

---

# Gemis en verlies of behoud en winst? Het beëindigen van de psychotherapeutische relatie

---

Paul Schnabel

---

## 1. Begin van het einde

Over het begin van een psychotherapie en het aangaan van een therapeutische relatie is veel meer bekend, meer nagedacht en geschreven ook, dan over het einde van een psychotherapie en de beëindiging van een therapeutische relatie. Dat is ook niet zo gek: een goed begin is vooral vitaal voor de hulpverlener en in de hulpverlening vaak zelfs letterlijk al het halve werk, want zo lang duren de meeste behandelingen niet en zo veel veranderen therapeuten hun opvatting over de cliënt en zijn problemen niet.

Een goed einde is vooral vitaal voor de cliënt, die voortaan immers weer op eigen kracht, buiten het zicht van de hulpverlener en buiten het bereik van de hulpverlening, verder moet. Over het lot van de cliënt is verder meestal weinig meer bekend. Dat is jammer en het is ook onterecht, dat in onderzoek de aandacht zo beperkt blijft tot het vaststellen van de geschiktheid van de cliënt voor psychotherapie en zich zo weinig richt op de geschiktheid van psychotherapie voor cliënten. Bovendien wordt de zin van de aan het begin gehanteerde procedures nu niet of nauwelijks getoetst aan de inzet van de middelen in het proces van de psychotherapie en het resultaat aan het eind.

De grote aandacht voor het begin van de psychotherapie is er niet altijd geweest en doet zich nu nog niet overal gelden. Freud had aan een of twee kennismakingsgesprekken genoeg om voor zichzelf te beslissen of hij de patiënt wel of niet in behandeling zou nemen en in feite is dat nog steeds de procedure die in de meeste privépraktijken, analytisch of niet, gevolgd wordt (Schagen, 1985). De instituten voor psychotherapie, met hun therapeuten en therapievormen, zijn er echter al vrij vroeg toe overgegaan de beginfase het karakter van een proces van selectie en indicatie te geven: is iemand geschikt voor psychotherapie en zo ja, voor welke vorm, in welke frequentie en bij welke therapeut? Die vragen kwamen niet alleen voort uit de behoefte de patiënt zo goed mogelijk van dienst te zijn, maar ook en vooral uit de noodzaak de relatief schaarse (instituufts)psychotherapeutische middelen zo goed mogelijk in te zetten. Later zijn de intakeprocedures als een bewijs voor de

kwaliteit van de instituten gaan gelden, maar de eerlijkheid gebiedt te zeggen dat dit bewijs nooit empirisch overtuigend geleverd is.

Het begin is in de instituutpsychotherapie vaak ook meteen het einde voor veel cliënten. In de Nederlandse RIAGG-en, die elk over een afdeling psychotherapie beschikken, komt slechts een klein deel van de populatie in eerste instantie in aanmerking voor psychotherapie (zo'n 10%) en daarvan valt in tweede instantie nog weer een relatief groot deel af (Lemmens e.a., 1988), op grond van de uitkomsten van de procedure, maar vaak ook door het simpele feit van de aanwezigheid van die procedure die immers relatief veel tijd en energie kost. Al voor er sprake kan zijn van het begin van een therapeutische relatie, worden dus veel potentiële cliënten afgewezen en haken veel cliënten af. Op zich hoeft dat niet zo'n probleem te zijn, als het inderdaad zeker zou zijn dat deze mensen ook niet van een psychotherapie zouden kunnen profiteren. Zo zeker is dat echter niet, net zo min als het zeker is dat degenen die wel door de beginfase heenkomen, aan het eind werkelijk van de behandeling geprofiteerd hebben. Veel behandelingen duren kort of worden voortijdig afgebroken, en evaluatie van afgebroken en afgesloten behandelingen vindt maar heel zelden systematisch plaats.

