

DE ONTWIKKELING VAN DE PSYCHOTHERAPIE IN DE INSTITUTEN VOOR PSYCHOTHERAPIE

door Dr. A. A. FISCHER, te Utrecht

Er zijn geen getallen, maar wel betrouwbare indrukken die weergeven, dat de *behoefte* aan psychotherapeutische voorzieningen snel is gegroeid en nog steeds snel groeit.

Psychotherapeuten zijn doorgaans overbelast, zij hebben lange wachtlijsten. Van alle zijden worden patiënten verwezen: door psychiaters, psychologen, huisartsen, pastores, instellingen voor maatschappelijk werk en geestelijke volksgezondheid, justitie. Patiënten 'zwerven' van instantie naar instantie, omdat psychotherapeutische hulp die geïndiceerd was, niet mogelijk bleek door gebrek aan therapeutenuren.

Of er wordt gepoogd een oplossing te vinden met medicamenten waar deze eigenlijk niet op hun plaats zijn, óf de patiënt 'wordt buiten de deur gehouden' en belandt vroeger of later door middel van alarmgedrag (suicide, delinquentie) in een situatie waarvan lang niet altijd zeker is, dat die therapeutisch effectief is.

Met de toename van de behoefte worden allerlei *vragen* steeds stringenter. Op het gebied van de organisatie:

- 1 hoe zijn de nodige *voorzieningen* het beste op te bouwen? (Waarbij wij in de eerste plaats aan voorzieningen ten behoeve van de curatieve zorg denken);
 - 2 hoe zullen, in relatie tot deze behoeften in de curatieve zorg, in de toekomst het *onderwijs* en de *voorlichting* georganiseerd moeten zijn?
 - 3 hoe zal het *wetenschappelijk onderzoek* moeten worden opgebouwd?
- Dit zijn complexe vragen, die niet los van elkaar gezien kunnen worden. Het zal mijn taak zijn bij u in te leiden welke functie de instituten voor psychotherapie in deze ontwikkeling hebben gehad, op het ogenblik hebben, en in de toekomst zullen moeten hebben.

1 ONTSTAAN EN ONTWIKKELING TOT OP HEDEN

Nadat in 1940 het Instituut voor Medische Psychotherapie in Amsterdam als eerste werd opgericht, ontstonden achtereenvolgens in 1946 in Amsterdam het Psychoanalytisch Instituut, in 1953 het Instituut voor Medische Psychotherapie in Utrecht, in 1963 het Instituut voor Medische Psychotherapie in Leeuwarden, in 1966 het Instituut in Groningen en in 1967 het Instituut in Den Haag.

Voor alle instituten geldt gelijkelijk, dat zij zijn opgezet met de bedoeling te *voorzien* in de *behoeften* van mensen, die niet in staat zijn zelf de financiële kosten te dragen voor een psychotherapeutische behandeling. (Alleen voor het Psychoanalytisch Instituut in Amsterdam geldt misschien duidelijker dan voor de andere, dat van het begin af aan

de opleiding een tweede doelstelling is geweest).

Er is intensief gezocht naar *financiële* middelen om dit werk mogelijk te maken. Meestal waren het gemeente en provincie die een bescheiden subsidie van enkele duizenden guldens gaven. Zo is het tenminste in Utrecht gegaan.

Ook therapeuten zelf gaven bijdragen door psychotherapieën te doen tegen een lage honorering, soms ook gratis.

Inmiddels groeide het aantal patiënten dat zich meldde voortdurend. In 1957 meldden zich op het I. M. P. in Utrecht 66 mensen aan. in 1967: 234. In 1957 werden 3509 behandelingen gegeven; in 1967: 10.341 in het Instituut in Utrecht. Er zijn meerdere factoren dan behoefte alleen, die deze cijfers bepalen. Maar andere instituten blijken een soortgelijke grote groei te hebben doorgemaakt.

Met de toename van de aantallen patiënten, en dus met de toename van het aantal beslissingen over wat nodig en wat mogelijk was voor elke patiënt opnieuw, groeide het probleem van de *indicatiestelling*. Dit was niet alleen een praktisch probleem maar ook in toenemende mate een wetenschappelijk probleem.

Met het toenemen van het aantal patiënten deed ook het gebrek aan therapeuten zich steeds klemmender voelen en daarmee werd het probleem van de *opleiding* van psychotherapeuten steeds groter. Lange tijd is deze opleiding geen centraal didactisch probleem geweest.

Naar gelang zijn persoonlijke instelling volgde een toekomstig therapeut een psychoanalytische opleiding of hij leerde, vaak voor het grootste deel zelfstandig, analytische begrippen op therapeutische wijze in zijn gesprekken hanteren. Het opkomen van de psychotherapeutische methode van Rogers deed voor het eerst een duidelijke discussie ontstaan rondom de opleiding.

Direct gekoppeld aan het probleem van de mogelijkheden en noodzakelijkheden in het gebied van de psychotherapie, ontstond het probleem van de *voorlichting*. Het werd noodzakelijk medici, pastores en instanties op het gebied van de geestelijke volksgezondheidszorg duidelijker te informeren over de mogelijkheden en de onmogelijkheden van de psychotherapie en daarnaast over de mogelijkheden en onmogelijkheden van de instituten. Dit zijn twee verschillende problemen, die vaak voor hetzelfde zijn aangezien door werkers binnen deze instituten zowel als daarbuiten.

Geleidelijk aan gingen zich in de werkzaamheden van de instituten verschillende functies aftekenen, die consequenties waren van het oorspronkelijke uitgangspunt (namelijk het voorzien in curatieve behoeften). In toenemende mate zijn indicatiestelling, voorlichting, opleiding en wetenschappelijk onderzoek taken geworden, die zich aan de instituten opdringen als consequentie van de curatieve taak. Het is duidelijk dat de instituten 'onderweg' zijn. Ze zijn niet alleen in quantitative zin gegroeid maar ook in de differentiatie in functies die zij vervullen.

Natuurlijk is de ontwikkeling voor elk van deze instituten niet precies gelijk geweest. Deze ontwikkelingen zijn, behalve door de tijd waarin ze zijn ontstaan en door de conjunctuur in de verschillende perioden daarna, ook sterk bepaald geweest door de locale omstandigheden. Het zal ook duidelijk zijn, dat de ontwikkeling in de jongere instituten over het algemeen sneller zal zijn.

