

Reflectie

De grond onder je voeten

Samen reflecteren op een ingewikkelde behandeling

Maarten van der Linde & Amber

Sommige cliënten laten je twijfelen over je therapeutische aanpak. Ze zetten je op scherp. Soms confronteren ze je direct met je handelingen, soms indirect. Op momenten ervaar je als therapeut weinig grond onder de voeten. Dit artikel gaat over een behandeling die ik als zeer ingewikkeld heb ervaren. Samen met de cliënt, de zeventienjarige Amber, bespreek ik wat helpend en wat *niet* helpend was. Zij kiest ervoor om niet als coauteur vermeld te worden. Ze wil liever anoniem blijven, omdat dat voor haar bij afronding van het artikel beter voelt. Het schrijven is een poging van onderzoek naar de werkende factoren van deze therapie. We gaan op zoek naar het verschil dat het verschil heeft gemaakt.

Bij de start van de behandeling is Amber een adolescent van zeventien jaar. De behandelcontext is Rintveld, de eetstoornissenkliniek van Altrecht in Zeist. De behandeling is individueel en systemisch, klinisch en poliklinisch. Tussendoor zijn er twee opnames in een ziekenhuis vanwege ernstig ondergewicht. Ze heeft al diverse diagnoses gekregen in wat ze 'haar psychiatrische carrière' noemt. Amber vertelt al veel hulpverleners te hebben gehad, tientallen sociotherapeuten, verpleegkundigen, psychiaters en psychologen. Bij de start heeft ze weinig hoop dat ze nog beter zal gaan worden.

Moeilijke cliënten

'Probleemkind *for life*', zei Amber toen ze zichzelf introduceerde. Grappend vormde ze met haar handen een straatbendegebaar. Met zichtbare tegenzin schudde ze mijn uitgestoken hand. Vaak probeer je tijdens het

De grond onder je voeten

eerste contact, zoals gebruikelijk is in de behandeling voor een eetstoornis, de ouders 'in de regie te zetten'. Zij bepalen dan wat en hoeveel er gegeten wordt. Maar haar ouders vertelden tijdens de kennismaking dat ze dat niet gingen doen. We probeerden de ouders te vergeefs over te halen. Ze bleven wel betrokken en kregen ouderbegeleiding. De verwijzer zei dat het weigeren van de ouders om de regie te pakken in combinatie met een bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling van Amber, de behandeling eerder in de weg stond.

Tijdens de eerste sessie keek Amber me met grote ogen aan en vertelde me dat geen hulpverlener haar echt kon helpen. Ik bemerkte dat ik even uit het veld geslagen was en vroeg haar om haar visie uit te leggen. Ze gaf aan dat ze niet wilde dat ik haar gedachten beïnvloedde. We spraken af dat we samen dan goed moesten opletten dat ik haar gedachten niet zou sturen. Voorafgaand aan de tweede sessie, tijdens het wegen, zei ze dat ik wettelijk verplicht ben haar te helpen. Haar tegenstrijdige boodschappen vond ik meteen al ingewikkeld, ik voelde me buitenspel gezet en dat gaf een ongemakkelijk gevoel. Mijn respons op het ongemakkelijke gevoel was hard te gaan werken, veel vragen te stellen en de regie van de sessies op mij te nemen. Veel van wat je 'fout' kunt doen als therapeut, deed ik fout. Amber zal zelf zo mijn fouten toelichten. Maar eerst beschrijft Amber hoe ze zich voelde tijdens de eerste sessie.

Amber

Ik was op een van mijn kwetsbaarste momenten toen ik in behandeling kwam. Ik had al veel hulpverleners gezien. Dit zou de zoveelste zijn. Ik had inmiddels een schild om mij heen gebouwd, een soort tweede persoonlijkheid waar tot nu toe alle hulpverleners intrapten. Ik zag het alweer helemaal voor me. Opnieuw zo iemand aan de overkant van de tafel die een poging wilde wagen om bij mijn kwetsbaarheid te komen. Mooi niet! Ik waak ervoor ondergedompeld te worden in therapiepraat. Bang dat die geleerde overtuigingen van behandelaars mij zullen overnemen.