Het begin is het moment van de psychotherapeut, het einde het moment van de patiënt. De therapeut kan het einde minder gemakkelijk beheersen dan het begin. Veel therapieën worden plotseling eenzijdig afgebroken door de patiënt op een moment dat de therapeut dat nog niet verstandig acht. Hoe het na de afsluiting, ook na een reguliere afsluiting, met de patiënt verder gaat, is meestal niet of nauwelijks bekend, en in die zin is het voor de therapeut ook nog moeilijk om zicht te krijgen op de kwaliteit en het effect van zijn werk. Dat is niet hetzelfde als zeggen dat psychotherapie niet helpt of dat de werkzaamheid niet aantoonbaar is, maar het betekent wel dat het moeilijk is de verlies en winstrekening van psychotherapie op te maken. Een balans kan immers alleen aan het einde opgemaakt worden, maar dan moeten wel alle gegevens bekend zijn. Zou er daarom ook zo'n indiscrete belangstelling voor het verdere levenslot van Freuds 'beroemde' gevallen ontstaan zijn? (Stroeken, 1986)

## 2. Feiten over het beëindigen, het einde en wat daarna komt

Er is veel verlies in de psychotherapie aan het begin, vooral kwantitatief door het niet of slechts kort in behandeling komen van veel cliënten. Maar is er nu ook iets te zeggen over de winst die behaald wordt bij cliënten die wel tot een regulier einde van hun therapie komen? Schagen (1985) concludeerde in zijn 'Praktijk van de Psychotherapie'-studie, dat 45% van de cliënten van alle typen psychotherapie na afloop in hun functioneren flink verbeterd zijn, 45% is enigszins verbeterd en 10% is niet verbeterd of zelfs verslechterd. 60% van de patiënten is tevreden met de therapie en vooral de therapeut, 25% is matig tevreden en 15% ontevreden. Deze effecten blijken ook langere tijd na afslui-

ting van de psychotherapie nog te bestaan. Ook Lemmens e.a. (1988) besluiten hun literatuuroverzicht met een optimistische conclusie over de effectiviteit van psychotherapie. In ieder geval lijkt er ten opzichte van de situatie vroeger wel winst geboekt: Hutschemaekers (1990) komt voor de periode 1904(!)-1985 op basis van een grote steekproef (N=5450) tot 30% succesvolle therapieën. 40% van de patiënten heeft er misschien enige baat bij gevonden en 30% heeft er geen baat van gehad, alles volgens de persoonlijke inschatting van de hulpverleners. Hutschemaekers constateert dat het aandeel van de afgebroken therapieën in de loop van deze eeuw toeneemt tot ongeveer 20%.

Voor de uitkomsten van klinische psychotherapie lijken in Nederland nog mooiere resultaten weggelegd dan voor de ambulante psychotherapie (Wagenborg, 1987). Twee van de drie patiënten is er ook vele jaren later beter aan toe dan voor opname, maar hier geldt wel dat de selectie voor behandeling buitengewoon scherp is en dat in het longitudinale onderzoek de non-respons hoog ligt, dropouts uit de behandeling niet verder gevolgd zijn en de tevredenheidsmetingen erg globaal zijn.

In geen van deze studies gaat het specifiek om psychoanalyse of psychoanalytisch georiënteerde therapieën. Dat is wel het geval in enkele belangrijke Amerikaanse studies. Al in 1972 werd door de Menninger Clinic een groot onderzoek naar de resultaten van psychotherapie gepubliceerd (Kernberg e.a., 1972). Het is bijzonder moeilijk om de resultaten daarvan te beoordelen, alles wijst erop dat de onderzoekers daar zelf ook niet in slaagden en zich dus maar beperkt hebben tot de presentatie van eindeloze hoeveelheden gegevens. Anders is dat met de massieve monografie van Wallerstein *42 Lives in treatment* (1986), voortgekomen uit het Menninger-project overigens, die zeer gedetailleerd de problematiek, de behandeling en de resultaten daarvan bij een groep van 42 patiënten vergelijkt. Over de beëindiging en het einde van de behandelingen zelf blijft de informatie overigens helaas erg summier. Van de 22 psychoanalyses beoordeelt Wallerstein er 8 als geslaagd, 5 als redelijk geslaagd, 3 als zonder resultaat en 6 als mislukt. In feite is maar in 10 gevallen echt sprake geweest van een klassieke analyse en daarvan zijn er 2 geslaagd en 4 redelijk geslaagd.

