



Brussel, 5 avril 2022

*ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES PRATICIENS  
D'ORIENTATION PSYCHANALYTIQUE*

*REPRÉSENTÉE À LA COMMISSION DES PSYCHOLOGUES  
ET AU CONSEIL SUPÉRIEUR DES INDÉPENDANTS*

aan de Heer Frank Vandenbroucke,  
Minister van Volksgezondheid en sociale zaken

Aan de Heer David Clarinval,  
Minister van Middenstand en zelfstandigen  
Ter kennisgeving

Aan de Heer Joris Lagrou  
Voorzitter van de psychologencommissie  
Ter kennisgeving

Geachte Minister,

Ondanks de bewondering en dank die ik u verschuldigd ben voor het immense werk dat u op het hoogtepunt van de pandemie hebt verricht, voel ik mij genoodzaakt u een brief te sturen die u onaangenaam, wellicht ook ondiplomatisch in de oren zal klinken. Hiervoor alvast mijn verontschuldiging. Mag ik u toch vragen om de tijd te nemen om hem helemaal te lezen? De inzet is hoog, de feiten zijn overweldigend. Als uw kabinet weigert ons te ontvangen, kan het op zijn minst wel tijd vrijmaken om te reageren.

Helaas word ik gedwongen ondiplomatisch te zijn. Gezien de manier waarop uw kabinet te werk gaat en de schade die het heeft aangericht, heb ik geen keus. Covid kan niet voor alles een verontschuldiging zijn. Als het al stuitend is dat brieven van erkende beroepsverenigingen, die rechtstreeks door uw beleid worden geraakt, worden genegeerd, is het nog erger om wetgeving uit te vaardigen, zonder bekwame gesprekspartners, inzake een materie waarover uw adviseurs klaarblijkelijk onwetend zijn. Ik heb het over de geestelijke gezondheid. De dwingende maatregelen die u oplegt, met hun kostenplaatje, houden op geen enkele wijze rekening met de specificiteit, de reële behoeften en de wetenschappelijke benadering van deze sector. Erger, deze maatregelen zijn een gevaar voor de basis zelf van het klinische werk in de geestelijke gezondheidszorg.

Ik twijfel niet aan uw goede trouw. Ik beschuldig u niet van opzet. Ik herlees gewoon het interview dat op 15 februari in de krant Le Soir is verschenen. Voorbij de beschrijving van de huidige en toekomstige mirakelen, getuigt het vooral van een gebrek aan kennis op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg. Alleen al de notie "eerste lijn" geeft de toepassing aan van een technisch-medisch schema dat onverenigbaar is met de therapeutische vrijheid van de klinisch psycholoog en met de keuzevrijheid van de patiënt. De overgang van de "generalist" naar de "specialist", via de "deskundige", voor degenen die

"geconventioneerd" zijn, verloopt op dezelfde manier, vanuit een hiërarchie van symptomen, volgens een model dat geen verband houdt met de klinische realiteit van het werk in de geestelijke gezondheidszorg. De zeldzame specialisaties komen geenszins overeen met een typisch medisch model.

Meer nog, een "algemeen" consult vereist niet minder bekwaamheid dan de opvang van een zwaar delier. Men kan nooit van tevoren inschatten welke diepten al dan niet verborgen liggen onder een ogenschijnlijk onschuldige klacht. Bij gebrek aan voldoende opleiding - en een universitaire opleiding zal nooit genoeg zijn - horen wij niet, bagatelliseren wij, dramatiseren wij, misleiden wij. En vooral, de therapeutische relatie is niet inwisselbaar. Het is geen instrument, te nemen of te laten, naargelang de techniek of de diagnose. Het krijgshaftige beeld van de "eerste lijn" is alleen relevant bij de dringende debriefing van grote collectieve trauma's.

Maar het ergste moet nog komen. Uw stelling, Minister, dat "de patiënt ondeelbaar is" en dat "geestelijke en somatische gezondheidsaspecten nauw met elkaar verbonden zijn" hoeft niet meer aangetoond te worden. Het besluit dat klinisch psychologen daarom "verplicht zijn een verslag te delen met de huisarts van de patiënt", zoals "in de somatische gezondheidszorg", toont echter geen enkel logisch verband met die oorspronkelijke stelling - laat staan enige praktijkervaring. Het is een stelling ontbloot van een klinische, sociale en wetenschappelijke basis : vooral voor psychologen die spontaan, altijd al, hebben samengewerkt met psychiaters en huisartsen.