Ik zal eerst mijn psychiatrische carrière beschrijven: ik was vijftien toen ik voor het eerst tegenover een hulpverlener kwam te zitten. Verdrietig, kwetsbaar, uitgeput. Maar vooral hoopvol dat daar nu verandering in zou komen. Er was licht aan het einde van de tunnel, want hulp was in zicht. Het tegenovergestelde gebeurde. Ik was zestien toen ik als complex werd bestempeld. In slechts een jaar tijd veranderde ik van een kwetsbaar hoopvol kind naar een opstandig, afstandelijk, onbereikbaar meisje. Ergens onderweg in therapieland is het misgegaan.

Maarten van der Linde & Amber

Ergens heb ik de verkeerde afslag genomen. Of mag ik ook voorzichtig zeggen: ik en de hulpverleners om mij heen.

Werkzame factoren

Amber verzette zich tegen alles wat werd voorgesteld. Wat moest ik nu? Mijn ervaring is dat er momenten zijn dat je je alleen kunt voelen als behandelaar in moeilijke casuïstiek. We werken veel vanuit multidisciplinaire teams, maar bij de meeste behandelingen zit je samen met een cliënt of een systeem in een kamer. Dit was voor mij als behandelaar zo'n eenzaam moment. Mijn coping is op dit soort momenten dat ik verzand in innerlijke dialogen over wat maakt dat een therapie überhaupt werkt. Dit roept vaak nog meer vragen op en is niet altijd helpend.

Ik neem jullie mee in mijn zoektocht: ik wist dat wetenschappers het al jaren niet eens zijn over wat maakt dat een therapie werkt (Duncan et al., 2010; Van Oenen, 2019; Wampold & Imel, 2015). Er zijn wetenschappers die pleiten voor de non-specifieke factoren zoals de therapeutische relatie, hoop, veranderingsbereidheid enzovoort als motor voor verandering, en weer anderen die vanuit het medische model pleiten voor het inzetten van therapeutische technieken en interventies. Er zijn momenteel meer dan vierhonderd verschillende vormen van therapie (Arkowitz & Lilienfeld, 2006), en de uitgangspunten van de verschillende scholen en interventies liggen ver uiteen: vervangen van irrationele gedachten, inzicht krijgen in de innerlijke conflicten, nieuwe verhalen formuleren of cliënten zich links- of rechtsom weer lid laten voelen van de grote menselijke familie (Milton Erickson in Haley, 1993, p. 39). De eerste conclusie die mijn zoektocht opleverde, was: moet er niet eerst een basis zijn voordat Amber en ik beginnen? Er lijkt weinig hoop te zijn, weinig veranderingsbereidheid en nog lang geen stevige therapeutische relatie. Amber had vergelijkbare ideeën, zo bleek achteraf.

Amber

Wil de therapie aanslaan, dan moet er altijd een basis van vertrouwen zijn. Als die kern ontbreekt, kun je er nog zoveel therapiesoorten tegenaan gooien, het gaat niet werken. Om therapie op een goede manier aan te gaan moet je je veilig voelen. Mezelf vertrouwd en veilig bij iemand voelen, vraagt tijd. Mijn ervaring is dat therapeuten vrijwel direct aan de slag willen en al in de startblokken staan zodra ik hun deur binnenwand. Voor mij als cliënt begint de therapie al bij het

De grond onder je voeten

lopen naar de startblokken. Vertrouwen opbouwen dat je de marathon aankunt, vertrouwen krijgen in degene die je aan de zijlijn coacht, vertrouwen krijgen in de supporters op de bank, en misschien zelfs in de schoenen waar je mee rent. Nieuwe schoenen bezorgen je immers blaren. Dat werkt met therapie net zo. De nieuwe werkvorm, de nieuwe manier om met mezelf aan de slag te gaan, zorgt voor blaren aan mijn binnenkant. Als er vertrouwen en veiligheid zijn, kan ik samen met een behandelaar een behandeling-op-maat creëren. Misschien was ik geen standaard cliënt. Of bestaat die wel? De specifieke route van de marathon speelt weinig mee in het succes ervan. Het vertrouwen, de steun, mijn omgeving dragen het meest bij tot het uiteindelijke succes van mijn marathon en niet zozeer welke route we hebben genomen.

