

Niet-helpende en storende processen in experiëntiële psychotherapie

Een analyse van postsessie-commentaren*

door G. Lietaer en M. Neirinck

Inleiding

Therapeuten schrijven niet graag over wat er mank loopt in hun therapieën: een narcistische trek? De literatuur biedt inderdaad weinig concrete beschrijvingen van misluktingsgevallen; enkele recente publicaties van Strupp vormen hierop een welkome uitzondering (bijv. Strupp, 1980). Nochtans weten wij – uit ervaring en uit onderzoek – dat voor minstens één op vier van onze cliënten psychotherapie niets oplevert, en dat er zich ook soms storende processen voordoen in therapieën die globaal genomen wel bevredigend zijn. Meernog, onderzoek lijkt er op te wijzen dat een – gelukkig klein – percentage van cliënten deterioreren onder invloed van wat er tijdens 'therapie' gebeurt (Lambert, Bergin en Collins, 1977; Strupp, Hadley en Gomes-Schwartz, 1977). Reden genoeg dus om onze aandacht meer te richten op negatief werkende processen in psychotherapie.

Het schaarse onderzoek rond dit thema valt grosso modo uiteen in twee types. Enerzijds zijn er enkele studies waarin aan cliënt en/of therapeut gevraagd werd terug te kijken op een *therapie in haar geheel* en aan te geven wat zij daarin eventueel als negatief ervaren hadden (Feifel en Eells, 1963; Lieberman, Yalom en Miles, 1973). Anderzijds zijn er een aantal onderzoekers die de voorkeur gegeven hebben aan het

* Deze studie werd uitgevoerd als onderdeel van het onderzoeksproject nr. 3.0045.77, gefinancierd door het FGWO (Promotors: prof. J. Rombauts en prof. G. Lietaer). Onze beste dank aan de stafleden van het Counseling Centrum voor hun suggesties bij het construeren van het inhoudsanalysesysteem, en voor hun commentaar op het artikel.

Schrijvers zijn respectievelijk hoogleraar in de klinische psychologie aan de Katholieke Universiteit te Leuven; Counseling Centrum, Blijde Inkomststraat 13, 3000 Leuven en klinisch psychologe; thuisadres: Koffiestraat 75, 3307 Kuntich.

bestuderen van *afzonderlijke sessies*, en aan de hand van beoordelingschalen 'goede' en 'slechte' sessies met elkaar vergeleken hebben (Auerbach en Luborsky, 1965; Duncan, Rice en Butler, 1968; Hoyt, 1980; Orlinsky en Howard, 1975; Strupp, Chassan en Ewing, 1966). Binnen deze meer microscopische benadering kunnen wij ook het onderzoek situeren dat zich specifiek richt op de analyse van helpende en storende interventies; het onderzoek op basis van de Process Recall methode lijkt op dit gebied beloftevol (Elliott, 1983).

Ons onderzoek sluit aan bij de tweede invalshoek. Als onderdeel van een breder project vroegen wij aan een ruim staal van cliënten en therapeuten hun beleving weer te geven van wat zij als 'niet-helpend of eerder storend' ervaren hadden tijdens een aantal therapeutische sessies. Wij kozen hierbij voor de open-vraagmethode teneinde de betrokkenen niet in te perken in hun reacties en hen toe te laten het storende in eigen woorden weer te geven. Tevens hoopten wij langs deze weg meer gedetailleerde en levendige informatie te bekomen dan hetgeen op basis van beoordelingsschalen te verwachten valt.

Het feitenmateriaal laat ons toe een concreet beeld te schetsen van wat cliënten en therapeuten zoal als storende processen ervaren in experiëntiële psychotherapie, alsook beide standpunten (cliënten en therapeuten) met elkaar te vergelijken. Daarnaast vormt dit geheel van postsessie commentaren een rijke inspiratiebron voor een bezinning over hetgeen in supervisie aandacht dient te krijgen.

Onderzoeksprocedure

Opzet en concreet verloop – Aan leden van de Vlaamse Vereniging voor cliënt-centered psychotherapie werd gevraagd of ze wilden meewerken aan een onderzoek over 'factoren die een rol spelen in de mate waarin cliënt en therapeut al dan niet tevreden zijn over individueel-therapeutische sessies'. De geïnteresseerden kregen nadere uitleg over het concreet verloop van het onderzoek en werden verzocht twee cliënten aan te spreken voor medewerking. Deze cliënten werden dan aangeschreven door de onderzoeker en de mogelijkheid geboden contact met haar op te nemen voor verdere bespreking. Cliënten en therapeuten kregen een financiële vergoeding voor hun medewerking.

Uiteindelijk werkten 25 therapeuten mee, 16 met 2 cliënten en 9 met 1 cliënt. Zo werden er 41 therapieën in het onderzoek betrokken. Binnen elke therapie werd aan cliënt en therapeut gevraagd om de twee sessies een postsessie-vragenlijst in te vullen, en dit ten hoogste tien maal. Zodoende hoopten we cliënt en therapeut niet te zeer te belasten en het evalueren der onderscheiden sessies zo onafhankelijk mogelijk te laten verlopen. De anonimiteit van het onderzoek werd ten stelligste verzekerd. Cliënt en therapeut dienden de vragenlijst zo vlug mogelijk na de sessie in te vullen en deze rechtstreeks naar de onderzoeker op te sturen.

Het totaal aantal sessies waarover minstens één der betrokkenen de postsessie-vragenlijst invulde, bedraagt 349; wij beschikken over 325 sessies waarover zowel cliënt als therapeut de vragenlijst invulde (zij het in enkele gevallen niet volledig).

De postsessie-vragenlijst – De postsessie-vragenlijst bestaat uit volgende onderdelen.

- Een globale evaluatie van de sessie, op een continuüm van 1 (helemaal niet goed) tot 7 (zeer goed).

- Vier open vragen, waarvan de cliënt-formulering als volgt luidt:

- Met welke gevoelens en verwachtingen bent u naar deze sessie gekomen?

- Waarover werd er in deze sessie vooral gesproken?

- Zijn er in deze sessie dingen gebeurd, waarvan u het gevoel hebt dat ze u echt vooruithielpen?

- Zijn er in deze sessie dingen gebeurd, waarvan u de indruk hebt dat ze u niet vooruithielpen (misschien zelfs het tegendeel)?

- Een procesvragenschaal, bestaande uit 76 items die verwijzen naar relationele en taakgerichte aspecten van het therapeutisch proces. In deze bijdrage zullen wij ons beperken tot de gegevens verkregen via de open vraag naar storende processen (zie hierboven).

Proefgroepkarakteristieken – Voor een gedetailleerde beschrijving van de proefgroep, verwijzen wij naar een vorige bijdrage waarin de helpende processen besproken worden (Lietaer en Neirinck, 1984). Het volgende kan hier volstaan.