In feite worden we geconfronteerd met een beginsel (het verslag delen met de huisarts) waarachter een heel andere "logica" schuilgaat dan die van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de zorg. Eerder is het corporatistisch gelobby van enkele slecht opgeleide psychologen, die bereid zijn genoegen te nemen met een paramedisch statuut, en hun autonomie en hun specificiteit op te offeren op het altaar van het RIZIV voor enkele euro's meer (75 euro voor enkele geconventioneerde sessies, tegenover gemiddeld 60 euro, buiten de conventie, voor psychologen die in het Brussels Gewest werken). Het stimuleren van de interdisciplinariteit is hier slechts het verkoopsargument van een de facto paramedicalisering - en dit is des te ernstiger omdat een deel van de beperkingen die aan conventionele psychologen worden opgelegd, zonder onderscheid worden toegepast op alle clinici, die thans onderworpen zijn aan een "erkenning" die hun bekwaamheid niet garandeert.

Het elektronische patiëntendossier (EPD) dringt zich op als voor de hand liggend en als belangrijk hulpmiddel in het veld van de technisch-medische praktijk. In de somatische geneeskunde, kan het levens redden. Maar het is belangrijk niet alles door elkaar te halen. Hoewel de klinische psychologie deel uitmaakt van de gezondheidszorg is het geen medische praktijk. Een strikt beroepsgeheim maakt deel uit van haar verantwoordelijkheid. In de somatische geneeskunde is dit echter zo goed als verdwenen. In het georganiseerde universum van het EPD blijken overal datalekken. Een orthopedisch chirurg vertelde mij dat hij onlangs een bekend politicus had gezien. De volgende dag raadpleegde de arts een medische databank waar hij - zonder dat hij daarnaar had gezocht - te weten kwam dat zijn patiënt vorig jaar een ontwenningkuur voor alcohol had ondergaan - een aspect van zijn leven dat hij liever verzweg. Het is goed te weten dat elke dorpsapotheker die tijdens de vakantie toevallig wordt geraadpleegd, momenteel - ongevraagd - commentaar kan geven op onze HIV-behandeling.

Wat al onaanvaardbaar is in een medische context, is dat helemaal in het domein van de klinische psychologie. Afgezien van het feit dat de uitholling van het beroepsgeheim een ernstige bedreiging vormt voor de democratie (het beroepsgeheim is een zaak van publiek recht), brengt het op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg elke therapeutische relatie in gevaar. Psychisch lijden is geen ziekte. Het ontsnapt aan het gestandaardiseerde schema van "diagnose-zorg-zorg-specialisatie". Het maakt deel uit van ons hele relationele veld. Naast het lijden dat voortkomt uit een handicap, conflicten, trauma's en rouwprocessen, zijn er gevoelens van mislukking, machteloosheid en schaamte die mensen ervan weerhouden hulp te zoeken. Depressie en burn-out worden vaak ervaren als een mislukking of een fout - dat is de reden waarom veel patiënten hun intimiteit niet delen met hun huisarts, om hun gevoel van eigenwaarde te behouden. Het komt elke therapeut toe om, met de nodige omzichtigheid en geval per geval, te beoordelen of het al dan niet wenselijk is met andere beroepsbeoefenaars in de gezondheidszorg samen te werken.