II DE I.M.P.'s NU

Laten we nu stilstaan bij de vraag hoe de instituten op het ogenblik functioneren. Welke activiteiten gebeuren er allemaal binnen deze instituten?

Ik zou u dit in het kort willen beschrijven aan de hand van de indeling in functies, die ik u al aangaf bij de bespreking van de ontwikkeling, en bij deze verschillende taken een aantal kanttekeningen maken. Laten we beginnen bij de therapeutische behandeling. Binnen de instituten vinden verschillende behandelingsvormen plaats. Het Instituut voor Medische Psychotherapie in Amsterdam noemt de volgende psychotherapievormen: analyse, analytisch geïoriënteerde therapieën, steunende begeleidende therapieën, ontspanningstherapie, gedragstherapie en groepstherapie.

Het Pschoanalytisch Instituut in Amsterdam noemt: psychoanalyse, psychotherapie, contacttherapie met geringe frequentie en groepstherapie.

Het I.M.P. in Utrecht kent: de psychoanalyse, de analytische vis à vis therapie met voornamelijk ontdekkende doelstellingen, de analytische vis à vis therapie met vooral structurerende doelstellingen, de toedekkende vormen, de non-directieve therapie, de gedragstherapie, autogene training, hypnose en de groepstherapie.

Wanneer u deze opsomming hoort zal het u opvallen, dat de verschillende toegepaste vormen elkaar niet veel ontlopen in de genoemde instituten. Het palet is overal ongeveer hetzelfde. Wat verder opvalt is, dat dit palet veel groter is dan ooit door één psychotherapeut alleen gedaan zou kunnen worden. Onderzoek heeft uitgewezen, dat het aantal verschillende vormen van psychotherapie dat één therapeut beheerst zeer beperkt is, meestal één soms twee.

Er is tevens onderzoek dat suggereert, dat het effect van psychotherapie in het geheel niet afhankelijk is van de techniek die de psychotherapeut hanteert, maar van aspecten als ervaring en betrokkenheid.

Wat u wellicht ook zal opvallen is, dat in deze opsomming lang niet altijd dezelfde benamingen zijn gebruikt. Dit is zeker niet alleen een vrijheid van naamgeving, het is vaak niet expliciet wat de essentie van bepaalde therapievormen is en evenmin waarin zij zich van andere vormen onderscheiden.

De indicatiestelling-procedure

In grote trekken is deze in alle instituten dezelfde. Laten we de procedure langs gaan, te beginnen bij de verwijzing. Als voorbeeld neem ik de situatie in Utrecht in het jaar 1967. In dat jaar meldden zich 234 nieuwe patiënten aan. De verwijzing van de patiënten lag in de volgende verhoudingen: zenuwarts 66; P.N.K. 19; Rümke Kliniek 2; Universitaire Gezondheidszorg 26; Psychologisch Adviesbureau voor studenten 12; longarts 1; dermatoloog 2; Medisch Opvoedkundig Bureau 4; N.V.S.H. 2; huisarts 24; psycholoog 16; dienst voor maatschappelijk werk 3; Reclasseringsvereniging en Bureau voor Huwelijks- en Gezinsmoeilijkheden 5; eigen initiatief 44.

Wat hierbij opvalt is de vrij grote verscheidenheid van verwijzende instanties en tevens dat de huisarts met 24 verwijzingen een zeer beperkte plaats inneemt, wanneer wij er tenminste vanuit gaan, dat de huisarts in de gezondheidszorg een centrale figuur is.

Het wordt van groot belang geacht, dat de patiënt zelf het initiatief neemt tot de aanmelding. Ook wanneer de verwijzende instantie de patiënt introduceert, wordt altijd gevraagd de patiënt zelf contact te laten opnemen voor een eerste afspraak. De meeste instituten hebben een zogenaamd 'intake-spreekuur', waarbij de patiënt kort, 10 minuten, een kwartier, wordt gezien om te beoordelen of hij werkelijk aan het goede adres is. Het gebeurt heel vaak dat patiënten worden aangemeld, of zichzelf aanmelden, die binnen het instituut niet geholpen kunnen worden. Ik denk hierbij aan ernstige psychiatrische beelden, soms een duidelijk somatisch lijden, weer vaker een ernstige sociale ontredderingstoestand waarvoor het instituut niet, of niet in eerste instantie, de mogelijkheden heeft om hulp te bieden. Het intake-spreekuur dient dus enerzijds om een zekere selectie te verkrijgen, anderzijds om patiënten die met problemen komen, die buiten de hulpverlening van het instituut vallen, zo snel mogelijk de weg te wijzen in het doolhof van voorzieningen in de geestelijke gezondheidszorg en de welzijnszorg. Zodra de patiënt het intake-spreekuur is gepasseerd, wordt aan de verwijzende instantie een bericht gezonden en de patiënt komt op een kortere of langere wachtlijst voor verder onderzoek. Het is een voortdurend zorgwekkend probleem voor alle instituten, dat door de grote druk van het hoge aantal aanmeldingen een onderzoek zelden direct kan worden begonnen en zelden vlot kan worden afgewerkt.

Het onderzoek zelf bestaat uit een aantal gesprekken, eventueel aangevuld met een psychologisch onderzoek en een somatisch onderzoek. De onderzoeker moet zich een duidelijk beeld kunnen vormen, maar we hechten er ook groot belang aan dat de onderzoekprocedure niet te lang duurt omdat een te sterke binding aan de onderzoeker het overgaan naar de psychotherapeut grote moeite kan kosten. We vinden het ook van groot belang dat de onderzoekprocedure niet te lang duurt, omdat hierdoor vele patiënten ontmoedigd worden en afvallen, die zeer wel te

helpen zouden zijn geweest.