De kracht van extra-therapeutische factoren

Ik bleef de houding van Amber ingewikkeld vinden. Ik zag dat ze erg aan het lijden was en dat raakte me, haar gewicht nam verder af. Ik twijfelde over mijn aanpak. Ook droomde ik een keer over haar, ik zag haar in een diep zwart gat vallen en ze wilde mijn uitgestoken hand niet pakken. Het voelde alsof ik degene was die haar moest redden. Alsof ik verantwoordelijk voor haar leven was. Ik was geïrriteerd en bang, ik wilde haar wakker schudden. Aan de andere kant twijfelde ik over mijn eigen kundigheid als therapeut. Na een gesprek met mijn supervisor bedachten we dat er nog geen behandelrelatie was. Ze was nog geen cliënt, ze was nog niet *binnen*. Het op een juiste manier navigeren van afstand en nabijheid leek belangrijk: het bewaren van voldoende afstand leek zelfs noodzakelijk! Maar ik voelde ook de druk vanuit mijn team. Zij wilden vanwege de crisisgevoeligheid onder andere dat ik een crisispreventie-actieplan op ging stellen. Amber wilde dit niet. Amber wilde niets. Moest ik niet Amber het tempo en de koers laten bepalen? Ik zat klem tussen wat mijn team wilde en wat mijn cliënt wilde.

Soms kan ik duizelen van de complexe krachtenvelden die spelen in het leven van cliënten. Hoe zouden we vooruitgang kunnen boeken, hoe zouden we een verschil kunnen maken? Waar moeten we ons op richten? Is de cliënt zelf de beste raadgever of vind je gezamenlijk een richting? Als een interventie zelf geen statistisch belangrijke voorspeller is voor een succesvolle therapie, waar moeten we onze focus dan op richten? De verandering komt vaak vanuit een heel andere hoek in het leven van de cliënt, niet uit de therapie. Onder de non-specifieke factoren valt ook de

categorie extra-therapeutische factoren. Deze factoren zijn de grootste voorspellers van succes of falen in behandelingen, meer nog dan de invloed van de therapeutische relatie! De categorie extra-therapeutische factoren is groot en onoverzichtelijk. Het is niet makkelijk om een extra-therapeutische factor te vinden die het verschil kan maken. Het voelt soms als zoeken naar een speld in een hooiberg. Deze factoren zijn namelijk een vergaarbak van verschillende elementen die veranderingen, of het gebrek eraan, bewerkstelligen: krachten en vermogens van cliënten, sociale steun, comorbiditeit, lichamelijke gesteldheid, toevallige gebeurtenissen, bereidheid om te veranderen, economische voor- of tegenspoed en allerlei andere zaken (Miller et al., 2020, Wampold & Immel, 2015). De systemisch-dialogische filosoof Shotter zegt evenals Miller dat we op zoek moeten gaan naar 'het ding' in therapeutische gesprekken dat een verschil kan maken (Shotter, 2011, p. 5). Later in de therapie gaf Amber aan dat de extra-therapeutische factor bij haar de kracht was die vervat zat in het te allen tijde de autonomie willen bewaren. Deze kracht had ik eerst als 'weerstand', 'anorexia' en 'persoonlijkheidsproblematiek' gelabeld. Amber beschrijft hieronder alles wat ze vond dat ik verkeerd deed in onze gezamenlijke zoektocht. En dat was nogal wat.

Amber

In mijn eerste gesprek kwam vrij snel de vraag of ik een signaleringsplan had. Niks mis met signaleringsplannen, maar ik had inmiddels geleerd dat dit een standaardvraag is op de checklist van de therapeut. Ik werd nogal moedeloos van die checklists die steeds opnieuw afgewerkt moesten worden door behandelaren. De eerste maanden was het steeds hetzelfde liedje en ik schoot er niks mee op. Ik sta nog steeds achter de uitspraak die ik deed tijdens een van onze eerste sessies: 'Geen behandelaar kan een patiënt genezen.' Ik heb me aan meerdere dingen ernstig gestoord in de behandeling: je wilde vaak té veel en té snel. Je was op momenten misschien meer over de behandeling aan het nadenken, voor mijn gevoel verloor je mij uit het oog (ja ... dat had ik door). Je 'enthousiasme' was op momenten pijnlijk, omdat verandering voor mij zover weg leek. Soms is je positie als behandelaar niet op het veld, maar aan de zijlijn. Je wilde zeker in het begin mij 'genezen', maar accepteren dat je niet alles kunt fixen is ook een kunst. Het ingewikkelde is dat je uiteindelijk ook gewoon een behandelaar bent en ik een uurtje per week langskwam, maar mijn hulpvraag liep niet van negen tot vijf, die liep vierentwintig uur, zeven dagen per week.