Moeten we herhalen, mijnheer de minister, hoe onverantwoord het is om op het gebied van de geestelijke gezondheid wetten op te leggen zonder rekening te houden met, of zelfs maar geïnformeerd te willen worden over, het specifieke karakter en de behoeften op dit gebied? Het RIZIV een zaak uitbesteden waarover dit instituut (maatschappelijk onmisbaar, maar specifiek gewijd aan de budgettaire codering van de handelingen van de technisch-organische geneeskunde) niets van afweet. In werkelijkheid komt de dure marketing van "geconventioneerde" psychologen alleen deze psychologen zelf ten goede, zonder de garanties te bieden van de ernst en het teamwerk zoals dat bijvoorbeeld bij de CGG's te vinden is. Het is een zuiver corporatistische operatie. Erger nog, het verhindert de best opgeleide klinisch psychologen te werken volgens de deontologie van hun beroep. Ik beklemtoon dit "best opgeleid" omdat het een echt criterium ter afbakening is: het gebrek aan bekommernis om het beroepsgeheim, het ontbreken van een ingesteldheid inzake het EPD, is een teken van een ernstig gebrek aan ervaring met klinische situaties.

Hoe kunt u rechtvaardigen, minister?

- om met minachting te weigeren ("We zullen u schrijven") om de enige erkende nationale vereniging te ontvangen, uitsluitend samengesteld uit klinisch psychologen en psychotherapeuten (APPPSY); een vereniging die de spil was van de wet Onkelinx (2014) over de geestelijke gezondheid, de klinische psychologie, de psychotherapie (gestemd onder applaus van de Kamer); en de initiatiefnemer van een echte Hoge Raad voor de Beroepen in de Geestelijke Gezondheidszorg, die de diversiteit van de actoren van het echte veld vertegenwoordigt. Deze Raad, voorzien door de wet van 2014, werd geacht te reflecteren over inhoudelijke kwesties en oplossingen voor te stellen die aansloten bij de maatschappelijke realiteit. De wet was het resultaat van 15 jaar werk (begonnen onder het kabinet Demotte) dat leidde tot een consensus van alle betrokken actoren. De raad werd gesaboteerd door de wet De Block (2016) en vervangen door een zuiver corporatistisch orgaan met een arbitraire samenstelling, dat in het geheim werkt, met een verbod om buiten het kader van de wet van 2016 te treden. De samenstelling van deze raad is niet die van een Raad voor de geestelijke gezondheid. Hij heeft zich zijn naam toegeëigend. Er zitten zeker waardevolle mensen in, maar de adviezen zijn niet geloofwaardig en de voorzitter heeft geen legitimiteit

- om niet te antwoorden op de brieven die u attent maken op bepaalde ernstige problemen - waaronder zelfs brieven van het kabinet van de FOD-Middenstand

- om geen rekening te houden met de Algemene verordening gegevensbescherming (GDPR); de adviezen van de gegevensbeschermingsautoriteit (GBA), het Grondwettelijk hof en de Hoge gezondheidsraad (HG)

- *om zonder overleg juridische of administratieve teksten op te stellen die de regels van de wet van 1993-2013 ter instelling van de Psychologencommissie, haar tuchtcolleges en haar deontologische code, overtreden of onduidelijk houden.*

- om de klinische psychologen te dwingen om te werken binnen een administratief en klinisch kader dat hen verplicht de belangrijkste voorschriften van hun deontologische code te schenden - een code waarvan de eerbiediging een voorwaarde is voor het voeren van de titel van "psycholoog

- om geen aandacht te schenken aan de belangrijke - democratische en klinische – inzet, gedragen door de kwestie van het beroepsgeheim in het domein van de geestelijke gezondheidszorg - en dit ondanks de vele waarschuwingen die wij in een afzonderlijke brief uitvoerig aan de orde zullen stellen.

Maar misschien kan uw kabinet, minister, verzachtende omstandigheden inbrengen ?

- Vooreerst heeft het noodzakelijkerwijs het gebrek aan belangstelling voor geestelijke gezondheid geërfd dat de meeste van uw voorgangers aan de dag hebben gelegd. Een te betreuren vergissing. Betaalbare zorg op het gebied van de geestelijke gezondheid heeft immers een belangrijk preventief effect in het geheel van het veld van de gezondheid. Volgens mijn contacten schijnt het budget voor geestelijke gezondheid nooit meer dan 5% van het totale budget voor gezondheidszorg te hebben bedragen - tot 2020, toen het zou zijn gestegen tot ongeveer 6%. Ik zeg dit onder voorbehoud omdat mijn vriend Pierre Pestieau (ULG, docent en onderzoeker in Openbare Financiën) me heeft verteld dat er in België niet genoeg betrouwbare gegevens zijn om een precies cijfer te bepalen.

