

Laat je uitdagen!

Over competentiegericht opleiden in de groepspsychotherapie

José van Reijen is klinisch psycholoog, docent en supervisor van de NVGP en de VGCT en P-opleider bij GGz Centraal. Contact: j.vanreijen@ggzcentraal.nl.

Piet Verhagen is psychiater, supervisor/mentor/docent van de opleidingsgroep psychiatrie en supervisor van de NVGP, werkzaam bij GGz Centraal. Contact: p.verhagen@ggzcentraal.nl.

Inleiding

In de competentieprofielen van de Bigberoepen worden competenties met betrekking tot groepsdynamica of groepspsychotherapie niet expliciet genoemd. De term competenties ontbreekt ook in het opleidingsreglement van de Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie. We hebben dan wel geaccrediteerde cursussen die moeten voldoen aan bepaalde criteria, en we hebben ook door de vereniging erkende docenten en supervisoren, maar we weten niet goed wat er in de praktijk van onze opleiding gebeurt. We hopen eigenlijk dat competenties wel aan bod komen, en we vinden dat het vooral belangrijk is deze te expliciteren. Alle opleidingen binnen de GGz zijn bezig met een omvorming naar competentiegericht opleiden. Laten we het als uitdaging zien om ook als groepstherapeuten onze opleiding te vernieuwen en duidelijk te maken wat de toegevoegde waarde van competentiegericht opleiden in groepsdynamica is.

Opleiding: nieuwe en hoge eisen

Opleiden was altijd leuk om erbij te doen. Het houdt je scherp, het is uitdagend en verfrissend, en bovendien komt het tegemoet aan een levensfasegebonden taak: generativiteit, doorgeven aan de volgende generatie wat je zelf geleerd, ontvangen en ontdekt hebt. Daar is niks mis mee, het is niet fout, maar het is allang niet meer genoeg. Supervisorentrainingen dienden zich de afgelopen jaren aan, en (her)registratie voor opleiders werd een vereiste. Dat betekende onmiskenbaar een kwaliteitsslag. Inmiddels staan we al enige tijd voor nieuwe uitdagingen die in onze training als supervisor groepspsychotherapie niet aan de orde waren: competenties, leermiddelen en toetsing. Welke competenties moet de groepspsychotherapeut in zijn bagage hebben, welke leermiddelen zetten we daarbij in, hoe wordt het oefenen en verwerven van die competenties getoetst, en, niet te vergeten, hoe worden ze in bij- en nascholing onderhouden?

Aan opleiders worden nieuwe en hoge eisen gesteld, en deze zullen steeds meer geformuleerd worden in termen van competenties. In een document met betrekking tot de opleiding tot psychiater – het visiedocument Psychotherapie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) – staat het met zoveel woorden: ‘In de medisch-specialistische opleiding wordt de in de psychotherapie *bevoegde en bekwame* psychiater gevormd. Dit stelt *hoge* eisen aan de opleiding en aan de *opleiders*. Tijdens de gehele opleiding moet aan het psychotherapeutisch opleidingspakket, ten behoeve van het verwerven van de *competenties* die leiden tot de vereiste bekwaamheid en derhalve bevoegdheid, specifiek aandacht worden besteed. Dit impliceert gerichte aandacht aan *de competenties van de opleidende psychiaters (en anderen)* op het terrein van de psychotherapie’ (NVvP, z.j.; cursief auteurs). Een dergelijke tekst zal ook van toepassing zijn voor de opleiders in de vier psychologische Big-beroepen.

Wat is competentiegericht opleiden?

De competentiegerichte benadering is gericht op (ervarings)kennis, vaardigheden en attitude. Op formule gebracht: ‘een competentie kan omschreven worden als een getoonde bekwaamheid of gedragsrepertoire waaruit blijkt dat kennis, vaardigheden, attitude, eigenschappen en inzichten in het handelen zijn geïntegreerd’ (Kaderbesluit CCMS, geciteerd door Pols, 2006). Competenties hebben vooral een integratief karakter en manifesteren zich in

verschillende contexten op andere wijzen. Dat laatste is niet onbelangrijk. Zo heet het in de opleiding tot psychiater met zoveel woorden dat, juist omdat competenties in verschillende contexten tot uiteenlopende activiteiten leiden, het die specifieke, context gebonden activiteit is, die in de opleidingssituatie centraal dient te staan (Concilium Psychiatricum, 2009). Daarmee staat het ‘leren in context’ centraal; het gaat in het leren steeds om de praktische, klinische situatie. Pols voegt daaraan als kenmerken van supervisie en werkbegeleiding nog toe: het circulaire leerproces, het leren in relatie, en vaste tijdsduur en frequentie (Pols, 2006).

