

# Leertherapie: *practise what you preach*

In 2020 werd een commissie in het leven geroepen die zich boog over de vraag naar de plaats, functie en vorm van de leertherapie in de huidige opleidingen tot klinisch-psycholoog en psychotherapeut en in de toekomstige opleiding tot Klinisch Psycholoog-Psychotherapeut (KP-PT). Dat gebeurde op initiatief van de hoofdopleiders van deze opleidingen. Het doel was tot een liefst eensluidend en eenduidig advies te komen over leertherapie in de nieuwe opleiding. In de commissie ontstond een levendige discussie, maar tot een eensluidend advies kwam het niet. Naar aanleiding van deze discussie willen de auteurs hun visie uiteenzetten op nut en noodzaak van leertherapie in de opleiding tot KP-PT.

Door Janie van Dijk, Anna Bartak  
en Paul Wijts

Leertherapie is een persoonlijke psychotherapie van de opleiding gedurende de opleiding. In het Besluit opleidingseisen Psychotherapeut (FGZPt, 2019) wordt leertherapie omschreven als 'Het ondergaan van een psychotherapie in het kader van de opleiding, met als doel bij de opleiding de ontwikkeling en het inzicht in het eigen functioneren als psychotherapeut te bevorderen' (pg.3). Een verdere definitie of een omschrijving van doelen wordt niet gegeven. Aan het einde van dit artikel zullen we de definitie en doelen van leertherapie formuleren die logisch volgen uit ons betoog. Vastgelegd in het huidige Besluit Specialisme Klinische Psychologie (FGZPt, 2019) en in het Besluit Opleidingseisen Psychotherapeut (FGZPt, 2019) is de eis van vijftig sessies leertherapie van 45 minuten elk, verspreid over minimaal negen maanden. De keuze voor leertherapeut, referentiekader en setting (individueel of groep) is vrij. De leertherapeut moet als zodanig geregistreerd zijn bij een wetenschappelijke vereniging of bij de Nederlandse Vereniging voor Psychotherapie (NVP). In de praktijk is het toegestaan de leertherapie op te splitsen in twee keer 25 sessies bij twee verschillende therapeuten.

Wordt er een nieuw specialisme in het leven geroepen, de KP-PT, dan worden de opleidingseisen opnieuw geformuleerd.

De toekomstige KP-PT opleiding zal als doel hebben op te leiden tot bekwaame psychotherapeuten. Psychotherapie definiëren we, gebaseerd op verschillende bronnen (Opleidingsplan Psychotherapeut, 2018; Colijn e.a., 2009; Generieke Module Psychotherapie, 2018) als volgt: psychotherapie is het op deskundige wijze doelbewust toepassen van klinische methodes en attitudes voor diagnostiek, indicatiestelling en behandeling met als doel mensen bij te staan in het veranderen van hun gedrag, cognities, emoties en/of persoonskenmerken in de richting die door de betrokkenen wenselijk wordt geacht. De psychotherapeutische relatie kan enerzijds voorwaardenscheppend en ondersteunend en anderzijds methodisch instrument van behandeling zijn. De klinische methodes en attitudes zijn gebaseerd zijn op algemeen aanvaarde psychologische principes en zijn waar mogelijk empirisch ondersteund in wetenschappelijk onderzoek.'

Het opleidingsplan Psychotherapeut (2018) beschrijft psychotherapeuten als zij die zich richten 'op de curatieve behandeling van patiënten met complexe psychische problematiek, hetgeen meestal leidt tot langer durende behandeling waarin het benutten van de therapeutische relatie een centrale rol speelt. [...] Er worden bij psychotherapie hoge eisen gesteld aan het vaak langer durend en intensief interpersoonlijk contact. De therapeutische relatie, het therapeutisch proces en de therapeutische context komen dientengevolge meer op de voorgrond te staan dan in korter durende en meer klachtgerichte behandelingen.'

## De vraag naar evidentie

In de discussie over leertherapie wordt vooral de vraag gesteld wat de wetenschappelijke evidentie is voor leertherapie. Deze vraag willen wij hier graag proberen te beantwoorden, waarbij duidelijk zal worden dat we het begrip 'wetenschappelijke evidentie' opvatten zoals het oorspronkelijk bedoeld was.

We willen daarom allereerst stilstaan bij de vraag wat we verstaan onder een handelingswijze die wij *evidence-based* noemen. David Sackett, grondlegger van de *evidence based medicine*, waarschuwde voor het misbruik (laten we zeggen voor bijvoorbeeld ideologische of financiële doeleinden) van wat met evidence-based medicine bedoeld is: een richtsnoer om de klinische praktijk zinvol in te richten.

## *We willen waken voor een strijd over meta-analyses en getallen*

*'Evidence based medicine is not "cookbook" medicine. Because it requires a bottom up approach that integrates the best external evidence with individual clinical expertise and patients' choice, it cannot result in slavish, cookbook approaches to individual patient care. External clinical evidence can inform, but can never replace, individual clinical expertise, and it is this expertise that decides whether the external evidence applies to the individual patient at all and, if so, how it should be integrated into a clinical decision. Similarly, any*

*external guideline must be integrated with individual clinical expertise in deciding whether and how it matches the patient's clinical state, predicament, and preferences, and thus whether it should be applied. Clinicians who fear top down cookbooks will find the advocates of evidence based medicine joining them at the barricades'* (Sackett e.a., 1996, p. 72).

De kennis die wij volgens deze visie vergaren is samengesteld uit drie belangrijke pijlers: state-of-the-art wetenschappelijke evidentie, klinische expertise en de keuze van de patiënt. Deze visie kan toegepast worden op de vraag naar de evidentie voor leertherapie.