Bespreken van voortgang van de behandeling

Ik besprak de therapie met mijn supervisor. Wat kon ik leren? Moest ik leren verdragen dat een therapie in veel gevallen ook niet helpt? De sessies waren vaak ongemakkelijk. Amber kon mij behoorlijk uitdagen. En ze raakte iets bij mij. Ze triggerde de pijn die ik van huis uit mee heb gekregen: je moet presteren en als je faalt als professional, faal je ook als man. Wat ik inbracht tijdens mijn supervisies was de twijfel of ik Amber niet te veel de leiding zou geven. Ook twijfelde ik of ze wel beter wilde worden en of de anorexia mij niet ook in de macht had. Ik probeerde naast Amber te staan, of stond ik stiekem naast de persoonlijkheidsproblematiek? Ben ik een slechte therapeut omdat ik haar te veel het roer gaf? Daarbij had ik het gevoel dat ik ten opzichte van mijn team de regels overtrad. Ik week van het protocol af. Tussen de behandelingen door reflecteerde ik met mijn supervisor en ik probeerde de nieuwe ideeën mee te nemen in de wekelijkse behandelcontacten.

Mijn supervisor adviseerde dat ik haar iets moest vertellen over wat Ambers gedrag met mij deed. Alhoewel we gedurende het verloop van de behandeling met behulp van vragenlijsten gericht op feedback (Outcome Rating Scale en Session Rating Scale; Miller et al., 2020) spraken over de behandelrelatie, bleef het op een directe wijze bespreken van onze relatie spannend, zeker nu ik zou vertellen wat ik vond. Ik verwachtte dat Amber het zou weglachen, dat het de therapie wellicht nog ongemakkelijker zou maken. Ik benoemde dat ik me soms ongemakkelijk voelde, dat ik twijfelde of ze überhaupt wilde veranderen. Het leverde niet meteen iets op, maar het bespreken schiep bij mijzelf wel wat mentale ruimte. Ik besloot Amber meer te gaan volgen in plaats van de leiding te nemen. Haar ambivalente houding deed ik niet meer af als weerstand. Ze bleef namelijk trouw komen. Ik kreeg dit inzicht nadat wij erachter kwamen dat we op dezelfde middelbare school hadden gezeten. Ze kwam binnen met een T-shirt met het logo van onze middelbare school erop. Stiekem gaf ze me signalen, moedigde ze me aan om haar niet te laten vallen. Ik deed blijkbaar ergens toch ook iets goed. Toen begon ik mezelf meer toestemming te geven om mijn creativiteit te gebruiken, en ik ontspande meer in ons contact. Dat werd een eerste kantelpunt in de behandeling.

Amber

Gelukkig zijn we op een gegeven moment samen een andere weg ingeslagen. Ik mocht out-of-the-box-oplossingen gaan bedenken. Eerdere hulpverleners hadden voor het probleem 'weglopen van huis' als oplos-

sing de spanning op tijd opmerken en de drang tegengaan. In plaats daarvan stopten wij het gewoon in een ander jasje: zwerven in plaats van weglopen. Ik vertelde mijn ouders dat ik even wegging en ik mocht twee uur wegblijven. Van het negatieve gedrag werd iets positiefs gemaakt. Weglopen was opeens legaal en geen probleem meer. Zo wisten wij meer dingen een nieuw jasje te geven. Nadat ik sprak over het gebruik van een mentorschriftje dat ik in de jeugdzorginstelling veel gebruikte, hebben we gekeken hoe we dat op een nieuwe manier vorm konden geven, en zo kwam het schrijven van digitale brieven tot stand. In deze brieven hoefde het niet per se altijd over mij te gaan. Soms kon het ook over opvallende wereldverschijnselen gaan of zelfgeschreven gedichten. Het legaal weglopen, het schrijven van brieven, het zijn dingen die volgens mij niet in een protocol staan, maar toch twee voorbeelden die mij het meest hebben gebracht. Het is niet zo dat er niks helpend is aan bestaande, voorbedachte technieken, maar ik ben van mening dat naast deze technieken ook een deel out-of-the-box-behandeling nodig is.