Competentiegericht opleiden is het zodanig inrichten van de opleiding dat de opleiding aan het eind van de opleiding de competenties heeft die in het beroepsprofiel gedefinieerd zijn.

Het is ook een didactisch concept waarbij de persoon van de opleiding centraal staat. Bij aanvang en in de loop van de opleiding worden competenties getoetst. Wanneer bepaalde competenties bij de opleiding al aanwezig zijn hoeft hij hierover geen les of supervisie meer te volgen. Waar blijkt dat de opleiding bepaalde competenties moeilijk onder de knie krijgt, is extra oefenen en begeleiding gewenst. Het is een leertraject op maat, waarbij niet zozeer de leerstof centraal staat als wel de persoon van de opleiding. De opleidingsplek is belangrijk; daar immers kan de opleiding de competenties van ervaren collega’s afkijken, en daar kan *on the spot* geleerd worden. Toetsing en opleiding

vindt meer op de werkplek zelf – dus binnen de GGz-instelling – plaats en minder geïsoleerd in bijvoorbeeld de cursus op de Rino of in het opleidingsconsortium.

Hoever zijn de ontwikkelingen?

In het bedrijfsleven wordt al jaren competentiegericht opgeleid en getoetst. Werknemers worden op competenties beoordeeld, zij krijgen POP (Persoonlijk Ontwikkelings Plan) gesprekken waarin doelen in termen van competenties gesteld worden, en hun honorering wordt hierop afgestemd. Ook het HBO- en MBO-onderwijs is competentiegericht opgezet. We hebben de afgelopen maanden in de media kunnen lezen dat er uitwassen zijn. Opleidingen hebben studenten hun diploma gegeven, terwijl ze niet genoeg voorbereid zijn op hun beroep. Het is de vraag of dit te maken heeft met vervuiling van de opleiding door bijvoorbeeld teveel invloed van managers of financiële belangen, of eerder met tekorten in (de uitvoering van) het competentiegerichte model. Het is immers zeer moeilijk om competenties te toetsen, zo zijn bijvoorbeeld intersubjectieve verschillen hierbij groot.

Binnen de medische beroepsgroep zijn alle basis- en specialistische opleidingen al competentiegericht opgezet. De psychiaters die in 2010 het plan HOOP ingevoerd hebben, zijn binnen deze beroepsgroep de hekkensluiters.

Onder leiding van de Stuurgroep Modernisering Opleiding Gz-psycholoog, Klinisch Psycholoog, Klinisch Neuro-

psycholoog en Psychotherapeut, worden competentiegerichte opleidingsplannen ontwikkeld. Deze stuurgroep, ingesteld door de Kamer Gz-psycholoog (KGzP) en het College Specialismen Gz-psycholoog (KSG) moet ervoor zorgen dat deze plannen qua opzet en structuur op overeenkomstige wijze worden vormgegeven en wat betreft niveau op elkaar aansluiten. Er lag al een competentieprofiel voor Gz-psychologen (Competentieprofiel, KGzP, 2010), dat definitief vastgesteld zal worden als ook de overige plannen gereed zijn. Daarnaast ligt er een concept Opleidingsplan Klinisch psycholoog (2011) en een concept Opleidingsplan Psychotherapeut (2012). Het concept Opleidingsplan Klinisch Neuropsycholoog is nog in de maak. Deze concepten zullen uiteindelijk door het College Specialismen Gz-psycholoog (het KP- en KNP-profiel) en de Kamer Psychotherapeut (het Pt-profiel) moeten worden vastgesteld. De commissies die hieraan werken grijpen deze ontwikkeling aan om de – vaak nog onduidelijke – verschillende identiteit van de beroepsgroepen van de post master psychologen te verhelderen. Hoe onderscheidt zich de rol van de gezondheidszorgpsycholoog van die van de klinisch psycholoog, en wat is daarnaast de rol van de psychotherapeut? Welke rol heeft de klinisch neuropsycholoog, naast de psychiater, neuroloog, klinisch psycholoog? De stuurgroep is bezig met afstemming van de profielen en werkt ook aan regelgeving en een implementatieplan. Er wordt hiermee en knap staaltje werk geleverd!

Competenties: variaties op het CanMeds-thema

Voor de competentieprofielen wordt als ordening gekozen voor de competentiegebieden conform het model van de Canadian Medical Education Directives for Specialists (Frank, 2005). Het CanMeds-model is het uitgangspunt voor alle medische vervolgopleidingen in Nederland. Ook bij paramedische beroepen wordt dit model steeds vaker gebruikt. Doorslaggevend voor deze keuze is dat het model zich als gangbaar en beproefd bewezen heeft. Doordat steeds meer opleidingen in de gezondheidszorg zich baseren op CanMeds, gaan de verschillende beroepsbeoefenaren en opleiders in de instellingen waar zij werken een meer eenduidig begrippenkader hanteren. Dat zou als positief effect kunnen hebben dat de opleidingen meer gaan samenwerken, bijvoorbeeld bij het inrichten van oefensituaties en bij toetsing!