Het gaat overwegend om cliënten in ambulante behandeling. De therapeuten hebben allen een postgraduate opleiding in de client-centered psychotherapie achter de rug en de meesten onder hen staan reeds minstens vier jaar in de praktijk. De onderzochte sessies liggen gespreid over alle fasen van therapie en meer dan de helft zijn afkomstig uit eerder langdurende therapieën (na het dertigste interview). De globale evaluatie van deze sessies valt vrij positief uit, vooral bij cliënten: bij therapeuten krijgen 63% en bij cliënten 78% der sessies een score van 5 of meer. De correlatie tussen cliënt- en therapeut-gedrag is zeer laag en niet-significant ($r = .18$).

Hoog- en Laaggroepen – Teneinde te kunnen nagaan welke storende processen het meest differentiëren tussen 'zeer goede' en 'eerder onvruchtbare' sessies, hebben we uit de totale steekproef van sessies een Hoog- en Laaggroep van telkens 40 sessies geselecteerd, op basis van de globale evaluatie. Wij deden dit voor cliënten en therapeuten afzonderlijk, gezien de lage correlatie tussen hun beoordelingen; sessies die slechts door één der betrokkenen geëvalueerd werden, kwamen dus ook in aanmerking. Als voornaamste criterium gold de extremititeit van de score. Wanneer uit eenzelfde therapie zowel een Hoog- als een Laagsessie geselecteerd werd, werd een minimum-verschilscore van 3 als criterium gesteld. Voor zover mogelijk, werd verder nog rekening gehouden met de antwoordtendens van de betrokkenen; ook werd

gezorgd voor een zo hoog mogelijke representativiteit van cliënten en therapeuten. Daarom werden er per extreme groep nooit meer dan twee sessies uit eenzelfde therapie opgenomen. Op basis van deze selectieprocedure verkregen we extreme groepen waarbij de 40 sessies afkomstig waren uit 27 à 30 therapieën. Het aantal gemeenschappelijke sessies voor cliënt en therapeut bedraagt 17 in de twee Hooggroepen en 9 in de twee Laaggroepen.

Inhoudsanalyse – De antwoorden op de open vraag naar storende processen werden verwerkt via inhoudsanalyse. Bij een eerste verkenning van het feitenmateriaal bleek duidelijk dat cliënten en therapeuten sterk verschilden in de manier waarop zij storende processen beschreven. Om de realiteit geen geweld aan te doen, werd dan ook besloten twee afzonderlijke categorieënsystemen uit te bouwen. Op basis van een representatief gedeelte van het materiaal stelde de hoofdonderzoeker twee voorlopige categorieënsystemen op. Aangezien we wilden werken met mutueel-exclusieve categorieën, werd elk sessieantwoord opgedeeld in een zo groot mogelijk aantal zinvolle segmenten. Wij hielden ons hierbij zo dicht mogelijk bij de manifeste inhoud, rekening houdend met de klemtonen die de proefpersonen zelf in hun antwoorden legden. Elk segment bevat dus een nieuwe betekenisinhoud, onderscheiden van de betekenisinhoud van andere segmenten uit een sessieantwoord. Deze voorlopige versies werden besproken met de andere stafleden van het Counseling Centrum: mede op basis van het scoren van een aantal 'oefensegmenten', beoordeelden zij de zinvolheid en de onderscheidenheid van de categorieën en verfijnden zij verder de categorieënsystemen. In een laatste voorbereidende fase scoorden de hoofdonderzoeker en een tweede beoordelaar één vijfde van het materiaal en bespraken zij hun divergente scores. Dit gaf nog aanleiding tot enkele aanvullingen en nuanceringen. Met de definitieve vorm van beide categorieënsystemen deden zij een betrouwbaarheidsonderzoek: op drie vijfde van het materiaal bij cliënten en op twee vijfde van het materiaal bij therapeuten. Het segmenteren op zich bleek uiterst betrouwbaar, terwijl de betrouwbaarheid van het scoren der inhouden eveneens hoog bleek te zijn: 89% overeenkomst op het cliëntenmateriaal en 82% overeenkomst op het therapeutenmateriaal. Deze hoge betrouwbaarheidscijfers dienen echter enigszins gerealiseerd te worden; immers het materiaal dat gebruikt werd voor het construeren van de categorieënsystemen, viel gedeeltelijk samen met het materiaal dat als basis diende voor het betrouwbaarheidsonderzoek.

Bij het vastleggen van de definitieve scores kreeg de hoofdonderzoeker het laatste woord. Per sessieantwoord werd eenzelfde categorie slechts eenmaal gescoord. Op de 325 sessies kwamen wij zodoende tot 91 cliënt-scores en 200 therapeut-scores (er waren heel wat blanco-antwoorden): geen zeer uitgebreid, maar toch een voldoende groot staal van belevingsaspecten rond niet-helpende en storende processen in

individuele client-centered/experiëntiële psychotherapie.

Aan de open-vraag-methode en de verwerking via inhoudsanalyse zijn uiteraard ook grenzen en moeilijkheden verbonden: deze worden uitvoerig besproken in hoger vermeld artikel (Lietaer en Neirinck, 1984).

Omschrijving en illustratie van de categorieën

De verschillende categorieën werden nauwkeurig omschreven op basis van alle antwoordsegmenten binnen elke categorie. Samen met de voorbeelden geven zij een klinisch beeld van storende processen, zoals deze door cliënten en therapeuten onmiddellijk of een tijdje na het beëindigen van hun therapeutische sessies herinnerd worden.

Categorieënsysteem cliëntbeleving

A. Houdingen en interventies van de therapeut

1. *Gebrek aan warmte, betrokkenheid, begrip*
 - Ik had de indruk dat de therapeut niet bij mij was tijdens het gesprek...
 - Ik heb nu wel een gevoel dat ik het contact met de therapeut kwijt ben en dat vind ik spijtig.
2. *De therapeut is te passief, confronteert te weinig*
 - Ik had graag gehad dat de therapeut wat meer confronterend optrad, dat zou mij geholpen hebben. Maar de therapeut deed het niet.
3. *De therapeut is te actief*
 - Als hij voortdurend probeert verder in te gaan op hoe ik mij voel tegenover mensen die ik negeer. Ik vind dit een sleuren; met sleuren kom ik niet vooruit.
4. *Afkeuring of onderwaardering door de therapeut*
 - Even dacht de therapeut eraan een techniek door mij te laten gebruiken, maar hijzelf dacht dat ik dit – gezien mijn karakter – misschien toch niet zo goed zou aankunnen.
5. *De therapeut geeft raad of suggesties die pijnlijk aankomen, waarbij de cliënt zich onbegrepen voelt*
 - Het heeft me wel sterk aangegrepen toen de therapeut vroeg of ik mij nog niet afgevraagd had of de afwezigheid van mijn kind niet beter zou zijn.
 - De therapeut zei op het laatst (het ging over het terug kunnen vertrouwen van mensen): 'Je moet die schimmen loslaten en je zult zien dat het alleen maar schimmen zijn'. Ik denk dat ze verwees naar die angsten van in de steek gelaten te worden door mensen, geen contact kunnen krijgen met mensen. Ik voelde opeens voor de eerste keer een grote verwijdering, een mij niet begrepen voelen. Ik zoek wanhopig naar echt contact, ik kan er juist zelf nog niets bij voelen; het gaat buiten mij om, hoe goed ik

ook mijn best doe. Ik dacht dat zij dit toch al moest begrepen hebben.

