



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

Nawoord

*Kees van der Velden en Agnes Scholing**

Samenvatting

De artikelen van het themanummer Mislukkingen en teleurstellingen in de psychotherapie worden kort besproken. Er wordt aanbevolen om bij aanvang van behandelingen de volgende zaken in te schatten: (a) doelstellingen van de therapeuten en hun patiënten, (b) motivatie van de patiënt om te veranderen, onderscheiden in interne druk (lijdensdruk) en externe druk (vanuit de omgeving), en (c) de mogelijke effecten van de behandeling op de klachten zelf en op overige aspecten. Gesteld wordt dat de therapeut bij sommige patiënten vooral de taak heeft hen zover te krijgen dat zij van hun klachten af willen, en dat het aandragen van oplossingen geen zin heeft zolang patiënten daar zelf nog niet op uit zijn.

De auteurs van de voorgaande artikelen bespraken diverse factoren die volgens hen bijdroegen aan het mislukken van hun behandelingen. In veel opzichten kunnen wij ons geheel bij hun conclusies aansluiten, in sommige minder. In deze beschouwing beperken we ons tot het bespreken (en soms herhalen) van de factoren die volgens ons in de respectieve behandelingen belangrijk waren, waarbij we – zoals in de inleiding – onderscheid maken tussen effecten op de klachten en effecten op ‘overige’ aspecten. (We streven, u raadt het al, wijselijk niet naar volledigheid).

Opvallend in de verslagen van Merel Jansen en de heer De Winter is dat hun therapeuten de klachten waarvoor zij hulp inriepen blijkbaar niet erg belangrijk vonden, of niet wisten wat ze eraan moesten doen, maar dit dan niet rechtstreeks zeiden. Zij concentreerden zich op zogenaamde achterliggende oorzaken (een jeugd die beroerd moest zijn, een huwelijksrelatie die niet mocht deugen). De therapeut van Merel Jansen had de indruk dat zijn patiënte niet voldoende doordrongen was van de ernst van haar problemen. De wijze waarop hij (zoals later bleek geheel ten onrechte) voorspellingen meende te kunnen doen getuigt van arrogantie, een gebrek aan twijfel over de eigen inzichten, en een tekort aan kennis – drie factoren die het resultaat van behandelingen niet ten goede komen.

Mevrouw Xanders en mevrouw Wever (Visser en Bouman) hadden van het begin van de behandeling af heel andere doelen dan hun therapeuten. Zij wilden het liefst de absolute en langdurige zekerheid dat zij niets ernstigs onder de leden hadden. Ook wilden zij hun huisarts te vriend houden, die immers bepaalde wanneer zij weer naar de medisch specialist zouden mogen. Slechts op ‘rustige’ momenten waren ze bereid te leren minder angstig te reageren op hun lichamelijke klachten. Hun therapeuten hadden slechts vermindering van angst als doel. Beide patiënten hielden hun klachten. Bovendien had bij beiden de behandeling nare neveneffecten. Zo was mevrouw Xanders een reis met omzwervingen in de medische wereld begonnen, raakte ze er van overtuigd dat de artsen haar niet de waarheid vertelden, en raakte ze haar toch al geringe vertrouwen in psychotherapie geheel kwijt. Mevrouw Wever werd ernstig depressief en moest acuut worden opgenomen, wat ook voor haar directe omgeving nogal wat

* Personalia: zie onderaan pagina 311.
Personalia: zie onderaan pagina 311.

ongunstige gevolgen had. Ze werd van de behandeling met exposure alleen maar angstiger en begon nog meer op de sensaties in haar lichaam te letten. De heer Yzermans wilde vermindering van zijn lichamelijke klachten. Hij wilde best geloven dat ze gedeeltelijk door psychische factoren veroorzaakt werden, en begon met goede moed aan een psychotherapie. Therapeut en patiënt waren het eens over het doel van de behandeling, namelijk vermindering van zijn angst. Na de behandeling waren de angst en lichamelijke klachten van de heer Yzermans zodanig toegenomen dat zich bij hem paniekaanvallen voordeden die aan alle DSM-IV –criteria voldeden. Het falen van de behandeling had nogal wat negatieve gevolgen: verlies van werk en bijbehorende voorrechten (status, sociale contacten, voldoening, salaris), depressie, verlies van vertrouwen in psychotherapie, een onhoudbare situatie thuis, een nieuwe ‘status’ als psychiatrische patiënt. Carla Zomers, ten slotte, wilde van haar lichamelijke klachten af. Haar huisarts kon zich bij dat doel wel aansluiten, maar verschilde met haar van mening over de wijze waarop dit doel moest worden bereikt. Mevrouw Zomers leek zijn medicatie-adviezen alleen op te volgen omdat ze veel vertrouwen in zijn oordeel had. Naast het feit dat de klachten in elk geval niet verminderden had de behandeling als negatief (bij)effect dat haar goede relatie met de huisarts geheel verstoord raakte.

