

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Empirisch onderbouwde therapie en therapist drift¹

GLENN WALLER

Samenvatting

Cognitieve gedragstherapie (CGT) heeft een brede empirische basis. Dit ondersteunt haar positie als empirisch onderbouwde behandelmethode bij uitstek voor de meeste psychische stoornissen. Toch hebben veel therapeuten het gevoel dat deze therapie niet de juiste is voor hun patiënten, en dat ze niet effectief is in het echte leven (hoewel het tegendeel bewezen is). Dit artikel gaat in op het aandeel dat wij als therapeut hebben bij het misgaan van CGT. Het feit dat therapeuten er niet goed in zijn om het volledige scala aan CGT-onderdelen in te zetten dat nodig is voor een effectieve therapie, in het bijzonder het onderdeel van gedragsverandering, wordt nader beschouwd. *Therapist drift* is een algemeen voorkomend verschijnsel waarbij de therapeut veelal van een 'doe-therapie' naar een 'praat-therapie' afglijdt. De neiging om de essentiële onderdelen uit het oog te verliezen zou ontstaan door onze cognitieve distorsies, emotionele reacties en het gebruiken van veiligheidsgedrag. Aan de hand van een aantal cases worden veelvoorkomende fouten uit de klinische praktijk besproken die een belemmering vormen voor CGT (en die de toestand van de patiënt eerder verergeren dan verbeteren). Er wordt nader ingegaan op de achterliggende principes van de cases en op oplossingen die ons weer terugvoeren naar de kernonderdelen van CGT.

Trefwoorden: cognitieve gedragstherapie, empirisch onderbouwde therapie, vasthouden aan de therapie, therapist drift.

1 Dit artikel verscheen oorspronkelijk in de Engelse taal in *Behavior Research and Therapy* (2009), 47(2). Glenn Waller, Evidence-based treatment and therapist drift, 119-127. Opgenomen met toestemming van Elsevier.

INLEIDING

.....

Van alle psychotherapeutische behandelmethoden is cognitieve gedragstherapie (CGT) empirisch het best onderbouwd (zie onder meer Roth & Foa, 1996). De methode is zeer succesvol toegepast bij diverse psychische stoornissen in onderzoeksomgevingen (zie onder meer Borkovec & Ruscio, 2001; Dimidjian et al., 2006). De resultaten uit onderzoeksprojecten zijn soms beter dan wanneer dezelfde toepassingen in klinische omgevingen worden ingezet (Kehle, 2008; Quarmby, Rimes, Deale, Wessely, & Chalder, 2007), mogelijk doordat er bij onderzoeksprojecten een grotere mate van controle is over variabelen zoals patiëntselectie. Toch is er niet overal sprake van betere resultaten en ook is er solide bewijs voor vergelijkbare responscijfers bij gebruik van CGT in niet-onderzoeksomgevingen (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt, & Foa, 2000; Ghaderi, 2006; Lincoln et al., 2003; Persons, Bostram, & Bertagnolli, 1999; Persons, Roberts, Zalecki, & Brechwald, 2006; Stuart, Treat, & Wade, 2000).

Hoewel de inhoud van CGT varieert voor de verschillende psychische stoornissen, zijn de twee kernonderdelen ervan constant: cognitieve uitdagingen en gedragsverandering (in het bijzonder gedragsactivatie, vaardigheidstraining, *exposure* (blootstelling) en gedragsexperimenten). Beide onderdelen kunnen voor zowel patiënt als therapeut stressvol zijn. De ervaren stressoren (de eisen van de therapeutische opdracht) en de ervaren copingmiddelen kunnen voor alle twee uit balans zijn. Onder de noodzakelijke copingmiddelen vallen voor de patiënt waarschijnlijk ook de veerkracht om met veranderingen om te gaan, en het beschikken over de tijd en energie die nodig zijn om de veranderingen te bewerkstelligen. Voor ons als therapeut vormen onze klinische vaardigheden de voornaamste copingmiddelen. Als gevolg van de potentiële stress raken veel patiënten en therapeuten uit koers.

Een indicatie dat van het behandelplan wordt afgeweken is de aanwezigheid van therapie-interfererend gedrag bij patiënten, zoals het onvermogen om essentiële therapie-opdrachten uit te voeren, geen prioriteit geven aan de sessies bij de therapeut, enzovoort (Linehan, 1993). Niettemin is niet alle therapie-interfererend gedrag aan de patiënt toe te schrijven. Ook therapeuten kunnen zich zodanig gedragen dat een effectieve CGT minder waarschijnlijk wordt.

Thompson-Brenner en Westen (2005) bijvoorbeeld vonden aanwijzingen dat therapeuten afdwaalden van empirisch onderbouwde therapieën. Psychodynamische therapeuten hebben de neiging zich meer op het gedrag te richten wanneer ze worden geconfronteerd met een complex geval (gedefinieerd door het desbetreffende persoonlijkheidstype), en CGT-therapeuten neigen in zulke gevallen naar meer psychodynamische methoden. Deze verandering doet zich voor zonder dat er enige aanwijzing is dat de pathologie in kwestie om een andere therapie-aanpak vraagt. Het zou wrang zijn als het gedrag van

een patiënt die van aanpak verandert, therapie-interfererend wordt genoemd en gebaseerd op een permissieve cognitie (bijvoorbeeld ‘Het is niet erg als ik geen huiswerk maak’), en het gedrag van een therapeut die van aanpak verandert, als een teken van ‘creatief omgaan’ met de therapie. Een belangrijk onderdeel van CGT is dat de patiënt leert zijn eigen therapeut te worden. Derhalve is het essentieel dat we die rol op de juiste manier gestalte geven en niet de boodschap uitdragen dat de moeilijke onderdelen van CGT facultatieve extra mogelijkheden zijn. Het doel van dit artikel is te bekijken wat er gebeurt wanneer wij, therapeuten, uit koers raken, waarom het gebeurt, en welke prijs de patiënt en de therapeut daarvoor betalen.

EEN ONGEMAKKELIJK FEIT: THERAPIST DRIFT

.....

Zelfs de meest verstokte aanhanger van cognitieve gedragstherapie moet toegeven dat niet alle patiënten beter worden, ook niet met CGT. Het is belangrijk om te bezien waar deze mislukte therapiebehandelingen aan worden toegeschreven. Het klinische taalgebruik doet vermoeden dat deze mislukkingen vaak worden gezien als patiëntgerelateerd (uitgedrukt in bijvoorbeeld termen als ‘uitval’, ‘onvermogen zich te committeren’, of ‘niet toe aan behandeling’). Daarnaast erkennen therapeuten en onderzoekers dat er problemen zijn met de behandelmethoden. CGT is zeker niet altijd effectief, ook niet wanneer ze door zeer ervaren therapeuten strikt wordt toegepast.

Naast een juiste toepassing van CGT-technieken is het van essentieel belang dat patiënt en therapeut een effectieve werkrelatie hebben — een doel dat binnen CGT mogelijk wordt gemaakt door de patiënt een echte kans op verbetering en herstel te geven. Binnen deze relatie moet er niet alleen sprake zijn van empathie, maar ook van samenwerking, aangezien CGT niet iets is wat de patiënt kan worden ‘toegebracht’. Een nuttig uitgangspunt voor deze samenwerking is dat therapeuten zichzelf zien als coaches die patiënten leren hun eigen therapeut te worden. Op die manier is het mogelijk therapie te veranderen van iets wat de patiënt 1 uur per week doet in iets wat hij 168 uur per week kan doen (Waller et al., 2007). Als we op die manier te werk gaan is het essentieel dat we open en eerlijk zijn (door bijvoorbeeld alle bijzonderheden te geven over behandelmogelijkheden, evenals de ervaringen met elk van deze mogelijkheden). De werkrelatie moet ook niet-oordelend zijn; de taken om iemand te laten veranderen worden uitgevoerd zonder dat de therapeut of de patiënt de schuld krijgt wanneer vorderingen niet gladjes verlopen. De benadering van Linehan (1993) om te werken met therapie-interfererend gedrag kan hierbij goed gebruikt worden, aangezien die de nadruk legt op het oplossen van problemen in een coöperatieve in plaats van in een beschuldigende sfeer. Ook moeten we het er met onze patiënten over eens zijn dat de therapeut er niet is om de patiënt te ‘beschermen’ tegen de eisen van therapie. Die ‘bescherming’ kan zich gemakkelijk voordoen wanneer

de therapeut zijn werk ziet als het vermijden van alle pijn voor de patiënt. De patiënt moet er al vanaf de beoordeling en formulering van zijn geval bewust van worden gemaakt dat de weg naar een meer adaptieve wijze van functioneren op de korte termijn onvermijdelijk zwaar zal zijn (er kan bijvoorbeeld angst ontstaan bij het afleren van maladaptief veiligheidsgedrag).

