

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

Het terugdringen van therapeutische dwaling

Waarom goedwillende clinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen

GLENN WALLER & HANNAH TURNER

Samenvatting

Therapeutische dwaling (Engels: *therapist drift*) doet zich voor wanneer clinici er niet in slagen om optimale evidence-based therapie te bieden, ook al beschikken zij over de benodigde hulpmiddelen. Het is een factor die er in belangrijke mate toe bijdraagt dat dit soort therapieën in de reguliere klinische praktijk vaak minder effectief zijn dan ze zouden moeten zijn. Onderzoek naar dit fenomeen is de afgelopen vijf jaar aanzienlijk toegenomen. Deze review bespreekt de toenemende evidentie die er is voor het fenomeen therapeutische dwaling. De auteurs nemen alle aspecten in overweging die bijdragen aan het feit dat we er niet in slagen om evidence-based psychotherapieën goed toe te passen, zoals onze persoonlijkheid, kennis, emoties, overtuigingen, gedrag en sociale context. Ook wordt er een aantal ideeën aangereikt om therapeutische dwaling mogelijk een halt toe te roepen. Zo stellen we bijvoorbeeld een cognitieve gedragsbenadering voor therapeuten voor, die gericht is op de cognities, emoties en gedragingen die leiden tot aanhoudende vermijding van evidence-based therapieën.

Trefwoorden: therapist drift, therapeutische dwaling, psychotherapieën, evidence-based praktijk, training, cognitieve gedragstherapie

INLEIDING

.....

86

Er zijn verschillende redenen waarom evidence-based therapieën slecht aangeboden worden, zoals gebrekkige training in de betreffende therapie (zie bijvoorbeeld: Royal College of Psychiatrists, 2013) of een werkomgeving die toepassing van de benodigde methoden niet toelaat (als bijvoorbeeld het benodigde aantal sessies niet geboden mag worden). Een van de andere redenen ligt in onze eigen praktijk, namelijk therapeutische dwaling (*therapist drift*; Waller, 2009). Therapeutische dwaling kan men conceptualiseren als het niet of onvoldoende adequaat aanbieden van de therapieën waarin iemand getraind is, ook al zijn de benodigde hulpmiddelen om ze (correct) aan te bieden voorhanden. Dit falen kan een bewust of onbewust aangestuurde actie zijn. Het resultaat is echter altijd hetzelfde: de patiënt ontvangt therapie die aanzienlijk afwijkt van de empirische basis, waardoor zijn kans op verbetering of herstel afneemt.

Dit artikel geeft een overzicht van het aanzienlijke recente bewijs voor therapeutische dwaling, hoe deze dwaling ten koste gaat van patiënten, en de redenen voor deze dwaling. De focus ligt daarbij vooral op cognitieve gedragstherapie (CGT), eenvoudigweg omdat daar het meeste bewijs verzameld werd. We besluiten met de suggestie dat we er baat bij kunnen hebben als we de principes van CGT op onszelf toepassen, en werken aan het wijzigen van onze eigen overtuigingen, emoties en gedragingen.

DRIE ESSENTIËLE ELEMENTEN VAN EFFECTIEVE THERAPIE

.....

Hoewel bewezen is dat therapie effectief en voordelig geboden kan worden (zie bijvoorbeeld: Layard & Clark, 2014), is er ook aanzienlijk bewijs dat dit niet daadwerkelijk gebeurt, zoals hieronder zal worden beschreven. Effectief en voordelig therapieaanbod moet aan drie randvoorwaarden voldoen:

1. De therapie moet werken

.....

Ten eerste moet men beschikken over een effectieve combinatie van therapeutische technieken, zoals de technieken die de canon vormen voor CGT en andere evidence-based therapieën. Deze technieken variëren van specifieke interventies tot meer algemene meta-competenties, zoals het vermogen om te werken vanuit de therapeutische werkrelatie en het vermogen om adequaat te reageren op problemen tijdens de interventie. Onderzoek heeft geleid tot een gedegen empirische basis voor op protocollen gebaseerde therapieën (Addis & Waltz, 2002; Cukrowicz et al., 2011; Gudyish et al., 2014; Hogue et al., 2008; Hukkelberg & Ogden, 2013). Deze resultaten kunnen worden gegeneraliseerd naar reguliere klinische settings, als de therapie maar correct toegepast wordt (Persons, Bostram, & Bertagnolli, 1999;

Persons, Roberts, Zalecki, & Brechwald, 2006; van Ingen, Freiheit, & Vye, 2009), maar niet als de therapie in de klinische praktijk anders aangeboden wordt (Gibbons, Stirman, Derubeis, Newman, & Beck, 2013; Hansen, Lambert, & Forman, 2002).

2. De patiënt moet zich verbinden aan de therapie

.....

Ten tweede dient de patiënt zich actief op te stellen in de therapie, en niet enkel de sessies bij te wonen. Zoals eerder gesteld (Waller, 2009), is het belangrijk om te bedenken dat CGT de meeste kans heeft om effectief te zijn als de therapie 168 uur per week (7 x 24 uur) in beslag neemt, waarbij slechts één uur gericht is op coaching door de therapeut over hoe te veranderen, en de overige 167 uren op het toepassen van het geleerde in het dagelijks leven. Het gevaar bestaat namelijk dat de patiënt uitsluitend de therapiesessies bijwoont (één uur per week), in plaats van de therapie ten volle te ondergaan (de rest van de week), vanuit de onjuiste gedachte dat sessies bijwonen hetzelfde is als 'in therapie zijn'. Vaak is het aan de therapeut om de patiënt te overtuigen van het tegendeel.

3. De clinicus moet de therapie geven

.....

Tot slot moeten we de benodigde kennis hebben over evidence-based therapieën en deze correct aanbieden. Dit is het aspect waarbij therapeutische dwaling de therapeutische effectiviteit kan ondermijnen. Aanwijzingen dat er sprake is van dwaling en de redenen ervoor verdienen dus onze aandacht.

TOENEMENDE EVIDENTIE VOOR THERAPEUTISCHE DWALING

.....

In de afgelopen paar jaar is de empirische evidentie voor therapeutische dwaling aanzienlijk toegenomen. Zo zijn er bij tal van psychische aandoeningen substantiële verschillen tussen therapeuten in hoe ze CGT aanbieden, zelfs wanneer de benodigde methoden gemakkelijk toegankelijk en goed bekend zijn (McAleavey, Castonguay & Goldfried, 2014; Shafran et al., 2009; Sinai, Gur, & Lipsitz, 2012; Szkodny, Newman, & Goldfried, 2014; Wang, Demler, & Kessler, 2002; Wang et al., 2005; Wolf & Goldfried, 2014). Een van de problemen is dat clinici zelden geneigd zijn om nieuwe methoden op hun eigen merites te beoordelen en te incorporeren (Cook, Schnurr, Biyanova, & Coyne, 2009).