6. *De therapeut geeft suggesties of interpretaties die de cliënt inadequaat of onjuist vindt*

- De therapeut 'slaagde erin' mij het nut te doen inzien van de therapie. Zo wordt de beslissing, om de therapie te stoppen, weer eens enkele weken uitgesteld.
- Op een bepaald moment zei de therapeut dat het beter was te praten over hoe ik me *nu* voelde, hoe ik er nu tegenover stond. Hij zei dat ik veel anticipeerde. Op dit moment ben ik gestopt met over het verleden te praten, zij het met weerstand.

7. *De therapeut is te indringend*

De therapeut tracht de cliënt op een dieper belevingsniveau te brengen of op intiemer materiaal te richten, met als gevolg dat de cliënt blokkeert of zich terugtrekt; hij komt als persoon te dicht bij de cliënt; hij geeft feedback (vnl. over dubbele boodschappen) die de cliënt verwart of onzeker maakt; hij geeft evaluaties over de therapie (in de positieve of negatieve zin), die de cliënt beangstigen; hij stelt iets voor (bijv. een groepstherapie volgen), waar de cliënt nog voor terugeinst.

- Ik voelde mij zeer onveilig wanneer met nadruk gevraagd werd mij intens in mijn droefheid in te leven, mijn droefheid voelbaar aan de oppervlakte te laten komen! Een akelig gevoelen en volledig tegen mijn natuur van zelfverdediging en wil tot levensbehoud!
- De therapeut trachtte 'het niet-cerebrale in mij een kans te geven' door mij aan te raken, maar dit deed me in mijn schelp kruipen. Ik heb hem zelfs gezegd dat ik eraan dacht niet meer te komen.
- Toen de therapeut zei dat de toestand nog zou kunnen verergeren, werd ik erg onrustig. Ook nu ben ik daar erg bang voor.
- De therapeut zei me dat ik steeds een dubbele boodschap doorgaf: confronteer me maar, maar doe me geen pijn; je kan me confronteren, maar kijk uit wanneer en hoe! Dit is moeilijk. Ik heb ook dat dubbele gevoel. Ik kan er niet meer aan uit.

B. Proces van de cliënt

1. *De cliënt belemmert het gesprek door af te wachten, te zwijgen, niet mee te werken*

- Ik weigerde elke medewerking aan het gesprek. Vandaar dat er niets kon gebeuren dat mij zou helpen, welke inspanning de therapeut ook deed.
- Mijn lange periodes van stilzwijgen tijdens het gesprek, zijn volgens mij uitvluchten om niets te moeten zeggen.

2. *De cliënt belemmert diepgang in het gesprek; door te veel, te verhalend of over te oppervlakkige dingen te praten; of door te vlug van onderwerp te veranderen*

- Bij het begin van de sessie was ik nieuwe blokkades aan het maken
- onder andere door minder belangrijke onderwerpen aan te snij-

den—om mezelf te beletten tot de essentie te komen. Ik heb dit dan echter zelf min of meer doorbroken.

3. *De cliënt kan of durft bepaalde zaken niet ter sprake te brengen* (o.m. zijn gevoelens t.a.v. de therapeut); hij komt er niet toe tot de kern of achtergrond van zijn probleem door te dringen; hij vindt het gewoon te moeilijk om over zichzelf te spreken of dieper op zichzelf in te gaan.

- Het feit dat ik wilde reageren op een bepaalde inspraak van de therapeut, en het naliet. Na de sessie blijft zoiets te lang bij. Ik kan zoiets niet van mij afzetten.
- Al de problemen die ik geformuleerd had op papier, hoopte ik te verwoorden. Ik heb het echter niet gekund, wat mij een negatief oordeel over het gesprek gaf.
- Door steeds bovenliggende problemen aan te raken, terwijl ik de kern niet aanraak (of durf aan te raken).

4. *Het gesprek brengt niets nieuws*: de cliënt vertelt dingen over zichzelf die hij reeds wist of herhaalt steeds weer hetzelfde.

- Ik denk dat het steeds terugkomen op die jammerklachten van moeder en de manier waarop ik daar moet tegen reageren, niets uithaalt; want moeder zal toch blijven jammeren.

5. *De sessie laat een gevoel van verwarring en onzekerheid na*: de cliënt twijfelt aan de relevantie van hetgeen hij besprak; hij ziet het verband niet tussen wat er allemaal aan bod gekomen is; hij voelt zich onzeker over wat de therapeut over hem denkt.

- Ik ben op 't einde over van alles beginnen te praten dat volgens mij verband hield, of was het afdwalen? In elk geval, ik werd in mezelf verward en ben dat nu nog een beetje.

6. *De sessie was te confronterend of te belastend*: de cliënt botst op dingen die hij liever uit de weg zou gaan, die hem ontredderen of doen dichtklappen; hij schrikt ervoor terug een traumatisch gebeuren te herbeleven.

- Wanneer men een uur lang over zichzelf praat, dan komen er dingen terug die vele jaren geleden gebeurd zijn en die men liever zou vergeten zijn, en dit vind ik zeer spijtig.
- Het bewust worden van het feit dat ik eigenlijk graag afhankelijk zou zijn – te zien aan wat ik doe – terwijl ik beweert los te willen komen van die afhankelijkheid, heeft me meer ontredderd en hopelozier gemaakt.

7. *De cliënt is ontmoedigd over het gebrek aan vooruitgang of vooruitzicht*. De cliënt betwijfelt of hij nog wel veranderen kan; hij botst steeds weer op hetzelfde problemen; het gaat te traag; hij krijgt wel inzicht, maar dit brengt nog geen verandering.

- Ik zou zoveel warmte willen voelen voor de jongen die ik nu ken, maar ik ben uitgeput en denk dat dit nooit meer in orde zal komen.
- Misschien helpt het toch, maar het werkt toch ontmoedigend aan te voelen en te weten dat mijn moeilijkheden steeds om hetzelfde gaan.

