



www.DirectieveTherapie.nl

Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij
de Stichting Cognitie en Psychose.

Voor alle vragen:
info@gedachtenuitpluizen.nl

Cognitief herstructureren in de gedragstherapie en de psychoanalytische psychotherapie; een inhoudsanalyse van therapieessies

Marianne van Woudenberg, Alfred Lange en Ruscha Wijdeveld*

Samenvatting

In dit artikel wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de manier waarop analytische therapeuten en gedragstherapeuten tijdens zittingen proberen de cognities van patiënten te beïnvloeden. In een pilotstudie werd de betrouwbaarheid van een reeds bestaand categorieënsysteem (Jedding & Kaarsemaker, 1985) onderzocht en verbeterd. Vervolgens scoorden twee onafhankelijke beoordelaars audioregistraties, van therapieessies van acht analytische therapeuten en acht gedragstherapeuten, met betrekking tot het voorkomen van verschillende soorten cognitief herstructureren. Bij de vergelijking van de twee groepen viel op dat analytici weliswaar veel minder vaak verbaal intervierden dan gedragstherapeuten, maar dat beide groepen in vrijwel dezelfde mate trachtten de cognities van hun patiënten rechtstreeks te beïnvloeden. Wel waren er duidelijke verschillen in de manier waarop deze groepen de herstructurering tot stand trachtten te brengen.

In de afgelopen vijftien jaar is er in het onderzoek naar de behandeling van psychische stoornissen een toenemende aandacht voor cognitieve processen waar te nemen. De gedachte dat het beïnvloeden van de cognities tot belangrijke therapeutische veranderingen kan leiden heeft tot een verruiming van de therapeutische mogelijkheden geleid. In de bekende handboeken van Perris et al. (1988) en van Hawton et al. (1989) kan men lezen hoe diverse stoornissen met cognitieve therapie behandeld kunnen worden. Ook talloze tijdschriftartikelen over het beïnvloeden van zogenoemde foutieve of dysfunctionele cognitieve schema's illustreren hoe deze vorm van behandeling in de mode is geraakt. Het zogenaamde 'uitdagen' en het laten uitvoeren van gedragsexperimenten worden daarin als de belangrijkste technieken genoemd om patiënten tot het wijzigen van hun dysfunctionele cognities te brengen (Arntz, 1991).

Toch is het beïnvloeden van cognities niet een exclusief kenmerk van de cognitieve therapie en ook is het niet nieuw. In psychoanalytische therapieën wordt weliswaar niet de bewuste manipulatie van cognities gepropageerd, maar de procedure dient onder meer wel tot een verandering in het denken van de patiënt te leiden ('inzicht'). In bijna alle gezinstherapeutische stromingen wordt er al jaren op gewezen hoe belangrijk het is dat patiënten hun opvattingen over hun situatie wijzigen (Minuchin & Fishman, 1981; Clarkin et al., 1988; L'Abate et al., 1986; Epstein et al., 1988; Falloon, 1988). We treffen het ook aan in diverse vormen van individuele therapie. Pure gedragstherapie wordt bijvoorbeeld nauwelijks meer gepropageerd en ook in de

* DRS M. B. VAN WOUDEBERG (1959) is klinisch psychologe, als gastonderzoeker verbonden aan de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam.
DR. A. LANGE (1941) is Universitair Hoofddocent bij de vakgroep Klinische Psychologie van de Universiteit van Amsterdam, Roetersstraat 15, 1018 WB, Amsterdam.
DRS. R. WIJDEVELD (1959) is klinisch psychologe. Veel dank zijn wij verschuldigd aan dr. W. van den Brink en dr. P. Koele die ons adviseerden bij de verwerking van de data.

directieve therapie zien we al vele jaren dat het erom draait patiënten er op de één of andere manier toe te brengen anders tegen zichzelf, hun klachten en hun omgeving aan te kijken (Lange, 1991).