Het gebruik van op exposure gebaseerde methoden is een bijzonder punt van zorg (Farrell, Deacon, Dixon, & Lickel, 2013; Farrell, Deacon, Kemp, Dixon, & Sy, 2013). Zo hebben bijvoorbeeld Hipol en Deacon (2013) aangetoond dat we onze exposuretechnieken verhoudingsgewijs zelden toepassen, en als we het doen, is ons 'exposurewerk' vaak van bedenkelijke kwaliteit. Op

het gebied van posttraumatische-stressstoornis (PTSD) hebben van Minnen, Hendriks en Olff (2010) aangetoond dat imaginaire exposure sterk onderbenuut wordt (Ehlers, Gene-Cos, & Perrin, 2009; Russell & Silver, 2007). De beslissingen van therapeuten wat betreft het gebruik van imaginaire exposure zijn niet gebaseerd op de effectiviteit en geschiktheid van de therapie, maar op andere factoren, zoals comorbiditeit, de voorkeuren van de patiënt, hun eigen geslacht en hun eigen angst voor negatieve uitkomsten.

Op het gebied van eetstoornissen laten klinici zien dat ze zich in goede mate bewust zijn van evidence-based therapieën, maar zeggen ze deze therapieën relatief weinig te gebruiken (Simmons, Milnes, & Anderson, 2008; von Ranson, Wallace, & Stevenson, 2013a; Waller, Stringer, & Meyer, 2012). Alles samengenomen laten deze bevindingen ons opnieuw zien dat enkel het label 'CGT' geen enkele garantie biedt voor de therapie die geboden wordt of voor het vermogen van de therapeut om de therapie adequaat aan te bieden.

Er is wel enige vooruitgang geboekt wat betreft het begrijpen van het perspectief van patiënten over hoe het eraan toegaat in therapie en of dit overeenkomt met de empirische basis. Onderzoek naar de ervaringen van patiënten tegen wie gezegd was dat zij CGT genoten, komt zeer overeen met de verslagen van klinici die deze therapie zeggen te bieden, met aanzienlijke afwijkingen van evidence-based benaderingen (Cowdrey & Waller, 2015; Stobie, Taylor, Quigley, Ewing, & Salkovskis, 2007). Men zou kunnen suggereren dat deze afwijkingen te wijten zijn aan patiënten die de evidence-based benadering van de hand wijzen, maar het bewijs doet anders vermoeden, aangezien patiënten over het algemeen positiever lijken te zijn over evidence-based methoden dan hun therapeuten (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004; Becker et al., 2009).

REDENEN VOOR THERAPEUTISCHE DWALING

.....

Als we weten dat we zelfs complexe casussen in reguliere klinische settings kunnen helpen met evidence-based behandelingen (zie bijvoorbeeld: Long et al., 2010), waarom doen we dat dan niet? Meehl (1986) somt een aantal redenen op waarom we er niet in slagen om het wetenschappelijk bewijs te volgen. Veel van die redenen zijn terug te vinden in de resultaten van recentere onderzoeken naar de kennis van klinici, hun overtuigingen, gedragingen, emoties en persoonlijkheden:

Onze kennis

.....

Het mag logisch lijken dat kennis over de stoornissen waaraan we werken een randvoorwaarde is voor succesvolle behandeling. Echter, zelfs klinici die werkzaam zijn in settings waar de benodigde informatie makkelijk toegankelijk is of waar ze er regelmatig mee in contact komen, blijken die kennis

niet in een overeenkomstige mate te raadplegen. In weerwil van de argumenten ten gunste van het gebruik van handboeken en richtlijnen om onze kennis en vaardigheden te verbeteren en op peil te houden (Wilson, 1996), zijn er duidelijke aanwijzingen dat relatief weinig therapeuten dit ook daadwerkelijk doen (Addis & Krasnow, 2000; Tobin, Banker, Weisberg, & Bowers, 2007; Wallace & von Ranson, 2012; Waller et al., 2012). Het gaat hier lang niet altijd om simpele nalatigheid. Veel klinici hebben een negatieve houding ten aanzien van handboeken (Addis & Krasnow, 2000; Waller et al., 2013), een punt dat hieronder nader besproken wordt.

Onze overtuigingen en houdingen

Het is belangrijk om het bewijs te bekijken voor het feit dat onze overtuigingen en houdingen een rol spelen in hoe we therapie aanbieden. Zo zorgen onze negatieve overtuigingen ten aanzien van op exposure gebaseerde methoden er bijvoorbeeld voor dat we veel voorzichtiger zijn in het gebruiken van hiërarchieën wanneer we werken met patiënten met een dwangstoornis of paniekstoornis (Deacon, Farrell et al., 2013; Deacon, Lickel, Farrell, Kemp & Hipol, 2013). Zoals eerder vermeld, interageren die overtuigingen en houdingen met onze kennis. Daarnaast spelen ze een belangrijke rol in hoe we ons voelen en gedragen in de therapie die we aanbieden.

Filosofische overtuiging — We horen vaak dat psychotherapie ofwel kunst ofwel wetenschap is, afhankelijk van de overtuiging van het individu. In dezelfde geest omschrijft McHugh (1994) klinici als individuen die hun praktijk baseren op de onverzoenbare persoonlijke filosofieën van hetzij ‘romantiek’ (waarbij klinische beslissingen vooral gemaakt worden op basis van intuïtie en klinisch oordeel) of ‘empirisme’ (waarbij klinische beslissingen vooral gemaakt worden op basis van wetenschappelijk bewijs).

Overtuigingen over onszelf — Lilienfeld en collega’s (2013) hebben een aantal vertekeningen (*biases*) beschreven in hoe we onze eigen vaardigheden en impact waarnemen. Het meest onthutsende voorbeeld zijn misschien wel de vertekeningen in hoe we onszelf beoordelen. Zowel Walfish, McAlister, O’Donnell en Lambert (2012) als Parker en Waller (2015) hebben aangetoond dat therapeuten in grote meerderheid geloven dat hun vaardigheidsniveau aanzienlijk boven het gemiddelde ligt en dat slechts weinigen zichzelf tot de laagste 50% van de klinici rekenen. Verder geven we een veel hoger herstel- en verbeteringspercentage voor onze patiënten aan dan te verwachten valt op basis van gegevens uit de reguliere klinische praktijk (Hansen et al., 2002). Kortom, het lijkt erop dat we een opgeblazen beeld hebben van ons eigen kunnen, overigens net als dat op andere terreinen van menselijk handelen wordt gevonden. Het probleem dat volgt uit zulke overtuigingen is

duidelijk: waarom zouden we proberen onszelf als klinici te verbeteren als we ervan overtuigd zijn dat we al op zeer hoog niveau werken?