In het CanMeds-model worden zeven competentiegebieden onderscheiden, die we hieronder toelichten (op basis van HOOP, 2010; Competentieprofiel Gz, 2010; concept Opleidingsplan Klinisch Psycholoog, 2011; en concept Opleidingsplan Psychotherapeut, 2012).

1. Medisch handelen, voor de Gz en KP vervangen door *psychologisch handelen*, en voor de psychotherapeut vervangen door *psychotherapeutisch handelen*.
2. Communicatie: onder andere het onderhouden van behandelrelaties; het aansluiten bij de hulpvraag; het betrekken

van de cliënt bij besluitvorming over diagnostiek en behandeling.

3. Samenwerking: onder andere het bijdragen aan ketenzorg; constructief multidisciplinair samenwerken; adequaat verwijzen; intercollegiaal consult.
4. Kennis en wetenschap: onder andere het onderbouwen van zorg op een wetenschappelijke wijze; ontwikkeling van vakkennis; scholing van professionals.
5. Maatschappelijk handelen: onder andere het bevorderen van gezondheid; het herkennen van determinanten van psychische stoornissen; vigerende visies binnen management en zorgbeleid kunnen plaatsen binnen maatschappelijke ontwikkelingen.
6. Organisatie: onder andere het kennen van de organisatie en de eigen functie daarbinnen; zorgdragen voor continuïteit van behandelingen.
7. Professionaliteit: onder andere het handelen volgens wettelijke regels en de beroepscode; passende maatregelen treffen als er incidenten in de zorg plaatsvinden; bewustzijn van grenzen in de eigen beroepsuitoefening; transparantie over het beroepsmatig handelen; het informeren van cliënten over klachtprocedures; inzet voor verantwoorde zorg.

Voor de basisberoepen Gz – psycholoog en psychotherapeut en de specialistische beroepen klinisch psycholoog, klinisch neuropsycholoog en psychiater – zullen binnen deze domeinen verschillende niveaus te onderscheiden zijn. Het is als opleider binnen deze opleidingen goed daar

weet van te hebben, en bewust te zijn van de overlap en het onderscheid tussen deze de opleidingen tot deze beroepen.

Binnen het concept Opleidingsplan Psychotherapeut (2012) zijn de competenties psychotherapie vooral in het eerste competentiegebied ondergebracht; dat heet dan ook psychotherapeutisch handelen, parallel aan de competentie medisch handelen. Er worden vier aspecten onderscheiden:

- 1) de psychotherapeut bouwt een therapeutische relatie op en onderhoudt deze;
- 2) de psychotherapeut plant het psychotherapeutische proces en maakt waar mogelijk gebruik van empirisch ondersteunde behandelvormen en interventies;
- 3) de psychotherapeut voert interventies uit;
- 4) de psychotherapeut evalueert de interventie.

Vervolgens zien we de overige zes CanMeds-competentiegebieden terug, zij het in een psychotherapeutgeoriënteerde herformulering.

Binnen HOOP vinden we de competenties voor de (psychiatrische) psychotherapie terug onder de competentiegebieden medisch handelen, maar ook onder communicatie, samenwerking en professionaliteit (Concilium Psychiatricum, 2009).

Bij de klinisch psychologen moeten we in het opleidingsplan ook wat zoeken naar de competenties psychotherapie. Waar het gaat om behandeling is de core business van de klinisch psycholoog de complexe pathologie; psychotherapie is hierbij (slechts) één van de behandelvormen. Onder competentiegebied psychologisch handelen, vinden we in het concept

Opleidingsplan Klinisch Psycholoog (2011) het verrichten van psychotherapie bij zeer complexe pathologie. Net als bij de psychiaters zullen we hun overige psychotherapeutische competenties moeten onderbrengen bij communicatie, samenwerking en professionaliteit.

Toetsen en portfolio

Toetsen is een ingewikkeld onderwerp. Het is al moeilijk om competenties voor specifieke beroepssituaties te formuleren, en dan is het een kunst om rekening houdend met de context in de werksetting van de opleiding (bijvoorbeeld de aard van de patiëntengroep en de setting) te beoordelen en te scoren. In verschillende opleidings- en praktijkinstellingen wordt op dit moment geëxperimenteerd met toetsen. Zo vindt tijdens de Gz-opleiding in Utrecht twee maal een praktijktoets plaats. Landelijk wordt er gewerkt aan het ontwikkelen van toetsen (een toetsenboek), die hierbij een hulpmiddel zullen zijn.

