



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

Kritiek op de verplichte leertherapie en een alternatief

Alfred Lange*

Samenvatting

In dit artikel worden de gebruikelijke doelstellingen van verplichte leertherapie onder de loep genomen. Het is daarbij de vraag of deze wenselijk en haalbaar zijn. Aan de hand van de literatuur wordt deze vraag ontkennend beantwoord. Tot slot worden enkele aanbevelingen gedaan ten behoeve van een opleidingsmodel waarin de nadruk ligt op het bevorderen van positieve niet-schoolspecifieke therapeutkwaliteiten.

De afgelopen decennia is leertherapie een verplicht onderdeel van veel Nederlandse psychotherapieopleidingen geworden. In verband hiermee is er nogal wat discussie geweest over de vraag wat leertherapie nu eigenlijk bijdraagt aan de kwaliteit van de psychotherapie (Schutz, 1981; Lange, 1984; Chabot, 1988; Dijkhuis, 1988; Van Dyck, 1989; Everts, 1990; Van Winkel, 1991). Dit artikel gaat ook over deze vraag.

Regelmatig komen wij in aanraking met patiënten die door vorige therapieën niet zijn opgeknapt. Dit is jammer maar onvermijdelijk. Niet iedereen is tot zijn tevredenheid te helpen en bovendien passen patiënten en therapeuten soms niet goed bij elkaar. Erger is dat patiënten ook achteruit kunnen gaan door een behandeling en dat de verslechtering soms geweten kan worden aan de therapeut. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn wanneer de therapeut vasthoudt aan een rigide model voor de behandeling van stoornissen en moeilijkheden en dit niet aanpast aan de behoeften en stijl van de patiënt. In zulke gevallen wordt weinig steun aan de patiënten gegeven en zijn hoffelijkheid en respect vaak ver te zoeken. Methorst (1985) rapporteert dergelijke uitwassen in haar onderzoek naar partners van psychiatrische patiënten. Men kan zich afvragen of het volgen van een leertherapie de kans op dit soort bejegeningfouten doet afnemen. Er zijn weinig aanwijzingen dat dit het geval is.

Enkele jaren geleden werd er veel gesproken over seksueel misbruik van vrouwelijke patiënten door hun psychotherapeuten. Uit een onderzoek van Aghassy & Noot (1987; 1990) kon men opmaken dat dergelijke affaires niet minder voorkwamen bij therapeuten die een leertherapie hadden ondergaan dan bij therapeuten bij wie dit niet het geval was. Hoewel sommige cijfers van dit onderzoek later betwist zijn, lijkt het toch vrij duidelijk dat leertherapie geen bijdrage levert aan het voorkómen van dit soort elementaire fouten.

In dit artikel bespreken we de doelstellingen van de leertherapie zoals deze in de literatuur worden geformuleerd, wat daarvan in de praktijk lijkt terecht te komen en presenteren we ten slotte een opleidingsmodel dat deze doelstellingen misschien meer tot hun recht doet komen.

* DR. A. LANGE (1941) is universitair hoofddocent bij de Vakgroep Klinische Psychologie, Universiteit van Amsterdam. Correspondentieadres: Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. Dit artikel is een bewerking van een voordracht, gehouden tijdens een symposium over leertherapie, georganiseerd door het Tijdschrift voor Psychotherapie op 15 maart 1991, te Amersfoort.

De doelstellingen van leertherapie

Onder leertherapie wordt verstaan het ‘doorwerken van eigen problemen die belemmerend kunnen zijn voor het goede begrip van cliënten en voor het kunnen bespreken en analyseren van hun problemen’ (Dijkhuis, 1988). In kader 1 zien we de doelstellingen van leertherapie, zoals ze door Norcross et al. (1988) zijn samengevat.

Kader 1 Doelstellingen van leertherapie volgens Norcross et al. (1988) .

| |
|-------------------------------------------------------------------------|
| – Zij dient de therapeut minder neurotisch te maken. |
| – Zij moet leiden tot meer inzicht en begrip. |
| – Zij moet de spanningen van de aankomende therapeut verlichten. |
| – Zij moet de therapeut vertrouwen geven in het nut van psychotherapie. |
| – Zij geeft de ervaring hoe het is om patiënt te zijn. |
| – Men observeert klinische methoden. |