90

Klinisch oordeel — Meehl (1954), en Grove, Zald, Lebow, Snitz en Nelson (2000), hebben de evidentie die voorhanden is bekeken en er meta-analyses op uitgevoerd. Zo hebben ze aangetoond dat de klinische beoordeling door de therapeut aanzienlijk minder effectief is dan benaderingen waarbij men zich op een protocol baseert. Bovendien was er geen bewijs dat iemands klinisch oordeel meer of minder effectief afhankelijk is van zijn opleidingsniveau, aantal jaren ervaring of beroepsgroep (Grove et al., 2000). Er zijn zelfs aanwijzingen dat therapeuten minder effectief worden in de loop van de jaren die volgen op het behalen van hun kwalificaties (Shapiro & Shapiro, 1982). We moeten ons er daarom van bewust zijn dat we de neiging hebben om bewijs op een niet te verantwoorden wijze te negeren en dat we het wetenschappelijke aspect niet naast ons neer mogen leggen omdat ‘wij het toch wel het beste weten, op grond van wie we zijn’. Het klinische oordeel is weliswaar essentieel voor de flexibele toepassing van protocollen (Wilson, 1996), maar kan die protocollen niet vervangen.

Voor- en nadelen van handleidingen en behandelprotocollen

Het gebruik van evidence-based handleidingen leidt tot lagere zorgkosten en betere klinische uitkomsten dan het gebruik van ongestructureerde benaderingen (Addis & Waltz, 2002; Cukrowicz et al., 2011), zeker voor minder ervaren therapeuten (Crits-Christoph et al., 1991). Onze relatie met behandelprotocollen is echter zeer gecompliceerd en kan leiden tot therapeutische dwaling.

Addis en Krasnow (2000) hebben vastgesteld dat we zowel positieve meningen kunnen hebben over de impact van zulke handleidingen op het therapieresultaat (bijvoorbeeld: ‘ze helpen therapeuten op het juiste spoor te blijven tijdens de therapie’) als negatieve meningen over hun impact op het therapieproces (bijvoorbeeld: ‘handleidingen ondermijnen de creativiteit en het klinisch kunstenaarschap’). Vooral die negatieve ideeën zijn belangrijk om te begrijpen, want er zijn aanwijzingen dat negatieve houdingen ten aanzien van handleidingen slechtere resultaten bij CGT voorspellen (Wiborg, Knoop, Wensing, & Bleijenberg, 2012). Die houdingen worden ten dele bepaald door onze ideeën over de inhoud van handleidingen. Zo hebben klinici een negatievere houding wanneer ze geloven dat handleidingen geen aandacht besteden aan de therapeutische alliantie; wanneer ze er daarentegen van overtuigd zijn dat handleidingen gebruikmaken van casusmateriaal, is hun houding veel positiever (Addis & Krasnow, 2000; Waller et al., 2013). En ook al zijn de therapeutische alliantie en casusvoorbeelden gangbare onderwerpen in evidence-based handleidingen, als klinici geloven dat dit niet het

geval is, zullen ze die handleidingen niet gebruiken en zullen hun overtuigingen op dat vlak niet op de proef gesteld worden.

Onze implementatie van evidence-based protocollen kan beïnvloed worden door ongegronde overtuigingen en houdingen. Zo zijn we minder geneigd om evidence-based protocollen toe te passen voor specifieke stoornissen als er sprake is van comorbiditeit (Gielen, Krumeich, Havermans, Smeets, & Jansen, 2014; McAleavey et al., 2014; Meyer, Farrell, Kemp, Blakey, & Deacon, 2014), ook al ondersteunt het beschikbare bewijs zo'n afwijking niet (Karačić, Wales, Arcelus, Palmer, Cooper & Fairburn, 2011). Over het algemeen schrijven we onze keuzen om af te wijken van door een protocol ondersteunde evidence-based praktijken toe aan de betreffende patiënten (bijvoorbeeld aan hun gebrek aan motivatie, weerstand of ernst van de symptomen) of aan de omstandigheden (bijvoorbeeld aan logistieke problemen), in plaats van aan onszelf (McAleavey et al., 2014; Szkodny et al., 2014; Wolf & Goldfried, 2014).

Over het algemeen wordt de mate waarin we geneigd zijn om evidence-based therapieën toe te passen in ieder geval ten dele bepaald door de informatie over de therapieën waarover we beschikken en de houding die we hebben tegenover de therapieën (Cahill, Foa, Hembree, Marshall, & Nacash, 2006; Deacon, Farrell et al., 2013; Harned, Dimeff, Woodcock, & Contreras, 2013; Meyer et al., 2014). Zo toonde experimenteel onderzoek aan (Farrell, Deacon, Kemp et al., 2013) dat klinici die meer onderwezen werden over de negatieve gevolgen van 'exposure' meer geneigd waren om de eisen van een dergelijke therapie af te zwakken en patiënten op niet passende wijze gerust te stellen.

Hoe belangrijk is de therapeutische alliantie?

Beck, Rush, Shaw en Emery (1979) zien de therapeutische alliantie als noodzakelijk maar niet als voldoende om verandering te garanderen, en leggen meer de nadruk op therapeutische technieken als een instrument voor verandering. Daarentegen beschouwen veel anderen de relatie juist als een essentieel instrument voor verandering (bijvoorbeeld: Gilbert & Leahy, 2007). De belangrijkste vraag hierbij is of we de therapeutische waarde van de relatie niet overwaarden (Brown, Mountford & Waller, 2013a; Raykos et al., 2014), waardoor we onszelf toestaan af te wijken van evidence-based therapieën.