Het veranderen van cognities gebeurt niet altijd met strikte, als het ware geprotocolleerde technieken zoals deze bijvoorbeeld door Beck (1976), Perris et al. (1988) en Hawton et al. (1989) worden beschreven. Kaarsemaker et al. (1986) probeerden inzicht te krijgen in de manier waarop directieve therapeuten in ongeprotocolleerde behandelingen het cognitief herstructureren toepassen. Op grond van een literatuuronderzoek omschreven zij cognitief herstructureren als een verbale interventie die beoogt dat *'de patiënt op een andere dan de voor hem gebruikelijke manier over zijn problemen gaat nadenken zodat een therapeutisch gewenste verandering bevordert wordt'*. Een inhoudsanalyse van de door hen bestudeerde literatuur leidde tot een indeling in zeven (elkaar onderling uitsluitende) manieren van verbaal cognitief herstructureren. Het aanzetten tot gedragsexperimenten werd eveneens als een verbale interventie opgevat. Aan de hand van dit categorieënsysteem scoorden zij 24 therapiezittingen met in totaal 2836 verbale interventies van gedragstherapeuten en directieve therapeuten. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid, uitgedrukt in de maat Kappa (Cohen, 1968), varieerde tussen 0,9 (substantial) en 1,0 (almost perfect), wat inhoudt dat het inderdaad mogelijk is om de verschillende manieren waarop therapeuten cognities van patiënten beïnvloeden, goed van elkaar te onderscheiden. Verder bleek dat de helft van alle verbale interventies kon worden ondergebracht in één van de categorieën van herstructureren.

In het onderhavige onderzoek is ditzelfde categorieënsysteem gehanteerd om na te gaan of er verschil is tussen gedragstherapeuten en psychoanalytisch georiënteerde therapeuten, in de manier waarop en de mate waarin zij proberen de cognities van patiënten te beïnvloeden. In de eerste fase van het hier gepresenteerde onderzoek is het categorieënsysteem opnieuw uitgetest. Daarna zijn gedragstherapeutische en psychoanalytische sessies met behulp van het categorieënsysteem met elkaar vergeleken.

Onderzoeksmateriaal

Acht gedragstherapeuten en acht psychoanalytische therapeuten, allen gewoon lid van hun specialistische vereniging, leverden een audioband van een door hen uitgevoerde therapiesessie. Aangezien het in dit onderzoek gaat om door therapeuten bedoelde herstructurering is hun informatie gevraagd over de klachten die de patiënt bij de aanmelding had, het behandelingsplan en het centrale thema van de zitting. De behandelingen waren uitgevoerd bij patiënten met depressieve klachten, relatieproblemen, angststoornissen, of een combinatie daarvan. Terwille van de vergelijkbaarheid zijn de volgende inclusiecriteria gehanteerd:

- Het moest om een ambulante behandeling gaan.
- De patiënt moest ouder dan achttien jaar zijn.
- Het moest een zitting zijn uit het begin van de behandelfase. Dit hield in dat de taxatie min of meer moest zijn afgerond, dat er een vorm van behandelcontract moest zijn afgesloten en dat er in zekere mate van een vertrouwensband tussen de therapeut en de patiënt gesproken kon worden.
- De zitting mocht niet gewijd zijn aan de toepassing van een specifieke techniek, zoals systematische desensitisatie, hypnotherapie, ontspanningsoefeningen of vrij

associëren. De sessies van de analytische therapeuten dienden niet uit een psychoanalyse afkomstig te zijn, maar uit een therapie 'on analytic lines'.