Tot slot hangt het er ook van af of CGT plaatsvindt binnen een instelling waar behandelmethoden gebruikt worden die zowel empirisch onderbouwd zijn (*evidence-based*) als empirische onderbouwing genereren (*evidence generating*), waarbij de therapeut aan beide onderdelen bijdraagt. Het is niet altijd eenvoudig om dit te realiseren, aangezien instellingen zo'n benadering niet altijd steunen. Als therapeut moeten we dan ook werken in situaties waarin financiering verzekerd is én waarin we een uitstekende behandeling faciliteren.

Maar hoe zit het dan als de problemen in de toepassing van CGT niet met de patiënt of de therapie te maken hebben? Is het mogelijk dat de therapeut er actief aan meewerkt dat de therapie fout loopt, door te laten gebeuren dat er van de therapie wordt afgeweken? Er bestaat geen twijfel over dat dit gebeurt. Brosan, Reynolds en Moore (2007) hebben bijvoorbeeld laten zien dat therapeuten die een aanvullende CGT-training hebben gehad betere therapie leveren dan therapeuten die niet op dat niveau zijn getraind, en dat zelfs befaamde cognitieve gedragstherapeuten vaak onder een erkend aanvaardbaar niveau van vakbekwaamheid in CGT presteren.

Dezelfde auteurs hebben ook laten zien dat CGT-beoefenaars hun vermogen om CGT vakkundig toe te passen overschatten. Alle CGT-therapeuten hebben de neiging het eigen kunnen te overschatten, maar dit doet zich vooral voor als therapeuten minder ervaring hebben (Brosan, Reynolds & Moore, 2008). Therapist drift ontstaat vaak als reactie op een acute crisis in de therapie. Wanneer zulke crises plaatsvinden, slaagt de therapeut er vaak niet in de algehele therapievoortgang te plannen (bijvoorbeeld Schulte & Eifert, 2002). Het is duidelijk dat CGT-therapeuten op dat moment de doelstelling uit het oog verliezen (hoewel in mindere mate als ze meer ervaring hebben), en dat gebeurt zonder dat er een scenario is om het acute probleem aan te pakken en de oorspronkelijke behandeling te hervatten.

In de klinische praktijk worden essentiële onderdelen van CGT vaak niet gebruikt (zie onder anderen Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Tobin, Banker, Weisberg & Bowers, 2007). Zelfs als we van plan zijn met CGT te werken en de patiënt laten weten dat hij CGT krijgt, is dat geen garantie dat dit daadwerkelijk gebeurt. Zo laten Stobie, Taylor, Quigley, Ewing & Salkovskis (2007) zien dat patiënten die te horen hebben gekregen dat hun behandeling uit CGT bestond, niet werden blootgesteld aan de essentiële onderdelen van deze benadering (Stobie et al., 2007). Daarnaast is er een wisselwerking tussen het gedrag van de therapeut en de aard van de patiënt. Dit voorspelt het resultaat van de behandeling. Het vasthouden door de therapeut aan behandelprotocollen mag bijvoorbeeld niet zo relevant zijn voor het resultaat van CGT als het om goed gemotiveerde patiënten gaat, maar bij patiënten

met een paniekstoornis die weinig gemotiveerd zijn, voorspelt het niet vasthouden aan behandelprotocollen een mager resultaat (Huppert, Barlow, Gorman, Shear & Woods, 2006).

Kortom, onderzoek wijst uit dat therapeuten de kans kunnen vergroten dat een behandeling mislukt, al is dat niet het beoogde resultaat. Het is belangrijk in gedachten te houden dat de acties van de overgrote meerderheid van therapeuten goedbedoeld zijn. Toch zijn het juist goede bedoelingen die problemen kunnen veroorzaken. Kort gezegd: therapie-interfererend gedrag kan net zo goed van de therapeut als van de patiënt komen. Dit is iets wat meestal wel duidelijk is. Daarnaast moeten we echter ook beseffen dat het niet zozeer zo is dat deze klinische acties van de therapeut niet baten, maar dat ze de problemen van de patiënt juist kunnen bestendigen of verergeren. Een onjuiste of inadequate toepassing van CGT blijft niet zonder gevolgen. Er wordt een duidelijke prijs voor betaald, waaronder verspilde tijd en moeite van de therapeut en de patiënt. Maar er is zelfs een hogere prijs: veel van deze acties verergeren de problemen van de patiënt, verminderen het vertrouwen in herstel en maken het de patiënt nog moeilijker om te herstellen. Therapist drift is dus verre van onschadelijk, want het schip van de therapeut kan op de klippen lopen, met daarin de meegevoerde patiënt.

DE PSYCHOLOGIE VAN THERAPIST DRIFT

.....

Afwijken van de methode is niet de enige fout die de therapeut kan begaan. Er bestaan veel andere fouten, die hier verder niet behandeld worden. Dit artikel handelt bijvoorbeeld niet over misbruik van patiënten, hoewel er meer dan genoeg bewijs is dat dit voorkomt en dat het negatieve gevolgen voor de patiënt heeft (zie bijvoorbeeld Jehu, 1994). Ook gaat het niet over struikelblokken die weliswaar onvermijdelijk zijn, maar die overkomen kunnen worden wanneer er sprake is van een goede relatie tussen patiënt en therapeut (bijvoorbeeld problemen om de patiënt te betrekken bij de therapie doordat de naam van de therapeut lijkt op die van een vroegere partner of persoon door wie patiënt misbruikt is). De stelling van dit artikel is dat wij, therapeuten, er onbedoeld vaak actief aan meewerken dat een behandeling mislukt. We creëren onze eigen struikelblokken (in plaats van gewoon over al bestaande struikelblokken heen te stappen). Er zijn drie elementen betrokken bij deze manier van actief fouten maken: cognities, emoties en gedrag van de therapeut. Deze worden hieronder uitgewerkt, waarna er concrete voorbeelden volgen.

Cognities van de therapeut

Therapeuten zijn ook mensen, en derhalve net zo geneigd tot cognitieve vooroordelen en distorsies als patiënten (gewoonlijk wel positiever van aard en meer op het eigenbelang gericht). Ons gedrag weerspiegelt onze eigen vervormde manier van denken. Ten eerste is de kans groot dat we door ons patroon van fundamentele attributiebias het mislukken van een behandeling aan zaken buiten onszelf toeschrijven. Hierdoor is er een disproportioneel grote kans dat we het mislukken van CGT toeschrijven aan oorzaken die patiënt- of therapiegerelateerd zijn, en zien we over het hoofd dat de therapeut vaak duidelijk actief meewerkt aan de mislukking. Deze positieve attributiebias van de therapeut kan nog versterkt worden door de neiging van patiënten tot zelfverwijt, waardoor de kans nog kleiner wordt dat we naar onze eigen rol kijken in het mislukken van de behandeling. Kortom, het is belangrijk dat we onze attributiebias nader bezien om een evenwichtiger visie op het behandelresultaat te ontwikkelen. Zoals patiënten een belangrijke rol hebben in het slagen van de behandeling, zo hebben therapeuten een belangrijke rol in het mislukken van de behandeling.

Een andere factor vormen de schema's van therapeuten. Zowel Beck (1996) als Teasdale (1996) wijst erop dat mensen manieren van denken gebruiken die passen bij de rol die ze op dat moment hebben. Zoals met alle schema's, leiden overtuigingen van een therapeut tot vooronderstellingen over wat zou moeten werken in therapie. Ook staat de therapeut door zijn schema's onwillig tegenover aanwijzingen die aangeven in hoeverre de therapie daadwerkelijk werkt. Veel therapeuten nemen bijvoorbeeld van tevoren aan dat een patiënt gemotiveerd is om te veranderen of kan worden gemotiveerd om te veranderen. Ze zijn geneigd naar aanwijzingen te zoeken die deze overtuiging staven (de patiënt zegt bijvoorbeeld dat hij vastbesloten is te veranderen) en negeren aanwijzingen dat dit niet het geval is (de patiënt verschijnt niet of heeft het huiswerk niet gemaakt). Zo heeft Geller (2002) aangetoond dat noch de therapeut, noch de patiënt de motivatie van de patiënt om werkelijk verandering te bewerkstelligen goed kan beoordelen. Neutrale waarnemers daarentegen (die niet gebonden waren aan het idee van herstel) waren wel in staat de motivatie te beoordelen, op dusdanige wijze dat de klinische verandering voorspeld kon worden. Zonder supervisie en duidelijke monitoring van de verandering is het moeilijk een beeld te krijgen van de discrepantie tussen de schema's van de therapeut en de gegevens over daadwerkelijke therapeutische vorderingen.