Een gangbare veronderstelling is dat de sterkte van de relatie de mate van therapeutische verandering voorspelt. Het is zeker zo dat beide gecorreleerd zijn, zij het veel minder sterk dan doorgaans wordt aangenomen. De meta-analyses die zijn uitgevoerd met betrekking tot dit thema (Horvath & Symonds, 1991; Martin, Garske, & Davis, 2000) geven correlaties aan van 0,22 en 0,26, wat overeenkomt met slechts 5%-6% verklaarde variantie in de behandeluitkomsten. Ook impliceren correlaties geen oorzakelijk ver-

band. Leidt de alliantie tot therapeutische verandering of is het omgekeerd? In weerwil van de gevestigde opvattingen heeft longitudinaal onderzoek (Brown, Mountford, & Waller, 2013b; Crits-Cristoph, Gibbons, & Hearon, 2006; Tang & DeRubeis, 1999; Turner, Bryant-Waugh, & Marshall, 2015) aangetoond dat vroegtijdige verandering in symptomen leidt tot verbetering van de relatie.

Ons ogenschijnlijke vertrouwen in de kracht van de therapeutische alliantie bij CGT (zie bijvoorbeeld: Gilbert & Leahy, 2007) heeft misschien te maken met het feit dat er dan minder noodzaak is om te leren over, of te focussen op, evidence-based technieken. Onze bezorgdheid dat aansturen op gedragsverandering en cognitieve verandering onze patiënten mogelijk overvraagt of van streek maakt, kan ertoe leiden dat wij als klinici gedrag gaan vertonen dat gericht is op zelfbescherming, zoals onze patiënten *niet* aansporen om te veranderen, zodat onze eigen identiteit als positief persoon in hun leven niet wordt bedreigd. Meehl (1973) verwoordde deze terughoudendheid goed toen hij zei dat sommige klinici een ‘geblazen-glastheorie van de menselijke geest’ hebben. Ze zijn namelijk bang om hun ‘fragiele’ patiënten op de een of andere manier te breken als ze van hen vragen veranderingen door te voeren, los van het feit dat de patiënt de rest van de week misschien wel doorbrengt in omstandigheden die extreme stress veroorzaken.

Definities voor een effectieve werkalliantie moeten worden overwogen (Crits-Cristoph et al., 2006) om te zorgen dat we niet ten onrechte gaan geloven dat een goede relatie met onze patiënten hetzelfde is als een goede werkalliantie. Wilson, Fairburn en Agras (1997) leggen de nadruk op een balans tussen standvastigheid en empathie bij het tot stand brengen van een functionele therapeutische alliantie. Verder moeten we het feit niet uit het oog verliezen dat ook de standpunten van onze patiënten ertoe doen. Fung en collega's (2005) toonden aan dat patiënten die de keuze geboden wordt, geneigd zijn de voorkeur te geven aan technische vaardigheden boven interpersoonlijke vaardigheden van hun eerstelijnsbehandelaar. Het is dus mogelijk dat we de gedachten van onze patiënten verkeerd inschatten wanneer we aannemen dat onze patiënten liever hebben dat we het gebruik van evidence-based technieken afzwakken.

Onze emoties

Er is al eerder gesuggereerd (Waller, 2009) dat de staat van onze emoties ons er gemakkelijk toe kan brengen afstand te nemen van evidence-based werken, maar er was destijds weinig onderzoek om die opvatting te ondersteunen. Daar is aanzienlijke verandering in gekomen nu er bewijs is dat sommige emotionele toestanden geassocieerd zijn met bepaalde therapieprocessen en -uitkomsten. In het algemeen hebben Westra, Aviram, Connors en Kertes (2012), en Nissen-Lie, Monsen, Ulleberg en Rønnestad (2013), aangetoond dat onze emotionele reacties op patiënten de therapie kunnen bevorderen

of tegenwerken. Beutler, Crago en Arizmendi (1986) hebben bijvoorbeeld geconcludeerd dat therapeuten die minder emotionele beroering ervaren consequentere patiëntenuitkomsten hebben. Het is echter waarschijnlijk niet effectief om onze emoties enkel te maskeren. Deacon en Farrell (2013) bepleiten overtuigend dat 'therapeuten die een poging doen om zichzelf te beschermen tegen emotionele beroering tijdens exposure-therapie riskeren hun patiënten de kans te ontnemen om hun pathologische angst volledig te overwinnen' (p. 370).

De meerderheid van het bewijs van de afgelopen jaren dat de emoties van klinici relateert aan therapeutische dwaling onderstreept de rol die onze eigen angsten daarin spelen. Zo zijn angstige klinici die CGT toepassen voor depressie minder geneigd tot het gebruik van evidence-based technieken (Simpson-Southward, Hardy & Waller, 2016). Onze eigen angsten zijn met name relevant om te begrijpen waarom we exposuremethoden wel of niet toepassen. Zo hebben Meyer en collega's (2014) aangetoond dat angstigere klinici de neiging hebben om het grote belang van exposuremethoden voor patiënten af te zwakken. Wat betreft eetstoornissen hebben Waller en collega's (2012) aangetoond dat klinici die hogere niveaus van angst rapporteren ook minder geneigd zijn om patiënten te vragen om essentiële CGT-taken op zich te nemen (zoals het bijhouden van een dagboek, gestructureerd eten en gedragsexperimenten). Ten slotte melden angstigere klinici dat hun patiënten bij behandeling van anorexia nervosa minder aankomen, mogelijk omdat hun angst geassocieerd is met de overtuiging dat de eerder gevestigde therapeutische alliantie bepalend is voor de uitkomst (Brown, Mountford, & Waller, 2014).

Wat ook mogelijk de rol van angst ondersteunt, is het concept van het niet tolereren van onzekerheid. Turner, Tatham, Lant, Mountford en Waller (2014) hebben aangetoond dat het niet tolereren van onzekerheid gerelateerd is aan de zorgen van klinici over het aanbieden van een aantal elementen van CGT. CGT is gebaseerd op het feit dat noch de clinicus, noch de patiënt exact weet wat er zal gebeuren als verandering tot stand wordt gebracht, maar dat beiden bereid zijn om die onzekerheid te verdragen tot er duidelijkheid is over het resultaat. Als we echter niet in staat zijn om angst te verdragen, zullen we ook geneigd zijn om veiligheidsgedrag te vertonen dat overeenkomt met het gedrag van de patiënt (zie onder). Deze conclusie komt sterk overeen met de 'geblazen-glastheorie van de menselijke geest' van Meehl (1973), zoals hierboven beschreven.