Dat zijn geen al te grandioze uitkomsten, maar daar moeten toch wel enkele kanttekeningen bij gemaakt worden. De patiënten in Wallersteins onderzoek vertonen gemiddeld zeker ernstiger stoornissen dan de gemiddelde Nederlandse psychotherapiepatiënt en zij functioneren maatschappelijk en persoonlijk op veel levensterreinen ook opvallend slecht. In veel gevallen is er bovendien sprake van ernstige alcohol- en drugsproblemen en het aantal psychiatrische opnames is eveneens opvallend hoog. Een psychoanalyse zou waarschijnlijk geen van deze patiënten in Nederland ooit aangeboden hebben gekregen, voor enkele gevallen zou opname in een psychotherapeutische gemeenschap met een duidelijk structurerend karakter misschien eerder voor de hand hebben gelegen.

Beter met de Nederlandse situatie vergelijkbaar is de populatie van het Columbia Psychoanalytic Center Research Project (Weber, Solomon en Bach-

rach, 1985). Het betreft hier een vergelijkend en longitudinaal onderzoek naar 700 analyses en 900 psychoanalytische psychotherapieën in de periode 1945-1972. Het accent ligt op de analyse van een steekproef van een groep van 237 cliënten uit de periode 1962-1971. Het gaat hier om instituutpsychotherapieën op basis van een zorgvuldige selectie en indicatiestelling (een lang begin dus). Bij de cliënten in de steekproef werd, zeker als we rekening houden met de destijds beschikbare instrumenten, zeer zorgvuldig nagegaan in welke mate er bij hen sprake was van een therapeutisch succes (in relatie tot de duur van de behandeling, de wijze van beëindiging, de patiëntsatisfactie, de ik-sterkteverandering, de verbetering in het functioneren, de ervaring van de therapeut, enz.).

Ik geef een samenvattend overzicht van de belangrijkste uitkomsten van dit onderzoek:

	<i>psychoanalyse</i>	<i>psychotherapie</i>
– <i>Mate van verbetering</i>		
sterk verbeterd	52%	29%
verbeterd	44%	50%
geen verbetering	0	21%
verslechterd	4%	0
	} 96%	} 71%
– <i>Mate van tevredenheid</i>		
zeer tevreden	59%	62%
tevreden	41%	28%
niet tevreden	0	10%

Dat zijn hoge succescijfers. Maar ook hier is de selectie bij de intake scherp geweest en bovendien is de steekproef nog beperkt tot alleen die gevallen, waar alle gegevens over beschikbaar waren (N=77). Voorzichtigheid blijft dus geboden.

Welke conclusies kunnen er nu uit het Columbia-project getrokken worden?

- 1) Analysecliënten functioneren vooraf en achteraf op een hoger niveau dan psychotherapiecliënten. Ze zijn vooraf al *ik-sterker* en verbeteren meer (het verschil is het grootst met de typische psychomatici). Analysecliënten hebben gemiddeld een beter therapeutisch resultaat.
- 2) *Afgebroken* therapieën/analyses geven duidelijk minder goede verbeteringsscores te zien dan normaal (i.c. met wederzijdse instemming) *beëindigde* therapieën.
- 3) Over de kans op *succes* van analyses kan geen voorspelling meer worden gedaan na de fase van selectie en indicatie. Met andere woorden, de kans is voor iedereen die met een analyse begint, even groot.

- 4) Er moet onderscheid gemaakt worden tussen *therapeutisch resultaat* in de zin van verbetering van functioneren en het verdwijnen van klachten enerzijds en het ontstaan van een *analytisch proces* anderzijds. Terwijl 90% van de analysanten verbeterde tot sterk verbeterde, ontwikkelde zich een analytisch proces maar bij  $\pm 45\%$  van de totale groep. In deze groep worden ook de beste eindresultaten bereikt: de meeste therapeutische verbetering, een reguliere afsluiting en het duidelijk tot ontwikkeling komen van een analytisch proces.