In ons specifieke geval gaat het om de opleiding en de opleideling in plaats van de behandeling en de patiënt. We willen waken voor een strijd over meta-analyses en getallen betreffende leertherapie, en ons richten op een integratie van bovengenoemde pijlers, leidende tot een bredere evidentie waarin klinische expertise en keuze van de opleiding een plek krijgt (zie ook Scheepers, 2021; Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, 2017). Dit alles om de toekomstige opleiding zo goed mogelijk in te richten. Vragen die daarbij horen zijn: wat voor soort hulpverleners willen we opleiden? Welke middelen hebben we nodig om dit doel te bereiken? Welke verbanden worden er gevonden tussen de manier waarop opleiding en leertherapie wordt vormgegeven en belangrijke uitkomsten? Wat is de ervaring van opleidingen/therapeuten zelf met hun eigen (leer) therapie, de manier waarop die plaatsvond en de gevolgen die zij ervaren?

In dit licht geven we hieronder een overzicht van de stand van de wetenschappelijke bevindingen rondom leertherapie, het belang van de persoon van de therapeut, werkzame factoren in psychotherapie, de 'wording van

een goede therapeut' en de consequenties daarvan voor de inrichting van de opleiding. De therapeut (KP-PT'er) in opleiding moet optimaal ondersteund worden in zijn professionele en persoonlijke ontwikkeling. We zullen in dit artikel verhelderen dat een verplichte leertherapie daarbij een vanzelfsprekend en essentieel onderdeel van de opleiding uitmaakt.

## **De persoon van de therapeut**

De persoon van de therapeut is een van de duidelijkste voorspellers van therapieresultaat (Heinonen & Nissen-Lie, 2020; Wampold & Imel, 2015), met een verklaarde variantie van therapie-uitkomst van 5-10% (Baldwin & Imel, 2013; Benish & Imel, 2008; Laska e.a., 2014; Nissen-Lie, 2017, Moe & Thimm, 2021). Verschillende meta-analyses tonen daarnaast aan dat ook de (kwaliteit van) de therapeutische alliantie een van de meest robuuste voorspellers van therapieresultaat is (Flückiger e.a., 2018). Dit geldt over diagnoses en behandelmethodieken heen (Flückiger e.a., 2012). Het belang dat therapeuten vanouds hechten aan de invloed van de therapeutische oriëntatie op behandelresultaat is begrijpelijk omdat het houvast en (beroeps)identiteit geeft. Wetenschappelijk is dit standpunt inmiddels achterhaald, zowel door een groot aantal aan 'horse-race-studies' die herhaaldelijk weinig verschil tussen therapiescholen laat zien, als ook door modern psychotherapie-onderzoek dat het belang van de persoon van de therapeut en de therapeutische relatie meer centraal stelt. Inmiddels is er in het bredere veld van de psychotherapie erkenning voor het belang van de persoon van de therapeut voor het therapeutisch proces en de uitkomst ervan

(Castonguay & Hill, 2017; Wampold, 2015; Flückiger, 2018; Wampold & Owen, 2021). Waar gaat het dan om bij de 'persoon van de therapeut'? Nissen-Lie en collega's (2017) bespreken op basis van een overzicht van

## *Effectieve therapeuten lijken vooral sterk te zijn in interpersoonlijke vaardigheden*

recente studies de relevante persoonlijke kenmerken en interpersoonlijke vaardigheden die het meest bijdragen aan gunstige therapie-uitkomsten. Het betreft het vermogen tot responsiviteit, affirmatie en oprechtheid; empathie met verschillende typen patiënten; overtuigend zijn; verdragen van agressie bij devaluerende en afwijzende patiënten en vaardigheid in het hanteren van tegenoverdrachtsreacties (Nissen-Lie e.a., 2017; Moe e.a., 2012; Lingardi e.a., 2018; Wampold, 2015).

Effectieve therapeuten lijken vooral sterk te zijn in interpersoonlijke vaardigheden, vaardigheden met betrekking tot de therapeutische relatie dus, die deels bepaald worden door hun persoonlijke achtergrond en hechtingsgeschiedenis (Heinonen & Nissen-Lie, 2020). De therapeutische relatie is een relatie waarin het gehechtheidssysteem van patiënt én therapeut geactiveerd wordt. Veilig gehechte therapeuten blijken beter aan te sluiten bij de gehechtheidsstijl van hun patiënten. Zij maken spontaan interventies die bevorderlijk zijn: meer adequaat ontregelende interventies bij angstig-vermij-

dend gehechte patiënten en meer steunende of praktische interventies bij patiënten met een gepreoccupeerde gehechtheidsstijl (Dozier & Bates, 2004; Lingardi e.a., 2018). Therapeuten met een onveilige gehechtheidsstijl doen het tegenovergestelde, blijkt uit het onderzoek van Dozier en Bates (2004). De belangrijkste kenmerken van een goede therapeut, vonden zij, zijn een autonome persoonlijkheid met bovengemiddelde intelligentie, een flexibele relatiestijl op basis van veilige gehechtheid, met het vermogen de psychotherapeutische setting te verdragen en met een hoge mate van zelfreflectie (Dozier & Bates, 2004; Wallin, 2007; Heuves, 2011). Je kunt veronderstellen dat dit ook geldt voor therapeuten met een, door therapie of anderszins, verworven veilige gehechtheid. Deze therapeuten kennen de (binnen) wereld van hun patiënten uit eigen ervaring (Roisman e.a., 2002; Wallin, 2007). Als motieven voor de beroepskeuze van psychotherapeuten bijvoorbeeld ook voortkomen uit parentificatie of uit een anderszins getroubleerde ontwikkelingsgeschiedenis, kan dat tot een kracht uitgroeien, mits er veilige ruimte is om deze 'woundedness' te onderzoeken en te bewerken (Zerubavel & Wright, 2012), een ontwikkeling dus naar een verworven veilige gehechtheid. De auteurs laten zien hoe belangrijk hierin destigmatisatie van het 'gewond zijn' is, maar vooral ook de destigmatisatie van het hulp zoeken. Daarvoor is een 'open dialoog' nodig. Juist voor beginnende therapeuten, opleidingen, willen zij de weg vrij maken om ondanks schaamte de eigen kwetsbaarheid te onderzoeken, zodat dezen op hun beurt een veilige ruimte aan hun patiënten kunnen (blijven) bieden. Hierbij benoemen de auteurs expliciet het gevaar van formele (competentie-)evalua-

