). Voor een deel der respondenten uit steekproef

B is 'Persoonlijke therapie' blijkbaar het enige (of althans meest belangrijke) opleidingselement.

- Een opleiding tot *counselor* komt voor het ogenblik slechts zelden voor; het meest toch bij Nederlandstaligen, waarbij 11 % in steekproef B. Ook een specialistische opleiding in de *Gezondheidspsychologie* komt zelden voor.
- Onder de rubriek 'Andere' vallen 33 % van alle opgegeven specialisaties, met een overwicht van 42 % bij de Franstaligen. In beide taalgemeenschappen ligt het % uitgesproken hoger in steekproef B dan in steekproef A: respectievelijk 60 % (FR) en 47 % (VL) versus 34 % (FR) en 25 % (VL). Qua tijdsduur liggen deze specialisaties en vervolgoopleidingen nogal gelijkmatig verspreid over korte, middellange en langerdurende opleidingen. Ook hier zal een nauwkeurige inhoudsanalyse toelaten deze gegevens exact te interpreteren, maar uit een voorlopige inspectie kunnen we toch nu reeds een aantal elementen naar voor halen. Grosso modo kunnen vier categorieën onderscheiden worden:
 - opleidingen buiten de klinische sector: b.v. marketing, statistiek, aggregatie, sociale en culturele antropologie, filosofie, management opleiding, lichamelijke opleiding, leiden van teams
 - psychotherapie-opleidingen die niet strikt aansluiten bij de vier grote oriëntaties: b.v. autogene training, hypnose, transactionele analyse, psychodrama, bio-energetica, directieve therapie, psychosomatische relaxatie, psychosynthese, bonding, kortdurende therapie, oplossingsgerichte psychotherapie
 - opleidingen uit het 'alternatieve circuit': b.v. sofrologie, shiatzu, rebirthing, transpersoonlijke therapie, voetreflexmassage, haptonomie, acupunctuur, NLP, ademtherapie, tantra, bloesemtherapie
 - psychotherapeutische vorming in specifieke problematieken en processen: b.v. groepspsychotherapie, milieutherapie, eetstoornissen, dadershulp, EMDR, supervisie, rouwbegeleiding, autisme, scheidingsbemiddeling, forensische psychologie, kankerpatiënten, jeugdhulpverlening, stotteren, dissociatieve stoornissen, innerlijke criticus, Goldsteinmethode. Vermoedelijk gaat het hier dikwijls (zij het niet altijd) om mini-bijscholingen van het kortere type.

Alles samengenomen blijkt uit dit overzicht dat een zeer hoog percentage van onze respondent-psychotherapeuten goed en langdurig gevormd is en zich in de loop van hun carrière nog verder bijschoolt. Er is echter ook een – moeilijk precies te achterhalen - % wiens opleiding niet voldoet aan de heden ten dage gangbare criteria.

2.3. Werkverdeling en werkring

Tabel 10

Tabel 11

De gegevens qua werkverdeling (Tabel 10) liggen grosso modo in de lijn van de verwachting. Er zijn ook weinig systematische verschillen tussen de twee taalgroepen.

Enkele opvallende vaststellingen:

- Wat betreft de totale tijd die per week besteed wordt aan beroepsmatige activiteiten is er een grote variatie: van 9 % der therapeuten die maximaal halftime werkt tot een ruime 18 % die meer dan 50u. per week werkt.
- 80 % van de respondenten doet in het geheel niet of minder dan 10 u. per week aan diagnostiek
- De modus van therapeutische activiteiten ligt in de categorie 10-19u.
- Consultatie- en begeleidingsactiviteiten, Management en Research/schrijven zijn weliswaar nooit hoofdactiviteiten maar vormen elk op zich toch voor 32 à 44 % van de psychotherapeuten een mini-onderdeel (tot 9u. per week) van hun werk
- Bijna één op vier therapeuten besteden minstens 60u. per jaar aan het geven van opleiding. Bijna 40 % krijgt minstens 60u. per jaar nascholing, en bijna 80 % minstens 20u.
- Binnen de therapeutische werkzaamheden vormt individuele therapie met volwassenen voor de helft van de therapeuten minstens 70 % van hun werk. Voor de andere therapiemodaliteiten zijn er 54 à 71 % van de therapeuten die deze therapievormen niet beoefenen, maar toch nog 21 à 36 % die er tot maximum 29 % van hun therapieactiviteit aan besteden. Het feit dat Deel 3 van de enquête gericht was op de beschrijving van een casus van individuele therapie met een cliënt van minstens 15 jaar, heeft ongetwijfeld meegebracht dat de beoefening van de andere therapiemodaliteiten in onze steekproefgegevens minder goed uit de verf komt.
- In beide taalgemeenschappen is de antwoordcategorie 'Geen' 10 tot 17 % hoger in steekproef B dan in steekproef A voor wat betreft: Diagnostiek en Intake, Management en Nascholing geven. Bij de Franstaligen is dit bijkomend nog het geval voor Begeleiding/Consultatie. Een hoger % vrijgevestigden en een hoger % Gegradueerden in steekproef B is wellicht verantwoordelijk voor deze verschillen.

In welke settings werken de psychotherapeuten? Tabel 11 biedt hiervan een overzicht. Wij maken een onderscheid tussen de primaire werkring en de - eventueel –

secundaire werkkring. Binnen de primaire werkkring in de totale steekproef zijn de meest bezette settings: de universitaire, algemene en (vooral) psychiatrische ziekenhuizen (samen 25 %); de centra voor GGZ (15 %) en de eigen praktijk (29 %). Verder zijn er nog twee rubrieken 'Anders', die samen 16 % van de vermelde werkkringen vertegenwoordigen. Over welke werkkringen het hier precies gaat, zal uit een later uit te voeren inhoudsanalyse moeten blijken. Tussen de Nederlandstalige en de Franstalige Gemeenschap merken we weinig zeer uitgesproken verschillen. Bij de Nederlandstaligen zijn een hoger % psychotherapeuten werkzaam in psychiatrische ziekenhuizen en in centra GGZ. In de Franstalige gemeenschap ligt het % hoger in de dagcentra, de gezinsvervangende tehuizen en in de eigen solo-praktijk. Als verschillen tussen steekproef A en B valt voor beide taalgemeenschappen het volgende op: in steekproef B een duidelijk lager % in de 'Universitaire, algemene en psychiatrische' ziekenhuizen' (vooral in de Franstalige groep), alsook in de centra GGZ; daarentegen een dubbel zo hoog % in 'Eigen praktijk'.

Richten we onze aandacht op de secundaire werkkring, dan zien we volgende verschuivingen: een verlaging van 25 % naar 5,5 % in de drie types ziekenhuizen samen, een verlaging van 15 % naar 6 % in de centra GGZ, en een verhoging van 29 % naar 56,5 % in de eigen praktijk. De ambulante sector stijgt van 54 naar 77 %. Ongeveer één derde van de respondenten vermeldt een secundaire werkkring. Het gemiddeld aantal uren therapeutisch werk bedraagt er 8,5 terwijl het in de primaire werkkring 16,5 bedraagt.

2.4. Therapeutische oriëntatie

We beschikken over heel wat gegevens die ons informatie verschaffen over het psychotherapeutische verenigingsleven, over de oriëntatie van therapeuten en over hun houding ten aanzien van eclecticisme en psychotherapie-integratie. Achtereenvolgens belichten we deze drie thema's.

2.4.1. Lidmaatschap van psychotherapieverenigingen

Uit Tabel 12 blijkt het volgende:

- België beschikt over een rijk gevarieerde waaier van psychotherapeutische verenigingen: in beide taalgebieden een 15-tal. De aantallen in de totale steekproef tonen ons dat de vier grote paradigma's goed vertegenwoordigd zijn (precieze percentages komen aan bod onder punt 4.2.). Daarnaast zijn er ook een paar verenigingen met focus op een specifieke behandelprocedure (VHYP en GPABAT), alsook - in de Franstalige Gemeenschap – twee verenigingen met focus op de setting

(APIH en APPISHCF). Tenslotte zijn er ook nog twee oriëntatie-overkoepelende verenigingen: de Belgische Vereniging voor Psychotherapie en de Vlaamse Vereniging van Psychiaters-Psychotherapeuten.

- Bijkomend worden nog heel wat 'Andere verenigingen' vermeld die niet in onze lijst waren opgenomen: 230 of 18 % op het totaal van alle vermelde verenigingen (waarvan de grote meerderheid in de Franstalige steekproef). Een inspectie van deze kwalitatieve gegevens laat zien dat het hier in meer dan twee derde van de gevallen gaat om: verenigingen die niet strikt op psychotherapie gericht zijn (zoals: FBP/BFP, Société des sexologues universitaires belges, VVKP, Vlaamse vereniging voor gezondheidspsychologie, Vlaamse vereniging seksuologie, Société belge francophone de psychiatrie infantine); Europese of internationale psychotherapieverenigingen (zie verder); verenigingen voor systeemtherapie die ondertussen deel uitmaken van de overkoepelende BVRGS/ABTFRIS. Verder worden onder meer nog volgende therapieverenigingen vermeld (opsomming niet exhaustief): Ecole de la cause freudienne; Association pour la recherche en psychotherapie psychanalytique, Institut du champ freudien, Société belge d'analyse bioenergétique, Institut Milton Erikson, Association belge de psychodrame, Collège de Gestalt therapie, Société belge de relaxation et de sophrologie, Association des psychompriciens, Balintgroep Limburg, Vlaams instituut voor transactionele analyse, EMDR werkgroep.
- 186 respondenten – d.i. 19 % - zijn geen lid van een psychotherapievereniging; meer dan de helft daarvan maakt deel uit van steekproef B. Daarnaast zijn er 250 respondenten die lid zijn van minstens twee verenigingen (overkoepelende verenigingen niet meegerekend). Er werd ook gevraagd naar lidmaatschap van internationale verenigingen. Er werden 163 dergelijke lidmaatschappen vermeld. Het gaat hier bijna steeds om Europese of internationale koepelverenigingen van Belgische verenigingen waar men lid van is.
- Een vergelijking van de twee taalgebieden laat zien dat de verdeling over de hoofdoriëntaties zeer ongelijk is: waar bij de Nederlandstaligen de vier oriëntaties grosso modo gelijk vertegenwoordigd zijn, domineert in de Franstalige Gemeenschap de psychoanalytische richting, gevolgd door de systeemtherapeutische richting. De gedragstherapie en vooral de cliëntgericht-experientiële psychotherapie vormen er een duidelijke minderheid. Gezien de aard van de steekproeftrekking, zouden we verwachten dat het aantal lidmaatschappen laag is in steekproef B ('Andere verenigingen' niet meegerekend). Dit is duidelijk het geval in de Nederlandstalige steekproef, maar eigenlijk toch veel minder scherp in de Franstalige steekproef. Wellicht heeft dit veel te maken met het feit dat de Nederlandstalige steekproef A hoofdzakelijk werd samengesteld op basis van ledenlijsten van verenigingen, terwijl dit

in de Franstalige steekproef vooral gebeurde op basis van ledenlijsten van opleidingsinstituten.

- Aan de psychotherapeuten werd tevens gevraagd een volgorde van belangrijkheid aan te geven. Wanneer we per vereniging het aantal 'meest belangrijke' lidmaatschappen vergelijken met het totaal aantal vermelde lidmaatschappen, zien we iets van de 'gehechtheidsgraad' van de verenigingen. Ons beperkend tot de verenigingen met minstens 10 vermelde lidmaatschappen, hebben volgende zes verenigingen de hoogste gehechtheidsgraad (tussen 88 en 69 %; zie Tabel 12): VCgP, VVGT, VGVPT-k, NVAGG, AEMTC en BVRGS/ABTFRIS.
- Ook werd het type lidmaatschap bevroegd: belangstellende, aspirant lid, gewoon of werkend lid. Voor het totaal van alle opgegeven lidmaatschappen (n=1125) is het percentage 'gewoon/werkend lid' 64. Het feit dat ook therapeuten-in-opleiding werden uitgenodigd om aan het onderzoek deel te nemen, verklaart ongeveer 20 % van de niet voltooide opleidingen. Maar blijkbaar zijn er daarnaast nog een 15 % die niet aan alle criteria voldoen om gewoon lid te worden. In de universitaire opleidingen heeft dit dikwijls te maken met het niet afwerken van het specialisatieverslag. Verenigingen met minder dan 50 % gewone of werkende leden in onze steekproef zijn: BVP/SBP, BSP/EBP, BSJP/EBPJ en AFPCPE.

2.4.2. Psychotherapeutische oriëntatie

De psychotherapeutische oriëntatie werd op twee manieren bevroegd: aan de hand van 17 adjectieven die naar een bepaalde oriëntatiegebonden denkwijze verwijzen (met de mogelijkheid er nog andere adjectieven aan toe te voegen); anderzijds door – aansluitend bij de grote paradigma's – te vragen één hoofdoriëntatie te kiezen uit een reeks van vijf (zij het ook wel met de mogelijkheid er andere aan toe te voegen). Tabel 13 biedt een overzicht van de eerste bevragingmethode. De therapeuten werden gevraagd maximum 4 oriëntaties aan te geven en ze te rangordenen in volgorde van belangrijkheid voor zichzelf. In Tabel 14 worden enerzijds de hoofdoriëntaties weergegeven, anderzijds de andere oriëntaties waarmee men de eigen hoofdoriëntatie eventueel combineert. In Tabel 15 wordt het verband getoond tussen hoofdoriëntatie en de belangrijkste therapeutische denkwijze (uit Tabel 13), alsook het verband tussen basisdiscipline en hoofdoriëntatie. Uit dit alles komt het volgende naar voor:

Tabel 13

Tabel 14

Tabel 15

- In de totale steekproef zijn de vier grote paradigma's (waarbij we 'gedragstherapeutisch' en 'cognitief' samen nemen) vrij evenwichtig vertegenwoordigd: in de verschillende Tabellen schommelen de percentages tussen 15 en 28.
De verschillen tussen de Nederlandstalige en de Franstalige Gemeenschap zijn groot, met uitzondering van de systemische therapie. Psychoanalytisch/psychodynamische therapie vertegenwoordigt ongeveer 40 % in de Franstalige steekproef en ongeveer slechts 20 % in de Nederlandstalige steekproef. Bij de cognitief-gedragstherapeutische richting en de cliëntgericht-experientiële richting is het omgekeerd: respectievelijk ongeveer 18 en 28 % bij de Nederlandstaligen, slechts 10 en 9 % in de Franstalige Gemeenschap.
- Wat betreft de keuze van de tweede meest belangrijke richting (Tabel 13) stellen we vast dat een aantal kleine categorieën verdubbelen in percentage (Experientiële, Cognitief, Psychodynamisch) terwijl een aantal grote categorieën (Psychoanalytisch, Systemisch) meer dan halveren. Gestalt is hierop een uitzondering: als kleine categorie valt zij toch op minder dan de helft.
- Opvallend voor steekproef B in de Franstalige Gemeenschap is het hoge percentage 'cliëntgericht-experientiële' (26 %; zie Tabel 13).
- De hoofdoriëntaties worden op een 'logische' wijze ingevuld door de meer specifieke oriëntatielabels (zie Tabel 15). Dit laat ons toe bij verdere vergelijkingen van oriëntaties te werken met de vier hoofdcategorieën.
- Artsen zijn het sterkst vertegenwoordigd in de psychoanalytisch/psychodynamische hoofdoriëntatie, gegradueerden in de systemische hoofdoriëntatie, terwijl de psychologen meer gelijkmatig verdeeld zijn over de vier paradigma's.

2.4.3. Houding ten aanzien van eclecticisme en psychotherapie-integratie

- In tegenstelling tot wat men vindt in Amerikaanse opiniepeilingen, geven slechts weinig Belgen 'Eclectisch' of 'Integratief' aan als hun belangrijkste oriëntatie: beide labels samen vormen in de volledige steekproef slechts 6,1 % (zie Tabel 13). Bij de Nederlandstaligen is dit percentage echter duidelijk hoger dan in de Franstalige Gemeenschap: 7,8 % versus 2,3 %; en in de Nederlandstalige steekproef B is dit percentage dubbel zo hoog als in de Nederlandstalige steekproef A. Uit Tabel 15 valt verder af te leiden dat deze eclecticische en integratieve therapeuten gelijkelijk verspreid zijn over de vier hoofdoriëntaties, met uitzondering van de integratieve therapeuten in de cognitief-gedragstherapeutische hoofdoriëntatie: zij zijn er duidelijk minder vertegenwoordigd dan de eclecticici.

- In Tabel 14 wordt aangegeven in welke mate wat met wat gecombineerd wordt. De psychoanalytici combineren relatief het minst, maar toch nog heel wat. De systeemtherapie staat bij hen duidelijk vooraan als 'partner' met 40 %; gedragstherapie maakt slechts 7 % uit van hun combinaties. Ook bij de gedragstherapeuten en cognitieve therapeuten staat de coalitie met systeemtherapie voorop, terwijl de keuze van psychoanalytische en van cliëntgericht-experientiële psychotherapie slechts op de helft ligt. Bij systemische en cliëntgericht-experientiële psychotherapie daarentegen liggen de keuzes gelijkmatig verspreid over de andere oriëntaties. Analytici en gedragstherapeuten kiezen elkaar dus het minst, terwijl systeemtherapie door iedereen wordt gekozen en relatief het meest nog door analytici.
- Daarnaast werd aan de therapeuten gevraagd te beoordelen in welke mate ze integratief en eclectisch werken, van 'helemaal niet' tot 'uitsluitend' (5). De Pearson correlatie tussen deze twee items is slechts 0,25 hetgeen laat vermoeden dat beide termen hun eigen connotaties hebben. De gemiddelden zijn 2,93 voor eclectisch en 3,15 voor 'integratief', met een lichte meerderheid dus in de positieve richting. De extreem positieve score '5' wordt echter zelden toegekend: 3,8 % voor 'eclectisch' en 6,2 % voor 'integratief'. Tussen de beide taalgemeenschappen is er qua eclecticisme een uitgesproken verschil: 17 % Franstaligen geven de score 'helemaal niet', terwijl slechts 9 % Nederlandstaligen; 40 % Nederlandstaligen geven een duidelijk JA-antwoord (uitslag 4 of 5), terwijl slechts 28 % Franstaligen. In Deel 4 van de vragenlijst wordt ook een item beoordeeld over dit thema (op een schaal van 1 tot 7): "Op termijn zullen meer integratieve behandelingsvormen de overhand krijgen. De afzonderlijke scholen zullen daarbij meer een rol op de achtergrond spelen". Dit item krijgt een gemiddelde van 4,47 met 17 % duidelijke NEE-antwoorden (uitslag 1 of 2) en 34 % duidelijke JA-antwoorden (uitslag 6 of 7).

2.5. Interdisciplinaire samenwerking

De interdisciplinaire samenwerking met andere beroepsgroepen werd vrij grondig bevraagd aan de hand van volgende aspecten:

- Frequentie van het contact: geen; dagelijks/wekelijks; enkele keren per jaar
- Al of niet tevreden over deze contacten?
- Beleving van de hiërarchische positie in deze contacten: ondergeschikt; gelijkwaardig; bovengeschikt
- Richting van verwijzen: van de ander naar mij; van mij naar de ander; in beide richtingen.

Deze aspecten werden bevraagd voor de primaire en (eventueel) secundaire werkring afzonderlijk. We beperken ons hier tot de primaire werkring. Eerst geven we de

resultaten weer voor de volledige steekproef. Daarna bekijken we de resultaten meer gedifferentieerd voor drie beroepsgroepen die met een voldoende hoog aantal in de steekproef vertegenwoordigd zijn (en samen 82 % van de volledige steekproef vormen): Artsen (bijna allen psychiaters), Psychologen (meestal met een opleiding als klinisch psycholoog) en Gegradueerden (Verpleegsters, Sociaal werkers en Assistent psychologen).

2.5.1. Globaal overzicht

Tabel 16

Uit Tabel 16 blijkt het volgende:

- *Frequentie contact*

- Het percentage 'Geen contact' met Huisarts, Psychiater en Psycholoog ligt tussen 25 en 33. Voeg daar nog de percentages 'Enkele keren per jaar' aan toe, dan kunnen we vermoeden dat één vierde tot één derde van de psychotherapeuten vrij geïsoleerd hun therapeutisch werk verrichten.
- Binnen deze drie beroepsgroepen hebben de huisartsen een speciale positie: slechts 15 % intensief contact (dagelijks/wekelijks), terwijl dit voor het contact met psychologen en psychiaters 43 à 46 % bedraagt.
- De contactfrequentie met verpleegkundigen, kinesitherapeuten en opvoeders ligt beduidend lager (cfr. hun hoog % 'Niet van toepassing'), maar niet met sociaal assistenten: het intensieve contact met hen (cat. 1) bedraagt 47 %, net zoals met psychiaters en psychologen.
- De psychotherapeuten kregen ook de kans andere, niet in de vragenlijst opgenomen beroepsgroepen op te geven waarmee zij in contact komen. Slechts 23 % van de respondenten vermeldden andere beroepsgroepen en slechts 15 % van deze contacten zijn intensief (zie Andere 1). Het lijkt ons toch interessant een overzicht te geven van deze beroepsgroepen. Wij deden hiervoor een inhoudsanalyse op alle beroepen die werden vermeld onder primaire en secundaire werkkring samen en berekenden hun frequentie van vermelding. Bij respondenten met secundaire werkkring kunnen er dus 'dubbels' in vervat zijn. Er zijn vier beroepsgroepen die zeer frequent vermeld worden: geneesheer-specialist (n=76), ergotherapeut (n=72), logopedist (n=56) en leerkracht/schooldirectie (n=40). Meer dan 10 maal worden vermeld: Psychomotore/bewegingstherapeut (n=23), advocaat/jurist (n=21), Criminoloog/justitieel assistent/politie (n=20), Creatief therapeut (n=14), Diëtist (n=12), Orthopedagoog (n=11), Leerlingbegeleider (CLB)/studieadviseur (n=10), Assistent psycholoog (n=10). Tenslotte worden 3 à 9 maal vermeld: Psychotherapeut (soms met specifieke focus: b.v. hypnotherapeut, dramatherapeut,

non-verbale therapeut), Huwelijksconsulent/gezinsbege-leider, muziektherapeut, Pastor/lekenraadgever, Sociotherapeut, Thuisbegeleiding, Sexuoloog, Osteopaat.

- *Tevredenheid.* Het percentage ligt bijzonder hoog, zij het t.a.v. huisartsen en psychiaters iets minder hoog (84 %).
- *Hiërarchie.* Wat hier gemeten wordt is de subjectieve beleving van gelijkwaardigheid (niet van gelijkheid). Als centrale bevinding komt een hoge graad van gelijkwaardigheidsbeleving naar voren: tussen 64 en 93 %. Toch een paar markante verschillen: 23 % van de respondenten voelt zich ondergeschikt t.a.v. de psychiaters terwijl dit % minstens de helft lager ligt t.a.v. alle andere beroepen. Het percentage respondenten dat zich bovengeschikt voelt ligt steeds onder 16 % (en t.a.v. huisartsen, psychiaters en psychologen tussen 4 en 6 %), maar t.a.v. verpleegkundigen en opvoeders bedraagt het percentage 24 à 28 %.
- *Richting van verwijzing.* Met uitzondering van de huisarts en de kinesitherapeut, ligt het wederzijds doorverwijzen tussen 45 en 68 %, met als "topper" de doorverwijzing van en naar de psycholoog (68 %). Opvallend voor huisarts, verpleegkundige en opvoeder is het hoge percentage (39 à 45 %) eenrichtingsverwijzing naar de psychotherapeut (van welke basisdiscipline ook). Verder is van alle beroepsgroepen het percentage eenrichtingsverwijzing naar de kinesitherapeut het hoogst.

2.5.2. Differentiatie in functie van basisberoepen

Tabel 17

Tabel 18

Tabel 19

Hoogstwaarschijnlijk liggen de verhoudingen anders al naargelang het om therapeuten gaat met een verschillend basisberoep. Vandaar deze afzonderlijke analyses. Ons beperkend tot de meest in het oog springende verschillen, stellen we het volgende vast.

- *Frequentie van contact* (Tabel 17). Typisch voor de artsen is hun duidelijk hoger % intensieve contacten (cat. 1) met huisartsen en verpleegkundigen en hun duidelijk lager % intensieve contacten met opvoeders. Verder is hun contact met andere

beroepsgroepen (zie vooral 'Andere 1') duidelijk lager dan bij psychologen en gegradueerden. Typisch voor de psychologen is hun vrij hoog percentage 'Geen contact' (cat. 0) met huisartsen (37 %). De gegradueerden verschillen niet systematisch van de artsen en psychologen, behalve wat betreft hun maandelijkse contacten (cat. 2) met huisartsen die ongeveer 10 % hoger liggen.

- *Tevredenheid en hiërarchische verhouding*

- De tevredenheid over de contacten vertoont geen noemenswaardige verschillen tussen de basisdisciplines (vandaar geen afzonderlijke tabel). Enkel dient vermeld dat de tevredenheid van psychologen en gegradueerden over hun contacten met psychiaters 10 à 12 % lager ligt dan de tevredenheid van de artsen zelf over de contacten met hun beroepsgenoten (81 & 83 % versus 94 %).
- Ten aanzien van de contacten met huisarts en psycholoog valt op dat de verschillen inzake hiërarchiebeleving tussen de drie basisberoepen klein blijven. Wel is het zo dat psychologen en gegradueerden zich in respectievelijk 24 en 35 % van de gevallen ondergeschikt voelen aan de psychiater.
- Ten aanzien van verpleegkundigen, sociaal assistenten, kinesitherapeuten en opvoeders zijn er wel drastische verschillen in beleving: artsen voelen zich in 40 à 50 % bovengeschiedt, psychologen in 12 à 28 % en gegradueerden in 6 à 17 %.

- *Richting van verwijzen.* Opvallend voor artsen is hun lager % wederzijdse verwijzing t.a.v. psychologen, verpleegkundigen en opvoeders. Verder stellen we vast dat een hoog percentage onder hen cliënten verwijst naar kinesitherapeuten en naar 'andere beroepsgroepen', maar dat het omgekeerde slechts minimaal gebeurt. Bij psychologen is de wederzijdse verwijzing van en naar kinesitherapeuten duidelijk hoger dan bij artsen en gegradueerden. Bij gegradueerden is het wederzijds verwijzen t.a.v. verpleegkundigen en sociaal assistenten duidelijk hoger dan bij artsen en psychologen. Verder valt op dat veel opvoeders eenzijdig naar hen doorverwijzen (53 %), maar niet omgekeerd. Tenslotte is het 'verwonderlijk' dat zij nooit eenzijdig naar verpleegkundigen doorverwijzen terwijl verpleegkundigen dit wel doen in 45 % van de gevallen.

2.6. Cliënten en therapieën

In deel 3 van de vragenlijst (Steekproef A) werd gevraagd één concrete therapie te beschrijven. Hierbij werd – ten einde voldoende variabiliteit en representativiteit te bekomen – aan de helft van de therapeuten gevraagd een bevredigend verlopende therapie te beschrijven, aan de andere helft een moeizaam verlopende therapie. De

gegevens die we op die wijze verzamelden laten ons toe een beeld te schetsen van het type cliënten waarmee psychotherapeuten werken, alsook enkele structurele aspecten in kaart te brengen van de betrokken therapieën.

2.6.1. Cliënten: sociodemografische kenmerken

Tabel 20

Tabel 20 laat ons zien dat de cliënten nogal evenwichtig verdeeld zijn over de verschillende categorieën. Qua leeftijd echter is slechts 9 % ouder dan 50 en qua opleidingsniveau maken cliënten met hoger onderwijs 40 % uit van de steekproef. Tussen de Nederlandstalige en de Franstalige Gemeenschap treffen we volgende verschillen aan: 60 % mannelijke cliënten in de Franstalige Gemeenschap versus slechts 37 % bij de Nederlandstaligen; in de Franstalige Gemeenschap 7 % meer universitair geschoolden en 7 % minder cliënten die geen inkomsten hebben; 10 % meer gehuwden bij de Nederlandstaligen en 7 % meer ongehuwd samenwonenden in de Franstalige Gemeenschap.

Qua bevolkingsgroep (niet in tabel) vinden wij in de Franstalige Gemeenschap opnieuw een hoog % 'Andere', nl. 22 %. Voor meer dan de helft gaat het echter om Brusselaars of 'Belgen'; de resterende cliënten behoren bijna uitsluitend tot landen van de Europese Unie, met klemtoon op Italië en Frankrijk. Bij de Nederlandstaligen worden 5 % 'Anderen' aangegeven, waaronder een aantal tweetalige Belgen en een 10-tal Nederlanders. Voor beide taalgemeenschappen samen zijn er slechts een 5-tal cliënten van buiten de Europese Unie, waaronder 3 Marokkanen. Bijzonder weinig allochtonen vinden dus de weg naar onze psychotherapeutische dienstverlening. 98 % van de therapieën gebeuren in het Nederlands of het Frans, en enkele in het Duits of het Engels.

2.6.2. Cliënten: DSM classificatie (Tabel 21)

Tabel 21

Binnen As I staan stemmings- en angststoornissen duidelijk op de voorgrond; binnen As II de persoonlijkheidsstoornissen uit cluster B en C, alsook de categorie 'Geen diagnose'. Wat betreft de GAF-score valt op dat meer dan de helft van de Franstalige respondenten deze niet hebben aangegeven en bij de Nederlandstaligen ook slechts 69 %. Wellicht bij gebrek aan vertrouwdheid met deze DSM index?

Wat betreft het verschil tussen de twee taalgemeenschappen valt vooral het hoger % stemmingsstoornissen op bij de Nederlandstalige cliënten; wellicht co-varieert dit met het hoger % vrouwelijke cliënten? Verder vinden wij nogal wat hogere percentages bij de Franstalige cliënten, onder meer op: schizofrenie en andere psychotische stoornissen, angststoornis, somatoforme stoornis, seksuele stoornis, eetstoornis, slaapstoornis, impulscontrolestoornis, uitgestelde diagnose, persoonlijkheidsstoornis uit cluster A en persoonlijkheidsstoornis NAO. Bij de Nederlandstalige cliënten valt vooral het hogere % 'Geen diagnose' op binnen As II. Misschien hebben deze verschillen te maken met het feit dat een hoger percentage van de Nederlandstalige respondenten in de ambulante sector werkt (zie Tabel 11).

2.6.3. Therapieën: fase en duur (Tabel 22)

—————
Tabel 22
—————

Ruim twee derden van de beschreven therapieën komt uit de primaire werkring en uit de middenfase van therapie. Het aantal zittingen varieert sterk, met ongeveer 12 % therapieën die een sessie-aantal hebben boven de tachtig. Het gaat dus om een zeer schuine distributie die dan ook het grote verschil verklaart tussen het rekenkundig gemiddelde en de mediaan. Opvallend is ook dat het percentage met sessies onder de 16 bij de Franstaligen 10 % lager ligt terwijl hun percentage therapieën uit de beginfase 7 % hoger ligt; Het concept "beginfase" blijkt dus een relatief begrip te zijn. Analoge bevindingen treffen wij aan in de gegevens over de tijdsduur (aantal maanden) van de therapieën.

2.7. Besluit

Alles samengenomen menen wij dat onze steekproef van respondenten vrij representatief is voor de populatie van Belgische psychotherapeuten. De verschillende generaties en oriëntaties lijken evenwichtig vertegenwoordigd. Hetzelfde geldt voor basisdisciplines en werksettings. Het blijft natuurlijk differentieel onderzoek, met heel wat onbekenden. Hebben, bijvoorbeeld, vooral de meest orthodoxe therapeuten aan het onderzoek meegewerkt of juist niet? Zijn het vooral diegenen die zich verder bijscholen die naar de pen hebben gegrepen? Hebben wij bepaalde kanalen onvoldoende benut, zodat er een deel psychotherapeuten buiten zicht blijft? Ik denk bijvoorbeeld aan psychiaters en psychologen die geen psychotherapeutische opleiding hebben gevolgd maar toch dit werk doen. De steekproeftrekking was niet perfect, maar werd toch met

zeer veel zorg voorbereid en opgevolgd. Deze eerste grootscheepse opiniepeiling bij psychotherapeuten in België biedt naar onze mening een vrij betrouwbare 'landkaart' van hun beroepsprofiel, met heel wat interessante gegevens.