Therapeutische winst en vooral het behoud daarvan wordt door de onderzoekers vooral gezien in de gevallen waarin een analytisch proces ter ontwikkeling kwam. Dat was bij een minderheid van de psychoanalytische cliënten het geval en gezien het feit dat het onderzoek zich beperkt heeft tot de regulier afgesloten en volledig gedocumenteerde therapieën, moet men zelfs aannemen dat in een normale situatie een percentage van 45 niet gehaald zal kunnen worden. Zelfs in geval van een psychoanalyse mag alleen bij een minderheid van een minderheid de ontwikkeling van een analytisch proces verwacht worden.

Van een analytisch proces is volgens de onderzoekers sprake wanneer:

- 1) de patiënt in de behandeling psychologisch materiaal presenteert (droominhouden, fantasieën, zelfreflecties), niet spontaan en onbewust maar bewust, omdat hij hoopt er lering uit te trekken en er verlichting door te vinden;
- 2) de patiënt leert inzien dat hij over kwaliteiten en mogelijkheden beschikt die het hem mogelijk maken het leven aan te kunnen en hij in de behandeling heeft geleerd deze mogelijkheden te benutten voor echte persoonlijke groei en het goed omgaan met problemen;
- 3) de patiënt van inzichten uit de overdracht gebruik maakt in de vormgeving van zijn dagelijks leven en zijn persoonlijke relaties.

Het gaat er dus niet alleen om dat de patiënt dit doet en kan, maar dat hij er zich ook van bewust is dat hij dit doet en kan. De onbewuste stroom wordt door de patiënt pas bevaarbaar, als deze gekanaliseerd is door het bewustzijn en toegankelijk is geworden voor reflectie.

Zonder verwijzing naar de empirische resultaten van het Columbia-project komt Pedder (1988) in zijn bespreking van de 'termineer' literatuur tot vrijwel dezelfde conclusie. Als 'principal criterium for termination' wordt zijns inziens in toenemende mate 'the capacity for self-analysis' beschouwd. Daarnaast wijst hij ook op de betekenis van een toenemende ik-sterkte — een vaag en moeilijk te operationaliseren begrip overigens —, de vermindering van de afweer en toch ook het verdwijnen van hinderlijke symptomen. Interessant is dat hij in de literatuur bovendien een overgang constateert van het nastreven van typische behandeldoelen met een finaal en formeel karakter (zie bijv. Firestein, 1978) naar doelen die meer een ontwikkelingskarakter hebben en ruimte scheppen voor de realisering van de levensdoelen van de patiënt. De werkelijke winst kan dan pas na afloop van de analyse worden behaald.

### 3. Beëindigen als termineren

In zijn opstel 'Bij het scheiden van de markt' wijst Groen (1980) erop, dat er in de beschouwingen over het beëindigen van een psychoanalyse twee stromingen zijn te onderkennen. Een optimistische, die verbonden is met de naam van Ferenczi en een meer pessimistische, die door Freud zelf vertegenwoordigd wordt. In de optimistische visie gaat men ervan uit dat er een natuurlijk einde is aan de analyse en dat "we te maken hebben met een proces dat, mits goed begeleid, min of meer vanzelf tot een eindpunt voert" (1980, 151). In de pessimistische visie overheerst het gevoel dat het bereiken van een goed einde juist moeilijk is en dat het gevaar van een 'unendliche Analyse' allerm minst denkbeeldig is.