Het categorieënsysteem

Er is uitgegaan van de zeven categorieën voor cognitief herstructureren, zoals uitgebreid omschreven en verantwoord door Jedding & Kaarsemaker (1985), en de 'nulcategorie', waarin geen cognitieve herstructurering voorkomt. Bij deze laatste categorie kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de glazenwasser met trilingst, die van zijn behandelaar de opdracht had gekregen om uit steeds vollere kopjes te gaan drinken, waarbij hij moest proberen zoveel mogelijk te trillen. Na zijn verslag reageerde de therapeut met: 'Ja, ja, dus het was moeilijk uitvoerbaar, om dat opzettelijk te doen. Wat ging nou beter, met volgeschonken glazen of met bekertjes?' Een ander voorbeeld van niet-herstructureren komt voor bij een student die moeite heeft met het leggen van sociale contacten en die tegen de zomer opziet omdat hij bang is dat niemand hem zal vragen mee te gaan met vakantie. Tijdens een etentje met een kennis kwam het gesprek op de vakantieplannen. De patiënt was zich steeds onbehaaglijker gaan voelen, waarop de therapeut reageerde met 'U zat te wachten tot hij zei: zullen we iets leuks gaan doen in de vakantie? Daar hoopte u op? En dan zou u ja zeggen?'

Hieronder worden de zeven categorieën van cognitief herstructureren kort omschreven.

- a. *Vergelijkingen maken.* De therapeut gebruikt een vergelijking om de patiënt iets duidelijk te maken. Op concreet niveau kan hij de patiënt vergelijken met zichzelf of met anderen. Op abstract niveau kan de therapeut gebruik maken van metaforen of parabellen.
- b. *Op consequenties wijzen.* Deze categorie omvat interventies waarbij de therapeut de patiënt wijst op de consequenties die diens opvattingen en gedrag kunnen hebben voor diens functioneren en levensgeluk. In deze categorie vallen ook de interventies waarin de therapeut zelf verbale consequenties aan het gedrag van de patiënt verbindt. Hij kan dit doen door 'belonend' of 'straffend' te reageren op hetgeen de patiënt naar voren brengt.
- c. *Adviezen, suggesties of opdrachten geven.* Het gaat er hierbij niet om of de patiënt de adviezen of suggesties ook werkelijk opvolgt of uitvoert, maar om de formulering van de therapeut.
- d. *Informatie verstrekken.* Het gaat hierbij om het verstrekken van feitelijke informatie, bijvoorbeeld over hyperventilatie. De voor de patiënten nieuwe informatie maakt het hun mogelijk een nieuwe visie op de klachten te ontwikkelen.
- e. *Herformuleren.* De therapeut herformuleert de eerder verkregen informatie van de patiënt. Hij kan dit doen door de informatie samen te vatten en daarbij bepaalde accenten te leggen. 'Heretiketteringen' vallen ook in deze categorie.
- f. *Informatie inwinnen.* Door vragen te stellen kan de therapeut de patiënt uitdagen, op nieuwe gedachten brengen en nieuwe perspectieven openen. Een kenmerk van deze

techniek is dat de vraag beoogt impliciet een voor de patiënt nieuwe gedachte/cognitie te formuleren.

g. Ter discussie stellen van het taalgebruik van de patiënt. Deze techniek wordt vooral binnen de cognitieve therapie aanbevolen om de patiënt bewust te maken van de cognitieve patronen die weerspiegeld worden in zijn eigen formuleringen. Het gaat hierbij vooral om uitspraken als: 'Ik kan dat niet', 'het is onoverkomelijk', 'verschrikkelijk', 'een catastrofe', 'nooit', 'altijd', en andere formuleringen die blijken geven van starre of rigide opvattingen.

Scoring en betrouwbaarheid

In navolging van Jedding & Kaarsemaker (1985) is besloten dat elke te scoren eenheid begint als de therapeut meer dan één woord zegt en eindigt wanneer deze door de patiënt wordt onderbroken met een andere betekenisvolle uiting. Bevestigingen in de vorm van 'ja' en 'nee' door de patiënt, beëindigen de eenheid van analyse niet. Deze wordt wel als beëindigd beschouwd als de therapeut zelf begint met een 'boodschap' die een inhoudelijk nieuwe kant bevat.