– Het duidelijk inzicht helpt mij vooralsnog niet iets te verbeteren aan de onaangepaste gedragingen. Anders gezegd, als ik denk aan het gezegde dat de kennis van de oorzaken en het inzicht de helft van de genezing zijn, dan zie ik nog steeds niet de tweede helft zitten!

8. *De cliënt voelt zich bij het beëindigen van de sessie aan zijn lot overgelaten*

– Er brak op het laatst een groot verdriet in mij los. Dan moet ik naar huis en het alleen verwerken. Dit kan soms een hele dag duren.

C. Externe of structurele factoren

Het feit dat mijn man aanwezig was en deze weinig of geen begrip kon opbrengen voor innerlijke gevoelens (waar ik wel mee zit), bracht mee dat deze sessie me niet geholpen heeft.

Categorieënsysteem therapeutbeleving

A. Houdingen en interventies van de therapeut

1. *De therapeut vindt dat hij te passief is*, dat hij te weinig inbrengt, dat hij de cliënt tezeer laat begaan in een onproductieve manier van over zichzelf praten (bijv. te theoretisch, te weinig in voeling met zichzelf, teveel over anderen of onbelangrijke onderwerpen, te langdradig, tezeer verhalend); hij vindt dat hij de cliënt te vrij laat in bepaalde beslissingen in verband met de therapie.

– Ik liet ze maar doorpraten over onderwerpen die me eigenlijk niet interesseerden.

– Misschien had ik er beter aan gedaan haar in haar 'ventilatie-verhalen' wat meer tegengewicht te geven.

2. *De therapeut geraakt niet gevoelsmatig betrokken op de beleveniswereld van de cliënt*, kan er zich niet voldoende op concentreren; hij voelt zich veraf, te weinig empathisch.

– Het feit dat ik tussendoor aan andere dingen dacht (bijv. de vragenlijst die ik vergeten was) en daardoor niet voldoende voor haar openstond.

– Ik had het gevoel dat ik niet intens en actief genoeg kon bezig zijn met haar.

3. *De therapeut begrijpt de cliënt gewoon niet*, hij kan hem niet goed volgen in zijn soms moeilijk doordringbare manier van spreken; ook gebeurt het dat de therapeut zich niet meer herinnert wat er in een vorige sessie besproken werd.

– Bij het begin van de sessie besprak hij zeer geagiteerd iets wat ik moeilijk kon begrijpen. Ik heb een paar keer meer uitleg gevraagd, maar dit hielp me niet veel.

– Niet alle psychotische elementen zijn voor mij direct begrijpbaar...

4. *De therapeut gaat onvoldoende in op de persoonlijke betekenis van wat de cliënt brengt*, hij slaagt er niet in door te dringen tot de diepere

gevoelskern.

- Ik ben wat teveel op 'communicatiesystemen' ingegaan, en te weinig op het gevoel rond deze gestoorde communicatie.
- Ik kon zijn agressie niet bereiken: de woede die onder zijn verdriet weggestopt werd.
- ... mijn aandacht niet genoeg gehouden bij zijn beleving, omdat wat er gebeurd was – de feiten dus – mezelf tezeer boeiden.

5. *De tussenkomsten van de therapeut sluiten niet aan bij het belevingsspoor van de cliënt:* hij doet tussenkomsten die 'ernaast' zijn of helemaal niet aanslaan, gaat eenzijdig en soms te langdurig in op aspecten die hij vanuit zijn eigen referentiekader belangrijk vindt, brengt eigen bedenkingen of ervaringen in die afleidend zijn of de aandacht van de cliënt tezeer op hem richten.

- Ik wou haar wijzen op hetzelfde patroon, met de bedoeling haar opstandigheid los te maken, maar had de indruk dat zij eigenlijk dit niet wou zeggen... Het haalde in elk geval weinig uit: cliënte keek verwonderd, vond het blijkbaar nogal vergezocht.
- Mijn relativiserende opmerking op het einde van de sessie – 't Is een beetje normaal dat je in een leegte terecht komt, wanneer je een relatie van 10 jaar afbreekt' – vond ik maar slap en niet helpend.
- Soms betrap ik er mij op dat ik een bepaalde richting uit wil, haar stimuleer om over het negatieve te praten en de positieve zijde, die ze ook laat zien, minder belangrijk vind...
- Mijn verhaal was te lang en zijn aandacht was te lang op mij gericht.

6. *De therapeut gaat niet in op wat er zich hier-en-nu in de relatie afspeelt:* negatieve gevoelens bij zichzelf of bij de cliënt, verstoringen in het contact blijven onaangeroerd.

- Op een bepaald moment voelde hij zich beoordeeld door wat ik zei. In plaats van daarop in te gaan, ging ik verder in op de inhoud van wat ik gezegd had.
- Ongetwijfeld moet zij van ons eerder oppervlakkig contact ook iets gevoeld hebben. Ik meen dat ik hierover beter iets zou gezegd hebben.

7. *De therapeut duidt te weinig;* hij heeft te weinig aandacht voor het blootleggen van bepaalde verbanden, gedragspatronen, latente betekenissen.

- ... tenzij misschien dat ik er niet in geslaagd ben deze agressie (?) van de cliënt te plaatsen in het bredere kader van haar persoonlijkheid.
- Haar zeggen dat ze nu ook in het gesprek zich onpasselijk voelt, heb ik niet helder genoeg kunnen duiden als een boodschap naar mij dat haar bepaalde dingen storen.

8. *De therapeut vindt zijn tussenkomsten te rationeel,* te zeer gericht op analyseren of verklaren; hij laat zich verleiden tot discussie.

- Ik vond het helemaal niet produktief dat ik verzeild geraakte in

een soort metafysische discussie rond zijn bedenkingen aangaande 'de finaliteit van het heelal'.

- Mijn rationeel-analyserende vragen die zij soms moeilijk kon beantwoorden.
- Het beeld dat ik gebruikte en dat de cliënt niet verstond, leidde weg van het gebeuren naar een steriele discussie.

9. *De therapeut interpreteert of confronteert te vlug of te diep* en blijft soms te sterk 'doorduwen'; dit is bedreigend of verwarrend voor de cliënt.

- Misschien het feit dat ik te vlug naar haar persoonlijke beleving van autoriteit en haar intra-persoonlijke gevoelens toeging, waar zij eerder nog haar moeilijkheden op interpersoonlijk vlak situeert.
- Duiding van elementen (zijn affectie t.o.v. moeder) die hij nog niet durft of wil onder ogen zien.
- Misschien te vlug gegaan voor de patiënte, bij mijn vraag naar eventuele positieve gevoelens bij het verkracht worden.
- Ik ben te vlug zijn agressie tegenover zijn vrouw gaan duiden; nog te veraf voor hem.