Ook andere cognitieve patronen spelen een rol bij therapist drift. Zo kan het verwerken van informatie plaatsvinden via zwart-witdenken. Therapeuten zien het slagen van een therapie bijvoorbeeld vaak in termen van een beperkt aantal gegevens (bijvoorbeeld verbeterde kwaliteit van leven), terwijl veronachtzaamd of genegeerd wordt dat de patiënt nog veel belang-

rijke symptomen vertoont. Onderzoekers maken zich vaak schuldig aan een soortgelijk vooroordeel, maar dan in omgekeerde richting (waarbij resultaat wordt gedefinieerd in termen van symptoomverlichting en aan kwaliteit van leven geen aandacht wordt geschonken). Ook permissieve cognities spelen een rol: we gaan ervan uit dat ons onvermogen om op koers te blijven 'deze keer' niet erg is en vergeten dat afdwalingen uitmonden in een patroon van onvermogen om therapie te geven. Tot slot zijn we geneigd tot magisch denken. Het belang van het veranderen van een 'matige' depressie in een 'lichte' depressie is bijvoorbeeld minimaal, aangezien het slechts enkele punten verschil oplevert op de desbetreffende schaal, maar toch is de therapeut gefocust op die verandering van categorie. Hoewel er meer cognitieve distorsies zijn die een rol kunnen spelen, is het ook belangrijk om naar de emotionele correlaten en gedragscorrelaten van deze manieren van denken te kijken.

Emoties van de therapeut

Emotionele reacties van de therapeut bij het uitoefenen van therapie zijn begrijpelijk, maar kunnen even problematisch zijn als cognitieve processen. Bij deze reacties kan het gaan om bezorgdheid of we het wel goed doen, angst voor een slechte beoordeling, schaamte bij de gedachte slecht te hebben gepresteerd, schuldgevoel en spanning. Op zich kan elk van deze reacties nuttig zijn omdat ze de therapeut motiveren betere vaardigheden te ontwikkelen en tot betere prestaties te komen, maar ze kunnen er ook toe leiden dat de therapeut gaat reageren op een manier die niet zo nuttig is voor de patiënt (bij supervisie bijvoorbeeld vermijden om cases te bespreken; onvermogen om alle opties op gelijke wijze te beoordelen; blij zijn met relatief kleine of toevallige veranderingen in de toestand van de patiënt). We moeten voorzichtig zijn met ons oordeel over onze prestaties, zodat we onze emoties kunnen gebruiken om te verbeteren (in plaats van ons erdoor te laten misleiden).

Gedrag van de therapeut

Een therapeut loopt altijd het risico dat door zijn gedrag de gezondheid van de patiënt onbedoeld verslechtert. Soms hebben de omstandigheden waaronder de therapeut werkt effect op zijn gedrag. Soms gaat het om veiligheidsgedrag van de therapeut. Beide mogelijkheden moeten in ogenschouw worden genomen om te bepalen welke invloed de therapeut heeft op de therapieresultaten.

Door omstandigheden veroorzaakt gedrag

Hoe goed we het als therapeut ook bedoelen, we moeten erop bedacht zijn dat we onszelf niet in een positie manoeuvreren waarin we ons werk niet

op optimale wijze kunnen doen. De kans hierop is vooral groot wanneer een therapeut moe of ziek is. Toch is het voor therapeuten heel gebruikelijk om op een niveau te werken dat in feite niet te handhaven is. Dit kan therapeuten worden aangerekend: ze proberen zich te houden aan excessieve, van buitenaf opgelegde aantallen behandelafspraken; ze hebben te veel patiënten teneinde hoge inkomsten te garanderen; of ze zien zichzelf als de enige die een patiënt kan helpen, al hebben ze al een grote patiëntenlast (de therapeut geeft bijvoorbeeld toe aan eigen overtuigingen over unieke eigen vaardigheden, of geeft toe aan verzoeken van patiënten of collega's). Door vermoeidheid en stress bij de therapeut is er minder tijd en energie voor de benodigde planning, en vermindert de flexibiliteit van de therapeut tijdens de sessie zelf. Bij mensen die op deze manier onder druk staan is de kans ook kleiner dat ze een training volgen die nodig is om hun vaardigheden op peil te houden en te ontwikkelen. Onder dergelijke omstandigheden is therapist drift onvermijdelijk, tijdens sessies in de loop van de behandeling van een patiënt, maar ook binnen de persoonlijke carrière van de therapeut. Om het risico hierop uit te sluiten moeten de tijd voor de klinische praktijk, de tijd om vaardigheden op peil te houden en te ontwikkelen, en de tijd om te reflecteren over de *caseload* (zowel intern als met supervisie) met elkaar in balans zijn. Een doeltreffende therapeut zorgt actief voor doelmatige werk-omstandigheden (vooral caseloads, systematische supervisie, en passende ontwikkeling van vaardigheden).

Veiligheidsgedrag van de therapeut

Het grootste probleem bij het toepassen van CGT is dat veel therapeuten er niet in slagen om gedragsverandering af te dwingen (bijvoorbeeld exposure, gedragsactivatie, inzet van vaardigheden, gedragsexperimenten), ondanks bewijs dat ze tot de krachtigste instrumenten van de behandelmethodes behoren (zie onder anderen Bennett-Levy, 2003; Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996). Het onvermogen deze elementen te implementeren wordt duidelijk aangetoond in het werk van Becker et al. (2004). Zij lieten zien dat methoden voor de posttraumatische stressstoornis die gebaseerd zijn op de exposuretechniek (methoden die duidelijk empirisch onderbouwd zijn) niet algemeen bekend zijn bij therapeuten die met deze stoornis werken, en door slechts een kleine minderheid van therapeuten gebruikt worden (ook als ze bekend zijn met de empirische onderbouwing). Het onvermogen om gedragsverandering af te dwingen, hoewel technieken en resultaten bekend zijn, kan worden gezien als het resultaat van veiligheidsgedrag van de therapeut. We zien het als onze taak om de gezondheid van de patiënt te verbeteren, en dit is moeilijk te verenigen met de ervaring dat de angst van de patiënt tijdens het gebruik van gedragsmethoden toeneemt. Daardoor trachten veel therapeuten directe pijn bij de patiënt te verminderen of te vermijden (en dus hun eigen angst of ze wel het juiste doen) door 'aardig' te

zijn tegen de patiënt. Niettemin houdt deze kortetermijnstrategie in dat we er niet op aandringen dat essentiële therapietaken worden uitgevoerd, wat leidt tot langdurige therapeutische stilstand.

Samenvatting

Fouten zijn onvermijdelijk en ze zijn te verwachten. Het gaat erom de fouten te zien en er op de juiste manier op te reageren. Regelmatige, eerlijke en in nauwe samenwerking plaatsvindende supervisie is duidelijk een essentieel onderdeel van de klinische praktijk om de behandeling in het juiste spoor te houden. Toch vindt therapist drift plaats en kent deze diverse oorzaken, die liggen in cognities, emoties en gedrag. Het sleutelement dat therapeutische vooruitgang in de weg staat is dat de therapeut vermijdt om gedragsverandering af te dwingen — de meest stressvolle, maar ook de meest effectieve techniek van het hele instrumentarium. Het vermijden hiervan is een vorm van veiligheidsgedrag van de therapeut, waarbij zijn zorg op de korte termijn weliswaar minder wordt maar waarbij er geen invloed is op de conditie van de patiënt of deze zelfs verslechtert. Hierna volgen enkele veelvoorkomende voorbeelden van therapist drift in de klinische praktijk, om te verduidelijken hoe deze fouten kunnen worden herkend en voorkomen.

WANNEER THERAPEUTEN AFDWALEN: HOE DE TOESTAND VAN DE PATIËNT VERERGERD WORDT, EN WAT ER BETER GEDAAN KAN WORDEN

De volgende voorbeelden laten zien in welke valkuilen de therapeut kan stappen.² Gewoonlijk gaat het om: onvermogen om socratisch te werk te gaan; zich laten leiden door de eigen vervormde gedachten en emoties en toelaten dat gedragsverandering van de agenda verdwijnt. Het is belangrijk hierbij te bedenken dat er voor deze therapeutische fouten een 'prijs' wordt betaald: ze verergeren actief de psychopathologie. De kans dat een patiënt die al eerder een behandeling heeft gehad die werd aangemerkt als CGT de essentiële taken van de therapie uitvoert (bijvoorbeeld huiswerk maken) is minder groot als zijn vorige therapeut de patiënt in feite heeft verzekerd dat deze taken niet nodig waren (door er bijvoorbeeld niet op te staan dat het huiswerk werd gemaakt als de patiënt zich hiertegen verzette).

De volgende voorbeelden worden alle beschreven in de klinische context. Het principe achter het probleem wordt bekeken om te bezien welke rol het gedrag van de therapeut speelt en hoe dit gedrag het probleem kan vergroten. Tot slot worden mogelijke oplossingen aangedragen die meer de nadruk leggen op de acties van de therapeut dan op die van de patiënt of op de therapie op zich. Het is belangrijk in gedachten te houden dat dit losse voorbeelden

2 Om redenen van privacy zijn bij alle cases namen e.d. veranderd.

zijn en geen uitputtende lijst. Therapeuten kunnen zelf ook andere gevallen bedenken waarin de cognities, emoties en het gedrag van de therapeut de CGT van de patiënt verstoren. Het gaat erom na te denken over de toepassing van de besproken principes, met als doel in die andere gevallen met oplossingen te komen.