Dat het ook lang niet altijd goed gaat als de therapeut zich wel aansluit bij het doel van zijn patiënten, blijkt uit de beschrijving van de moeilijke echtparen. Elk van de stellen vroeg de therapeut hen te helpen de scheuren in hun relatie te repareren. Hoewel de auteur opmerkt dat een goed verlopende echtscheiding een uitstekend resultaat kan zijn van een behandeling, hebben wij de indruk dat bij deze mogelijkheid in de therapie niet langdurig werd stilgestaan, terwijl dit bij sommige van de paren wel nuttig zou zijn geweest. Zelf zouden wij de vraag ‘Waarom wilt u bij elkaar blijven?’ eerder grondig aan de orde stellen, maar dit is misschien terug te voeren op een cultuurverschil. Misschien scheiden Nederlanders gemakkelijker dan Vlamingen.

Norré en Vandereycken onderscheidden bij de behandeling van eetstoornissen twee aspecten: het effect op de symptomen en het effect op het eetpatroon. Dit lijkt op het door ons in het inleidende artikel gemaakte onderscheid tussen de klachten zelf en de context van klachten. Martine beëindigde, tegen het advies van de therapeut, de behandeling toen ze eenmaal zwanger was. Ze was inmiddels gestopt met ‘vreten’ en braken, en had haar eetpatroon veranderd. Haar doelen waren bereikt. Dat zij ook depressiever was geworden zou opgevat kunnen worden als een – overigens voorzien – ongewenst effect. Ook Valerie had volgens haar therapeut haar eigen belangrijkste doel bereikt, namelijk een nieuwe vriend en daarmee het einde van haar eenzaamheid.

Waarom dan deze casussen in een themanummer over mislukkingen? De auteurs vragen zich in hun inleiding af of therapeuten misschien te streng zijn in hun beoordeling van therapie-effecten, of patiënten juist te optimistisch. Op grond van hun beschrijvingen zeggen wij: therapeuten en patiënten beoordelen het behandelingsresultaat op verschillende criteria. Wij zouden bij beide patiëntes toch spreken van een tamelijk geslaagde behandeling, die bovendien zo op het oog geen kwalijke effecten opleverde (of het zou moeten zijn dat Valerie inmiddels heeft besloten dat ze nooit meer naar een psychotherapeut gaat). Voor de therapeuten waren deze negatieve effecten er wel degelijk: zij waren teleurgesteld, voelden zich genomen en als ‘hangmat’ gebruikt (uit hun omschrijving komt naar voren dat dit een onprettig gevoel moet zijn). Dit kwam vooral doordat zij vonden dat er niets ‘wezenlijks’ was veranderd.

Natuurlijk is het niet zo dat therapeuten zich zonder meer moeten aanpassen aan het doel van hun patiënten. Soms krijgen ze ook die kans niet eens, zoals wordt geïllustreerd in de behandeling van TBS-patiënten (Radius). Het belangrijkste probleem in de behandeling van Piet de Geer was dat hij weinig boodschap had aan het hoofddoel van zijn behandelaars, namelijk vermindering van het gevaar voor recidive, alsook aan hun subdoelen. Het enige dat Piet zelf wilde was zelfstandig wonen, liefst bij zijn familie, zonder begeleiding. Dit laatste werd al op voorhand onmogelijk geacht door de behandelaars. Piet werd aan hen toevertrouwd met de boodschap dat hij waarschijnlijk toch niet te veranderen zou zijn. Niettemin begonnen zij met prijzenswaardige inzet aan de behandeling. Hun uitgangspunt was dat Piet nooit zelfstandig zou kunnen functioneren, hun doel dat Piet dit zelf ook zou gaan vinden. Dit doel werd niet gehaald en wat dit betreft is de behandeling mislukt. Wat betreft de mogelijk negatieve effecten hebben we alleen vermoedens. Negatieve effecten voor het behandelteam waren er duidelijk, en uiteindelijk hebben die ongetwijfeld hun weerslag gehad op Piet: dat men op zeker moment vond dat hij nu maar eens wat 'faalervaringen' moest opdoen klinkt eerder geïrriteerd dan helemaal therapeutisch verantwoord. Verder is het voorstelbaar dat de inconsequente en soms kortdurende toepassing van de leerprincipes (onderbroken bekrachtiging) Piets ongewenste gedrag (bijv. op inadequate wijze aandacht vragen) alleen maar heeft bevestigd.