In de literatuur overheerst naar mijn gevoel vooral de pessimistische visie: een goed einde is moeilijk te bereiken en het proces van beëindiging zelf is voor de patiënt pijnlijk, om niet te zeggen traumatisch. In de enige psychoanalytische monografie met een empirisch karakter die het beëindigen van een psychoanalyse als onderwerp heeft (Firestein, 1987) ligt in de bespreking van de acht bestudeerde gevallen het accent sterk op de moeilijke en negatieve aspecten van de beëindigingsfase. Het beeld dat uit de beschrijving van ieder van de acht gevallen oprijst, is toch wat minder treurig: er is minstens sprake van ambivalentie en soms zelfs van duidelijk positieve gevoelens. Firestein wijst er wel op dat de 'working alliance' met de patiënt in de laatste fase meestal beter wordt; hij signaleert ook duidelijk tekenen van dankbaarheid (in de vorm van geschenken) en merkt op dat het naderende afscheid ook de therapeut niet onberoerd laat. Hoewel Firestein niet echt afwijkt van de pessimistische visie, is hij in de empirische delen van zijn studie toch wat minder eenzijdig georiënteerd.

Anders is dat in het handboek van Pierloot en Thiel (1986) over psychoanalytische psychotherapie. In niet minder dan vijf hoofdstukken wordt het probleem van het termineren van een therapie aan de orde gesteld. In geen van de hoofdstukken is ten aanzien van dit punt de toon opgewekt. Er is sprake van depressieve reacties bij de patiënt, van agressie als reactie op de angst voor verlating, van ageren en acting-out, van een rouwproces met alle daarbij horende verwerkingsrituelen en afweermechanismen, van regressief gedrag en recidive van symptomen, van woede en zelfs van een besef van de doelloosheid van het leven en de onafwendbaarheid van de dood. De patiënt wil de therapie voortzetten en de therapeut blijven zien. Positieve elementen en aspecten komen nauwelijks of niet aan de orde, evenmin het mogelijke verschil in betekenis van het naderende afscheid op enerzijds het niveau van de overdracht (voor een in dit verband interessante visie daarop, zie Bergmann, 1988) en anderzijds het niveau van de therapeutische alliantie (Loewald, 1988). De betekenis die het naderende afscheid voor de psychotherapeut heeft, komt evenmin aan de orde.

Omdat het psychoanalytische vocabulair, waar het de beschrijving van de gemoedstoestand van de patiënt betreft, een zeker pathos niet ontzegd kan

worden, is het niet gemakkelijk vast te stellen hoe intens bepaalde gevoelens eigenlijk moeten zijn om als woede of depressie te kunnen worden geduid. Ongetwijfeld zal het beëindigen van een psychoanalyse van 1500 zittingen bij een patiënt (en een therapeut) gemiddeld meer gevoel oproepen dan de beëindiging van een therapie van 15 zittingen (ongeveer de gemiddelde duur van een psychotherapie in RIAGG-verband! Lemmens e.a., 1988), maar als het 'goed' is, zal dit gevoel zeker in de laatste zittingen vooral betrekking hebben op het opgeven van de therapeutische alliantie — de beëindiging van een lange periode van samenwerking — en dan eerder door een combinatie van weemoed en waardering gekenmerkt worden dan door woede, angst, agressie of depressiviteit.

'Partir, c'est mourir un peu', ja maar toch vooral 'un peu', met daarnaast de vreugde over de nieuwe kansen en nieuwe mogelijkheden die beschikbaar zijn gekomen. Groen heeft naar mijn gevoel hetzelfde voor ogen wanneer hij een goed afgesloten analyse vergelijkt met een geslaagd separatie-individueelproces "... waar het uiteindelijk om gaat is dat de analysant ons verlaat en niet na het einde van de analyse het gevoel heeft door ons verlaten te zijn" (1980, 161). In de empirische psychoanalyteliteratuur vinden we het 'vanzelfsprekende' afscheid vaker terug dan in de normatieve literatuur over 'termineren', een door zijn negatieve connotaties overigens abjecte term, zoals Peder (1988) opmerkt. Het is zelfs opvallend hoe laconiek in de praktijk het afscheid soms is (zie bijv. ook de vignetten van Schagen, 1985). Ook Groen wijst daar op en hij vraagt zich terecht af of het in de literatuur zo vaak genoemde rouwproces zo obligaant is. Als er al van rouw sprake is, zo zou men daaraan kunnen toevoegen, dan is dat toch vooral 'anticiperende rouw', die op het moment van de werkelijke beëindiging van de therapie al tot een afronding zou moeten zijn gekomen. De scherpste reacties kunnen dan aan het begin van de eindfase worden verwacht en de weinige empirische literatuur op dit gebied wijst ook wel in deze richting (recent bijv. Stroeken, 1990). Eigenlijk is dat al bij Freud te zien: de Wolfenman kwam tot 'actie', toen hij wist wanneer de therapie zou zijn afgelopen (Freud lokte de actie ook bewust uit). Aan de andere kant zien we de mislukte analyse van Dora, die zoals Freud het treffend formuleerde zelf 'de dienst opzegde' en zonder enige rouw vertrok op het moment dat het haar schikte.

