

Hechting aan de methode of egelstelling?

Arno Goudsmit

1. De legitimatie van de therapeutische methode

Wat is de therapeutische methode die beoefend wordt door hen die zich cliëntgericht noemen? Deze vraag zou na alle funderende literatuur en de handboeken die verschenen zijn, geen punt meer mogen zijn. Het punt is er echter wel. Het is moeilijker gebleken dan wenselijk was, om een eenduidig antwoord te geven, zozeer zelfs dat van een legitimatiecrisis mag worden gesproken.

Een deel van de oorzaken van die legitimatiecrisis ligt niet aan de therapeutische methode zelf, maar aan het huidige maatschappelijke klimaat van hoogconjunctuur en efficiëntiedenken. De cliëntgerichte therapie-richting heeft zich genoodzaakt gezien zich te profileren in termen van specifieke deskundigheden voor specifieke categorieën van cliënten met specifieke problemen. Als zodanig is zij ook een geaccepteerde werkvorm geworden binnen de ggz. In veel ggz-instellingen worden medewerkers en afdelingen aangestuurd door intake-teams die een goede match zoeken tussen een afdeling of een hulpverlener enerzijds, en anderzijds een cliënt met een bepaald (dsm)classificatie of een indicatiestelling. Op basis van informele kenmerken van de patiënt en van de hulpverlener wordt een match gemaakt. Een beleid van toekenning van specifieke cliënten aan uiteenlopende therapierichtingen heeft vooral de effectiviteit van het therapeutische handelen als focus. De vraag naar de legitimatie van de therapeutische methode zelf wordt daarbij vervangen door de vraag naar de effectiviteit van die methode. Strikt genomen kan het de beleidsmaker niet veel schelen waarom en hoe een methode werkt, als hij maar werkt, en vooral als hij maar snel werkt.

In deze bijdrage staat echter niet de maatschappelijke context centraal, noch de effectiviteit van de therapieën, maar de vraag naar de therapeutische methode zelf. Het belang dat ik hecht aan een antwoord, is dat het vak alleen zó zijn zelf-respect kan bewaren en cultiveren. Het vak kan niet leven bij gunstige therapie-uitkomsten alleen. Hieronder probeer ik enkele ingrediënten voor een antwoord te verzamelen.

2. Methode of hode?

Bij *methode* moeten we denken aan een traject van handelingen, die met elkaar samenhangen volgens een bepaald leidend principe. De beoefenaar van de methode beseft dit principe, en kiest zijn daden zodanig dat dit principe wordt gevolgd. Een voorbeeld is het gebruik van een plattegrond in een vreemde stad, dat als leidend principe voor het af te leggen traject wordt gebruikt. Het woord 'methode' kan worden gesplitst in 'meta' en 'hode', en betekent van oorsprong zoiets als 'bereflecteerde weg'.

Hier scheiden zich de wegen van de meta-wegen. Hebben wij als cliënt-centered therapeuten een methode? Gebruiken wij evidence based kennis, zoals beschikbaar in de vakliteratuur; wegen wij deze kennis en passen die toe op individuele gevallen? Verantwoorden wij ons handelen op dergelijke kennis en op de afgewogen toepassing die wij ervan uitoefenen? Een dergelijke puur 'methodische' taakopvatting mag rekenen op onbegrip bij hen die eenmaal geproefd hebben van het proces-gerichte werk en van de dynamiek van het actualiseren en doorwerken van emoties.

Of vinden wij eigenlijk dat wij niet zo'n methode hebben? Is datgene wat wij 'onze methode' noemen meer een traject van ervaringen en processen die we feitelijk met de cliënt samen

beleven? Schepen we ons in, samen met de cliënt, op een verkenningstocht over onbekende en gevaarlijke zeeën? Volgen we de cliënt op diens reis, en bestaat onze deskundigheid in onze betrouwbaarheid als metgezel, in onze openheid voor nieuwe ervaringen, in onze oprechtheid om (mede) te delen wat we zoal meemaken? Is onze kwaliteit dat we eigenlijk altijd principieel bereid zijn om het nieuwe en het onbekende tegemoet te treden, om het vastgeroeste en routineuze los te laten en de cliënt tot eenzelfde permanent groeiproces uit te nodigen en waar mogelijk te begeleiden? Een dergelijke taakopvatting mag rekenen op het onbegrip van menig aanhanger van de evidence based psychotherapie. De beoefenaar van zo'n handelwijze zal het verwijt treffen vooral de eigen subjectieve voorkeuren te volgen, in plaats van zich iets aan te trekken van wetenschappelijke bevindingen (zie bijv. Spinhoven, 2000).