ties die dit proces in de weg kunnen staan. *'The stigma of disclosing woundedness may prevent psychotherapists from seeking help for their distress [...], the very thing that might help [...]. A common fear is that woundedness will be misconstrued as impairment [...]. Receiving official evaluations of clinical competency complicates the risks associated with a disclosure of woundedness for trainees and early career psychologists. Supervisees who are receiving middle-of-the-road or negative evaluations may find it too risky to make disclosures. In fact, these therapists may be the most in need of guidance around how to handle clinically relevant manifestations of wounds'* [Zerubavel & Wright, 2012, p. 488].

### **Leertherapie, effect op behandelresultaten en de persoon van de therapeut**

We mogen aannemen dat de (leer)therapie van de therapeut in de ontwikkeling van deze therapiefactoren – persoon van de therapeut, goede alliantie – een rol speelt. Maar weten we dat ook?

Alvorens deze vraag te beantwoorden staan we stil bij de vraag of (leer)therapie effect heeft op symptoomvermindering bij patiënten, op het behandelresultaat. Een onzinnige vraag stelt Draijer (2019) weliswaar, omdat er in een opleiding zoveel gebeurt dat het effect van leertherapie op de behandeling niet te isoleren en te bepalen is. Toch is er onderzoek gedaan naar de vraag of een eigen therapie (dus niet per se leertherapie) bij professionals een direct positief resultaat heeft op hun behandeluitkomsten. Beutler en collega's (2004) zien in hun review dat er geen direct verband aangetoond kan worden tussen persoonlijke therapie en behandelresultaten, maar ook zij stellen de vraag of

zo'n direct verband überhaupt wel te zien en te meten is. Eerder denken zij aan positieve effecten van levenslang leren, omdat het gaat om langdurige processen van reflectie, verandering en consolidatie van voor therapeuten belangrijke persoonlijke variabelen. Een veel geciteerde review is die van Macran en Shapiro (1998) die concluderen dat het onduidelijk is of persoonlijke therapie effect heeft op behandelresultaten. Bennett-Levy en Finlay-Jones (2018) noemen in hun overzicht van een aantal reviews het beperkte bewijs van effect van persoonlijke therapie op behandelresultaten. Ook anderen (Rønnestad e.a., 2016; Moe & Thimm, 2021) komen tot deze conclusie in hun reviews. Al deze auteurs benadrukken echter de methodologische problemen bij deze onderzoeken. Gezien de complexiteit van de onderzochte concepten is dit geen onvoorziene uitkomst. Sterker nog, het is mogelijk een te simplistische aanname dat directe lineaire causaliteit tussen (de effecten van) leertherapie en (korte-termijn) behandelresultaten aan te tonen zijn. Een ander relevant punt in deze kwestie over leertherapie is het verband tussen kwaliteiten van de therapeut en effecten op hun behandelingen. Empirisch bewijs voor een verband tussen deze therapeutkwaliteiten en behandelresultaat is gevonden in onderzoek van Nissen-Lie en collega's (2017). Een positieve zelfwaardering (*self-affiliation*) van de therapeut en professionele zelftwijfel dragen bij aan een gunstige therapie-uitkomst. Self-affiliation betreft de manier waarop iemand zichzelf beleeft. Is deze voldoende in balans en overwegend positief, dan zal dit een open, meer tolerante interpersoonlijke stijl mogelijk maken. Self-affiliation hangt samen met het vermogen het zelfgevoel te reguleren, ook als dat onder druk komt te

staan in een therapeutische relatie, bijvoorbeeld door een devaluerende, afwijzende overdracht. Het geeft ruimte voor professionele zelftwijfel waarbij je jezelf als therapeut kunt bevragen zonder daar al te angstig van te worden.

Brengt (leer)therapie verbetering in de genoemde persoonlijke kwaliteiten van de therapeut en in het interpersoonlijk functioneren? Gezien de methodologische problemen om tot een wetenschappelijk sluitend 'bewijs' te komen dat leertherapie van de therapeut een direct meetbare invloed heeft op het welzijn van patiënten – is het dan wel mogelijk om de invloed van leertherapie op deze kenmerken van een psychotherapeut te onderzoeken?

Als je het de therapeuten zelf vraagt, is het antwoord duidelijk, blijkt uit onderzoek naar hun mening over persoonlijke therapie, al dan niet gevolgd gedurende de opleiding.

## *Professionals zijn doorgaans heel positief over het effect van hun eigen therapie op hun functioneren en de kwaliteit van hun werk*

Een hoog percentage professionals zoekt om professionele en persoonlijke redenen therapie: tussen de 73 en 94 procent bij de bijna 4000 ondervraagden in een onderzoek van Orlinsky en collega's (2011). Naast supervisie en het opdoen van ervaring in behandelingen wordt de eigen therapie gezien als een van de belangrijkste hoekstenen van de opleiding. Professionals zijn doorgaans heel

positief over het effect van hun therapie op hun eigen functioneren en op de kwaliteit van hun werk (Orlinsky e.a., 2011; Macran & Shapiro, 1998; Bike e.a., 2009; Råbu e.a., 2021). Het meest noemen zij aspecten die de interpersoonlijke relatie en de dynamiek van de psychotherapie betreffen: het belang van warmte, empathie en van de relatie; zelf te weten hoe het is om in therapie te zijn; het belang van (tegen)overdracht; het belang van een eigen therapie voor therapeuten; de 'menschelijkheid' van de therapeut; het belang van geduld en tolerantie. En *last but not least*: de ervaring – bij het ondergaan van een therapie – dat goede psychotherapie helpt. De subjectieve beleving van professionals is dus dat zij door therapie competentere therapeuten zijn geworden.