Na de onderzoekprocedure wordt tenslotte een stafvergadering gehouden waarin de verschillende onderzoekers tegenwoordig zijn met, wanneer dit maar enigszins mogelijk is, de huisarts, vooral als deze al langere tijd bemoeienis met de patiënt heeft gehad. Het blijkt ook erg belangrijk te zijn wanneer bij dergelijke vergaderingen ook andere psychotherapeuten aanwezig zijn, omdat zij als toehoorders, die de patiënt niet kennen, vaak gemakkelijker vragen kunnen stellen over lacunes in het onderzoek of over aspecten waarin de onderzoekers niet duidelijk zijn. Na deze vergadering houdt de onderzoeker nog een adviesgesprek met de patiënt. Ook aan dit gesprek hechten wij zeer grote waarde. De ervaring leert, dat de wijze waarop dit gesprek gevoerd wordt, in hoge mate bepalend is voor het feit of de patiënt het advies op zal volgen of niet en of hij in de psychotherapie een 'stayer' of 'non-stayer' is. De onderzoeker kan niet volstaan met een korte mededeling van de eindconclusie maar zal deze met de patiënt emotioneel moeten bewerken, eventueel nog in een volgend gesprek. Dit geldt in niet mindere mate voor adviezen die niet een psychotherapie betreffen maar een verwijzing naar een andere instantie.

Om u een indruk te geven van de activiteiten in het gebied van het onderzoek: de instituten gezamenlijk besteedden 6084 uren aan onderzoek in het jaar 1967.

Over de verschillende behandelingsvormen die hierop kunnen volgen sprak ik al in het kort. Het is misschien nuttig om nog te vermelden dat de instituten gezamenlijk 54.343 uren aan behandeling besteedden in het jaar 1967. Wanneer wij onderzoek- en behandelingsuren bij elkaar optellen komen we tot een aantal van 60.427 uren.

De voorlichting

Ik vermeldde dat de voorlichting in de loop van de jaren een belangrijke taak van de instituten is geworden, hoewel deze taak minder tijd-rovend is tot nu toe dan de voorgaande. De instituten besteedden gezamenlijk aan voorlichting 609 uren (ook weer in 1967). Deze voorlichtingstaak is tweeledig. Aan de ene kant is het doel hiervan bekendheid te geven aan de werkwijze van de instituten. Maar dit is zeker niet het enige. Anderzijds hebben de instituten zich tot taak gesteld voorlichting te geven over de mogelijkheden en onmogelijkheden van de psychotherapie in het algemeen. Niet toevallig denken we daarbij in de eerste plaats aan de huisartsen, die wij als verwijzers een centrale plaats toekennen. Vanuit de instituten wordt cursorisch voorlichting gegeven aan huisartsen in de vorm van Balint-groepen, gespreksanalyse en gesprekstrainingsgroepen. Mij nentwege kunt u dit ook nascholing noemen. Maar op soortgelijke wijze richten we ons met cursorische voorlichting op de pastores en de maatschappelijk werkers. Individuele voorlichting vindt vooral plaats aan maatschappelijk werkers en huis-

artsen. Naar mijn mening is een belangrijke vorm van voorlichting het betrekken van de verwijzende instanties bij de indicatiestelling. Lang niet altijd lukt het om de mensen daarvoor persoonlijk in de vergadering te krijgen. Naar mijn mening is een telefonisch overleg in die gevallen ook bijzonder belangrijk als voorlichting. Op soortgelijke wijze proberen wij ook andere instanties die werken in het kader van de geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg, te bereiken. Last but not least zou ik de voorlichting willen noemen die de instituten proberen te geven aan overheidsinstanties over de betekenis van de psychotherapie. Waar de mogelijkheid zich maar enigszins voordoet, besteden wij grote aandacht en veel tijd aan overleg met gemeentelijke, provinciale en rijksinstanties.

Opleiding

Op dezelfde wijze besteden wij grote aandacht aan de opleiding van toekomstige psychotherapeuten. Dit is een functie die niet voor alle instituten gelijkelijk geldt. Het zijn vooral de instituten die in een universiteitsstad gevestigd zijn, die in samenwerking met deze universiteiten een belangrijke taak hierin hebben. Het zal u duidelijk zijn dat een instituut dat zich geheel op de psychotherapie richt, gunstige mogelijkheden van opleiding geeft, mits dit instituut niet geïsoleerd werkt. Assistenten krijgen hun psychotherapeutische opleiding voor een groot deel binnen deze instituten. Sommige instituten hebben een duidelijk onderwijsprogramma waarin cursorisch en praktisch onderwijs zijn opgenomen. Verder verrichten de instituten een belangrijke functie in de opleiding van verschillende psychotherapeutische verenigingen, met name de twee psychoanalytische verenigingen.

Een derde belangrijke taak in de scholing verrichten de instituten in de zogenaamde nascholing. Het blijkt dat de instituten in steeds meerdere mate centra zijn geworden waarin de ervaren therapeuten elkaar vinden voor gevalbesprekingen en de bestudering van bepaalde onderwerpen.

Het wetenschappelijk werk

Het is voor de hand liggend dat de instituten een belangrijke functie kunnen hebben in de wetenschappelijke ontwikkeling van de psychotherapie. De verschillende instituten voelen dit als een grote verantwoordelijkheid en het is een voortdurende zorg dat aan deze werkzaamheden onvoldoende aandacht kan worden besteed. De motieven hiervoor zijn drieledig. In de eerste plaats vraagt wetenschappelijk onderzoek geld en dit hebben de instituten niet. Straks zal ik nog nader ingaan op de financiële problemen.

In de tweede plaats kost wetenschappelijk werk veel tijd. De druk die uitgaat van het grote aanbod van patiënten, die om hulp komen en de opleiding en het onderwijs vragen daarnaast zoveel tijd, dat er

moelijk manuren te vinden zijn voor het wetenschappelijk werk. In de derde plaats is het wetenschappelijk onderzoek in dit gebied buitengewoon complex. Het is zeer moeilijk in dit veld goede onderzoeken te ontwerpen en het stelt zeer hoge eisen aan de kennis van wetenschappelijke onderzoeksmethoden. Dit maakt dat het wetenschappelijk onderzoek dat er plaats vindt voor ons om verschillende redenen onbevredigend is. Niettemin zijn er enkele projecten op het ogenblik gaande.

Een aantal opmerkingen over het aspect *samenwerking*, nl.

- 1 de samenwerking tussen psychiater-psycholoog binnen het instituut.
- 2 de samenwerking van de instituten onderling.
- 3 de samenwerking van de instituten met andere instanties in het kader van de geestelijke gezondheidszorg en welzijnszorg.