Een interventie om samen in te geloven

Een tweede keerpunt was toen haar ouders plots besloten te scheiden. Dit zette de deur open naar een meer systemische behandeling. En toen leek er langzaam iets te veranderen. Amber begon mondjesmaat hulp te accepteren, terwijl ze haar autonomie behield. Er ontstond een samenwerking met haar vader die haar hielp bij de eetmomenten, en het leek dat ze langzaamaan een beetje hoop kreeg. Moeder deed een stapje terug. Ze gaf aan dat haar eigen paniek op de moeilijke eetmomenten te groot was en dat ze het herstel van Amber niet bevorderde. Wat heeft deze veranderingen nu veroorzaakt? Ik kan alleen maar gissen. Mijn hypothese was dat als het slecht ging met Amber, de paniek van moeder toenam. Moeder uitte deze paniek met veel boosheid. Ik denk dat vader deze boosheid niet goed kon verdragen en dat er steeds een strijd tussen de ouders ontstond. Zo werd de paniek van Amber nooit ontvangen. Nu moeder meer op de achtergrond bleef, kon vader zijn dochter steunen. Samen zorgden ze dat Amber voldoende in gewicht toenam.

Amber zelf denkt dat de verandering onder andere met het verkrijgen van hoop te maken heeft. Ze verkeert daarmee in goed gezelschap: therapieën zijn eigenlijk als rituelen en de *hoop* die therapeuten en cliënten in hun therapeutische interacties brengen, leidt tot verandering (Frank & Frank, 1993). Cliënten, ouders en behandelaren injecteren hun rituelen

De grond onder je voeten

met hoop, het gevoel dat er een verandering mogelijk is (Hood, 2010). Dit kost tijd: de hoop moet als het ware aanhechten. Deze hoopvolle grondhouding is die van een waarderende bondgenoot; de behandelaar neemt een collaboratieve houding aan (Anderson, 1997; Madsen, 1999). Amber beschrijft hierna hoe de samenwerking verliep en hoe we samen probeerden een context te creëren voor hoop en verandering.

Amber

Hoezeer ik jou ook uittestte en uitdaagde, jij liet me tot mijn eigen verbazing niet vallen. Ik merkte dat wij mijn schild lieten voor wat het was. We merkten de afstand al op tijdens het eerste gesprek, accepteerden die en gingen erover in gesprek, zonder eraan te trekken. Het ging niet om het schild wegdoen, wij wilden dat schild niet wegdoen, we spraken over het overbruggen van die afstand en over het waarom ervan. Ik kon zelf de grenzen opzoeken. Zo kon ik het zelf ontdekken dat jij te vertrouwen bent. Er was tijd om de afstand te overbruggen. Als ik iets eng vind, moet ik durven het aan te gaan, wil ik eroverheen komen. Om het aan te gaan, moet ik erin geloven dat de angst afneemt of in ieder geval niet toeneemt. Dus als ik tot verandering wil komen, moet ik geloven dat ik durf en dat die durf terecht is en dus daadwerkelijk tot verandering gaat leiden. Ik moet vooral geloven dat ik niks te verliezen heb. Stel dat ik hoogtevrees had en niet eens durf te geloven dat ik ooit op een hoogte zal staan en mijn hoogtevrees ga overwinnen. Voor het overwinnen van hoogtevrees is immers nodig dat ik het aan moet gaan: het geloof dat ik het aankan om op een hoge hoogte te staan. Ik hoef niet per se te geloven dat ik honderd procent zal herstellen, maar de wil en de durf om te geloven spelen wel een rol in de daadwerkelijke verandering voor mij. Al is maar het geloven dat ik over een paar maanden twee procent minder last heb van mijn problematiek. Als je dat keer op keer herhaalt, kom je uiteindelijk ook op die honderd procent. Het gaat om een begin. Iets moet er zijn. De eerste twee procent is misschien nog niet eens mijn geloof in verandering zelf of de wil om te veranderen, maar de durf om te veranderen. Geloven in een uiteindelijk goede afloop.

Conclusie

Amber benoemt therapie zelf als een marathon waar je samen met je behandelaren de juiste afslagen moet nemen. Het is uiteindelijk *haar* marathon geworden, waar ik als een van de coaches aan de zijlijn mocht

staan. Het duurde even voordat ik mijn rol begreep, en ik heb best wel fouten gemaakt. Toch was dit een behandeling waar ik veel van geleerd heb: ik heb beter geleerd om onzekerheid te verdragen. Ik hoef niet te weten welke richting we opgaan. Ik heb geleerd dat ik de behandelrelatie en wat het met mij doet gewoon kan bespreken. Ook heb ik geleerd dat ik nederiger moet zijn als behandelaar, de verandering komt waarschijnlijk uit een hoek die ik vooraf niet had kunnen bedenken. Dit niet-weten geeft raar genoeg een gevoel van vrijheid. Ik probeer mijzelf de toestemming te geven om creatiever te zijn, mij niet blind te staren op technieken en mijzelf als therapeut aan te passen aan de cliënt die voor me zit. Samen gaan we op zoek naar de extra-therapeutische factor(en) die buiten de behandelkamer de levens van cliënten ten positieve kunnen beïnvloeden. In gesprekken met Amber leek dit haar autonomie te zijn. Aan Amber het laatste woord. Ze gaat in op mijn vraag hoe zij denkt dat ze van haar eetstoornis is afgekomen.