Soortgelijke bevindingen doen ook Strauss en Taeger (2021) met betrekking tot leertherapie. In hun systematisch literatuuroverzicht van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeken tussen 2005 en 2020 naar het effect van leertherapie (*Selbsterfahrung*) komen zij tot de conclusie dat er overwegend positieve effecten van leertherapie zijn op interpersoonlijke vaardigheden, zelfwaarneming, het begrip van therapeutisch werk, welbevinden van therapeuten en het ervaren van verlichting. Ook noemen zij het verstevigen van de beroepsidentiteit als een positief effect. Therapeuten gebruiken de positieve ervaring uit de relatie met hun eigen leertherapeut als belangrijke wegwijzer voor de relatie met hun cliënten (Bellows, 2007; Norcross & Connor, 2005). Er is al met al enig bewijs dat persoonlijke therapie die kwaliteiten van therapeuten verbeteren die constructief bijdragen aan verandering bij patiënten, zoals empathie, warmte en oprechtheid (Macran & Shapiro, 1998; Bike

e.a., 2009). Orlinsky en collega's (2005, 2011) concluderen uit hun zeer uitgebreide reviews dat er 'ample evidence' is voor het gunstige effect van (leer)therapie op therapeutkwaliteiten. Anderen concluderen evenwel dat het empirische bewijs niet sterk is (Moe & Thimm, 2021; Bennett-Levy, 2019). Ook hier wreekt zich dat de concepten te complex zijn om een methodologisch sterk onderzoek voor het aantonen van causaliteit uit te voeren. Strauss en Taeger benadrukken overigens,

## *Grensoverschrijding is een beduchte valkuil in ons beroep*

net als Orlinsky en collega's (2011), het belang van levenslang leren: psychotherapeutische reflectie als een terugkerend element in de loopbaan, ook ter voorkoming van uitputting en grensoverschrijdingen, waarover hieronder meer. Kennelijk voegen de meeste therapeuten de daad bij het woord en gaan herhaaldelijk opnieuw in therapie, niet omdat onder therapeuten gemiddeld genomen meer pathologie bestaat, maar omdat therapeuten niet anders zijn dan andere mensen – en dus ook kwetsbaar voor levenscrises – en omdat het vak veel (draagkracht) vergt (zie Orlinsky e.a., 2011).

### **Leertherapie in het licht van de risico's van het vak**

Het belang van leertherapie wordt ook vaak genoemd in het licht van de risico's die verbonden zijn aan het vak psychotherapie. Uitputting door emotionele belasting is een risico voor de therapeut. Grensoverschrij-

dingen zijn een gevaar voor de patiënt, en natuurlijk ook voor de therapeut zelf. Recent onderzoek van Nissen-Lie e.a. (2021) en Lakioti e.a. (2020) laat zien dat het meeste risico op uitval ligt bij de therapeuten met zorgen in hun eigen leven, met vroege traumatisering, met een onveilige gehechtheid, en met weinig bevrediging door hun werk. Deze auteurs bevelen therapie en supervisie aan ter preventie van uitputting.

Grensoverschrijding is een beduchte valkuil in ons beroep (Norris e.a.; 2003, Gabbard, 2016). Behalve duidelijke overschrijdingen is er ook een groot grijs gebied, het hellend vlak. Openheid, bewustwording van onze tegenoverdracht en reflectie op ons handelen zijn noodzakelijk om, op tijd, schade te voorkomen. Leertherapie kan bijdragen aan de analyse van de tegenoverdracht in relatie tot de eigen kwetsbaarheden van de therapeut in opleiding.

*'Boundary problems are universal concerns, not merely the character defects of bad apples in the professional barrel; nor are they relevant only to those doing psychoanalytically oriented psychotherapy; nor are they confined to the offices of the private practitioner. We have presented an overview of characteristics of the patient and of the psychotherapist that may predispose to serious disruptions of the therapy process. Clinicians young and old, and in all settings, must overcome their understandable but damaging reluctance to fully examine this topic in every setting – didactic, training, consultative, and supervisory. Here we have tried to initiate that process and provide an overview for trainees and early-career and senior practitioners. We have done so because history teaches the hard lesson that this matter must be reviewed and revisited at least as often as the Physicians' Desk Reference, and*

*for the same reason: the welfare of the patient and the serious and often tragic consequences of missteps in this area for both patient and practitioner'* (Norris e.a., 2003, p. 522).

Draijer en Nicolai (2021) vragen aandacht voor (tegen)overdrachtsverschijnselen in de behandeling van met name vroeg getraumatiseerde cliënten, een van de groepen waar de KP-PT-therapeut (in opleiding) veelvuldig mee te maken krijgt. Zij benadrukken het belang van veiligheid in inter- en supervisie maar stellen ook dat juist supervisie in de opleiding, en het daarmee verbonden oordeel over het functioneren, een te onveilige vorm van ondersteuning kan zijn op dit zeer persoonlijke gebied van functioneren. Het veilige kader van (leer)therapie is nodig als om deze kwetsbaarheden en de mogelijk hieruit resulterende blinde vlekken te bespreken.