De lezer die zich in beide posities niet geheel thuisvoelt, kan rekenen op mijn gezelschap.

Laat ik de term *hode* gebruiken voor een afgelegd traject, een therapeutisch proces dat feitelijk heeft plaatsgevonden, ongeacht de methodische overwegingen die de therapeut misschien heeft gehad. In termen van de plattegrond: de hode is het afgelegde traject in de vreemde stad, ongeacht of wij hierbij op de kaart hebben gekeken of niet.

3. "Zo is mijn methode nou eenmaal, en daarom doe ik het zo"

Doen wij zoals we doen, omdat het *zo'n goed gevoel geeft* om het zo te doen? Gebruiken wij onze buik als kompas, als richtinggevend medium, ten koste van beschikbare technieken die bewezen effect sorteren? Zijn wij willens en wetens doof voor redelijke argumenten, omdat ons de goede smaak ontbreekt om iets anders te doen dan, over het hoofd van de cliënt heen, vorm te geven aan onze allerindividueelste intuïties? Het wordt over ons gezegd.

Toch is het niet een dergelijke afwijzing van evidence based kennis, waardoor de cliënt-centered benadering getypeerd zou moeten worden, maar eerder een afwijzing van een rigoureuze, bijv. protocollaire, toepassing ervan! Dit onderscheid is niet altijd vanzelfsprekend, noch voor onszelf noch voor de critici van het 'subjectieve' werk. Toch is het essentieel.

In ons werk is de implementatie van kennis vaak van een grotere complexiteit dan de te implementeren kennis zelf! Dit was ook de strekking van Freud's richtlijn 'weerstand eerst': het therapeutische proces moet voorrang krijgen boven de inhoud van hetgeen wordt besproken. Deze voorrang is allereerst een keuze van de behandelaar. Laat hij het proces voor de inhoud gaan, dan betekent dat echter niet dat 'inhoud' daarmee onbelangrijk is. Dit zou een misvatting zijn.

Evenzo is evidence based kennis allereerst 'inhoud'. Het is kennis over patiënten, over problemen, stoornissen, over behandeltrajecten, technieken, interventies, protocollen, etc. Voorrang geven aan het therapeutische proces betekent: zoeken naar de manier waarop die kennis in dit individuele geval moet worden begrepen, toegepast, aangepast etc. Het betekent niet dat die evidence based kennis onbelangrijk is, of onbruikbaar. Juist door een ongenueanceerde afwijzing van evidence based kennis zijn wij zelf vaak mede-verantwoordelijk voor onjuiste beeldvorming. We verschuilen ons, denk ik, ten onrechte en te gemakkelijk achter argumenten van het type 'zo is mijn methode nou eenmaal', de egelstelling waarmee de dialoog wordt verbroken.

Er is in de cliënt-centered benadering echter veel meer kwaliteit en deskundigheid in huis, dan dat men zich in het werk zou moeten baseren op 'de buik'; evenmin hoeven we ons tegenover buitenstaanders in te graven op een verdedigingslinie van gevoelens en intuïties, als zouden die ons nopen te doen zoals we doen, te zijn wie we zijn, de cliënt te laten komen zoals hij wil komen, etc. Datgene wat er bij ons 'meer' is, wil ik aanduiden met de term 'logica'.

4. Buber en het proces-gerichte werk

Deze logica heeft betrekking op de aard van het proces-gerichte werk. Hierbij krijgt de implementatie van de methode een groter accent dan de methode zelf. We kunnen proces-gericht werk definiëren in termen van een principiële bereidheid bij de behandelaar om de implementatie van de gebruikte methode voortdurend te willen ijken aan kenmerken van het therapeutische proces zelf. De methode kan aldus voortdurend worden aangepast aan de hode. Maar het hoeft niet; de methode kan ook ongewijzigd worden voortgezet. Het ijken geeft echter de mogelijkheid om telkens van een voorgenomen traject af te wijken. In termen van de gebruikte metafoor: de vreemde stad ziet er in sommige stadsdelen zo anders uit dan we van onze plattegrond hadden begrepen, dat we liever ons er niet op blindstaren en bij de buurtbewoners zelf de weg gaan vragen.