De aandacht richten op acute crises

Het is niet verbazend dat patiënten met psychische problemen stressoren ervaren en problemen hebben met coping (hoewel het minder duidelijk is of de urgentie en het belang van deze stressoren altijd met elkaar verbonden zijn). De meeste therapeuten zullen de situatie herkennen dat patiënten een sessie beginnen met een crisis die ze boven aan de agenda willen zetten.

Voorbeeld

Robert was een patiënt die naar de therapeut was verwezen vanwege problemen met het omgaan met boosheid en daaruit voortvloeiende gewelddadige uitbarstingen. Na formulering van het probleem kwam hij met zijn therapeut overeen dat hij moest werken aan de ontwikkeling van effectievere vaardigheden om met stressoren om te gaan, waarbij hij relatief stressvolle situaties niet uit de weg ging en experimenteerde met gepland assertief gedrag (in plaats van zijn gebruikelijke gedragsrepertoire van passiviteit of agressie toe te passen). Niettemin begon Robert de meeste sessies met een verhaal over een crisis die zich die week had voorgedaan (wegvallen van huursubsidie en het risico dat hij dakloos werd; problemen met het verkrijgen van een pasje voor gratis reizen; besluiten of hij wel of niet naar de verjaardag van een familielid zou gaan). Crises die vaak slechts oppervlakkig verband hielden met zijn boosheid of agressie. Dit slokte zoveel tijd van de sessie op dat het onmogelijk was het huiswerk en de resultaten van exposure en gedragsverandering te bespreken en de volgende stappen te plannen. Sommige sessies verliepen zonder problemen en gaven de therapeut het gevoel dat ze weer op het goede spoor zaten en er geen reden tot zorg was. Niettemin was de vooruitgang in de sessies te klein om te worden geconsolideerd en algemeen te worden ingezet.

Verergering van het probleem door de therapeut

De therapeut is er niet in geslaagd de noodzakelijke structuur aan te brengen (noch voor de therapie als geheel, noch voor de sessies afzonderlijk) en heeft geen prioriteit gemaakt van de taken die nodig zijn voor verandering bij de patiënt. Roberts angst voor uitvoering van de noodzakelijke taken van de therapie werd aan het eind van elke sessie enigszins weggenomen, maar op de lange termijn voelde hij zich gefrustreerd omdat er geen veran-

dering optrad. In dezelfde geest begon de therapeut met angst voor wat er zou gebeuren als hij Roberts ervaring zou wegzuiven (door de aandacht af te leiden van de acute crisis); mogelijk zou daardoor een grotere kans op uitval ontstaan bij Robert. Maar dit leidde ertoe dat de therapeut gefrustreerd werd over Roberts chaotische gedrag en het uitblijven van vorderingen. Onder deze omstandigheden kon er geen effectieve therapeutische relatie worden ontwikkeld, zodat verandering onmogelijk werd gemaakt en zowel de therapeut als de patiënt het gevoel kreeg incompetent en zonder vaardigheden te zijn.

Oplossingen

De eerste taak voor de therapeut is om het vermijdingspatroon van de patiënt aan te pakken, en dit eventueel te verbinden aan ervaringen in zijn ontwikkeling en dagelijkse copingmechanismen. Robert moet weten wat de rationale is achter elk onderdeel van de agenda, zodat hij zijn actieve rol in verandering begrijpt. De therapeut moet zich bewust zijn van het feit dat CGT het meest effectief is wanneer de patiënt de kerntaken uitvoert — in het bijzonder het verschijnen op sessies (zie onder anderen Karno, 2007) en het maken van huiswerk (zie onder anderen Carroll, Nich en Ball, 2005; Rees, McEvoy en Nathan, 2005; Westra, Dozois en Marcus, 2007). Van deze kennis kan de therapeut belangrijke psycho-educatie maken, waarbij Robert de waarde leert inzien van de kerntaken en leert zijn naleving van de eisen van een effectieve therapie te monitoren. Elke sessie dient te beginnen met het vaststellen van een agenda (met daarin de voornaamste therapietaken en bespreking van eventuele acute onderwerpen), en aan die gezamenlijk opgestelde agenda moeten Robert en de therapeut zich houden. De therapeut moet supervisie gebruiken om te reflecteren over zijn emotionele reacties, zowel op crises als op de noodzaak regels te stellen aan de invulling van sessies. De supervisie dient ook aandacht te besteden aan de permissieve cognities van de therapeut die tot de aanname hebben geleid dat therapie kan worden gegeven zonder dat wordt ingegaan op afzonderlijke voorbeelden van mislukking.

De patiënt beschermen

Veel patiënten vertonen een zekere mate van onvermogen of een traumageschiedenis die een significante rol inneemt in hun probleemformulering. Een gebruikelijke strategie van de patiënt is om verdere exposure te vermijden. Als in zulke gevallen het vermijdende gedrag niet wordt aangepakt, kunnen zorgen van de therapeut over de kwetsbaarheid van de patiënt verhinderen dat essentiële taken van therapie worden uitgevoerd. In feite wordt het vermijdende gedrag versterkt.

Voorbeeld

Op het moment dat Simon werd doorverwezen leed hij al vier jaar aan chronische vermoeidheid. Voor hij ziek werd was hij directeur geweest van een klein bedrijf waar het financieel misliep. Een serie medische tests had geen fysieke oorzaak voor zijn toestand aan het licht gebracht. De therapeut omschreef zijn problemen als angstgerelateerd. Zijn onvermogen werd als volgt omschreven: op de korte termijn werd hij niet blootgesteld aan mogelijke stressoren en faalangst, maar op de langere termijn werd zijn gevoel van incompetentie en faalangst versterkt, wat een depressieve stemming tot gevolg had. Simon stemde ermee in met gedragsverandering te experimenteren, om te zien of een grotere gedragsactivatie zijn depressie mogelijk minder maakte. Hij werkte mee aan het opstellen van voorspellingen over het mogelijke resultaat wanneer hij een verandering doorvoerde (door bijvoorbeeld een uur eerder op te staan dan twee uur in de middag, zoals hij gewoonlijk deed). Toen deze doelstelling aan het begin van de volgende sessie werd besproken, bleek dat Simon de dag erna geen enkele verandering had doorgevoerd, met als reden dat hij zich die dag nog veel vermoeider voelde. De therapeut concludeerde dat Simon 'kwetsbaarder' was dan hij eerst had verondersteld (dat wil zeggen fysiek kwetsbaarder, depressiever en beschikkend over minder copingmiddelen dan gedacht). Daarom vreesde de therapeut dat huiswerk onherstelbare schade zou toebrengen aan zowel de patiënt als de therapeutische relatie, wat Simons depressie zou verergeren en zijn vertrouwen in therapie zou wegnemen. De therapeut stelde de taak daarom bij tot een halfuur eerder opstaan. De week erna deed zich echter hetzelfde probleem voor en de therapeut stelde de opdrachteisen nog meer naar beneden bij. Dit leidde tot een patroon van onvermogen om gedrag te veranderen, hoe laag de eisen ook waren. De case werd tijdens supervisie volgens de gebruikelijke routine behandeld, maar de therapeut had het gevoel dat de supervisor niet begreep hoe kwetsbaar de patiënt was en dat het advies om de gedragsverandering weer op de rails te krijgen in deze specifieke case onjuist was. Tijdens de supervisie ging veel tijd verloren aan de uiteenzetting van de therapeut waarom zijn patiënt niet kon worden behandeld als anderen.

Verergering van het probleem door de therapeut

De kern van het probleem is dat de therapeut de verantwoordelijkheid heeft genomen voor zowel het directe geluk van de patiënt als voor verandering. Aangezien Simons angst in eerste instantie door verandering duidelijk zou toenemen, conflicteren deze twee zaken met elkaar. Het resultaat is dat de therapeut er niet in slaagt te wijzen op de noodzaak van daadwerkelijke gedragsverandering. Simon heeft dus geleerd beangstigende maar belangrijke

taken, emoties en cognities in de therapie te vermijden. Gezien de druk die de therapeut van verschillende kanten ervaart, voelt hij zich verplicht om de patiënt zowel te beschermen als te helpen herstellen — doelstellingen die met elkaar in tegenspraak zijn en die de stress voor de therapeut vergroten en de resultaten voor de patiënt ongunstig beïnvloeden.

Oplossingen

Wat in dergelijke gevallen als eerste moet worden bekeken is of de patiënt wel voldoende betrokken is bij de geplande therapie. De twee kernvragen daarbij zijn of de therapeut de patiënt wel heeft betrokken in een functionele werkalliantie, en of hij het principe van de behandeling adequaat heeft uitgelegd. Aan de therapeutische alliantie moet voortdurend worden gewerkt, zodat patiënt en therapeut hun relatie als een samenwerkingsverband zien waarin sprake is van wederzijds vertrouwen en respect. Het is mogelijk dat Simon dit vertrouwen niet ontwikkelde omdat de therapeut de werkwijze niet had uitgelegd en te autoritair was bij het presenteren van de geplande interventies. Er kan alleen een toelichting op de rationale achter een behandeling gegeven worden wanneer patiënt en therapeut het eens zijn over de formulering van het probleem. Simon stemde ermee in om met gedragsverandering te experimenteren, maar het is mogelijk dat hij zo tegemoetkwam aan de wensen van de therapeut in plaats van dat hij de noodzaak inzag om gezamenlijk actief aan verandering te werken. Als dus ook maar iets erop wijst dat de patiënt niet werkt aan de overeengekomen verandering, is het van belang terug te verwijzen naar de formulering, zodat begrepen wordt waarom er zich een probleem voordoet en ook begrepen wordt wat er moet worden gedaan om de behandeling weer in het juiste spoor te krijgen.