De begeleiders van mevrouw Jansen (Henselmans) wilden te veel voor haar opknappen en deden te weinig een beroep op haar eigen verantwoordelijkheid. Hoewel 'fout' (niet in de morele maar in technische zin), is deze benadering toch te verkiezen boven een benadering waarbij de patiënten allerlei taken geacht wordt zelf op te knappen, zonder dat hij hiertoe in staat is. Bij mevrouw Jansen leidde het zorgende hulpaanbod tot een imposante reeks misverstanden, onder meer over een hoge status ten opzichte van haar hulpverleners, die zij niet als dienaren maar als knechten ging beschouwen. De hulpverleners, gewend aan de omgang met chronisch psychotische patiënten, hadden geen moment gedacht dat zij deze 'inadequate cognities' zelf voedden.

Hoewel mislukkingen en negatieve effecten niet zijn te voorkomen (wij weten immers altijd onvoldoende over stoornissen en de mogelijkheden om deze te behandelen) bieden de voorgaande artikelen praktische richtlijnen waarmee therapeuten risico's kunnen beperken. In elk geval zouden zij vanaf het begin moeten letten op (a) de doelstelling van henzelf en die van hun patiënten, (b) de 'motivatie' van hun patiënten, de redenen waarom dezen van hun klachten afwillen, en (c) het mogelijke effect van de behandeling op de twee dimensies zoals we die in onze inleiding onderscheidde: op de klachten zelf en op de 'context'.

In de hiervoor beschreven behandelingen kwam verschil van mening tussen therapeut en patiënt over doelstellingen dikwijls voor. We hebben de indruk dat therapeuten vaak vergeten om nauwkeurig te inventariseren wat hun patiënten eigenlijk willen bereiken, zodat ze er pas laat (eventueel te laat) achter komen dat ze over dit onderwerp met hen van mening verschillen. Eenvoudig vragen of de patiënt nog behandeling nodig zou hebben als. (bijv. als hij geen lichamelijke klachten meer zou hebben, als ze zwanger zou zijn, een vriend zou hebben, als zijn ouders niet meer zouden dreigen met financiële sancties) kan enige duidelijkheid geven. Ook is het verstandig te vragen hoe het leven van de patiënt eruit zou zijn als het doel bereikt zou worden. Soms blijkt dat patiënten weinig te winnen hebben (bijv. als zij na het overwinnen van hun klachten de steun van hun omgeving kwijtraken of terug moeten naar beroerd werk).

Niet-realistische verwachtingen, zowel van patiënten als van therapeuten, kunnen dan vroegtijdig worden gesignaleerd.

Een goed hulpmiddel voor het inventariseren van verwachtingen is de Patient Request Form (PRF, Lazare et al., 1975; Lazare & Eisenthal, 1975), waarvan de Nederlandse versie (PRF-NL) werd onderzocht door Swinkels (1994). In deze vragenlijst kunnen patiënten aangeven wat zij willen, bijvoorbeeld steun bij crises, lichamelijk onderzoek, medicijnen, of oefeningen om beter met de klachten om te gaan. Als therapeuten vinden dat patiënten onverstandige dingen doen of onhaalbare doelen voor ogen hebben is het goed om dit, op respectvolle en duidelijke wijze, te zeggen en te proberen de patiënt nieuwsgierig te maken naar de redenen die de therapeut heeft om dit oordeel te geven. De voor- en nadelen van de realistische opties kunnen geïnventariseerd worden, zodat patiënten een beter afgewogen keuze kunnen maken, waar ze waarschijnlijk ook meer achter zullen staan. Vaak valt na enige onderhandeling toch overeenstemming te bereiken. Soms zijn de doelstellingen niet op één lijn te brengen en het lijkt dan niet erg verstandig om met een behandeling te starten.