De principiële bereidheid om bijzonderheden van het therapeutische proces voorrang te geven boven het houvast dat een methode ons biedt, is door Buber aldus beschreven:

"Bis [ein Psychotherapeut] in einem bestimmten Fall, in bestimmten Fällen über das, was er tut, erschrickt, weil ihn die Ahnung überkommt, daß, zumindest in solchen Fällen, aber letztlich vielleicht in allen, etwas ganz anderes von ihm gefordert ist, etwas der geläufigen Berufsökonomik Unangemessenes, ja die geregelte Berufsausübung zu gefährden Drohendes. Nämlich daß er zunächst den Fall aus der methodengerechten Versachlichung ziehe und selber, aus der in langer Lehre und Übung errungenen und durch sie verbürgten professionellen Überlegenheit tretend, in die elementare Situation zwischen einem anrufenden und einem angerufenen Menschen eingehe. In Wahrheit ruft der Abgrund nicht die zuverlässig funktionierende Aktionssicherheit, sondern den Abgrund an, das heißt, die unter den durch Lehre und Übung errichteten Strukturen verborgene, die selber vom Chaos umwitterte, selber mit den Dämonien vertraute, aber mit der demütigen Macht des Ringens und Überwindens begnadete und immer neu so zu ringen und zu überwinden bereite Selbstheit des Arztes. Aus dem Vernehmen dieses Anrufs bricht in dem exponiertesten der geistigen Berufe die Krisis seiner Paradoxie aus. Der Psychotherapeut wird, eben wenn und weil er Arzt ist, aus der Krisis in die Methodik zurückkehren in eine modifizierte Methodik, in der, von dem in solchen Begegnungen Erfahrenen aus, auch das Ungewohnte, das den herrschenden Denkungsweisen Widerstrebende und den stets erneuten personhaften Einsatz Heischende seinen Platz findet." (Buber, 1952, pp. 10-11)

Hier gaat het dus om een morele beslissing, om de moed en het lef te hebben om te constateren: 'ik kom er niet uit met wat ik heb geleerd en met hoe ik het gewend ben; ik zal iets nieuws moeten doen'. Een dergelijke constatering is nooit mogelijk *binnen* een bepaalde methode, als onderdeel van een geplande taak. Het is een hodisch aspect, een eigenschap van het therapeutische proces, dat gemakkelijk aan de aandacht van de behandelaar kan ontsnappen. Sterker nog, als crisis brengt het het risico met zich mee, dat de behandelaar er niet uit zal komen.

Precies dit risico, deze crisis, de onmogelijkheid om binnen een toegepaste methode het gebruik van die methode ter discussie te stellen: het zijn ingrediënten van de logica van het proces-gerichte werk, en daarmee van de client-centered therapie.

We hoeven zo niet te werken. We kunnen ook een methode omhelzen, bij voorkeur een die in het gedragslab leuke resultaten gaf bij een aanvaardbaar significantieniveau. We kunnen dan een crisis in ons handelen vermijden; en met een protocol in de hand staan we bovendien sterk bij een eventuele tuchtzaak. Daar gaat het nu niet om. Waar het om gaat is dat, als we de voorkeur geven aan proces-gericht werken, we een aantal goede redenen daarvoor kunnen geven die verder gaan dan 'dat het ons een goed gevoel geeft om het zo te doen'.

5. Een logica?

Er is in ons werk een logica die gemakkelijk miskend wordt, en die te gemakkelijk wordt begrepen, ook door de beoefenaren zelf, als een subjectieve, gevoelsmatige aangelegenheid. Deze logica heeft betrekking op de twee niveau's die hierboven zijn genoemd, de hode en de methode, en met name op de relatie tussen die beide.

Het therapeutische proces beweegt zich tussen de twee niveau's heen en weer. Op sommige momenten is er bereflecteerd interveniërend handelen, doelgericht manipulerend; op andere momenten wordt er gevolgd, geluisterd, gevoeld en ingeleefd. Methodisch en hodisch handelen zijn echter geen gelijksoortige bezigheden, zoals voorover zitten of achterover leunen in een gesprek. Ze zijn van een verschillend logisch niveau; ze onderscheiden zich door een verschil van reflexiviteit.