Gabbard (2016) onderschrijft dit: er moet aandacht blijven voor de blinde vlekken, want *'the unconscious will always be resisted. Hence, we have a great deal of difficulty honestly assessing our countertransference wishes and our rationalizations for stepping outside the frame in one manner or another'* (p. 152). Hij merkt op dat een vertrouwensrelatie met een andere therapeut van onmisbare waarde is, één waarin niet geoordeeld wordt, tijdens de opleiding en ook daarna. Hier ligt een basis voor het levenslang leren voor de therapeut. Leertherapie is van belang voor het beperken van genoemde risico's. Op herhaling gaan is wenselijk en soms noodzakelijk.

### **Overwegingen en conclusie**

Het schrijven van dit stuk is een proces geweest van gedachtenvorming en voort-

schrijdend inzicht. We willen afronden met nog enkele overwegingen en tot slot de definitie en doelen van leertherapie zoals wij die formuleren op basis van het voorgaande. We geven daarbij ook enkele randvoorwaarden aan die wij voor leertherapie van belang achten.

Het is evident, en dat wordt breed gedragen binnen verschillende psychotherapiescholen, dat voor een gunstig verloop van een therapie de persoon van de therapeut er toe doet. Ook is er een vrij brede consensus over de aard van de persoonsgebonden kwaliteiten waarover een therapeut moet beschikken om een therapeutisch proces adequaat op gang te brengen en hanteren. En, hoewel er geen causale relatie aangetoond wordt tussen persoonlijke therapie en kenmerken van de therapeut en/of behandelresultaten, is het een breed gedeelde opvatting dat meer zelfkennis en een groter vermogen tot zelfreflectie verband houden met relevante therapeutkenmerken en het vermogen flexibel met de behandelrelatie om te gaan. Het lijkt een kwestie van gezond verstand: hoe kun je de ander begrijpen als je jezelf niet kent? We haalden Sackett aan die stelt dat evidence based bestaat uit de pijlers van empirische evidentie, klinische consensus en de inbreng van de betrokkene (in zijn theorie de patiënt in de behandeling, in ons geval de therapeut in (leer)therapie). We willen, in analogie, stellen dat de empirische evidentie voor leertherapie weliswaar op methodologische beperkingen stuit, maar dat er ruimschoots onderbouwing is vanuit klinische expertise en expert-consensus (waaronder die van de therapeuten die (leer)therapie ondergingen).

Sprekend over klinische expertise: vanouds waarden psychoanalytisch geschoolde



therapeuten de leeraanlyse/-therapie omdat weet van de eigen binnenwereld als voorwaarde wordt gezien voor het kunnen hanteren van de sterke krachten in een therapeutische relatie. Kennis van de eigen geschiedenis, eigen kwetsbaarheden en van eigen gevoelens, plus een goed ontwikkeld reflectief vermogen, zijn noodzakelijk om te laveren in het krachtenveld van de overdracht en tegenoverdracht (zie Draijer, 2017; Heuves, 2011). Ook cognitief-gedragstherapeutisch georiënteerden onderschrijven enkele van deze uitgangspunten steeds meer: de persoon van de therapeut en de therapeutische relatie zijn relevant (Bennett-Levy 2019; zie Hafkenscheid, 2021).

### *Zelfkennis en -reflectie zijn geen (puur cognitieve) vaardigheden die getraind kunnen worden*

Zij zullen de weg ernaartoe evenwel ook mogelijk achten via een meer focale, meer cognitief ingestoken route. Bennett-Levy (2018, 2019) geeft een voorbeeld van zo'n route met zijn Personal Practice Model: reflecteren kun je leren. Zijn model beschouwt de persoon van de therapeut als een belangrijke factor in een psychotherapie. Reflectie over de *personal self* en de *therapist self* zijn allebei nodig en deze overlappen. Hij stelt de vraag of training noodzakelijk is om de rol van therapeut goed te kunnen vervullen en presenteert zijn Self-practice/Self-reflection-cursus om het reflectief vermogen van de therapeut te bevorderen. In hun arti-

kel over leertherapie maken Strauss en Taeger (2021) hierbij terecht de opmerking dat een dergelijke insteek het risico heeft te cognitief te zijn. Ook wij concluderen, de discussie overziend, dat het in het leerproces essentieel is dat de aanstaande therapeut door een eigen therapie vertrouwd raakt met de eigen gevoelswereld en daarop leert reflecteren. Een cursus als die van Bennett-Levy is daarvoor niet toereikend. Zelfkennis en -reflectie zijn geen (puur cognitieve) vaardigheden die getraind kunnen worden. Reflectief vermogen is ons inziens intrinsiek verbonden aan een geïntegreerd beeld van zichzelf, zoals dat het geval is bij een autonome '*state of mind*' (Dozier & Bates, 2004, Wallin 2007). Wallin (2007, p. 146) schrijft: '*To activate a similar process [van mentaliseren - toev. auteurs] in psychotherapy, we must be able not only to respond emotionally to the patient but also to reflect on emotion – our own and the patient's – so that rather than simply being gripped by feelings we can try to make sense of them. (Needless to say, this sort of responsiveness can, at times, be very difficult to summon, and it usually requires that therapists themselves have considerable experience as patients).*' Hij noemt de essentie '*the ability to make sense of oneself and others in terms of a coherent autobiographical and biographical narrative*' (Wallin, p. 148).

Draijer (2017, p. 166) beschrijft dit in andere bewoordingen: de therapeut 'moet bereid en in staat zijn om zich gevoelsmatig uit de dwingende affectieve greep van de patiënt los te maken en te reflecteren op wat er zich tussen hem of haar en de patiënt voordoet. Daartoe is het noodzakelijk om het eigen gevoelsleven in te zetten. Als het goed is leert hij of zij dat in leertherapie'. Zij stipt

aan dat van therapeuten vaak gezegd wordt dat het geparentificeerde kinderen zijn die geleerd hebben zich te focussen op de ander. Geen zicht hebben op deze parentificatie is een valkuil, maar – gezien het *wounded healer*/verworven gehechtheid-paradigma – kan er ook groei ontstaan, mits de hulpverlener hiervoor de (leer)therapeutische ruimte krijgt.