Tegen deze mooie doelstellingen valt natuurlijk weinig bezwaar te maken. De praktijk is echter anders. Van Dyck (1989), Everts (1990) en Lange (1984) hebben al betoogd dat het heel wat anders is of men zich voor werkelijke problemen bij een behandelaar aanmeldt of dat men bij een collega ‘werkt’ aan persoonlijke groei. Men observeert als leer-patiënt ook geen klinische methoden maar eerder een merkwaardig mengsel dat niet representatief is voor wat er normaliter in de spreekkamer gebeurt. Ook is nooit vastgesteld dat leertherapie tot meer vertrouwen in de methoden van de psychotherapie leidt. Evenmin heb ik ooit vernomen dat aspirant-therapeuten na een leertherapie minder neurotische symptomen of moeilijkheden in het leven hadden. Als dit wel zo zou zijn, waarom zou het dan nooit zijn aangetoond? Dat zou toch eenvoudig moeten zijn. Een simpel ‘vooren na-design’ met een paar gevalideerde instrumenten als afhankelijke variabelen zou dan al heel overtuigend zijn geweest.

Maar ook de andere doelstellingen lijken waarschijnlijk mooier dan ze zijn. Het is niet duidelijk wat er onder ‘belemmerend’ moet worden verstaan en wat voor soort ‘begrip’ leertherapie de aspiranttherapeut bijbrengt. In de praktijk van de leertherapie hangt dit immers af van wat de aspirant-therapeut ‘inbrengt’ en op welk ‘materiaal’ de leertherapeut bij voorkeur ingaat. Het is goed denkbaar dat goede kwaliteiten van een aspirant-therapeut door een bepaalde leertherapeut juist als negatief worden beoordeeld; ook het omgekeerde is mogelijk.

Zoals aan het begin van dit artikel werd gesteld, is het in sommige leertherapieën kennelijk nooit een belangrijk punt geweest dat de aspirant-therapeut slechts weinig respect en hoffelijkheid voor patiënten wist op te brengen. Misschien is dit in de leertherapie ook wel nooit duidelijk geworden. Misschien waren respect en hoffelijkheid ook niet de sterkste punten van de leertherapeut zelf. Therapeuten die er geen bezwaar tegen hadden om hun patiënten seksueel te benaderen hebben vermoedelijk ook niet de behoefte gehad om deze neigingen in een leertherapie aan de orde te stellen.

Doordat niet duidelijk is wat nu precies de belemmerende blokkades zijn die een aspirant-psychotherapeut zou moeten opruimen, kunnen leertherapie sessies gemakkelijk ontaarden in het zoeken naar problemen die zich vooral goed lenen voor voortgang van de leertherapie zelf. Dit is wat Haley bedoelde toen hij fulmineerde tegen opleidingen waarin aankomende psychotherapeuten worden doorgezaagd over hun eigen moeilijkheden (De Haan & Hoogduin, 1981). Hij stelde zelfs dat ‘hoe meer

therapie iemand zelf heeft gehad, hoe moeilijker het is om hem te leren zelf therapieën te doen. Zij zijn zo met zichzelf bezig, dat je hen niet meer zover krijgt dat ze zien met wat voor patiënt ze te maken hebben.'

Deze uitspraak krijgt enige steun uit het onderzoek op dit terrein. Garfield & Bergin (1971) vonden bijvoorbeeld dat van de door hen onderzochte therapeuten in opleiding degenen met leertherapie slechtere resultaten behaalden dan degenen zonder leertherapie. Hun verklaring lijkt op die van Haley: ze zijn te veel met zichzelf bezig.

In een uitgebreid overzicht van onderzoek naar therapeutvariabelen komen Parloff et al. (1978) tot de voorzichtige conclusie: 'The contribution of personal psychotherapy to the enhancement of the therapist's usefulness remains undemonstrated' (p. 273). Twaalf jaar later is er niets positievers bekend over leertherapie. In een door Everts in 1990 gegeven overzicht blijkt dat als er al een verschil is tussen psychotherapeuten met of zonder leertherapie, de therapeuten zonder leertherapie het beter doen.

Evenals de hier geciteerde auteurs moeten ook wij voorzichtig zijn met de interpretatie van deze onderzoeken. De meeste zijn nogal gebrekkig van opzet. Bovendien zijn zij voornamelijk in de Verenigde Staten uitgevoerd (waar men overigens niet zo onverstandig is geweest om leertherapie als verplichting in te voeren) en het is niet zeker of de conclusies ook geldig zijn voor de Nederlandse situatie. In Nederland is tot nog toe alleen het onderzoek van Schutz (1981) gepubliceerd, waaruit bleek dat therapeuten met leertherapie net zoveel 'drop-outs' hadden als therapeuten zonder leertherapie.