10. *De therapeut is te zeer gericht op directe hulp*: vanuit een 'furor sanandi' of vanuit ongeduld gaat hij te actief de leiding nemen, suggereert hij oplossingen die wellicht te goedkoop zijn of niet ad rem, tracht hij de cliënt moed in te pompen.

- Ik zat ook vlugadviezenteggeven: 'anderemensen zoeken om mee te praten', en dergelijke.
- Ik meen dat mijn aanpak te structurerend was en haar weinig vrijheid liet: ze moest praten!

11. *De therapeut reageert inadequaats vanuit tegenoverdrachtelijke gevoelens*: eigen noden, onverwerkte problemen, angst voor bepaalde gevoelens, depreciatie van de waarden van de cliënt of van diens manier van zijn irritatie of gespannenheid in verband met hoe de cliënt op hem reageert... brengen mee dat de therapeut niet sereen kan ingaan op de beleving van de cliënt, dat hij - soms bedekt - agressief reageert of confronteert, dat hij de cliënt manipuleert of niet kan laten zijn wat hij is.

- Ik zet me te sterk af tegen haar overtuigingen: 'Mijn geloof heeft me gered. God is mijn redder'. Ik negeer de waarden van haar geloof, laat me te zeer leiden door mijn eigen overtuiging... Ergens zit er wel een nood aan zelfbevestiging: ik vraag dat zij bevestigt dat ik help.
- Ik was een beetje bang voor zijn diepe regressie: voelde wat van zijn wanhoop op een persoonlijke manier, hetgeen ik niet durfde te uiten.
- ... De 'verplichting' die ik dan naar mij toe voel komen om haar voort te helpen, deed mij tijdens deze sessie ook weer een eerder 'venijnige' uitspraak doen hierover: 'ga je weer wachten tot ik het voor je zeg?'

12. *De therapeut voelt zich machteloos*, is ontmoedigd over het gebrek aan vooruitgang.

- Ik voel me volkomen machteloos. Ik vind het zinloos om de cliënte 'moed in te praten'. Ik kan alleen maar luisteren naar de weinige dingen die ze zegt en geduld hebben, wachten op...?
- Steeds opnieuw heb ik bij deze cliënte de indruk dat we ter plaatse trappelen, of althans heel traag vooruitgaan.

B. Het proces van de cliënt

1. *De cliënt is geremd*, angstig, eventueel defensief. Het gesprek verloopt dan ook moeizaam en de cliënt komt er niet of slechts gedeeltelijk toe zijn gevoelens te uiten, uit te drukken wat hem echt bezig houdt.

- De enkele emoties die zij doorheen de stilte meemaakte, heeft ze niet kunnen uitspreken of uitdrukken.

2. *De cliënt spreekt te oppervlakkig*: te weinig over zichzelf, te veel over feiten, te veel over anderen, te verhalend, te vrijblijvend.

- Cliënte vertelt 'ter informatie voor mij': allerhande nieuws uit de instelling waar zij verblijft.

3. *De cliënt gaat niet ver genoeg in het expliciteren of concretiseren van zijn beleving*

- Het onvoldoende expliciteren van haar relatie met haar zusters. Het lijkt complexer dan het aanvankelijk scheen.
- Zelfmoordgedachte: wat over gepraat, zonder dieper door te dringen tot de betekenis.

4. *De cliënt beweegt zich tezeer op rationeel, verklarend, abstract niveau*

- Tijdens het laatste kwartier spon hij een ganse theorie uit.
- Ik vond het nogal moeilijk en niet zo gunstig dat cliënte een bepaalde logische uitleg gaf over haar gedragspatroon.

5. *De cliënt spreekt te chaotisch*: te druk, te vlug, te veel, moeilijk te ontwarren, van de hak op de tak. Het inschieten op verschillende verhalen door de cliënt.

C. Externe of structurele factoren

Het gesprek wordt gestoord door onderbreking of door lawaai. De therapeut vindt dat de sessie te kort is of dat de periode tussen deze sessie en de vorige te lang is. Hij vindt individuele therapie niet de geschikte vorm voor deze cliënt. Storing door de postbode op een intens geladen moment.

Overzicht en commentaar

Uit de kwalitatieve omschrijving van de categorieën en de kwantitatieve gegevens (tabel 1) blijkt het volgende.

Tabel 1: Inhoudsanalyse van niet-helpende en storende processen: aantal segmenten per categorie, percentages

Standpunt	Sector	Categorieën	Volledige steekproef (N=325)		H- en L-groep (N=40)	
			Freq.	%	H	L
Cliëntbeleving	Houdingen en interventies van de therapeut: A	1 Gebrek aan warmte, betrokkenheid, begrip	5	5,5	—	5
		2 Therapeut is te passief, confronteert te weinig	6	6,6	1	2
		3 Therapeut is te actief	2	2,2	1	1
		4 Afkeuring of onderwaardering door de therapeut	3	3,3	1	1
		5 Therapeut geeft suggesties die pijnlijk aankomen	4	4,4	3	—
		6 Therapeut geeft suggesties die de cliënt inadaquat vindt	7	7,7	—	—
		7 Therapeut is te indringend	7	7,7	—	3
	Totaal A		34	37,4	6	12
	Proces van de cliënt: B	1 Cliënt belemmert het gesprek door af te wachten	4	4,4	—	1
		2 Cliënt belemmert het gesprek door te verhalen te praten	5	5,5	—	1
		3 Cliënt kan of durft bepaalde zaken niet ter sprake te brengen	8	8,8	—	—
		4 Het gesprek brengt niets nieuws	5	5,5	—	1
		5 De sessie laat een gevoel van verwarring of onzekerheid na	10	11,0	1	4
		6 De sessie was te confronterend of te belastend	7	7,7	—	1
		7 Cliënt is ontnoedigd over het gebrekaan vooruitgang	14	15,3	1	3
		8 Cliënt voelt zich aan zijn lot overgelaten	3	3,3	1	2
	Totaal B		56	61,5	3	13
Externe of structurele factoren			1	1,1	—	1
Totaal			91	100	9	26
Blanco-antwoorden			245	75,4 (% op 325)	31	20
Onduidelijke of ambivalente antwoorden			13		3	3