We hopen voldoende duidelijk gemaakt te hebben, dat dit processen zijn waarvoor in leertherapie tijd en veiligheid gewaarborgd moeten zijn. Het is daarom van belang dat de veilige ruimte van de leertherapie in de toekomstige opleiding wordt behouden en genoeg ruimte omvat zodat een dergelijk therapeutisch proces zinvol doorlopen kan worden.

Veiligheid is een voorwaarde voor het doorwerken van een dergelijk proces. Dat betekent dat leertherapie vertrouwelijk is en dat er niet gerapporteerd wordt aan de opleiding. Bezien vanuit de eerder genoemde gedachte dat therapeuten nogal eens geparentificeerde kinderen zijn, zouden we met een leertherapie waarover gerapporteerd wordt, de aangepastheid van de aanstaande (angstige) therapeut juist versterken, en non-reflectie op momenten van dreigende grensoverschrijding in de hand werken. Niet alle therapeuten gebruiken de therapeutische relatie bewust als instrument. Dat neemt niet weg dat de behandelrelatie in een psychotherapie – in welke therapeutische stroming dan ook – altijd van invloed is op het slagen van de behandeling. De genoemde argumenten voor leertherapie blijven hier dus gelden: de psychotherapeut werkt met kwetsbare patiënten in een vertrouwensrelatie. Dat vraagt om goede ver-

trouwdheid en omgang met eigen gevoeligheden, alleen al om helder te hebben welke interpersoonlijke fenomenen er spelen, en deze te scheiden van eigen gevoeligheden, zodat schade zoals door grensoverschrijdingen wordt voorkomen.

Het aanbieden van leertherapie als een vanzelfsprekend onderdeel van de opleiding, een 'veilige plek' om je eigen persoon en gevoelswereld – zonder beoordeling – te onderzoeken, is essentieel voor de bewustwording van onvermijdelijke blinde vlekken, om te leren omgaan met de risico's en belasting van het beroep, het voorkómen van schade voor jezelf of de patiënt, en voor het (verder) ontwikkelen van het zelfbeeld en de beroepsidentiteit van de KP-PT-therapeut. Leertherapie is er om jezelf *gevoelsmatig* te leren kennen, in beeld te krijgen wat je nog niet weet, in plaats van te reflecteren op wat je al wel weet – zoals dat kan op andere plekken in de opleiding. Je wilt als therapeut immers niet dat je eigen (eventueel onbewuste) gevoeligheden de ontwikkeling van de patiënt in de weg staan.

Degene die in de opleiding die vertrouwelijkheid en veiligheid van de leertherapie heeft ervaren, zal zich later wellicht sneller tot hulp wenden als dit nodig blijkt. Dit moeten we vanzelfsprekend houden, ook na de opleiding. Want, schrijft Gabbard, na zoveel jaar opleiding kan de indruk bestaan dat je het als therapeut alleen moet kunnen rooien.

*'As boundaries become fuzzier and the analyst is immersed in self-doubt, the possibility of a consultation seems even more remote because the analyst may feel that it would be humiliating to talk to a third party about the many mistakes and countertransference enactments that are occurring in the treatment'* (Gabbard, 2016, p. 153).

Op basis van het voorgaande komen we tot de volgende definitie van leertherapie (voor het nieuwe beroep KP-PT: leertherapie is een psychotherapie die een opleiding volgt in het kader van de opleiding tot KP-PT, met het oog op persoonlijke en professionele ontwikkeling, in onderlinge samenhang, met het doel inzicht in het eigen functioneren als KP-PT te bevorderen en daardoor het functioneren te verbeteren, op alle terreinen die het beroep bestrijkt, en in het bijzonder wat betreft de beoefening van psychotherapie met complexe patiënten.

*Leertherapie is een onderdeel van de opleiding en derhalve strikt genomen geen curatieve psychotherapie*

Gezien bovenstaande argumenten formuleren wij de volgende doelen van leertherapie als sterke pijler van de opleiding:

- het ontwikkelen van het reflectief vermogen
- de bewustwording van eigen gevoelens, gedachten en gedrag in het kader van het hanteren van de therapeutische relatie in de diagnostiek en de behandeling van patiënten met complexe problematiek (overdracht/tegenoverdracht)
- een basis leggen voor een proces van doorlopend leren, waarin de focus blijft op het persoonlijke en professionele functioneren
- ervaring op kunnen doen met de positie van (leer)client om gevoeligheid te ontwikkelen voor de dynamiek van een therapeutische relatie
- het aangereikt krijgen van een rolmodel ter bevordering van de internalisatie van een psychotherapeutische attitude
- het normaliseren van het bespreken van eigen kwetsbaarheden en van het zoeken van ondersteuning in een professionele rol
- het bieden van emotionele steun, het voorkomen van uitputting en het vanzelfsprekend maken van goede zelfzorg.

Leertherapie is een onderdeel van de opleiding en derhalve strikt genomen geen curatieve psychotherapie. Als een opleiding in het dagelijks functioneren en in de opleiding duidelijk gehinderd wordt door psychische klachten en eventueel persoonlijkheidsproblematiek, dan is een curatieve therapie op zijn plaats. Uiteraard is er overlap tussen leertherapie en curatieve therapie: in leertherapie komt ook de ontwikkelingsgeschiedenis en typerende psychische dynamiek van de opleiding aan bod.