Er wordt onderscheid gemaakt tussen formatieve toetsen en summatieve toetsen. Formatieve toetsen moeten gericht helpen om vast te stellen of een competentie al dan niet getoond is, en deze leveren feedback op voor de opleiding zodat hij richting kan geven aan zijn leerproces. Deze vorm van toetsen vraagt om een reflectieve houding van de opleiding. Summatieve toetsen zijn selectief: de competenties worden al dan niet getoond en de opleiding is dus al dan niet geslaagd voor dat onderdeel.

Uiteindelijk bepaalt het voldoen aan de beroepsspecifieke competenties of een opleiding het gehaald heeft. In het leerproces zijn de uit te voeren taken toenemend complex, de beroepssituatie waarmee geoefend wordt is toenemend complex en de opleiding is toenemend zelfstandig. De praktijkopleiders en werkbegeleiders in de praktijkinstellingen zullen deze leerweg voor opleidingen ontwikkelen, waarbij collega's bijvoorbeeld mee kunnen helpen met toetsen en observeren.

In een portfolio laat de opleiding zien wat hij/zij bereikt heeft. Het is een dossier dat hij met zich meedraagt waarin observaties en feedback van werkbegeleiders ten aanzien van specifieke competenties, reflecties op de eigen ontwikkeling als professional, reflecties van supervisors, toetsen en casuïstiek-beschrijvingen opgenomen kunnen zijn.

Leerplan?

Natuurlijk wordt er altijd bij de start een inventarisatie van leerdoelen gemaakt, maar dat is nog weer even wat anders dan per leerdoel vervolgens een leerplan te maken. Supervisors zijn veelal niet gewend samen met de supervisant een persoonlijk, zo mogelijk SMART leerplan op te stellen met aandacht voor specifieke aspecten van competenties (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdgebonden). Het leerplan zou op die manier kunnen functioneren als een verbijzondering van het werkplan zoals dat in de P-opleiding gemaakt wordt door de opleiding en de praktijkopleider. Het grote

voordeel is dat er zodoende aan heel specifieke punten aandacht besteed kan worden. Want de opleiding kan wel als leerdoel hebben om te gaan met agressie, maar hoe gaan we dat dan doen? Of de opleiding blijkt, na enige tijd, grote moeite te hebben met 'vertrouwen hebben in de groep'. Hoe werken we daar aan? SMART wil in dit verband niets meer en niets minder zeggen dan concreet en haalbaar is binnen een bepaalde tijd.

Van competentie naar beoordelen

Een kennis- en of voortgangstoets kennen we in de opleiding tot groepspsychotherapeut niet. Het accent ligt sterker bij de formatieve toetsen. De opleiding maakt een verslag en brengt een bandje (audio/video) mee en krijgt daarover feedback. Echter, competentiegericht opleiden vergt van de supervisor dat deze feedback geeft op aspecten van competenties. Om een voorbeeld te geven. In HOOP worden aan elk van de zeven competenties vier deelaspecten onderscheiden. Zo gaat de competentie medische handelen over 1) kennis en vaardigheden overeenkomstig de *state of the art*, 2) het adequaat toepassen van het diagnostische, therapeutische en preventieve arsenaal van het vakgebied, 3) het leveren van effectieve en ethisch verantwoorde patiëntenzorg, 4) in staat zijn om snel over de vereiste informatie te beschikken en die toe te passen. Van (psychiatrische) psychotherapie wordt vervolgens gezegd dat het tweede genoemde aspect van medische handelen voorop staat,

dus het beschikbare arsenaal adequaat en waar mogelijk *evidence based* toepassen (Concilium Psychiatricum, 2009; vergelijk met de hiervoor genoemde vier aspecten van de competentie psychotherapeutisch handelen). Voor communicatie betreft het: effectieve behandelrelaties kunnen opbouwen en goed kunnen luisteren zodat op doelmatige wijze relevante patiënteninformatie op tafel komt; interpersoonlijke vaardigheden kan men het ook wel noemen. In feite gaat het dus om specifieke taken en verrichtingen, die beoordeeld worden in termen van feedback en het formuleren van concrete leerpunten, kort en goed: wat doe ik de volgende keer anders. Inmiddels heeft de zogenoemde korte praktijkbeoordeling (KPB) zijn intrede gedaan, al dan niet gericht op het beoordelen van specifieke vaardigheden. Het voordeel hiervan is onmiskenbaar het aspect van tussentijds evalueren. Inmiddels zijn in de opleiding tot psychiater ‘korte praktijkbeoordelingen psychotherapie’ ingevoerd, zowel voor de basis als voor de verdiepingsfase. De beoordeling van basale psychotherapeutische competenties in de opleiding tot psychiater omvat negen items:

- 1.1 De aios past verbale en non-verbale gespreksvaardigheden toe.
- 1.2 De aios stelt een behandelplan op met haalbare (SMART) therapeutisch doelen.
- 1.3 De aios houdt in de behandelrelatie rekening met persoonlijkheidskenmerken, de psychiatrische symptomen en de sociaal-culturele achtergrond van de patiënt.