Amber

Ik heb niet echt een mooie quote ofzo. Het is best simpel. Ik kwam erachter dat er niemand is die mij gaat redden en dat ikzelf de enige verantwoordelijke ben voor de invulling van mijn leven. De hele dag met eten bezig zijn was niet de invulling waarvan ik droomde en gezien ik de enige verantwoordelijke was, zou ik de enige zijn die daar wat aan kon veranderen.

Ik had niemand meer, dus kon ik maar beter vrienden worden met mezelf. Het voelde weer alsof het mijn leven was en niet het leven dat door anderen wordt bestuurd.

Gewoon door het stoppen met hulpverlening voelde ik dat ik mijn eigen regie terugkreeg en die wilde ik niet meer uit handen geven. Ik heb ervaren dat hulpverleners vrij snel en drastisch de regie overnemen en dat ik daar als patiënt soms vrij machteloos in stond.

Het volledig terugkrijgen van de regie voelde bijna euforisch en bevrijdend. De druk van moeten veranderen viel weg waardoor ik meer ruimte kreeg om me te realiseren dat ik best oké ben zonder te moeten veranderen. Ik heb het idee dat ik al die tijd van behandeling in een kooi werd gehouden. Eindelijk kon ik gaan vliegen. Trouwens, als mijn eigen brein mijn grootste vijand is, zou het in theorie ook mijn grootste vriend moeten kunnen zijn. Dat leek me wel een mooie uitdaging.

Ik heb ervaren dat ik mezelf letterlijk ziek kan denken, maar als ik daartoe in staat ben, zou ik mezelf ook weer beter kunnen denken. Dit betekent niet dat ik niet door shit ben gegaan en dat alles soepel ging.

De grond onder je voeten

Sinds de eetstoornis niet meer op de voorgrond staat, voelt het niet meer alsof mijn leven nut of een doel heeft. Ik mis mijn eetstoornis soms wel en ben letterlijk door suïcidale periodes heen gegaan, maar hoop dat dat binnenkort ook onder controle is. Als je mij nu vraagt welke therapievorm wij hebben toegepast? Ik heb geen idee. En ik heb al redelijk veel therapie gehad. Het voelde als mijn behandeling en niet die van de behandelaar.

Maarten van der Linde is gz-psycholoog en systeemtherapeut bij The Practice in Hilversum, oprichter van Ouders Inc. en promovendus aan de Vrije Universiteit Amsterdam. E-mail: maarten@thepractice.nl.

Amber (niet haar echte naam) is momenteel student psychologie.

Literatuur

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities*. Basic Books.
- Arkowitz, H., & Lilienfeld, S.O. (2006). Psychotherapy on trial. *Scientific American Mind*, 2, 42-49.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (2010). *The heart and soul of change – Delivering what works in therapy* (2nd ed.). American Psychological Association.
- Frank, J.D., & Frank, J.B. (1993). *Persuasion and healing – A comparative study of psychotherapy*. John Hopkins University press.
- Haley, J. (1993). *Uncommon therapy – Psychiatric techniques of Milton H. Erickson, M.D.* W.W. Norton & Company.
- Hood, B. (2010). *SuperSense – How the developing brain creates supernatural beliefs*. HarperOne.
- Madsen, W.C. (1999). Inviting new stories – Narrative ideas in family-centered services. *Journal of Systemic Therapies*, 18(3), 1-22.
- Miller, S.D., Hubble, M.A., & Chow, D. (2020). *Better results*. American Psychological Association.
- Oenen, F.J. van (2019). *Het misverstand psychotherapie*. Boom.
- Shotter, J. (2011). *Getting it*. Hampton Press.
- Wampold, B.E., & Imel, Z.E. (2015). *The great psychotherapy debate – The evidence for what makes psychotherapy work*. Routledge.