De relatie tussen hodes en methodes heeft een aantal logische eigenschappen. De eerste eigenschap is:

- a) **Tussen de niveau's van hode en methode vinden in proces-gericht werken voortdurend overgangen plaats. Deze beide overgangen van hode naar methode (en v.v.), maar ook andere proces-kenmerken van het methodische werk, kunnen achteraf als (deel van) een hode worden geordend**

In de eerste plaats is er de overgang van methode naar hode. Deze gaat gepaard met verlies van controle door de therapeut. De gebeurtenissen in het gesprek nemen een wending waardoor de therapeut niet meer zijn reeds beschikbare schema's, plannetjes of taakopvatting kan blijven gebruiken. Yalom(1993) geeft prachtige voorbeelden van dergelijke overgangen. Vanwege het verlies van controle is dit type overgang weinig geschikt voor ronkende rapportages door therapeuten van hun eigen functioneren. Alleen de dappersten¹ wijzen het aan in hun eigen werk (bijv. Spillius, 1992; Joseph, 1988). De methode gaat over in een hode. Nieuwe ervaringen kunnen worden opgedaan, maar het overzicht gaat verloren, en niet duidelijk is voor hoe lang.

In het algemeen geldt voor deze overgang: terwijl de therapeut bezig is een hem vertrouwde techniek toe te passen, gebeurt het dat het proces steeds minder loopt zoals het zou moeten lopen. De therapeut raakt daarbij langzaam het overzicht over de therapie kwijt, en raakt ingezogen in het verhaal van de cliënt. Dit nu is een deel van het therapeutische proces (hode), maar als zodanig geen deel van de methode die de therapeut tot dan toe bezig was toe te passen.

De andere overgang is die van hode naar methode. Deze gaat gepaard met winst van controle door de therapeut: gebeurtenissen en verhalen sluiten op elkaar aan; wat in de therapiekamer gebeurt lijkt op wat vroeger thuis gebeurde en op wat nu dagelijks met de chef op het werk gebeurt (cf. Malan, 1979). De therapeut die deze overeenkomsten herkent voelt zich gesterkt. Controle-winst wordt graag en veelvuldig gerapporteerd door therapeuten. De hode gaat over in een methode. De therapeut weet weer wat hem te doen staat.

Een voorbeeld van de overgang hode->methode: vanuit exploraties van passief gedrag van de cliënt, komt de therapeut met een beleidsplan en heeft snel succes bij het overtuigen van de cliënt van het nut ervan. De cliënt werkt goed mee, maar de beoogde resultaten laten op zich wachten. Ook dit is een proces dat als hode kan worden bestudeerd, los van de toegepaste methode: de therapeut heeft zich hier laten brengen tot een omgangsvorm met de cliënt, waarin deze zich te gemakkelijk heeft laten bepalen.

1. Het lijkt erop dat vrouwelijke therapeuten in deze openhartiger zijn dan mannelijke.

De tweede logische eigenschap van de relatie tussen hodes en methodes is:

- b) **een hode kan achteraf worden herkend en worden gebruikt om een toegepaste methode (meer of minder) aan te passen**

Gegeven een therapeutisch proces, dan kan de therapeut op elk moment tot een ordening komen van het afgelegde traject. Zo'n ordening kan een inzicht bieden met methodische implicaties. In termen van bovenstaande voorbeelden: wanneer de therapeut beseft dat hij zich heeft laten inzuigen in het verhaal van de cliënt (of, omgekeerd, dat hij de cliënt te gemakkelijk heeft geduwd in de richting van een bepaald behandelplan), dan kan hij deze ervaringen als een hode ordenen, en zelfs gaan beseffen dat dit ook hetgeen was dat moest gebeuren wilde hij de cliënt echt kunnen bereiken. De therapeut kan dan bijv. samen met de cliënt onderzoeken welke overeenkomsten er zijn tussen de therapeutische interactie en andere gebeurtenissen in het leven van de cliënt. Een dergelijk onderzoek is een methodisch gebruik van beider ervaringen. De methode benut dan, achteraf, het hodische proces binnen een nieuw kader.

Wanneer een hode begint en ophoudt is echter onduidelijk: de ordeningen die achteraf mogelijk blijken, zijn dat van tevoren nog niet. Evenzo is het verloop van een methode pas achteraf in procestermen te ordenen. Welke methode precies gebruikt is door de therapeut, lijkt dan pas achteraf te bepalen. Niet omdat de therapeut geen plan of methode, diagnose of doelstelling had bij aanvang (dat hebben sommigen ook niet, maar daarover niet nu), maar omdat naderhand het verloop van de therapie (autonoom!!") zodanig blijkt te zijn geweest dat de aanvankelijke concepten hernomen moesten worden. (Bijvoorbeeld: een paniekstoornis bij een adolescent blijkt een probleem van loskomen van de ouders te zijn; een proces, bedoeld als gedragsoefening, blijkt zich te ontwikkelen als exploratie van gevoelens). Het ontstaan en beschikbaar komen van ordenende inzichten en methodische mogelijkheden is op zich een niet te plannen of te voorspellen hodisch aspect. Als ze zich voordoen, dan zijn het emergente eigenschappen van een onderzoekstraject².