De stelling dat leertherapie schadelijk is, kan niet als bewezen worden beschouwd. Maar er mag toch op zijn minst betwijfeld worden of verplichte leertherapie de kwaliteit van de psychotherapie vergroot en of de energie die hieraan wordt besteed niet beter gebruikt kan worden.

Leertherapie en niet-specifieke factoren

Het zal inmiddels duidelijk zijn dat ik weinig heil verwacht van de verplichte leertherapie als separaat onderdeel van de opleiding tot psychotherapeut. Dit neemt niet weg dat het goed is om na te denken over de persoonlijke kwaliteiten die men bij psychotherapeuten zou mogen verwachten, en dat men kan proberen de kans om die kwaliteiten aan te treffen te vergroten. Er is op dit punt weinig hoogwaardig onderzoek gedaan en de resultaten van de onderzoeken zijn nogal tegenstrijdig. Het meest veelbelovend is het soort onderzoek dat betrekking heeft op de overeenkomsten tussen de verschillende therapievormen: de 'common factors' ofwel de factoren die niet specifiek zijn voor een bepaalde school. Llewelyn & Hume toonden in 1979 in een retrospectief onderzoek bij 49 patiënten aan, dat algemene elementen als 'gelegenheid zich te uiten', 'geruststelling' en 'zich geaccepteerd voelen' als veel belangrijker werden ervaren dan de voor een school specifieke aspecten van de behandeling. Dit gold zowel voor de gedragstherapeutische als voor de specifieke psychodynamische elementen. Met andere woorden, goede analytische therapeuten lijken behoorlijk op goede gedrags- of gezinstherapeuten.

Dat speciale aandacht voor deze algemene therapietechnieken niet overbodig is blijkt ook uit een onderzoek van Stolk & Perlesz (1990). Dezen toonden aan, dat gevorderde therapeuten-in-opleiding slechtere resultaten boekten bij hun patiënten dan beginnende therapeutenin-opleiding. Hun verklaring was dat de aandacht voor specifieke technieken ten koste van de algemene kwaliteiten gaat. Hoewel ook dit onderzoek methodologisch niet vlekkeloos was, is het toch bijzonder en belangrijk: het is een van de weinige studies waarbij is gekeken naar het effect van bepaalde opleidingsfacetten op de patiënten – en daar is het uiteindelijk toch om begonnen.

Iets minder spectaculair, maar voor ons eveneens relevant zijn de bevindingen van Williams & Chambless (1990). In hun onderzoek bij agorafobici vonden zij significante relaties tussen therapeutvariabelen als warmte, respect, interesse, empathie en aanmoediging (gemeten met de Therapist Rating Scale) en het behandelingsresultaat.

Als we eens op een rijtje zetten welke algemene eigenschappen men in de literatuur aantreft komen we op de in kader 2 genoemde kwaliteiten. Ook voor deze eigenschappen geldt inmiddels dat er niet veel bewijzen zijn dat het effect van behandelingen er significant door toeneemt. Mitchell et al. (1977) komen zelfs tot een herwaardering van de uit 1971 stammende conclusies van Truax & Mitchell (1971), dat eigenschappen als 'warmte' en 'empathie' noodzakelijke voorwaarden zijn voor een succesvolle behandeling. De relatie ligt soms complexer. Bij sommige groepen patiënten, bijvoorbeeld patiënten met schizofrenie, blijkt al te veel warmte zelfs een negatief effect te hebben.

Als we het onderzoek op dit gebied in zijn geheel beschouwen, dan kunnen we niettemin concluderen dat de meeste van de in kader 2 genoemde kenmerken de kans op een positieve verhouding tussen patiënt en therapeut en de mogelijkheden op positieve beïnvloeding van de patiënt vergroten, zeker als de therapeut zijn mogelijkheden zorgvuldig afweegt.

Niet iedere psychotherapeut zal op elk van deze vlakken excelleren. En sommige van deze kenmerken zijn ook niet echt aan te leren. Iemand die niet veel gevoel voor humor heeft krijgt dit ook niet in een training of in een leertherapie en dit is ook niet zo erg. Maar iemand die niet werkelijk is geïnteresseerd in de problemen van – misschien soms lastige – mensen, heeft toch niet zoveel kans om een werkelijk goed therapeut te worden. Wat dit betreft kunnen wij het met Rogers (1961) eens zijn.