- 1.4 De aios kan op adequate wijze een behandelrelatie opbouwen, onderhouden en beëindigen met de patiënt en de naast betrokkenen.
 - 1.5 De aios genereert in de werkrelatie met de patiënt en eventuele naast betrokkenen voldoende nabijheid om een vertrouwensrelatie op te bouwen en voldoende afstand om de werkrelatie veilig te houden.
 - 1.6 De aios sluit aan bij het motivationele stadium van de patiënt en past adequaat motivatietechnieken toe.
 - 1.7 De aios is in staat de innerlijke belevingen van de patiënt te bespreken en daarop met de patiënt te reflecteren.
 - 1.8 De aios kan veelvoorkomende (steungevende) interventies uitvoeren, zoals: erkennen, empathie uiten, stimuleren, structureren, adviseren en confronteren.
 - 1.9 De aios kan afweer, coping, weerstand, overdracht en tegenoverdracht in de werkrelatie met de patiënt herkennen en hanteren.
- Een dergelijke praktijkbeoordeling moet natuurlijk ook voor groepspsychotherapie te maken zijn.
- De supervisor en opleiding kunnen een opdracht formuleren, die de opleiding de volgende sessie zal zien uit te voeren. Intervenieren is zo’n vaardigheid. Een van onze supervisors had er meer dan aardigheid in stil te staan bij interventies: taal en formulering, helderheid, lengte, kracht, timing, toon. Dat leent zich uitstekend voor zo’n korte praktijkbeoordeling, evenals de verslaglegging.

In het concept Opleidingsplan Psychotherapeut (2012) wordt het uitvoeren van interventies in breder perspectief geplaatst en bekeken op aspecten als:

- 1) het afstemmen van het psychotherapeutisch proces op doelstellingen, fase en het soort behandeling, en het vasthouden van deze focus;
- 2) het selecteren van empirisch ondersteunde interventies en behandelvormen en het integreren van innovatieve interventies en behandelvormen;
- 3) het systematisch toepassen van psychotherapeutische methoden in het kader van een zorgvuldig opgebouwde en onderhouden relatie met de patiënt.

De opleiding wordt doorgaans geacht het theoretisch-technische deel van de opleiding af te ronden met zoiets als een paper over een al dan niet zelf gekozen thema. Een supervisietraject zou afgesloten kunnen worden met een paper over een casus. In geval van groepspsychotherapie zou gevraagd kunnen worden het hele traject nog eens te overzien. Welke ontwikkelingen hebben zich in de tijd voorgedaan, bij groepsleden, in de groep als geheel? Reflectie hierop blijft vaak achter en zo kan de opleiding blijf geven van overzicht over een behandelproces.

Competenties groepsdynamica en groepspsychotherapie binnen de Big-opleidingen

In de opleidingsplannen voor Gz, Pt en KP worden de competenties groepsdynamica en groepspsychotherapie niet expliciet

genoemd. Wel vinden we in het concept Opleidingsplan Psychotherapeut (2012) bij de omschrijving van de psychotherapeutische competenties een voetnoot: ‘...*daar waar in dit document wordt gesproken over “patiënt” kan ook “patiëntstelsel” dan wel “patiëntengroep” worden gelezen.*’

In de Big-opleidingen wordt sinds jaar en dag lesgegeven in groepsdynamica en groepspsychotherapie. In de opleiding tot klinisch psycholoog en tot psychotherapeut, en ook tot psychiater wordt meestal dertig uur lesgegeven in groepsdynamica en groepspsychotherapie. In de opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog loopt het aantal uren onderwijs uiteen van negen tot dertig uur.

Deze cursussen worden meestal gegeven door erkende cursusgevers van onze vereniging en zijn vaak opgezet en erkend als basiscursus groepsdynamica.