Alle sessies zijn volgens deze criteria ingedeeld in te scoren eenheden. Vervolgens is voor tien zittingen, die niet in het vergelijkende onderzoek opgenomen konden worden omdat ze niet voldeden aan één der eerder genoemde inclusiecriteria, onderzocht in hoeverre de beoordelaars (doctoraalstudenten psychologie) onderling overeenstemden wat betreft het indelen in 'niet cognitief herstructureren' versus 'wel cognitief herstructureren' en wat betreft het indelen in de zeven afzonderlijke categorieën van herstructureren. Als minimumeis was gesteld dat Cohens Kappa groter moest zijn dan 0,75 (Cohen, 1968). Bij de eerste drie oefensessies was dit nog niet het geval. Na het doorspreken van de scoring en het aanbrengen van enkele kleine wijzigingen kwam bij de andere zeven dubbelgescoorde sessies van het vooronderzoek de Kappa ruimschoots boven deze grens te liggen. Voor de indeling in wel versus niet herstructureren was de betrouwbaarheid over de zeven zittingen gemiddeld Kappa = 0,94 en voor de indeling in de zeven categorieën van herstructureren Kappa = 0,86. In het vergelijkende onderzoek is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid opnieuw berekend en afdoende hoog bevonden: gemiddeld respectievelijk Kappa = 0,94 en Kappa = 0,79. Voor een uitgebreidere beschrijving van het uiteindelijke categorieënsysteem zij verwezen naar Wijdeveld & Van Woudenberg (1989).

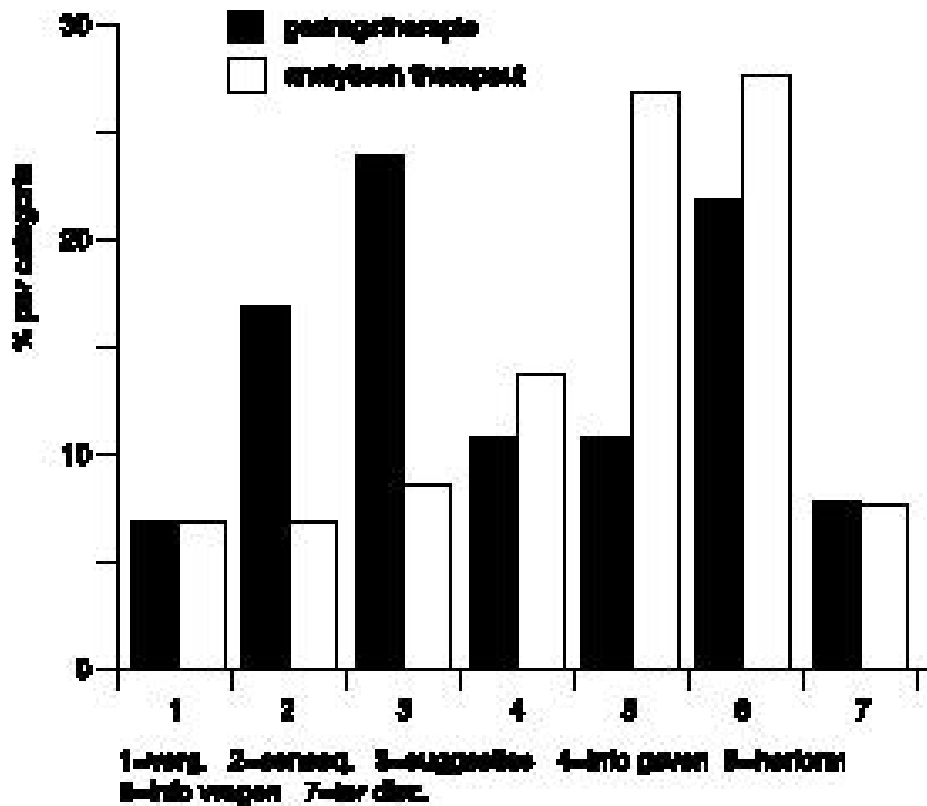
Vergelijking van gedragstherapie en psychoanalytische therapie

De beoordeelde sessies duurden gemiddeld 51 minuten. Teneinde de lengte van de sessies vergelijkbaar te maken zijn deze gewogen met de factor '51/aantal minuten van het betreffende gesprek'. De analyses zijn uitgevoerd op de gewogen scores.