Niet alleen angst, maar ook een sombere stemming is de moeite waard om nader te overwegen. Zo hebben Waller en collega's (2013) aangetoond dat therapeuten die hogere niveaus van depressie melden vaak een negatieve houding hebben tegenover gestandaardiseerde therapiebenaderingen. Daarnaast hebben Simpson-Southward, Waller en Hardy (2016) aangetoond dat therapeuten met een lage eigenwaarde die geen evidence-based benaderingen toepassen een nog lagere eigenwaarde hebben dan therapeuten

die dat wel doen. Deze causaliteit zou uiteraard circulair kunnen zijn: clinici met lagere niveaus van zelfeffectiviteit zijn minder geneigd om evidence-based benaderingen te gebruiken, waardoor hun werk minder effectief is en hun eigenwaarde daalt. Ten slotte zijn er nog andere gemoedstoestanden zeker het overwegen waard om te verklaren waarom therapeuten afwijken, bijvoorbeeld boosheid en verveling (Morrant, 1984).

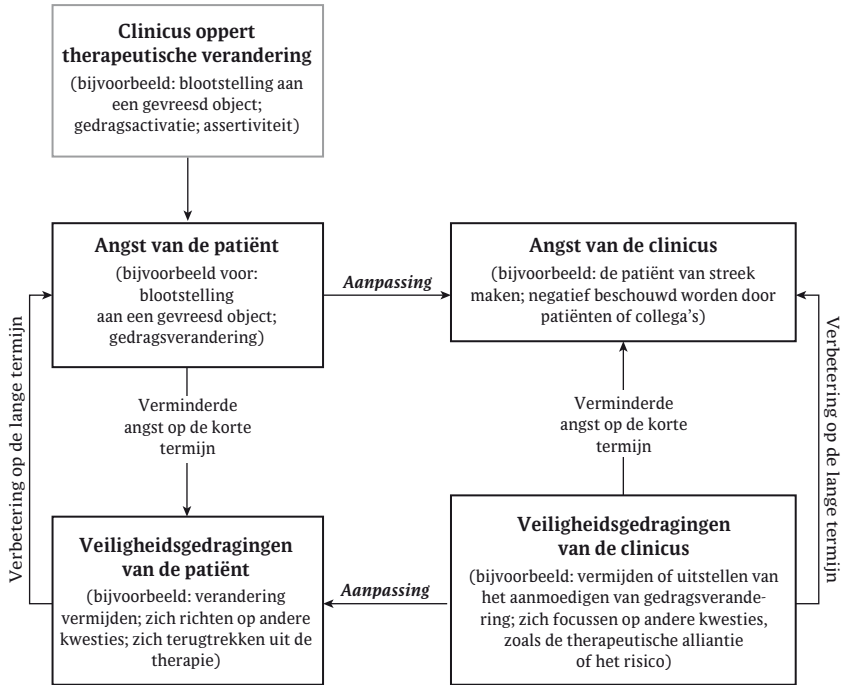
Onze persoonlijkheden

Er is een eerste indicatie dat onze persoonlijkheden gerelateerd zijn aan therapeutische dwaling. Zo hebben Peters-Scheffer, Didden, Korzilius en Sturmey (2013) aangetoond dat als we het persoonlijkheidskenmerk hebben open te staan voor ervaringen we eerder geneigd zijn om ons aan protocollen te houden. Green, Barkham, Kellett en Saxon (2014) hebben aangetoond dat clinici met meer veerkracht, organisatievermogen en zelfvertrouwen betere resultaten behalen wanneer zij kortstondige, evidence-based interventies toepassen. Dit patroon behoeft nader onderzoek, maar doet vermoeden dat de patronen van overtuigingen, gedragingen en emoties die in dit overzicht worden behandeld misschien clusters kunnen vormen in de persoonlijkheden van individuele clinici.

Ons veiligheidsgedrag

De afgelopen jaren is er meer evidentie verzameld voor de stelling dat angstigere clinici minder aansturen op gedragsverandering en huiverig zijn voor het toepassen van andere centrale therapeutische technieken (bijvoorbeeld Meyer et al., 2014; Turner et al., 2014; Waller et al., 2012). Zulke clinici hebben de neiging om de nadruk te leggen op de therapeutische alliantie als een instrument voor verandering en die alliantie te verkiezen boven therapeutische technieken die empirisch onderbouwd zijn, ook al wordt die benadering gerelateerd aan slechtere resultaten (Brown et al., 2014). Kortom, we vertonen veiligheidsgedrag om ons eigen angstniveau op de korte termijn te verlagen, maar lopen daarbij het risico om minder effectieve clinici te zijn op de lange termijn.

Het is belangrijk om te erkennen dat ons veiligheidsgedrag waarschijnlijk interageert met dat van onze patiënten. De angst van de patiënt kan angst bij de therapeut teweegbrengen en omgekeerd kunnen onze eigen angstreducerende gedragingen die van de patiënt bevorderen. Oftewel, wanneer we onze eigen acute angst denken te kunnen verminderen door die van de patiënt te verminderen, stimuleert ons vermijdingsgedrag het vermijdingsgedrag van de patiënt. Dit proces van aanpassing wordt afgebeeld in figuur 1. Het is een voorbeeld van hoe onze beste bedoelingen (dat we de angst van de patiënt ten aanzien van verandering gedurende de sessie willen verminderen) vaak juist de verstoorde gedragingen, emoties en dergelijke van de patiënt in stand houden.



FIGUUR 1 *Interagerende veiligheidsgedragingen van patiënten en clinicus, en patronen van aanpassing tussen die twee sets gedragingen*

Er zijn dus twee manieren om af te wijken van de effectiefste vorm van therapie. Ten eerste kunnen we reageren op de angst (of gevreesde angst) van de patiënt door zijn therapieopdrachten te vereenvoudigen, bijvoorbeeld door de stappen in een exposurehiërarchie te verkleinen, en de patiënt gerust te stellen (Farrell, Deacon, Kemp et al., 2013). Ten tweede kunnen we aanleren om het aansturen op verandering te allen tijde te vermijden. Het is waarschijnlijk dat hoe hoger het niveau van intolerantie voor onzekerheid in onze eigen persoonlijkheid is, hoe sterker we ernaar zullen neigen om nooit aan patiënten voor te stellen dat ze zouden moeten veranderen. Kortom, de conclusie luidt dat ‘aardig zijn’ op de korte termijn een averechtse benadering is, als men wil dat de patiënt het op de lange termijn goed doet, in ieder geval voor bepaalde therapieën (Nissen-Lie, Monsen, & Rønnestad, 2010; Nissen-Lie et al., 2013).

Onze interpersoonlijke omgeving

96

De meesten van ons opereren als therapeut in een bepaalde sociale context, die bestaat uit informele relaties (bijvoorbeeld met onze collega's), en uit meer formele machts- en toezichtsstructuren (bijvoorbeeld wanneer we werken voor een werkgever of verslag doen bij verwijzers). Net als bij alle andere aspecten van het begrijpen van menselijk gedrag is het belangrijk om in overweging te nemen hoe die context mogelijk van invloed is op therapeutische dwaling.