Tabel 7. Sociodemografische steekproefkarakteristieken: % subjecten per categorie (Totaal aantal subjecten: 935 à 948, waarvan 290 à 299 Franstalig)

KARAKTERISTIEKEN	Franstaligen	Nederl. taligen	Totaal
LEEFTIJD: 20-29	8.2	12.8	11.4
30-39	21.9	28.9	26.7
40-49	33.9	33.2	33.4
50-59	27.0	21.2	23.0
60-	8.9	3.9	5.4
\bar{x}	45.1	42.0	42.9
SD	10.6	10.1	10.4
GESLACHT: Man	31.5	41.3	38.2
Vrouw	68.5	58.7	61.8
WOONACHTIG: Vl. Gewest	6.0	96.6	68.0
W. Gewest	68.9	0.5	22.0
Br. Gewest	25.1	2.9	9.9
WERKZAAM*: Vl. Gewest	1.7	94.3	63.3
W. Gewest	69.5	0.3	23.5
Br. Gewest	28.8	5.3	13.2
BEVOLKINGSGROEP: Vlaams	1.0	97.2	67.4
Waals	71.7		10.3
Andere	27.2	2.8	22.2

* Primaire werkkring (N=850)

Tabel 8. Basisdisciplines van Franstalige en Nederlandstalige therapeuten: % binnen de verschillende substeekproeven

BASISDISCIPLINES	Subjecten met één basisdiscipline							Totaal aantal aangegeven basisdisciplines						
	Franstaligen			Nederlandstaligen			Tot.	Franstaligen			Nederlandstaligen			Tot.
	A	B	T	A	B	T		A	B	T	A	B	T	
Lic. Psychologie	71.0	54.5	68.0	60.0	29.1	54.0	56.5	41.9	21.8	33.9	53.1	26.2	47.6	41.6
Lic. Ped. Wet.				5.3	6.4	5.1	4.3	1.2	4.4	2.5	4.9	6.5	5.3	4.1
Arts	10.0	9.1	9.8	16.1	0.1	13.1	12.5	6.2	2.2	4.6	13.8	1.9	11.3	8.4
Lic. Seksuologie	1.0		0.8	0.2	1.8	0.5	0.6	1.5	8.4	4.2	3.4	5.8	3.9	4.1
Assistent Psychol.		9.1	1.6	1.3	19.1	4.8	4.2	2.0	2.2	2.1	1.2	13.6	3.8	3.1
Gegrad. Verpleegkunde				4.2	9.1	5.1	4.2	0.3	2.2	1.1	3.7	7.8	4.6	3.1
Gegr. Maatsch. Werk	8.0	4.5	7.4	6.6	7.3	6.7	6.9	4.4	4.9	4.6	6.5	5.2	6.2	5.5
Andere	10.0	22.7	12.3	6.2	26.4	10.0	10.5	42.5	53.8	47.0	13.3	32.5	17.3	30.2
FREQUENTIE	100	22	122	453	110	563	685	341	225	566	586	154	740	1306

Tabel 9. Specialisaties en vervolgoopleidingen: aantal en % per substeekproef; % voltooid; duur: % per categorie

SPECIALISATIES	Franstaligen		Ned. taligen		Totaal		% voltooid	Duur*: % per cat.			
	n	%	n	%	N	%		0	1	2	3
Klinisch psycholoog	124	40.8	272	41.8	396	41.5	98.7				
Psychiater	19	6.2	73	11.2	92	9.6	94.6				
Kinder- en jeugdpsychiater	12	3.9	6	0.9	18	1.9	83.3				
Persoonlijke therapie	166	54.6	288	44.2	454	47.5	75.8	14.8	5.9	18.7	60.6
Counselor	4	1.3	27	4.1	31	3.2	61.3	3.2	19.3	38.7	38.7
Spec. opl. psychotherapie	214	70.4	550	84.5	764	80.0	78.4	11.1	1.2	5.3	81.9
Spec. opl. gezondheidspsych.	7	2.3	12	1.8	19	2.0	84.2	10.5	21.0	52.6	15.8
Andere	129	42.4	191	29.3	320	33.5	60.3	25.6	17.5	24.4	32.5
% op een totaal van		304		651		955					

* 0 = onbekend; 1 = serie dagen; 2 = 1 à 2 jaren; 3 = 3 of meer jaren

Tabel 10. Werkvolume en werkverdeling: % per categorie in de volledige steekproef (aantal subjecten = 955)

ASPECTEN	Tijdsverdeling								
	Geen*	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69/+	70+
<i>UREN PER WEEK</i>									
Alle beroepsmat. activiteiten	3.8	3.1	5.5	13.4	24.4	31.3	12.0	6.5	
Diagnostiek & intake	22.2	59.5	15.3	2.2	0.5	0.1		0.2	
Psychotherapie	10.8	20.2	31.8	24.0	11.3	1.1	0.2	0.2	
Begeleiding/Consultatie	35.6	37.5	18.6	6.2	1.3	0.8			
Management	57.0	31.9	7.0	2.9	0.5	0.4	0.2		
Research/schrijven	47.0	44.0	6.0	1.5	1.0	0.5			
<i>UREN PER JAAR</i>									
Opleiding/nascholing geven	42.2	4.6	8.5	7.3	4.6	4.9	4.4	23.5	
Opleiding/nascholing krijgen	16.9	1.7	4.8	9.6	9.1	10.4	9.3	38.2	
<i>BEHANDELINGSMODALITEITEN.: %</i>									
Indiv. therapie: volwassenen	16.2	1.5	4.5	3.7	5.1	4.2	8.1	7.2	49.5
Indiv. therapie: kinderen	54.1	9.0	9.9	6.0	3.9	3.0	4.5	1.8	7.7
Groepstherapie	71.4	6.3	7.7	6.6	2.7	1.5	1.8	0.5	1.5
Partnerrelatietherapie	55.6	12.4	15.0	8.7	3.1	3.0	1.7	0.1	0.4
Gezinstherapie	66.9	9.5	9.4	5.8	2.6	1.4	2.0	0.4	1.7

* Onder 'Geen' is ook het % niet-ingevulde items opgenomen: voor de eerste acht aspecten ligt dit % tussen 1.5 en 4.5; voor de Behandelingsmodaliteiten gaat het om 8 à 9 %

Tabel 11. Primaire en secundaire werkring: % van de verschillende settings in de Franstalige en Nederlandstalige Gemeenschap; % Ambulant versus Residentieel

SETTINGS	Franstaligen		Ned.taligen		Totaal	
	Prim.	Sec.	Prim.	Sec.	Prim.	Sec.
Universitair ziekenhuis	6.6	2.7	6.1	1.5	6.3	2.0
Algemeen ziekenhuis	3.5	4.0	4.7	2.1	4.3	2.9
Psychiatrisch ziekenhuis	9.2	1.3	16.7	1.8	14.2	1.6
Psychiatrisch verzorgingstehuis	-	0.9	0.1	2.1	0.1	1.6
Psych. annex gevangenis	-	0.4	-	0.9	-	0.7
Therap. gemeenschap	1.1	0.4	0.8	0.9	0.9	0.7
Dagcentrum	5.7	0.9	2.0	2.4	3.2	1.8
Medisch-soc. opvangcentrum	1.1	2.3	0.1	-	0.5	0.9
Crisisinterventiecentrum	0.9	1.3	0.6	0.6	0.7	0.9
Beschutte woonvorm	1.1	0.4	0.7	2.1	0.8	1.4
Med. psychiatr. centrum	0.3	-	-	0.6	0.1	0.4
Revalidatiecentrum	0.9	0.9	2.8	0.6	2.2	0.7
Onthaal, or. & observ. centr.	1.4	0.9	1.1	0.3	1.2	0.5
Gezinsvervangend tehuis	6.6	-	1.4	1.2	3.1	0.7
Centrum G.G.Z.	10.3	4.5	16.9	7.6	14.7	6.3
Eigen praktijk (solo)	28.4	42.9	22.0	43.9	24.1	43.5
Eigen praktijk (groepsverband)	3.4	14.3	5.3	12.2	4.8	13.0
Anders	10.1	12.0	10.8	9.1	10.5	10.3
Autonome CAW	-	-	2.8	4.0	1.9	2.4
CAW ziekenfonds	-	-	0.1	0.3	0.1	0.2
OCMW/Serv. Publ. d'Aide Soc.	1.1	1.8	-	0.3	0.4	0.9
Anders	8.0	8.0	4.5	5.2	5.7	6.3
FREQUENTIE*	348	224	705	328	1053	552
Ambulant	48.3	69.7	56.7	79.3	54.3	77.0
Semi-muraal	17.0	15.8	11.2	10.5	12.9	11.8
Residentieel	34.7	14.5	32.1	10.1	32.9	11.2
FREQUENTIE	259	76	651	237	910	313

* Heel wat respondenten geven twee primaire en/of secundaire werkringen aan; vandaar dat de aantallen hoger zijn van het aantal respondenten

Tabel 12. Specialistische psychotherapieverenigingen: aantal leden in de verschillende substeekproeven; aantal "meest belangrijke" lidmaatschappen binnen elke vereniging; aantal lidmaatschappen per respondent

PSYCHOTHERAPIEVERENIGINGEN	Franstaligen			Nederlandstaligen			Tot.	Meest. belangr.		
	A	B	T	A	B	T				
Belg. Veren. voor Psychoanalyse		BVP/SBP	20	4	24	11		11	35	18
Belg. School voor Psychoanalyse		BSP/EBP	22	4	26	20		20	46	19
Belg. School voor Jungiaanse Psychoan.		BSJP/EBPJ	3	2	5	10	2	12	17	6
Assoc. Psych. Practiciens d'Or. P. an.		APPPsy	60	13	73				73	18
Vlaamse Ver. Psychoan. ther. – kinderen		VVPT-k.				27	2	29	29	24
Vlaamse Ver. Psychoan. ther. – volw.		VVPT-v				47	1	48	48	26
Gezelschap voor Psychoan. en Psychother.		GPP	1	1	2	17	3	20	22	19
Veren. voor Cliëntgerichte Psychotherapie		VCgP				117	4	121	121	106
Ass. Fr. de Psychoth. Centrée sur P & E		AFPCPE	5	7	12				12	4
Ned.-Vl. Ass. Gestaltther. & - theorie		NVAGG	1		1	36	11	47	48	40
Vl. Veren. voor Pesso-therapie		VVP				6		6	6	5
Vl.-Ned. Veren. voor Bondingpsycho.		VNVB				2	1	3	3	3
Belg. V. Rel.- en Gezinsther. en Syst. Int.		BVRGS/ABTFRI S	40	17	57	106	10	116	173	115
Vlaamse Veren. voor Gedragstherapie		VVGT	1		1	122	4	126	127	109
Ass. pour l'Etude, la Modif. & la Ther. du Comportement		AEMTC	31	5	36				36	25
Vlaamse Wetensch. Hypnose Veren.		VHYP				38	1	39	39	10
Groupement des Ps. de l'Ass. B. pour l'Analyse Transactionelle		GPABAT	3	4	7				7	3

PSYCHOTHERAPIEVERENIGINGEN	Franstaligen			Nederlandstaligen			Tot.	Meest. belangr.	
	A	B	T	A	B	T			
Ass. des Ps. d'Institutions Hospitalières	APIH	18	6	24			24	4	
Ass. Nat. des Psych. Practiciens Univ.	ANPPU	8	11	19			19	4	
Ass. des Ps., Psychopéd. → Personnes Handicapées de la Communauté Fr.	APPISHCF	6	4	10			10	3	
Andere verenigingen	AND.	73	68	141	60	29	89	230	76
Belgische Veren. voor Psychotherapie	BVPther/ABP	16	13	29	31		31	60	
VI. Ver. Psychiaters-Psychotherapeuten	VVPP				55		55	55	
		308	159	467	705	68	773	1240	
AANTAL LIDMAATSCHAPPEN PER SUBJECT*									
Geen		37	21	58	43	85	128	186	
Eén		80	36	116	363	35	398	514	
Twee		63	26	89	79	12	91	180	
Drie of meer		25	16	41	31	3	34	75	

* Overkoepelende verenigingen (BVPther/ABP en VVPP) niet meegerekend

Tabel 13. Psychotherapeutische denkwijzen: % meest belangrijke oriëntaties/denkwijsen in de verschillende substeekproeven; % tweede meest belangrijke denkwijzen in de volledige steekproef.

PSYCHOTHERAP. DENKWIJZEN	Franstaligen			Nederl.taligen			Tot	Tweede meest belangr.
	A	B	T	A	B	T		
Onbekend	5.8	10.1	7.1	3.2	3.7	3.4	4.0	15.1
Cliëntgericht	3.9	12.1	6.1	16.9	9.0	15.4	12.6	8.8
Experiëntieel		1.0	0.0	4.2	5.2	4.0	3.2	7.4
Gestalttherapeutisch		5.0	1.1	4.2	7.2	5.1	4.0	1.8
Existentieel		3.0	1.1	1.2	0.7	1.1	1.1	2.9
Lichaamsgericht		5.0	1.1	0.0	5.2	1.1	1.0	2.6
Gedragstherapeutisch	5.8	1.0	4.1	13.8	9.0	12.9	10.2	7.3
Cognitief therapeutisch	7.2	3.0	5.1	4.2	5.2	4.4	4.9	10.5
Directief				0.2		0.1	0.2	2.1
Feministisch								0.3
Transact. analytisch	0.2	2.0	1.1		0.7	0.1	0.2	1.1
Humanistisch	1.2	1.0	1.1	0.2	1.2	0.1	0.7	1.8
Interpersoonlijk				0.2	2.2	0.1	0.2	1.5
Psychoanalytisch	40.5	31.3	37.5	12.2	8.9	11.5	19.8	6.6
Psychodynamisch	1.2	2.0	1.1	7.9	5.9	7.2	5.0	12.6
Systemisch	28.8	13.1	23.7	21.7	17.8	20.9	21.8	8.9
Eclectisch	1.9	2.0	2.1	3.2	7.2	4.1	3.2	3.9
Integratief	0.2		0.1	3.2	5.2	3.1	2.0	1.6
Anders	1.9	8.1	3.1	1.2	3.7	2.0	2.2	3.2
FREQUENTIE	205	99	304	516	135	651	955	955

Tabel 14. Hoofdoriëntaties: % respondenten in de Franstalige en Nederlandstalige Gemeenschap; % combinaties met de andere hoofdoriëntaties in de volledige steekproef

HOOFDORIËNTATIE	% Respondenten			Combinatie met						
	Fr	Ned	Tot	An	Gt	Co	Cg/e	Sys	And.	Freq.
PSYCHOAN./PSYCHODYN. (AN)	43.7	21.6	28.2	-	6.8	14.0	27.1	40.5	11.5	321
GEDRAGSTHERAPEUTISCH (GT)	9.3	17.6	15.1	8.7	-	41.8	16.3	26.2	6.5	263
COGNITIEF (CO)	4.8	5.3	5.1	11.0	45.1	-	11.0	20.7	9.8	82
CLIENTG./EXPERIENTIEEL (Cg/E)	7.1	27.1	21.0	24.9	18.6	18.6	-	23.5	13.2	349
SYSTEMISCH (SYS)	27.2	23.4	24.5	23.3	22.6	19.7	22.6	-	11.5	407
ANDERS (AND.)	7.8	5.1	5.9	15.9	17.7	15.9	23.9	25.7	-	113
FREQUENTIE	268	625	893							

Tabel 15. Verband tussen Hoofdoriëntatie en Belangrijkste psychotherapeutische denkwijze in de volledige steekproef: aantal per combinatiemogelijkheid (dominante combinaties in vet); verband Hoofdoriëntatie en Basisdiscipline (%)

BELANGRIJKSTE PSYCHOTHERAPEU- TISCHE DENKWIJZE	Hoofdoriëntatie								Tot	%
	Onb	An	Gt	Cog	Cg/E	Sys	And	Tot		
Onbekend	8	7	7	1	7	5	6	41	4.3	
Cliëntgericht	3	5	3	3	102	2	2	120	12.6	
Experiëntieel	1	1	0	0	26	1	2	31	3.2	
Gestalttherapeutisch	1	0	3	0	21	0	13	38	4.0	
Existentieel	1	2	0	0	4	2	2	11	1.2	
Lichaamsgericht	2	1	2	0	5	1	4	15	1.6	
Gedragstherapeutisch	3	1	90	1	1	1	0	97	10.2	
Cognitief therapeutisch	0	0	14	32	1	0	0	47	41.9	
Directief	0	0	2	0	0	0	0	2	0.2	
Feministisch	0	0	0	0	0	0	0	0	0.0	
Transact. analyse	1	0	0	0	0	0	3	4	0.4	
Humanistisch	1	0	0	1	2	2	2	7	0.7	
Interpersoonlijk	0	1	2	1	0	1	0	5	0.5	
Psychoanalytisch	20	165	0	0	3	1	0	189	19.8	
Psychodynamisch	1	51	0	1	0	1	0	54	5.7	
Systemisch	13	4	1	0	1	188	1	208	21.8	
Eclectisch	1	7	7	4	7	7	0	33	3.4	
Integratief	0	6	2	1	8	4	4	25	2.6	
Anders	3	1	2	1	1	2	15	25	2.6	
Totaal	59	252	135	46	188	219	53	952		
%	6.2	26.5	14.2	4.8	19.7	23.0	5.6		100.0	
BASISDISCIPLINE										
Artsen	5.7	40.6	9.4	6.6	11.3	23.6	2.8	106		
Psychologen	5.2	28.9	19.1	4.4	20.4	18.0	3.9	543		
Gegradueerden*	6.5	11.5	5.0	4.3	22.3	43.9	6.5	139		

* Assistent Psychologen, Verpleegkundigen en Sociaal Werkers

Tabel 16. Interdisciplinaire samenwerking in de primaire werkkring (volledige steekproef; N = 955): % qua frequentiecontact, tevredenheid, hiërarchische positie en richting van verwijzing

CONTACT MET: BEROEPSGROEP	Frequentie contact*				Tevr.**	Hiërarchie**			Richting**		
	0	1	2	3		onder	=	boven	→ mij	→ and	?
Huisarts	32.6	15.5	19.4	32.6	84.7	8.4	87.4	4.3	45.4	16.4	38.2
Psychiater	25.0	43.0	11.8	20.1	84.5	23.4	70.9	5.7	19.7	25.2	55.2
Psycholoog	31.5	45.8	11.8	10.9	95.3	3.5	93.4	3.0	16.8	15.7	67.6
Verpleegkundige	58.9	28.9	3.3	8.8	90.6	6.7	65.2	28.1	42.4	12.1	45.5
Soc. Assistent	35.8	46.8	8.3	9.1	92.6	5.9	79.7	14.3	28.7	16.2	55.1
Kinesitherapeut	65.2	17.4	4.5	12.9	93.0	3.5	80.4	16.0	24.5	32.3	43.2
Opvoeder	71.5	15.9	3.9	8.7	91.1	11.9	64.2	23.9	39.5	14.8	45.7
Andere 1	77.5	15.1	3.7	3.8	93.2	4.8	80.2	15.0	29.8	19.3	50.8
Andere 2	88.4	7.7	1.7	2.1	92.9	7.8	77.4	14.7	21.3	14.6	64.0

* 0 = niet van toepassing (of onbekend); 1 = dagelijks/wekelijks; 2 = maandelijks; 3 = enkele keren per jaar

** Percentage berekend *binnen* de respondenten met antwoord 1, 2 of 3 qua Frequentie contact

Tabel 17. Interdisciplinaire samenwerking in de primaire werkring: % qua **Frequentie contact*** bij Artsen (N=106), Psychologen (N=543) en Gegradueerden (Assistent Psychologen, Verpleegkundigen en Sociaal werkers; N=139) uit de volledige steekproef.

CONTACT MET: BEROEPSGROEP	Artsen				Psychologen				Gegradueerden			
	0	1	2	3	0	1	2	3	0	1	2	3
Huisarts	22.6	36.8	18.9	21.7	37.0	12.3	17.3	33.3	25.9	14.4	27.3	32.4
Psychiater	36.8	35.8	15.1	12.3	20.4	51.0	9.0	19.0	16.5	45.3	12.9	25.2
Psycholoog	16.0	55.7	17.0	11.3	33.0	47.0	9.9	10.1	18.7	58.3	12.9	10.1
Verpleegkundige	46.2	46.2	0.9	6.0	56.7	30.9	3.7	8.1	56.1	26.6	5.0	12.2
Soc. Assistent	30.2	50.9	7.1	11.3	32.8	51.7	8.1	7.4	26.6	51.1	13.7	8.0
Kinesitherapeut	61.3	17.9	8.1	12.3	65.2	19.1	3.7	12.0	60.4	16.5	7.1	15.8
Opvoeder	79.2	8.1	3.1	8.1	71.4	16.6	3.9	8.1	64.7	15.1	7.1	12.9
Andere 1	89.6	7.1	0.0	2.1	75.3	17.9	4.0	2.1	77.0	15.8	2.9	4.1
Andere 2	94.3	3.1	0.9	0.9	86.4	9.0	1.7	2.4	87.0	9.1	1.4	2.1

* 0 = niet van toepassing (of onbekend); 1 = dagelijks/wekelijks; 2 = maandelijks; 3 = enkele keren per jaar

Tabel 18. Interdisciplinaire samenwerking in de primaire werkring. Perceptie van de **Hierarchie** in de verhouding met andere collega's bij artsen, psychologen en gegradueerden (Assistent Psychologen, Verpleegkundigen en Sociaal werkers) uit de volledige steekproef*: % ondergeschikt, gelijkwaardig en bovengeschiedt

CONTACT MET: BEROEPSGROEP	Artsen			Psychologen			Gegradueerden		
	onder	=	boven	onder	=	boven	onder	=	boven
Huisarts	5.3	81.6	13.2	6.5	91.0	2.5	16.2	80.8	3.0
Psychiater	6.3	93.6	0.0	23.9	70.1	6.1	35.4	58.4	6.2
Psycholoog	4.9	78.0	17.1	0.6	98.9	0.6	9.1	88.2	2.7
Verpleegkundige	5.9	43.1	51.0	6.8	64.4	28.3	1.6	80.9	17.5
Soc. Assistent	6.1	47.0	47.0	6.2	81.5	12.3	1.0	92.7	6.2
Kinesitherapeut	7.9	44.7	47.4	2.9	82.1	15.0	0.0	92.7	7.3
Opvoeder	11.7	47.1	41.2	14.7	58.0	27.3	0.0	85.4	14.6
Andere 1	0.0	90.9	9.1	6.3	75.4	18.2	3.0	78.8	18.2
Andere 2	16.7	50.0	33.3	10.6	80.3	9.1	0.0	72.2	27.8

* Percentages berekend op de respondenten met antwoord 1, 2 of 3 qua Frequentie contact (zie Tabel 17). Voor Artsen en Gegradueerden is het aantal respondenten soms lager dan 50 voor wat betreft hun contacten met kinesitherapeuten, opvoeders en 'anderen'; deze percentages zijn derhalve minder betrouwbaar

Tabel 19. Interdisciplinaire samenwerking in de primaire werkkring. Perceptie van de **Richting van verwijzen** t.a.v. andere collega's bij artsen, psychologen en gegradueerden (Assistent Psychologen, Verpleegkundigen en Sociaal werkers) uit de volledige steekproef*: % "van de ander naar mij", "van mij naar de ander", "wederzijds"

CONTACT MET: BEROEPSGROEP	Artsen			Psychologen			Gegradueerden		
	→ mij	→ ander	?	→ mij	→ ander	?	→ mij	→ ander	?
Huisarts	52.9	10.3	36.8	46.1	18.7	35.2	40.0	15.8	44.2
Psychiater	29.1	14.5	56.4	19.7	25.8	54.5	12.6	29.1	58.2
Psycholoog	20.8	24.6	52.2	13.9	13.9	72.1	17.5	16.5	66.0
Verpleegkundige	41.9	18.6	39.5	40.4	12.1	47.5	44.9	0.0	55.1
Soc. Assistent	29.6	29.6	40.7	25.4	14.7	40.7	31.3	12.0	56.6
Kinesitherapeut	16.1	48.4	35.5	25.9	25.9	48.2	25.0	43.2	31.8
Opvoeder	38.5	30.8	30.8	35.2	15.6	49.2	53.1	6.5	40.6
Andere 1	11.1	55.6	33.3	33.3	17.6	49.1	24.1	19.2	50.7
Andere 2	33.3	50.0	16.7	17.2	12.1	70.7	14.3	21.4	64.3

* Percentages berekend op de respondenten met antwoord 1, 2 of 3 qua Frequentie contact (zie Tabel 17). Voor Artsen en Gegradueerden is het aantal respondenten soms lager dan 50 voor wat betreft hun contacten met kinesitherapeuten, opvoeders en 'anderen'; deze percentages zijn derhalve minder betrouwbaar

Tabel 20. Cliënten: sociodemografische karakteristieken. % per categorie (Aantal cliënten: Franst. Gem., N = 139 à 143; Ned. taligen, N = 412 à 434; Totaal, N = 553 à 581)

KARAKTERISTIEKEN	Franstaligen	Ned. taligen	Totaal
LEEFTIJD: 08-20	18.4	18.0	18.1
21-30	28.4	25.5	26.2
31-40	24.8	26.0	25.7
41-50	20.6	21.8	21.5
51-60	6.4	7.5	7.5
61-	1.4	1.2	1.3
\bar{x}	33.3	33.5	33.4
GESLACHT: Man	60.4	36.6	42.4
Vrouw	39.6	63.4	57.6
OPLEIDINGSNIVEAU:			
Geen		0.9	0.7
Buitengew. lager ond.		0.9	0.7
Lager onderw.	6.9	10.4	9.5
Buiteng. middelb. ond.	2.8	3.0	2.9
Middelb. beroepsond.	8.3	8.3	8.3
Middelb. techn. ond.	9.7	13.9	12.8
Middelb. kunstond.	2.8	1.1	1.6
Middelb. alg. ond.	25.0	21.5	22.4
Hoger ond.: niet-univ.	20.1	21.5	21.1
Hoger ond.: univ.	24.3	16.9	18.7
Anders (of onbekend)		1.6	1.2
BURGERL. STAAT:			
Ongehuwd	42.4	43.7	43.4
Ongeh. samenlevend	15.3	7.8	9.6
Gehuwd	21.5	31.3	28.9
Gescheiden	11.1	9.6	10.0
Gesch. samenlevend	5.6	3.0	3.6
LAT	1.4	1.6	1.5
Weduw/e-naar	2.1	1.8	1.9
Wed., samenlevend	-	-	-
Onbekend/anders	0.7	1.1	1.0
INKOMSTENVERWERVING:			
Uit arbeid (+ ziektewet)	53.8	53.4	53.5
Uitkering	14.7	15.0	14.9
Pensioen	7.0	2.5	3.6
Geen	20.3	27.2	25.5
Anderssoortig/onbekend	4.2	1.8	2.4

Tabel 21. DSM classificatie van cliënten: % per categorie in Franstalige Gemeenschap (N = 142), Nederlandstalige Gemeenschap (N = 435) en Volledige steekproef (N = 577); GAF scores (N respectievelijk 65, 301 en 366)

PSYCHIATRISCHE CLASSIFICATIE	Franstaligen	Ned.taligen	Totaal
As. I:			
Stoornissen kindertijd/adolescentie	11.3	9.9	10.2
Delirium, dementie, amnest. st.	1.4	0.5	0.7
Stoornissen in gebruik v. middelen	9.1	13.1	12.1
Schizofrenie en andere psychot. st.	7.0	3.9	4.7
Bipolaire stoornis	0.7	1.4	1.2
Stemmingsstoornis (depr., dysth.)	35.9	49.2	45.9
Angststoornis (paniek, fobie...)	40.8	32.9	34.8
Somatoforme stoornis	12.0	5.3	6.9
Nagebootste stoornis	0.0	0.9	0.7
Dissociatieve stoornis	4.9	7.6	6.9
Sexuele stoornis	14.1	5.5	7.6
Eetstoornis	11.3	6.4	7.6
Slaapstoornis	9.1	3.9	5.2
Impulscontrolestoornis	12.0	7.4	8.5
Aanpassingsstoornis	10.6	6.4	7.4
Uitgestelde diagnose	0.7	1.8	1.6
Geen diagnose	2.8	5.1	4.5
Anders	7.7	5.5	6.1
As. II:			
Persoonlijkh. st. uit cluster A	6.3	2.8	3.6
Persoonlijkh. st. uit cluster B	26.1	25.7	25.8
Persoonlijkh. st. uit cluster C	20.4	21.6	21.3
Persoonlijkheidsst. NAO	11.3	4.6	6.2
Geen diagnose	17.6	30.1	27.0
Uitgestelde diagnose	4.2	5.1	4.8
Anders	0.7	2.8	2.2
As. V			
GAF bij aanmelding: \bar{X}	49.6	51.3	51.0
GAF op dit moment: \bar{X}	64.9	65.6	65.5

Tabel 22. Therapieën: structurele kenmerken. % per categorie (Aantal therapieën: Franst. Gem., N = 137 à 141; Ned.talige Gem., N = 425 à 432; Totaal, N = 562 à 572)

KARAKTERISTIEKEN	Franstaligen	Ned.taligen	Totaal
% uit PRIMAIRE WERKKRING	59.8	71.7	68.8
THERAPIEFASE: Begin	17.7	12.1	13.5
Midden	67.4	68.9	68.5
Einde	14.9	19.0	18.0
AANTAL ZITTINGEN: 1-5	13.1	12.2	12.5
6-10	12.1	18.1	16.7
10-15	9.5	14.6	13.3
16-20	11.7	11.1	11.2
21-30	8.0	9.7	9.2
31-40	11.7	6.4	7.6
41-50	10.9	5.9	7.1
51-60	3.6	4.7	4.4
61-80	5.1	5.4	5.3
81-100	1.5	3.5	3.0
101-150	9.5	3.3	4.8
151-200	1.5	1.4	1.4
201-	1.5	3.8	3.2
\bar{x}	42.3	43.7	43.3
Me	23	18	18
AANTAL MAANDEN: 1-3	19.3	27.1	25.2
4-6	20.7	17.4	18.2
7-9	6.4	11.1	10.0
10-12	13.6	12.7	12.9
13-15	11.4	7.4	8.4
16-18	6.4	3.9	4.5
19-24	6.4	8.6	8.1
25-36	7.8	6.2	6.6
37-48	2.8	1.8	2.1
49-144	5.0	2.7	4.0
\bar{x}	17.7	12.8	13.5
Me	10	8	9

Hoofdstuk 3. Belgisch psychotherapeutenprofiel: inhoudelijke aspecten.

Inleiding

In dit hoofdstuk richten we ons op de meer inhoudelijke aspecten van het werk als therapeut: doelstellingen, interventies, werkstijl en visie op allerhande aspecten van het therapeutisch proces en van het therapeutisch bedrijf. Tevens gaan we hierbij na of en in welke mate deze inhoudelijke aspecten verschillen al naargelang de taalgemeenschap, de therapeutische oriëntatie, de basisdiscipline en de leeftijd.