Opvallend is dat in de literatuur over het termineren zo weinig gedifferentieerd wordt naar de aard, de intensiteit en de duur van de verschillende vormen van psychotherapie. Toch lijkt dat juist van groot belang voor het bepalen van de betekenis, die de therapie en een therapeut in het leven van een cliënt kunnen spelen. Ik denk dat zelfs in het geval van een psychoanalyse die invloed niet overschat moet worden en daarmee ook niet het traumatische karakter van een beëindiging van de therapie. Misschien moet toch de vraag gesteld worden of de opvallende dramatisering van het einde in de analytische literatuur niet alle kenmerken van tegenoverdracht bevat. Is het niet vooral de therapeut zelf die wil dat de cliënt met moeite van hem en zijn inspanningen afscheid neemt? Is het niet ook vooral de wens van de therapeut voor de

cliënt zo belangrijk te zijn geworden, dat deze hem niet meer wil missen? Is het niet meer de therapeut dan de cliënt die met gevoelens van verlies kampt, waar eerder winst gevierd zou moeten worden?

Menninger (1958) is een van de eersten geweest die hebben gewezen op de tegenoverdrachtsproblematiek in de eindfase van een psychotherapie en Goldberg (1975) heeft juist de aandacht gevestigd op het rouwproces bij de therapeut, als de cliënt hem niet langer nodig blijkt te hebben. De verzelfstandiging van de cliënt kan voor de therapeut een narcistische krenking inhouden, die hij paradoxaal genoeg ook nog als het resultaat van zijn eigen werk moet beschouwen. Weddington en Cavenar (1979) zien de tegenoverdrachtsproblematiek met name opduiken in therapieën die op initiatief van de therapeut — en dus niet op basis van consensus tussen therapeut en cliënt — worden beëindigd. Opvallend is overigens wel dat in de casuïstiek die zij beschrijven, de 'counter transference storms' weinig meer dan briesjes lijken te zijn in vergelijking met de overdrachtsreacties van de cliënt. Dat kan echter een consequentie van de presentatie van de casussen zijn (de cliënten zijn de gevallen, niet de therapeuten!) en in ieder geval moet bij de interpretatie van hun artikel rekening gehouden worden met het feit dat het hier om door de omstandigheden gedwongen beëindigingen gaat. De cliënten waren niet echt klaar en de therapeuten ook niet.

Sociologisch heeft de dramatisering van de terminale fase van een therapie zeker ook een functie in het kader van de psychotherapeutische beroepsvorming. De problemen rond het afscheid benadrukken het bijzondere en delicate karakter van de relatie tussen therapeut en cliënt en lijken de maatschappelijke positie van de psychotherapeut, de noodzakelijkheid van zijn aanwezigheid, te bevestigen. In dit licht gezien is het bijna vanzelfsprekend dat de betekenis van de cliënt voor de therapeut niet nader wordt gethematiseerd. De ensce-nering van het afscheid als een dramatisch verlies voor de patiënt levert de therapeut zo een bijna even dramatische winst op, zowel in zijn zelfgevoel als in zijn maatschappelijke positie. Dat dit niet het resultaat van een bewust toegepaste strategie hoeft te zijn, mag voor psychotherapeuten vanzelf spreken.