Zoals u weet vindt een intensieve samenwerking plaats tussen psychiater en psycholoog binnen het instituut. Niet alleen de toekomstige psychiater ontvangt een opleiding in het instituut, maar ook de klinische psycholoog, die zich toelegt op de psychotherapie. Als senior medewerker aan het instituut worden aangenomen klinische psychologen of psychiaters met een goede opleiding in de psychotherapie. Wanneer zij, wat dit laatste betreft, aan de gestelde eisen voldoen, wordt geen onderscheid gemaakt of de medewerker een psychiater of psycholoog is. De honorering is eveneens gelijk. Wij achten het van essentieel belang dat de psycholoog-psychotherapeut in nauwe relatie met de psychiater werkt, maar laat ik daar direct aan toevoegen, dat wij het ook van essentieel belang vinden dat de psychiater-psychotherapeut in nauwe relatie met de psycholoog werkt. Of anders gezegd: beide disciplines hebben duidelijk verschillende opleidingsachtergronden en het is van grote waarde, dat in het gebied van de psychotherapie deze disciplines elkaar wederzijds bevruchten. Ik meen dan ook, dat een opleiding van toekomstige psychotherapeuten, psychiaters en psychologen gezamenlijk moet gebeuren zodat al tijdens deze opleidingsperiode psychiater en psycholoog het gesprek met elkaar leren voeren en een duidelijk besef krijgen van wat zij elkaar kunnen vragen. Ook een onderzoekprocedure waarin psychiater en psycholoog samenwerken, zal zinvoller kunnen verlopen wanneer de psychiater minder vragen zal stellen waar de psycholoog onmogelijk iets mee kan doen en de psychiater minder antwoorden zal krijgen die voor hem onbegrijpelijk zijn, en omgekeerd.

De samenwerking van de instituten onderling

Sinds 1966 bestaat een intensief overleg tussen de verschillende instituten voor psychotherapie in Nederland. Tweemaandelijks of maandelijks, komen de directeuren van de instituten bijeen voor overleg over verschillende problemen. De instituten zijn aangesloten bij het Algemeen Centraal Bureau voor de Geestelijke Volksgezondheid en de directeur van dit bureau Mr. Block v. d. Velde treedt op als secretaris van dit overlegorgaan. We maken intensief gebruik van zijn kennis

en ook voor een groot deel van zijn tijd voor het overleg van verschillende overheids- en rijksinstanties, vooral voor het overleg over financiën. Verder worden in het directeurencontact de activiteiten van de verschillende instituten zoveel mogelijk gecoördineerd wat betreft de verschillende functies die ik u reeds heb genoemd. Het is verheugend dat wetenschappelijke problemen in dit overleg geleidelijk aan een steeds grotere plaats kunnen krijgen. Ik meen dat het om vele redenen belangrijk is dat dit overlegorgaan directeurencontact op gezamenlijke wijze zo effectief kan werken: voor de psychotherapie in Nederland in het algemeen, voor de curatieve zorg, voor de voorlichting, voor het onderwijs en last but not least voor het wetenschappelijk werk in dit gebied.

De samenwerking met andere instanties in het kader van de geestelijke volksgezondheid en de welzijnszorg

Ik zou hierbij een onderscheid willen maken tussen de samenwerking bij verwijzing en de samenwerking tijdens een behandeling. Onze ervaring is, dat het voor een goed verloop van de verwijzing essentieel is, dat de verschillende instituten en instanties van elkaars bestaan en functie weten, maar ook dat de verschillende daarin werkende personen elkaar kennen en met een zekere regelmaat spreken. Gebeurt dit niet dan treden er vele misverstanden op, die het werk binnen de instituten belemmeren en het onderzoek van de patiënt schaden.

Waarschijnlijk nog sterker geldt dit voor de *behandeling* van patiënten. Het komt meer en meer voor, dat in het instituut de psychotherapie van de patiënt wordt verzorgd, terwijl in een andere instelling aandacht wordt besteed aan de sociale omstandigheden, de medicatie of de behandeling van het milieu. Wanneer bij dit soort gezamenlijke behandelingen geen goed overleg wordt gevoerd, mislukt de behandeling heel gemakkelijk. De patiënt kan komen tot ageren buiten de therapie en kan verschillende therapeuten in een emotioneel conflict met elkaar brengen. Willen deze gezamenlijke behandelingen tot een goed einde worden gebracht, dan is hiervoor meestal vrij veel extra aandacht noodzakelijk.

Tot zover hebben we het gehad over wat we de 'output' van de instituten zouden kunnen noemen. Nu een enkel woord over de 'input', de financiële middelen die al deze activiteiten mogelijk moeten maken. Het lijkt inderdaad wel belangrijk om hier even bij stil te staan omdat aan deze financiële middelen enkele hoogst merkwaardige problemen kleven. Mogelijk verwacht u dat de behandelingen, door de instituten verricht, voor een groot deel of geheel door de ziekenfondsen worden betaald binnen de daarvoor bestaande regeling. Niets is echter minder waar. In het ziekenfondsbesluit staat, dat een verbintenis tussen ziekenfonds en behandelende instantie alleen de individuele specialist mag betreffen en nooit een instituut. Deze specialist verbindt

zich dan alle bij zijn specialisme behorende verrichtingen ook te doen. Hij verplicht zich tot het houden van een algemeen psychiatrisch spreekuur. Naar ons van de zijde van de ziekenfondsraad werd medegedeeld, is het speciaal de landelijke specialistenvereniging die weigert voor instituten zoals de onze een uitzondering te maken op deze regel. De landelijke specialistenvereniging zou weigeren om instituten voor alcoholbestrijding, M.O.B.'s en instituten voor medische psychotherapie als behandelende instanties te erkennen. Hun wordt slechts een adviserende taak toegedacht, waarmee ze buiten het ziekenfondsbesluit vallen als niet curatief. Wanneer dit waar is, is hierdoor een hoogst merkwaardige situatie ontstaan. De individuele specialist is blij complexe behandelingsvormen af te kunnen schuiven naar instituten, maar als groep weigeren zij een erkenning op grond waarvan honorering van dit werk, wat zij in feite graag delegeren, kan gebeuren. De instituten voor medische psychotherapie zijn dus afhankelijk van andere instanties voor het verlenen van hun curatieve zorg.