3.1. Doelstellingen en de realisatie ervan

Tabel 23

Ten aanzien van de casus die (in Deel 3) beschreven diende te worden, werd een lijst van 14 doelstellingen voorgelegd die men moest beantwoorden met 'ja', 'nee' of '?'. Na het beoordelen van interventies werd tevens gevraagd of die doelstellingen tot nu toe al dan niet gerealiseerd waren. Tabel 23 biedt een overzicht van deze gegevens

- Opvallend is dat 7 van de 14 doelstellingen door minsten 65 % van de respondenten worden nagestreefd. Therapeuten streven dus blijkbaar tegelijkertijd meerdere doelstellingen na, en van zeer verschillende aard: zowel symptoomreductie, als intrapsychisch inzicht, als relationeel functioneren als verbeteringen op gedragsniveau. De meer 'hooggegrepen' doelstelling 'Persoonlijkheidsstructurering' haalt slechts 39 %. Verder zijn er een paar zeer concrete doelstellingen (Werkhervatting en Tot stand brengen van een verwijzing) die onder de 21 % liggen.
- Ons beperkend tot verschillen tussen Franstaligen en Nederlandstaligen van minstens 10 %, vinden we het grootste verschil voor 'Handhaving of herstel van evenwicht' en 'Inzicht in het persoonlijk functioneren', gevolgd door 'Verwerking (b.v. rouw of trauma)'; telkens hoger in de Nederlandstalige steekproef. Dit laatste kunnen we misschien in verband brengen met het hoger percentage stemmings- en dissociatieve stoornissen in de Nederlandstalige steekproef van cliënten (zie Tabel 21). Bij de Franstaligen haalt 'Bevorderen van zelfstandigheid' een hoger percentage.
- De behandelingseffecten liggen – verhoudingsgewijs ten aanzien van de gestelde doelen – ook hoog. Men bereikt blijkbaar wat men zich tot doel stelde, tenzij wat betreft 'Persoonlijksstructurering' dat slechts 15 % haalt. Het bereikte resultaat is zeker positief als we bedenken dat slechts ongeveer 13 % van de beschreven

therapieën zich in de eindfase bevinden (zie Tabel 22) en dat een kleine helft van de therapeuten een 'moeizaam verlopende therapie' beschreven hebben. Tussen de twee taalgemeenschappen vinden we slechts één uitgesproken verschil: 'Verbetering van het relationeel systeem' ligt 19 % lager bij de Nederlandstaligen.

Wij beschikken nog over twee andere indices in verband met het effect van de therapieën: de GAF score verschuift 15 punten tussen 'bij aanmelding' en 'op dit moment' (zie Tabel 21) en de beoordeling van verandering (zie Tabel 23) is ook vrij positief.

- Naast de 14 doelstellingen, geven de respondenten ook nog heel wat eigen, meer ideosyncratische doelstellingen aan. Dit zal echter stof vormen voor een afzonderlijke inhoudsanalyse.

3.2. Interventies van therapeuten

Tabel 24

Als context voor de bespreking van de scores op de interventieschalen, belichten we eerst het intercorrelatiepatroon van de 12 schalen (Tabel 24). Voor de inhoud van de schalen verwijzen we naar hoofdstuk 1. Opvallend zijn de zeer hoge correlaties tussen de schalen COA, DPR, STR, BEH en COG. Ook de schaal 'Gezagsgekleurde geruststelling' (AUT) leunt daar sterk bij aan. Het lijkt wel één massieve, cognitief-gedragstherapeutische factor. De schaal 'Faciliterende interventies' blijkt een vrij onafhankelijke schaal te zijn; haar hoogste correlatie is met EXP (.37). Typisch voor de schaal 'Experiëntiële interventies' is de hoge correlatie met PAN en PDY, hoger dan met Experiëntiële procedures. De schaal 'Systemische interventies' tenslotte correleert matig hoog met het cognitief-gedragstherapeutisch blok van schalen en ook met Experiëntiële procedures.

Daarnaast zijn er nog 7 afzonderlijke items (zie Tabel 25) die ook mee in het onderzoek betrokken worden. De items Lichamelijk contact (73), Metaforen (31) en Herformulering (05) correleren het hoogst met EXP (respectievelijk .45, .35 en .35). Feedback (08) correleert het hoogst met EXP en PDY (.38 en .37), Nadere informatie vragen (02) met COA (.44), Onafhankelijkheid stimuleren (21) met DPR (.32) en Ontspanningsoefeningen (74) met het ganse cognitief-gedragstherapeutisch blok (.36 à .49).

Tabel 25

Faciliterende interventies worden het meest frequent gesteld. Zij lijken - over de richtingen heen - een gemeenschappelijke basis te zijn voor de opbouw en het in stand houden van een goede werkalliantie. Ook Nadere informatie vragen, Herformulering en

Onafhankelijkheid stimuleren blijken voor de meerderheid van de therapeuten tot hun interventierepertoire te behoren. Opvallend aan de hoge kant zijn verder ook nog de Psychodynamische interventies (62 %). De interventies uit het cognitief-gedragstherapeutisch blok worden slechts 'matig' toegepast. Wellicht heeft dit te maken met het feit dat de therapeuten van het non-directievere type deze interventies slechts zelden gebruiken. Tenslotte is het niet verwonderlijk dat de zeer specifieke procedures uit EXP en SYS, alsook Lichamelijk contact en Ontspanningsoefeningen slechts sporadisch worden toegepast.

Op de 12 schalen vinden we twee duidelijke verschillen tussen Franstaligen en Nederlandstaligen: zowel meer psychoanalytische als experiëntiële interventies bij de Franstaligen. Dit is begrijpelijk wat betreft de psychoanalytische interventies (gezien een hoger percentage analytici), maar verwonderlijk wat betreft de experiëntiële interventies. Een verdere differentiatie naar hoofdoriëntaties zal ons wellicht meer inzicht verschaffen in deze bevindingen.

3.3. Werkstijl

Tabel 26

Voor de werkstijl beschikken we over 6 schalen, met daarnaast nog twee afzonderlijke items (zie Hfst. 1). Tabel 26 laat zien dat de schalen en items nooit hoog met elkaar intercorreleren. De hoogste correlaties vinden we tussen Betrokken en Wijs (.40) en tussen Doeltreffend en Veeleisend (.42). Deskundigheid correleert .41 met Wijs.

De mate waarin men deze adjectieven toepasselijk vindt op de eigen stijl van werken met cliënten, verschilt enorm van schaal tot schaal. De items van de schaal Betrokken (aanvaardend, toegewijd, vriendelijk, verdraagzaam, warm) worden gemiddeld voor 79 % met 'Ja' beantwoord. Dan volgen Deskundigheid, Wijs en Intutief met nog percentages tussen 72 en 48. Zorgend en Doeltreffend zakt verder naar 21 à 16 %, Veeleisend naar 10 en Afstandelijk naar bijna nul.

Tussen Franstaligen en Nederlandstaligen is er één zeer drastisch verschil, namelijk op Betrokkenheid: 45 versus 93 % JA-antwoorden. Hoe we dit kunnen interpreteren is me niet duidelijk. Een analytische houding van neutraliteit die in de Franstalige psychotherapiewereld meer als norm fungeert?

3.4. Visies op therapie en op zichzelf

Tabel 27

Voor zover mogelijk hebben we de 40 uitspraken enigszins geordend volgens domein (zie Tabel 27). Zie hier de voornaamste bevindingen:

- Een meerderheid is in zekere mate contra protocollen (het \bar{X} ligt immers boven het theoretisch gemiddelde van 4); 22 % is duidelijk contra. Dit is nog sterker het geval in verband met managed care.
- De werkvoldoening ligt hoog en 85 % beleeft zich als therapeut voortdurend in ontwikkeling.
- De volgende drie items – die alle te maken hebben met aspecten van een humanistische mensvisie – scoren zeer hoog. Bij de Franstaligen echter liggen de percentages duidelijk lager wat betreft de tendens tot zelfactualisatie en de behoefte aan contact als wezenlijk voor de mens.
- Haast iedereen vindt dat intervisie een levenslange vereiste is, dat een goede werkrelatie doorslaggevend is voor het resultaat van therapie en dat een mens slechts kan begrepen worden in de context van zijn/haar relaties met belangrijke anderen. Religie heeft slechts voor een beperkt percentage therapeuten (15 %) een belangrijke plaats in hun leven.
- Het belang van het intuïtief aanvoelen in therapeutisch werk wordt door 41 % duidelijk beaamd, dat psychotherapie meer kunst is dan wetenschap door 22 %. Op deze twee items liggen de percentages echter drastisch hoger bij de Franstaligen. Dat de persoonlijkheid van de therapeut belangrijker zou zijn dan zijn/haar professionele training krijgt 22 % JA-antwoorden.
- Bijna 40 % verkiezen langer durende therapie boven kortdurende; 33 % meent dat ons gedrag in hoge mate gevormd wordt door positieve en negatieve bekrachtigingen. Dat men het menselijk gedrag kan begrijpen zonder een beroep te doen op onbewuste motieven en dat men een competente therapeut kan worden zonder leertherapie wordt slechts door een minderheid (van 15 à 21 %) beaamd. Hetzelfde geldt voor de stelling dat enkel nog empirisch ondersteunde therapievormen zouden mogen onderwezen worden en in de praktijk toegepast.
- Een hoog percentage ziet de beroepsuitoefening van psychotherapie als multidisciplinair en vindt dat effectieve therapeuten hun technieken variëren van patiënt tot patiënt. Wat dit laatste betreft echter, ligt het percentage bij de Franstaligen 17 % lager dan bij de Nederlandstaligen. Meer dan de helft van de

respondenten is eerder tot duidelijk akkoord met het belang van: het opzetten van op maat gesneden behandelingsplannen, integratieve behandelingsvormen, lidmaatschap van een specialistische psychotherapievereniging als belangrijk voor de eigen professionele identiteit. Slechts 8 % is er van overtuigd dat psychotherapie uit de GGZ-instellingen zal verdwijnen en zijn plek vinden in de vrijgevestigde praktijk.

- De volgende vier items betreffen diagnostiek. Grondige kennis van psychopathologie en het stellen van een diagnose en van een indicatie voor psychotherapie wordt door een grote meerderheid belangrijk gevonden voor de kwaliteit van het werk. Een bijna even grote meerderheid echter vindt het DSM classificatiesysteem slechts van beperkt nut bij de behandeling van patiënten; dit is nog duidelijk meer uitgesproken bij de Franstaligen. Verder is er een kleine meerderheid die zich competent voelt om zelfstandig het nodige psychodiagnostische en indicatiestellingsonderzoek te doen bij een hulpvraag, maar slechts 37 % beantwoordt dit item met een duidelijke JA. Bij de Franstaligen is dit percentage echter 11 % hoger dan bij de Nederlandstaligen.
- Het laatste groepje items refereert naar beroepsethische kwesties. Een meerderheid gaat akkoord met: de noodzaak van het bijhouden van een geschreven sessierapport, het recht van de patiënt op dossierinzage, het doorverwijzen van een patiënt wanneer persoonlijke waarden botsen. Slechts een minderheid vindt dat de therapeutische rol kan gecombineerd worden met andere professionele rollen t.a.v. de patiënt. Bij deze vier items is er telkens een verschil van 10 à 16 % tussen Nederlandstaligen en Franstaligen. Behalve omtrent het doorverwijzen bij botsing van waarden, nemen de Franstaligen een minder strikte houding aan.

3.5. Verschillen tussen hoofdoriëntaties

De vier hoofdoriëntaties zijn in onze volledige steekproef evenwichtig en in groten getale vertegenwoordigd. Dit laat ons toe op een aantal relevante aspecten vergelijkingen te maken. We toetsen de verschillen (meestal) aan de hand van univariate variantieanalyses, waarbij post hoc de verschillen tussen de verschillende condities dan ook telkens paarsgewijs op hun significantie worden getoetst (Tukey-Kramer). We vergelijken de hoofdoriëntaties op het vlak van aantal zittingen, doelstellingen, interventies, werkstijl en visies op het therapeutisch werk. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk worden zij ook nog vergeleken op het vlak van vertrouwdheid en houding t.a.v. het DSM classificatiesysteem.

3.5.1 Doelstellingen en aantal zittingen (Tabel 28)

Tabel 28

Binnen alle oriëntaties worden alle doelstellingen nagestreefd; de verschillen vallen minder op dan de gelijkenissen. Toch zijn hierop ook enkele uitzonderingen. In cognitieve gedragstherapie ligt het percentage JA-antwoorden duidelijk hoger op Klachten- en symptoomreductie (20 % meer dan in de cliëntgericht-experientiële richting) en op Verbetering op gedragsniveau en Werkhervatting (15 % hoger dan in de cliëntgericht-experientiële richting); hun percentage ligt lager op Inzicht in het relationeel functioneren, Verbetering in het relationeel systeem en Verwerking van rouw of trauma. Psychoanalytische therapie ligt drastisch hoger dan de drie andere oriëntaties op persoonlijkheidsstructurering. Samen met de cognitieve gedragstherapie ligt systeemtherapie duidelijk hoger op Klachten- en symptoomreductie en op Werkhervatting; verder ligt zij 20 % hoger dan de cognitieve gedragstherapie op Verbetering van het relationeel systeem. Veel van deze verschillen kunnen in verband gebracht worden met verschillen in theoretische visie. Daarnaast – maar niet los van het vorige – speelt wellicht ook het type problematiek waarmee men in de verschillende oriëntaties werkt een rol. Zo is het meer dan waarschijnlijk dat cognitieve gedragstherapeuten een grotere proportie cliënten in therapie hebben met zeer concrete en "nijpende klachten".

Wat betreft het aantal zittingen, zijn de bevindingen overduidelijk en in de lijn van de verwachting: in psychoanalytische therapie minstens dubbel zoveel sessies als in de andere oriëntaties, met 25 % zeer langdurende therapieën (tussen 100 en meer dan 200) tegenover slechts 2 à 5 % in de andere oriëntaties. Dit heeft zeker veel te maken met een grotere focus in psychoanalytische therapie op persoonlijkheidsstructurering als doelstelling.

3.5.2. Interventies en werkstijl

Tabel 29

Tabel 30

Bij de bespreking beperken wij ons tot de zeer duidelijke, niet enkel statistisch significante maar ook klinisch betekenisvolle verschillen. In concreto betekent dit dat het moet gaan om verschillen van minstens 10 % in JA-antwoorden.

Interventies (Tabel 29)

- We vinden geen klinisch betekenisvolle verschillen op Faciliterende interventies en op Psychodynamische interventies; in alle oriëntaties worden deze interventies frequent gesteld. Dit lijkt mij een belangrijk resultaat: blijkbaar zijn deze interventies tot het gemeenschappelijk patrimonium gaan behoren van alle therapeuten!
- Gezagsgekleurde geruststelling ligt 20 % hoger in de cognitieve gedragstherapie en systeemtherapie dan in de andere twee oriëntaties.
- Voor het blok van cognitief-gedragstherapeutische interventies (COA, DPR, STR, BEH en COG) vinden wij bijzonder hoge significanties en een vast patroon: zeer hoog in GT/COG, matig hoog in SYS, laag in Cg/E en zeer laag (behalve Cognitieve interventies) in AN.
- Experientiële en psychoanalytische interventies liggen het laagst in de cognitief-gedragstherapeutische oriëntatie (maar toch nog respectievelijk 36 en 26 %) en het hoogst binnen de eigen oriëntatie.
- Experientiële procedures liggen het hoogst in de cliëntgericht-experientiële EN systemische oriëntatie, maar toch op een laag niveau (ongeveer 25 %). Dit betekent dat deze procedures toch niet echt ingeburgerd zijn als courant gebruikte interventies. Hetzelfde geldt voor de procedures uit de schaal Systemische interventies: zij liggen wel het hoogst in de Systemische oriëntatie, maar halen toch slechts 24 %.
- Tenslotte zijn er nog een aantal afzonderlijke items waarover iets te zeggen valt. De eerste vijf items uit Tabel 29 krijgen in alle oriëntaties hoge tot zeer hoge percentages JA-antwoorden; volgende verschillen zijn toch vermeldenswaard: Feedback en Onafhankelijkheid stimuleren is het hoogst in SYS, Metaforen het laagst in GT/COG, Nadere informatie vragen het hoogst in GT/COG en SYS, en Herformulering het hoogst in Cg/E en SYS. Lichamelijk contact is het hoogst (maar qua absoluut niveau nog zeer laag) in Cg/E en SYS (vermoedelijk in het kader van het gebruik van dramamethoden), terwijl Ontspanningsoefeningen het hoogste percentage hebben in GT/COG (maar toch slechts 37 %).

Werkstijl (Tabel 30)

- Therapeuten uit alle oriëntaties voelen zich even Zorgend (voorzichtig, beschermend) en Deskundig; dit laatste op een hoog absoluut niveau!

- Betrokkenheid is overal hoog maar het hoogst bij cliëntgericht-experientiële therapeuten; de tegenpool Afstandelijkheid is het hoogst bij psychoanalytici (maar ook hier slechts 8 % JA-antwoorden).
- Cognitieve gedragstherapeuten vinden zich zeer uitgesproken meer Doeltreffend, maar minder Wijs en Intuïtief. Wat dit laatste betreft liggen de cliëntgericht-experientiële therapeuten duidelijk het hoogst.

3.5.3. Visies op therapie en op zichzelf (Tabel 31)

Tabel 31

- Op 7 van de 33 aspecten vinden we geen klinisch betekenisvolle verschillen ($F < 6.0$): Werkvoldoening, Marge van vrijheid, Werkrelatie bepalend, Therapie naar vrijgevestigde praktijk, Psychotherapie multidisciplinair, Therapeutische rol te combineren met andere, Als waarden botsen doorverwijzen.
- Een groot deel van de verschillen heeft te maken met de dikwijls aparte positie van de Cognitieve gedragstherapeuten. Zij zijn veel minder Contra protocollen en staan iets minder negatief ten aanzien van Managed care. Hun percentage JA-antwoorden is veel hoger op Positieve en negatieve bekrachtigingen, Enkel nog empirisch ondersteunde therapieën en Op maat gesneden behandelingen. Het is veel lager op: Behoefte aan contact wezenlijk, Intervisie een vereiste, Mens enkel te begrijpen in context, Religie belangrijke plaats, Intuïtief aanvoelen, Meer kunst dan wetenschap en DSM van beperkt nut.
- Psychoanalytici vinden hun Specialistische therapievereniging belangrijker en zijn het minder eens met Integratieve behandelvormen, het Variëren van technieken en met twee regels van beroepsethiek: Bijhouden van geschreven rapport en Patiënten recht op dossierinzage. Samen met de cliëntgericht-experientiële therapeuten zijn zij het meest voor langer durende therapieën.
- Cliëntgericht-experientiële therapeuten liggen het hoogst op Tendens tot zelfactualisatie en Religie belangrijk en hechten het meest belang aan Leertherapie. Samen met de systeemtherapeuten vormen zij een duo t.a.v. de andere oriëntaties met een hoger percentage op Persoonlijkheid belangrijker, en een lager percentage op: Kennis psychopathologie essentieel, Diagnose & indicatiestelling en Competent tot zelfstandig diagnosticeren.

3.6. Basisdiscipline en leeftijd: verband met werkstijl en visie op therapie

Tabel 32

In de Tabellen 32, 33 en 34, geven we enkel de gemiddelden weer indien de F-toets significant is; de percentages JA-antwoorden zijn hier niet opgenomen.

Wat betreft de *werkstijl* (Tabel 32), stellen we vast dat er noch qua basisdiscipline noch qua leeftijd verschillen zijn op de schalen Betrokken, Doeltreffend en Zorgend. Voor de basisdisciplines komen daar nog de schaal Wijs en het item Deskundig bij. Artsen beschrijven zichzelf als iets afstandelijker, Psychologen als iets intuïtiever en Gegradueerden als iets veeleisender.

De leeftijd laat volgende verschillen zien. De jongeren beschrijven zichzelf als minder afstandelijk en minder deskundig. De vijftigplussers zijn minder veeleisend en naarmate men ouder wordt beleeft men zichzelf als wijzer.

Tabel 33

Tabel 34

De relatie tussen basisdiscipline en leeftijd enerzijds en aspecten van *Visie op therapie* en op zichzelf anderzijds (Tabel 33 en 34) vertoont veel minder en veel minder grote verschillen dan de relatie tussen oriëntatie en Visie: 14 à 17 F-toetsen (van de 33) zijn niet significant en de significante F-waarden zijn veel minder groot dan bij de verschillen in oriëntatie.

Tussen de basisdisciplines vinden we volgende verschillen:

- Artsen-psychiaters zijn meer gekant tegen het gebruik van protocollen, tegen managed care en op maat gesneden behandelingsplannen. Zij beklemtonen minder het belang van intervisie, zijn er minder voorstander van dat patiënten recht hebben op dossierinzage, beklemtonen meer het belang van onbewuste motieven en zijn er meer van overtuigd dat psychotherapie naar de vrijgevestigde praktijk zal verhuizen.
- Psychologen scoren het laagst op religie, intuïtief aanvoelen, psychotherapie als meer kunst dan wetenschap en op het belang van de persoonlijkheid van de therapeut. Zij beklemtonen minder dat psychotherapie een multidisciplinaire aangelegenheid is en zijn het minder eens met de stelling dat de therapeutische rol kan gecombineerd worden met andere professionele rollen t.a.v. de patiënt.
- Gegradueerden beleven zichzelf als het meest in ontwikkeling; zij geloven het meest dat er in de mens een tendens tot zelfactualisatie schuilt en dat de behoefte aan contact tot het wezen van de mens behoort. Zij beklemtonen het meest het belang van intervisie en het recht van de patiënt op dossierinzage. Onbewuste motieven vinden zij minder cruciaal en inzake diagnostiek voelen zij zich minder competent. Zij

beklemtonen minder het belang van kennis van psychopathologie en van indicatiestelling.

De co-variantie tussen leeftijd en visie kan als volgt samengevat worden:

- Naarmate men ouder is, is men meer tegen protocollen en managed care, is de werkverdoening groter, neemt religie een belangrijker plaats in en hecht men meer belang aan intuïtief aanvoelen; men ziet psychotherapie meer als kunst en beklemtoont meer de rol van de persoonlijkheid van de therapeut; lidmaatschap van een specialistische vereniging heeft meer belang; men legt meer de nadruk op diagnose en indicatiestelling en voelt zich competentier om zelfstandig te diagnosticeren.
- Naarmate men jonger is legt men meer de klemtoon op: intervisie, op maat gesneden behandelingsplannen, het nut van DSM, het bijhouden van een geschreven rapport na elke sessie en het recht van de patiënt op dossierinzage; men hecht minder belang aan het onbewuste.

3.7. Aspecten van diagnostiek

Tabel 35

In een laatste paragraaf brengen wij een aantal gegevens samen in verband met diagnostiek. Wij ordenen deze gegevens onder een aantal thema's en bespreken – daar waar zinvol – de verschillen in functie van de variabelen Taalgemeenschap, Basisdiscipline, Hoofdoriëntatie en Leeftijd.

Diagnostisch werkvolume. Het werkvolume inzake diagnostiek en indicatiestelling is meestal beperkt. Uit Tabel 16 blijkt dat 22 % van de respondenten aangeven geen diagnostisch werk te doen en 60 % minder dan 10u. per week. Deze percentages liggen duidelijk hoger in steekproef B dan in steekproef A.

Belang van kennis over psychopathologie en van diagnostiek. In de Visie-vragenlijst van Deel 4 van het enquêteformulier werden dienaangaande twee items voorgelegd [te beoordelen op een 7-puntenschaal van 'helemaal niet mee eens (1) tot helemaal mee eens (7)]:

- "Grondige kennis van psychopathologie is essentieel voor de kwaliteit van ons therapeutisch werk" (22)
- Het stellen van een diagnose en van een indicatie voor psychotherapie is een essentieel onderdeel van het beroep van psychotherapeut" (40)

Beide items – en vooral nog item 22 – worden in de steekproef als geheel zeer instemmend beoordeeld (zie Tabel 27), met respectievelijk 72 en 60 duidelijke JA-antwoorden (= 6 of 7). Verder is er voor beide items een duidelijke relatie met basisdiscipline en hoofdorïentatie. De Gegradueerden scoren op beide items uitgesproken lager (zie Tabel 33) en qua hoofdorïentatie vinden we een verschil van ongeveer 30 % JA-antwoorden tussen de twee meest extreme uitslagen: item 22, SYS = 58 % en AN 86 %; item 40: Cg/E = 45 % en GT/COG = 76 % (zie Tabel 31). Leeftijd maakt enkel een (licht) verschil uit op item 40: naarmate men ouder is, hecht men iets meer belang aan het stellen van een diagnose en van een indicatie (zie Tabel 33).

Feitelijke verantwoordelijkheid en Competentie Op het item (uit Deel 2 van het enquêteformulier) "Ik draag zelf de feitelijke verantwoordelijkheid voor diagnostiek en indicatiestelling van de patiënten waarmee ik psychotherapie doe" is het % JA-antwoorden in de totale steekproef 80 (zie Tabel 35). Daarentegen is op het item 36 uit de Visie-vragenlijst "Ik vind me competent om zelfstandig – dit is zonder de noodzaak van verder overleg met anderen – het nodige psychodiagnostische en indicatiestellingsonderzoek te doen bij een hulpvraag" het percentage duidelijke JA-antwoorden slechts 37 (zie Tabel 27). Blijkbaar gaat men in de feitelijke praktijk verder dan wat de competentiebeleving toelaat.

Voor beide items is de covariatie met de onderzochte variabelen analoog: Franstalige scoren op beide items 10 % hoger dan de Vlamingen (Tabel 27), analytici scoren het hoogst (50 %) en systeemtherapeuten het laagst (26 %) op item 36 (zie Tabel 31), Gegradueerden scoren uitgesproken lager (zie Tabel 33 en 35), en naarmate men ouder is liggen de scores duidelijk hoger (zie Tabel 34 en 35).

DSM categorieënsysteem: vertrouwdheid en attitude. In de Visievragenlijst werd volgend item opgenomen: "Het classificeren door middel van het DSM-systeem vind ik van beperkt nut bij de behandeling van mijn patiënten" (item 8). De gemiddelde uitslag op dit item in de totale steekproef is 5,26 en het percentage duidelijke JA-antwoorden 53 %. Wij vinden hier geen verschillen tussen de basisdisciplines, slechts kleine verschillen in functie van de leeftijd (de jongeren staan iets positiever), maar zeer in het oog springende verschillen tussen de taalgemeenschappen en de hoofdorïentaties. Het percentage JA-antwoorden is 62 % bij Franstaligen en 50 % bij Nederlandstaligen (zie Tabel 27); het is 69 % bij psychoanalytici en slechts 29 % bij cognitieve gedragstherapeuten (zie Tabel 31).

Daarnaast werd de vertrouwdheid met en het belang van het DSM classificatiesysteem voor de psychotherapeutische praktijk grondig bevraagd aan de hand van zes antwoordmogelijkheden waaruit men één keuze diende te maken:

- Ik ben goed vertrouwd met DSM en vind het vaak zinvol om er mee te werken. [v/+]
- Ik ben goed vertrouwd met DSM, maar vind het eigenlijk niet zinvol er mee te werken [v/-]
- Ik ben slechts matig vertrouwd met DSM, maar ik vind het vaak zinvol om er mee te werken. [m/+]
- Ik ben slechts matig vertrouwd met DSM en vind het eigenlijk niet zinvol er mee te werken. [m/-]
- Ik ben slechts matig vertrouwd met DSM en kan de zin ervan niet goed beoordelen. [m/?]
- Ik ken DSM niet of nauwelijks. [niet]

De resultaten worden in Tabel 35 weergegeven.

Vertrouwdheid (cat. v/+ en v/- samen).

Slechts 37 % van de respondenten zeggen 'goed vertrouwd' te zijn met het DSM systeem: 30 % bij de Franstaligen en 42 % bij de Nederlandstaligen. Verder valt nog op dat 32 % van de Franstaligen deze vragen hetzij niet beantwoord hebben, hetzij aangegeven dat zij DSM niet of nauwelijks kennen; bij de Nederlandstaligen is dit slechts 17 %. Wij treffen in dit verband analoge gegevens aan wat betreft het invullen van de GAF score (zie Tabel 21): slechts 46 % van de Franstaligen vullen dit onderdeel van de DSM bevraging in; bij de Nederlandstaligen is dit 69 %

Zoals te verwachten valt, zijn de verschillen inzake vertrouwdheid tussen de basisdisciplines zeer groot: van 78 % bij artsen-psychiaters, over 51 % bij psychologen naar 34 % bij gegradueerden. Hoogstwaarschijnlijk zijn deze verschillen in de realiteit nog groter rekening houdend met de vaststelling dat deze vragen in dalend percentage beantwoord werden door de drie basisdisciplines: 83 % van de artsen, 66 % van de psychologen en slechts 44 % van de gegradueerden. Wellicht heeft het niet beantwoorden veel te maken met het niet vertrouwd zijn met het DSM systeem.

Wat betreft de verschillen tussen de hoofdoriëntaties valt vooral het ongeveer 20 % hogere percentage op bij cognitieve gedragstherapeuten (57 %), alsook het niet beantwoorden van deze vragen door 21 % der systeemtherapeuten. De drie leeftijdsgroepen variëren van 47 % bij de jongeren, over 36 % bij de veertigers naar 29 % bij de vijftigplussers; opvallend ook voor de vijftigplussers is het feit dat 14 % onder hen het DSM systeem niet of nauwelijks kent.

Zinvolheid in het kader van therapeutisch werk (cat. v/+ en m/+ samen)

Slechts 25 % vinden DSM zinvol in het kader van therapeutisch werk (in het kader van ander, meer diagnostisch werk kan dit percentage natuurlijk hoger liggen). Bij de Nederlandstaligen is dit 30 % en bij de Franstaligen slechts 15 %.

De beleving van zinvolheid verschilt niet tussen de drie disciplines: binnen diegenen die deze vragen beantwoord hebben, liggen de percentages tussen 32 en 34 %.

Het verschil tussen de oriëntaties is vooral groot tussen psychoanalytici en systeemtherapeuten enerzijds en cognitieve gedragstherapeuten anderzijds: bij analytici 9 % en bij systeemtherapeuten 20 %; bij cognitieve gedragstherapeuten daarentegen 61 %. Tussen de leeftijdsgroepen weinig verschil; wel een iets positievere houding bij de jongere generatie: 31 % versus 22 à 23 %.

3.8. Besluit

Ook over de meer inhoudelijke aspecten van psychotherapie levert deze enquête ons een schat aan gegevens op. Wij kwamen heel wat op het spoor wat betreft doelstellingen voor therapie, interventies en werkstijl van therapeuten, visies op allerlei aspecten van het therapeutisch proces en van het therapeutisch bedrijf in zijn maatschappelijke context, alsook aspecten van diagnostiek (met speciale aandacht voor het DSM systeem).

Binnen deze thema's gingen we telkens de relatie na met de variabelen Taalgemeenschap, Hoofdoriëntatie, Basisdiscipline en Leeftijd. We botsten hierbij op heel wat verschillen – maar ook soms op onverwachte gelijkenissen – die ongetwijfeld nog zullen zorgen voor heftige debatten in 'therapeutenland'.

Wij hopen dat onze 'databank' over het beroepsprofiel van de psychotherapeut in België voor beleidsmensen een nuttige bron van informatie zal vormen bij het voorbereiden van adviezen inzake de plaats van psychotherapie in de geestelijke gezondheidszorg en in de welzijnszorg.

Met veel dank aan het Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu voor het in ons gestelde vertrouwen bij het financieren van dit onderzoeksproject.