Opereren in teams en diensten — Er zijn veel manieren waarop het werken in een team en in diensten onze aandacht voor de beste aanpak en positieve resultaten kan hinderen. Sommige daarvan zijn institutioneel, andere interpersoonlijk. Voor de hand liggende voorbeelden zijn settings of diensten waarbij men niet voldoende ondersteuning biedt voor een compleet behandeltraject (omdat er een gebrek aan middelen is, ontoereikende training, korte behandeltijden, enzovoort). Er is echter ook bewijs van institutioneel verzet tegen het toepassen van evidence-based methoden (Lowe, Bunnell, Neeren, Chernyak, & Greberman, 2011) en bewijs van het feit dat we niet goed tussen verschillende settings communiceren, zelfs als dat de patiënt ten goede zou komen (Bambling et al., 2007).

Supervisie — Ook al bestaat er nagenoeg geen twijfel over het feit dat supervisie positief bijdraagt aan het bevorderen van effectieve therapie (Öst, Karlstedt, & Widén, 2012); het bewijs voor die conclusie is niettemin zeer beperkt. Het beperkte onderzoek dat wel beschikbaar is, suggereert dat supervisie positief bijdraagt aan het op peil houden van onze vaardigheden en ons zelfvertrouwen (Mannix et al., 2006; Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004). De optimale focus voor supervisie is echter nog niet duidelijk (Bambling et al., 2007). Ook worden niet alle gesuperviseerden gelijk behandeld, en is er bewijs dat supervisors mannelijke en vrouwelijke cliënci anders behandelen, afhankelijk van het angstniveau van de cliënci, maar ongeacht het geslacht van de supervisor (Simpson-Southward, Waller et al., 2016).

Nog zorgelijker is dat er misschien ook in de supervisie sprake is van een proces van dwaling, waarbij de supervisor de therapeut minder uitdaagt, ten einde het risico op verslechtering van de relatie tussen hen beiden te verkleinen. Zo overwaarderen supervisors consequent de vaardigheden van de therapeuten die zij observeren, in vergelijking met onafhankelijke beoordelaars, maar ook in vergelijking met de opvatting van de gesuperviseerden zelf (Dennhag, Gibbons, Barber, Gallop, & Crits-Christoph, 2012; McManus, Rakovshik, Kennerley, Fennell, & Westbrook, 2012). Oftewel, opgeblazen waardering van de vaardigheden van cliënci blijft dus niet beperkt tot onszelf (Brosan, Reynolds & Moore, 2008; Parker & Waller, 2015; Walfish et al.,

2012), maar kan ook een rol spelen in onze verhouding tot degenen voor wie we ons verantwoordelijk voelen, wat het bereik van dwaling binnen het therapeutisch proces vergroot.

Samenvatting van de redenen voor therapeutische dwaling

De afgelopen jaren is uit onderzoeksresultaten gebleken dat onze neiging om af te wijken van de evidence-based praktijk het resultaat is van een verscheidenheid aan zeer menselijke ervaringen en eigenschappen. Deze factoren maken dat we veiligheidsgedrag vertonen om onze eigen angsten over het aanmoedigen van gedragsverandering te verminderen. Omdat de redenen voor dwaling zo verscheiden zijn, hebben we waarschijnlijk veelzijdige benaderingen nodig om onze eigen praktijk te veranderen. De vraag is dus wat we kunnen doen om die verandering teweeg te brengen, het risico op therapeutische dwaling te reduceren en de uitvoering van evidence-based behandelingen (waar voorhanden) te verbeteren.

TERUGDRINGEN VAN THERAPEUTISCHE DWALING

Wat kunnen we realistisch gezien doen om therapeutische dwaling te verminderen, nu we zicht hebben op de verschillende factoren die zulke dwalingen in de hand werken? Beleidsveranderingen hebben een beperkt vermogen om de invoering en uitvoering van therapieën onder medici te regulariseren (Beidas et al., 2014; Franklin et al., 2004). Verandering vergt juist actieve interventie om bestaande systemen te destabiliseren.

Structurele verandering

Het doorvoeren van klinische richtlijnen is notoir traag en fragmentarisch, met een gemiddelde van zeventien jaar tussen de ontwikkeling van nieuwe informatie middels rigoureuze toetsing en de brede klinische invoering ervan (Institute of Medicine, 2001). Sprang, Craig en Clark (2008) bepleiten meer actieve vormen van disseminatie, in plaats van de relatief passieve vormen die momenteel overheersen (zoals circulatie van richtlijnen). Shafran en collega's (2009) schetsen gedetailleerde manieren waarop we evidence-based methoden effectief kunnen dissemineren, zoals de toegang tot handleidingen vergemakkelijken, medici aanmoedigen om trainingen te volgen, en mechanismen voor actie- en uitkomstindicatoren identificeren. De meest relevante suggestie om therapeutische dwaling aan te pakken is dat er meer gekeken moet worden naar het effect van therapeuten. Leeftijd en ervaring zijn niet voldoende om verbetering te garanderen, en zijn mogelijk juist nauwer gerelateerd aan afwijking van evidence-based methoden en zwakkere patiëntresultaten (Grove et al., 2000; Shapiro & Shapiro, 1982). Derhalve

moeten we andere invloeden van therapeuten en systemen op disseminatie in ogenschouw nemen.

Therapeutselectie

Dit is een kwestie die zelden besproken wordt in een evidence-based context, maar het is wel een belangrijke kwestie, die we in toekomstig onderzoek in overweging moeten nemen: moeten we persoonlijkheid of andere indicatoren (bijvoorbeeld academische prestaties) gebruiken om te bepalen wie geschikt is om opgeleid te worden tot therapeut? Zijn bepaalde individuen geschikter dan andere om bepaalde therapieën aan te bieden? Een goed voorbeeld is het geslacht van de therapeut. Er zijn namelijk aanwijzingen dat vrouwelijke therapeuten meer geneigd zijn om niet-evidence-based, eclectische praktijken toe te passen (Sprang et al., 2008). Er is bij de uitvoering van CGT zelf echter geen verschil tussen mannen en vrouwen wat betreft het gemelde gebruik van kerntechnieken of attitudes ten opzichte van handleidingen (Waller et al., 2012, 2013). Kortom, als de persoonlijke eigenschappen van therapeuten voorafgaand aan training of werk als therapeut tot dwaling kunnen leiden (of tot absolute weigering om de meest effectieve behandeling aan te bieden), dan moet de mogelijkheid worden overwogen om therapeuten te selecteren en te ‘streamen’ in overeenstemming met de behoeften van de patiënt.