- ten tweede zijn uw medewerkers in de voetsporen getreden van Maggie De Block. Deze minister werd verondersteld de uitvoeringsbesluiten op te stellen van de wet Onkelinx (2014) over de klinische psychologie, de psychotherapie en de beroepen in de geestelijke gezondheidszorg, een wet die door alle partijen, behalve N-VA en het Vlaams Belang, werd aangenomen. Bij haar aantreden heeft mevrouw De Block verklaard dat "deze wet ziek was, en dat hij moest worden hersteld" (sic): een merkwaardige opvatting over de geneeskunde - maar de competentie van de vorige minister van Volksgezondheid staat niet meer ter discussie. Zij was het die, in maart 2020, de artsen die in het begin van de pandemie alarm sloegen, "drama queens" noemde. Zij was het ook die zich liet omringen door twee ervaren raadgevers op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg: een internist uit Gent die nooit de minste belangstelling voor het onderwerp had getoond; een licentiaat antropologie van de KUL, die als enige staat van dienst de minister van "Asiel en Migratie" had bijgestaan. Maar we moeten er ook een specialist van buiten het kabinet aan toevoegen: een corporatistische psycholoog, nog steeds aan het werk, directeur van de VVKP, betaald om te lobbyen, die niet aarzelt om rigoureuus te argumenteren. Bijvoorbeeld: als Francis Martens de wet De Block als een bedreiging van het beroepsgeheim ziet: "Hij liegt. Meer nog, hij liegt opzettelijk" (sic). Dit wetenschappelijk advies werd in beide talen gepubliceerd op de officiële website van de Belgische federatie voor psychologen. Het was onder invloed van dit lobbyen dat minister De Block weigerde de APPPsy te ontvangen - wat haar er niet van

weerhield om tijdens een persconferentie en vervolgens voor de Gezondheidscommissie van de Kamer te verklaren dat zij ons twee keer had ontvangen. Dit is het niveau van het debat.

Het is verontrustend omdat dit gebrek aan reflectie en overleg, deze onderwerping aan een louter corporatistische inzet, resulteert in RIZIV-codes die geen verband houden met de werkelijkheid, en tot het opleggen van een elektronisch persoonlijk dossier (EPD) dat psychologen verhindert te werken in overeenstemming met de deontologische en relationele vereisten van hun beroep.

Ik besluit, mijnheer de Minister, met enkele bakens (zonder bibliografische verwijzingen om de tekst niet te lang te maken) die ons helpen om het gebied van de geestelijke gezondheid te onderscheiden van dat van het technisch-medisch beheren van de organen:

1) Geestelijke gezondheid en sociale gezondheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Hoewel de geestelijke gezondheidszorg deel uitmaakt van de gezondheidszorg, kan die geenszins beperkt worden tot de geneeskunde. Het economisch-psychosociale domein van de preventie gaat veel verder dan dat. In de geestelijke gezondheidszorg lijkt de zorg zelden op een medische behandeling

2) In de geestelijke gezondheidszorg hebben we zelden te maken met ziekten (diseases), laat staan stoornissen (disorders). Volgens de antropologie van de geneeskunde is het belangrijk een onderscheid te maken tussen "illness" (ziekte als een toestand van individueel lijden), "sickness" (ziekte als een sociaal verschijnsel), en "disease" (ziekte als een medisch nosografische eenheid). Er zij op gewezen dat het zuiver statistische begrip "stoornis" alle psychopathologische beschouwingen heeft vervangen, via het progressieve opleggen, in de psychiatrie, van de Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM). Dit gecodificeerde lexicon, ontworpen in de Verenigde Staten, moest psychiaters van over de hele wereld in staat stellen beter met elkaar te communiceren. In de greep van het farmaceutisch management is het omgevormd tot een gecodeerd repertoire van de meest heterogene afwijkingen van de norm, met het doel de overeenkomstige moleculen voor te schrijven. Onlangs heeft de Hoge Gezondheidsraad in ons land gewaarschuwd tegen een ondoordacht gebruik van de DSM.