Ik zal u de verschillende instanties noemen, die ons het werk mogelijk maken. In de eerste plaats is dit de Algemene Bijstandswet, waarvan artikel 1 luidt: 'Aan iedere Nederlander die hier te lande in zodanige omstandigheden verkeert of dreigt te geraken, dat hij niet over de middelen beschikt om in de noodzakelijke kosten van het bestaan te voorzien, wordt bijstand verleend door burgemeester en wethouders'. In een memorie van toelichting wordt hierbij vermeld, dat 'in het algemeen kan worden gesteld dat de kosten van medische voorzieningen, voor zover beschikbaar en noodzakelijk, onder de noodzakelijke bestaanskosten gerekend behoren te worden'. De meeste patiënten, die zich bij de instituten voor medische psychotherapie voegen, moeten van deze regeling gebruik maken. Afhankelijk van de plaats van verblijf (een term die zeer interessante vraagstukjes oplevert: iemand woont in A, werkt in B, vraag: waar verblijft hij?) kunnen de instituten de aanvragen voor deze betaling geheel of ten dele voor de patiënt regelen of de patiënt adviseren hoe te handelen.

Inmiddels is er sinds 1968 nog een andere mogelijkheid ontstaan voor een aantal patiënten, namelijk voor die patiënten, die vallen onder de wet arbeidsongeschiktheid en die via de G.M.D.'s een beroep kunnen doen op bijstand voor hun behandeling. Over deze vorm wil ik niet uitweiden omdat ik hoop dat collega Weyel ons straks hierover uitvoerig zal inlichten.

Een derde mogelijkheid bestaat er voor ambtenaren in overheidsdienst. Ingevolge de zogenaamde 5 procent ziektekostenregeling voor het rijkspersoneel, komt de ambtenaar die in een aaneengesloten tijdvak van 12 maanden voor zichzelf en zijn gezin meer dan 5 procent van zijn salaris heeft uitgegeven aan, naar het oordeel van het bevoegd gezag, noodzakelijk gemaakte kosten van opneming in een ziekenhuis of verpleeginrichting, dan wel van andere geneeskundige behandelingen (daar-

onder begrepen de kosten van verzekering tegen deze risico's na af-trek van de interimtegemootkoming), in aanmerking voor een tegemoetkoming in deze kosten ten bedrage van dat meerdere, mits hij over bedoeld tijdvak in voldoende mate tegen deze risico's verzekerd is geweest.

Deze regelingen geven ons aanmerkelijk grotere mogelijkheden. Mensen, voor wie vroeger op geen enkele wijze een financiële regeling te vinden was, krijgen daarvoor nu wel de nodige middelen. Een ander voordeel is, dat de patiënt zich niet financieel afhankelijk hoeft te voelen van de behandelende instantie. Dit probleem dat vroeger nogal eens een rol in de psychotherapie kon spelen is nu nagenoeg verdwenen. Ook een voordeel is, dat studenten, mits zij meerderjarig zijn, binnen de mogelijkheden van de Algemene Bijstandswet vallen en daardoor niet financieel afhankelijk hoeven te zijn van het ouderlijk huis voor een psychotherapie. Een groep die in dit opzicht nog wel problemen geeft zijn de minderjarigen, die niet in loondienst zijn, dus in de regel de minderjarige studenten, die door de Algemene Bijstandswet wel afhankelijk van hun ouders worden geacht. Deze groep is tot nog toe zeer klein, maar het is de vraag of dit zo blijft (adolescenten-probleem).

Een nadeel van heel andere orde bij al deze kwesties is, dat het administratief apparaat, dat in het instituut ingeschakeld moet worden om al deze financiële regelingen goed te laten verlopen, steeds complexer en arbeidsintensiever wordt. Ook van de beleidvoerende staf wordt steeds meer geëist omdat steeds vaker door controlerende artsen van zeer verschillende instanties om inlichtingen wordt gevraagd.

Dit nadeel weegt echter niet op tegen de voordelen van deze nieuwe bestaande regelingen, als men bedenkt dat het vroegere directorium moest proberen rond te komen van een beperkte, gesloten subsidiepost waarmee dan zoveel mogelijk patiënten moesten worden geholpen. U begrijpt dat de instituten met deze honorering van onderzoeks- en behandelingsuren alleen niet rond kunnen komen. De instituten kennen de volgende soorten uren: intake- en onderzoekuren, behandelingsuren, opleidingsuren, voorlichtingsuren, uren voor de documentatie, wetenschappelijk onderzoek- en stafuren.

Het directeurencontact spant zich jaarlijks in om van het Ministerie van Sociale Zaken subsidies te verkrijgen voor de betaling van deze andere uren en de 'overhead' kosten. Jaarlijks is dit voor de gezamenlijke directeuren weer een zorgelijke onderneming omdat nooit zeker is hoeveel het Ministerie van Sociale Zaken zal gaan bijdragen en omdat de gelden pas ter beschikking worden gesteld nadat het jaarverslag uit is gekomen. Dat wil bijvoorbeeld zeggen, dat wij de kosten die wij gemaakt hebben in het jaar 1969 op zijn vroegst medio 1970 kunnen ontvangen. Daarnaast heeft het directeurencontact zich de afgelopen jaren ingespannen om een subsidie te krijgen van het preventiefonds

om de gelegenheid te krijgen tot opbouw van faciliteiten voor voorlichting, evaluatie en documentatie. Het lijkt nu vrij zeker, dat voor de eerstkomende drie jaren hiervoor een subsidie verkregen zal worden. Maar ook hier geldt weer: hoe het daarna moet gaan is geheel onzeker. U moet niet onderschatten hoeveel energie en tijd, overleg en gezamenlijke inspanning nodig zijn om de instituten in financieel opzicht te laten draaien. Het is eigenlijk hoogst merkwaardig, dat de voorzieningen ten behoeve van de psychotherapie, waarvan de betekenis op het ogenblik door niemand meer wordt betwijfeld, op een dergelijke moeizame manier tot stand moeten komen, eigenlijk buiten de bestaande kanalen die bestemd zijn voor de medische zorg.