In al dit soort gevallen moeten tijdens supervisie de aannames en angsten van de therapeut worden gezien. Vaak nemen therapeuten aan dat de patiënt onmiskenbaar een positieve verandering laat zien bij elke fase in het therapieproces, en dat het acceptabeler is om geen enkele verandering te bewerkstelligen dan een negatieve (bijvoorbeeld nog meer angst). Deze aannames kunnen vergezeld gaan van angst van de therapeut dat zijn therapeutische vaardigheden zullen worden beoordeeld en onvoldoende worden bevonden, wat leidt tot mogelijke gevoelens van schaamte of schuld en angst voor een negatieve beoordeling. Dit patroon vormt de basis van veiligheidsgedrag bij de therapeut: niet aandringen op het bereiken van langetermijnvoordelen (vermindering van de depressie), uit angst voor negatieve ervaringen op korte termijn (de angst van de patiënt wordt groter; de therapeut wordt als minder competent gezien). Dit veiligheidsgedrag van de therapeut stelt Simon in staat zijn eigen veiligheidsgedrag te ontwikkelen: vermijden van verandering, wat op de korte termijn leidt tot vermindering van angst maar op de lange termijn uitmondt in het onvermogen een positievere levensstijl te ontwikkelen.

De therapeut moet duidelijk maken dat de verantwoordelijkheid voor het realiseren van verandering bij Simon ligt, en moet toelichten wat de voor- en nadelen van veiligheidsgedrag zijn. Wanneer de therapie ‘vastzit’, is het van essentieel belang om de doelstellingen van de therapie en de prioriteiten van de patiënt opnieuw te bezien en te bespreken. Gezien het feit dat ‘vastzitten’ in wezen het product is van twee onderling met elkaar verbonden vormen van veiligheidsgedrag (dat van de therapeut en dat van de patiënt), moet deze herformulering plaatsvinden tijdens zowel de therapiesessie als de supervisie. In overleg dient het tempo verhoogd te worden, er moeten regelmatige en meer frequente evaluatiemomenten vastgesteld worden, en alle behandel mogelijkheden moeten overwogen worden. Daarnaast moet de therapeut weten dat hij niet wordt beoordeeld aan de hand van noodzakelijke, negatieve veranderingen op de korte termijn (bijvoorbeeld verhoogde angst bij de patiënt). Eerder dient hij tijdens supervisie geholpen te worden de aandacht te richten op de waarde van resultaten op de lange termijn (bijvoorbeeld meer gedragsactivatie, verminderde isolatie, verminderde depressie) die waarschijnlijk samenhangen met de negatieve kortetermijnveranderingen. Dit perspectief stelt de therapeut in staat om de patiënt behandel mogelijkheden te bieden met langetermijnvoordelen (waarvoor op korte termijn wel een prijs betaald wordt) of om pogingen tot verandering te staken als de patiënt niet bereid is de deal te aanvaarden.

Meewerken aan therapie-interfererend gedrag

Linehan (1993) heeft een aantal vormen van therapie-interfererend gedrag beschreven. Een van de meest voorkomende in CGT bij diverse stoornissen is dat huiswerkopdrachten niet worden gemaakt. Er zijn echter ook andere, die van toepassing zijn bij specifieke stoornissen.

Voorbeeld

Ginny was een patiënt met boulimia nervosa. Zij begon een CGT-training met als doel haar overtuiging te veranderen dat ze heel snel zou aankomen als ze normaal at. Er werd haar gezegd dat ze per dag moest noteren wat ze at en dat ze elke week gewogen zou worden.

Tijdens de eerste sessies weigerde ze echter zich te laten wegen. Ze zei dat ze het fijn zou vinden als ze wat tijd had om zich erop voor te bereiden, en dat ze er de volgende keer klaar voor zou zijn. Hoewel dit voortdurend een onderwerp bleef van de therapiesessies (dat veel tijd opslokte), bleef ze weigeren. Ginny begon wel met het bijhouden van wat ze at, maar vond dit een onplezierige taak (‘ik ben bang dat ik door bij te houden wat ik eet zo overbewust word dat ik eetbuien krijg’). Ze was opgelucht toen ze ‘vergat’ haar eetnotities mee te brengen of in te vullen en de therapeut er niet op aandrong dat ze die opdracht uitvoerde.

Verergering van het probleem door de therapeut

220

Het gedrag van de therapeut vererbert het probleem van Ginny op een aantal manieren. Ten eerste leidt het niet toelichten van de reden voor het wegen en het bijhouden van wat Ginny eet ertoe dat ze niet kan inzien dat deze twee aan elkaar gekoppeld zijn (de bedoeling is de patiënt in staat te stellen een meer op feiten gebaseerd verband te zien tussen wat ze eet en wat er met haar gewicht gebeurt, in plaats van te blijven geloven dat kleine hoeveelheden voedsel tot catastrofale gewichtstoename leiden). Daardoor kan de patiënt niet beseffen dat het noteren van wat ze eet als activiteit op zich weinig effectief is (dat wil zeggen wanneer de patiënt niet gewogen wordt). Ten tweede is er tijdens de therapie veel tijd besteed aan de discussie over het wel of niet wegen, waardoor de kans kleiner is geworden dat Ginny een effectieve hoeveelheid CGT heeft ontvangen. Tot slot zal het steeds moeilijker worden de opdrachten weer ter sprake te brengen wanneer de therapeut Ginny heeft toegestaan ze te vermijden. De therapeut heeft haar geholpen om aan de opdrachten van de therapie te ontsnappen en deze te vermijden. Deze ontsnapings- en verijdingsconditioneringen (die allebei heel snel geschapen zijn) zullen overslaan naar latere fasen in de therapie. Hoe langer de therapeut en de patiënt bezig zijn te discussiëren over de waarde van het wegen, des te langer kan Ginny het gevoel hebben dat ze therapie 'doet'. Toch is er meer reden om haar te omschrijven als iemand die behandelsessies bijwoont dan als iemand die betrokken is bij de therapie.

Oplossingen

De eerste stap naar een oplossing van dit probleem is om de essentiële onderdelen van CGT voor boulimia uiteen te zetten en toe te lichten (als uiteengezet in bestaande handboeken voor behandeling, bijvoorbeeld Fairburn, 2008; Fairburn, Marcus en Wilson, 1993), en de noodzaak om de daadwerkelijke voedselinname te verbinden aan een mogelijke verandering van het gewicht. Als tweede stap dient het belang van therapie-interfererend gedrag te worden besproken, zonder daarbij de schuld aan Ginny of haar therapeut te geven (Linehan, 1993), zodat ze alle twee kunnen inzien dat het niet kunnen werken met de empirisch onderbouwde agenda betekent dat de behandeling geen zin heeft. Vervolgens moeten waarschijnlijk de angsten van Ginny worden weggenomen, namelijk de angst dat ze door bij te houden wat ze eet, last krijgt van eetbuien en de angst dat ze door zich te laten wegen, zal gaan lijnen. Van deze angsten zouden voorspellingen voor gedragsexperimenten moeten worden gemaakt (Cooper, Whitehead & Boughton, 2004; Waller et al., 2007), zodat ze ze kan afzetten tegen alternatieven (bijvoorbeeld dat haar eetgedrag er niet door beïnvloed wordt). Als echter de rationale voor deze opdrachten is uiteengezet en Ginny nog steeds haar huiswerk niet

maakt of zich niet laat wegen, kan het nodig zijn een ‘vijfminutensessie’ te houden (Waller et al., 2007). In dergelijke gevallen worden de opdrachten die een aantal sessies niet zijn uitgevoerd boven aan de agenda gezet, en als de opdrachten dan nog niet zijn gemaakt of als de patiënt weigert, moet de sessie heel snel, maar zonder confrontatie beëindigd worden (bijvoorbeeld met de boodschap dat de opdracht essentieel is om voortgang te boeken, dat de therapeut ervan overtuigd is dat Ginny het kan, en met het voornemen om de volgende week af te spreken als de opdracht is gedaan). Deze zeer korte sessie houdt in dat de therapeut het onvermogen van de patiënt om zich te committeren aan het werk van de therapie niet versterkt (door bijvoorbeeld drie kwartier lang over andere onderwerpen te praten), maar duidelijk maakt dat verandering in handen van de patiënt ligt. Deze techniek is heel effectief om de patiënt actief te betrekken, want bijna altijd begint de patiënt hierna de opdrachten van de therapie uit te voeren.