Training en het op peil houden van vaardigheden: competentie, naleving of resultaten?

Al lijkt het voor de hand te liggen dat therapeuten geen therapieën zouden moeten aanbieden waar zij niet in getraind zijn, toch bestaat deze situatie en wordt ze al lang getolereerd (Royal College of Psychiatrists, 2013). Tal van auteurs hebben reeds geopperd dat de training verbeterd moet worden (bijvoorbeeld: Sprang et al., 2008), waarbij de noodzaak om rekening te houden met de eigen angsten van de therapeut meegenomen wordt (Harned et al., 2013; van Minnen et al., 2010). Maar welke resultaten moeten we dan nastreven?

Competentie — Een van de suggesties is dat de nadruk zou moeten liggen op het ontwikkelen van therapeutische competentie in het aanbieden van therapieën: kunnen therapeuten de therapeutische methoden juist toepassen (Fairburn & Cooper, 2011; Koerner, 2013; Roth & Pilling, 2007)? Deze benadering vergt een grote mate van toezicht op bekwaamheid gedurende de training en is daarom relatief prijzig. De kwestie van therapeutische dwaling speelt hier een belangrijke rol: als de individuele therapeut een verscheidenheid aan interpersoonlijke eigenschappen heeft (overtuigingen, emoties, enzovoort) die kan leiden tot een hogere kans op afwijking van evidence-

based behandelingen op de lange termijn, dan wordt competentie opeens een veel moeilijkere maatstaf om te gebruiken. Behalve simpelweg bepalen of de therapeut competentie heeft *bereikt* gedurende zijn training, moet er dan ook op de lange termijn toezicht gehouden worden om te bepalen of de therapeut zijn competentie *op peil houdt*. Zulk toezicht behoeft duurdere, meer tijdrovende benaderingen (zoals het opnemen en objectief beoordelen van sessies, en het gebruik van rollenspellen; Fairburn & Cooper, 2011). Het toezicht zal mogelijk gedurende de gehele loopbaan van de therapeut moeten worden voortgezet om de daling in uitkomsten te voorkomen die gerelateerd is aan de hoeveelheid tijd dat men al werkzaam is als therapeut (Shapiro & Shapiro, 1982). Het zou echter niet moeilijk zijn om die investering te rechtvaardigen als ze daadwerkelijk zou leiden tot betere uitvoering van evidence-based behandelingen bij patiënten.

Bestaande trainingsmethoden zijn niet ideaal voor klinici om competentie te verkrijgen (Sharpless & Barber, 2009). Fairburn en Cooper (2011) stellen een gefaseerde trainingsbenadering voor, waarbij online hulpmiddelen een meer alomvattende training mogelijk maken dan normaal gebruikelijk is. Maar kunnen we er wel op vertrouwen dat individuele therapeuten toezicht op zichzelf kunnen houden of dat ze onder voldoende supervisie komen te staan? Met het oog op ons beeld van onze eigen vaardigheden en die van onze gesuperviseerden, is het antwoord op die vraag waarschijnlijk ontkennend. Waarom zouden we ons druk maken over onze eigen vaardigheden als we geloven dat wijzelf (en onze gesuperviseerden) ver boven het niveau van de gemiddelde clinicus opereren (Dennhag et al., 2012; Parker & Waller, 2015; Walfish et al., 2012)?

Naleving — Als we er vanwege *therapist drift* en *supervisor drift* niet op kunnen rekenen dat competentie tot stand komt en op peil blijft, is een mogelijk alternatief om de training te focussen op het belang van trouw aan modellen en naleving van behandelingsprotocollen (Perepletchikova, 2011). Hoewel competentie en naleving absoluut op bepaalde vlakken overeenkomen, zijn er ook aanwijzingen dat ze verschillen wat betreft hun impact op resultaten (Guydish et al., 2014). Therapeutische naleving is een factor die positieve therapieresultaten beter voorspelt dan competentie op zich (Hogue et al., 2008). Kortom, wat we *daadwerkelijk* doen is mogelijk belangrijker dan wat we *kunnen* doen. Er zijn echter twee problemen als we vertrouwen op naleving als middel om evidence-based therapie te garanderen. Ten eerste kunnen onze persoonlijkheden invloed hebben op onze trouw aan behandelingen (Peters-Scheffer et al., 2013). Ten tweede is het regelmatig beoordelen van naleving een zeer intensief proces en vereist het zeer veel middelen.

Patiëntresultaten — Er is nog een voor de hand liggend alternatief voor competentie en naleving als de beste maatstaven voor de verspreiding en het

op peil houden van vaardigheden, namelijk het meten van patiëntresultaten. Fairburn en Cooper (2011) omschreven een dergelijk voorstel als ‘probleematisch’ vanwege de wisselende ontvankelijkheid van patiënten voor dezelfde behandeling en het gevaar dat diensten beoordeeld zouden worden op basis van een ontoereikend kleine dataset. Het alternatief is echter een benadering waarbij automatische uitvoering van een behandeling hoog aangeschreven staat, terwijl er een gebrek is aan vermogen tot flexibele implementatie (Wilson, 1996). Resultaten van verschillende diensten kunnen onderling vergeleken worden, waarbij de bedenkingen van Fairburn en Cooper (2011) het overwegen waard zijn, maar het voorkómen van therapeutische dwaling vereist vergelijking van resultaten tussen klinici onderling: worden wij er beter of slechter in om onze patiënten te helpen beter te worden? Het gebruik van resultaten waaruit blijkt dat sommige klinici slechter en andere beter dan de norm presteren, stelt ons in staat om in te zien welke klinici als voorbeeld van goede praktijken kunnen dienen en aldus modellen vormen voor verbeterde uitvoering van evidence-based psychotherapieën (Franklin et al., 2004; Green et al., 2014).

Samenvatting — De beste benadering om evidence-based praktijken in psychologische therapieën te dissemineren zou uiteraard zijn ervoor te zorgen dat individuele klinici competent zijn, de benodigde technieken naleven, toezicht houden op de resultaten van hun patiënten en reageren op feedback over deze resultaten. Als we ons de mogelijkheid ontnemen om — al is het maar deels — op resultaten te focussen, lopen we het risico niet van onze fouten te leren, niet te leren wat voor wie werkt, en niet te leren van mensen die manieren hebben ontwikkeld om de bekende impact van bestaande therapieën te verbeteren. Het is echter belangrijk om te beseffen dat feedback alleen nuttig is voor klinici die er wat mee doen (de Jong, van Sluis, Nugter, Heiser, & Spinhoven, 2012). Welke benadering we ook kiezen, het lijkt erop dat klinici overtuigen om nieuwe evidence-based technieken te aanvaarden onderdeel moet zijn van ons doel.