Laten we nu proberen vanuit dit beeld van het heden, een zicht op de toekomst te krijgen.

III DE TOEKOMSTIGE ONTWIKKELING VAN DE PSYCHOTHERAPIE IN DE INSTITUTEN VOOR MEDISCHE PSYCHOTHERAPIE

Dijkhuis bespreekt in zijn voordracht in 1964 over de verdere ontwikkeling van de psychotherapie 5 punten, namelijk:

- 1 psychotherapie is een vak met theoretische vooronderstellingen en procedures, een vak met technieken die moeizaam bestudeerd en geleerd moeten worden;
- 2 men hoort spreken over betere vormen van opleiding, ook aan de universiteiten;
- 3 in Nederland zijn psychotherapeutische instituten ontstaan waar therapeuten van verschillende richtingen en medewerkers van verschillende universitaire disciplines in teamverband samen werken;
- 4 de voorlichting over de psychotherapie wordt op steeds groter schaal ter hand genomen;
- 5 er is een toenemend streven om de psychotherapie voor een veel groter deel van de bevolking toegankelijk te maken.

De in deze punten genoemde aspecten, die hij verder uitwerkt, gelden op dit moment nog net zo en zij zullen ook voor de toekomst voorlopig wel blijven gelden.

Ik zou voor dit perspectief willen uitgaan van twee aspecten die mijns inziens bepalend zijn voor de toekomstige ontwikkeling in de instituten:

- 1 de verschuiving van de beelden die we te zien krijgen;
- 2 het wetenschappelijk onderzoek.

Voor het eerste knoop ik aan bij een artikel van de directeurs van het Instituut voor Medische Psychotherapie in Amsterdam getiteld: 'Enige opmerkingen over de plaats en de betekenis van de psychotherapie'. Zij vragen daarin de aandacht voor een verschuiving van de symptoom-neurose naar karakterneurose.

Inderdaad is een van de opmerkelijkste verschijnselen op het ogenblik in het gebied waar de psychotherapie zich mee bezighoudt, dat

er een verschuiving is in het beeld waaronder de neurosen zich presenteren. Vroeger bezochten lijdens aan neurosen hun arts met duidelijk omschreven klachten: lichamelijke verschijnselen zonder organische basis, die men dan conversiehysterie noemde, verschijnselen van onredelijke angst, angsthysterie, door de patiënt zelf als absurd onderkende dwangmatig opkomende gedachten, dwangneurosen, etc., etc. Nu ziet men in veel groter aantallen patiënten, die zonder scherp omschreven symptomen te vertonen, lijden onder habituele gedragswijzen en belevingsmodi waardoor zij onnodig aan levensvreugde inboeten, hun capaciteiten niet ten volle benutten en slechts tot onbevredigende en mislukkende contacten met andere mensen komen. Naar ik meen is deze verschuiving, die de directeurs van het Instituut voor Medische Psychotherapie te Amsterdam signaleren en die ook vele anderen uit de praktijk kennen, een van de belangrijkste factoren die de toekomst van de psychotherapie in de instituten maar ook daarbuiten zal gaan bepalen.

Mijns inziens kan men deze opvallende verschuiving niet zonder meer toeschrijven aan 'uitsterven' van bepaalde ziekten of eenvoudigweg een verandering in de attitude van de psychotherapeuten.

Naar ik meen zullen wij ons als psychotherapeuten voortdurend moeten blijven realiseren, dat wij werken in tussenmenselijke relaties met behulp van tussenmenselijke relaties. Het is bijna het intrappen van een open deur om in deze tijd te stellen dat tussenmenselijke relaties snel veranderen en waarschijnlijk in de toekomst snel zullen blijven veranderen. Wanneer we aannemen dat hetgeen wij als neurose zien, de exponenten zijn van deze tussenmenselijke relaties, maar dan vooral de stoornissen daarin, is aannemelijk dat deze stoornissen in hun verschijningsvormen en belevingsvormen mee zullen veranderen met het veranderen van de tussenmenselijke relaties. Wij zullen ons in de psychotherapie moeten realiseren (waarmee wij het gebeuren proberen te begrijpen), dat het zeer wel mogelijk is dat de methoden volgens welke we patiënten behandelen daarmee ook veranderingen zullen ondergaan. Deze beweeglijkheid zal de psychotherapie en de psychotherapeut moeten zien te behouden en het lijkt mij bij uitstek de taak van de instituten om zich voortdurend te bezinnen op deze voortgaande beweging.

Nu wat betreft het wetenschappelijk onderzoek.

De psychotherapie kent eigenlijk nog geen parameters waaraan gebeuren en resultaat zijn te evalueren.

Wat zijn de belangrijkste factoren die de gedragsverandering in de patiënt teweegbrengen? Hoe werken deze factoren in de therapeutische situatie? Wat zijn de resultaten?

We hebben allemaal zo onze ideeën over de criteria die belangrijk zijn bij de indicatiestelling. Maar zijn deze ideeën en deze criteria werkelijk relevant?

We zullen bereid moeten zijn om deze en vele andere vragen aan onszelf te stellen. We zullen ook bereid moeten zijn achter al onze onzekerheden, die we in de ervaring hebben opgebouwd, vraagtekens te zetten. Natuurlijk kan men niet van elke psychotherapeut verwachten dat hij zich intensief met wetenschappelijke onderzoeken gaat bezighouden. In de eerste plaats ligt het doen van wetenschappelijk onderzoek lang niet iedereen en in de tweede plaats zijn de methoden, die in dit veld gebruikt moeten worden zo complex, dat lang niet iedereen in staat zal zijn actief onderzoek te verrichten. Ik hoop echter wel dat we actief mee zullen denken en helpen. En dan echt niet alleen terwille van de wetenschap omdat dit zo'n heilig goed is, maar juist ook omdat onze dagelijkse werkzaamheden als praktisch psychotherapeut pas dan op de beste wijze verantwoord zullen zijn.

Ik kan niet nalaten u hier een paar punten te noemen, die naar mijn gevoel kernvragen zijn voor de psychotherapeut en die zijn dagelijkse werkzaamheden direct raken.