3) Individueel lijden is altijd relationeel, en men kan het lijden "van de ziel" nooit scheiden van somatisch leed. In de geestelijke gezondheidszorg komen we veel ziekten tegen - zoals kanker - die lijden veroorzaken, en nog meer lijden dat ons ziek maakt - door ons immuunsysteem te verzwakken en ons bloot te stellen aan het uitlokken van diverse exogene of endogene ziekten, of door ons tot riskant gedrag te dwingen. Dit betekent niet dat achter elke psycholoog een immunoloog moet worden geplaatst, maar wel dat politiek rekening moet worden gehouden met het economische en sociale belang van het werk in de geestelijke gezondheidszorg, op vlak van preventie.

4) Bij consultaties in de geestelijke gezondheidszorg is het verschil tussen "lichte tot matige" stoornissen en "ernstige" stoornissen die "gespecialiseerde" zorg vereisen, niet pertinent. Geïnspireerd door de DSM ("stoornissen" voor psychiaters, "problemen" voor psychologen), is dit mimetisch ten opzichte van een semiologie van het medische type. In de klinische psychologie wordt de diagnose geconstrueerd binnen de relatie en maakt ze reeds deel uit van een geïndividualiseerd therapeutisch traject. Slechts in uitzonderlijke gevallen moet een beroep worden gedaan op gespecialiseerde processen.

5) om structurele redenen kan de vorming in de psychotherapie niet uitsluitend aan de universiteit plaatsvinden (inschrijving in enkele gespecialiseerde modules en aanvullende cursussen): zij impliceert de kwalitatieve evaluatie van een persoonlijk rijpingsproces, en van een menselijke geschiktheid die niet kan worden teruggebracht tot het briljante verwerven van gespecialiseerde kennis. Nota bene : de faculteiten Psychologie zijn momenteel in elk geval overstelpt (meer dan duizend eerstejaars aan de ULB, in 2022), in die mate dat ze niet in staat zijn universitaire examens te organiseren die die naam waardig zijn, d.w.z. in verhouding tot de ontwikkeling van het kritisch denken. Laat ons het dan nog niet over de stages hebben. Ik spreek over de ULB omdat het een gerenommeerde faculteit is. In de praktijk zal een student die in 2020 afstudeert, tijdens zijn hele opleiding 2 of 3 persoonlijke examens hebben afgelegd. De rest zijn gewoon MCQ's: meerkeuzevragenlijsten, automatisch gecorrigeerd, waarbij vooral het vermogen om MCQ's te beantwoorden wordt beoordeeld, op een manier die vergelijkbaar is met televisieshows.

6) Geestelijke gezondheid en armoede zijn nauw met elkaar verbonden: sociologische studies hebben reeds lang geleden aangetoond dat het aantal psychiatrische consultaties toeneemt met de graad van armoede. Bovendien neemt de geestelijke gezondheid bij hetzelfde armoedeniveau af naarmate het sociale weefsel afbrokkelt: bijvoorbeeld wanneer men niet meer behoort tot een religieuze gemeenschap, sportclub of vakvereniging

7) Het is bijna een banaliteit, maar geestelijke gezondheid en sociale gezondheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Lang voor de covid-19-pandemie heeft de WHO vastgesteld dat depressie in de wereld de belangrijkste oorzaak van invaliditeit is geworden, en dat er een verband is tussen depressie en eenzaamheid, en werkloosheid. Hieruit blijkt de omvang van het spectrum van interventies op het gebied van de geestelijke gezondheid, en het gevaar van buitensporige medicalisering

8) Op het individuele therapeutische niveau is men het erover eens dat een combinatie van psychotherapie en medicatie een doeltreffende behandeling is van depressie. In de praktijk blijft het voorschrijven van antidepressiva echter wijdverbreid. Het voedt een enorme markt. Wetenschappelijk werd echter vastgesteld dat de nieuwste generatie antidepressiva - met name de selectieve serotonine heropname remmers (SSRI's) - niet beter werken dan placebo's, behalve in gevallen van ernstige depressie (Hirsch, I, 2008)