Over intelligentie hoort men nooit iemand. Zou dat nou niks helpen? Zou intelligentie werkelijk niets toevoegen? Zou een domme therapeut net zo goed zijn als een intelligente, aangenomen dat de overige kwaliteiten gelijk zijn? Waarschijnlijk niet. Tijdens een psychotherapieproces staat men immers steeds voor keuzes en vragen, bijvoorbeeld: Zal ik wel of geen feed-back geven? Zal ik wel of geen advies geven? Wat voor soort commentaar zal ik geven en op welk moment? Welk soort advies zal ik geven en wanneer? Hoe kan ik de gemotiveerdheid van de patiënt vergroten? Enzovoort.

Kader 2 In de literatuur genoemde positieve eigenschappen van de therapeut.

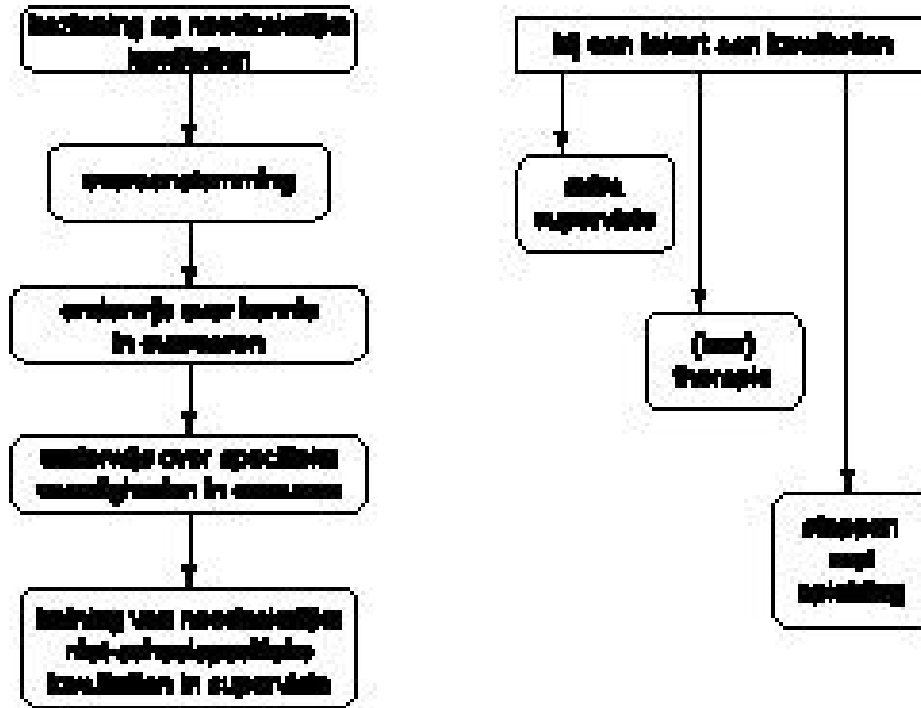
| | |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Acceptatie, zich kunnen verplaatsen in de ander | Rogers (1961); Norcross et al. (1988); Minuchin & Fishman (1981) |
| Warmte, empathie | Rogers (1961); Williams & Chambless (1990); Truax & Carkhuff (1967); Truax & Mitchell (1971) |
| Geïnteresseerdheid | Feifel & Eells (1963); Murphy et al. (1984) |
| Respect betonen | Llewellyn & Hume (1979); Norcross et al. (1988) |
| Autoriteit overwicht | Chabot (1988); Frank (1979) |
| Bescheiden (niet in tegenspraak met vorige) | Lange (1987) |
| Niet-defensief, niet-beschuldigend | Truax & Carkhuff (1967); Barton & Alexander (1981); Lange (1987) |
| Eerlijk, niet-uitbuitend | Strupp (1976) |
| Geruststellend | Strupp (1976); Llewellyn & Hume (1979); Bond & Brugman (1989) |
| Hoopgevend | Frank (1973); Chabot (1988); Llewellyn & Hume (1979); Murphy et al. (1984); Rabkin (1977) |
| Adviseren | Schaffer & Dreyer (1982); Murphy et al. (1984); Gimbrère (1990) |
| Geneigd om complimenten te geven | Barton & Alexander (1981); Lange (1985) |
| Informatieve kunnen overdragen, structureren | Barton & Alexander (1981) |
| Nieuwsgierig makend, prikkelend | Omer & London (1989) |
| Verrassend | Omer & London (1989) |
| Inzet uitstralen | Bond & Brugman (1989) |
| Humoristisch | Frank (1979); Van Dyck (1989); Barton & Alexander (1981) |
| Creativiteit | Omer & London (1989) |
| Positieve paralinguïstische eigenschappen | Morris & Suckerman (1974); Barton & Alexander (1981) |