Overigens zijn het meestal de therapeuten die te hoge doelen stellen, en niet de patiënten. Therapeuten moeten zich dan ook afvragen of zij niet hun normen over wat geestelijke gezondheid is aan de patiënt opleggen, en nagaan om welke goede redenen zij de doelen van de patiënt onverstandig vinden. De overbevolking zou snel tot het verleden behoren als het recht om kinderen te krijgen was voorbehouden aan assertieve, niet-depressieve vrouwen met een gezond eetpatroon en een goede relatie met een liefhebbende partner. Verder vinden echte exposure-liefhebbers soms dat patiënten pas beter zijn als ze niets meer vermijden. Waar zij dan niet bij stil staan is (a) hoe vaak zogenaamde 'normale' mensen (inclusief zichzelf) situaties die ze eng vinden uit de weg gaan (sommigen zouden het knap moeilijk krijgen als ze alles moesten uitvoeren wat ze van hun patiënten vragen), en (b) hoeveel ontspanning en rust het vermijden met zich meebrengt. Ter illustratie: ons is het verhaal bekend van een melkboer, die zijn werk alleen kon uitvoeren zolang zijn vrouw hem op zijn dagelijkse ritten met de (SRV-)wagen vergezelde. Als zij ziek was werkte hij niet; beide echtelieden wisten namelijk zeker dat hij zonder haar meteen in de kroeg zou belanden.

Sommige psychotherapeuten, ten slotte, hebben grote weerzin tegen het voorschrijven van psychofarmaca tijdens een behandeling. Voor zover deze bezwaren worden ondersteund door empirische gegevens is dit juist, en als patiënten om medicatie vragen moet de therapeut deze gegevens natuurlijk aan hen meedelen. Soms is deze weerzin evenwel het gevolg van een door de therapeut aangehangen norm dat verandering door medicatie geen 'echte' en blijvende verandering is. Men vindt dan dat patiënten 'het zelf moeten doen', ongeacht de vraag of de klachten wel met psychologische middelen bestreden kunnen worden.

Direct met doelstellingen hangt de 'motivatie' van de patiënt samen. Motivatie is geen min of meer vaststaand kenmerk van een patiënt, zoals diens intelligentie. Als therapeuten patiënten ongemotiveerd vinden, bedoelen zij gewoonlijk dat deze patiënten iets heel anders willen dan zichzelf, en zij belonen dit bijvoorbeeld met de diagnose persoonlijkheidsstoornis. Een zinvol onderscheid is dat tussen 'interne druk' – ook wel 'lijdensdruk' genoemd (patiënten willen vooral van hun klachten af omdat zij er zelf veel last van hebben), en 'externe druk' (de omgeving zet patiënten onder druk om iets aan de klachten te doen). Patiënten die door anderen worden gestuurd

hebben gewoonlijk als belangrijkste motief voor hun komst het verminderen van de druk uit de omgeving. De therapeut maakt een fout door in zo'n geval allereerst te streven naar vermindering van de klachten, met verwaarlozing van het primaire doel van hun patiënt. Bij het taxeren van de motivatie is het verstandig om de mate van interne en externe druk afzonderlijk van elkaar in te schatten. Als beide laag zijn zal men niet bij de psychotherapeut verschijnen. Patiënten die door hulpverleners 'gemotiveerd' worden genoemd, ervaren gewoonlijk een hoge interne druk, terwijl de druk van buiten laag is. Problemen zijn vooral te verwachten in de omgekeerde situatie, als de externe druk hoog is, en de interne druk laag. De vierde mogelijkheid, een situatie waarin zowel de interne als de externe druk hoog zijn, lijkt een gunstig uitgangspunt voor behandeling, maar blijkt dit soms niet te zijn, namelijk wanneer patiënten iets anders willen dan hun omgeving.

De organisatie–adviseurs van het bureau 'Coopers & Lybrand' maken gebruik van het zogenaamde *pijnmodel*. Zij gaan ervan uit dat het geen zin heeft oplossingen voor moeilijkheden van een organisatie – fusie, decentralisatie, verandering van produktiemethode – op te sommen vóór de 'pijndoos' van medewerkers in zo'n organisatie gevuld is. Ervaren de medewerkers de huidige toestand als aangenaam of tenminste als houdbaar, dan zullen zij niet voldoende inzet kunnen opbrengen om aan een ingrijpende reorganisatie mee te werken. De organisatie–adviseur moet dan niet de 'oplossingendoos' openen, maar de 'pijndoos' vullen, net zolang tot reikhalzend wordt uitgezien naar de inhoud van de 'oplossingendoos'. (Het openen van de 'oplossingendoos' kan in dit stadium tot zoveel opluchting en vreugde leiden dat verzuimd wordt door te gaan naar doos drie: de 'uitvoeringsdoos', waarin zich de middelen bevinden om de gekozen oplossingen daadwerkelijk door te voeren. Dit is vaak ietwat saai werk, maar het dient met animo te worden uitgevoerd, zoals zorgvuldige exposure bij een patiënt met agorafobie.)