Therapeutbeleving							
Houdingen en interventies van de therapeut: A	4	Therapeut gaat onvoldoende in op de persoonlijkke betekenis	22	11,0	2	3	
	5	Tussenkomsten sluiten niet aan bij beleving van cliënt	19	9,5	—	3	
	6	Therapeut gaat niet in op wat er zich in de relatie afspeelt	9	4,5	—	5	
	7	Therapeut duidt te weinig	5	2,5	—	1	
	8	Therapeut vindt zijn tussenkomsten te rationeel	12	6,0	1	4	
	9	Therapeut interpreteert of confronteert te vlug of te diep	16	8,0	4	3	
	10	Therapeut is tezeer gericht op directe hulp	12	6,0	—	4	
	11	Therapeut reageert inadequaat vanuit tegenoverdracht	13	6,5	—	2	
	12	Therapeut voelt zich machteloos	6	3,0	1	3	
		Totaal A	152	76,0	9	38	
	Proces van de cliënt: B	1	De cliënt is geremd	11	5,5	—	2
		2	De cliënt spreekt te oppervlakkig	11	5,5	1	1
3		Cliënt expliciteert zijn beleving niet voldoende	8	4,0	1	1	
4		Cliënt beweegt zich tezeer op rationeel niveau	6	3,0	—	3	
5		De cliënt spreekt te chaotisch	6	3,0	—	2	
		Totaal B	42	21,0	2	9	
Externe of structurele factoren		6	3,0	1	1		
Totaal		200	100	12	48		
Blanco-antwoorden		195	60,0 (% op 325)	30	12		
Onduidelijke of ambivalente antwoorden		8		—	2		

Frequentie en aard der storende processen – Bij de meerderheid der onderzochte sessies kregen wij op de vraag naar storende processen een blanco-antwoord: 60% bij therapeuten en 75% bij cliënten; ook in Laaggroepen ligt het aantal blanco-antwoorden nog behoorlijk hoog. Dit staat in scherp contrast met het percentage blanco-antwoorden bij de vraag naar helpende processen: 23% bij therapeuten en 14% bij cliënten (Lietaer en Neirinck, 1984). Het grote aantal blanco-antwoorden in deze studie hoeft ons niet te verwonderen: de onderzochte sessies stammen immers voor het grootste gedeelte uit eerder langdurende therapieën die – globaal genomen – positief beleefd werden. Het is dan misschien ook preciezer te spreken van 'niet-helpende of eerder storende' factoren: het 'grof geschut' van negatieve processen die leiden tot ernstige impasses of tot het stopzetten van therapie, komt in deze studie slechts sporadisch aan bod. Wat cliënt en therapeut beschrijven, heeft dikwijls eerder de kleur van 'een gemiste kans'; ook wordt het niet-helpende soms beschreven als slechts een kort fragment uit een sessie die verder positief verliep ('op een bepaald moment', 'naar het einde toe'...). Verder viel het ons op dat een niet gering aantal antwoorden met onzekerheid geformuleerd werden ('misschien'...), of verwezen naar iets dat 'op dat moment lastig' was zonder daarom misschien negatief te zijn op langere afstand. Dit laatste komt vooral voor in de cliënt-categorieën B5 tot B8, die alle verwijzen naar de tussentijdse sessie-outcome. Wij raken hier het probleem van het onderscheid tussen 'deterioratie' en 'therapeutische desintegratie' (Rogers en Kinget 1959, p. 134): een tijdelijke ontreddering kan soms enkel 'groeipijn' zijn die in de context van het ganse therapieverloop een constructieve betekenis heeft. Ongetwijfeld valt een gedeelte der antwoorden onder deze categorie, maar ons inziens gaat het in hoofdzaak toch om processen van laag- of antitherapeutisch gehalte.

Uit de kwantitatieve gegevens blijkt verder dat cliënten de sessies minder negatief beleven dan therapeuten: hun aantal blanco-antwoorden ligt beduidend hoger en hun aantal antwoordsegmenten bedraagt niet eens de helft van dit der therapeuten (91 versus 200). Zij getuigen dus van meer mildheid in hun oordeel. Men kan zich echter de vraag stellen of zij wel altijd het negatieve durven neerschrijven. Dit probleem hebben wij trachten te ondervangen door hen de verzekering te geven dat hun commentaren niet in de handen van hun therapeut zouden terechtkomen. Maar er kunnen uiteraard ook intrapsychische barrières in het spel zijn.

Hoofdsectoren – De antwoorden vallen uiteen in twee hoofdsectoren: houdingen en interventies van de therapeut enerzijds, het proces van de cliënt anderzijds. Wat de eerste sector betreft, willen wij erop wijzen dat het niet mogelijk was een scheiding te trekken tussen aspecten van het relationeel klimaat – waarbij de betrokkenen refereren naar grondhoudingen van de therapeut of naar algemene kenmer-

ken van hun onderling contact – en specifieke therapeut-interventies. Dit was bij het categoriseren van helpende processen wel het geval (Lietaer en Neirinck, 1984). Negatieve processen worden dus – op enkele uitzonderingen na (nl. C-A1, T-A1, T-A2) – beschreven in termen van specifieke en concrete interactiemomenten. Uit de inhoud der antwoorden blijkt echter meestal wel de verstrengeling van onderliggende relationele houding en interventie, van 'persoon en techniek'.

Als meest opvallende bevinding komt op dit niveau van analyse naar voren dat beide partijen het negatieve in hoofdzaak bij zichzelf situeren: bij de therapeuten vallen 76% van de antwoordsegmenten in de interventiesector, bij de cliënten 61% in de processector. In vergelijking met de verdeling van de antwoordsegmenten bij helpende processen, valt vooral de verschuiving op bij therapeuten: voor het positieve verwijzen zij slechts in 33% van hun antwoorden naar eigen invloeden, terwijl cliënten ook daar in hoofdzaak naar het eigen proces verwijzen (Lietaer en Neirinck, 1984). Terwijl cliënten dus zowel het positieve als het negatieve overwegend bij zichzelf zien, stellen we bij therapeuten een intrapunitieve reactie vast: het helpende wordt voornamelijk aan de cliënt toegeschreven, het storende aan eigen gebrekkige interventies. Misschien mogen wij dit zien als een nederigheid die hen siert. Als professioneel-ingestelde therapeuten hebben zij wellicht geleerd vooral 'in 't eigen hart te kijken' wanneer er iets misloopt tijdens therapie, het probleem bij zichzelf te situeren (net zoals goed gemotiveerde cliënten).

Inhoudscategorieën – Een detailinspectie van de verschillende inhoudscategorieën, laat ons het volgende zien. Wat de houdingen van de therapeut betreft, vinden wij bij beide betrokkenen – hoe kan het anders? – de tegenpolen van empathie en aanvaarding terug. Verder komen dezelfde interventiecategorieën aan bod als bij de helpende processen, maar dan verkeerd gedoseerd: de therapeut is te passief of te actief (met raad en daad), te confronterend of te weinig confronterend; hij duidt te weinig of te diep. De kunst en kunde van therapie lijkt een kwestie van juiste dosering en timing te zijn.