De derde eigenschap is:

- c) **Er geen super-methode of super-techniek om van een hode een methode te maken**

Het herkennen van een hode die methodisch kan worden benut, is therapeutisch gezien een vondst. Het is niet mogelijk om een soort 'zoekmachine' te maken, die zulke vondsten garandeert. Anders gezegd: het is mogelijk dat we in een therapie blijven dwalen, op zoek naar de juiste aanpak, het juiste behandelplan, het juiste idee. Hoewel een therapeut uiteraard zal trachten dit schrikbeeld te voorkomen, is het wezenlijke punt dat er geen methode bestaat waarmee kenmerken van het therapeutische proces kunnen worden omgezet in een therapeutische methode.

Er is geen waterdichte truc om een hode tot een methode om te bouwen, of bij een lopende methode in te passen. Dit is inherent aan procesgericht werken. Is dit een intrinsieke zwakte, het faillissement, de achilleshiel waar de gedragstechnologen ons op zullen afrekenen? Nee, het is een elementair principe dat in de logica uitvoerig is onderzocht sinds Gödel en Turing³. Het betekent juist dat het niet mogelijk is om voor elk probleem een behandelmethode te vinden.

Ook de gedragstechnologen, die juist prat gaan op hun arsenaal aan behandeltechnieken, moeten erkennen (en doen dat ook) dat de technieken gemaakt zijn voor specifieke goed gedefinieerde klachten. Er zijn geen onderzoeksdesigns voor onduidelijke en niet-

2. Deze opvatting zal men tevergeefs zoeken in de officiële toelichting bij NWO-onderzoeksaanvraagformulieren.

3. zie bijv. Chaitin, 1994: er is geen algoritme mogelijk om de formele beslisbaarheid van een gegeven algoritme te bepalen.

geselecteerde klachten, voor vage verhalen en voor complicerende omstandigheden. Want daarmee kunnen methodes niet op hun merites worden beoordeeld. Deze merites mogen wij niet miskennen! We mogen er dankbaar gebruik van maken, en we hoeven ons er niet te goed voor te voelen. Maar als we ervan afwijken, dan moet duidelijk zijn dat we dat doen omdat de vormgeving en implementatie van een methode, als hodisch aspect, meer aandacht vraagt dan de methode zelf. En we kunnen het doen, omdat we ons niet door methodische verbodsbepalingen laten weerhouden van dergelijke aandacht voor het feitelijke proces.

Dit brengt ons op een vierde logische eigenschap:

- d) **In het therapeutische proces ontstaat zelf-verwijzing, wanneer het hodische proces om van een hode tot een methode te komen, wordt geactualiseerd**

Dit is eigenlijk een consequentie van de drie vorige eigenschappen. Het proces van overgang van hode naar methode is zelf als hode te bestuderen door te therapeut, en kan vervolgens evenzeer methodisch worden benut. Hierdoor convergeren hodes van diverse logische typen. Het therapeutische proces krijgt zo kenmerken van zelf-verwijzing: het oriënteert zich in zijn voortgang mede op de wijze waarop het proces zelf, tot en met het actuele moment, verloopt⁴. In termen van onze plattegrond: het gelopen traject is een hode, maar ook het openvouwen van de plattegrond, het turen, het vragen van de weg, het dichtvouwen van de kaart. Hier eindigt de metafoor van de plattegrond. We bevinden ons niet in een stad, maar in een gesprek. Onderwerp van het gesprek is het probleem, en vervolgens elk hodisch aspect van het gesprek, dat de aandacht van de cliënt of van de therapeut krijgt. Ook de wijze waarop een hodisch aspect door de therapeut methodisch wordt opgepakt, is zelf een hode die methodisch kan worden opgepakt. Het 'oppakken' zelf, als actueel proces, stijgt daarmee uit boven het niveau van gedrags-variabelen en therapeut-eigenschappen, waar de client-centered therapie zich doorgaans zo moeizaam in laat vangen.