Om een (leer)therapeutisch proces tot ontwikkeling te laten komen en te doorlopen is ruimte en tijd nodig. In onze optiek is het daarom van belang als richtlijn de eis van vijftig sessies vast te houden. We benadrukten al eerder het belang van vertrouwelijkheid. Ons inziens past daar het rapporteren over de inhoud van de therapie aan de opleiding niet bij, noch enig ander oordeel over de geschiktheid van de opleiding voor het vak. Dit kan een spanningsveld zijn, ook al wordt de ontwikkeling van de opleiding op veel andere momenten in de opleiding geëvalueerd. In uitzonderlijke gevallen kan de leertherapeut zelfs in gewetensnood raken. Goede intervisie voor leertherapeuten om hier adequaat mee om te gaan is dan onmisbaar. In lijn hiermee kunnen we Gabbard (2016) aanhalen die het belang benadrukt

van het raadplegen van een derde partij, ook door ervaren (leer)therapeuten, om helderheid te houden over het psychotherapeutische werk.

Wij pleiten dus voor behoud van de leertherapie als een onmisbare veilige ruimte in een uitdagende en competentiegerichte opleiding, om ons werk als (kwetsbaar) mens met kwetsbare mensen een goede basis te geven en last but not least om plezier te houden in ons werk. Daarbij is van belang dat de leertherapie binnen de opleiding niet op zichzelf staat, maar deel uitmaakt van een samen-

hangend geheel van parallel lopende supervisie, het curriculum, het leerproces in de opleidingsgroep en de praktijk. Een geïntegreerde opleiding dus, gericht op de ontwikkeling van de persoon van de therapeut, in samenhang met de verwerving van professionele vaardigheden. De opleiding is dan een ontwikkeltraject, waarin de essentie van de psychotherapie expliciet en impliciet wordt uitgedragen: *practise what you preach*.

Dit artikel is eerder verschenen in het *Tijdschrift voor Psychotherapie*.

**Janie van Dijk** ([info@vandijkpsychotherapie.nl](mailto:info@vandijkpsychotherapie.nl)) is klinisch psycholoog-psychotherapeut, supervisor, leertherapeut en docent van psychotherapeuten, klinisch psychologen en psychiaters in opleiding. Ze werkt in eigen praktijk in Utrecht.

**Dr. Anna Bartak** is psychotherapeut en docent van psychotherapeuten en klinisch psychologen in opleiding. Ze werkt in eigen praktijk in Amsterdam.

**Paul Wijts** is klinisch psycholoog en opleider/supervisor. Hij werkt als psychoanalyticus en psychoanalytisch psychotherapeut in eigen praktijk te Bunde.

#### Refereren aan:

.....  
Dijk, J. van, Bartak, A. & Wijts, P. (2024). Leertherapie: *practise what you preach*. *Groepen. Tijdschrift voor groepsdynamica & groepspsychotherapie*, 19(4), p. 69-83.

#### Literatuur

.....  
AKWA (2018). *Generieke Module Psychotherapie*. <https://www.ggzstandaarden.nl/generieke-modules/psychotherapie>

Baldwin, S.A. & Imel, Z.E. (2013). Therapist effects: Findings and methods. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 258-297). Hoboken, New Jersey: Wiley & Sons.

Bellows, K.F. (2007). Psychotherapists' personal psychotherapy and its perceived influence on clinical practice. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 71(3), p. 204-226.

Benish, W. & Imel, B.E. (2008). The relative efficacy of bona fide psychotherapies for treating post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of direct comparisons. *Clinical Psychological Review*, 28(5), p. 746-758.

Bennett-Levy, J. (2019). Why therapists should walk the talk: The theoretical and empirical case for personal practice in therapist training and professional development. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 62, p. 133-145.

Bennett-Levy, J. & Finlay-Jones, A. (2018). The role of personal practice in therapist skill development: A model to guide therapists, educators, supervisors and researchers. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(3), p. 185-205.

Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist Variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5th ed., pp. 227-306). New York: Wiley.

Bike, D.H., Norcross, J.C. & Schatz, D.M. (2009). Processes and outcomes of psychotherapists' personal therapy: Replication and extension 20 years later. *Psychotherapy*, 46(1), (p. 19-31).

Castonguay, L.G. & Hill, C.E. (Eds.). (2017). *How and why are some therapists better than others?: Understanding therapist effects*. Washington DC: American Psychological Association.

Colijn, S., Snijders, J.A., Thunnissen, M., Bögels, S. & Trijsburg, R.W. (red.) (2009). *Leerboek Psychotherapie*. Utrecht: De Tijdstroom.

Dozier, M. & Bates, B.C. (2004). Attachment state of mind and the treatment relationship. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (p. 167-180). Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.

Draijer, N. (2019). Ken u zelf; leertherapie in de Nederlandse opleiding tot psychiater. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 61(3), p. 164-169.

Draijer, N. & Nicolai, N. (2020), Overdracht en tegenoverdracht bij vroegkinderlijke traumatisering 'revisited'. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 46(6), p. 167-184.

FGZPt, (2019). *Besluit opleidingseisen psychotherapeut*. [https://www.fgzpt.nl/e2/site/fgzpt/custom/site/upload/file/pdf/besluiten\\_csgp/191127\\_besluit\\_pt\\_definitief\\_college\\_specialismen\\_gezondheidszorgpsycholoog\\_en\\_psychotherapeut\\_fgzpt\\_aang\\_.pdf](https://www.fgzpt.nl/e2/site/fgzpt/custom/site/upload/file/pdf/besluiten_csgp/191127_besluit_pt_definitief_college_specialismen_gezondheidszorgpsycholoog_en_psychotherapeut_fgzpt_aang_.pdf)

FGZPt (2019). *Besluit specialisme klinische psychologie*. [https://www.fgzpt.nl/e2/site/fgzpt/custom/site/upload/file/pdf/besluiten\\_csgp/191127\\_besluit\\_specialisme\\_kp\\_.pdf](https://www.fgzpt.nl/e2/site/fgzpt/custom/site/upload/file/pdf/besluiten_csgp/191127_besluit_specialisme_kp_.pdf)

FGZPt (2018). *Opleidingsplan Psychotherapeut*. [https://www.fgzpt.nl/e2/site/fgzpt/custom/site/upload/file/pdf/besluiten\\_csgp/opleidingsplan\\_pt\\_3\\_12\\_2018.pdf](https://www.fgzpt.nl/e2/site/fgzpt/custom/site/upload/file/pdf/besluiten_csgp/opleidingsplan_pt_3_12_2018.pdf)

Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E. & Horvath, A.O. (2018). The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy*, 55(4), p. 316-340.