Als eerste zou ik willen noemen het probleem van de *motivatie*. Motivatie wordt in de regel opgevat als iets wat de patiënt in de therapie brengt en niet als iets dat als een van de resultaten van de therapie ontstaat. Gewoonlijk wordt een motivatie beschouwd als een nogal constante onafhankelijke kwaliteit van de patiënt. Daarbij wordt deze door psychotherapeuten gewoonlijk als een cruciale factor gezien, die het blijven volhouden van de therapie en het succes ervan bepaalt. Verder wordt het meestal beschouwd als een variabele waarover de therapeut weinig controle heeft, en er wordt gewoonlijk weinig aandacht besteed aan het ontwikkelen van deze motivatie of een doelgericht gebruik ervan in de therapie. Het effect van het op deze wijze bezien van motivatie is, dat juist die personen die de grootste problemen hebben of veroorzaken in de gemeenschap, met daarnaast dan nog een vrij grote categorie van minder zware stoornissen, veelal afgewezen worden voor psychotherapie omdat ze onvoldoende gemotiveerd zijn. Motivatie wordt dan gezien als het erkennen van problemen en de wens er iets aan te doen. Juist ernstig gestoorde mensen missen dit inzicht.

Het zou echter heel goed mogelijk zijn om als essentie van de psychotherapie te beschouwen de taak van het veranderen van motivatie ten opzichte van bepaalde doelstellingen. De vaardigheid van de therapeut wordt dan het vormen of veranderen van de motivatie.

Dan blijft nog het probleem van de strategieën, van hoe dit zal moeten gebeuren.

Het kan dus belangrijk zijn om onze beschouwingen over motivatie te herzien. Misschien is het het meest belangrijke probleem voor de psychotherapie.

Een tweede probleem dat zeer belangrijk is en met grote implicaties voor de toekomstige ontwikkeling is dat van het formuleren van *doel-*

stellingen voor de psychotherapie. Om te beginnen blijkt het lang niet altijd duidelijk te zijn dat therapeut en patiënt aan het begin, tijdens of aan het eind van de behandeling dezelfde doelstellingen voor ogen hebben. 'Fundamentele verandering van de persoonlijkheid' is een algemeen doel van de psychotherapie maar het is nooit duidelijk wanneer dit proces klaar is. Evenzo is het oplossen van de overdracht of het bewustmaken van onbewust materiaal een doelstelling waarbij het bijzonder moeilijk is om te beoordelen wanneer dit voltooid is. De 'personality growth' van de 'client centred counseling' is al een even vage doelstelling, die aanleiding kan geven tot veel onhelderheden en misverstanden.

Uiteraard is men steeds bijzonder voorzichtig geweest in het formuleren van specifieke doelstellingen, maar men kan zich afvragen wat de implicaties voor het gehele proces en de technieken zullen zijn wanneer de therapeuten dit wel gericht gaan doen. Dit wil natuurlijk niet zeggen dat, wanneer eenmaal aan het begin van de therapie bepaalde doelstellingen gesteld zijn, deze niet in onderling overleg veranderd zouden kunnen worden. Het wil ook niet zeggen dat één globale doelstelling gebruikt moet worden wanneer een serie van partiële doelstellingen bruikbaar is. Maar het zou kunnen zijn dat het stellen van specifieke doelen en het evalueren van de ontwikkeling aan de hand daarvan een essentiële therapeutische techniek zou kunnen zijn.

De schade van deze vaagheid in doelstellingen is vaak niet onaanzienlijk. Vooral in de supervisie kan men duidelijk zien hoe therapeut en patiënt lang, soms jarenlang, rond dwalen in een psychologische exploratie zonder ergens te komen. Mij dunkt dat de vraag of en in hoeverre dit wel kan, een uitdaging is voor de toekomst.

Een derde aspect dat ik alleen kort zou willen noemen, is de kernvraag in hoeverre in een psychotherapie de voorgaande levenservaringen van de patiënt geanalyseerd moeten zijn voordat van een persoonlijkheidsverandering of gedragsverandering sprake kan zijn.

Mowrer zegt in 1950 al dat het paradigma van de relatie tussen de voorgaande levenservaringen en de actuele symptomen nooit duidelijk empirisch aangetoond is en hij vraagt zich af in hoeverre dit model van symptoom in relatie tot onderliggende oorzaak geen onjuist model is dat uit geneeskundig denken komt.* Ook dit probleem lijkt mij nog steeds een uitdaging voor de psychotherapeut.

Ik heb u twee aspecten genoemd die naar mijn mening fundamenteel zijn voor de verdere ontwikkeling van de psychotherapie en de instituten: de snelle verandering in de tussenmenselijke relaties, en het

* Mowrer stelt het probleem hier niet geheel juist. Het gaat om een causaliteitsmodel dat door de geneeskunde veel gebruikt wordt, maar evenveel daarbuiten. Verder is dit zeker niet het enige causaliteitsmodel dat de geneeskunde gebruikt.

probleem van het wetenschappelijk onderzoek en de wetenschappelijke bezinning. De verdere punten die ik nu nog zal aanstippen zijn hiervan direct af te leiden.

De indicatiestelling

Het lijkt mij een taak voor de toekomst voor de instituten om verdere vorm te geven aan de indicatiestelling in teamverband. Het onderzoek door verschillende mensen van verschillende disciplines, psycholoog en psychiater, wellicht in de toekomst nog anderen, in verschillende beoordelingssituaties is vaak van groot belang. Het wil nogal eens gebeuren dat in de psychiatrische onderzoekssituatie informatie over de geschiktheid voor psychotherapie wordt verkregen die niet in de psychologische beoordelingssituatie naar voren komt en omgekeerd. Indicatiestelling in teamverband dwingt tot duidelijker formuleren. Dit maakt de kans op beter overwogen beslissingen groter. Mijn ervaring is, dat het onderzoek aan waarde wint wanneer psycholoog en psychiater hun onderzoek parallel verrichten in gezamenlijk overleg en niet dat de psycholoog een onderzoek doet naar aanleiding van vraagstellingen van de psychiater, die zijn onderzoek eerst heeft afgewerkt. Een verdere uitbouw van het indicatiestellingsonderzoek in teamverband zal ook betere mogelijkheden scheppen voor het onderzoek van de criteria voor indicatiestelling. In een dergelijke samenwerkingsstructuur kan men hopen op een betere bezinning op en onderzoek van gevestigde ideeën, zoals bijvoorbeeld het probleem van de motivatie.