In de in deze aflevering beschreven behandelingen viel op dat vaak de doos met oplossingen werd opengemaakt voor de doos met pijn bij de patiënt goed gevuld was (zie bijv. de artikelen van Visser en Bouman, Radius, en Henselmans). Dit lijkt in de psychotherapie net zo onverstandig als in de organisatie–adviespraktijk. De therapeut moet er empathisch en koelbloedig voor zorgen dat de 'pijndoos' van de patiënt gevuld raakt, en niet die van hemzelf (zoals onder andere bij Radius en Henselmans het geval was). Dit betekent niet dat men de patiënt dreigend moet vertellen hoe vreselijk hij er aan toe zal zijn wanneer hij niet verandert, maar dat men de patiënt vriendelijk laat ervaren hoe vreselijk hij er aan toe zal zijn als hij niet verandert. Hoe dit te doen? Lees: *Zo maakt u vrienden en goede relaties*, door Dale Carnegie (eerste druk 1936, de laatste 1984), *Excellent onderhandelen*, door R. Fisher et al. (1983), en *Onderhandelen met lastige mensen*, door W. L. Ury (1993). Lees niet: boeken over psychotherapie, een goede uitzondering daargelaten.

Andere factoren die in de beschreven behandelingen leken te leiden tot mislukking of negatieve effecten waren:

- a *De therapeut houdt zich rigide aan zijn favoriete model of zijn favoriete technieken.* Wanneer deze rigiditeit het gevolg is van arrogantie van de therapeut, komt zij de patiënt niet ten goede. Verwarrend kan zijn dat 'stug volhouden' bij bepaalde klachten en patiënten nodig is. Uit experimenten over conditionering is bekend dat het uitdoven van aangeleerde reacties veel tijd en herhaling vergt, en dat uitdoving zelfs kan worden voorafgegaan door een tijdelijke verergering van de

klachten. Protocollaire behandelingen zijn tamelijk rigide, maar ze zijn gemiddeld genomen wel effectief. Het zou ons niet verbazen als ze hun werkzaamheid voor een deel ontleen aan deze ietwat rigide opzet. Een therapeut die 'stug volhoudt' zal zijn patiënten kunnen vertellen waarom dit nodig is; de arrogante therapeut zal zijn patiënt uitleggen dat hij 'in deze kamer altijd gelijk heeft' (zie het artikel van Merel Jansen).

- b *Er wordt niet overwogen welke gevolgen het beginnen van een nieuwe behandeling (of het veranderen van een langgevoerd beleid) kan hebben.* We hebben de indruk dat juist deze omissie tot schadelijke gevolgen kan leiden. Voorbeelden hiervan zijn te vinden bij meneer Yzermans en mevrouw Zomers (Visser en Bouman). Beide patiënten leken een – niet altijd prettig maar over het algemeen wel leefbaar – evenwicht te hebben gevonden. Het initiatief om een andere strategie te proberen ging uit van de hulpverlener (in dit geval de huisarts). Duidelijk is ook dat zo'n initiatief soms wordt bepaald door erg toevallige omstandigheden, bijvoorbeeld net een slechte cursus over antidepressiva hebben gevolgd, of een goede niet begrepen hebben.

Natuurlijk mogen hulpverleners initiatieven nemen maar liefst niet impulsief en ook dan pas na overleg met de patiënt over de voor- en nadelen van het nieuwe beleid.

Sommige wezen op het risico dat ook de therapeut nadeel kan ondervinden van het uitvoeren van psychotherapie. Een door Vandereycken (1989) beschreven valkuil voor de therapeut is de idealisering van de 'therapeutische vriendschap' als prototype van 'intiem' contact. Hij stelt dat tal van patiënten en therapeuten verdwalen in het mistige grensgebied tussen vriendschap en psychotherapie. Een vriendschap is gebaseerd op spontaniteit en wederkerigheid, en juist deze beide fundamenteen kunnen volgens hem niet de basis vormen van een therapeutisch contact. Therapeuten kunnen volgens hem verslaafd raken aan de 'roes van het intieme contact'. (Wij komen dit zelf bijzonder weinig tegen, maar mogelijk is dit in 'therapeutische gemeenschappen' en dergelijke anders.) De andere kant van dezelfde medaille is volgens hem dat therapeuten op een bepaald moment niet meer in staat zijn om 'gelijkwaardige' vriendschappen te onderhouden. Ze zijn zo gewend aan hun positie als steun, trooster en raadgever, met de daaraan verbonden gevoelens van voldoening, dat het niet meer lukt om zelf hulp te vragen of spontaan te reageren. Dat ook leertherapie in dit opzicht niet zonder gevaren is wordt geïllustreerd door een analytica in opleiding, die te kennen gaf dat ze niet langer wilde omgaan met mensen die niet geanalyseerd waren. Ze had eenvoudigweg geen plezier meer in hun gezelschap (Striano, 1988).