Flückiger, C., Del Re, A.C., Wampold, B.E., Symonds, D. & Horvath, A.O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of counseling psychology*, 59(1), p. 10-17.

Gabbard, G.O. (2016). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis* (2nd ed.). Arlington: American Psychiatric Association.

Hafkenscheid, A. (2021), *De therapeutische relatie*. 2<sup>e</sup> druk. Amsterdam: Boom Uitgevers.

Heinonen, E. & Nissen-Lie, H.A. (2020). The professional and personal characteristics of effective psychotherapists: a systematic review. *Psychotherapy research*, 30(4), p. 417-432.

Heuves, W. (2011), Wat maakt iemand nu tot een bekwame en effectieve (psychodynamische) behandelaar? In Q. van Dam & L. Daenen, *Bekwaam behandelen. Competenties en blinde vlekken vanuit psychoanalytisch perspectief* (p. 1-20). Assen: Van Gorcum.

Lakioti, A., Stalikas, A. & Pezirkianidis, C. (2020). The role of personal, professional, and psychological factors in therapists' resilience. *Professional psychology: research and practice*, 51(6), p. 560-570.

Laska, K.M., Gurman, A.S. & Wampold, B.E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), p. 467-481.

Lingiardi, V., Muzi, L., Tanzilli, A. & Carone, N. (2018). Do therapists' subjective variables impact on psychodynamic psychotherapy outcomes? A systematic literature review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(1), p. 85-101.

Macran, S. & Shapiro, D.A. (1998). The role of personal therapy for therapists: A review. *British Journal of Medical Psychology*, 71(1), p. 13-25.

Moe, F.D. & Thimm, J. (2021). Personal therapy and the personal therapist. *Nordic Psychology*, 73(1), p. 3-28.

Nissen-Lie, H.A., Orlinsky, D.E. & Rønnestad, M.H. (2021). The emotionally burdened psychotherapist: Personal and situational risk factors. *Professional Psychology: Research and Practice*, 52(5), p. 429-438.

Nissen-Lie, H.A., Rønnestad, M.H., Høglend, P.A., Havik, O.E., Solbakken, O.A., Stiles, T.C. & Monsen, J.T. (2017). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clinical psychology & psychotherapy*, 24(1), p. 48-60.

Norcross, J.C. & Connor, K.A. (2005). Psychotherapists entering personal therapy: Their primary reasons and presenting problems. In J.D. Geller, J.C. Norcross, & D.E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives* (p. 192-201). Oxford: Oxford University Press.

Norris, D.M., Gutheil, T.G. & Strasburger, L.H. (2003). This couldn't happen to me: boundary problems and sexual misconduct in the psychotherapy relationship. *Psychiatric Services*, 54(4), p. 517-522.

Orlinsky, D.E., Norcross, J., Rønnestad, M.H. & Weisman, H. (2005). Outcomes and impacts of psychotherapist's own psychotherapy. In J.D. Geller, J.C. Norcross & D.E. Orlinsky (Eds.), *The psychotherapist's own psychotherapy: Patient and clinician perspectives* (p.214-230). Oxford: Oxford University Press.

Orlinsky, D.E., Schofield, M.J., Schroder, T. & Kazantzis, N. (2011). Utilization of personal therapy by psychotherapists: a practice-friendly review and a new study. *Journal of Clinical Psychology*, 67(8), p. 828-842.

Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (2017). *Zonder context geen bewijs*. <https://www.raadvv.nl/documenten/publicaties/2017/06/19/zonder-context-geen-bewijs>

Råbu, M., McLeod, J., Haavind, H., Bernhardt, I.S., Nissen-Lie, H. & Moltu, C. (2021). How psychotherapists make use of their experiences from being a client: Lessons from a collective autoethnography. *Counselling Psychology Quarterly*, 34(3), p. 109-128.

Roisman, G.L., Padron, E., Sroufe, L.A. & Egeland, B. (2002). Earned-secure attachment status in retrospect and prospect. *Child Development*, 73(4), p. 1204-1219.

Rønnestad, M.H., Orlinsky, D.E., & Wiseman, H. (2016). Professional development and personal therapy. In J.C. Norcross, G.R. VandenBos, D.K. Freedheim & L.F. Campbell (Eds.), *APA handbook of clinical psychology: Education and profession* (p. 223-235). Washington: American Psychological Association.

Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., Haynes, R.B. & Richardson, W.S. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *British Medical Journal*, 312, p. 71-72.

Scheepers, F. (2021). *Mensen zijn ingewikkeld*. Amsterdam: Arbeiderspers.

Strauß, B. & Taeger, D. (2021). Untersuchungen zur 'Wirkung' von Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung – Ein systematisches Review [Effects of Personal Therapy During Psychotherapy Training - A Systematic Review]. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 71(2), p. 489-498.

Wallin. D.J. (2007). *Attachment in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Wampold B.E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World psychiatry*, 14(3), p. 270-277.

Wampold, B.E. & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work*. London: Routledge.

Wampold, B.E. & Owen, J. (2021). Therapist effects: History, methods, magnitude and characteristics of effective therapists. In M. Barkham, W. Lutz & L.G. Castunguay (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (p. 263-296), Hoboken, New Jersey: Wiley.

Zerubavel, N. & Wright, M.O. (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 49(4), p. 482-491.

.....