Blijkens een onderzoek van Bond & Brugman (1989) beschouwde meer dan de helft van de ondervraagde ex-patiënten de aard en timing van commentaar op hun gedrag als cruciaal voor de uitkomst van de behandeling. Naast kennis van psychopathologie en van toepasselijke therapietechnieken, lijken intelligentie en creativiteit alsmede een subtiel vermogen tot inleving bepaald geen handicap voor de psychotherapeut.

Een alternatief opleidingsmodel

Voor de eigenschappen waarvan we mogen aannemen dat ze van belang zijn om het succes van therapieën te vergroten lijkt leertherapie niet relevant. Van de in kader 2 genoemde eigenschappen zijn er echter enkele waarop wel degelijk invloed uitgeoefend kan worden. Die beïnvloeding mag dan niet lukken in leertherapiesessies, maar misschien wel in trainingen waarin deze positieve interpersoonlijke vaardigheden van de (aanstaande) therapeuten worden gestimuleerd. Non-directieve therapeuten als Carkhuff en zijn medewerkers namen (al decennia geleden) in hun opleidingen trainingen op van door hen belangrijk geachte interpersoonlijke vaardigheden. Weliswaar waren de resultaten hiervan volgens Parloff et al. (1978) niet denderend, maar dat kan gelegen hebben aan de keuze van de te leren 'vaardigheden' (echtheid en warmte). Barton & Alexander (1981) beschrijven positieve ervaringen met het trainen van 'relationship skills' voor 'functional family therapy'. Hier gaat het al om concretere en dus beter te leren vaardigheden.

Belangrijker dan een dergelijke training in cursussen of seminars is supervisie, waarin de lacunes in de interpersoonlijke kwaliteiten van de aspirant-therapeut kunnen blijken en waarin men deze kwaliteiten verder leert ontwikkelen. We komen dan tot een ideaaltypisch model, zoals we weergeven in figuur 1.



Figuur 1 Opleidingsschema.

- 1 Binnen elke therapiestroming dient men zich te bezinnen op de kwaliteiten die men van belang acht voor psychotherapeuten. Hierbij kan men denken aan de eerdergenoemde niet-specifieke factoren die tot gevolg hebben dat een therapie – afgezien van de inhoudelijke kant – meer kans van slagen heeft. Het gaat dan om kwaliteiten die een therapeut in staat stellen patiënten te motiveren en de impact van de interventies vergroten.
- 2 In de therapiecurssussen dient – naast kennis van psychopathologie en specifieke therapietechniek – aandacht geschonken te worden aan deze niet-specifieke factoren. Dit kan door middel van literatuurstudie en door te oefenen in rollenspel.
- 3 Tijdens de supervisiebijeenkomsten wordt in combinatie met de bespreking van de technische inhoud van de behandeling gecheckt in hoeverre de supervisant deze kwaliteiten heeft getoond:
 - Heeft hij respect getoond?
 - Is hij hoffelijk geweest?
 - Heeft hij geen kansen gemist op het geven van complimenten?
 - Heeft hij de mogelijkheid om hoop te wekken gebruikt?
 - Heeft hij het zelfrespect van de patiënt niet geschaad?
 - Is hij niet te defensief geweest?

- Heeft hij de patiënt laten meedenken?
- Heeft hij genoeg interesse getoond?
- Heeft hij getracht de gemotiveerdheid van de patiënt te verhogen?

In dergelijke supervises is het nuttig om niet alleen van mondelinge en schriftelijke rapportage uit te gaan maar ook audio- of videotapes te gebruiken, zodat gedetailleerd commentaar van de supervisor mogelijk is.