Tabel 23. Doelstellingen en behandelingseffecten: % 'Ja' in Franstalige Gemeenschap (N = 119 à 136), Nederlandstalige Gemeenschap (N = 385 à 433) en Volledige steekproef (N = 504 à 569); mate van verandering

DOELSTELLINGEN	Doelstellingen			Effecten		
	Fr.	Ned.	Tot.	Fr.	Ned.	Tot.
Klachten- en symptoomreductie	81.2	83.7	83.1	72.		70.
Inzicht in ontstaan en functie	80.3	88.5	86.4	74.1		73.1
Inzicht in het pers. functioneren	75.3	93.3	89.3	71.8		67.4
Inzicht in het relat. functioneren	85.1	89.7	88.5	69.3		70.8
Persoonlijkheidsherstructurering	38.2	39.1	38.9	13.7		15.1
Verbetering in het relat. systeem	80.4	74.2	75.7	49.6		54.2
Handhaving/herstel v. evenwicht	56.7	74.4	70.1	62.4		60.7
Verbetering op gedragsniveau	65.6	65.1	65.3	60.1		59.6
Bevorderen medew. aan therapie	45.4	32.1	35.4	50.7		51.6
Verandering van leefgewoonten	57.8	60.1	59.5	43.8		43.5
Verwerking (bijv. rouw, trauma)	43.5	56.1	53.0	38.5		40.0
Tot stand brengen v. verwijzing	11.6	12.2	12.0	10.1		10.3
Werkhervatting	24.4	19.7	20.9	24.7		24.3
Bevorderen van zelfstandigheid	63.0	52.9	55.4	54.8		55.6
VERANDERING: verslechterd					2	2
geen verandering					9	11.
enige verandering				47.1		46.6
goede verandering				36.5		35.5
'genezen'					2	2

Tabel 24. Pearson intercorrelaties tussen de twaalf interventieschalen in de volledige steekproef (N = 570 à 580)

INTERVENTIESCHALEN		FAC	AUT	COA	DPR	STR	BEH	COG	EXP	EPR	PAN	PDY	SYS
Faciliterende interventies	FAC	-	.16	.07	.17	-.05	-.04	.12	.37	.12	.22	.25	.11
Gezagsgekleurde gerustst.	AUT	.16	-	.57	.55	.47	.48	.55	.09	.14	-.05	.21	.31
Coaching interventies	COA	.07	.57	-	.69	.74	.71	.69	-.09	.11	-.30	.16	.39
Dir. procesinterventies	DPR	.17	.55	.69	-	.60	.63	.67	.16	.28	-.10	.29	.46
Structurerende interv.	STR	-.05	.47	.74	.60	-	.77	.66	-.08	.17	-.31	.08	.44
Gedragsinterventies	BEH	-.04	.49	.71	.63	.77	-	.70	.04	.21	-.22	.18	.45
Cognitieve interventies	COG	.12	.55	.69	.67	.66	.70	-	.17	.20	-.03	.39	.43
Experiëntiële interventies	EXP	.37	.09	-.09	.16	-.08	.04	.17	-	.40	.67	.52	.24
Exper. procedures	EPR	.12	.14	.11	.28	.19	.21	.20	.40	-	.22	.21	.45
Psychoanalytische interv.	PAN	.22	-.05	-.30	-.10	-.31	-.22	-.03	.67	.22	-	.50	.06
Psychodynamische interv.	PDY	.24	.22	.16	.29	.08	.18	.39	.52	.21	.50	-	.21
Systemische interventies	SYS	.11	.31	.39	.46	.44	.45	.43	.24	.45	.06	.21	-

Tabel 25. Interventieschalen (en items): gemiddelde en gemiddeld % JA-antwoorden (= uitslag 4 of 5) in de Franstalige Gemeenschap (N = 135 à 142), Nederlandstalige Gemeenschap (N = 436 à 438) en in de Volledige steekproef (N = 571 à 580)

INTERVENTIESCHALEN		Franstaligen		Ned.taligen		Totaal	
		\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Facilit. interventies	FAC	4.13	76.8	4.24	79.3	4.21	78.5
Gezagsgekleurde gerustst.	AUT	2.98	43.0	2.97	42.1	2.97	42.3
Coaching interventies	COA	2.64	34.4	2.88	37.5	2.82	36.7
Dir. procesinterventies	DPR	2.75	36.7	2.87	38.8	2.84	38.3
Structurerende interventies	STR	2.33	30.0	2.32	27.2	2.32	27.9
Gedragsinterventies	BEH	2.19	24.8	2.14	23.4	2.16	23.7
Cognitieve interventies	COG	2.96	44.8	2.84	39.4	2.87	40.7
Experiëntiële interventies	EXP	3.55	60.2	3.17	48.2	3.26	51.1
Experiëntiële procedures	EPR	1.88	19.6	1.78	15.9	1.81	16.8
Psychoanalytische interventies	PAN	3.51	58.7	3.15	47.1	3.23	50.0
Psychodynamische interventies	PDY	3.58	62.3	3.62	61.8	3.61	61.9
Systemische interventies	SYS	1.80	15.1	1.65	11.2	1.68	12.2
ITEMS							
02. Nadere informatie vragen		3.96	72.3	4.21	79.5	4.15	77.8
05. Herformulering		4.23	80.9	4.28	84.7	4.27	83.8
08. Feedback		3.74	68.4	3.40	54.1	3.48	57.4
21. Onafhankh. stimuleren		4.04	70.1	3.87	69.7	3.91	71.9
31. Metaforen		3.68	64.0	3.41	55.4	3.48	57.4
73. Lichamelijk contact		1.48	9.3	1.29	4.6	1.34	5.8
74. Ontspanningsoefeningen		1.75	18.0	1.88	16.8	1.80	17.1

Tabel 26. Werkstijl: Pearson intercorrelaties tussen schalen en items (Steekproef Ned. + Vl.: N = 1750 à 1760); \bar{X} en % Ja-antwoorden (= uitslag 6 of 7) in de Franstalige Gemeenschap (N = 272 à 281), Nederlandstalige Gemeenschap (N = 638 à 642) en in de Volledige steekproef (N = 910 à 925)

SCHALEN	Schalen					Items			
	Betr.	Doeltr.	Afst.	Zorg.	V. eis.	Wijs	Intuït.	Deskund.	
Betrokken	-	.03	-.33	.32	-.06	.41	.24	.25	
Doeltreffend	.03	-	-.05	.03	.42	.18	-.10	.32	
Afstandelijk	-.33	-.05	-	.04	.06	-.05	-.07	-.06	
Zorgend	.32	.06	.04	-	-.05	.22	.15	.02	
Veeleisend	-.06	.42	.06	-.05	-	.09	.00	.12	
Wijs	.40	.18	-.05	.22	.09	-	.24	.41	
GEMIDDELDE \bar{X} :									
	Franst. Gem.	5.26	4.40	2.93	4.87	3.90	5.41	5.49	5.67
	Ned.talige Gem.	6.16	4.50	2.40	4.66	4.05	5.27	5.24	5.86
	Totaal	5.88	4.47	2.56	4.72	4.01	5.32	5.32	5.80
% "Ja":									
	Franst. Gem.	45.40	10.00	1.80	28.90	10.00	60.60	52.90	65.80
	Ned.talige Gem.	93.40	18.50	0.30	18.30	9.80	50.60	45.80	74.10
	Totaal	78.70	15.90	0.80	21.50	9.90	53.60	48.00	71.60

Tabel 27. Visie op psychotherapie en op zichzelf. Gemiddelde en % Ja-antwoorden (= uitslag 6 of 7) per aspect in de Franstalige Gemeenschap (N = 270 à 290), Nederlandstalige Gemeenschap (N = 636 à 648) en in de Volledige steekproef (N = 910 à 938)

VISIE: ASPECTEN	ITEM	Franstaligen		Ned.taligen		Totaal	
		\bar{x}	%	\bar{x}	%	\bar{x}	%
Contra protocollen (5 items)		4.39	23.8	4.44	21.0	4.43	21.9
Pro managed care (2 items)		2.92	4.3	3.04	4.7	3.60	4.6
Werkvoldoening (3 items)		5.49	42.4	5.36	44.0	5.40	43.5
In ontwikkeling	04	6.46	88.6	6.31	83.8	6.36	85.3
Marge van vrijheid	18	5.94	72.0	5.82	69.9	5.86	70.5
Tendens tot zelfactualisatie	02	5.29	56.8	5.88	72.6	5.70	67.7
Behoefte aan contact weznl.	11	6.16	78.5	6.51	88.8	6.40	85.7
Intervisie een vereiste	10	6.31	82.1	6.32	83.2	6.31	82.8
Mens begrepen in context	29	5.70	65.2	6.02	75.8	5.92	72.6
Religie belangr. plaats	31	2.85	12.1	3.30	16.2	3.16	15.0
Werkrelatie bepalend	09	6.06	76.2	6.11	81.0	6.10	79.5
Intuitief aanvoelen	17	5.07	50.2	4.81	37.0	4.86	41.0
Meer kunst dan wet.	25	4.68	36.7	3.61	16.1	3.94	22.4
Persoonlijkh. belangrijker	32	4.02	18.5	4.11	23.0	4.08	21.6
Pro langer durende ther.	01	4.33	32.4	4.59	40.2	4.51	37.8
Zonder onbewuste motieven	06	2.97	20.2	3.52	21.4	3.35	21.0
Pos. en neg. bekrachtigingen	14	4.21	28.3	4.73	35.2	4.57	33.1
Enkel nog emp. onderst. ther.	23	3.40	19.1	3.42	16.0	3.42	16.9
Leertherapie niet verplicht	24	2.98	15.9	3.06	15.2	3.04	15.4
Op maat gesneden behandeling	26	3.84	25.5	4.31	36.3	4.17	33.1
Th. naar vrijgevest. praktijk	34	2.87	5.8	3.08	9.3	3.01	8.2
Special. ther. vereniging	05	5.00	45.8	5.07	49.1	5.05	48.1
Integrat. behandelvormen	13	4.31	33.0	4.55	34.7	4.47	34.2
Variëren technieken	20	5.24	52.6	5.80	69.3	5.63	64.2
Psychother. multidisciplinair	21	5.56	62.2	5.48	58.3	5.51	59.5
DSM van beperkt nut	08	5.65	62.1	5.09	49.8	5.26	53.5
Kennis psychopath. essentieel	22	5.92	70.9	5.99	73.1	5.97	72.4
Diagnose en indicatiestelling	40	5.45	62.5	5.50	59.5	5.49	60.4
Competent om zelfstandig diagn.	36	4.92	45.1	4.38	34.1	4.55	37.5
Bijhouden geschreven rapport	35	4.46	33.8	4.82	43.6	4.71	40.6
Ther. rol te combineren met	37	3.47	29.6	2.88	13.2	3.06	18.2
Als waarden botsen, verwijzen	38	4.78	47.2	4.38	33.7	4.51	37.8
Patiënt recht dossier inzage	39	3.72	28.1	4.78	42.6	4.46	38.2

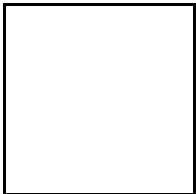
Tabel 28. Aantal zittingen en doelstellingen: % JA-antwoorden in de vier hoofdorïentaties (Volledige steekproef: AN, N=155; Cg/E, N=122; GT/COG, N=119; SYS, N=130)

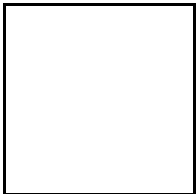
AANTAL ZITTINGEN	Hoofdorïentatie			
	AN	Cg/E	GT/COG	SYS
1-5	5.2	10.7	16.0	20.0
6-10	9.7	13.1	23.5	23.1
11-15	7.7	13.1	19.3	15.4
16-20	5.8	12.3	14.3	12.3
21-25	3.2	10.7	4.2	0.8
26-30	5.2	2.5	5.0	4.6
31-40	10.3	9.8	3.4	6.9
41-50	9.7	8.2	4.2	5.4
51-60	7.1	4.9	2.5	3.8
61-80	9.7	4.1	4.2	3.1
81-100	3.2	5.7	1.7	2.3
101-150	11.0	2.5	1.7	0.8
151-200	3.9	0.8	0.0	0.8
200-	8.4	1.6	0.0	0.8
\bar{X}	76.3	36.3	21.5	24.1
Me	46	21	14	14
DOELSTELLINGEN				
Klachten- en symptoomreductie	78.5	71.6	92.5	89.1
Inzicht in ontstaan en functie	87.6	86.4	84.9	86.8
Inzicht in het pers. functioneren	89.0	96.1	85.0	87.0
Inzicht in het relat. functioneren	92.9	90.6	74.2	93.9
Persoonlijkheidsherstructurering	58.3	36.9	28.1	30.2
Verbetering in het relat. systeem	77.2	73.8	64.7	85.0
Handhaving/herstel van evenwicht	70.5	74.4	65.8	70.5
Verbetering op gedragsniveau	53.4	59.2	88.6	64.1
Bevorderen medew. aan therapie	39.8	32.5	39.5	29.4
Verandering van leefgewoonten	50.7	57.6	65.0	63.5
Verwerking (b.v. rouw, trauma)	60.6	57.7	37.8	55.0
Tot standbrengen v. verwijzing	9.0	13.9	15.0	11.5
Werkhervatting	16.9	12.4	27.4	26.2
Bevorderen van zelfstandigheid	58.7	48.4	57.1	55.0

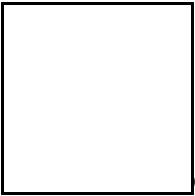
Tabel 29. Relatie tussen Hoofdoriëntatie en Interventiecategorieën (Steekproef A): \bar{x} en % JA-antwoorden (= uitslag 4 of 5); univariate variantieanalyses

INTERVENTIECATEGORIEËN		Hoofdcategorieën: en % 'JA'								Post hoc vergelijk. f
		AN (n=152)		Cg/E (n=127)		GT/COG (n=122)		SYS (n=133)		
Faciliterende interventies	FAC	4.15	76.2	4.45	82.2	4.03	72.3	4.21	79.1	12.1 C>S,A,G; S>G
Gezagsgekleurde geruststelling	AUT	2.67	33.4	2.68	32.7	3.38	54.4	3.26	51.5	32.4 G,S>C,A
Coaching interventies	COA	2.16	17.8	2.62	29.6	3.74	64.6	3.01	41.9	122.4 G>S>C>A
Dir. procesinterventies	DPR	2.22	21.2	2.81	34.9	3.40	55.0	3.02	45.1	60.2 G>S>C>A
Structureerende interventies	STR	1.47	8.3	1.93	15.2	3.61	61.9	2.56	33.2	136.5 G>S>C>A
Gedragsinterventies	BEH	1.43	5.8	1.82	14.7	3.31	53.8	2.36	27.7	116.3 G>S>C>A
Cognitieve interventies	COG	2.45	29.1	2.51	29.0	3.74	65.7	2.97	43.4	80.3 G>S>C>A
Experiëntiële interventies	EXP	3.43	56.3	3.66	64.0	2.81	35.8	3.09	46.1	27.2 C,A>S>G
Experiëntiële procedures	EPR	1.45	9.2	2.18	25.6	1.50	8.6	2.08	23.3	14.9 C,S>G,A
Psychoanalytische interventies	PAN	3.97	73.7	3.21	48.7	2.47	26.1	3.02	44.4	81.1 A>C,S>G
Psychodynamische interventies	PDY	3.65	63.8	3.63	62.9	3.55	59.9	3.67	62.7	-
Systemische interventies	SYS	1.25	3.7	1.55	9.6	1.79	12.9	2.20	23.9	31.5 S>G,C>A
ITEMS										(3,524)
02. Nadere informatie vragen		3.79	64.9	3.93	71.9	4.60	91.9	4.37	85.0	18.8 G,S>C,A
05. Herformulering		4.12	79.2	4.46	92.2	4.09	77.4	4.41	88.5	5.6 C,S>A,G
08. Feedback		3.25	51.3	3.45	55.2	3.48	59.0	3.79	66.6	4.6 S>A
21. Onafhankeljk. stimuleren		3.63	64.6	3.94	71.2	3.98	73.4	4.12	78.9	4.9 S>A
31. Metaforen		3.49	57.5	3.54	59.0	3.05	44.7	3.74	67.7	6.3 S,C,A>G

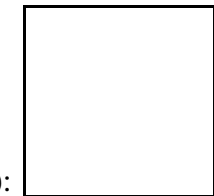
73. Lichamelijk contact	1.16	2.6	1.53	8.7	1.28	3.2	1.38	8.1	4.8 C>A
74. Ontspanningsoefeningen	1.22	3.9	1.78	15.7	2.29	36.6	1.75	14.9	25.7 G>C,S>A



Tabel 30. Relatie tussen Hoofdoriëntatie en Werkstijl (Volledige steekproef):  en % JA-antwoorden (uitslag = 6 of 7); univariate variantieanalyses

SCHALEN WERKSTIJL	Hoofdoriëntaties: 				f	Post hoc vergel.
	<u>A</u>N	<u>C</u>g/E	<u>G</u>T/COG	<u>S</u>YS		
	(n=229)	(n=186)	(n=178)	(n=216)		(3,805

Doeltreffend		4.04	22.9	4.21	22.3	5.16	44.5	4.53	26.6	57.6	G>S>C,A
Afstandelijk		3.01	8.3	2.26	3.1	2.43	3.0	2.41	3.8	23.9	A>G,S,C
Zorgend		4.78	34.2	4.70	30.7	4.66	27.2	4.74	32.3	-	
Veeleisend		3.62	18.4	4.07	21.1	4.31	24.4	4.07	21.5	13.2	G,C,S>A
Wijs		5.44	53.6	5.30	49.2	4.97	34.7	5.32	49.3	9.3	A,S,C>G
ITEMS											
Intuïtief	14	5.43	48.1	5.70	62.9	4.54	24.0	5.35	47.9	32.5	C>S>G; A>G
Deskundig	20	5.83	72.0	5.77	72.0	5.80	68.5	5.75	70.4	-	



Tabel 31. Relatie tussen Hoofdoriëntatie en aspecten van Visie op therapie en op zichzelf (Volledige steekproef): en % JA-antwoorden (= uitslag 6 of 7); univariatie variantieanalyses

VISIE: ASPECTEN	ITEM	Hoofdoriëntaties: en % 'JA'								F (3,8)	Post hoc vergel.
		<u>A</u> N (n = 231)		<u>C</u> g/E (n = 185)		<u>G</u> T/COG (n = 180)		<u>S</u> YS (n = 215)			
Contra Protocollen		5.0	48.6	4.68	38.6	3.23	13.5	4.45	32.6	87.4	A>C,S>G
Pro managed care		2.6	6.9	2.97	5.4	3.66	11.4	3.01	6.1	24.2	G>S,C>A
Werkvoldoening		5.4	66.0	5.49	66.4	5.19	57.7	5.38	63.7	5.3	A,C>G
In ontwikkeling	04	6.4	89.4	6.50	89.4	5.96	71.7	6.38	86.7	15.8	A,C,S>G
Marge van vrijheid	18	5.8	68.6	5.94	75.4	5.80	67.2	5.82	70.0	-	
Tendens tot zelfactual.	02	5.4	58.5	6.20	83.0	5.45	59.0	5.77	70.0	13.5	C>S,G,A; S>A
Behoeftte aan contact w.	11	6.3	83.7	6.66	94.6	6.10	76.3	6.49	88.5	12.0	C>A>G; S>G
Intervisie een vereiste	10	6.3	82.9	6.52	89.4	5.98	73.3	6.46	86.7	10.4	C,S,A>G
Mens begr. in context	29	5.9	73.8	5.88	73.6	5.48	55.0	6.29	84.3	15.4	S>A,C>G
Religie belangr.plaats	31	3.0	13.4	3.70	22.0	2.65	8.3	3.02	12.5	9.6	C>A,S,G
Werkrelatie bepalend	09	6.0	78.2	6.24	87.2	6.04	77.7	6.09	77.0	-	
Intuïtief aanvoelen	17	4.9	45.1	5.18	48.1	4.04	18.9	5.13	43.8	24.0	C,S,A>G
Meer kunst dan wet.	25	4.1	26.0	3.91	22.0	2.95	8.4	4.21	24.2	23.7	S,A,C>G

VISIE: ASPECTEN	ITEM	Hoofdoriëntaties: en % 'JA'								F (3,8)	Post hoc vergel.
		<u>AN</u> (n = 231)		<u>Cg/E</u> (n = 185)		<u>GT/COG</u> (n = 180)		<u>SYS</u> (n = 215)			
Persoonlijkh. belangrijker	32	4.1	18.7	4.42	28.0	3.56	16.0	4.18	24.5	9.0	C,S,A>G
Pro langer durende ther.	01	5.3	57.7	5.11	48.9	3.56	18.4	3.82	23.0	60.7	A,C>S,G
Zonder onbew. motieven	06	2.1	7.4	3.45	16.4	4.41	38.0	3.99	27.2	65.2	G,S>C,A
Pos. en neg. bekracht.	14	3.7	16.4	4.44	24.6	5.72	64.4	4.63	32.9	57.8	G>S,C>A
Enkel nog emp. onderst.th.	23	2.8	11.0	3.29	13.5	4.53	36.5	3.35	12.1	30.3	G>S,C,A; S>A
Leertherapie niet verplicht	24	2.8	17.0	2.44	7.0	3.67	20.0	3.28	17.3	15.1	G>A,C; S>C
Op maat gesneden beh.	26	3.4	22.4	4.03	26.7	5.20	53.9	4.27	34.1	27.5	G>S,C>A
Th. naar vrijgevest. pr.	34	3.1	10.8	3.17	12.4	3.01	7.2	2.78	4.6	2.9	C,A>S
Special. ther. vereniging	05	5.4	58.8	4.85	44.1	5.12	50.5	4.75	40.1	7.8	A>C,S
Integr. behandelvormen	13	3.9	24.8	4.75	39.2	4.72	38.9	4.71	37.2	12.5	C,G,S>A
Variëren technieken	20	5.2	51.7	5.88	72.7	5.84	69.6	5.71	66.8	9.4	C,G,S>A
Psychother. multidiscipl.	21	5.3	55.4	5.31	53.5	5.66	63.3	5.64	64.3	3.3	
DSM van beperkt nut	08	5.7	68.6	5.27	53.5	4.28	28.9	5.47	59.3	30.1	A>C>G; S>G
Kennis psychopath. ess.	22	6.3	86.3	5.95	67.9	6.27	81.1	5.51	58.3	26.3	A,G>C>S
Diagnose & indicatiest.	40	5.9	72.3	5.20	45.2	5.94	75.7	5.03	50.0	22.4	G,A>C,S
Competent zelfst. diagn.	36	5.0	50.4	4.28	30.3	4.67	39.8	4.00	25.9	16.9	A,G>S; A>C
Bijhouden geschreven rapp.	35	4.2	31.2	4.92	41.9	4.89	45.3	4.92	46.3	6.7	S,C,G>A
Ther. rol te combineren	37	2.8	18.8	2.81	11.9	3.34	19.7	3.24	19.0	3.6	C>G
Als waarden botsen, verw.	38	4.4	37.5	4.76	39.1	4.50	34.4	4.41	38.2	-	
Patiënt recht dossierinzage	39	3.6	23.7	5.00	44.6	4.69	39.8	4.74	46.0	21.9	C,S,G>A

Tabel 32. Relatie tussen Basisdiscipline en Leeftijd enerzijds en Werkstijl anderzijds

(Volledige steekproef): bij significante verschillen; univariate variantieanalyses

<i>schalen werkstijl</i>	Basisdisciplines:			F	Post hoc vergel.
	<u>A</u> rts (n=103)	<u>P</u> sychol. (n=512)	<u>G</u> egr. (n=137)		
Betrokken					
Doeltreffend					
Afstandelijk	2.9	2.5	2.4		8. A>P,G
Zorgend					
Veeleisend	3.6	3.9	4.2		7. G>P,A
Wijs					
ITEMS					
Intuïtief	14	5.4	5.1	5.6	9. G>P
Deskundig	20				
	Leeftijd:			F	Post hoc vergel.
	20-39 (n=348)	40-49 (n=299)	50+ (n=250)		
Betrokken					
Doeltreffend					
Afstandelijk	2.3	2.6	2.7		13. 3,2>1
Zorgend					
Veeleisend	4.1	4.0	3.7		6. 1,2>3
Wijs	5.0	5.3	5.6		30. 3>2>1
ITEMS					
Intuïtief	14	5.1	5.2	5.5	7. 3>2,1
Deskundig	20	5.6	5.8	5.9	5. 3,2>1

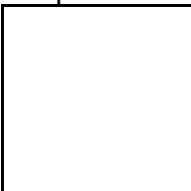
Tabel 33. Relatie tussen Basisdiscipline en aspecten van Visie op therapie en op zichzelf

(Volledige steekproef): bij (rand)significante verschillen; univariate variantieanalyses

VISIE: ASPECTEN	ITEM	Basisdisciplines:			F (2,761)	Post hoc vergel.
		<u>A</u> rts (n=105)	<u>P</u> sychol. (n=524)	<u>G</u> egr. (n=135)		
Contra protocollen		4.71	4.38	4.42	2.7	A>P,G
Pro managed care		2.59	3.00	3.06	4.7	G,P>A
Werkvoldoening						
In ontwikkeling	04	6.16	6.30	6.52	5.0	G>P,A
Marge van vrijheid	18					
Tendens tot zelfactualisatie	02	5.54	5.62	6.04	5.2	G>P,A
Behoeftte aan contact wezenl.	11	6.29	6.36	6.57	3.3	G>P
Intervisie een vereiste	10	6.06	6.30	6.44	3.9	G>A
Mens begrepen in context	29					
Religie belangr. plaats	31	3.23	2.87	3.34	4.1	G>P
Werkrelatie bepalend	09					
Intuïtief aanvoelen	17	5.13	4.76	5.16	5.6	G,A>P
Meer kunst dan wet.	25	4.26	3.70	4.45	12.5	G>P
Persoonlijkh. belangrijker	32	4.33	3.87	4.56	11.4	G,A>P
Pro langer durende ther.	01					
Zonder onbewuste motieven	06	2.97	3.36	3.69	3.7	G>A
Pos. en neg. bekrachtigingen	14					
Enkel nog emp. onderst. ther.	23					
Leertherapie niet verplicht	24					
Op maat gesneden behandeling	26	3.72	4.30	4.19	3.6	P>A
Th. naar vrijgevest. praktijk	34	3.48	2.87	2.91	6.5	A>G,P
Special. ther. vereniging	05					
Integrat. behandelvormen	13					
Variëren technieken	20					
Psychother. multidisciplinair	21	5.50	5.36	5.76	3.7	G>P
DSM van beperkt nut	08					
Kennis psychopath. essentieel	22	6.32	6.15	5.38	26.7	A,P>G

VISIE: ASPECTEN	ITEM	Basisdisciplines:			F (2,761)	Post hoc vergel.
		Arts	Psychol.	Gegr.		
		(n=105)	(n=524)	(n=135)		
Diagnose en indicatiestelling	40	5.80	5.60	4.96	11.5	A,P>G
Competent om zelfstandig diagn.	36	5.06	4.70	3.75	20.9	A,P>G
Bijhouden geschreven rapport	35					
Ther. rol te combineren met	37	3.56	2.75	3.44	12.3	G,A>P
Als waarden botsen, verwijzen	38					
Patiënt recht dossierinzage	39	3.58	4.43	4.91	13.0	G>P>A

Tabel 34. Relatie tussen Leeftijd en aspecten van Visie op therapie en op zichzelf

(Volledige steekproef):  bij (rand)significante verschillen;
univariate variantieanalyses

VISIE: ASPECTEN	ITEM	Leeftijd:			F (2,894)	Post hoc vergel.
		20-39	40-49	50+		
		(n=346)	(n=298)	(n=253)		
Contra protocollen		4.30	4.42	4.63	4.8	3>1
Pro managed care		3.15	2.97	2.83	4.4	1>3
Werkvoldoening		5.34	5.37	5.52	3.6	3>1
In ontwikkeling	04					
Marge van vrijheid	18					
Tendens tot zelfactualisatie	02					
Behoefte aan contact wezenl.	11					
Intervisie een vereiste	10	6.44	6.32	6.12	7.2	1,2>3
Mens begrepen in context	29					
Religie belangr. plaats	31	2.84	3.22	3.48	8.2	3,2>1
Werkrelatie bepalend	09					
Intuïtief aanvoelen	17	4.72	4.86	5.12	5.3	3>1
Meer kunst dan wet.	25	3.60	3.98	4.29	11.7	3,2>1
Persoonlijkh. belangrijker	32	3.94	3.92	4.45	9.2	3>1,2

VISIE: ASPECTEN	ITE M	Leeftijd:			F (2,894)	Post hoc vergel.
		20-39 (n=346)	40-49 (n=298)	50+ (n=253)		
Pro langer durende ther.	01					
Zonder onbewuste motieven	06	3.74	3.23	3.01	10.6	1>2,3
Pos. en neg. bekrachtigingen	14					
Enkel nog emp. onderst. ther.	23					
Leertherapie niet verplicht	24					
Op maat gesneden behandeling	26	4.52	4.21	3.64	14.3	1,2>3
Th. naar vrijgevest. praktijk	34					
Special. ther. vereniging	05	4.89	5.05	5.27	3.3	3>1
Integrat. behandelvormen	13					
Variëren technieken	20					
Psychother. multidisciplinair	21					
DSM van beperkt nut	08	5.05	5.45	5.31	4.7	2>1
Kennis psychopath. essentieel	22					
Diagnose en indicatiestelling	40	5.30	5.52	5.68	4.7	3>1
Competent om zelfstandig diagn.	36	4.13	4.60	5.02	19.8	3>2>1
Bijhouden geschreven rapport	35	4.91	4.79	4.32	8.5	1,2>3
Ther. rol te combineren met	37					
Als waarden botsen, verwijzen	38					
Patiënt recht dossierinzage	39	4.71	4.50	4.10	7.1	1,2>3

Tabel 35. Belang DSM classificatie voor psychotherapeutische praktijk: % per categorie voor de variabelen Taalgemeenschap, Basisdiscipline, Hoofdoriëntatie en Leeftijd. Verantwoordelijkheid voor diagnostiek: % JA

	N	DSM Classificatie: vertrouwdheid & belang*: %							Verantw. diagn.	
		onb.	v/+	v/-	m/+	m/-	m/?	niet	N	%
TAALGEMEENSCHAP										
Franstaligen	304	22.0	12.2	17.4	3.2	22.4	11.8	10.5	243	86.0
Nederlandstaligen	651	12.7	17.2	24.9	12.9	20.1	10.4	4.8	563	77.6
Totaal	955	15.7	15.6	22.5	9.9	20.8	8.8	6.6	806	80.1
BASISDISCIPLINES										
Artsen	88		31.8	46.6		17.0	3.4	1.1	100	97.0
Lic. Psychologie	361		23.0	27.7	11.4	23.3	9.1	5.5	463	83.0
Gegradueerden	61		13.1	19.7	21.3	36.1	8.2	1.6	119	59.7
HOOFDORIËNTATIES										
Psychoanal/dyn.	252	12.3	5.9	29.8	3.6	30.2	10.7	7.5		
Cliëntg./experientieel	188	11.2	13.3	20.7	14.9	21.8	11.7	6.4		
Gedr./cogn.	181	10.5	43.1	14.4	17.7	8.3	5.0	1.1		
Systemisch	219	21.5	8.7	23.7	11.4	20.1	8.2	6.4		
LEEFTIJD										
20-39	358	17.9	20.7	26.3	10.9	15.9	6.1	2.2	306	74.5
40-49	314	15.0	14.6	21.7	8.3	22.3	13.1	5.1	248	80.2
50-	268	13.8	10.4	18.3	11.2	25.4	7.1	13.8	221	87.3

* Onb. = onbekend, v/+ = vertrouwd en zinvol, v/- = vertrouwd en niet zinvol, m/+ = matig vertrouwd en zinvol, m/- = matig vertrouwd en niet zinvol, m/? = matig vertrouwd en geen oordeel, niet = niet mee vertrouwd.

Hoofdstuk 4. Reglementering van psychotherapeutische activiteiten in Europa

4.1. Inleiding

4.1.1. Vraagstelling

Het onderzoek waarover verslag wordt uitgebracht, betreft het profiel van de psychotherapeut in België. Het valt niet te ontkennen dat psychotherapeutische activiteiten een onmisbare plaats hebben verworven binnen het aanbod aan diensten op het vlak van gezondheidszorg. In tegenstelling tot hun belang op het terrein staat de reglementering van deze activiteiten nog in haar kinderschoenen. De consument weet niet precies welke vakmensen bevoegd zijn om dit soort diensten te verstrekken en krijgt ook geen enkele garantie op het vlak van kwaliteit.