#### 4. Tenslotte

Gemis en verlies of behoud en winst zijn thema's waarmee ik in deze bijdrage steeds engere kringen rond het beëindigen van een psychotherapie ben gaan beschrijven. Eerst vooral kwantitatief en uitgaand van het vroegtijdige einde van veel psychotherapieën of de voorbereidingen daartoe, geleidelijk aan ook steeds meer kwalitatief en individualiserend, om tenslotte uit te komen bij de betekenis van het 'termineren' voor de psychotherapeut zelf. Wat mij in de psychoanalytische literatuur over het beëindigen van een behandeling steeds meer is gaan opvallen, is het traditionele en normatieve karakter van het betoog. Er is nauwelijks onderzoek naar het onderwerp gedaan, ook niet op

het niveau van een N=1-studie, maar op geleide van wat eerder door anderen is geschreven, lijkt er toch een grote mate van zekerheid te bestaan, zowel over wat er feitelijk gebeurt in de laatste fase, als over wat er moet of mag gebeuren, zowel voor wat een goed einde is als over wanneer een eind goed is. Ik vraag me toch af, of daar nu werkelijk al met zoveel zekerheid zoveel over gezegd kan worden. Wordt het niet eens tijd dat psychotherapeuten met het einde van een psychotherapie een goed begin maken?

#### Literatuur:

- Bergmann, M.S. (1988), On the fate of the Intrapsychic Image of the Psychoanalyst after Termination of the Analysis. *The psychoanalytic study of the Child*, 43, 137-152.
- Firestein, S.K. (1987), *Termination in Psychoanalysis*. New York: Int. Univ. Press.
- Goldberg, A. (1975), Narcissism and the readiness for psychotherapy termination. *Arch. General Psychiatry*, 32, 695-699.
- Groen, J. (1980), Bij het scheiden van de markt. In: *Achter Spiegels en Maskers. Psychoanalytische essays*. Meppel / Amsterdam: Boom, 151-165.
- Hutschemaekers, G. (1990), *Neurosen in Nederland. Vijftientig jaar psychisch en maatschappelijk onbehagen*. Nijmegen, SUN (Proefschrift K.U. Brabant).
- Kernberg, O. e.a. (1972), Psychotherapy and Psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation Psychotherapy Research Project. *Bull. Menninger Clinic*, 36, 3-275.
- Lemmens, F., J. van Busschbach, D. de Ridder & P. van Lieshout (1988), *Psychotherapie in de RIAGG. De stand van zaken in 1988*. Utrecht, NcGv (NcGv-reeks 131).
- Loewald, H.W. (1988), Termination Analysable and Unanalysable. *The psychoanalytic study of the Child*, 43, 155-166.
- Menninger, K. (1958), *Theory of Psychoanalytic Technique*. New York: Basic Books.
- Pedder, J.R. (1988), Termination reconsidered. *Int. J. Psycho Analysis*, 69, 495-505.
- Pierloot, R.A. & J.H. van Thiel (1986), *Psychoanalytische Psychotherapieën*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Schagen, S. (1985), *De Praktijk van de Psychotherapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Stroeken, H. (1990), *Van dochter tot vrouw. Verslag van een psychoanalyse*. Meppel / Amsterdam: Boom.
- Wagenborg, J.E.A. (1987), *De Effecten van Klinische Psychotherapie*. Noordwijkerhout, Centrum St.-Bavo (Proefschrift R.U. Leiden).
- Wallerstein, R.S. (1986), *42 Lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York/London: Guilford Press.
- Webes, J.J., M. Solomon & H.M. Bachrach (1985), Characteristics of Psychoanalytic Clinic Patients: Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project. *Int. Rev. Psychoanalysis* 12, 13-26, 127-141, 251-262, 379-389 (wisselende auteursvolgorde!).
- Weddington, W.W. & J.O. Cavenar (1979), Termination Initiated by the Therapist: A countertransference Storm. *Am. J. Psychiatry*, 136, 1302-1305.