- 4 Mochten er bij supervisanten stelselmatig ernstige lacunes in bovenstaande vaardigheden zijn, dan is het in eerste instantie aan de supervisor om te trachten het optreden van de supervisant te beïnvloeden. Dat kan gebeuren door middel van feed-back, rollenspel, modeling (eventueel met eigen tapes), literatuur, huiswerkopdrachten enzovoort.
- 5 Desondanks kan het gebeuren dat de supervisant in het verloop van het supervisieproces niet over de minimaal noodzakelijke kwaliteiten blijkt te beschikken. Dit kan verschillende oorzaken hebben. Het is mogelijk dat hij wat meer training nodig heeft dan gebruikelijk, om zich een aantal van de hierboven genoemde kwaliteiten eigen te maken. De supervisie zou dan verlengd moeten worden. Het is ook mogelijk dat er lacunes zijn die met een 'therapie' verholpen zouden kunnen worden. Als bijvoorbeeld blijkt, dat een supervisant bij bepaalde problemen niet in staat is om de juiste vragen te stellen, of dat hij niet in staat is belangrijke onderwerpen aan de orde te stellen – omdat hijzelf angst heeft op dat gebied – dan zou hier iets aan te doen kunnen zijn. Hij zou dan een gerichte 'leer'-therapie kunnen ondergaan. Norcross et al. (1988) spreken in dit verband van 'personal treatment' die bij voorkeur door de supervisor wordt uitgevoerd, maar dit is niet per se noodzakelijk. Moeilijker wordt het als de supervisant belangrijke basiseigenschappen mist. Hij is bijvoorbeeld uitgesproken dom, kan geen respect opbrengen voor zijn patiënten of hij is steeds in de verdediging. Leertherapie heeft dan geen zin. Extra training ook niet. Het zou mogelijk moeten zijn om dan te weigeren de supervisie 'af te tekenen'. In dat geval zou de supervisant het recht moeten krijgen op arbitrage. Dit zou kunnen inhouden dat een commissie van gerespecteerde en ervaren psychotherapeuten van dezelfde oriëntatie, één of enkele gesprekken hebben met supervisor en supervisant. Op grond hiervan wordt beslist of de supervisant verder kan gaan of dat hij het advies krijgt een ander beroep te kiezen.

Conclusie

Met het model dat hier wordt gepropageerd wordt beoogd de opleidingsuren effectiever te gebruiken. In plaats van de ongerichte vaste verplichting voor leertherapie wordt de tijd van degene die in opleiding is gebruikt voor een gerichte training ten aanzien van die nietschoolspecifieke punten waarin hij in de opleiding zwak blijkt te zijn.

Hierboven werd al gesteld dat dit model niet gemakkelijk is te verwezenlijken. Dit zou alleen mogelijk zijn wanneer er consensus was over de noodzakelijke kwaliteiten waarop moest worden geselecteerd, en als de supervisoren zelf ook op deze kwaliteiten worden geselecteerd. Toch is het model ook nu al ten dele bruikbaar (zie bijv. Lange, 1985; Van Winkel, 1991). De laatste rapporteert positieve resultaten met een combinatie van 'Onderlinge Gedragsmodificatie (OGM) en 'leertherapieën' waarbij voor een deel de hier beschreven doelstellingen lijken te worden verwezenlijkt. Als leertherapie op een dergelijke wijze wordt 'geoperationaliseerd' zijn er geen bezwaren tegen in te brengen.

Abstract

This article looks into the possible goals for compulsory personal treatment during the training of psychotherapists. The question is whether these goals are desirable and possible to achieve. Reviewing the literature leads to a negative answer. Finally, some propositions are made in support of a training-model which emphasizes enhancing positive non-specific factors.