Als we ons nu afvragen welke competenties hierin aan bod komen, dan kunnen we ons accreditatiereglement erop naslaan. In een basiscursus (zie opleidingsreglement NVGP) komt aan bod:

- overzicht van verschillende soorten groepen in de gezondheidszorg;
- taak en proces van een groep omschrijven; het proces van de groep passend bij de groepstaak bevorderen;
- een groep opstellen (selecteren en samenstellen)
- de concepten cohesie, fasen, rollen, normen
- regressie en angst, weerstand in groepen, focaal conflict

- leidinggeven aan een groep, cotherapie
 - beëindiging in de groep en van de groep
- De hierboven geformuleerde thema's die in een basiscursus aan bod komen, kunnen omschreven worden in termen van competenties, en ook kunnen we kenmerkende beroepssituaties beschrijven, waarin deze competenties geoefend en getoetst kunnen worden.

Denk aan de kenmerkende beroepssituatie: het opzetten van een groep. Competenties die hierbij ontwikkeld kunnen worden zijn: het beschrijven van de taakstructuur en gewenste procesaspecten; het schrijven van een folder; het indiceren van patiënten. De volgende uitdaging is het vertalen van de competenties en kenmerkende beroepssituaties van de basiscursus NVGP naar de in CanMeds-gebieden ingedeelde competenties die we hanteren in de Big-opleidingen. Een van ons geeft deze cursus zowel in de Gz- als in de Pt- als in de KP-opleiding, en gaf deze eerder in de psychiatrieopleiding. In de uitvoering van de cursus sluit zij aan bij de praktijkervaring, leervragen en dus ook de kenmerkende beroepssituaties van de cursisten. Gz-opleidingen begeleiden vaak stoornisgerichte protocollaire groepen. In de les wordt dan geoefend met het bevorderen van cohesie en interactiebevorderende interventies passend bij de taak van dergelijke groepen. Cursisten in de KP-opleidingsgroepen hebben in hun praktijkinstellingen vaak een verantwoordelijke rol in het begeleiden van teams; soms moeten zij een nieuw behandelprogramma implementeren. Dan gaat het in de cursus bijvoorbeeld om het leren gebruiken van

groepsdynamische concepten bij het analyseren van dynamiek in teams en behandelorganisaties en het bevorderen van de gewenste veranderingen. In de opleiding tot psychotherapeut hebben cursisten meer gelegenheid om psychodynamische groepen of MBT-groepen of schematherapiegroepen te begeleiden. Dan kan in de basiscursus naast basale concepten als fasen en rollen ook aandacht worden besteed aan angst en weerstand in groepen, focaal conflict, regressie, et cetera.

In het opleidingsreglement van de NVGP kennen we ook de specialistische cursus, die een voortzetting, verbreding en verdieping moet zijn bovenop de basiscursus. Hierin wordt het groepsdynamische referentiekader gecombineerd met een van de andere referentiekaders, zoals het cognitief-gedragstherapeutische, psychoanalytische, systemische of systeemtheoretische referentiekader. Ook hier is een vertaling naar groepstherapeutische competenties en vervolgens koppeling naar het CanMeds-model van de Big-beroepen belangrijk.

Competenties van de supervisor

De supervisor kan niet meer volstaan met de klassieke *body of knowledge* van de groepspsychotherapeut. Hij moet op de hoogte zijn van de onderscheidende competenties van een psychotherapeut, een Gz-psycholoog, een klinisch psycholoog en een psychiater, en een beeld hebben wat dat betekent voor wat zij moeten leren over groepstherapie.

Supervisoren moeten op de hoogte zijn van

nieuwe ontwikkelingen binnen de groepspsychotherapie, waarbinnen naast het psychodynamische en interactionele kader het schemagerichte, cognitief gedragstherapeutische en MBT-kader belangrijk geworden zijn. In de Big-opleidingen wordt aansluitend bij de richtlijn gestuurde organisatie van de GGz stoornisgericht opgeleid. Dat betekent dat wij naast generieke thema's uit de groepsdynamica (zoals cohesie, normen, rollen en fasen in de groep) ook specifieke deskundigheid met betrekking tot het hanteren van groepsdynamische processen in stoornisgerichte groepen moeten overdragen. Het begeleiden van een groep voor dwangstoornissen, een groep voor verslavingsproblemen en een groep voor cluster C-persoonlijkheidsstoornissen vraagt om specifieke kennis en vaardigheden.

Het competentiegerichte opleiden vraagt daarnaast onderwijskundige vaardigheden van de supervisor. De supervisor moet in staat zijn om samen met de supervisant de aanwezige competenties vast te stellen en welke competenties verworven moeten worden, rekening houdend met het ingebrachte probleem, de klinische context, de opleidingscontext, richtlijnen voor effectief behandelen, de mate van onzekerheid en de ontwikkelingsfase van de supervisant.