De fysieke behoeften van de patiënt negeren

Veel therapeuten omschrijven CGT als een poging om cognities, emoties en gedrag aan elkaar te koppelen, waarbij de drie als onderling met elkaar verbonden moeten worden behandeld, wil de psychopathologie veranderd worden. De fysiologische elementen van een stoornis worden daarbij echter genegeerd (bijvoorbeeld de betrokkenheid van het autonome zenuwstelsel bij een paniekstoornis; verhogingseffecten bij anorexia; psychomotorische retardatie bij depressie). Dit wordt het best zichtbaar in het *hot cross bun* model van psychobiologische verstoring in psychologische en psychiatrische gevallen (Greenberger & Padesky, 1995). Als de fysiologische elementen van de stoornis van een patiënt worden genegeerd, laten we een instandhoudende factor ongemoeid die kan interfereren met cognitieve uitdagingen en gedragswerk.

Voorbeeld

Jane, een management consultant, had geleidelijk sociale angst ontwikkeld (met incidentele paniekaanvallen), die van invloed was op haar werk en sociale leven. Ze beschikte over diverse vormen van veiligheidsgedrag, waaronder sociale vermijding en automedicatie in de vorm van alcohol. De therapeut van Jane legde verbanden tussen haar vroegste ervaringen, haar cognities van kwetsbaarheid, haar emotionele toestand en haar gedrag (terugtrekking uit als bedreigend ervaren sociale situaties; alcohol drinken om met angst voor negatieve beoordeling en paniek om te gaan). De CGT begon met het uitdagen van haar overtuiging dat ze in een sociale situatie het risico liep op een negatieve beoordeling, en de therapeut begon hiertoe gedragsexperimenten te ontwikkelen.

De fysiologische arousal van Jane bleef echter zeer hoog, en ze trok zich terug uit de experimenten op momenten dat ze nog zeer angstig was, waardoor ze de overtuiging kreeg dat ze er net op tijd aan was ontsnapt. Haar veiligheidsgedrag hield in dat ze nog meer op haar hoede was voor als bedreigend ervaren situaties. Janes therapeut bleef de gedragsexperimenten op de agenda zetten, maar Jane bleef ze uit de weg gaan op het moment dat de fysiologische arousal het hoogst was. Haar symptomen werden derhalve niet minder.

Verergering van het probleem door de therapeut

De therapeut is er niet in geslaagd het fysiologische element van Janes stoornis in de gevalsbeschrijving op te nemen. Op die manier wordt haar angsttoestand verergerd door autonome feedbackcircuits, met als gevolg dat Jane een paniekerige angst ontwikkelde voor een mogelijke hartaanval (in plaats van slechts gericht te zijn op negatieve beoordeling). Het onvermogen van de therapeut om rekening te houden met de panieksymptomen en fysiologie houdt in dat de paniek van Jane groter wordt, en dat haar pogingen om de sociale angst te boven te komen teniet worden gedaan. Daardoor is de behandeling niet gebaseerd op de principes en protocollen als uiteengezet in bestaande literatuur (bijvoorbeeld Andrews et al., 2002; Clark & Wells, 1995).

Oplossingen

Wat de therapeut allereerst beter had kunnen doen, was deze case zodanig formuleren dat het fysiologische element duidelijk werd verbonden aan cognities, emoties en gedrag. Aangezien de aanvankelijke formulering niet altijd juist is, had de therapeut de routine moeten hebben om erop terug te komen en het met de patiënt te bespreken. Bij het herzien van wat er goed en fout was aan de formulering zou de therapeut tot de conclusie zijn gekomen dat het noodzakelijk was om de conceptualisatie van Janes case te herzien door het fysiologische element erin op te nemen. In plaats van handhaving van de klinische taken (ondanks aanwijzingen dat ze niet effectief waren), hadden de gedragsexperimenten van Jane kunnen bestaan uit exposure met responspreventie, waarbij ontspanningstraining zou worden ingezet om haar meer het gevoel van controle te geven over haar arousal.

Doorgaan wanneer therapie niet werkt

Niet iedere patiënt heeft baat bij een behandeling voor psychische stoornissen. Hoewel CGT een groter effectiviteitspercentage laat zien dan de meeste behandelmethoden, slagen veel patiënten er niet in zich te committeren aan de therapie. Ze vallen uit, of voltoeien de behandeling zonder hersteld te zijn (of zonder er zelfs wat aan te hebben gehad). In het laatste geval is het

van belang in een zo vroeg mogelijk stadium te onderkennen dat de therapie niet werkt. Er zijn aanwijzingen dat een vroege respons op cognitieve gedragsinterventies een sleutelindicator is voor waarschijnlijk behandelresultaat bij boulimische eetstoornissen (bijvoorbeeld Agras et al., 2000; Wilson, Fairburn, Agras, Walsh & Kraemer, 2002). In tegenstelling hiermee leggen onderzoeken naar depressie nadruk op het langetermijnbelang van verbeteringen tijdens zowel de eerste als de laatste fasen en onderdelen van de behandeling (Tang & DeRubeis, 1999). Waar dosering, frequentie of inhoud van de therapie kan worden aangepast, zou dit ook uitgeprobeerd moeten worden, teneinde te bepalen wat de effecten hiervan zijn. Fairburn (2008) bijvoorbeeld benadrukt in zijn protocol voor het werken met eetstoornissen dat er gereageerd moet worden op vroege indicatoren dat de persoon tijdens de eerste sessies niet verandert, in plaats van dat de therapeut wacht tot het eind van de eerste fase om te bezien of er verandering is opgetreden. Wanneer wijzigingen in de behandeling vervolgens niets opleveren, zou als eerste de vraag gesteld kunnen worden: 'Heeft voortzetting van de therapie zin?' Er is echter nog een tweede overweging: 'Is het zeker dat er geen prijs betaald wordt voor voortzetting van de therapie?'

Voorbeeld

.....

Sally was een vrouw van 24 die bij een financiële instelling werkte. Ze had een gewoonte van substantieel cocaïnegebruik ontwikkeld binnen de omgang met haar collega's, maar vervolgens had ze dit uitgebreid naar haar leven thuis. Ze was tijdens de weekenden ook begonnen met *binge drinking* van alcohol en met de inname van ecstasy, als onderdeel van haar sociale leven. Ze had zelf hulp gezocht om van haar alcoholmisbruik af te komen (er waren geen fysieke tekenen van afhankelijkheid). Het gebruik van stimulerende middelen wilde ze niet aanpakken omdat ze dat niet als een probleem zag. Er werd een gecombineerd programma opgesteld van CGT en *contingency alcohol management*. Na een snelle (en tijdelijke) vermindering van alcoholinname bleef Sally's alcoholmisbruik vervolgens constant. Wanneer ze de inname verminderde, werd ze extreem angstig en isoleerde ze zichzelf. Niettemin gaf ze aan zeer gemotiveerd te zijn en had ze iedere week heel duidelijke argumenten waarom er geen verandering was opgetreden. Haar therapeut was ervan overtuigd dat Sally zeer binnenkort verdere veranderingen zou realiseren, en noemde haar geval niet meer tijdens supervisie. Toen hem ernaar gevraagd werd, rationaliseerde hij door te zeggen: 'Het heeft geen zin haar geval te bespreken zolang ze de volgende stap niet heeft gezet, maar ik verwacht dat dat heel snel gebeurt, en breng haar dan weer bij de supervisie ter sprake.'

Verergering van het probleem door de therapeut

De therapeut heeft niet onderkend dat het gebruik van stimulerende middelen door patiënt haar angsttoestanden verergerd (zie onder anderen Parrott, Sisk & Turner, 2000), en dat deze beperking in de behandeling van de patiënt (er wordt niet gewerkt aan de stimulerende middelen) verhindert dat de therapie werkt. De therapeut heeft niet onderkend dat het misschien tijd is om de therapie op te geven, omdat hij overmatig betrokken is bij het herstel van de patiënt (Geller, 2005). Zijn onvermogen om in deze case voortgang te boeken betekent dat hij bang is te worden beoordeeld als een ongeschikte therapeut, wat resulteert in aanhoudende inspanningen (hoewel ze onproductief zijn). Er treedt bij de patiënt op deze manier geen verbetering op, en de therapeut komt er nooit achter wat hij beter had kunnen doen. Het gevoel van eigenwaarde van de therapeut zal schade oplopen, of de patiënt krijgt de schuld, of beide. Uiteindelijk is de prijs hoger dan enkel de instandhouding van Sally's stoornis en de schade aan de ervaren competentie van de therapeut. Door de sessies met Sally voort te zetten verspilt de therapeut in feite tijd die aan de behandeling van andere patiënten had kunnen worden besteed.