Met het onderzoek in teamverband is de kans ook groter dat wij de mogelijkheden van verandering van geschiktheid met het veranderen van de interactieproblematiek gemakkelijker kunnen signaleren en opvangen. Als voorbeeld zou ik willen noemen het nu al bestaande probleem dat L.S.D. en Mariuhana vrij gemakkelijk binnen het bereik van de neurotische jongeren zijn gekomen, waardoor zij op een andere wijze met neurotische angst en spanning om kunnen gaan.

Ik meen ook dat in de toekomst aandacht moet worden besteed aan de verwarring tussen geschiktheid voor psychotherapie en de mogelijkheden van het instituut. Maar al te vaak wordt de patiënt niet geschikt voor psychotherapie geacht omdat het instituut geen mogelijkheden ziet. Dit geldt echter net zo, misschien nog wel in sterkere mate, voor de individuele praktijk, waarin sympathieën en antipathieën, tijdgebrek en geldgebrek niet zelden factoren zijn bij de bepaling of een therapeut een patiënt wel of niet geschikt vindt voor psychotherapie (in plaats van de vraag of hij de patiënt in behandeling neemt).

De behandelingsvormen

Een opgave voor de instituten in de toekomst zal zijn de opbouw van

een arsenaal van vormen van psychotherapie. Men zou ook kunnen zeggen: de opbouw van een kader van psychotherapeuten met verschillende vaardigheden.

Van groot belang lijkt mij dat op deze wijze een ruime keuzemogelijkheid wordt verkregen. Voorts lijkt mij een toekomstige taak voor de instituten het entameren van nieuwe therapievormen. Ik herinner u eraan dat tien jaar geleden de groepstherapie als vorm in Nederland nog vrijwel onmogelijk was, terwijl het nu een vertrouwde behandelingsvorm is. Inmiddels wordt met aandacht gewerkt aan de opbouw van de gedragstherapie. Ik voorzie dat in de nabije toekomst de betekenis van het milieu van een patiënt voor de psychotherapie aanmerkelijk zal toenemen. We zien dit al in de groeiende betekenis van de gezinstherapie. Maar we zien ook dat het milieu meer betrokken wordt bij de oude vormen van psychotherapie. Ik denk hier bijvoorbeeld aan de adolescent die in individuele therapie wordt genomen, terwijl anderen werkzaam zijn met het milieu waarin hij hoort. Steeds minder is de psychotherapie gericht op het geïsoleerde individu, en meer op het milieu waarin het individu als 'identified patient' hoort. Dit zal verregaande consequenties voor de behandelingsvormen met zich brengen.

De voorlichting

De instituten zullen een nog intensievere voorlichting moeten gaan geven over de mogelijkheden en onmogelijkheden van de psychotherapie. Daarbij zal ook veel aandacht moeten worden besteed aan het probleem van de meest optimale voorlichtingsmethoden. In de eerste plaats denk ik daarbij aan de huisartsen voor wie nu al gespreksanalyse- en Balint-groepen bestaan, maar voor wie het ook goed zal zijn als zij nauwer betrokken worden bij de gehele indicatiestelling. Maar ook voor andere instellingen op het gebied van de geestelijke volksgezondheid moet deze voorlichting worden geïntensiveerd.

De opleiding

De instituten zullen een steeds gewichtiger taak in de opleiding krijgen. Waarschijnlijk zal dit vooral gaan gelden voor de instituten die in relatie tot een van de universiteiten werkzaam zijn. Nu al wordt in verschillende instituten de basisopleiding gegeven. Daarnaast bestaat ook al de samenwerking met verschillende verenigingen voor de voortgezette opleiding.

Samenwerking

Er zal een steeds grotere samenwerking moeten komen met andere instellingen binnen en buiten het gebied van de geestelijke volksgezondheid. Dit zal des te dwingender worden naarmate het gehele milieu ook duidelijker in relatie tot de psychotherapie wordt gezien.

Reeds nu bestaat er een tendens om aan de instituten voor psychotherapie een eigen psychiatrisch sociaal werker te verbinden. Men kan dit toejuichen maar men kan het ook zien als een exponent van onvoldoende samenwerking met andere instellingen.

Een zeer belangrijke taak voor de bestaande instituten is en zal zijn in de toekomst het bevorderen van het ontstaan van nieuwe instituten. De bestaande instituten staan onder een steeds toenemende druk van aanvragen uit het gehele land. Het zal noodzakelijk zijn dat op gunstige plaatsen nieuwe instituten worden opgericht. Dit is een complex probleem, nog afgezien van het financiële aspect. Men moet hier namelijk rekening houden met factoren als de grootte van de bevolkingsgroep, bevolkingsdichtheid en therapeutdichtheid. Deze kwestie heeft de voortdurende aandacht van het directeurencontact. Direct samenhangend met deze problemen van samenwerking en het ontstaan van nieuwe instituten, staat dat van de inpassing van deze instituten in bestaande vormen van geestelijke gezondheidszorg of in nieuwe vormen. Het zal u na het voorgaande niet verbazen dat ik hier gaarne wil pleiten voor regionalisatie in de organisatie van de geestelijke gezondheidszorg waarbij de instituten een functionele plaats krijgen. Uiteraard maakt dit de onderlinge samenwerking tussen de instituten niet overbodig. Laatstgenoemd facet zal in de voordracht van Prof. Trimbos verder ter sprake komen.

SUMMARY

In this paper a short survey is given of the development of the Institutes for Psychotherapy in the Netherlands; the past development, the present and the future. Problems described are the increasing social need for psychotherapy and the corresponding growing need for more psychotherapists (in manpower and the diversity of skills), and the financial organisation (grants, the patients fee). These problems are illustrated by numbers.

Also described are aspects of training in a growing diversity of skills, present and future, problems in research, the need for better indications and information. It can be expected that the institutes for psychotherapy will play an increasing role in the network of mental health facilities because psychotherapeutic methods are more and more including techniques like group- and familytherapy, short term psychotherapy and crisis intervention. The psychotherapist is coming out of his consultingroom. The multidisciplinary structure of an institute proves to be an optimal condition for the development of new techniques in close relation to increasing and changing needs in the community.