6. Ten slotte

Het is niet vanzelfsprekend dat een gegeven hulpvraag, een verhaal of een klacht van een cliënt, zo goed kan worden ingepast in een methodisch kader, dat we ons over dat kader vervolgens geen zorgen meer hoeven te maken. Juist omdat we niet zeker kunnen zijn van de geschiktheid van een gekozen methode, juist omdat we deze geschiktheid niet kunnen garanderen op basis van een beginmeting⁵, nemen we in proces-gericht werk de moeite om

4. zie Goudsmit (1998)

5. Interessant in dit verband is een ontwikkeling in de fysica, die zich 'physics of becoming' noemt, en die zware argumenten in stelling brengt tegen het klassieke onderscheid tussen begincondities enerzijds en causale ontwikkeling anderzijds. Zo ontwikkelt Matsuno (1989) het begrip 'interne meting', juist om een proces dat in voortdurende verandering is te kunnen beschrijven zonder beroep te hoeven doen op concepten die daarvoor te rigide zijn, zoals 'toestand' en 'toestandstransitie'. Zie voor een gedachtenwisseling tussen Matsuno en Gendlin op de website van eerstgenoemde: <http://bio.nagaokaut.ac.jp/~matsuno/title.html>. De processen die zich voltrekken op het raakvlak tussen een meetinstrument en het object van meting heeft in de fysica geleid tot een sterk toegenomen belangstelling voor systemen waarin metingen onderdeel zijn van een continu veranderproces (zie ook bijv. Rössler, 1998; Diebner, Druckrey & Weibel, 2001). Aldus zien we binnen de natuurkunde een ontwikkeling opbloeien waarvan het analogon binnen de menswetenschappen tegelijkertijd met

deze geschiktheid te blijven controleren, en de methode aan te passen waar ons dat nodig lijkt, en wanneer we daartoe mogelijkheden zien. We hebben als therapeut de keuzemogelijkheid om de implementatie (van een methode) zelf als ambacht te beoefenen. Net als een vioolbouwer beoordelen we dan de geschiktheid van het materiaal voor een beoogde bewerking, en passen deze desgewenst aan. De client-centered werkwijze is evenzo een manier om voortdurend de gehanteerde methode te hernemen, in plaats van zich eraan te hechten. Als we ons voor zo'n handelwijze willen verantwoorden in termen van onze subjectieve intuïties, dan raken we onnodig in een egestelling.

Literatuur

- Buber, M., "Vorwort", in: H. Trüb, *Heilung aus der Begegnung. Ein Auseinandersetzung mit der Psychologie C.G. Jungs*. Stuttgart: Klett, 1952.
- Chaitin, G.J., "Randomness in arithmetic and the decline and fall of reductionism in pure mathematics", in: J.L. Casti, A. Karlqvist (eds.), *Cooperation and conflict in general evolutionary processes*. New York: Wiley, 1994.
- Diebner, H.H., T. Druckrey, P. Weibel (eds.), *Sciences of the interface*. Tübingen: Genista Verlag, 2001.
- Goudsmit, A.L., *Towards a negative understanding of psychotherapy*. Groningen: Academisch Proefschrift, 1998. Beschikbaar via:
<http://www.ub.rug.nl/eldoc/dis/ppsw/a.l.goudsmit>
- Joseph, B., "Projective identification - some clinical aspects", in: E. Bott Spillius (ed.), *Melanie Klein today. Developments in theory and practice. Volume 1: mainly theory*. London/New York: Routledge, 1988.
- Malan, D., *Individual psychotherapy and the science of psychodynamics*. London: Butterworths, 1979.
- Matsuno, K., *Protobiology: physical basis of biology*. Boca Raton, Florida: CRC Press, 1989.
- Rössler, O.E., *Endophysics. The world as an interface*. Singapore, etc.: World Scientific, 1998.
- Spillius, E. Bott, "Clinical experiences of projective identification", in: R. Anderson (ed.), *Clinical lectures on Klein and Bion*. London/New York: Tavistock/Routledge, 1992.
- Spinhoven, Ph., "Wetenschap - Idolen van de klinisch psycholoog", *De Psycholoog*, **35** (4), 2000, 160-166.
- Yalom, I.D., *When Nietzsche wept*. New York: Harper Perennial, 1993.

dr A.L. Goudsmit is psychotherapeut in eigen praktijk, en als docent verbonden aan de Huisartsopleiding van de Universiteit Maastricht (Postbus 616, 6200 MD Maastricht; goudsmit@mailbox.unimaas.nl)

veel succes bestreden wordt door experimentalisten die nog uitgaan van het wereldbeeld van de klassieke fysica, waarin 'meten=weten' een hoofdrol speelt.