De enige wettelijke reglementering die momenteel voorhanden is, bestaat uit het koninklijk besluit betreffende de gezondheidszorgberoepen, tot 2001 bekend onder de titel: Koninklijk besluit betreffende de uitoefening van de geneeskunst, de verpleegkunde, de paramedische beroepen en de geneeskundige commissies. Volgens dit KB, dat karakter van wet heeft, valt de zelfstandige beoefening van alle handelingen van diagnose en therapie onder de bevoegdheid van houders van een diploma van doctor in de geneeskunde. De kloof tussen deze wettelijke reglementering enerzijds, en de realiteit op het terrein anderzijds, is zo duidelijk dat weinigen de noodzaak betwisten om een wettelijk kader uit te werken dat beter is afgestemd op de noden van onze maatschappij.

In de ons omringende landen werd of wordt de wetgever nog steeds geconfronteerd met datzelfde probleem. In het volgende onderdeel gaan wij dieper in op de manier waarop psychotherapie in de landen van de Europese Gemeenschap wettelijk gereguleerd is. Wij proberen de gegevens die deze verkenning ons oplevert in een synthese te gieten om vervolgens een reeks aanbevelingen te formuleren.

Psychotherapie is een beroepsactiviteit die door mensen uit verschillende vakgebieden wordt beoefend. In alle Europese landen zijn de beroepen van arts en psychiater wettelijk geregeld. In de meeste landen zijn psychiaters bevoegd om zonder bijkomende vorming¹ psychotherapie te beoefenen. In de meeste onderzochte landen is ook de beoefening van het beroep van psycholoog en/of klinisch psycholoog wettelijk geregeld². Waar er een wettelijke regeling bestaat wordt aan psychologen en klinisch psychologen gevraagd een bijkomende

¹ In Nederland moet een psychiater ook een bijkomende gespecialiseerde opleiding volgen voor hij de gespecialiseerde titel van psychotherapeut mag dragen.

² In 12 van de 17 landen die in de studie zijn opgenomen, is het beroep van psycholoog en/of klinisch psycholoog wettelijk geregeld.

opleiding te volgen om psychotherapie te kunnen beoefenen. In dit hoofdstuk gaan we vooral in op de wetgeving rond de uitvoering van psychotherapeutische activiteiten als dusdanig.

4.1.2. Aanverwante vragen

Binnen de context van het onderzoeksproject rond het profiel van de psychotherapeut in België, moesten wij ons bij het onderzoek naar de reglementering omtrent psychotherapie in Europa toespitsen op de wettelijke basisreglementering die in de verschillende landen van kracht is. Een aantal andere problemen die hiermee in verband staan en elk op zich een systematisch onderzoek waard zijn, moesten wij hier buiten beschouwing laten. In landen waar een wetgeving voorhanden is, gaat het om vrij recente reglementeringen. Een systematisch onderzoek van *de weerslag van de verschillende wetgevende modellen op de praktijk en de praktiserende artsen* zou ongetwijfeld interessante gegevens opleveren voor de huidige discussie.

Evenmin konden wij binnen de context van ons onderzoeksproject dieper ingaan op de *terugbetaling van psychotherapie* door openbare en privé-verzekeringen. Onnodig te zeggen dat ook deze problematiek van groot belang is binnen het debat en op systematische wijze zou moeten worden onderzocht.

Een derde belangrijke beperking die wij moeten vermelden, betreft de *beroepsverenigingen voor psychotherapie* die in de verschillende landen actief zijn. In de meeste landen waar een reglementering tot stand gekomen is, hebben de beroepsverenigingen hierin een aanzienlijke rol gespeeld. Binnen die verenigingen werd ernstig nagedacht over het psychologisch lijden van de mens en zijn nood aan psychotherapeutische hulp. Het zijn de verenigingen die, samen met andere hoofdfiguren in het debat, vorm hebben gegeven aan het beroep en aan het profiel van de beroepsbeoefenaar. Zij hebben de regeringen in grote mate ertoe aangezet een reglementering uit te werken. Ook zetelen zij samen met andere vakmensen in de advies- en uitvoeringsorganen.

Dat wij niet systematisch melding maken van die verenigingen, betekent niet dat wij hun waardevolle rol negeren, maar wel dat wij ons willen beperken tot het resultaat van hun acties. Het zou ook niet eenvoudig geweest zijn om de beroepsverenigingen systematisch te behandelen, gezien het grote aantal. Er zijn namelijk verenigingen op nationaal, Europees en wereldvlak. Op nationaal niveau gaat het soms om enkele grote verenigingen die sterk representatief zijn, zoals in het Verenigd Koninkrijk. Daar zijn zowel de UKCP of 'United Kingdom Council of Psychotherapy' als de BCP of 'British Confederation of Psychotherapists' actief. Samen vertegenwoordigen zij de meerderheid van de psychotherapeuten. In de meeste landen vinden wij echter een hele reeks verenigingen die elk een fractie van de psychotherapeuten vertegenwoordigen. Zij onderscheiden zich dan bijvoorbeeld door het basisberoep (artsen, psychologen, andere), door hun conceptuele achtergrond

(psychoanalytische, systemische, ervarings- of gedragsgerichte psychotherapie) of door hun specifieke toepassing van een conceptueel kader (Jungiaanse psychoanalyse, Lacaniaanse...).

Zo telt Frankrijk ten minste 4 belangrijke federaties van psychotherapeuten (naast de verenigingen en federaties van psychiaters, psychologen en andere vakmensen in het domein). Zij overkoepelen telkens 20 tot 50 kleine verenigingen van psychotherapeuten³.

In bijlage 2 hebben wij een lijst van de belangrijke internationale verenigingen opgenomen, met telkens hun standpunt op het vlak van profiel en vorming van psychotherapeuten. Wie belangstelling heeft voor de beroepsverenigingen die in de verschillende landen actief zijn, vindt hierover ook informatie in het boek van Alfred Pritz (2002).

4.1.3. Landen

Wij gingen de reglementering van psychotherapeutische activiteiten na in de lidstaten van de *Europese Gemeenschap*: Duitsland, Oostenrijk, België, Spanje, Denemarken, Finland, Frankrijk, Griekenland, Ierland, Italië, Luxemburg, Nederland, Portugal, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Wij hebben ook Zwitserland en Noorwegen in aanmerking genomen omdat zij, hoewel geen lid van de EU, toch deel uitmaken van andere samenwerkingsverbanden.

4.1.4. Onderzochte parameters

Het profiel van een beroep en de plaats die het in de maatschappij inneemt kunnen worden omschreven aan de hand van een reeks parameters. Wij bekijken in de eerste plaats welke wettelijke en andere reglementeringen in de verschillende landen van kracht zijn en op welke aspecten van de beroepsactiviteit zij uitwerking hebben. Een eerste aspect is de *vergunning om de titel te dragen en de activiteiten te beoefenen*, in de Engelstalige literatuur 'licencing' genoemd. Die vergunning kan verbonden zijn aan een verplichting om te handelen volgens een *deontologische code*. In dat geval bepaalt de reglementering tevens de samenstelling van de deontologische commissies, de te volgen procedures bij klachten en de sancties.

Wij gaan tevens na welke *instanties verantwoordelijk* zijn voor de reglementering ('Regulatory Bodies'). Hierbij zullen wij proberen een onderscheid te maken tussen organen met beslissingsbevoegdheid, organen die onderliggend advies verstrekken voor de besluitvorming en ten slotte de instanties die moeten toezien op de uitvoering van de beslissingen en op de praktische coördinatie van het beroep.

³ Volgens Philippe Grosbois, voorzitter van het Syndicat National de Praticiens en Psychotherapie, lijdt Frankrijk aan het Asterix-complex. "(Op het vlak van psychotherapie) ... lijkt het meer op een land dat samengesteld is uit een aantal trotse Gallische dorpjes die elkaar de loef willen afsteken en nooit ook maar een duimbreed voor elkaar willen wijken".

Verder gaan wij ook dieper in op de *opleidingen in psychotherapie* in de landen waar in een reglementering is voorzien, met speciale aandacht voor de vereiste voorkennis voor een gespecialiseerde opleiding in termen van basisdiploma en beroepservaring. Wij houden tevens rekening met de duur en de structuur van de opleiding en met het eventuele accrediteringssysteem van de opleidingen.

4.2. Wettelijke reglementering

1. Duitsland

In Duitsland regelt de wet op psychologen-psychotherapeuten en de kinder- en jeugdpsychotherapeuten van 1999 de titel en de beoefening van psychotherapie. Hier wordt psychotherapie beschouwd als een specialisatie binnen het vak van psychiater en psycholoog. Licentiaten in de pedagogie kunnen een erkenning krijgen als kinder- en jeugdpsychotherapeut. De wet op de alternatieve geneeskunde kan bepaalde andere beroepsbeoefenaars toestaan om psychotherapeutische activiteiten uit te oefenen, zonder dat zij evenwel de titel van psychotherapeut mogen dragen.

De bondsvereniging voor geneeskunde ('Kassenärztliche Bundesvereinigung') staat in voor de erkenning van psychotherapeuten en voor de controle op de naleving van de deontologie. Het wetenschappelijk comité van de bondsvereniging voor geneeskunde bepaalt welke therapeutische oriëntaties worden erkend, op basis van criteria van doelmatigheid en werkzaamheid van de methodes ('empirically based'). Verder formuleert dit orgaan aanbevelingen voor behandeling ('Treatment Guidelines') en omschrijft het de diagnosecategorieën waarvoor psychotherapie is aangewezen⁴.

De vergunning om te praktiseren (het verlenen van licenties) voor psychotherapeuten (artsen, psychologen, kinder- en jeugdpsychotherapeuten) behoort tot de bevoegdheid van de provinciale verenigingen voor geneeskunde (Kassenärztlichen Vereinigungen) op basis van de aanbevelingen van de KBV (Kassenärztliche Bundesvereinigung). Deze provinciale verenigingen berekenen het aantal psychotherapeuten dat een provincie nodig heeft en zien toe op de minimale vertegenwoordiging van de artsen-psychotherapeuten (40 %) enerzijds en de psychologen-psychotherapeuten (40 %) anderzijds.

Psychotherapeutische interventies zowel van erkende artsen-psychotherapeuten als van psychologen-psychotherapeuten en kinder- en jeugdpsychotherapeuten die een vergunning hebben om te praktiseren en 'guideline psychotherapy' bieden, worden terugbetaald door de openbare sociale zekerheid.

In 1992 werd een wet goedgekeurd ter regeling van de postgraduaatsopleiding (na het basisdiploma) voor artsen in het domein van psychotherapie, psychoanalyse, psychotherapeutische geneeskunde, psychiatrie, psychotherapie en kinder- en jeugdpsychiatrie. Die regulering van opleidingen werd in 1999 uitgebreid tot psychologen-psychotherapeuten ("Ausbildungs und Prüfungsverordnung für Psychologische Psychotherapeuten") en kinder- en jeugdpsychotherapeuten. Het bondsministerie van volksgezondheid legt de opleidingscriteria vast. De opleiding tot psycholoog-psychotherapeut duurt minimum 3 jaar voltijds of 5 jaar deeltijds. Dit stemt overeen met 4200 vormingsuren, waarvan 1500 uren theorie, 2400 uren klinische praktijk, ambulant of residentieel, een persoonlijke therapie en een werk (onder supervisie).

Het ministerie verleent erkenningen aan instellingen en ziekenhuizen die psychotherapeuten aanvaarden voor een praktische opleiding (stage of 'internship') en aan instellingen die instaan voor de theoretische opleiding, het persoonlijk werk en de supervisie.

2. Oostenrijk

In juli 1990 werd de wet gestemd op de psychotherapie als zelfstandig beroep. Tegelijk werd ook de wet betreffende de psychologen en klinisch psychologen goedgekeurd. Deze wet legt de criteria vast waaraan vakmensen die de titel van psychotherapeut willen dragen, moeten beantwoorden en erkent de vakmensen die bevoegd zijn om psychotherapie te beoefenen.

Het Ministerie van Volksgezondheid bepaalt de criteria voor het dragen van de titel en voor het verkrijgen van de vergunning om het beroep uit te oefenen. Binnen het Ministerie werkt een Raad voor Psychotherapie, die uit 60 personen bestaat, het merendeel psychotherapeuten, uit verschillende basisberoepen en met verschillende psychotherapeutische oriëntaties. Die raad adviseert de minister inzake de erkenning (licentie en inschrijving in de registers van psychotherapeuten) en de naleving van de beroepsdeontologie. Een psychotherapeut die een overtreding begaat, kan zijn licentie verliezen en uit het register worden geschrapt. Psychotherapie wordt terugbetaald door de openbare ziektekostenverzekering, soms met aanvulling door de particuliere verzekeringen⁵.

De wet op de psychotherapie legt tevens uitdrukkelijk regels vast betreffende de opleiding. Die bestaat uit twee cycli. Eerst is er een basisopleiding (of propaedeuse) die twee jaar beslaat. Zij is toegankelijk voor wie ten minste een bachelordiploma (of graduaatsdiploma) heeft behaald in opvoeding, psychologie, onderwijs, verpleegkunde, geneeskunde, sociaal assistent, theologie. Mits bijzondere

⁴ Ervaring sinds 1999 wijst uit, dat voor de erkenning van een nieuwe therapeutische oriëntatie een sterk onderbouwd dossier nodig is over empirisch onderzoek rond de doelmatigheid en werkzaamheid van de methode. Zo werd onlangs de cliëntgerichte psychotherapeutische oriëntatie erkend.

⁵ . De relatief gemakkelijke toegang tot het beroep en het grote aantal psychotherapeuten, in combinatie met de terugbetaling van de therapeutische interventies, zorgen ervoor dat dit een zware post is voor de Oostenrijkse sociale zekerheid (Pritz, 2002, p. 35) .

toestemming van het Federaal Ministerie van Volksgezondheid kunnen ook andere beroepsbeoefenaars tot de opleiding worden toegelaten. De basisopleiding bestaat uit 1315 uur theoretische en praktische vorming. Na deze basisopleiding mogen vakmensen de titel van psychotherapeut nog niet dragen noch zich vestigen als zelfstandig psychotherapeut.

Hiervoor moet men eerst een gespecialiseerde opleiding volgen, die georganiseerd wordt door private instellingen die door het Federaal Ministerie van Gezondheid zijn erkend. Deze opleiding is toegankelijk voor houders van het diploma van basisopleiding. De instellingen voor opleiding in psychotherapie moeten geaccrediteerd zijn bij de Raad voor Psychotherapie binnen het Ministerie van Gezondheid. De gespecialiseerde opleiding omvat 1900 uren, gespreid over 5 jaar deeltijdse vorming.

3. België

België heeft geen wetgeving betreffende de psychotherapie en de psychotherapeut, noch wat de erkenning van de titel aangaat, noch voor de beroepsmatige uitoefening ervan. Sinds 1993 is de titel van psycholoog wel wettelijk beschermd, maar zonder enige controle op de naleving van de deontologie. Deze erkenning valt onder de bevoegdheid van het Ministerie van Middenstand. Voor de titel en de uitoefening van het beroep van klinisch psycholoog en psychotherapeut bestaat geen enkele reglementering.

Omdat noch de psychotherapie noch de psychotherapeut wettelijk zijn gedefinieerd, is er ook geen systeem van vergunningen voor het uitoefenen van het beroep en evenmin een controleorgaan dat toeziet op de beoefening ervan. Er is dus ook geen controle op kwaliteit noch op de naleving van de deontologie.

Er zijn wetsontwerpen in de maak voor de erkenning van de titel van klinisch psycholoog en psychotherapeut en voor de uitoefening van het beroep (september 2002, <http://www.health.fgov.be/>). In het wetsontwerp betreffende de psychotherapie valt dit beroep onder Koninklijk besluit 78 (met karakter van wet) onder de gezondheidszorgberoepen. Deze wet voorziet in de erkenning van de titel en in een reglementering van de beoefening. Verder beschrijft hij het opleidingsniveau, de rechten en plichten en de erkenningsorganen. Een raad voor psychotherapie, samengesteld uit vertegenwoordigers van de beroepsgroep en van andere beroepen in het domein van de gezondheid, zal instaan voor de erkenning van de beroepsbeoefenaars. De vergunning om te praktiseren zal onder de bevoegdheid vallen van "Provinciale Geneeskundige Commissies", die tevens een register zullen bijhouden.

In het wetsontwerp wordt psychotherapie als een beroep op zich gezien. De toegang ertoe wordt beperkt op basis van opleidingsvoorwaarden. Een basisopleiding van 3 jaar hoger

onderwijs, aangevuld met een universitaire vorming die 13 basisvakken omvat (waaronder psychodiagnostiek, neurowetenschappen, psychiatrie en psychopathologie enz.) zijn vereist alvorens te worden toegelaten tot een opleiding in psychotherapie.

Omdat er geen wettelijke titel van psychotherapeut bestaat en het beroep evenmin wettelijk is geregeld, bestaat er ook geen systeem voor de accreditering van opleidingen in psychotherapie.

4. Denemarken

In Denemarken is de uitoefening van psychotherapie niet bij wet geregeld als zodanig. Psychotherapie wordt uitgeoefend door psychiaters en psychologen, maar ook door andere beroepsgroepen. Enkel wanneer de psychotherapeutische activiteiten uitgeoefend worden door een arts of psycholoog is er sprake van een wettelijke regeling waaronder een deontologische controle. Deze deontologische controle wordt uitgeoefend door de Deense Raad voor supervisie van psychologische praktijk gesitueerd binnen het Ministerie van Sociale Zaken en door de Patiënten Raad voor klachten over gezondheidsvoorzieningen (Patients complaint of the Health System) in het Ministerie van Volksgezondheid. Er is voor deze beroepsgroepen geen andere vorming vereist dan de klinische ervaring.

5. Spanje

In Spanje is de beoefening van psychotherapie wettelijk geregeld. Hier ziet men psychotherapie als een gespecialiseerde beroepstitel voor klinisch psychologen en psychiaters. De officiële colleges van psychologen ("Collegio Oficial de Psicólogos") en artsen verkregen wettelijke bevoegdheid om psychologen-psychotherapeuten en psychiater-psychotherapeuten te erkennen.

Dit college staat tevens in voor het organiseren van accrediteringsexamens voor psychotherapeuten en voor de accreditering van de vormingsprogramma's. Verder is het belast met de erkenning van ziekenhuizen en centra die stagiairs kunnen aanvaarden voor klinisch werk onder supervisie.

6. Finland

In Finland is het beroep van psychotherapeut wettelijk geregeld als een beroep op zich. Een psychotherapeut kan zijn beroep pas uitoefenen nadat hij door het Ministerie van Gezondheid is erkend. De Nationale Raad voor Medisch-Legale Aangelegenheden, meer bepaald het Centrum voor wettelijke bescherming van patiënten in het systeem van gezondheidszorg ("Center for legal protection of patients in the health care system"), ziet toe op de naleving van de deontologie en doet dit trouwens voor alle beroepen in het domein van de gezondheidszorg.

Om aan een opleiding in psychotherapie te beginnen, moet men minimum een basisopleiding op bachelorniveau voltooid hebben. Hierop volgt een gespecialiseerde opleiding gespreid over 5 jaar. De erkenning als psychotherapeut en de vergunning tot praktiseren worden door het Ministerie van Volksgezondheid verleend.

7. Frankrijk

Hier is geen wettelijke regeling vastgelegd, noch voor de titel van psychotherapeut noch voor het beoefenen van psychotherapie. De titel van psycholoog is wel erkend, maar zonder enig gevolg voor de praktijk en zonder enig deontologisch toezicht, behalve dat van de beroepsvereniging. Binnen de Centrale Raad van de Gezondheid die onder het Ministerie van Volksgezondheid ressorteert, probeert een commissie van psychologen criteria uit te werken voor het accrediteren van psychologen-psychotherapeuten.

Alleen psychotherapeutische interventies door artsen worden door de openbare ziekteverzekeringen terugbetaald. Privé-verzekeringen betalen deze interventies niet terug.

Voor een opleiding in psychotherapeutische interventie kan men in Frankrijk bij heel wat instellingen terecht. Verschillende daarvan aanvaarden meerdere basisberoepen (arts, psycholoog, opvoeder, verpleegkundige, sociaal assistent, leerkracht,...). Vaak is het eerste jaar een soort voorbereidingsjaar waarin de persoonlijke motivatie en bekwaamheid van de personen wordt geëvalueerd. De nadruk ligt eerder op levenservaring en persoonlijkheid dan op academische vorming. Bij gebrek aan een wettelijke reglementering zijn er ook geen geaccrediteerde vormingsprogramma's.

8. Griekenland

In Griekenland is noch de titel van psychotherapeut, noch de beoefening van de psychotherapie wettelijk geregeld⁶.

Psychotherapeutische interventies worden door de openbare ziekteverzekering alleen terugbetaald indien zij door artsen werden uitgevoerd. De private verzekeringsmaatschappijen betalen deze interventies helemaal niet terug.

Omdat er geen wettelijke regeling bestaat, is ook geen enkele specifieke opleiding vereist om aan psychotherapie te doen. Zoals ook in andere landen het geval is, ontwikkelen zich op het terrein bepaalde structuren geïnspireerd door vragen van patiënten en door een wil om de kwaliteit van de aangeboden diensten te verbeteren. De universiteiten bieden voor artsen en psychologen opleidingsprogramma's in psychotherapie aan. Er zijn ook heel wat privé-centra die een opleiding in psychotherapeutische interventie aanbieden voor een brede waaier van basisberoepen (arts, verpleegkundige, sociaal assistent, ergotherapeut, leerkracht e.d.)

⁶ De Griekse Nationale Vereniging voor Psychotherapie(NOPG) bezit geen wettelijke bevoegdheid, maar vertegenwoordigt wel 11 vormingsinstituten en beroepsverenigingen van psychotherapeuten.

De opleidingsprogramma's lopen sterk uiteen. Vaak beslaat een opleiding 4 jaar, met eerst een algemeen inleidingsjaar gevolgd door drie jaar theoretische, praktische en individuele vorming.

9. Ierland

Ook hier bestaat geen wettelijk reglementering voor de titel en het beroep van psychotherapeut. Net zoals in het Verenigd Koninkrijk heeft een beroepsvereniging van psychotherapeuten ("the Irish Council of Psychotherapy") een erkennings- en inschrijvingssysteem ingevoerd. De inschrijving gebeurt op vrijwillige basis en de vereniging heeft geen enkele wettelijke bevoegdheid om personen die de titel misbruiken te sanctioneren.

10. Italië

In Italië zijn zowel de uitoefening van het beroep van psycholoog als de beoefening van psychotherapie wettelijk geregeld. De Ordes van Psychologen ("Ordine degli Psicologi") en van Psychiaters kregen langs wettelijke weg de bevoegdheid om psychologen-psychotherapeuten en psychiaters-psychotherapeuten te erkennen. Hier geldt psychotherapie als een gespecialiseerde titel voor klinisch psychologen en psychiaters. De Beroepsordes zijn ook verantwoordelijk voor deontologisch toezicht en voor het accrediteren van gespecialiseerde opleidingen.

11. Luxemburg

Hier bestaat geen wetgeving rond psychotherapie en de psychotherapeut, noch wat betreft de erkenning van de titel, noch wat betreft de beroepsuitoefening

Omdat psychotherapie en de psychotherapeut niet in de wet zijn omschreven, bestaat er ook geen licentiesysteem voor beoefening ervan noch een controleorgaan. Verder is er geen toezicht op de kwaliteit en de naleving van de deontologie. De Luxemburgse vereniging van psychologen ("Association luxembourgeoise de Psychologues") heeft wel een deontologische code uitgewerkt die zij oplegt aan psychologen-psychotherapeuten die bij de vereniging zijn aangesloten. Ook werkte zij een ontwerp uit van wettelijke reglementering voor psychologen-psychotherapeuten.

12. Noorwegen

In Noorwegen zijn de titel van psychotherapeut en de beoefening van psychotherapie niet wettelijk als een beroep op zich geregeld. Psychotherapie is een specialisatie van de beroepen van psychiater en klinisch psycholoog. Volgens de gegevens waarover wij beschikken, is voor beoefenaars van deze basisberoepen geen andere gespecialiseerde vorming nodig dan een periode van praktijk onder supervisie.

Sinds 1998 bestaat een Noorse Vereniging voor Psychotherapie die opleidingen in psychotherapie aanbiedt.

13. Nederland

In Nederland vallen beroepen in het domein van de gezondheidszorg onder de wet op de gezondheidszorgberoepen, de zogenaamde 'BIG'-wet ("Beroepen in de individuele gezondheidszorg") uit 1993. Voor elk van die beroepen legt de wet formeel de algemene en gespecialiseerde titels vast, evenals de opleidingsvereisten, de bevoegdheidsdomeinen, het inschrijvingssysteem en de mechanismen voor kwaliteitscontrole. De BIG-wet bepaalt wettelijke titels zonder de handelingen aan bepaalde beroepen voor te behouden, tenzij in enkele uitzonderingen die men dan 'voorbehouden handelingen' noemt.

In de eerste versie van de 'BIG'-wet uit 1993 werden 8 zelfstandige beroepen onderscheiden, namelijk arts, apotheker, tandarts, kinesitherapeut, verpleegkundige, klinisch psycholoog, psychotherapeut en verloskundige (of obstetricus). Psychotherapie werd als een beroep op zich beschouwd. Verschillende basisberoepen hadden tot deze titel toegang, mits zij aan een reeks opleidingscriteria voldeden. Psychotherapeuten die aan de criteria beantwoordden, werden ingeschreven in een register bij het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Het accrediteren van opleidingen en de erkenning van beroepsbeoefenaars waren de taak van de Geneeskundige Hoofdinspectie voor Volksgezondheid.

De evolutie in het domein van de gezondheidszorg, het stijgende aantal geregistreerde psychotherapeuten en de toenemende nadruk op 'transparante, objectieve en werkzame' psychotherapieën leidden in 2001 tot een ingrijpende wetswijziging op initiatief van minister van Volksgezondheid Borst (D66). In de nieuwe wet, die in 2001 werd goedgekeurd, bestaat de zelfstandige titel van psychotherapeut niet langer, maar is het een specialisatie geworden van de titel van geneesheer-psychiater en van klinisch psycholoog (die op zijn beurt een specialisatie is van gezondheidszorgpsycholoog⁷). Psychotherapie is niet langer een beroep op zich maar een gespecialiseerde beroepsactiviteit van deze twee basisberoepen.

Het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur erkent psychologen in het domein van de gezondheidszorg, klinisch psychologen en onder hen de beroepsbeoefenaars die bevoegd zijn om aan psychotherapie te doen. De uitoefening van deze wettelijke bevoegdheden, zoals het onderzoek van erkenningsaanvragen, het accrediteren van opleidingen, de inschrijving als klinisch psycholoog, de behandeling van klachten en de beslissing over sancties, berust bij de Geneeskundige Hoofdinspectie voor Volksgezondheid.

14. Portugal

⁷ Kunnen als psycholoog in het domein van de gezondheidszorg worden ingeschreven en hebben bijgevolg toegang tot opleidingen in psychotherapie: studenten met universiteitsdiploma (master, licentie, doctoraat) in de Psychologie, Pedagogie of Gezondheidszorgwetenschappen.

Noch de titel van psychotherapeut, noch de beoefening van psychotherapie is wettelijk geregeld. Bijgevolg bestaat hier geen licentiesysteem en is er evenmin een orgaan dat enig toezicht uitoefent op de uitoefening van het beroep.

15. Verenigd Koninkrijk

In het Verenigd Koninkrijk bestaat geen wettelijke regeling voor de titel van psychotherapeut en de beoefening van psychotherapie. Twee beroepsverenigingen streven naar een regeling van het beroep: de UKCP of 'United Kingdom Council of Psychotherapy' en de BCP of 'British Confederation of Psychotherapists'. Dit zijn raden samengesteld uit vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen die psychotherapie beoefenen. Zij houden nationale registers van psychotherapeuten bij. Zij zorgen voor het registreren van psychotherapeuten, het accrediteren van de opleidingen en het deontologisch toezicht. De raden hebben geen wettelijke bevoegdheid en de inschrijving in het register gebeurt op vrijwillige basis.

16. Zweden

In Zweden is het beroep van psychotherapeut geregeld door de wetten van 1978 en 1992 op de vergunning om een beroep uit te oefenen in de diensten voor gezondheidszorg en de medische diensten (Law on Authorisation to practice a profession within the health and medical services). Hier wordt psychotherapie als een beroep op zich beschouwd. De richtlijnen en adviezen betreffende de vergunning om de titel te dragen en om te praktiseren, worden uitgevaardigd door de Zweedse Nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn ('Swedish National Board of Health and Welfare'). Ook het toezicht op de naleving van de beroepsdeontologie valt onder de bevoegdheid van een orgaan dat gemeenschappelijk is voor alle beroepen in het domein van de gezondheidszorg, met name de Raad van Verantwoordelijkheid voor het Gezondheidszorgstelsel ("Board of Responsibility of the Health Care System" of HSAN). Dit regeringsorgaan bestaat uit acht leden waaronder vertegenwoordigers van de vakgroepen, van het parlement en van de beroepsverenigingen.

De opleiding bestaat uit drie fases, met name een basisprogramma van ongeveer 3 jaar dat toegankelijk is na het hoger onderwijs en waarna men psychotherapeutische interventies onder supervisie mag uitvoeren. De meeste personen die deze opleiding hebben gevolgd, werken in ziekenhuizen en instellingen die zich tot een specifieke doelgroep richten. De tweede fase is de opleiding in psychotherapie. Psychiaters en psychologen kunnen meteen aan deze gespecialiseerde opleiding beginnen. Andere basisberoepen, zoals sociaal assistent, tandarts, huisarts, verpleegkundige, priester e.d., moeten de eerste opleidingscyclus gevolgd hebben. De gespecialiseerde opleiding is over ten minste 3 jaar gespreid, maar beslaat gemiddeld 5 jaar opleiding, bestaand uit cursussen, klinisch werk onder supervisie, een thesis en een

individuele therapie. Een eventuele derde opleidingsfase bereidt psychotherapeuten voor op een superviserende functie.

De Zweedse nationale Raad voor Gezondheid en Welzijn accrediteert vormingsinstituten die gespecialiseerde opleidingen aanbieden en centra waar stagiairs terechtkunnen voor praktijk onder supervisie (openbare centra en ziekenhuizen en privé-praktijken).

17. Zwitserland

Tot voor kort had Zwitserland geen federale wet die het beroep van psycholoog en psychotherapeut regelde, maar alleen regionale (kantonnale) wetten. Nu heeft de ministerraad een wetsvoorstel goedgekeurd betreffende de titel van psychotherapeut en de beoefening van psychotherapie. De wet erkent de titel en de zelfstandige beoefening van het beroep van psycholoog in het algemeen, met verschillende specialisaties (klinisch psycholoog, verkeerspsycholoog, psychotherapeut enz.). Psychotherapie vormt hier een specialisatie binnen het vak van psycholoog en psychiater. Indien alles volgens plan verloopt, wordt rond voorjaar 2003 over deze wet gestemd.

De uitvoering van de wet op het vlak van erkenning en deontologisch toezicht zal tot de bevoegdheid van het Ministerie van Volksgezondheid behoren.

4.3. Synthese

Het is niet eenvoudig een overzicht te geven van de reglementering inzake psychotherapie. Dit komt door het feit dat er verschillende modellen van reglementering bestaan, met elk hun eigen erkenningscriteria en regulerende instanties. Ook het soort reglementering dat van kracht is, kan verschillen: het kan gaan hetzij om een wettelijke regeling (Nederland, Duitsland, Spanje, Italië), hetzij om een reglementering uitgaand van een beroepsvereniging (Verenigd Koninkrijk, Ierland). Ondanks deze verscheidenheid proberen wij een rode draad te onderscheiden en enkele conclusies te trekken.

Tabel 36.