In eerste instantie is voor beide groepen therapeuten berekend hoe vaak er in een zitting door de therapeut verbaal werd geïntervenieerd, waarbij de herstructurerende opmerkingen en de opmerkingen die op geen enkele manier van herstructurerende aard waren, zijn opgeteld. Dit leverde flinke verschillen op: gedragstherapeuten kwamen gemiddeld op 110,25 (SD = 27,53) verbale 'boodschappen'; analytici gemiddeld op

65,75 (SD = 26,29) verbale interventies. Toetsing laat zien dat deze verschillen significant zijn $T_{(14)} = 3,31$ ($p = 0,005$).

Vervolgens is voor alle sessies berekend hoe groot het percentage cognitief herstructurerende interventies was op het totaal aantal interventies. In dit opzicht waren de verschillen klein. Voor de gedragstherapeuten was het gemiddelde percentage herstructurerende opmerkingen $M = 43,25$ (SD = 15,12) en voor de analytici was het gemiddelde $M = 49,12$ (SD = 8,24). Een T-toets liet zien dat deze verschillen niet significant waren: $T_{(14)} = 0,97$ ($p = 0,35$). Aangezien de standaarddeviaties van de twee groepen flink uiteenliepen werd ook nog de non-parametrische Mann Whitney/Wilcoxon-toets uitgevoerd. Deze bevestigde de resultaten van de T-toets ($p = 0,87$). Vervolgens is voor beide groepen apart berekend hoe groot het aandeel was van elk der manieren van herstructureren op het totaal aantal herstructurerende opmerkingen. Een weergave daarvan vinden we in figuur 1.



Figuur 1. Verdeling van het totaal aantal herstructureringen over de verschillende categorieën in percentages, bij gedragstherapeuten en psychoanalytische therapeuten.

Statistische toetsing van de verschillen is niet zonder meer mogelijk, gezien de onderlinge afhankelijkheid: een hoge score op de ene categorie maakt de kans op een hoge score in andere categorieën kleiner. Bovendien liet toetsing van de homogeniteit zien dat de groepen niet echt als groep reageerden met betrekking tot de mate waarin

sommige herstructureringstechnieken worden gebruikt. Binnen de groep gedragstherapeuten en binnen de groep analytici waren er wat dat betreft significante verschillen tussen de therapeuten. We beperken ons derhalve tot inspectie van de gegevens. Dat de gedragstherapeuten nogal vaak gebruik maakten van de techniek 'suggesties geven' (24% van het totaal aantal herstructureringen) is niet opzienbarend. Evenmin opzienbarend is het dat de analytici van deze techniek maar weinig gebruik maakten (9%). De therapeuten doen wat ze volgens hun boekjes behoren te doen. Opvallender is dat gedragstherapeuten ook vaak bezig zijn met herstructureren door 'informatie te vragen' (22% van het totaal aantal herstructureringen), terwijl het 'wijzen op consequenties' bij hen wel regelmatig maar toch wat minder vaak voorkomt dan men misschien zou verwachten (17%). Wel gebeurt het bij hen veel vaker dan bij analytici, waar het slechts een aandeel van 8% heeft. Ook dit komt overeen met wat men van de stromingen mag verwachten.

Dat analytici veel gebruik maken van 'informatie vragen' (28%) is eveneens niet verwonderlijk. Opvallend is dat 'informatie verstrekken' en 'herformuleren' bij gedragstherapeuten elk slechts 11% van het geheel uitmaken: analytici gebruiken 'informatie verstrekken' weliswaar niet veel vaker (14%) maar maken wel veel vaker (27%) gebruik van 'herformuleren'. Het gaat hier dan om zogeheten duidingen.