De supervisor moet samen met de supervisant leeractiviteiten bedenken die leiden tot het verwerven van de vastgestelde competenties (leerplan). Wat kan ik doen om voor de volgende supervisie zitting te oefenen met bijvoorbeeld het herkennen en bevorderen van constructieve normen in een groep? De supervisor observeert hoe de

supervisant werkt, bijvoorbeeld door het bekijken van opnames van therapie sessies en het uitvoeren van rollenspelen. Hij geeft de supervisant feedback waarbij hij de eindtermen van de opleiding hanteert. Nog een aandachtspunt: supervisoren en docenten zullen meer voordoen en demonstreren en op die wijze feedback genereren. De supervisor toont zich bereid om zich professioneel te blijven ontwikkelen door het deelnemen aan intercollegiale toetsing, intervisie, nascholing gericht op het onderhouden en vergroten van supervisorcompetenties en hanteert actuele richtlijnen die gelden voor goed supervisorschap (Pols, 2006; Beunderman en Van der Maas, 2011).

Basis of specialisme?

De competentiegerichte opleiding bij de Big-opleidingen is in een gevorderd stadium. Voor onze vereniging is er werk aan de winkel. Het moment is aangebroken om de groepstherapeutische competenties van onze opleiding te expliciteren en onze opleiders handvatten te bieden om deze in te passen in de post-masteropleidingen.

Willen wij als specialistische psychotherapievereniging een specialisme blijven bieden bovenop de psychotherapie opleiding (zoals het altijd al was), en om welke competenties gaat het dan? Willen we ook een opleiding groepstherapeut bieden bovenop de Gz-opleiding?

We zullen competentiegerichte onderwijsvormen en toetsen moeten ontwikkelen en een aantal kenmerkende beroepssituaties

moeten beschrijven. Denk aan:

- het opzetten en begeleiden van een (bijvoorbeeld MBT-)psychotherapiegroep;
- het werken met groepen in de forensische setting;
- het leiden van een veranderingsproces in een team;
- het opzetten van een groep voor patiënten met angststoornissen.

Voor dergelijke kenmerkende beroepssituaties kunnen we competenties formuleren, we kunnen de opleiding hiervoor handvatten aanreiken en observeren of hij hieraan kan voldoen. Zo zijn voor het opzetten van de groep voor angststoornissen deelcompetenties: het kunnen omvormen van een individueel protocol naar een groepsprogramma; het bevorderen van een groepsproces passend bij de groeps-taak; het uitleggen van de behandelrationale in de groep en groepsleden hiermee weten te verbinden; het omgaan met dropout; het hanteren van vermijding in de groep. Ondertussen is het zo dat in het competentieprofiel psychotherapie voor psychiaters in opleiding de competenties groepspsychotherapie niet geplaatst zijn in het basisdeel of in het verdiepingsdeel, maar in het deel specialistische cursussen (Taakgroep Psychotherapie NVvP, 2010-2011). Aangezien de opleidingen zelf keuzes maken, zal dus niet elke psychiater in opleiding deze specialistische cursus volgen.

Eerste proeven van formulering van competenties

Tijdens de jaarlijkse opleidersdag van de NVGP in 2011 omschreven Peter Groen en

Manu Dehouck welke competenties de cliëntgerichte en de psychodynamisch georiënteerde groepstherapeut in huis moeten hebben. U vindt hun bewerking van deze lezingen in dit nummer (Dehouck, 2012; Groen, 2012).

Beiden starten met een formulering van competenties die de therapeut als persoon moet hebben. De cliëntgerichte groepstherapeut moet aldus Dehouck ‘... liefde en de zorg hebben voor zichzelf als beheerder van zijn eigen instrumentarium.’ Verderop stelt hij: ‘Gezien het complexe krachtenveld van een groep moet de therapeut persoonskenmerken hebben als innerlijke consistentie en het vermogen om angst, onzekerheid en narcistische krenking te verdragen, en naar eigen signalen kunnen luisteren’.

De psychodynamisch groepstherapeut moet volgens Groen ‘contact hebben met en zich vrij voelen ten opzichte van het eigen mentale proces. Hij moet zich over kunnen geven aan vrije aandacht en fantasieën, gevoelens, gedachten, overdrachten en tegenoverdrachten, en daarmee een welwillende houding kunnen hebben ten opzichte van datgene wat patiënten in een therapiegroep vertellen en inbrengen.’

Daarnaast benoemen Groen en Dehouck specifieke competenties voor respectievelijk de psychodynamische therapeut en de cliënt gerichte therapeut. Groen heeft het over het herkennen en bewerken van het groepsfocaal conflict, herkennen en hanteren van gefixeerde rollen in de therapiegroep, herkennen van de verschillende afweermechanismen en weerstand in de

therapiegroep en het hanteren van afwijkingen van de psychoanalytische grondregel. Bij Dehouck staat het begrip vertrouwen centraal, onder andere het vertrouwen in de innerlijke structuur en innerlijke dynamiek van de groep. Helaas werkt hij dit niet uit. Hoe stel je vast of deze competentie bij de supervisant aanwezig is?