1. In 8 van de 17 bestudeerde Europese landen is een wetgeving betreffende psychotherapie van kracht (Duitsland, Oostenrijk, Denemarken, Spanje, Finland, Italië, Nederland, Zweden, Noorwegen).
2. In landen waar een wet bestaat, regelt die zowel de titel als de uitoefening van het beroep van psychotherapeut.
3. In 3 van de landen die een wetgeving hebben, wordt psychotherapie als een beroep op zich beschouwd (Oostenrijk, Finland en Zweden); in 6 landen is het een specialisatie binnen het beroep van psycholoog en psychiater (Duitsland, Nederland, Spanje, Italië, Denemarken Noorwegen).
4. In landen waar psychotherapie als een volwaardige beroepsactiviteit geldt, is de toegang tot de opleiding en tot het beroep beperkt tot vakmensen met een basisvorming van minimum een bachelorniveau. In Oostenrijk en Zwitserland is de drempel lager (basisniveau secundair onderwijs), maar gaat het om een zware gespecialiseerde opleiding die uit meerdere cycli bestaat (inleiding en vervolgens een specialisatie die toegang geeft tot de titel) van samen minimum 7 jaar.
5. In de meeste Europese landen zonder wetgeving ter zake (Zwitserland, België, Luxemburg, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Ierland), is momenteel een wetgeving in de maak en is er reeds een wetsvoorstel in een vergevorderd stadium.

6. In Portugal en Griekenland zijn er nog geen concrete voorstellen.

Regulerende instanties

5. In alle landen waar de titel en de uitoefening van de beroepsactiviteit erkend zijn, ligt de beslissingsbevoegdheid bij het Ministerie van Volksgezondheid.
6. De minister beslist op basis van adviezen van nationale raden, die bestaan uit vertegenwoordigers van de vakgroep en van andere beroepen. Deze nationale raden werken binnen het Ministerie en verstrekken advies bij beslissingen over criteria voor het accrediteren van opleidingen, de erkenning van beroepsbeoefenaars, de procedure voor klachtenbehandeling, de sancties enz. Regionale instanties die instaan voor de organisatie en coördinatie van de gezondheidszorg worden belast met de uitvoering van die beslissingen en houden registers bij van de licenties om te praktiseren. (Duitsland, ontwerp in België.)
7. Bij de samenstelling van die nationale beroepsraden probeert men vertegenwoordigers bijeen te brengen van de verschillende beroepen in de gezondheidszorg, met een meerderheid van vertegenwoordigers uit het beroep in kwestie⁸.
8. In sommige landen, meer bepaald Spanje en Italië, wordt de bevoegdheid gedelegeerd aan beroepsverenigingen (zoals in België de Orde der Geneesheren). Dit heeft als voordeel, dat het conceptuele kader van het beroep degelijk vertegenwoordigd wordt. Het nadeel echter is, dat de regering voor een deel de controle uit handen geeft, wat de deur kan openen voor mogelijke mistoestanden (corporatisme, zwaardere financiële verplichtingen voor vakmensen die niet anders kunnen dan zich aan te sluiten, gebrek aan transparantie...)
9. Wat betreft de keuze tussen de drie wettelijke regelingsmodellen voor psychotherapie⁹, heeft volgens ons elk systeem zijn voor- en nadelen.

⁸ De samenstelling van deze raden moet zorgvuldig gebeuren om te vermijden dat in de besluitvorming een bepaald vak te sterk doorweegt ten opzichte van de andere. In Duitsland klagen de psychotherapeuten over een oververtegenwoordiging van de artsen in de raden die advies verstrekken bij de besluitvorming inzake psychotherapie.

⁹ (specialisatie binnen het vak van klinisch psycholoog en psychiater, beroep op zich met toegang tot gespecialiseerde vorming na het middelbaar onderwijs en volwaardig beroep met toegang tot gespecialiseerde vorming na een bachelor)

- De erkenning van psychotherapie als *specialisatie binnen het vak van psychiater en psycholoog* (Nederland, Duitsland, Spanje, Italië, Denemarken, Noorwegen) biedt het voordeel dat dit een garantie inhoudt van een niveau van basisopleiding (minimum masterdiploma) in humane of medische wetenschappen. Het geval van Nederland is in dit opzicht bijzonder interessant, omdat men daar overgestapt is van oplossing 2 (zelfstandig beroep met beperkte toegang) naar oplossing 3 (specialisatie). De argumenten die hiervoor werden ingeroepen, zijn dat beide basisberoepen, psychiater en psycholoog, de beste basis vormen voor de gespecialiseerde opleiding, dat zij in voldoende mate aanwezig waren om te voorzien in de maatschappelijke behoeften en dat het systeem toelaat het accent te leggen op transparante, doeltreffende en werkzame psychotherapeutische behandelingen op basis van empirisch onderzoek. Een belangrijk nadeel is, dat een aantal vakmensen die psychotherapeutische activiteiten uitoefenen geen erkenning genieten en dat er geen toezicht is op hun activiteiten. Dit zou men kunnen verhelpen door een specifieke beroepstitel in het leven te roepen, in de aard van 'counselor' of consulent, zoals men die in het Verenigd Koninkrijk gebruikt.
- De erkenning van psychotherapie als *een beroep op zich met brede toegang* (voor een houder van een diploma middelbaar onderwijs toegankelijk mits een gespecialiseerde vorming) zoals in Oostenrijk en Zweden, biedt het voordeel dat alle vakmensen die het beroep van psychotherapeut uitoefenen, erkend zijn en dat er een zekere controle is. De nadelen zijn dan weer, dat dit een uitgebreid en duur systeem vraagt voor het accrediteren van opleidingen parallel aan de universitaire opleiding en dat het aantal psychotherapeuten heel snel aanzienlijk toeneemt. Dit grote aantal psychotherapeuten met uiteenlopend basisberoep vermindert ook de duidelijkheid voor het publiek. Als daaraan ook nog een terugbetaling wordt gekoppeld, kunnen de kosten aanzienlijk oplopen, zoals dit het geval is in Oostenrijk.
- De erkenning van psychotherapie als *beroep op zich met beperkte toegang* heeft als voordeel dat men erkenning kan verlenen aan en toezicht uitoefenen op verschillende vakmensen die psychotherapeutische activiteiten uitoefenen en dat men kan waken over een minimale hogere basisopleiding van bachelorniveau. Keerzijde is dat het om heel uiteenlopende basisopleidingen kan gaan (geneesheer-psychiater, psycholoog, priester, verpleegkundige...) en dat het publiek niet goed weet met wie het te maken krijgt. Dit nadeel zou kunnen worden verholpen door vóór de titel van psychotherapeut het basisberoep te vermelden.

Ook aangaande de *opleiding in psychotherapie* kunnen wij enkele conclusies trekken.

12. In alle landen waar zowel titel als praktijk erkend zijn, hangt die erkenning af van enerzijds, het behalen van een basisdiploma (middelbaar onderwijs, bachelor, master), indien nodig gevolgd door een aanvullende opleiding, en anderzijds, van een gespecialiseerde opleiding, die een beroepsbeoefening onder toezicht in erkende instellingen omvat.
13. Het accrediteren van de basisdiploma's valt onder de bevoegdheid van de Ministeries van Opvoeding. Het accrediteren van instellingen die stagiairs tijdens hun opleiding in psychotherapie (internships) mogen aanvaarden ressorteert onder de Ministeries van Volksgezondheid (Nationale Beroepsraden).
14. Voor psychotherapie is na de basisvorming een gespecialiseerde opleiding vereist. Bestaat die basisvorming uit een masteropleiding of een doctoraat, dan neemt de specialisatie ten minste 3 jaar in beslag en bestaat zij uit een theoretisch en technisch gedeelte, uit klinische praktijk onder supervisie en uit een persoonlijk werk. In Oostenrijk en Zweden, waar een diploma secundair onderwijs volstaat, bestaat de opleiding uit verschillende fasen gespreid over 7 jaar. Zij begint met een inleidende cyclus die geen toegang geeft tot de titel, gevolgd door een opleiding van 5 jaar waarna men de titel mag dragen en zelfstandig mag praktiseren. Hoe lager het vereiste basisoniveau is, hoe langer de aanvullende en gespecialiseerde opleiding. Zo komt men op een gemiddelde studieduur van 7 of 8 jaar na het middelbaar onderwijs.
15. Een aantal beroepsverenigingen (van psychiaters, kinderpsychiaters, psychologen, psychotherapeuten met andere basisvorming) hebben modellen uitgewerkt voor een opleiding in psychotherapie. Zo publiceerde de EFPA (European Federation of Psychologists Associations) in 1998 een model van opleiding in psychotherapie voor psychologen (cf. bijlage 3). Dit model gaat uit van een masteropleiding of doctoraat in psychologie of geneeskunde als basisvorming. Ook de WCP (World Council of Psychotherapy) en de EAP (European Association of Psychotherapy) hebben een opleidingsstandaard voorgesteld. Die modellen nemen als uitgangspunt een basisvorming in het middelbaar onderwijs. Dan duurt de beroepsopleiding 7 jaar en bestaat zij uit twee cycli, namelijk twee inleidende jaren en 5 specialisatiejaren die toegang geven tot de titel van psychotherapeut (cfr. bijlage 4).
16. Bij het accrediteren van een opleiding spelen verschillende criteria mee inzake de onderliggende empirische basis van het conceptuele kader, de duur, de vakken waarin opleiding wordt gegeven en de kwalificaties van de opleiders.

17. Wat de inhoud aangaat, moeten 4 onderdelen deel uitmaken van de opleiding met een vastgelegd minimum aan uren:
 - Een theoretische en technische vorming
 - Klinische oefening onder supervisie
 - Een persoonlijk therapie (beroepsvoorbereidende therapie).
 - Een specialisatieverslag

4.4. Besluiten en aanbevelingen

In wat voorafgaat, hebben wij geprobeerd aan de hand van verschillende bronnen een stand van zaken op te maken over de reglementering van en de vorming in psychotherapie in Europa.

Op basis van een onderzoek van de situatie in verschillende Europese landen kunnen wij een aantal aanbevelingen formuleren. Het gaat dan niet langer om een gewone beschrijving van situaties, maar om aanbevelingen die een persoonlijke interpretatie van de gegevens weerspiegelen en een stellingname inhouden.

1. Indien voor ons de kwaliteit van psychotherapeutische interventies en het toezicht op de naleving van de deontologie belangrijk zijn, dan hebben wij een wettelijke reglementering van de psychotherapeutische activiteiten nodig. Vaak worden beroepsverenigingen geconfronteerd met schrijnende gevallen van individueel lijden door een gebrek aan kwaliteitscontrole op psychotherapeutische interventies. Momenteel bevindt België zich samen met Frankrijk, Griekenland en Portugal in de staartploeg wanneer het gaat om een regulering van de beroepen van psycholoog, klinisch psycholoog en psychotherapeut. Ook het Verenigd Koninkrijk en Ierland hebben geen wet, maar hier wordt de toegang tot het beroep geregeld door een sterk en streng certificatiesysteem van de beroepsvereniging, die ook voor de nodige minimale controle zorgt. In Zwitserland is een wet in de maak voor eind 2002.
2. Idealiter zouden zowel de beroepen van psycholoog en klinisch psycholoog als van psychotherapeut wettelijk gereguleerd moeten zijn.
3. Voor psychotherapie lijkt de beste oplossing ons een wetgeving waarbij de beslissingsbevoegdheid berust bij het Ministerie van Volksgezondheid, dat zich laat adviseren door een nationale raad van vertegenwoordigers van het beroep. Dit zou een degelijke integratie van dit nieuwe beroep in het stelsel van de gezondheidszorg garanderen.

4. Wat het model van reglementering betreft, zijn wij binnen de Europese context ertoe geneigd psychotherapie te beschouwen als een specialisatie binnen het vak van psychiater en klinisch psycholoog. Maar het feit dat een groot aantal vakmensen die psychotherapeutische activiteiten uitoefenen hierdoor in een niet-gereguleerde situatie zouden belanden, is een belangrijk argument om in eerste instantie te opteren voor de oplossing van psychotherapie als beroep op zich waarvan de toegang beperkt is tot houders van een basisdiploma van bachelorniveau.
5. Deze vorming van bachelorniveau zou moeten worden aangevuld met een vorming op het niveau van een master. Deze universitaire vorming bestaat uit cursussen ontwikkelingspsychologie, klinische psychologie, neurowetenschappen, psychodiagnostiek, psychopathologie en psychiatrie, psychofarmacologie, psychotherapeutische interventies en een stage van minimum 6 maand.
6. De basisvorming op bachelorniveau aangevuld door een masteropleiding zoals hierboven beschreven geeft vervolgens toegang tot een gespecialiseerde opleiding in psychotherapie
7. Om maximale duidelijkheid te waarborgen zou voor de titel van psychotherapeut het basisberoep moeten worden vermeld. Zo weet de cliënt/patiënt of hij bij een psychiater-psychotherapeut aanklopt, dan wel bij een psycholoog-psychotherapeut, een sociaal assistent-psychotherapeut, een verpleegkundige-psychotherapeut enz.
8. De Nationale Raad zou voor een meerderheid uit vertegenwoordigers van het beroep en vormingsverantwoordelijken (uit universitaire en privé-context) moeten bestaan. Daarnaast kunnen ook vertegenwoordigers van andere beroepen (artsen, ethici, juristen) deel uitmaken van de raad.

Wat de opleiding betreft, zal de formule afhangen van de wettelijke oplossing waarvoor men kiest. Ziet de wetgever psychotherapie als een specialisatie binnen het vak van psychiater en psycholoog, dan voldoet een opleidingsprogramma zoals dat van de EFPA aan de vereisten. Kiest men voor de oplossing van een beroep op zich, dan is een breder programma zoals dat van de EAP het best geschikt als aanvulling op de basisopleiding.

Literatuur

- Lundt, I. (2001). Laws and regulations of psychotherapists in European countries. Brussels, *EFFPA standing committee on legal matters*.
- Fah, M. (2002). Switzerland. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- Foissy, M.L., From, L., & Szafran, W. (2002). Belgium. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherap*. Vienna: Facultas Verlag.
- Ginger, S., & Meignant, M. (2002). France. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- Grebo, U., & Elmquist, B. (2002). Sweden. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- Grosbois, Ph. (1999). Psychthérapie, éthique et pouvoirs publics face aux projets de réglementation de l'activité psychothérapeutique. *Psychologues et psychologie*, nr. 149/150, pp. 12-19.
- Krause-Girth, C. (2002). Germany. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- Livas, D. (2002). Greece. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- Loewenthal, D. & Casement, A. (2002). United Kingdom. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- Oudijk, R. (2002). The Netherlands. (Ed.). In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- Parrini, R. (2002). Italy. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- A. (2002). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- Pulverich, A. (1997). *Inventory of regulations in the field of psychology in European countries*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Rodriguez, V.J.F., Correia, G.L., & Simoës, M. (2002). Portugal. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- Van Baalen, D. (2002). Norway. In: A. Pritz (Ed.). *Globalized psychotherapy*. Vienna: Facultas Verlag.
- Van Broeck, N. (2000). Experiencia y vision en la educacion, reglamentation y certiciacion del ejercicio professionales ciencias de la salud en Belgica. In: L.C. Cuevas Alvarez & P. Brito (Eds.). *Presente y futuro en la formacion, prctica y regulacion del ejercicio profesional en ciencias de la salud*. Mexico: O.D.R. Organisation Panamerican de la Salud / Organisation Mondial de la Salud.
- Van Deurzen, E. (2001). Psychotherapy training in Europe: similarities and differences. *Journal of Psychotherapy*, pp. 357-371.

Wiens, A.N. (1998). Professional issues. In: Bellack & Hersen (Eds.). *Comprehensive Clinical Psychology*. New York: Pergamon press.

Table 36. Psychotherapy in Europe

	Country	Law title + exercise ps.th.	If law on psychotherapy		
			autonomous profession, large access	autonomous profession, limited access	specialisation of professions of (clinical) psychologist or psychiatrist
1	Germany	X			X + child en youth ps.th.: Diplom Pädagogen
2	Austria	X	X		
3	Belgium	/			
4	Denmark	/			/
5	Spain	X			X
6	Finland	X		X	
7	France	/			
8	Greece	/			
9	Ireland	/			
10	Italy	X			X
11	Luxemburg	/			
12	The Netherlands	X			X
13	Portugal	/			
14	United Kingdom	/			
15	Sweden	X	X		
16	Switzerland	/ law proposal			/
	Norway	X			X
Law on psychotherapy		8/17			
Pt autonomous profession, large acces, 7 years training (introduction (2 years, followed by PT training 5 years			2/8		
PT autonomous profession, limited acces (bach. human sciences + intro / complement (2 years) + specialised training min 3 years)				1/8	
PT as specialisation of professions of psychologist or psychiatrist (basic training + specialisation of min 3 years + internship)					5/8

Algemeen besluit

De laatste jaren neemt de aandacht voor de kwaliteit van de geestelijke gezondheidszorg toe. In deze context kunnen we de initiatieven situeren die gericht zijn op het creëren van een kader voor de zorgen die verleend worden in domein. Wat de psychotherapeutische activiteiten betreft is het niet eenvoudig om voorstellen te doen, aangezien er over de bestaande situatie op het terrein weinig bekend is. Psychotherapie wordt veel beoefend en mensen doen er beroep op, maar wie wat doet voor welke cliënten en met welk resultaat, is alles behalve duidelijk.

Op het terrein zien we dat niet enkel artsen deze activiteit beoefenen maar dat ook een hele reeks andere basisberoepen zoals psychologen, maatschappelijk werkers, opvoeders, en verpleegkundigen psychotherapeutische activiteiten tot hun werkterrein rekenen. Daarnaast zijn er ook een aantal mensen zonder basisopleiding in geneeskunde of menswetenschappen die zich op dit domein profileren. In tegenstelling tot landen waar een wettelijke regeling of andersoortige registratie bestaat is er in België voor de beoefenaar van psychotherapie geen enkele verplichting om zich kenbaar te maken. Het doel van deze studie was toegang te krijgen tot de groep professionelen die psychotherapeutische activiteiten uitvoeren en informatie te verzamelen over hun profiel.

Om toch toegang te krijgen tot deze groep en een zo groot mogelijke diversiteit van beoefenaars te bereiken werden verschillende wegen gevolgd. Het uiteindelijke bestand van personen die werden gecontacteerd werd samengesteld op grond van verschillende informatiebronnen:

10. Leden en belangstellenden van beroepsverenigingen van psychotherapeuten,
11. Personen die een opleiding tot psychotherapeut volgden in een vormingscentrum op opleidingsinstituut,
12. Personen die zich als psychotherapeut laten opnemen in de gouden gids
13. Leden en belangstellenden van beroepsverenigingen waarvan bekend is dat een aantal leden psychotherapeutische activiteiten beoefent.

5773 personen kregen een vragenlijst toegestuurd die vragen bevat omtrent hun persoon, hun opleiding, hun werkwijze en hun visie op psychotherapie en op zichzelf. In het volgende geef ik een aantal bevindingen weer.

1. Niettegenstaande identieke procedures werden gevolgd in beide taalgemeenschappen lag het **antwoordpercentage** significant lager bij de Franstaligen (14 % vs. 35 % in steekproef A; 10 % in steekproef B voor beide taalgemeenschappen).

2. In beide maar nog meer uitgesproken in de Franstalige steekproef is er een uitgesproken overwicht aan vrouwen. We zijn er ook in geslaagd 'oudere' en meer ervaren therapeuten in de steekproef te betrekken met een leeftijdsgemiddelde van 42 jaar.

3. Meer dan de helft van de respondenten in de totale groep zijn psycholoog, 1 op 8 respondenten is arts, de overigen hebben een andere basisopleiding (graduaat).

4. We bereikten psychotherapeuten uit diverse werkcontexten. 1 op 4 van onze respondenten heeft een solopraktijk als primaire werkcontext. In Franstalig België is dit veruit de meest belangrijke werkcontext (28 %) , de Nederlandstalige respondenten zitten meer verspreid over privé praktijken, psychiatrische en algemene ziekenhuizen en ambulante diensten voor GGZ.

4. De grote meerderheid (80 %) van de respondenten zegt een **specialistische opleiding** én/of een persoonlijke therapie te hebben genoten die meerdere jaren omvat. Bij de Nederlandstaligen gaat het meer over een langer durende therapie-opleiding, bij de Franstaligen overweegt de persoonlijke therapie of een andersoortige opleiding.

5. De meeste therapeuten beoefenen dit werk **deeltijds**. **Individuele therapie aan volwassenen** is veruit de hoofdactiviteit van de respondenten . 20 % houdt zich in het geheel niet bezig met diagnostiek, intake en evaluatie. Voor diegenen die dit wel doen beperkt zich dit tot minder dan 9 uur per week. Dit is nog meer het geval in steekproef B waar ook naast diagnostiek en evaluatie ook management nauwelijks tot de activiteiten behoort. Opvallend is wel dat de meeste therapeuten aangeven een belangrijk deel van hun tijd te besteden aan **nascholing** volgen.

6. Uit de antwoorden op de items omtrent lidmaatschap van verenigingen blijkt België gezegend met een groot aantal kleine verenigingen, voornamelijk in het Franstalige landsgedeelte. De diversiteit is terug te voeren op verschillen in regionaal bereik, therapeutische oriëntatie, basisopleiding, werksetting, werkstijl. Een logisch gevolg hiervan is dat de meeste verenigingen slecht een zeer klein deel van professionelen vertegenwoordigen, weinig middelen hebben en weinig slagkracht.

7. Wat de **oriëntaties** betreft wordt de indruk bevestigd dat beide taalgemeenschappen hierin significant van elkaar verschillen. In Franstalig België is het psycho-analytisch denkkader veruit het belangrijkste en zijn de cognitief gedragstherapeutische en cliëntgerichte benaderingen eerder marginaal. Precies het omgekeerde is het geval in

Nederlandstalig België. Systeemtherapie is in beide landgedeelten even populair. Van de artsen zijn de meesten psychoanalytisch en psychodynamisch georiënteerd, de gegradueerden werken voornamelijk systeemtherapeutisch, de psychologen verdelen zich over de diverse hoofdoriëntaties.

8. Interessant zijn ook de cijfers omtrent het combineren van meerdere oriëntaties en het **eclectisch en integratief** werken. Voornamelijk de Franstaligen zien dit niet zitten. Bij de Nederlandstaligen is men iets meer geneigd om zijn hoofdoriëntatie te combineren met methoden en technieken van andere oriëntaties, bij Franstaligen is dit slechts bij 1 op 5 duidelijk het geval. Men zou kunnen zeggen dat in Franstalig België meer monodelmatig gewerkt wordt, terwijl het gebruik van meerder modellen en integratie meer voorkomt in Nederlandstalig België. Toch blijft psychotherapie-integratie in België zeer beperkt in vergelijking met de evoluties in de ons omringende landen.

9. Integratie van psychotherapeutische methoden verschilt naargelang de hoofdoriëntatie. Psychoanalytische therapeuten zijn zeer weinig geneigd andere denkwijzen in hun werk integreren in vergelijking met de cliëntgerichte therapeuten en cognitie- en gedragstherapeuten. Als de psychoanalytici combineren is de systeemrichting het meest populair.

10. In tegenstelling tot de verwachtingen werken toch een groot deel psychotherapeuten vrij **geïsoleerd** met weinig contact met andere disciplines. Als er contacten zijn is dit meestal met andere beroepsgroepen uit de geestelijke gezondheidszorg, zoals psychiaters en maatschappelijk werkers, veel minder met somatische artsen en verpleegkundigen. Waar er samengewerkt wordt is de tevredenheid hoog en is er een subjectief gevoel van evenwaardigheid aanwezig, behalve ten opzichte van de psychiaters, ten opzichte van wie men zich meer ondergeschikt voelt.

11. Wanneer er verwezen wordt is dit meestal van de andere beroepen naar de psychotherapeut en gaat het niet over wederzijdse **verwijzing** maar eerder over éénrichtingsverkeer.

12. Onze psychotherapeuten geven aan vooral te werken met vrij jong volwassenen, goed opgeleide autochtone Belgen. Zeer jonge cliënten en ouderen, allochtonen en laag opgeleiden komen veel minder voor. Deze mensen lijden, niet verwonderlijk aangezien het de meest voorkomende psychische problemen zijn, voornamelijk aan stemmingstoornissen en angststoornissen. Over de ernst kan weinig gezegd worden omdat de GAF-scores (Global Assessment of Functioning scale) niet systematisch worden aangegeven

13. Het lijkt alsof Belgische therapeuten hun tijd nemen voor hun werk met een gemiddelden van 43 sessies per therapie, maar nader bekeken blijken meer dan de helft van de therapieën minder dan 30 sessies te duren terwijl een beperkt aantal zeer lang duurt (12 % boven 80 sessies). Psychoanalytische therapieën geven de langste **therapie** aan, met 25 % therapieën tussen 100 en 200 sessies.

14. De meeste therapeuten proberen in hun werk diverse **doelstellingen** te bereiken, gaande van symptoomreductie tot zelfontplooiing. Ze geven met een stijging van 15 GAF punten tussen begin en einde van de therapie aan dat ze effectief een positieve verandering observeren bij hun cliënten.

15. Wat de gebruikte **interventies betreft**, maken alle therapeuten over de oriëntaties heen gebruik van 'facilliterende interventies'. Dit lijkt een gemeenschappelijk therapeutische factor te zijn die voor iedereen van belang is. Daarnaast maken logischerwijs de oriëntaties het meest gebruik van de voor hen typische interventies, waardoor we meer psychoanalytische interventies zien in Franstalig België en meer cliëntgerichte en cognitie-en gedragstherapeutische in Nederlandstalig België.

16. Wat **visie op therapie en zichzelf** betreft is er eensgezindheid op een paar punten. De Belgische therapeut is contra protocollen, heeft veel werkverdoening en vindt vorming en intervisie een levenslange vereiste. Toch zijn er belangrijke verschillen in visie tussen de beide taalgemeenschappen. Franstaligen hechten meer belang aan intuïtief aanvoelen, beschouwen psychotherapie meer als kunst dan als wetenschap, zien weinig heil in het gebruik van een diagnostisch systeem als de DSM maar voelen zich wel competent om zelfstandig een diagnose te stellen. Ze vinden het meer aanvaardbaar een rol als therapeut te combineren met andere rollen en gebruiken meer lichaamsgeënteerde interventies. Nederlandstaligen verschillen significant van hun Franstalige collega's door psychotherapie meer te zien als een wetenschap dan als een kunst, door gebruik van positieve en negatieve bekrachtiging, door hun positieve houding ten opzichte van integratieve en gevarieerde technieken. Zij hechten meer belang aan een geschreven rapport en zijn ook veel meer de mening toegedaan dat de cliënt recht heeft op inzage van zijn dossier. Opmerkenswaardig is ook dat op drie van de vier items die verwijzen naar beroepsethische kwesties (rapport, dossierinzage, combineren van rollen) de Franstaligen een minder strenge houding aannemen.

17. De visie op zichzelf en de therapie verschilt wat de oriëntaties betreft. Psychoanalytici mikken wat doel betreft vooral op herstructurering van de persoonlijkheid , cognitie-en

gedragstherapeuten en systeemtherapeuten scoren hoger op doelstellingen zoals Klachtreductie, Werkhervatting en Verbetering van het relationele systeem.

Daarnaast verschillen oriëntaties ook significant op andere punten.

Psychoanalytische therapeuten zijn uitgesproken contra protocollen, verdedigen langdurige therapieën met een belangrijke plaats voor onbewuste motieven, voelen zich competent om diagnoses te stellen en hechten veel belang aan hun lidmaatschap van hun specialistische psychoanalytische vereniging.

Cliëntgericht- experiëntiële therapeuten leggen het accent op de behoefte van de mens, op de kwaliteit van de werkrelatie en het belang van de diagnose en de indicatiestelling.

Cognitie- en gedragstherapeuten nemen op een aantal punten een apart standpunt in ten opzichte van de drie anderen. Zij hebben weinig tegen het gebruik van protocollen en zijn minder tegen Managed Care, scoren laag op visies die intuïtie, persoonlijkheid en therapie als kunst beschrijven, gebruiken veel bekrachtiging en vinden het een goed idee dat enkel empirisch ondersteunde maar wel op maat gesneden therapieën zouden gebruikt worden. Zij hebben een voorkeur voor significant kortere therapieën.

De systeemtherapeuten tenslotte vinden het uiteraard van groter belang dan de andere oriëntaties om de mens in zijn context te zien, hechten meer belang aan intervisie, zien therapie niet als iets dat langdurig moet zijn, pleiten meer dan de anderen voor multidisciplinariteit en vinden kennis van individuele psychopathologie minder essentieel.

18. De visie verschilt ook naargelang de basisopleiding. Artsen en psychologen vinden diagnostiek en indicatiestelling belangrijker dan gegradueerden. Wat oriëntatie betreft zijn het de cognitie- en gedragstherapeuten die hier zeer veel belang aan hechten, terwijl de systeemtherapeuten dit het minst benadrukken.

19. Een beetje verontrustend is wel dat het merendeel van de therapeuten zegt verantwoordelijk te zijn voor diagnostiek en indicatiestelling maar dat een veel kleiner percentage zich hier voldoende competent in acht.

20. Nederlandstaligen, artsen en cognitie- en gedragstherapeuten kennen de DSM beter en maken er meer gebruik van dan Franstaligen, andere basisdisciplines en andere oriëntaties.

Tot slot:

Het zal wellicht weinigen verwonderen dat 'De 'Belgische psychotherapeut' niet echt bestaat. In onze groep bevinden zich zowel psychologen, artsen als gegradueerden, maar met duidelijk grotere vertegenwoordiging van de eerste groepen. Diegenen die de

enquête invulden beschrijven zichzelf als goed opgeleid en beschouwen vorming en bijscholing als een levenslange opdracht. Ze oefenen hun psychotherapeutische activiteiten deeltijds uit waarbij een groot aantal kiest voor een solo-praktijk.

Naast deze algemene karakteristieken zijn er ook verschillen tussen taalgemeenschappen, therapeutische oriëntaties en basisberoepen. De therapeut uit Franstalige België is in afnemende volgorde een psychodynamisch therapeut, een systeemtherapeut, een cognitief gedragstherapeut of een cliëntgericht-experientieel therapeut. Hij is weinig of niet geneigd tot integratief werken. Het therapeutisch doel ligt meer op het vlak van persoonlijkheidsherstructurering en de therapieduur is langer. De therapeut uit Nederlandstalig België is in volgorde meer een cliëntgericht- experientieel therapeut, een cognitief-gedragstherapeut, een systeemtherapeut of een psychoanalytisch therapeut, en is ook in het algemeen meer geneigd tot integratief werken.

Uit de resultaten komen ook een aantal punten naar voor die stof opleveren voor discussie en verder moeten onderzocht worden. Wij noemen er slechts enkele op:

1. Het belang van integratief werken ?

Als we in onze buurlanden zien dat er een evolutie is weg van mono-modelmatig werken naar integratie, kunnen we voor België dan van een achterstand spreken ?

2. Het belang van interdisciplinaire samenwerking ?

Intervisie wordt wel belangrijk geacht maar samenwerking en contact met andere disciplines is bij een niet gering aantal beperkt. Laat dit efficiënte coordinatie van geestelijke gezondheidszorg toe ?

3. Het bereikte cliënteel: Wie doet een beroep op de diensten van de psychotherapeuten uit de steekproef ?

Patienten zijn volwassenen, goed opgeleid en autochtoon, met een ondervertegenwoordiging van de ouderen, de laaggeschoolden en de allochtonen. Past het psychotherapeutisch hulpaanbod niet bij de problematieken van deze populatie ? Is de toegang niet evident of de drempel te hoog ?

4. Er is een hiaat tussen de verantwoordelijkheid voor diagnostiek en indicatiestelling enerzijds en de competentie om dit te doen anderszijds. Een grotere klemtoon op teamwerk en interdisciplinaire samenwerking kan voor dit probleem wellicht een oplossing bieden.

Enquête psychotherapie

Samenstelling

Prof. dr. R.W. Trijsburg, Afdeling Medische Psychologie en Psychotherapie, Faculteit der Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Erasmus Universiteit Rotterdam; Programmagroep Klinische Psychologie, Faculteit der Maatschappij- en Gedragwetenschappen, Universiteit van Amsterdam.

Prof. dr. G. Lietaer, Onderzoekseenheid Psychotherapie en Dieptepsychologie, Faculteit der Psychologie en Pedagogische Wetenschappen, K.U. Leuven.

Dr. S. Colijn, klinisch psycholoog/psychotherapeut, manager Centrum voor G.G.Z. Leiden, Rijngesest Groep.