Door beide groepen wordt het 'maken van vergelijkingen' en het 'ter discussie stellen van het taalgebruik van de patiënt' het minst gebruikt (gedragstherapeuten 7%, analytische therapeuten 8%). Dat de gedragstherapeuten zo weinig het taalgebruik der discussie stellen, terwijl in de literatuur over cognitieve gedragstherapie termen als 'nooit' en 'moeten' toch worden gerangschikt onder de belangrijke denkfouten, is opvallend. Kennelijk wordt deze afspiegeling van het denken in het praten zelden rechtstreeks 'uitgedaagd'. Het is natuurlijk ook mogelijk dat de patiënten van de gedragstherapeuten opmerkelijk weinig dysfunctionele gedachten ter sprake brachten.

Discussie

Dit onderzoek past binnen de vraagstelling 'Hoe doen psychotherapeuten het in de praktijk en doen ze wat ze zeggen dat ze doen?' (Schagen, 1988). Dit is om diverse redenen geen dankbaar onderwerp. Het is, ten eerste, moeilijk om aan het vereiste materiaal te komen, aangezien lang niet alle therapeuten gewend zijn hun gesprekken met patiënten op te nemen. Zelfs als zij dit wel doen kunnen zij hun gesprekken maar zelden voor onderzoek beschikbaar stellen. Onze steekproef was dus zeker niet representatief wat betreft 'het soort therapeuten', en ook was het – zoals we eerder zagen – niet mogelijk om homogeniteit te betrachten wat betreft de aard van de stoornissen die behandeld werden. Overigens is dat laatste niet alleen een nadeel want het vergroot ook de robuustheid van onze bevindingen, al zou het interessant zijn om, indien mogelijk, voor verschillende klachtgebieden apart te kijken naar de manier waarop therapeuten het cognitief herstructureren gestalte geven.

Het verwerken van het materiaal is bovendien bijzonder arbeidsintensief. Er moeten eerst categorieënsystemen worden opgesteld, vervolgens moeten observatoren worden getraind, die ten slotte het materiaal minutieus moeten scoren. Gelukkig bleek uit de hoge Kappa-waarden in ons onderzoek dat een dergelijk scoringsstelsel zijn

betrouwbaarheid kennelijk bewaart, ook als het door andere observatoren dan de oorspronkelijke ontwerpers wordt gebruikt.

Dit materiaal, dat zo moeizaam is verkregen, leent zich dan nog niet eens voor geavanceerde statistische analyses zoals dat bij vergelijkende effectstudies wel het geval is.

Dit alles neemt niet weg dat het van belang is om te onderzoeken wat therapeuten in werkelijkheid in 'gewone' zittingen doen. De aandacht kan daarbij ook op andere variabelen worden gericht, bijvoorbeeld op het geven van complimenten, het uiten van steun, begrip, hoffelijkheid; variabelen waarvan Llewelyn & Hume (1979) vaststelden dat patiënten deze belangrijker vinden dan specifieke technieken. Observatiegegevens zouden een belangrijke aanvulling kunnen zijn op wat therapeuten en patiënten hier achteraf over zeggen.

Wij hebben in dit onderzoek speciaal het cognitief-herstructurende karakter van therapie onder de loep genomen. Ondanks de hierboven gememoreerde moeilijkheden leverde het onderzoek een aantal interessante gegevens op. De gangbare veronderstelling dat analytische therapeuten weinig zeggen tijdens een behandelingssessie wordt genuanceerd. Hoewel zij veel minder praten dan gedragstherapeuten komen zij gemiddeld toch tot ruim 65 'boodschappen' per sessie van 51 minuten.

Bijna de helft van alle verbale interventies valt binnen de categorie 'herstructureren'. Dit kan beschouwd worden als een ondersteuning van de cognitieve therapie. Kennelijk plegen 'gewone', niet speciaal op cognitieve therapie gerichte therapeuten veel interventies die rechtstreeks invloed kunnen uitoefenen op de cognities van hun patiënten. Opvallend is dat er tussen de twee groepen nagenoeg geen verschil is in de verhouding van het aantal herstructurende opmerkingen tot het totale aantal interventies.