Ook hebben zij aandacht voor de wijze waarop geleerd wordt. Dehouck stelt dat het gaat om gevoeld inzicht dat verworven kan worden doordat opleiders vertrouwen en aandacht geven aan de persoon van de opleiding, die zich in zijn opleiding gaat ontvouwen, steviger wordt en meer gedifferentieerd. Bij Groen gaat het om impliciet leren. De psychoanalytische houding kan het best ontwikkeld worden in een supervisie waarin de groepsfocale conflicten in de therapiegroep besproken worden en de overdrachtsreacties van de supervisant, die mogelijk een weerspiegeling van de groepsdynamiek zijn.

Tot slot: uitdaging

Groen en Dehouck lijken nog weinig beeld te hebben van competenties (profielen) en lijken ook weinig binding te hebben met de actuele ontwikkelingen binnen de Big-opleidingen. Dat is dan ook de beperking van hun inbreng.

Het lijkt ons belangrijk dat we ons als vereniging verdiepen in de principes en didactiek van het competentiegericht opleiden, dat we de eisen aan onze cursussen in termen van competenties formuleren en zo ook de eisen aan onze opleiders.

Een volgende stap is ook het nadenken over de plek die onze deskundigheid kan hebben binnen de afzonderlijke Big-opleidingen. Passend bij de beroepsidentiteit en het werkveld van de gezondheidszorgpsycholoog zouden we ons kunnen voorstellen dat wij binnen de diverse opleidingen vooral deskundigheid over groepsdynamica kunnen aanreiken, gezien de (vaak protocolaire) stoornisgerichte groepen die gegeven worden. Aan de klinisch psycholoog in opleiding kunnen wij veel leren over complexe groepsdynamische processen in teams die zij leiden, en over processen bij het opzetten en het invoeren van nieuwe behandelprogramma's. De kennis over psychodynamische groepen, *client centered* groepen, MBT- en schemagroepen verdient haar plekje binnen de psychotherapieopleiding.

Teveel naar binnen gericht blijven kan het failliet worden van de specialistische psychotherapieverenigingen. Laten we oppassen dat we de boot niet missen: we hebben zoveel deskundigheid in huis!

Literatuur

- Beunderman, R. & Maas, F. van der (red.), (2011). *Supervisie in de GGZ. Een oriëntatie op de praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Concilium Psychiatricum van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009). *Herziening Opleiding en Onderwijs Psychiatrie (HOOP)*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dehouck, M. (2012). Vertrouwen, een competentie in cliëntgerichte/experientiële groepspsychotherapie. *Groepen*, 7 (2), p. 32
- Frank, J.R. (Ed.), (2005). *The CanMEDS 2005 physician competency framework. Better standards. Better physicians. Better care*. Ottawa: The Royal College of Physicians and Surgeons of Canada.
- Groen, P. (2012). Ter inzage. Over psychodynamische groepspsychotherapie, één van de theoretische en therapeutische referentiekaders in de NVGP. *Groepen*, 7 (2) p. 40
- Pols, J. (2006). *De psychiater als coach*. Utrecht: de Tijdstroom.
- En:
- Taakgroep Psychotherapie NVvP (2010-2011). *Competentieprofiel psychotherapie*. Utrecht: NVvP.
- Concept Opleidingsplan Psychotherapeut (Sjoerd Colijn, Hanneke Hoekstra, José Hoogeboom, Jos de Keijser, Helen Michielsen, Roelof Wolters), 2012.
- Concept Opleidingsplan Klinisch Psycholoog (Liesbeth Eurelings, Ger Keijsers, Hanneke Hoekstra, José Hoogeboom, Sacha Lamers, Maaïke van der Loon, Sanne Schuurkes), 2011.
- FGzP Jubileumsymposium 'Specialismen in ontwikkeling', 19-3-2012. Presentaties Ger Keijsers en Jos de Keijser. Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (z.j.). *Visie op psychotherapie. Visiedocument*. Utrecht: NVvP.
- Opleidingsreglement Nederlandse Vereniging voor Groepsdynamica en Groepspsychotherapie. NVGP, www.groepspsychotherapie.nl
- Voorlopig Competentieprofiel Gz-psycholoog (Versie 3.0; Anneke Bakker, Theo Bouman, Valerie Hoogendoorn, Lonneke Luycks, Willy Millenaar, Cas Schaap, Marc Verbraak en Sako Visser). Werkdocument Kamer Gezondheidszorgpsychologen, 2010.