Prof. dr. N. Van Broeck, Département de psychologie clinique, Faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, U.C. Louvain.

Prof. dr. P. Igodt, Afdeling Psychiatrie, Faculteit Geneeskunde, K.U. Leuven.

Deel 1. Achtergrondinformatie over uzelf

Leeftijd (in jaren)

Geslacht

M

V

Woonachtig in
hoofdstedelijk gewest

Vlaams gewest

Waals gewest

Brussels

Tot welke **bevolkingsgroep** rekent u zich?

Vlaams

Waals

Marokkaans

Turks

Anders, te weten

.....

Basisdiscipline (u kunt meerdere antwoorden aankruisen)

Jaar van afstuderen

- Lic. Psychologie
- Lic. Pedagogische wetenschappen
- Arts
- Lic. Seksuologie
- Assistent in de Psychologie
- Gegrad. Verpleegkunde
- Gegrad. Maatschappelijk Werk

Andere opleidingen, te weten

-
-
-

Specialisatie, beroepsopleiding, vervolgopleiding

Meerdere antwoorden zijn mogelijk. Geef waar mogelijk aan over welke periode uw specialisatie loopt.

	Voltooid	Nog lopende	Duur		
			een serie dagen of enkele weekends	1 à 2 jaren	3 of meer jaren
Klinisch psycholoog.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Kinder- en jeugdpsychiater.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Persoonlijke therapie / leertherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Counselor / psychosociaal begeleider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Specialistische opleiding psychotherapie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Specialistische opleiding gezondheidspsychologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....					
Andere, te weten					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aantal jaren **beroepservaring** als psychotherapeut: _____ jaar
 (beroepservaring opgedaan tijdens eventuele opleidingsjaren meegerekend)

(Aspirant) lidmaatschap **specialistische** psychotherapieverenigingen

Bent u lid van één of meer psychotherapieverenigingen? Zo ja, wilt U dan voor deze verenigingen een volgorde van belangrijkheid voor uzelf aangeven: 1 = meest belangrijk, 2 = minder belangrijk dan 1, enz. Gelieve ook aan te geven of u belangstellende, aspirant dan wel gewoon of werkend lid bent.

volgorde	vereniging	belangstellende	aspirant lid	gewoon of werkend lid
—	Belgische Vereniging voor Psychoanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Belgische School voor Psychoanalyse.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Gezelschap voor Psychoanalyse en Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische therapie, sectie kinderen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Vlaamse Vereniging voor Psychoanalytische therapie, sectie volwassenen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Belgische School voor Jungiaanse Psychoanalyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Belgische Vereniging voor Relatie- en Gezinstherapie en Systeeminterventie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Vlaamse Vereniging voor Cliëntgerichte psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Vlaamse Vereniging voor Gedragstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Vlaamse Vereniging voor Perso-psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Nederlands-Vlaamse Associatie voor Gestalttherapie en Gestalttheorie.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Vlaams-Nederlandse Vereniging voor Bondingpsychotherapie ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Vlaamse Wetenschappelijke Hypnose Vereniging.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	Andere, te weten:			
—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
—	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bent u (aspirant) lid van een of meerdere algemene, **overkoepelende**, psychotherapieverenigingen?

Vlaamse Vereniging van Psychiaters-psychotherapeuten

Belgische Vereniging voor Psychotherapie

Andere, te

weten.....

Bent u lid van een of meerdere **internationale** psychotherapieverenigingen?

Ja

Nee

Zo ja, welke?

.....

.....

Deel 2. Beroepsmatige activiteiten

Huidige werkverdeling

Totale tijd die gemiddeld **per week** wordt besteed aan beroepsmatige activiteiten (totaal, in en buiten dienstverband en in uw vrije tijd) uren

Tijd die gemiddeld **per week** wordt besteed aan
- diagnostiek/assessment/intake (inclusief overlegtijd)

..... uren

- psychotherapie (inclusief inter- en supervisie) uren

- andere vormen van behandelen/begeleiden/consultatie (inclusief overlegtijd)
uren

- management uren

- research/schrijven

..... uren

Tijd die gemiddeld **per jaar** wordt besteed aan
- opleiding, bij- en nascholing *geven* (cursus, supervisie, etc.)

..... uren

- opleiding, bij- en nascholing *ontvangen* (cursus, supervisie, etc.) uren

Hoe zijn uw psychotherapeutische werkzaamheden verdeeld over de verschillende
behandelingsmodaliteiten?

Individuele therapie: volwassenen (≥ 18 jaar) ___ % van de aan psychotherapie bestede tijd

Individuele therapie: kinderen (< 18 jaar) ___ % van de aan psychotherapie bestede tijd

Groepspsychotherapie ___ % van de aan psychotherapie bestede tijd

Echtpaar- en relatietherapie ___ % van de aan psychotherapie bestede tijd

Gezinstherapie ___ % van de aan psychotherapie bestede tijd

100 %

Werkkring

	Primaire werkkring	Eventuele secundaire werkkring
a. Geestelijke gezondheidszorg		
Universitair Ziekenhuis, volgende afdeling(en):		
.....		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Algemeen Ziekenhuis, volgende afdeling(en):		
.....		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrisch ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrisch verzorgingstehuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrisch annex gevangenis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapeutische gemeenschap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dagcentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisch-sociaal opvangcentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Crisisinterventiecentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschutte woonvorm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medisch psychiatrisch centrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revalidatiecentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Onthaal, oriëntatie- en observatiecentrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gezinsvervangend tehuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigen praktijk (solo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eigen praktijk (groepsverband)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders, te weten:		
.....		
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Welzijnswerk

Autonome CAW, volgende dienst(en):

.....

CAW in het kader van een ziekenfonds, volgende dienst(en):

.....

OCMW, volgende dienst(en):

.....

Anders, te weten:

.....

Informatie over werkring

	Primaire werkring	Eventuele secundaire werkring
Deze dienst werkt (meerder opties mogelijk):		
ambulant, extra-muraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
semi-muraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
residentieel, intra-muraal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewest waarin werkzaam: (één regio aanduiden per werkring)		
Vlaams gewest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waals gewest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brussels hoofdstedelijk gewest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ik draag zelf de feitelijke verantwoordelijkheid voor diagnostiek en indicatiestelling van de patiënten waarmee ik psychotherapie doe:		
JA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoeveel uren per week besteedt u binnen de aangegeven werkringen aan psychotherapie? u/week u/week

Psychotherapeutische oriëntatie(s)/denkwijze(n)

Wilt U een volgorde van belangrijkheid voor uzelf aangeven: 1 = meest belangrijk, 2 = minder belangrijk dan 1, enz. **In totaal a.u.b. niet meer dan vier oriëntaties opgeven!**

- ___ Cliëntgericht (client-centered, Rogeriaans)
- ___ Cognitief therapeutisch
- ___ Directief
- ___ Eclectisch
- ___ Existentieel
- ___ Experiëntieel
- ___ Feministisch
- ___ Gedragstherapeutisch
- ___ Gestalttherapeutisch
- ___ Humanistisch
- ___ Integratief
- ___ Interpersoonlijk
- ___ Lichaamsgericht
- ___ Psychoanalytisch
- ___ Psychodynamisch
- ___ Systemisch/systeemtheoretisch
- ___ Transactionele analyse

Anders, te weten:

___

___

Psychotherapeutische werkwijze

In welke mate werkt u eclecticisch of integratief?

Eclecticisch = in één behandeling toepassen van *interventies* uit verschillende therapeutische scholen, subscholen of bredere paradigma's, al naar gelang het actuele probleem.

Integratief = geïntegreerde toepassing van verschillende *denkmodellen* in één behandeling.

Wilt u het meest van toepassing zijnde alternatief aankruisen?

Helemaal niet eclecticisch Uitsluitend eclecticisch

Helemaal niet integratief Uitsluitend integratief

Indien u, in meerdere of mindere mate, integratief en/of eclecticisch werkt, welke werkwijzen uit de grote paradigma's combineert u meestal in een behandeling?

Kruis eerst één, en niet meer dan één, hokje aan in de kolom hieronder..... en daarna op dezelfde regel de oriëntatie(s) waarmee u de hoofdoriëntatie combineert					
Hoofdoriëntatie	AN	GT	CO	CC	SY	A
<input type="checkbox"/> Psychoanalytisch/psychodynamisch (AN) →		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gedragstherapeutisch (GT) →	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cognitief (CO) →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cliëntgericht/experientieel (CC) →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Systemisch (SY) →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anders (A), →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Interdisciplinaire samenwerking

Indien u samenwerkt met één of meerdere andere beroepsgroepen, gelieve voor deze beroepsgroep(en) onderstaande vragen te beantwoorden.

<i>primaire werkring</i>	Hoe vaak heeft u binnen deze werkring, in functie van uw psychotherapeutische activiteiten, contact met personen uit deze beroepsgroep?			Bent u grosso modo tevreden of ontevreden over deze contacten?		Hoe ervaart u de hiërarchie in dit contact? U voelt zich tegenover deze persoon ...			In welke richting wordt geregeld tussen u beiden verwezen? (beide opties mogelijk)	
	dagelijks / wekelijks maandelijks enkele keren per jaar			tevreden	ontevreden	ondergeschikt	gelijkwaardig	bovengeschikt	van de ander naar mij	van mij naar de ander
1 huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 psycholoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 verpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 sociaal assistent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 kinesitherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 opvoeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>secundaire werkring (indien van toepassing)</i>										
1 huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 psychiater	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 psycholoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 verpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 sociaal assistent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 kinesitherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 opvoeder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel 3. Over een bevredigend verlopende behandeling

Als u geen psychotherapie verricht, kunt u dit deel overslaan en direct doorgaan met de beantwoording van deel 4.

Instructie

Het is de bedoeling dat u, alvorens dit deel van de vragenlijst in te vullen, eerst de meest recente behandeling uit uw bestand uitkiest die aan de volgende vereisten voldoet.

De behandeling

1. kent een *bevredigend* verloop;
2. is nog niet afgesloten;
3. is, gerekend vanaf het eerste therapiegesprek, meer dan één maand geleden begonnen;
4. betreft een individuele patiënt van 15 jaar of ouder.

Met ‘bevredigend verloop’ bedoelen we dat u zelf tevreden bent over het therapieproces en het tot nu toe behaalde resultaat. Het kan zijn dat de patiënt eveneens tevreden is. Echter, dit hoeft niet zo te zijn, het gaat om **uw** oordeel. Bij de beoordeling van het bevredigende verloop van de behandeling kan overigens rekening worden gehouden met de mogelijkheden en beperkingen van de patiënt of met externe omstandigheden.

Wilt u, indien u een behandeling hebt gekozen, de hierna volgende vragen beantwoorden? Daarbij kunt u, indien nodig, de gegevens uit uw patiëntendossier raadplegen.

Achtergrondinformatie over de behandeling en over uw patiënt / cliënt

1. Uit welke werkkring komt uw patiënt ? Primaire Secundaire
2. Op welk moment wordt deze enquête ingevuld?
- De behandeling bevindt zich in de eindfase,
d.w.z. wordt binnenkort afgerond, t.w. over (aantal weken)
.... (aantal zittingen)
 - De behandeling bevindt zich in de middenfase,
d.w.z. over het moment van beëindiging valt nog
niets of alleen in globale zin iets te zeggen
 - De behandeling bevindt zich in de beginfase
3. Hoeveel maanden heeft u patiënt in behandeling? maanden
4. Hoeveel consulten/zittingen hebben plaatsgehad? aantal
5. Hoeveel maal is patiënt, al dan niet met bericht,
niet verschenen op een behandelingsafspraak? maal (invullen)
6. Leeftijd patiënt bij aanmelding jaar
7. Geslacht M V
8. Bevolkingsgroep
- Vlaams Waals Marokkaans Turks
 - Anders, te weten
-
9. Taal in de behandeling
- Nederlands Frans Duits
 - Anders, te weten
-
10. Hoogste opleidingsniveau bij aanmelding (afgesloten met diploma)
- Geen
 - Buitengewoon lager onderwijs
 - Lager onderwijs
 - Buitengewoon middelbaar onderwijs
 - Middelbaar beroepsonderwijs

- Middelbaar technisch onderwijs
- Middelbaar kunstonderwijs
- Middelbaar algemeen onderwijs
 - Hoger onderwijs: universitair
 - Hoger onderwijs: niet-universitair
 - Onbekend of anders, namelijk

11. Burgerlijke staat (bij aanmelding):
- Ongehuwd
 - Ongehuwd samenlevend
 - Gehuwd
 - Gescheiden
 - Gescheiden samenlevend
 - LAT
 - Weduwe of weduwnaar
 - Weduwe of weduwnaar, samenlevend
 - Onbekend
 - Anders, t.w.

12. Inkomstenverwerving (bij aanmelding): Uit arbeid (waaronder ziektewet)

- (U kunt meerdere antwoorden aankruisen)
- Uitkering
 - Pensioen en/of ouderdomsvoorziening
 - Geen eigen inkomen
 - Andersoortige inkomsten
 - Onbekend

13. Psychiatrische classificatie

Misschien is het niet uw gewoonte een psychiatrische classificatie te geven. In verband met de vergelijkbaarheid van de onderzoeksgegevens verzoeken we u dringend dit voor dit onderzoek wel te doen. Voor de classificatie kunt u gebruik maken van de klinische diagnose zoals die eventueel na het spreekuur of intake is vastgesteld. Deze klinische diagnose wordt vervolgens gebruikt voor de classificatie volgens DSM-IV, op As-I, As-II en As-V. Bij uw beoordeling kunt u rekening houden met later verkregen informatie. Meerdere antwoorden zijn mogelijk.

As-I bij aanmelding, eventueel aangevuld op basis van latere informatie

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stoornissen gewoonlijk voor het eerst in kindertijd of adolescentie gediagnosticeerd | <input type="checkbox"/> Dissociatieve stoornis |
| <input type="checkbox"/> Delirium, dementie, amnestische en andere cognitieve stoornissen | <input type="checkbox"/> Seksuele stoornis (incl. genderidentiteit) |
| <input type="checkbox"/> Stoornis in gebruik van middelen | <input type="checkbox"/> Eetstoornis |
| <input type="checkbox"/> Schizofrenie en andere psychotische stoornissen | <input type="checkbox"/> Slaapstoornis |
| <input type="checkbox"/> Bipolaire stoornis | <input type="checkbox"/> Stoornis in impulscontrole (NAO) |
| <input type="checkbox"/> Stemmingsstoornis (depressies, dysthymie) | <input type="checkbox"/> Aanpassingstoornis |
| <input type="checkbox"/> Angststoornis (paniekstoornis, agorafobie, sociale fobie, obsessieve compulsieve stoornis, PTSS, angststoornis NAO) | <input type="checkbox"/> Uitgestelde diagnose |
| <input type="checkbox"/> Somatoforme stoornis | <input type="checkbox"/> Geen diagnose |
| <input type="checkbox"/> Nagebootste stoornis | <input type="checkbox"/> Anders, namelijk |

As-II bij aanmelding, eventueel aangevuld op basis van latere informatie

- Persoonlijkheidsstoornis uit Cluster A (Paranoïde, Schizoïde, Schizotypisch)
- Persoonlijkheidsstoornis uit Cluster B (Antisociaal, Borderline, Theatraal, Narcistisch)
- Persoonlijkheidsstoornis uit Cluster C (Ontwijkend, Afhankelijk, Obsessief-compulsief)
- Persoonlijkheidsstoornis NAO (Niet Anderszins Omschreven)
- Geen diagnose
- Uitgestelde diagnose
- Anders, namelijk

As-V Algemene beoordeling van het functioneren (Global Assessment of Functioning, GAF)

- Bij aanmelding (00-100)
- Op dit moment (00-100)

Het belang van DSM classificatie voor de psychotherapeutische praktijk

Maak één keuze in het kader van uw werk als therapeut.

- Ik ben goed vertrouwd met DSM en vind het vaak zinvol om er mee te werken.

- Ik ben goed vertrouwd met DSM, maar vind het eigenlijk niet zinvol er mee te werken.
- Ik ben slechts matig vertrouwd met DSM, maar ik vind het vaak zinvol om er mee te werken.
- Ik ben slechts matig vertrouwd met DSM en vind het eigenlijk niet zinvol er mee te werken.
- Ik ben slechts matig vertrouwd met DSM en kan de zin ervan niet goed beoordelen.
- Ik ken DSM niet of nauwelijks.

Informatie over de behandeling zelf

Doelstelling(en)

Hieronder is een aantal uitspraken opgenomen die gaan over de therapeutische doelstelling, zoals u deze *op dit moment van de behandeling* zou omschrijven. Wilt u van elk aangegeven doel nagaan in hoeverre dit in de huidige therapie van toepassing is (geweest)? U doet dit door het antwoord dat volgens u van toepassing is, aan te kruisen. Kruis '?' alleen aan indien u geen antwoord kan geven.

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|----------------------------|
| - klachten- en symptoomreductie | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - inzicht in het ontstaan en de functie van klachten en symptomen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - inzicht in het persoonlijk functioneren..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - inzicht in het relationeel functioneren..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - persoonlijkheidsherstructurering..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - verbeteringen in het relationeel systeem..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - handhaving of herstel van evenwicht..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - verbeteringen op gedragsniveau | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - bevorderen medewerking aan therapie (therapietrouw,
compliance, bijvoorbeeld qua medicatiegebruik)..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - verandering van leefgewoonten (bijv. bevorderen gezonde
leefstijl, verbeteren sociale contacten) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - verwerking (bijv. rouw of trauma)..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - tot stand brengen van een verwijzing..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - werkhervatting..... | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |
| - bevorderen zelfstandigheid | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee | <input type="checkbox"/> ? |

Voor dit onderzoek is het van belang **een zo goed mogelijk** beeld te krijgen van mogelijke doelstellingen. Wilt u hierna d.m.v. trefwoorden aangeven welke doelstellingen u beoogt of heeft beoogd die **niet** in de bovenstaande lijst zijn genoemd?

.....

.....

.....

Uw indruk over de verandering

Wat is uw klinische indruk over de verandering die tot nu toe is opgetreden?

- verslechterd
- geen verandering
- enige verbetering
- goede verbetering
- 'genezen', d.w.z. dat patiënt minstens weer functioneert op het premorbide niveau van functioneren

Behandelingseffecten tot nu toe

In hoeverre bent u van oordeel dat de behandeling tot nu toe heeft geleid tot:

- klachten- en symptoomreductie ja nee ?
- inzicht in het ontstaan en de functie van klachten en symptomen ja nee ?
- inzicht in het persoonlijk functioneren..... ja nee ?
- inzicht in het relationeel functioneren..... ja nee ?
- persoonlijkheidsherstructurering..... ja nee ?
- verbeteringen in het relationeel systeem..... ja nee ?
- handhaving of herstel van evenwicht..... ja nee ?
- verbeteringen op gedragsniveau ja nee ?
- bevorderen medewerking aan therapie (therapietrouw, compliance, bijvoorbeeld qua medicatiegebruik)..... ja nee ?
- verandering van leefgewoonten (bijv. bevorderen gezonde leefstijl, verbeteren sociale contacten) ja nee ?
- verwerking (bijv. rouw of trauma) ja nee ?
- tot stand brengen van een verwijzing..... ja nee ?
- ?
- werkhervatting..... ja nee ?
- bevorderen zelfstandigheid ja nee ?

Andere punten die naar uw oordeel tot nu toe bereikt zijn:

.....
.....

Interventies

Hierna zijn 72 therapeutische interventies weergegeven, zoals we die in handleidingen van diverse therapeutische oriëntaties aangetroffen hebben. Elke interventie gaat vergezeld van een omschrijving ter oriëntatie op de betekenis van de interventie.

U wordt gevraagd zich bij de beoordeling te laten leiden door deze omschrijving, ook als u gewend bent een andere omschrijving te hanteren voor een interventie.

Mogelijk zullen in uw ogen belangrijke interventies die uw eigen behandelingswijze typeren ontbreken. U kunt deze interventies desgewenst aan het einde van de lijst toevoegen.

Instructie

Wilt u voor elke omschrijving nagaan in hoeverre deze in de huidige therapie van toepassing is (geweest)? U dient zich hierbij te richten op een recente periode in de behandeling. Deze periode dient niet langer dan een maand te zijn.

Wilt U het antwoord aankruisen dat volgens u het meest van toepassing is?

Kruis het vakje onder **nee!** aan als de interventie **onmiskenaar niet** van toepassing is op de behandeling.

Kruis het vakje onder **ja!** aan als de interventie **onmiskenaar wel** van toepassing is op de behandeling.

Naarmate de interventie meer of minder onmiskenaar van toepassing is op de behandeling kruist u één van de tussenliggende vakjes aan

Kruis '?' alleen aan als de interventie **niet te beoordelen** is.

	Nee!				Ja!	?
01 <i>Empathie</i> Accuraat en sensitief begrijpen van ervaringen, gevoelens en hun betekenis voor de patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 <i>Nadere informatie of uitwerking vragen</i> Het stellen van informatieve vragen of het er bij de patiënt op aandringen dat deze een meer gedetailleerde beschrijving geeft van een gebeurtenis. De therapeut wil zich een (beter) beeld vormen van wat de patiënt vertelt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 <i>Therapeut als expert</i> Het overbrengen aan de patiënt dat de therapeut de problemen van de patiënt begrijpt, kan plaatsen, en over voldoende ervaring en deskundigheid beschikt om de patiënt te helpen. De therapeut presenteert zich als een expert op het gebied van de klachten van de patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 <i>Stiltes (zwijgen)</i> Een receptieve, luisterende instelling om de patiënt aan te moedigen verder te spreken. In het kader van het hanteren van stiltes kan de therapeut wel minimale aanmoedigingen (mm-mm) gebruiken. Dit is 'blijk geven van luisterende aanwezigheid'.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nee!				Ja!	?
05 <i>Verheldering, herformulering in andere bewoordingen</i> Het weergeven in andere bewoordingen en op een wat meer herkenbare manier van het verhaal van de patiënt, teneinde de betekenis ervan duidelijker naar voren te laten komen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 <i>Cognitieve thema's</i> Het wijzen op bepaalde, bewuste denkbeelden, overtuigingen of constructies van waaruit de patiënt anderen, zichzelf en de omgeving bekijkt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 <i>Steun, bemoediging en bekrachtiging</i> Het wijzen op of erkennen van positieve veranderingen bij de patiënt, of het bekrachtigen (d.m.v. goedkeuring) van dingen die bereikt werden, of het bemoedigen van de patiënt om verder te gaan opdat (verdere) positieve veranderingen bereikt kunnen worden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 <i>Feedback over niet eerder expliciet als zodanig herkende fenomenen</i> Het maken van een opmerking over het gedrag van de patiënt tijdens de sessie waardoor dit in een ander perspectief wordt geplaatst.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 <i>Rationale van de behandeling</i> Uitleg geven over de te volgen therapeutische methode en benadrukken van het verband tussen de methode en het oplossen of verminderen van patiënts problemen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 <i>Relatie tussen gedachten en gevoelens</i> Het aanmoedigen van de patiënt om een verband te leggen tussen gevoelens die hij of zij heeft ervaren (of zal gaan ervaren in de toekomst) en de gedachten daarbij. De therapeut probeert de patiënt te helpen zich te realiseren dat er een relatie bestaat tussen gevoelens en gedachten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 <i>Acceptatie</i> Acceptatie van om het even welke beleving van de patiënt. (Dit omvat het zich onthouden van openlijke of subtiele negatieve beoordeling van de patiënt, ook als op het oog onacceptabele of problematische belevingen of gedragingen van de patiënt worden geëxploreerd.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 <i>Confronteren</i> Het beschrijven of voorleggen aan de patiënt van diens vermijding van pijnlijke of problematische gedachten en gevoelens. Dit kan al dan niet vergezeld gaan van een actieve poging om de aandacht van de patiënt te richten op wat eventueel vermeden wordt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nee!				Ja!	?
13 <i>Expliciete sturing van het gesprek</i> Sturing geven aan het gesprek, door de inhoud ervan expliciet te bepalen of te veranderen of de focus te verschuiven, of door aan een bepaalde inhoud of focus vast te houden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 <i>Benadrukken van gevoelens</i> Het benadrukken van de emotionele inhoud van wat de patiënt naar voren heeft gebracht, teneinde de patiënt aan te moedigen tot beleving van het affect.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 <i>Paradoxe interventies</i> Schijnbaar niet-aangepaste interventies in relatie tot symptoomgedrag (bijvoorbeeld het voorschrijven van het symptoom), cognities (bijvoorbeeld de instructie om een catastrofe nog erger te maken door overdrijving) of relationeel gedrag (bijvoorbeeld de verplichting ruzie te maken op vastgestelde tijdstippen).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 <i>Rapporteren van cognities</i> Het de patiënt verzoeken om specifieke gedachten (zoveel mogelijk letterlijk) te rapporteren die hij of zij op dit moment of eerder in de sessie ervoer, of die buiten de sessie optraden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 <i>Zelfonthulling</i> Het geven van persoonlijke informatie, of het overbrengen van meningen en/of waarden. Dit kan betrekking hebben op gevoelens, gedachten en bedoelingen met betrekking tot de therapie of het therapeutisch proces, op eigen gevoelens in reactie op de patiënt, op feiten, belevingen en ervaringen uit het eigen leven, of op de persoonlijke levensvisie c.q. waarden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 <i>Bespreken van onacceptabele gevoelens</i> Het rechtstreeks benoemen van gevoelens die in het uur aan de orde lijken te zijn, maar niet worden geuit door de patiënt (kennelijk omdat deze ze als fout, ongepast of gevaarlijk beschouwt), bijvoorbeeld haatgevoelens, afgunst, schaamte, seksuele opwinding, schuldgevoelens.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 <i>Actieve controle over de interactie</i> Geregeld actief tussenbeide komen om vragen te stellen of een punt in te brengen, frequent interrumpen of in aanzienlijke mate richtinggevend zijn in het uur.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nee!				Ja!	?
20	<i>Exploreren van de persoonlijke betekenis van overtuigingen</i>					
	Het zoeken naar onderliggende overtuigingen die met een door de patiënt gerapporteerde automatische gedachte verbonden zijn, teneinde de <i>persoonlijke</i> betekenis die met deze automatische gedachte verbonden is, te exploreren ('idiosyncratisch beliefstelsel'). Zo kan het idee iets verknoeid te hebben samenhangen met de overtuiging een sukkel te zijn.					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	<i>Onafhankelijkheid van denken en doen</i>					
	Het aanmoedigen van de patiënt om zelfstandig dingen te ondernemen of om zelf met probleemoplossingen te komen, in plaats van het aanbieden van oplossingen. Benadrukken dat de patiënt zelf bedenkt wat hij/zij het beste vindt om te doen.					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	<i>Exploreren van specifieke activiteiten, taken of probleem-oplossingen die de patiënt kan uitproberen.</i>					
	Het bespreken van een bepaalde activiteit met de patiënt die deze buiten de therapie zou kunnen proberen, zoals het uittesten van de validiteit van een bepaalde overtuiging of het zich anders gedragen dan hij of zij normaal zou doen, of het lezen van een bepaald boek. Of het (samen met de patiënt) in ogeschouw nemen van een aantal opties en het exploreren van de verschillende alternatieven bij het zoeken naar een praktisch oplossing voor een probleem...					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	<i>Subtiele sturing van het gesprek</i>					
	Het aanmoedigen van de patiënt om iets dat impliciet aanwezig is, verder uit te werken, waardoor de inhoud of de focus van het gesprek zich kan verdiepen.					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	<i>Gericht adviseren of leiden</i>					
	Het geven van een advies of suggestie, waarbij de patiënt de mogelijkheid heeft dit op te volgen of te negeren. Of het doen van voorstellen aan de patiënt om bepaalde zaken anders te gaan doen. Kan betrekking hebben op zaken buiten de therapie, maar ook op de therapie zelf, bijvoorbeeld een voorstel om op een bepaalde wijze aan het probleem van de patiënt te werken.					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	<i>Het herkennen van denkfouten</i>					
	Het de patiënt helpen om specifieke typen denkfouten (cognitieve vervormingen of fouten), die in het denken van de patiënt aanwezig zijn, te identificeren; bijvoorbeeld: alles-of-niets-denken, overgeneraliseren.					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nee!				Ja!	?
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34 <i>Patronen in de beleving of het gedrag</i> Het wijzen op een terugkerend patroon of thema in de beleving van de patiënt of in diens gedrag.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35 <i>Focussen op het momentane ervaren</i> Het zich richten op de beleving van de patiënt in het hier-en-nu, de patiënt aanmoedigen 'bij het eigen gevoel te blijven'. Ook training in het verwerven van de vaardigheid om het eigen gevoel gewaar te worden ('focusing') valt hieronder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36 <i>Afstand nemen van overtuigingen</i> Het aanmoedigen van de patiënt om zijn of haar gedachten te zien als overtuigingen. Die overtuigingen kunnen wel of niet waar zijn, maar ze representeren in ieder geval geen 'objectieve' feiten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37 <i>Uitleg die de verantwoordelijkheid voor de problemen buiten de patiënt legt</i> Pogen de patiënt te ondersteunen door uit te leggen dat de moeilijkheden die de patiënt ervaart, verklaard kunnen worden door factoren in de omgeving van de patiënt, door interpersoonlijke factoren, of door lichamelijke oorzaken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38 <i>Patronen in relaties</i> Het trekken van een parallel tussen of wijzen op een patroon in twee of meer relaties van de patiënt met het oogmerk de patiënt te helpen te begrijpen hoe hij/zij in interpersoonlijke relaties functioneert. Kan om relaties in het heden of in het verleden gaan.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39 <i>Vaststellen en volgen van een agenda</i> Het in overleg met de patiënt opstellen van een agenda voor een sessie en het volgen van deze agenda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40 <i>Onderzoeken van beschikbare evidentie</i> Het de patiënt helpen om de beschikbare evidentie of informatie (ook afkomstig uit voorafgaande ervaringen) te gebruiken om de validiteit van een overtuiging te toetsen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41 <i>Warmte</i> Ook: niet-possessieve positieve gezindheid. Oprechte zorg voor en begaan zijn met de patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42 <i>(H)erkenning van niet-geuite gevoelens</i> Het de patiënt helpen een emotie te (h)erkennen die hij/zij niet uitte of waarvan hij/zij zich niet bewust was. Het verhogen van patiënt's bewustzijn van zijn/haar						