Er zijn wel duidelijke verschillen tussen analytici en gedragstherapeuten in de manier waarop ze cognitieve verandering trachten te bereiken. Bij gedragstherapeuten ligt het accent op het noemen van consequenties, het geven van suggesties en het vragen naar informatie. Bij analytici heeft dit laatste ook een belangrijke plaats maar is ook het herformuleren door 'duiden' door de therapeut een veelgebruikte techniek. Men zou kunnen concluderen dat de manier van herstructureren redelijk aansluit bij het therapiemodel dat men hanteert.

Tot slot: de steekproef van therapeuten was bepaald niet aselekt. De deelnemers hadden er geen bezwaar tegen om hun behandeling op de band op te nemen en voor het onderzoek ter beschikking te stellen en de patiënten hadden daarvoor hun toestemming gegeven. Dit is natuurlijk lang niet altijd het geval. Het is dan ook bijna onmogelijk om een representatieve steekproef te verkrijgen van therapie sessies. Voor het onderzoek naar de manier waarop psychotherapie in werkelijkheid wordt bedreven is dat jammer. Misschien zouden de Nederlandse instellingen in de geestelijke gezondheidszorg de koppen eens bij elkaar kunnen steken om tot richtlijnen te komen die meer 'onderzoeksvriendelijk' zijn.

Abstract

This paper describes a study about the way in which psychodynamic psychotherapists and behavior therapists try to influence the cognitions of their patients. The reliability of a scheme of categories which was developed in a previous study (Jedding & Kaarsemaker, 1985) was improved. Subsequently, two independent judges rated audioregistrations of therapy sessions of eight psychodynamic and eight behavior therapists with regard to the different categories of cognitive restructuring. Although psychoanalytic therapists committed much fewer interventions altogether, there are no differences between the groups in the percentage of cognitive restructuring. However, there were clear differences in the way in which the two groups tried to implement cognitive restructuring.

Referenties

- Arntz, A. (1991). Principes en technieken van de cognitieve therapie. *Directieve Therapie*, 11, 252–268.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International University Press.
- Clarkin, J.F., Haas, G.L. & Glick, I.D. (red.) (1988). *Affective disorders and the family: Assessment and treatment*. New York: Guilford Press.
- Cohen, (1968). Weighted Kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*, 70, 213–220.
- Coyne, J.C. (1986). Strategic marital therapy for depression. In: N.S. Jacobson, N.S. & A.S. Gurman (red.), *Clinical handbook of marital therapy*. New York: Guilford Press.
- Epstein, N., Schlesinger, S.E. & Dryden, W. (red.) (1988). *Cognitive-behavioral therapy with families*. New York: Brunner/Mazel.
- Falloon, I.R.H. (red.) (1988). *Handbook of behavioral family therapy*. New York: Guilford Press.
- Hawton, K., Salkovskis, P.M., Kirk, J. & Clark, D.M. (red.) (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Jedding, B. & Kaarsemaker, M. (1985). *Cognitief herstructureren in psychotherapie; acht technieken*. Amsterdam: Vakgroep Klinische Psychologie.
- Kaarsemaker, M., Jedding, B. & Lange, A. (1986). Cognitief herstructureren, een inhoudsanalyse van 24 therapiezittingen, *Directieve Therapie*, 6, 294–308.
- L'Abate, L., Ganahl, G. & Hansen, J.C. (1986). *Methods of family therapy*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Lange, A. (red.) (1991). *Themanummer cognitieve therapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Llewelyn, S.P. & Hume, W.I. (1979). The patients view of therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 29–35.
- Minuchin, S. & Fishman, H.Ch. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Perris, C., Blackburn, I.M. & Perris, H. (red.) (1988). *Cognitive psychotherapy. Theory and practice*. Berlin: Springer.
- Schagen, S. (1988). Psychotherapie in zes koperen ideeën. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 14, 116–151.
- Wijdeveld, R. van & Woudenberg, M. van (1989). *Cognitief herstructureren in gedragstherapie en psychoanalyse: een vergelijkend onderzoek naar zeven technieken voor cognitieve herstructurering*. Amsterdam: Vakgroep Klinische Psychologie, UvA.