Richten wij ons binnen deze sector op de verschillen tussen cliënten en therapeuten, dan zien we dat er bij therapeuten een groter aantal categorieën voorkomt waarin rechtstreeks en expliciet naar gebrek aan empathie verwezen wordt (A2 tot A5; 30% van al hun antwoorden). Verder hebben zij ook meer aandacht voor aspecten van 'overdracht en tegenoverdracht': het ontwijken van wat er zich in de hier-en-nu relatie afspeelt, gebrek aan congruentie (A6 en A11). Tenslotte vermelden zij ook uitdrukkelijk het 'op de rationele toer gaan' als een storend proces, zowel bij zichzelf (A8) als bij de cliënt (B4).

Onder de procesaspecten verwijzen de therapeuten naar diverse vormen van onvruchtbare zelfexploratie, welke terug te vinden zijn in de laagste schaalstappen van de 'experiencing scale' (Klein, Mathieu,

Kiesleren Gendlin, 1970). Ook de cliënten doen dit, maar beklemtonen hierbij explicieter hun eigen weerstand. Het hoger percentage cliënt-antwoorden binnen deze sector heeft te maken met het feit dat cliënten – net zoals bij de helpende processen – veel meer verwijzen naar het onmiddellijk resultaat van de sessies: er is te veel of te weinig gebeurd, of ze hebben geen zicht op wat er gebeurd is (B4 tot B8); 43% van al hun antwoorden vallen onder deze categorieën! Voor de tussentijdse outcome van de sessies hebben de therapeuten blijkbaar geen aandacht, tenzij wanneer zij zichzelf machteloos voelen (A12). Ter afsluiting van deze rubriek willen we nog vermelden dat de therapeuten meer dan de cliënten oog hebben voor externe of structurele factoren.

Vergelijking van Hoog- en Laaggroepen – Zowel bij cliënten als therapeuten ligt het aantal storende processen uitgesproken hoger in de Laaggroep dan in de Hooggroep. Toch wordt er ook in de Hooggroep van 'zeer goede' sessies naar een aantal negatieve belevingen verwezen. Een uitzonderlijk resultaat in dit verband is de bezetting van de cliënt-categorie A5: 3 antwoorden in de Hooggroep en geen enkel in Laaggroep. Wij zijn verwonderd over deze bevinding en hebben er geen specifieke verklaring voor. Het bewijst in elk geval dat zelfs bij als pijnlijk ervaren interventies, sessies globaal genomen nog positief kunnen beleefd worden.

Over de mate waarin bepaalde inhoudscategorieën meer differentiëren tussen Hoog- en Laaggroep dan andere, kan weinig met zekerheid gezegd worden: de aantallen zijn immers te klein om voldoende betrouwbaar te zijn. Toch willen wij – zij het onder voorbehoud – de meest opvallende verschillen in reliëf plaatsen. De inhoudscategorieën waarin verwezen wordt naar aspecten van het relationeel klimaat, discrimineren het sterkst: bij cliënten zijn de 5 antwoordsegmenten van categorie A1 alle terug te vinden in de Laaggroep; bij therapeuten liggen er 9 antwoordsegmenten uit de categorieën A1 en A2 in de Laaggroep en geen enkel in de Hooggroep. Blijkbaar gaat het hier om algemene negatieve attitudes die – meer dan concrete interventies – de beleving van de ganse sessie aantasten. Indringende of te confronterende interventies discrimineren goed bij cliënten (A7), maar in het geheel niet bij therapeuten (A9). Client-centered therapeuten lijken dus een ambivalente houding aan te nemen ten aanzien van te diepe confrontaties of interpretaties: enerzijds vermelden zij deze interventies als antwoord op de vraag naar storende processen, maar anderzijds vinden wij dit soort interventies evenzeer terug in hoog-geëvalueerde als in laag-geëvalueerde sessies. Verder differentieert bij cliënten de categorie B5 vrij sterk (verwarring of onzekerheid), en bij therapeuten de categorie A6 (het niet ingaan op de hier-en-nu interactie).

Samenvatting en implicaties voor supervisie

Via antwoorden op een open vraag, beschreven 41 cliënten en 25 therapeuten wat zij als 'niet helpend of eerder storend' ervaren hadden in 325 sessies. Uit de inhoudsanalyse van deze gegevens – 91 cliëntsegmenten en 200 therapeutsegmenten – komen twee hoofdcategorieën naar voren: houdingen en interventies van de therapeut enerzijds, procesaspecten van de cliënt anderzijds. Als meest opvallend resultaat stellen wij vast dat zowel cliënten als therapeuten het hoofdaandeel van storende processen bij zichzelf situeren. Verder levert de inhoudsanalyse op meer concreet niveau een waaier van negatieve processen op die in grote mate te herleiden zijn tot volgende elementen: een tekort aan empathie en aanvaarding, verkeerd gedoseerde interventies (teveel of te weinig directiviteit, te weinig of te verregaande confrontatie en interpretatie), te vrijblijvende en onproductieve wijzen van zelfexploratie, en tenslotte negatieve tussentijdse sessie-outcome. Therapeuten verwijzen meer uitdrukkelijk naar gebrekkige vormen van empathie, en naar het ontwijken van of het antitherapeutisch omgaan met wat er zich in de hier-en-nu relatie afspeelt. Cliënten van hun kant vermelden explicieter hun eigen weerstand en staan alleen in hun aandacht voor het onmiddellijk resultaat van hun sessies (bijna de helft van al hun antwoorden!). Onze bevindingen over storende processen in client-centered/experiëntiële psychotherapie komen in hoge mate overeen met wat uit de onderzoeksresultaten over sessies uit psychodynamische therapieën naar voren komt (voor een overzicht, zie: Neirinck, Lietaer en Rombauts, 1981). Ook in wat er mis kan lopen tijdens psychotherapie, blijken de gelijkenissen tussen beide oriëntaties dus veel groter te zijn dan wat hun theorievorming laat vermoeden.

Dit palet van storende processen en gemiste kansen, biedt heel wat stof voor een bezinning over supervisie of intervisie: het toont ons waar 'het schoentje nipt' en waar supervisie eventueel kan verhelpen. De inhoudscategorieën laten zien dat supervisie op twee – met elkaar in interactie staande – niveaus dient aan te grijpen: het zelfexploratieproces en de relatie (Rice, 1980). Enerzijds kan de therapeut-supervisor reeds heel wat bijleren door samen met een supervisor fragmenten van therapie te herbeluisteren en feedback te krijgen over mogelijke interventies die het verhaal van de cliënt – dat bijvoorbeeld te oppervlakkig, te rationeel, te chaotisch verloopt – kunnen verlevendigen en verdiepen. Het gaat hier om de technisch-didactische invalshoek die Rogers vooral in de beginperiode van client-centered therapie centraal stelde: 'I cannot exaggerate the excitement of our learnings as we clustered about the machine that enabled us to listen to ourselves, playing over and over some puzzling point at which the interview clearly went wrong, or those comments in which the client moved significantly forward' (Rogers 1975, p. 3).