	Nee!				Ja!	?
50 <i>Therapeutische relatie gebruiken ter verduidelijking van reacties op anderen</i>						
Het aan de hand van het actuele gedrag van de patiënt in relatie tot de therapeut verduidelijken hoe de patiënt zich in de relatie met anderen opstelt. Bijvoorbeeld: de patiënt irriteert zich aan de therapeut. De therapeut zegt: 'Kunt u op anderen op dezelfde manier reageren, zoals u op mij reageerde?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51 <i>Zoeken naar alternatieve verklaringen</i>						
Het de patiënt helpen om alternatieve verklaringen voor gebeurtenissen in ogenschouw te nemen, naast de initiële verklaringen van de patiënt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52 <i>Rapport</i>						
De relatie wordt gekenmerkt door harmonie en afstemming op elkaar. Goed met elkaar overweg kunnen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53 <i>Twee stoelen dialoog</i>						
De patiënt helpen twee tegengestelde aspecten van zichzelf met elkaar in dialoog te brengen. De patiënt identificeert zich eerst met het ene en vervolgens met het andere aspect. Dit wordt geaccentueerd door de patiënt eerst vanuit de ene stoel en dan vanuit de andere stoel te laten spreken.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
54 <i>Uitleg van de richting waarin de sessie gaat</i>						
Het aan de patiënt uitleggen waarom tijdens de sessie op een bepaald onderwerp doorgedaan wordt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
55 <i>Duiding van afweer</i>						
Het bespreken van de manier waarop de patiënt de bewustwording van bedreigende informatie of gevoelens tegengaat.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
56 <i>Structureren, het maken van een planning</i>						
Het (samen) aanbrengen van een tijdschema ('plannen') of het structureren van specifiek te ondernemen activiteiten, met de bedoeling de kans op het daadwerkelijke uitvoeren van deze activiteiten - of het ermee beginnen - te vergroten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
57 <i>Reële consequenties</i>						
Het onderzoeken van de waarschijnlijkheid dat bepaalde gevolgen zullen optreden als de overtuiging van de patiënt zou uitkomen. Het gaat om het onderzoeken van de waarschijnlijkheid van consequenties waarvan de patiënt al uitgaat op grond van zijn/haar overtuiging. Bijvoorbeeld: als de patiënt ervan overtuigd is dat hij/zij niet de moeite waard is, hoe groot schat hij/zij dan de kans dat iemand een medelijdsame reactie op zijn/haar situatie heeft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nee!				Ja!	?
58 <i>Zelfobservatie (self-monitoring)</i>						
Het aanmoedigen van de patiënt om tussen twee sessies in, gevoelens, gedachten, activiteiten of gebeurtenissen te registreren, en/of het evalueren van deze registratie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
59 <i>Verbinding met het onbewuste (duiding)</i>						
Het vestigen van patiënt's aandacht op gevoelens, gedachten, wensen of impulsen waarvan de patiënt zich mogelijk niet bewust is.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
60 <i>Samenvatten</i>						
Het samenvatten van de kernaspecten van een eerdere of de huidige zitting, door de punten die zijn besproken op een rijtje te zetten, of het aanmoedigen van de patiënt dit zelf te doen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
61 <i>Adaptieve c.q. functionele waarde van overtuigingen</i>						
De patiënt helpen onderzoeken of het handhaven van een specifieke overtuiging functioneel is voor de patiënt, dat wil zeggen: of deze helpt bepaalde doelen te bereiken. Of de overtuiging klopt of niet is hierbij niet relevant.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
62 <i>Samenwerking</i>						
Het zich ervoor inspannen dat de patiënt betrokken is en blijft bij de samenwerking in het therapieproces.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
63 <i>Ambigue taakopdracht</i>						
Het op onrechtstreekse, impliciete en suggestieve wijze geven van een opdracht waardoor in het midden blijft of deze al dan niet uitgevoerd dient te worden. Dit kan bijvoorbeeld worden bewerkstelligd door het toevoegen van een retorische vraag: 'Ik vraag me af of de volgende opdracht niet te moeilijk is voor u'. Door in het midden te laten wat het best kan gebeuren kan de patiënt verschillende kanten op. Hierdoor kan een ambigue taakopdracht tevens een paradoxale uitwerking krijgen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
64 <i>Lege stoel dialoog</i>						
Het oproepen van de aanwezigheid van een voor de patiënt belangrijke persoon in een lege stoel en het door de patiënt laten uiten van zijn/haar reacties op de in de verbeelding aanwezige belangrijke persoon in die lege stoel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
65 <i>Verbindingen met andere relaties, overdrachtsduiding</i>						
Het maken van een verbinding tussen de (gevoels)reacties van de patiënt op de therapeut en gevoelens over belangrijke anderen in het leven van de patiënt. Kan zowel betrekking hebben op de huidige relaties als op de relatie met de ouders in heden of verleden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Nee!				Ja!	?
66 <i>Vaardigheden en vaardigheidstraining</i>						
Het proberen de patiënt vaardigheden aan te leren, of het doen van gerichte en serieuze voorstellen daartoe. Ook de uitleg over de aard en de werking van dit soort trainingen valt hieronder. Heeft onder andere betrekking op assertiviteit, communicatieve vaardigheden, ontspanning, of andere taakrelevante vaardigheden (zoals het organiseren van terugkeer naar het werk na ziekte, budgetteren, huishouden organiseren). Bij de uitvoering wordt eventueel gebruik gemaakt van rollenspelen, waarbij een scène wordt gekozen, geoefend en feedback gegeven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
67 <i>Herdefiniëren probleem</i>						
Het herformuleren wat de patiënt heeft beschreven op een manier die het de patiënt mogelijk maakt de situatie anders te gaan bekijken (ook: relabelen, herkaderen, anders inkaderen, cognitieve herstructurering). Aan dezelfde inhoud wordt een nieuwe (en gewoonlijk positievere) betekenis gegeven.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
68 <i>Evocatieve herbeleving van problematische reacties</i>						
Het in het hier-en-nu laten herbeleven van een situatie waarin de patiënt een problematische of onbegrijpelijke reactie vertoonde, teneinde bewustwording te bevorderen van de persoonlijke en subjectieve betekenis van de situatie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
69 <i>Oefenen van rationele responsen</i>						
De therapeut helpt de patiënt te oefenen met rationele responsen als antwoord op disfunctionele, negatieve overtuigingen. Kan door demonstratie of door rollenspel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
70 <i>Uitdagen</i>						
Het opwerpen van een vraag met betrekking tot de visie van de patiënt op een ervaring of gebeurtenis. De wijze waarop dat gebeurt kan variëren van voorzichtig vragen ('denkt u dat werkelijk?') tot uitdagende of provocerende opmerkingen ('daar geloof ik helemaal niks van, u wel?').	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
71 <i>Therapeutische relatie gebruiken als een model</i>						
De therapeut gebruikt een rollenspel om aan de patiënt te verduidelijken hoe hij/zij overkomt of zicht opstelt in de relatie met anderen. De therapeut neemt bij het rollenspel de positie in van de patiënt en de patiënt die van de therapeut.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | Nee! | | | | Ja! | ? |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 72 <i>Gedragstherapeutische procedures</i> | | | | | | |
| Het toepassen van een gekende gedragstherapeutische procedure, die gebaseerd is op een leertheoretisch of experimenteel-psychologisch paradigma of het doen van gerichte en serieuze voorstellen daartoe. Ook de uitleg over de aard en de werking van de procedure valt hieronder. Meestal van toepassing op angstreductie programma's, bijvoorbeeld exposure, responspreventie, klassieke en operante procedures. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 73 <i>Lichamelijk contact</i> | | | | | | |
| Het aanraken van patiënten, bedoeld om bepaalde belevingen te faciliteren of het exploratieproces te steunen of te sturen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 74 <i>Ontspanningsoefeningen</i> | | | | | | |
| De therapeut leert de cliënt een methode aan om zich te ontspannen, dit bijvoorbeeld als coping-vaardigheid bij stress, of in het kader van systematische desensitisatie, of om meer in voeling te komen met het eigen lichaam, of als voorbereiding op zelfexploratie, ... Voorbeelden hiervan zijn: autogene training, methode van Jacobson, ademhalingsoefeningen, ... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Voor dit onderzoek is het van belang **een zo goed mogelijk** beeld te krijgen van de toegepaste behandelingsvormen. Wilt u hierna d.m.v. trefwoorden aangeven welke interventies u hebt toegepast die **niet** in de bovenstaande lijst zijn genoemd? Wilt u tevens aangeven in welke mate deze interventies van toepassing zijn (geweest) op de behandeling?

	Nee!				Ja!
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deel 4. Visie op psychotherapie en op uzelf als psychotherapeut

Hieronder volgt een aantal uitspraken over uw visie op psychotherapie en over uzelf als psychotherapeut. Wilt u aangeven in welke mate u het al dan niet eens bent met deze uitspraken? **Omcirkel** het antwoord dat het best **uw persoonlijke visie** weergeeft.

		helemaal niet mee eens	-3	-2	-1	0	+1	+2	helemaal mee eens
1	Ik verkies langer durende boven kortdurende psychotherapie.		-3	-2	-1	0 +3	+1	+2	
2	In elk mens schuilt een tendens tot groei en zelfactualisatie.		-3	-2	-1	0 +3	+1	+2	
3	Protocollaire handleidingen (concreet uitgewerkte voorschriften voor de behandeling, inclusief fasering en toe te passen technieken; Engels: treatment manuals) gaan voorbij aan de eigenheid van de cliënt.		-3	-2	-1	0 +3	+1	+2	
4	Als therapeut beleef ik mijzelf voortdurend in ontwikkeling.		-3	-2	-1	0 +3	+1	+2	
5	Voor mijn professionele identiteit is het lidmaatschap van een specialistische psychotherapievereniging belangrijker dan dat van een algemene beroepsvereniging (psychiatrie, psychologie, ...)		-3	-2	-1	0 +3	+1	+2	
6	Het is mogelijk het gedrag van mensen te begrijpen zonder een beroep te doen op onbewuste motieven.		-3	-2	-1	0 +3	+1	+2	
7	De opkomst van empirisch ondersteunde behandelprotocollen voor specifieke diagnostische categorieën lijkt me een duidelijke stap vooruit in onze beroepsuitoefening.		-3	-2	-1	0 +3	+1	+2	
8	Het classificeren door middel van het DSM-systeem vind ik van beperkt nut bij de behandeling van mijn patiënten.		-3	-2	-1	0 +3	+1	+2	

		helemaal niet mee eens	-3	-2	-1	0	+1	+2	helemaal mee eens
9	Een goede werkrelatie met de cliënt bepaalt voor het grootste gedeelte het resultaat van de therapie.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
10	Regelmatige intervisie met collega's zou gedurende de hele loopbaan een vereiste moeten zijn voor elke psychotherapeut.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
11	De behoefte aan contact en verbondenheid behoort evenzeer tot het wezen van de mens als de behoefte aan autonomie.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
12	Het gebruik van protocollaire handleidingen helpt een therapeut zijn/haar klinische vaardigheden te evalueren en te verbeteren.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
13	Op termijn zullen meer integratieve behandelingsvormen de overhand krijgen. De afzonderlijke therapeutische scholen zullen daarbij meer een rol op de achtergrond spelen.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
14	Ons gedrag wordt in hoge mate gevormd door positieve en negatieve bekrachtigingen.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
15	Door het invoeren van 'managed care' programma's (programma's waarin klinische, financiële en organisatorische activiteiten ten behoeve van adequate en kosten-effectieve geestelijke gezondheidszorg zijn geïntegreerd) gaat ons vakgebied er eerder op achteruit dan vooruit.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
16	Ik heb het gevoel 'goed in mijn vel' te zitten.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
17	Goede therapeuten laten zich tijdens een behandeling in sterke mate leiden door hun intuïtief aanvoelen, zonder alles rationeel te kunnen verantwoorden.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
18	Elk mens beschikt over een marge van vrijheid.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			

		helemaal niet mee eens	-3	-2	-1	0	+1	+2	helemaal mee eens
19	Het gebruik van protocollaire handleidingen gaat ten koste van de authenticiteit van de therapeutische interactie.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
20	Effectieve therapeuten variëren hun technieken en procedures van patiënt tot patiënt.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
21	De psychotherapeutische beroepsbeoefening is per definitie multidisciplinair, omdat zowel de geesteswetenschappen, als de medische wetenschap en de gedragswetenschappen aan de kennis op het gebied van de psychotherapie bijdragen.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
22	Grondige kennis van psychopathologie is essentieel voor de kwaliteit van ons therapeutisch werk.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
23	De kwaliteit van de psychotherapie-beoefening zou er op vooruit gaan indien in de toekomst enkel nog empirisch ondersteunde therapievormen zouden mogen worden onderwezen en in de praktijk toegepast.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
24	Je kunt ook een competente psychotherapeut worden als de leertherapie niet een verplicht onderdeel zou zijn van de opleiding.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
25	Psychotherapie is meer kunst dan wetenschap.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
26	Het opstellen van een 'op maat gesneden' behandelingsplan is noodzakelijk voor elke therapie.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
27	Alles bijeen vind ik het beroep van psychotherapeut stresserend.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
28	Het toepassen van behandelprotocollen impliceert een overwaardering van het belang van therapeutische technieken.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			

		helemaal niet mee eens	-3	-2	-1	0	+1	+2	helemaal mee eens
29	Een mens kan slechts begrepen worden in de context van zijn/haar relaties met belangrijke anderen.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
30	Ik zou graag worden ingeschakeld in managed care programma's.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
31	Religie heeft een belangrijke plaats in mijn leven.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
32	De persoonlijkheid van de therapeut vind ik belangrijker dan zijn/haar professionele training.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
33	Ik vind veel voldoening in mijn werk als psychotherapeut.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
34	De psychotherapie zal uit de GGZ-instellingen verdwijnen en zijn plek vinden in de vrijevestigde praktijk.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
35	Het nauwkeurig bijhouden van een geschreven rapport na elke sessie vind ik noodzakelijk.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
36	Ik vind me competent om zelfstandig – dit is zonder de noodzaak van verder overleg met anderen – het nodige psychodiagnostische en indicatiestellingsonderzoek te doen bij een hulpvraag.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
37	De therapeutische rol kan gecombineerd worden met andere professionele rollen ten aanzien van de patiënt.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
38	Als mijn persoonlijke waarden in sterke mate botsen met de waarden van de patiënt, verkies ik hem/haar te verwijzen.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
39	Mijn patiënt heeft het recht zijn/haar dossier in te kijken.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			
40	Het stellen van een diagnose en van een indicatie voor psychotherapie is een essentieel onderdeel van het beroep van psychotherapeut.		-3	-2	-1	0	+1	+2	
						+3			

Hoe zou u uw huidige stijl van werken met cliënten beschrijven?
Omcirkel het antwoord dat het best **uw persoonlijke visie** weergeeft.

	helemaal niet van toepassing	-3	-2	-1	0	+1	+2	helemaal van toepassing
1. Aanvaardend.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
2. Gezaghebbend		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
3. Uitdagend		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
4. Koud.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
5. Toegewijd.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
6. Kritisch.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
7. Veeleisend		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
8. Afstandelijk.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
9. Vastberaden.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
10. Directief.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
11. Doeltreffend		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
12. Vriendelijk.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
13. Voorzichtig.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
14. Intuïtief.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
15. Betrokken.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
16. Zorgend		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
17. Planmatig.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
18. Beschermend		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
19. Gereserveerd.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
20. Deskundig.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
21. Fijnzinnig.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				
22. Verdraagzaam.....		-3	-2	-1	0	+1	+2	
				+3				

23. Warm.....	-3	-2	-1	0	+1	+2
			+3			
24. Wijs	-3	-2	-1	0	+1	+2
			+3			

***Wilt u a.u.b. controleren of u geen pagina's hebt overgeslagen?
Hartelijk dank voor uw medewerking!***

Annexe 2: International professional associations for psychotherapy

IFP: International Federation for Psychotherapy (seat: Bern, Switzerland); Access to psychotherapy training requires a successful completion of a study relevant to the practice of psychotherapy at university level (Psychology, Medicine or another social or health science)

EFP: The European Federation of Psychtherapists (renaming of the European Association of Psychotherapy, seated in Brussels, to prevent confusion with the European Association of Psychotherapy, seated in Vienna, Austria). Similar to the IFP, access to psychotherapy training requires a successful completion of a study relevant to the practice of psychotherapy at university level (Psychology, Medicine or another social or health science)

WCP: World Council for Psychotherapy (seated in Vienna, Austria): founded and inspired by the EAP. Pre-training requirements are completion of a study relevant to the practice of psychotherapy at university level (Psychology, Medicine or another social or health science) **or** an examination on a level equivalent to the university degree in psychology or medicine (masters or doctoral level) in personality psychology, psychophysiology, psychopathology, developmental psychology, psychological assessment. (the difference with th EFP is the larger access to training) (www.worldpsyche.org)

EAP: European association for psychotherapy: Pre-training requirements are completion of a study relevant to the practice of psychotherapy at university level (Psychology, Medicine or another social or health science) **or** an examination on a level equivalent to the university degree in psychology or medicine (masters or doctoral level) in personality psychology, psychophysiology, psychopathology, developmental psychology, psychological assessment. (the difference with th EFP is the larger access to training)

Bijlage 3. Example of training standards according to the associations who adopt the position of psychotherapy as a specialisation of the professions of clinical psychologists and psychiatrists

EFPA standards of training for psychologists specialising in psychotherapy.

The EFPPA standing committee on Psychotherapy developed training standards for psychologist specialising in psychotherapy. Below these standards are described as they are decided upon in Ljubljana in February 1, 1997. This text of the standing committee on psychotherapy of the EFPPA can be consulted on the web site of the EFPPA (<http://www.EFPA/>)

These standards are guidelines for the future. They are open to revision in the light of developments in the field.

1. Basic qualifications (prior to specialization):

5 years university studies including:

1.1 Academic psychology

1.2 Applied psychology training including training in psychopathology and severe mental disturbances and of psychology applied clinically in a health setting. Knowledge of a range of major (mainstream) psychotherapeutic approaches.

2 . Clinical experience

2 Years experience as a professional psychologist under supervision gaining experience in a broad range of psychological problems including mental illness.

3. Postqualification Training Psychotherapy

3 years if training is full time, equivalent hours if training is part time. This training will include supervision and supervised practice; theoretical & practical knowledge; and personal training (e.g. personal training therapy or other arrangements to ensure that trainees are aware of and can manage appropriately their personal involvement in, and contribution to, the processes of the psychotherapies they practice).

Supervision must have the aim of ensuring that the trainees carry out their work with competence and integrity. Where supervision is not normally based on direct observation, further evidence of competence and integrity must be demonstrated by measures such as monitoring of outcome, discussion of case material with a panel, interviewing elected patients or recording of specified sessions.

4 Quantitative Standards

Hours of supervision 150

Hours of supervised practice* 500

Theory, therapeutic methodology and technique 400

Personal therapy or other personal training as specified (see 3) 100**

*This will include a minimum of 10 cases, supervised over the entire therapeutic process by the same supervisor in anyone case. In certain therapeutic schools this may include some cases of supervised consultation.

**In certain therapeutic schools the minimum number of hours will be higher.

5. The Training Curriculum

5.1. Psychotherapy training should follow a curriculum. However "grandparenting arrangements" may permit accreditation of prior learning. ("Grandparenting arrangements" means arrangements by which psychologists who were trained prior to the establishment of these criteria can put forward their training and experience for consideration for accreditation).

5.2 Every psychologist specializing in psychotherapy should be trained in one of the major therapeutic schools. To practice psychotherapy in any model requires thorough training in this model. Familiarisation with a broader range of models in addition to the main model enables psychologist specializing in psychotherapy to undertake a consultant role within the psychotherapies and also be better placed to know the limits of applicability of a particular model and of their own capabilities.

5.3 The hours defined above are the minimum for training in any chosen model. If a psychologist specializing in psychotherapy wishes to integrate other approaches into his or her therapeutic work, he/she needs first to meet the training requirements for the chosen therapeutic model, prior to gaining sufficient understanding of any other approaches which he/she may wish to inform their work. Some schools may set minimum standards for what could lead to such 'sufficient understanding'.

5.4. Trainees must be trained in evaluating the therapies they practice.

5.5. Accepted therapeutic schools: These may include any major psychotherapeutic model or approach which can demonstrate that it is based on a substantive body of psychological knowledge about human development, change and psychopathology, and has an associated theory of and strategies for, intervention. The body of knowledge must be scientifically recognised and open to research. The development of new models and approaches should be compatible with the above requirements in the judgement of the organisation of psychologists.

6. Criteria for Trainers

Psychologists training in psychotherapy should be trained by psychologists with specialization in that field or persons with equal qualifications acceptable to the professional organisation of psychologists.

6.1. Teachers of theory should be recognised experts in their field at doctoral level or specialists of comparable standing.

6.2. Trainers of psychotherapeutic methodology and technique together with supervisors and training therapists should be specialised psychologists with a minimum of 3 years of postqualification professional experience in psychotherapy.

6.3. Training supervisors in addition should themselves have had experience of supervised supervision according to criteria established by the professional organisation of psychologists.

6.4. Outside the therapeutic relationship there should be no personal links between training therapists and trainees. The same person should not provide supervision and personal therapy to the same trainee.

7. Criteria for Training Institutions

Such institutions should

7.1. offer a curriculum approved by the professional body of psychologists

7.2 provide qualified trainers recognised by the professional body of psychologists

7.3 ensure that trainees have access to appropriate training patients

7.4 provide evidence of qualification after successful completion of the curriculum, acceptable to the professional body of psychologists

In addition they should:

7.5 cooperate with university psychology departments or other research institutions for purposes of evaluation and development of the psychotherapies

7.6 accept regular audit by the professional body of psychologists

7.7 ensure that the entire conditions and costs of training are made explicit to all applicants for training

7.8 be organized in such a way that they are able to guarantee that candidates will be able, if appropriate, to complete their training

7.9 have an appropriate complaints procedure

8 Personal suitability

Personal suitability entails, minimally, that the trainee should be able to manage the psychotherapeutic relationship appropriately and to adhere to ethical guidelines as specified by the ethical code agreed by EFPPA.

Trainees personal suitability is evaluated:

8.1 At the end of training by means of assessment from personal interview and other sources of information

8.2. Continuously during training by trainers and supervisors. The training institution is required to give feedback to candidates about any doubts concerning personal suitability. In addition it should give advice or offer possibilities for overcoming such difficulties. Where there are severe doubts as to an individuals suitability, advice to withdraw from training may be given. In cases where such doubts are held by the personal therapist, the therapist should in the first instance discuss these with the candidate. With the agreement of the candidate the therapist may discuss the matter with the training institution. If no such permission were given by the candidate, the training therapist would be obliged to end the therapy as a training therapy.

9. Exit requirements for completion of training

9.1. Successful completion of the curriculum, demonstrating evidence of theoretical and conceptual proficiency. This may include theoretical exams and/or case reports presented to the training institution.

9.2. Recommendation by supervisors and teachers

10. Registration as a Psychologist specialised in Psychotherapy

10.1. After successfully completing the training, the psychologist will be accredited and registered by the professional body of psychologists.

10.2 Specialist psychologists in psychotherapy may also be registered by Government Authorities, if there is appropriate legislation.

Bijlage 4 : Example of training standards of associations who adopt the position of psychotherapy as a separate profession, with larger access (no pre-training at an academic level in psychology, medicine or social sciences required)

EAP standards for training in psychotherapy

1. The total duration of the training will not be less than 3200 hours, spread over a minimum of seven years, with the first three years being the equivalent of a university degree. The later four years of which must be in a training specific to psychotherapy. The EAP will, in collaboration with NAOs and EWAOs, determine the proportion of the training elements that need to be completed prior to the ECP being awarded.

2. The training meets the EAP's criteria for basic professional training, and includes the following elements:

2.1. Personal Psychotherapeutic Experience, or equivalent. This should be taken to include training analysis, self-experience, and other methods involving elements of self-reflection, therapy, and personal experience (not less than 250 hours). No single term is agreed by all psychotherapy methods. Any training shall include arrangements to ensure that the trainees can identify and appropriately manage their involvement in and contributions to the processes of the psychotherapies that they practice in accordance with their specific methods.

2.2. Theoretical Study

There will be a general part of university or professional training and a part which is specific to psychotherapy. University or professional courses leading to a first University degree or its equivalent professional qualification in subjects relevant to psychotherapy may be allowed as a part of, or the whole of, the general part of psychotherapy theory, but cannot contribute towards the 4 years of specific psychotherapy training. Theoretical study during the 4 years of training specific to psychotherapy should include the following elements:

- * Theories of human development throughout the life-cycle
- * An understanding of other psychotherapeutic approaches
- * A theory of change
- * An understanding of social and cultural issues in relation to psychotherapy
- * Theories of psychopathology
- * Theories of assessment and intervention

2.3. Practical Training

This will include sufficient practice under continuous supervision appropriate to the psychotherapeutic modality and will be at least two years in duration.

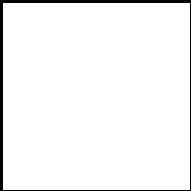
2.4. Placement in a mental health setting, or equivalent professional experience.

The placement must provide adequate experience of psycho-social crisis and of collaboration with other specialists in the mental health field.

3. Supervision, training and, where applicable, personal psychotherapy should be provided by practitioners whose training meets the criteria of the ECP. Advanced training for trainers and supervisors are not covered by these criteria, but will be required.

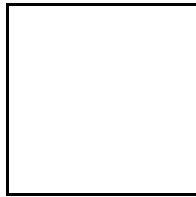
Lijst van Tabellen

- Tabel 2. Nederlandstalige steekproef A: per vereniging het aantal namen als basis voor de eerste nederlandstalige steekproef, alsook het aantal personen (dubbels meegeteld) minus het aantal ongeopend teruggestuurde enveloppen en 41 namen uit VVGT (N).
- Tabel 3. Nederlandstalige steekproef B. Per beroepsgroep de vertegenwoordigende verenigingen, het aantal geselecteerde leden (A) en het aantal verzonden formulieren dat niet onverrichter zake is teruggekeerd (N); aantallen via Gouden Gids.
- Tabel 3. Franstalige steekproef A : naam van de vereniging, sociale zetel en afkorting
- Tabel 4. Franstalige steekproef A. Verenigingen, aantal adressen, aantal verzendingen
- Tabel 5: Franstalige steekproef B. Beroep, vereniging, afkorting, sociale zetel en eventuele
- Tabel 6: Franstalige steekproef B. Verenigingen, aantal adressen, aantal verzendingen
- Tabel 7. Sociodemografische steekproefkarakteristieken: % subjecten per categorie (Totaal aantal subjecten: 935 à 948, waarvan 290 à 299 franstalig)
- Tabel 8. Basisdisciplines van Franstalige en Nederlandstalige therapeuten: % binnen de verschillende substeekproeven
- Tabel 9. Specialisaties en vervolgopleidingen: aantal en % per substeekproef; % voltooid; duur: % per categorie
- Tabel 10. Werkvolume en werkverdeling: % per categorie in de volledige steekproef (aantal subjecten = 955)
- Tabel 11. Primaire en secundaire werkring: % van de verschillende settings in de Franstalige en Nederlandstalige Gemeenschap; % Ambulant versus Residentieel
- Tabel 12. Specialistische psychotherapieverenigingen: aantal leden in de verschillende substeekproeven; aantal "meest belangrijke" lidmaatschappen binnen elke vereniging; aantal lidmaatschappen per respondent
- Tabel 13. Psychotherapeutische denkwijzen: % meest belangrijke oriëntaties/denkweisen in de verschillende substeekproeven; % tweede meest belangrijke denkwijzen in de volledige steekproef.
- Tabel 14. Hoofdoriëntaties: % respondenten in de Franstalige en Nederlandstalige Gemeenschap; % combinaties met de andere hoofdoriëntaties in de volledige steekproef
- Tabel 15. Verband tussen Hoofdoriëntatie en Belangrijkste psychotherapeutische denkwijze in de volledige steekproef: aantal per combinatiemogelijkheid (dominante combinaties in vet); verband Hoofdoriëntatie en Basisdiscipline (%)
- Tabel 16. Interdisciplinaire samenwerking in de primaire werkring (volledige steekproef; N = 955): % qua frequentiecontact, tevredenheid, hiërarchische positie en richting van verwijzing

- Tabel 17. Interdisciplinaire samenwerking in de primaire werkring: % qua Frequentie contact* bij Artsen (N=106), Psychologen (N=543) en Gegradueerden (Assistent Psychologen, Verpleegkundigen en Sociaal werkers; N=139) uit de volledige steekproef.
- Tabel 18. Interdisciplinaire samenwerking in de primaire werkring. Perceptie van de Hiërarchie in de verhouding met andere collega's bij artsen, psychologen en gegradueerden (Assistent Psychologen, Verpleegkundigen en Sociaal werkers) uit devolledige steekproef*: % ondergeschikt, gelijkwaardig en bovengeschild
- Tabel 19. Interdisciplinaire samenwerking in de primaire werkring. Perceptie van de Richting van verwijzen t.a.v. andere collega's bij artsen, psychologen en gegradueerden (Assistent Psychologen, Verpleegkundigen en Sociaal werkers) uit de volledige steekproef*: % "van de ander naar mij", "van mij naar de ander", "wederzijds"
- Tabel 20. Cliënten: sociodemografische karakteristieken. % per categorie (Aantal cliënten: Franst. Gem., N = 139 à 143; Ned. taligen, N = 412 à 434; Totaal, N = 553 à 581)
- Tabel 21. DSM classificatie van cliënten: % per categorie in Franstalige Gemeenschap (N = 142), Nederlandstalige Gemeenschap (N = 435) en Volledige steekproef (N = 577); GAF scores (N respectievelijk 65, 301 en 366)
- Tabel 22. Therapieën: structurele kenmerken. % per categorie (Aantal therapieën: Franst. Gem., N = 137 à 141; Ned.talige Gem., N = 425 à 432; Totaal, N = 562 à 572)
- Tabel 23. Doelstellingen en behandelingseffecten: % 'Ja' in Franstalige Gemeenschap (N = 119 à 136), Nederlandstalige Gemeenschap (N = 385 à 433) en Volledige steekproef (N = 504 à 569); mate van verandering
- Tabel 24. Pearson intercorrelaties tussen de twaalf interventieschalen in de volledige steekproef (N = 570 à 580)
- Tabel 25. Interventieschalen (en items): gemiddelde en gemiddeld % JA-antwoorden (= uitslag 4 of 5) in de Franstalige Gemeenschap (N = 135 à 142), Nederlandstalige Gemeenschap (N = 436 à 438) en in de Volledige steekproef (N = 571 à 580)
- Tabel 26. Werkstijl: Pearson intercorrelaties tussen schalen en items (Steekproef Ned. +

 VI.: N = 1750 à 1760); en % Ja-antwoorden (= uitslag 6 of 7) in de Franstalige Gemeenschap (N = 272 à 281), Nederlandstalige Gemeenschap (N = 638 à 642) en in de Volledige steekproef (N = 910 à 925)
- Tabel 27. Visie op psychotherapie en op zichzelf. Gemiddelde en % Ja-antwoorden (= uitslag 6 of 7) per aspect in de Franstalige Gemeenschap (N = 270 à 290), Nederlandstalige Gemeenschap (N = 636 à 648) en in de Volledige steekproef (N = 910 à 938)

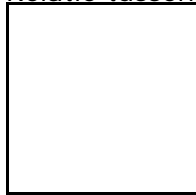
Tabel 28. Aantal zittingen en doelstellingen: % JA-antwoorden in de vier hoofdoriëntaties (Volledige steekproef: AN, N=155; Cg/E, N=122; GT/COG, N=119; SYS, N=130)

Tabel 29. Relatie tussen Hoofdoriëntatie en Interventiecategorieën (Steekproef A):



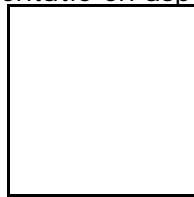
en % JA-antwoorden (= uitslag 4 of 5); univariate variantieanalyses

Tabel 30. Relatie tussen Hoofdoriëntatie en Werkstijl (Volledige steekproef):



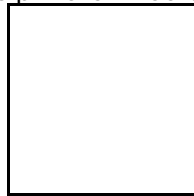
en % JA-antwoorden (uitslag = 6 of 7); univariate variantieanalyses

Tabel 31. Relatie tussen Hoofdoriëntatie en aspecten van Visie op therapie en op zichzelf



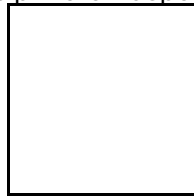
(Volledige steekproef): en % JA-antwoorden (= uitslag 6 of 7); univariate variantieanalyses

Tabel 32. Relatie tussen Basisdiscipline en Leefijd enerzijds en Werkstijl anderzijds



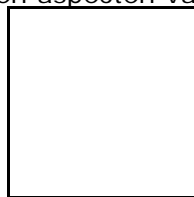
(Volledige steekproef): bij significante verschillen; univariate variantieanalyses

Tabel 33. Relatie tussen Basisdiscipline en aspecten van Visie op therapie en op zichzelf



(Volledige steekproef): bij (rand)significante verschillen; univariate variantieanalyses

Tabel 34. Relatie tussen Leefijd en aspecten van Visie op therapie en op zichzelf



(Volledige steekproef): bij (rand)significante verschillen; univariate variantieanalyses

Tabel 35. Belang DSM classificatie voor psychotherapeutische praktijk: % per categorie voor de variabelen Taalgemeenschap, Basisdiscipline, Hoofdoriëntatie en Leeftijd. Verantwoordelijkheid voor diagnostiek: % JA

Table 36. Psychotherapy in Europe