Referenties

- Aghassy, G. & Noot, M. (1987). Seksuele contacten binnen psychotherapeutische relaties. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 13, 293–137.
- Aghassy, G. & Noot, M. (1990). *Seksuele contacten binnen psychotherapeutische hulpverleningsrelaties*. Den Haag: Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.
- Barton, C. & Alexander, J.F. (1981). Functional family therapy. In: A.S. Gurman & D.P. Kniskern (red.), *Handbook of family therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Bond, J.M. & Brugman, M. (1989). 'Critical incidents' tijdens directieve therapie; de beleving van veranderingsmomenten tijdens het therapeutisch proces door ex-cliënten. Doctoraalwerkstuk. Amsterdam: Vakgroep Klinische psychologie, UvA.
- Chabot, B.E. (1988). Gesprekshulp. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 14, 299–120.
- Dijkhuis, J.H. (1988). Psychotherapie: steeds weer ter discussie, *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 14, 194–103.
- Dyck, R. van (1989). Verplichte leertherapie. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 44, 342–143.
- Everts, D.B. (1990). Leertherapie, een kwestie van affect of effect? *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 16, 3–11.
- Feifel, H. & Eells, J. (1963). Patients and therapists assess the same psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 27, 310–118.
- Frank, J.D. (1973). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, J.D. (1979). What is psychotherapy? In: S. Bloch (red.). *An introduction to the psychotherapies*. Oxford: Oxford University Press.
- Garfield, S.L. & Bergin, A.E. (1971). Personal Therapy, outcome and some therapist variables. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 8, 251–153.
- Gimbrère, N. (1990). *Procesonderzoek naar werkzame bestanddelen in therapieonderzoeken naar helpende en belemmerende factoren*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam. Vakgroep Klinische Psychologie.
- Haan, E. de & Hoogduin, K. (1981). Haley over Erickson en Haley over Haley. *Kwartaalschrift voor Directieve therapie en Hypnose*, 1, 104–113.
- Lange, A. (1984a). Over leertherapie. *Kwartaalschrift voor Directieve therapie en Hypnose*, 4, 82–84.
- Lange, A. (1984b). Antwoord aan de heer Smulders. *Kwartaalschrift voor Directieve therapie en Hypnose*, 4, 279–181.
- Lange, A. (1985). *Gedragsverandering in gezinnen*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Lange, A. (1987). Het motiveren van cliënten in directieve therapie. In: A. Lange, *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Llewelyn, S.P. & Hume, W.I. (1979). The patient's view of therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 52, 29–15.
- Methorst, G.J. (1985). *Mannen en vrouwen van psychiatrische patiënten*. Wageningen: Academisch proefschrift.
- Minuchin, S. & Fishman, H.Ch. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mitchell, K.M., Bozarth, J.D. & Krauft, C.C. (1977). A reappraisal of the therapeutic effectiveness of accurate empathy, non-possessive warmth and genuineness. In: A.S. Gurman & A.M. Razin (red.). *Effective psychotherapy; A handbook of research*. New York: Pergamon.
- Morris, R.J. & Suckerman, K.R. (1974). The importance of the therapeutic relationship in systematic desensitization. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, 147–148.
- Murphy, P.M., Cramer, D. & Lillie, F.J. (1984). The relationship between curative factors perceived by patients in their psychotherapy and treatment outcome: An exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 57, 187–192.

- Norcross, J.C., Strausser-Kirtland, D. & Misar, C.D. (1988). The processes and outcomes of psychotherapists' personal treatment experiences. *Psychotherapy*, 25, 36-13.
- Omer, H. (1989). *Enhancing the impact of therapeutic interventions*, Ramat-Aviv: Department of Psychology, Tel-Aviv University. Ongepubliceerd manuscript.
- Omer, H. & London, P. (1989). Signal and noise in psychotherapy; The role and control of non-specific factors. *British Journal of Psychiatry*, 155, 239-145.
- Parloff, M.B., Waskow, I.E. & Wolfe, B.E. (1978). Research on therapist variables in relation to process and outcome. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (red.) *Handbook of psychotherapy and behavior change (second edition)*. New York: Wiley.
- Rabkin, R. (1977). *Strategic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Rogers, C. (1961). *On becoming a person; A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Schaffer, J.B. & Dreyer, S.F. (1982). Staff and inpatient perceptions of change mechanisms in group psychotherapy. *American Journal of Psychiatry*, 139, 127-128.
- Schutz, H. (1981). Gedragstherapie bij IMP-cliënten. Een statistisch-demografisch onderzoek. *De Psycholoog*, 16, 690-701.
- Stolk, Y. & Perlesz, A.J. (1990). Do better trainees make worse family therapists? A follow up study of client families, *Family Process*, 29, 45-18.
- Strupp, H.H. (1976). Tekortkomingen van de therapeut. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2, 145-148.
- Truax, C.B. & Carkhuff, R.R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy: Training and Practice*. Chicago: Aldine.
- Truax, C.B. & Mitchell, K.M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In: S.L. Garfield & A.E. Bergin (red.). *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Williams, K.E. & Chambless, D.L. (1990). The relationship characteristics and outcome of the in vivo exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 21, 111-116.
- Winkel, J.H.M. van (1991). Leertherapie: obstakel of kunstwerk in de gedragstherapeutische opleidingsroute. *Gedragstherapie*, 24, 209-116.