9) de kwestie van het "placebo-effect" is niet anekdotisch: gedurende driekwart eeuw hebben duizenden gerandomiseerde experimentele studies gemiddeld ten minste 33% placebo-effect aangetoond, bij alle genoemde therapieën, en voor alle bekende ziekten. In sommige gevallen loopt dit op tot 66% of meer. Dit atypische therapeutische effect betreft zowel psychotherapieën als chirurgische ingrepen. Het gaat er uiteraard niet om op avontuurlijke wijze placebo's voor te schrijven, maar om rekening te houden met wat objectief gezien op het terrein gebeurt: bijvoorbeeld inzake de onbetwistbare doeltreffendheid van behandelingen die objectief gezien excentriek zijn. In het kielzog van de verschijnselen van suggestie die in de 19e eeuw door Hyppolite Bernheim werden bestudeerd, vestigt het placebo/nocebo-effect de aandacht op de genezingsmechanismen die verborgen worden gehouden door de medische technieken die ons - om ons leven te redden - terugbrengen tot onze organen. In de praktijk houdt de technische geneeskunde geen rekening met het placebo-nocebo-effect, hoewel het de meest beproefde therapieën kan optimaliseren of tenietdoen ("nocebo" betekent in het Latijn: "ik zal schaden"). Dit gebied van de gezondheid werd belicht door wetenschappelijk onderzoek, maar wordt door de medische ideologie verdoezeld. De meeste praktijken in de geestelijke gezondheidszorg ontwikkelen zich echter op verwant terrein, voor zover zij de basisdynamiek van het

placebo-effect delen: het belang van de therapeutische relatie en de context als zodanig, het belang van het kunnen toekennen van een betekenis - zelfs als die denkbeeldig is - aan wat ons overkomt, het belang van het actief kunnen deelnemen - via het ritueel van een bepaalde behandeling - aan wat de ziekte ons oplegt.

Uit het voorgaande volgt dat het willen indelen van de geestelijke gezondheidspraktijken volgens de beheersnormen van de technisch-organische geneeskunde, neerkomt op een kortwieken en een ontkennen van hun specificiteit. Bovendien is het willen opleggen, aan de psychologen, van de schending van een deontologische code die door de wet wordt beschermd - en waarvan het beroepsgeheim de hoeksteen is - politiek verkeerd en klinisch onverantwoord.

Daarom verzoek ik u, mijnheer de minister, de opmerkingen in deze brief niet licht op te vatten.

Bovenal verzoek ik u geen maatregelen te nemen op het gebied van de geestelijke gezondheid zonder de bij de wet van 2014 ingestelde Hoge Raad voor de Geestelijke Gezondheidszorg te hebben ingesteld en geraadpleegd. In tegenstelling tot de corporatistische parodie die zich deze naam heeft toegeëigend, zou deze raad de diversiteit van de beroepsbeoefenaars op het terrein moeten samenbrengen: psychologen, psychiaters, huisartsen, pedagogen, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, vertegenwoordigers van de universiteit, opvoeders, psychotherapeuten, wijkagenten, onderwijzers, criminologen, ... Hij zou ook een Raad voor psychotherapie moeten oprichten, belast met het nadenken over de specificiteit van de vorming in die materie, naarmate die niet kan worden herleid tot een specialiteit die voorbehouden is aan psychologen, noch tot een gespecialiseerde universitaire opleiding.

Tenslotte verzoek ik u, mijnheer de minister, de prerogatieven van de Psychologencommissie te eerbiedigen, de enige instantie die wettelijk bevoegd is om de deontologie van alle psychologen te controleren, en houders van een masterdiploma psychologie toe te staan de titel "psycholoog" te voeren, op basis van de eerbiediging van een deontologische code die binnen de beroepsgroep is opgesteld en door de wet wordt bekrachtigd.

U dankend voor uw aandacht, verblijf ik,

*Francis Martens*  
président de l'APPPsy



[francis.martens@skynet.be](mailto:francis.martens@skynet.be)  
95, rue de l'Arbre-Béni  
1050 Bruxelles  
0496 80 72 13

<https://www.apppsy.be/>  
[info@apppsy.be](mailto:info@apppsy.be)