Oplossingen

De therapeut is er niet in geslaagd de resultaten op een proactieve manier te monitoren. Hoewel hij beseftte dat er 'nog niets was verbeterd', dacht hij niet na over een strategie om het falen van de therapie aan te pakken. De therapeut had aandacht moeten besteden aan reflectie en daarnaast de resultaten duidelijk moeten maken aan zowel patiënt als supervisor (bijvoorbeeld gedragsevaluatie, bloeuitslagen). De therapeut had ook duidelijk moeten maken dat het bereiken van resultaat verandering vereiste in dat deel van Sally's gedrag waaraan ze niet wilde werken. Supervisie en teamevaluaties zijn cruciale instrumenten om de therapeut aan dergelijke mogelijkheden te herinneren, en zijn nodig om te bepalen wanneer behandeling moet worden afgebroken omdat ze niet effectief is. Supervisors moeten weten wanneer bepaalde patiënten van de supervisielijst verdwijnen, en van de therapeut een duidelijk argument krijgen voor het blijven geven van therapie aan de patiënt of, indien nodig, voor het beëindigen van de behandeling.

Toevlucht zoeken in derdegeneratie-therapieën

CGT (met inbegrip van dialectische gedragstherapie) is getest bij een groot aantal stoornissen en heeft de empirische onderbouwing ontwikkeld die de brede toepassing ervan rechtvaardigt. Ze is ook getest buiten de klinieken en onderzoeksomgevingen waar ze is ontstaan, en bleek daar even nuttig te zijn

(zie onder anderen Ghaderi, 2006; Persons et al., 1999, 2006). Veel derdegeneratie-therapieën hebben geen duidelijke empirische onderbouwing (waaronder repliceerbaarheid buiten de oorspronkelijke kliniek of onderzoeksbasis) en zijn niet geschikt voor het hele spectrum van stoornissen waarop ze zijn uitgetest. Andere therapieën zijn geschikt voor slechts een beperkt aantal stoornissen (bijvoorbeeld schematherapie, mindfulnesstraining, Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Dat wil niet zeggen dat deze therapieën in de toekomst geen betere onderbouwing krijgen of dat ze in sommige gevallen niet nuttig zijn. Het is echter wel van belang om een duidelijke, op praktijk en theorie gebaseerde rationale te hebben voor het gebruik van een dergelijke benadering.

De eerste vraag die we ons moeten stellen is of de empirisch onderbouwde benadering (in de meeste gevallen CGT) is uitprobeerbaar voordat er een andere therapeutische benadering wordt gebruikt. Als dat niet het geval is, is er dan een gegronde theoretische reden om in dit specifieke geval geen empirisch onderbouwde benadering te gebruiken? De zorg is hier dat therapeuten soms het bewijs van *best practice* negeren (door of de effectiefste benadering al snel te staken zonder er een rationale voor te geven, of door er überhaupt niet aan te beginnen) ten einde een derdegeneratie-therapie te kunnen bieden. Bij deze benadering ontbreekt het vaak aan een duidelijk element van gedragsverandering (bijvoorbeeld gedragsactivatie bij depressie; gedragsexperimenten bij sociale angst), waarmee het mogelijke effect kleiner wordt.

Voorbeeld

David was een depressieve man die als gevolg van terugkerende stemmingsproblemen met pensioen was gegaan. Hij kreeg antidepressiva voorgeschreven die wel enig effect hadden, maar stemmingsstabilisatoren waren niet effectief. In het verleden had hij algemene counseling gehad, maar hij was nog nooit eerder naar CGT doorverwezen. Na de beoordeling, die de aandacht vooral richtte op vroegere ervaringen en belangrijkste overtuigingen van de patiënt, raadde de therapeut David een behandeling met schematherapie aan. Het voorstel was om David zijn schema's en schemamodi te laten begrijpen, maar er lag weinig nadruk op gedragsverandering (zie bijvoorbeeld Young, Klosko & Weishaar, 2003). Hoewel David deze benadering nuttig vond om de ontwikkeling van zijn depressie te begrijpen, veranderde zijn stemming niet merkbaar in de loop van 45 sessies. Uiteindelijk werd de therapie gestaakt. Hij omschreef zijn onvermogen te veranderen als 'mijn eigen fout. Ik denk gewoon niet dat ik mijn manier van denken ooit zal veranderen — die hoort gewoon bij me'.

Verergering van het probleem door de therapeut

De beslissingen van de therapeut worden ingegeven door de langlopende aard van de depressie, wat resulteert in het gebruik van een behandelwijze die voorbijgaat aan gedragsverandering door ontwikkelingsanalyse en cognitieve uitdagingen van overtuigingen.³ Er is geen aanwijsbare reden om geen gebruik te maken van de bestaande, op handboeken gebaseerde protocollen voor de behandeling van een dergelijk geval (zie bijvoorbeeld Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Lejuez, Hopko & Hopko, 2001). Aangezien de patiënt nooit op enige wijze had gewerkt met gedragsverandering, is er reden om aan te nemen dat CGT met daarin een groot aandeel gedragsactivatie de effectiefste benadering zal zijn (Dimidjian et al., 2006; Jacobson et al., 1996), met eventueel gebruik van antidepressiva. Gezien de terugkerende aard van de depressie zou mindfulnessstraining ook gerechtvaardigd kunnen zijn, om zo het risico op terugval te verkleinen (Segal, Williams & Teasdale, 2002). In plaats daarvan werkte de therapeut met een derdegeneratie-therapie zonder ooit de empirische onderbouwing te formuleren of in beschouwing te nemen die voor dit geval relevant was.

Een even belangrijk punt is dat de patiënt geen behandel mogelijkheden zijn voorgelegd. Om de patiënt als cotherapeut bij de therapie te betrekken is het van wezenlijk belang dat hij weet wat de belangrijkste behandel mogelijkheden en hun voor- en nadelen zijn. Anders gezegd, de patiënt moet de kans krijgen weloverwogen in te stemmen met de aangeboden behandeling, maar daartoe is hij niet in staat als hem slechts één mogelijkheid geboden wordt. De empirische basis geeft de therapeut een waardevol instrument in handen waarmee hij patiënten kan betrekken door aan te geven hoe de behandeling er in de realiteit uit zal zien. Dit komt vaak neer op: 'Je kunt een gemakkelijke behandeling krijgen die waarschijnlijk minder effectief is, of een behandeling waarbij het hard werken is, maar waarbij je een grotere kans hebt op een goed resultaat.' Onder deze omstandigheden kan de therapeut, zelfs als de patiënt voor de minst effectieve benadering kiest, terugkomen op deze discussie tijdens het verdere verloop van de behandeling. De keuze voor een 'gemakkelijkere' therapie kan worden aangeduid als mogelijke reden voor het feit dat de behandeling niet werkt, zodat via een gezamenlijke herevaluatie kan worden gezien hoe verder te gaan ten behoeve van het beste resultaat voor de patiënt. Zonder deze keuze is het waarschijnlijk dat de patiënt het falen aan zichzelf toeschrijft, zonder de overtuiging dat hij kan verbeteren. Dit betekent dat David nog verder is gesterkt in de verwachting dat

3 Een andere verklaring is dat de therapeut gewoon werkte met de therapeutische methode van zijn voorkeur, ongeacht de aard van het probleem. Klinische ervaring geeft aan dat dit een algemeen voorkomend verschijnsel is dat geheel contra-therapeutisch is.

een ‘praat-therapie’ precies is wat het is — een therapie waarin verandering van gedrag niet noodzakelijk is. Derhalve zal het nog moeilijker worden hem te betrekken bij een dergelijke gedragsverandering wanneer zijn depressie steeds terugkeert. In zo’n situatie wordt er wel degelijk een prijs betaald voor het gedrag van de therapeut.

Oplossingen

.....

De therapeut diende te bekijken in hoeverre Davids gemoedstoestand in stand werd gehouden door gedrag (in het bijzonder het ontbreken van mogelijke positieve ervaringen). Voordat gekozen wordt voor andere therapieën, zouden de depressogene cognities van het ‘hier en nu’ uitgetest en uitgedaagd moeten worden via gedragsexperimenten en gedragsactivatie. Supervisie is essentieel om te garanderen dat therapeuten kiezen voor een behandeling die de grootste kans van slagen heeft, en om te garanderen dat de empirisch onderbouwde benadering lang genoeg wordt toegepast om beproeven effectief (of anderszins) te zijn.

CONCLUSIE: PROBLEMEN, PRINCIPES EN OPLOSSINGEN DOOR ‘PRAAT-THERAPIEËN’ TE WIJZIGEN IN ‘DOE-THERAPIEËN’

.....

Mits correct toegepast geeft cognitieve gedragstherapie van alle therapieën de beste resultaten voor de meeste stoornissen. Een belangrijk probleem is dat ze in veel gevallen niet correct wordt toegepast — zelfs niet door zeer ervaren CGT-therapeuten (zie onder anderen Brosan et al., 2007). Wat op zijn minst deels een ‘doe-therapie’ moet zijn, wordt geheel een ‘praat-therapie’. In dit overzicht is de rol bekeken die wij als therapeut hebben door toe te laten dat de therapie ineffectief wordt, en onze actieve (zij het onbedoelde) rol in het ziek houden van de patiënt. Therapie mislukt vaak omdat we uit het oog verliezen waarom bepaalde opdrachten moeten worden uitgevoerd, waarbij we (op zijn best) afglijden naar een ineffectieve therapie of (op zijn ergst) naar actieve schade. Onze cognities (bijvoorbeeld overtuigingen dat elk uitblijven van vooruitgang te maken heeft met de patiënt), emoties (bijvoorbeeld angst om negatief beoordeeld te worden als een falende case bij supervisie wordt ingebracht) en veiligheidsgedrag (bijvoorbeeld bij de patiënt niet aandringen om zich te committeren aan gedragsverandering) zijn sleutelementen in dit afdwalen van CGT. Zowel de therapeut als de patiënt ondervindt schade van het resultaat. ‘Aardig zijn’ voor de patiënt of deze ‘beschermen’ kan het probleem verergeren.