Daarnaast echter – maar niet los van het vorige – liggen de moeilijkheden die therapeuten ondervinden, ook voor een groot deel op meer persoonlijk vlak: houdingen en gevoelens ten aanzien van therapie, van zichzelf en van de specifieke cliënt, zijn niet te onderschatten als factoren die interfereren met het therapeutisch werk. Dit blijkt overduidelijk uit de antwoordcategorieën die refereren naar het inadequaat omgaan met wat er zich in de hier-en-nu relatie afspeelt (T-A6 en T-A11), maar ook andere inhoudscategorieën verraden dieperliggende problemen die met de persoon van de therapeut te maken hebben: vervallen in passiviteit, niet eens gevoelsmatig betrokken geraken op de cliënt, verzeild geraken in discussie, tezeer 'te hulp snellen', te grote indringendheid.

Samen met Rico (1980) menen wij dat er naar een soepel evenwicht moet gezocht worden tussen deze twee facetten van het supervisie-werk. Tevens willen wij – aansluitend bij hetgeen uit zoveel onderzoek blijkt (Lambert, 1980; Martens, 1984) – het belang onderstrepen van de kwaliteit van de supervisie-relatie: slechts wanneer de supervisand zich voldoende veilig voelt, zal hij het risico durven nemen de meer persoonlijke en relationele aspecten van zijn therapeutisch werk onder de loep te nemen en verder te exploreren. Uit dit alles moge eveneens blijken dat supervisie tekort schiet wanneer de focus te exclusief op de psychodynamiek van de cliënt gericht is, ten koste van wat er zich in de therapeut zelf afspeelt. Ook de Carkhuffiaanse spoedtrainingen (Carkhuff, 1972) kunnen ons inziens niet volstaan: zij richten zich slechts op het aanleren van elementaire therapeutische vaardigheden, beklemtonen hierbij wellicht te rechtstreeks de concrete verbaal-communicatieve vormgeving van de tussenkomsten, en geven vooral te weinig aandacht aan kwetsbare plekken en persoonlijke moeilijkheden die in het kader van langdurende therapieën kunnen opduiken in de relatie tussen cliënt en therapeut.

Literatuur

- Auerbach, A.H. & L. Luborsky (1965), Accuracy of judgments of psychotherapy and the nature of the 'Good Hour'. In: J.M. Shlien e.a. (eds.), *Research in Psychotherapy*. Vol. 3. American Psychological Association, Washington DC, p. 155-148.
- Carkhuff, R.R. (1972), Toward a technology for human and community resource development. *The Counseling Psychologist*, 3, no. 3, p. 12-30 (comments, p. 31-87).
- Duncan, S., L.N. Rice & J.M. Butler (1968), Therapist's paralinguistic in peak and poor psychotherapy hours. *Journal of Abnormal Psychology*, 73, p. 566-570.
- Elliot, R. (1983), Fitting process research to the practicing therapist. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 20, p. 47-55.
- Feifel, H. & J. Eells (1963), Patients and therapists assess the same psychotherapy. *Journal of Consulting psychology*, 1963, 27, p. 310-318.
- Hoyt, M.H. (1980), Therapist and patient actions in 'good' psychotherapy ses-

- sions. *Archives of General Psychiatry*, 37, p. 159-161.
- Klein, M.H., P.L. Mathieu, D.J. Kiesler & E.T. Gendlin (1970), *The experiencing scale: a research and training manual*. University of Wisconsin, Bureau of audio-visual instruction, Madison.
- Lambert, M.J. (1980), Research and the supervisory process. In: A. Hess (ed.), *Psychotherapy supervision: theory, research and practice*. Wiley, New York, p. 423-450.
- Lambert, M.J., A.E. Bergin & J.L. Collins (1977), Therapist-induced deterioration in psychotherapy. In: A.S. Gurman & A.M. Razin, *Effective psychotherapy. A handbook of research* Pergamon Press, New York, p. 452-481.
- Lieberman, M.A., I.D. Yalom & M.B. Miles (1973), Hazards of encounter groups. In: *Encounter groups. First facts*. Basic Books, New York, p. 167-210.
- Lietaer, G. & M. Neirinck (1984), Veranderingsprocessen in client-centered/ experiëntiële psychotherapie. Een empirische bijdrage. In: G. Lietaer, Ph. H. van Praag en C.J.A.G. Swildens, *Client-centered psychotherapie in beweging. Naar een procesgerichte benadering*. Acco, Leuven, p. 245-272.
- Martens, J. (1984), Helpende en storende factoren in groepssupervisie van client-centered therapeuten. Een empirische studie. In: G. Lietaer, Ph.H. van Praag en C.J.A.G. Swildens, *Client-centered psychotherapie in beweging. Naar een procesgerichte benadering*. Acco, Leuven, p. 245-272.
- Neirinck, M., G. Lietaer & J. Rombauts (1981), Empirisch onderzoek over goede en slechte therapeutische sessies. *Gedrag. Tijdschrift voor Psychologie*, 9, p. 288-306.
- Orlinsky, D.E. & K.I. Howard (1975), *Varieties of psychotherapeutic experience*. Teachers College Press, New York.
- Rice, L.N. (1980), A client-centered approach to the supervision of psychotherapy. In: A. Hess (ed.), *Psychotherapy supervision: Theory research and practice*. Wiley, New York, p. 136-147.
- Rogers, C.R. (1975), Empathic: an unappreciated way of being. *The Counseling Psychologist*, 5, p. 2-9.
- Rogers, C.R. & G.M. Kinget (1959), *Psychotherapie en menselijke verhoudingen. Theorie en praktijk van de non-directieve therapie*. Spectrum/Standard, Utrecht/Antwerpen.
- Strupp, H.H. (1980), Success and failure in time-limited psychotherapy. A systematic comparison of two cases: comparison one. *Archives of general psychiatry*, 37, p. 595-603.
- Strupp, H.H., J.B. Chassan & J.A. Ewing (1966), Toward the longitudinal study of the therapeutic process. In: L.A. Gottschalk & A.H. Auerbach (eds.), *Methods of research in psychotherapy*. Appleton-Century Crofts, New York, p. 361-400.
- Strupp, H.H., S.W. Hadley & B. Gomes-Schwartz (1977), *Psychotherapy for better or worse: an analysis of the problem of negative effects*. Jason Aronson, New York.