Patiënten beginnen aan een behandeling in de hoop dat zij hier wijzer van worden. Therapeuten doen over het algemeen weinig moeite om patiënten ervoor te waarschuwen dat de behandeling ook minder gewenste of zelfs schadelijke effecten kan hebben. Waarschijnlijk vrezen zij dat dit het vertrouwen van de patiënt in de behandeling ernstig kan schaden, en juist dat vertrouwen is een essentiële voorwaarde voor succes (zie onder meer Frank, 1984). Therapeuten kunnen zich blijkbaar niet goed indenken dat patiënten juist meer vertrouwen in hen en hun behandelingsmethode krijgen als ze eerlijk worden voorgelicht over de mogelijke nadelen, en als hun therapeuten hun met klem vragen om hier goed op te letten.

Tot zover de mislukkingen en schadelijke gevolgen van psychotherapie.

Bergin, die zich al lang bezighoudt met negatieve effecten van psychotherapie, schreef in 1975 een artikel met als titel *Psychotherapie kan gevaarlijk zijn*:

Stel dat iedere psychotherapeut een waarschuwing op zijn deur zou doen van de volgende strekking: 'Psychotherapie kan schadelijk zijn voor uw psychisch welbevinden.' Dit zou niet bij iedereen leiden tot het besluit om te stoppen, maar het zou veel mensen voorzichtiger maken, wat helemaal geen slecht idee zou zijn. Gegevens uit empirisch onderzoek en uit verhalen van ex-patiënten wijzen uit dat sommige psychotherapeuten, zoals sommige medicijnen, zouden moeten worden verboden, en dat bepaalde vormen van psychotherapie alleen onder strikte voorzorgsmaatregelen zouden moeten worden toegepast.

Abstract

The different chapters in the special issue Failures and disappointments in psychotherapy are discussed briefly. It is recommended to estimate the following aspects at the start of treatment: (a) the goals of therapists and their patients (b) motivation of the patients to change, divided into internal pressure (the degree to which patients themselves suffer from their complaints) and external pressure (put on patients from their environment), and (c) the possible effects of treatments on the complaints and on other aspects. It is stated that sometimes the main task of therapists is to motivate patients to work on their complaints, and that suggesting solutions is useless as long as patients are not sufficiently bothered by their complaints.

Referenties

- Bergin, A.E. (1975). When shrinks hurt: Psychotherapy can be dangerous. *Psychology Today*, november, 96.
- Carnegie, D. (1984). *Zo maakt u vrienden en goede relaties*. Amsterdam: Omega Boek.
- Fisher, R., Ury, W., Patton B. (1993). *Excellent onderhandelen*. Amsterdam: Contact, Business Bibliotheek.
- Frank, J.D. (1984). Therapeutic components of all psychotherapies. In: J.M. Meyers (red.), *Cures by psychotherapy. What effects change?* New York: Praeger.
- Lazare, A., Eisental, S., Wasserman, L., & Harford, T.C. (1975). Patients requests in a walk-in clinic. *Comprehensive Psychiatry*, 5, 467-477.
- Lazare, A., & Eisenthal, S. (1977). Patients requests in a walk-in clinic; Replication of factor analysis in an independent sample. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 5, 330-340.
- Striano, J. (1988). *Can psychotherapists hurt you?* Santa Barbara: Professional Press.
- Swinkels, J.A. (1994). *Wat mag ik voor u doen?* Amsterdam: Beneke Consultants.
- Ury, W.L. (1993). *Onderhandelen met lastige mensen*. Amsterdam: Contact.
- Vandereycken, W. (1989). Gebruikelijke fouten en foutieve gebruiken van psychotherapie. *Nieuws voor psychotherapeuten*, april 1-7.