Als ‘aardig’ doen tegen de patiënt in dit soort situaties dus ineffectief is, is het enige alternatief dan om ‘vervelend’ tegen de patiënt te doen? Deze dichotomie is uiteraard een klassiek voorbeeld van zwart-witdenken. Er zijn diverse oplossingen aangedragen om met deze problemen om te gaan. Deze

methoden leiden waarschijnlijk tot positieve resultaten voor de patiënt op de middellange en lange termijn, en bieden ons de mogelijkheid om effectievere therapeuten te zijn binnen eenzelfde tijdsbestek. Niettemin moeten én de therapeut én de patiënt de angst ondergaan die op de korte termijn nodig is om de effectiefste, gedragsgerelateerde onderdelen van de behandeling uit te kunnen voeren. Het gebruik van deze methoden vereist een houding van de therapeut (zie onder anderen Geller, 2005; Geller, Williams & Srikanth, 2001; Linehan, 1993) die duidelijk gericht is op de wederzijdse investering van patiënt en therapeut in consistente, empirisch onderbouwde benaderingen van psychologische behandeling. Deze benadering houdt ook het gebruik van transparante, gerechtvaardigde *non-negotiables* in (bijvoorbeeld geen zelfbeschadiging, huiswerk maken) binnen het kader van een klinische praktijk onder supervisie. De langetermijndoelstelling van symptoomvermindering en herstel is deze investering waard, en maakt het voor patiënt en therapeut lonend om de angst toe te laten die onvermijdelijk is in de eerste fasen van cognitieve gedragstherapie.

Summary Cognitive-behavioural therapy (CBT) has a wide-ranging empirical base, supporting its place as the evidence-based treatment of choice for the majority of psychological disorders. However, many clinicians feel that it is not appropriate for their patients, and that it is not effective in real life-settings (despite evidence to the contrary). This paper addresses the contribution that we as clinicians make to CBT going wrong. It considers the evidence that we are poor at implementing the full range of tasks that are necessary for CBT to be effective — particularly behavioural change. Therapist drift is a common phenomenon, and usually involves a shift from ‘doing therapies’ to ‘talking therapies’. It is argued that the reason for this drift away from key tasks centres on our cognitive distortions, emotional reactions, and use of safety behaviours. A series of cases is outlined in order to identify common errors in clinical practice that impede CBT (and that can make the patient worse, rather than better). The principles behind each case are considered, along with potential solutions that can get us re-focused on the key tasks of CBT.

Key words: *cognitive-behavioural therapy, evidence-based therapy, adherence, therapist drift.*

Literatuur

- Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A., Mitchell, J.E., Wilson, G.T., & Kraemer, H.C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behavioral treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.
- Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., & Page, A. (2002). *The treatment of anxiety disorders: Clinician guides and patient manuals* (2nd ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Beck, A.T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In: P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York, NY: Guilford.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of*

- depression*. New York, NY: Guilford.
- Becker, C.B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Bennett-Levy, J. (2003). Mechanisms of change in cognitive therapy: The case of automatic thought records and behavioural experiments. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 261-277.
- Borkovec, T.D., & Ruscio, A.M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37-45.
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R.G. (2007). Factors associated with competence in cognitive therapists. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 179-190.
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R.G. (2008). Self-evaluation of cognitive therapy performance: Do therapists know how competent they are? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 581-587.
- Carroll, K.M., Nich, C., & Ball, S.A. (2005). Practice makes progress? Homework assignments and outcome in treatment of cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 749-755.
- Clark, D.M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: R.G. Heimberg, M. Liebowitz, D.A. Hope, & F.R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment and treatment* (pp. 69-93). New York: Guilford.
- Cooper, M.J., Whitehead, L., & Boughton, N. (2004). Eating disorders. In: J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 267-286). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Dimidjian, S., Hollon, S.D., Dobson, K.S., Schmalings, K.B., Kohlenberg, R.J., Addis, M.E., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Fairburn, C.G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York, NY: Guilford.
- Fairburn, G.G., Marcus, M. D., & Wilson, G. T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In: C.G. Fairburn, & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 361-404). New York, NY: Guilford.
- Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Kozak, M.J., Levitt, J.T., & Foa, E.B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Geller, J. (2002). Estimating readiness for change in anorexia nervosa: Comparing clients, clinicians and research assessors. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 251-260.
- Geller, J. (April 2005). *Working relationships: What level of investment is optimal for our clients?* Paper presented at the London International Conference on Eating Disorders, London.
- Geller, J., Williams, K.D., & Srikaneswaran, S. (2001). Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 9, 365-373.
- Ghaderi, A. (2006). Does individualization matter? A randomized trial of standardized (focused) versus individualized (broad) cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 273-288.

- Greenberger, D., & Padesky, C.A. (1995). *Mind over mood: A cognitive therapy treatment manual for clients*. New York, NY: Guilford.
- Huppert, J.D., Barlow, D.H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2006). The interaction of motivation and therapist adherence predicts outcome in cognitive behavioral therapy for panic disorder: Preliminary findings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 198-204.
- Jacobson, N.S., Dobson, K.S., Truax, P.A., Addis, M.E., Koerner, K., Gollan, J.K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jehu, D. (1994). *Patients as victims: Sexual abuse in psychotherapy and counselling*. Chichester: Wiley.
- Karno, M.P. (2007). A case study of mediators of treatment effectiveness. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(Suppl.), S33-S39.
- Kehle, S.M. (2008). The effectiveness of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder in a frontline service setting. *Cognitive Behaviour Therapy*, 37, 192-198.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., & Hopko, S.D. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification*, 25, 255-286.
- Lincoln, T.M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Wittleben, I., Schroeder, B., et al. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251-1269.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorders*. New York, NY: Guilford.
- Parrott, A.C., Sisk, E., & Turner, J.J. (2000). Psychobiological problems in heavy 'ecstasy' (MDMA) polydrug users. *Drug and Alcohol Dependence*, 60, 105-110.
- Persons, J.B., Bostram, A., & Bertagnolli, A. (1999). Results of randomized controlled trials of cognitive therapy for depression generalize to private practice. *Cognitive Therapy and Research*, 23, 535-548.
- Persons, J.B., Roberts, N.A., Zalecki, C.A., & Brechwald, W.A.G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1041-1051.
- Quarmby, L., Rimes, K.A., Deale, A., Wesely, S., & Chalder, T. (2007). Cognitive behaviour therapy for chronic fatigue syndrome: Comparison of outcomes within and outside the confines of a randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1085-1094.
- Rees, C.S., McEvoy, P., & Nathan, P.R. (2005). Relationship between homework completion and outcome in cognitive behaviour therapy. *Cognitive Behaviour Therapy*, 34, 242-247.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. London, UK: Guilford.
- Schulte, D., & Eifert, G.H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 312-328.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. London, UK: Guilford.
- Stobie, B., Taylor, T., Quigley, A., Ewing, S., & Salkovskis, P.M. (2007). Contents may vary: A pilot study of treatment histories of OCD patients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 273-282.
- Stuart, G.L., Treat, T.A., & Wade, W.A. (2000). Effectiveness of an empirically based treatment for panic disorder delivered in a service clinic setting: 1-year followup. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 506-512.

- Tang, T.Z., & DeRubeis, R.J. (1999). Reconsidering rapid early response in cognitive behavioral therapy for depression. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 283-288.
- Teasdale, J.D. (1996). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders. In: D.M. Clark, & C.G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 67-93). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Thompson-Brenner, H., & Westen, D. (2005). Personality subtypes in eating disorders: Validation of a classification in a naturalistic sample. *British Journal of Psychiatry*, 186, 516-524.
- Tobin, D.L., Banker, J.D., Weisberg, L., & Bowers, W. (2007). I know what you did last summer (and it was not CBT): A factor analytic model of international psychotherapeutic practice in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 754-757.
- Waller, G., Corstorphine, E., Cordery, H., Hinrichsen, H., Lawson, R., Mountford, V., et al. (2007). *Cognitive-behavioural therapy for the eating disorders: A comprehensive treatment guide*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Westra, H.A., Dozois, D.J., & Marcus, M. (2007). Expectancy, homework compliance, and initial change in cognitive-behavioral therapy for anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 363-373.
- Wilson, G.T., Fairburn, C.G., Agras, W.S., Walsh, B.T., & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 267-274.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York, NY: Guilford.