COGNITIEVE GEDRAGSBENADERING VOOR CGT- (EN ANDERE) CLINICI OM
DWALING TEGEN TE GAAN

.....

Om de uitvoering van evidence-based therapieën te verbeteren lijkt het nodig om de eigenschappen en gedragingen van therapeuten die resulteren in therapeutische dwaling te veranderen. Bij sommige eigenschappen die relevant zijn voor therapeutische dwaling (zoals persoonlijkheid, leeftijd en geslacht) is het een kwestie van selectie en *streaming*, zoals hierboven besproken. We weten ook dat sommige kwaliteitsindicatoren twijfelachtig zijn als het gaat om de gedegen toepassing van evidence-based therapieën, waaronder ervaringsniveau en accreditering (Brosan, Reynolds, & Moore,

2006; Grove et al., 2000). Er zijn echter andere manieren om onze neiging tot dwaling te reduceren, en wel met behulp van principes waarvan bekend is dat zij nuttig zijn om patiënten te helpen veranderen. Kortom, het is aan te raden om voor ons therapeuten zelf een CGT-benadering te aanvaarden die ervoor zorgt dat we op een optimaal niveau van effectiviteit opereren.

Cognitieve herstructurering

Ten eerste hebben we psycho-educatie nodig, die ons een goed onderliggend begrip bijbrengt van de psychologische principes die schuilgaan achter psychotherapie (Campbell et al., 2013; von Ranson, Wallace, & Stevenson, 2013b), en training in de specifieke details over hoe de pathologie van de betreffende stoornis behandeld moet worden (Farrell, Deacon, Dixon et al., 2013; Russell & Silver, 2007). Problematisch is dat handboeken voor evidence-based behandelingen moeten worden gelezen en gebruikt, in plaats van dat ze enkel op de boekenplank staan. Het is natuurlijk ook belangrijk dat handleidingen gepresenteerd worden op manieren die klinici niet tegenstaan, met andere woorden: ze moeten gepresenteerd worden op manieren die hun klinische waarde voor patiënten benadrukken, met een specifieke focus op casusmateriaal (Addis, Wade, & Hatgis, 1999; Stewart & Chambless, 2010). Verder is er duidelijk bewijs dat educatie-interventies en workshops gebruikt kunnen worden om de negatieve houdingen van klinici tegenover evidence-based benaderingen te veranderen (Deacon, Lickel, et al., 2013; Waller, D'Souza, & Wright, 2016).

Andere elementen van cognitieve herstructurering zijn onder andere leren van verandering en vermindering van cognitieve dissonantie. Behalve het gebruik van handleidingen lijkt voortdurende discussie over nieuwe kennis zeer nuttig te zijn voor de toepassing van exposuretherapie (Harned et al., 2013). Farrell, Deacon, Dixon en collega's (2013) suggereren dat klinici voorzien moeten worden van bewijs zowel op empirisch niveau als op het niveau van casusmateriaal (oftewel: getuigenissen van patiënten) teneinde de dissonantie tussen onze cognitie en onze gevoelsreactie te reduceren.

Monitoring

Zoals bij alle controle die we onze patiënten vragen uit te voeren, is het belangrijk om ervoor te zorgen dat de therapeut aandacht besteedt aan de informatie die gegenereerd wordt en dat hij er passend op reageert. Als een patiënt er niet in slaagt om een taak te voltooien op de eerste dag na een sessie, moeten wij als klinici benadrukken dat hij dit onmiddellijk corrigeert, in plaats van te wachten tot de volgende sessie. Net zo moeten wij als klinici identificeren wanneer we onze implementatie loslaten en dit onmiddellijk aanpakken. Als het protocol bijvoorbeeld stelt dat we exposureactiviteiten moeten toepassen en we merken dat we dit niet doen, moeten we uitzoeken

waarom we dit niet doen en hoe we zo snel mogelijk weer op het juiste pad terecht kunnen komen. Tijdens supervisie wordt dit proces gesteund door te focussen op trouw, maar tussen supervisiesessies door moeten therapeuten ook zichzelf beoordelen. Dit doel zal mogelijk gemakkelijker bereikt worden door het gebruik van stoornisspecifieke beoordelingsschalen die ons begeleiden bij het toepassen van evidence-based protocollen (Hartley et al., 2014). Het belangrijkste is echter dat we vaak en met vaste regelmaat resultaten meten, en vervolgens adequaat reageren op basis van die resultaten. Men kan uitkomstmetingen zien als het stempel van een collaboratieve therapiebenadering, waarin therapeut en patiënt samenwerken om problemen te begrijpen, de impact van de behandeling te bepalen en verandering in gang te zetten.

Historische rapportage

Wanneer we erachter komen dat patiënten eerder therapieën genoten hebben die men zou kunnen zien als 'evidence-based', moeten we behoedzaam zijn om dat label te accepteren. Het is goed mogelijk dat deze eerdere therapie feitelijk niet evidence-based was, maar dat het om een afgezwakte versie ging (Cowdrey & Waller, 2015; Stobie et al., 2007), waarbij kerntaken van de therapie zijn weggelaten of veranderd om de angst van de patiënt en de therapeut te reduceren (Deacon & Farrell, 2013). Het is daarom belangrijk om te vragen wat die eerdere therapieën precies inhielden en om te bespreken dat de eisen van de therapie dit keer misschien heel anders zijn.

Gedagsverandering

Er zijn verschillende aspecten van gedagsverandering die we in overweging moeten nemen wanneer we onze vaardigheden in het toepassen van evidence-based therapieën willen verbeteren. Ten eerste is er soms *gedragsactivatie* nodig om het risico te vermijden dat de therapeut simpelweg wacht tot verandering zich spontaan voltrekt. Ten tweede is *training van vaardigheden* absoluut essentieel. Aangezien veel klinici niet alle basiselementen van wat zij behoren toe te passen hebben aangeleerd (zie bijvoorbeeld: Royal College of Psychiatrists, 2013), moeten we voor klinici wier vaardigheden ontoereikend zijn basistraining inzetten. Tot slot moeten therapeuten worden aangemoedigd om voort te bouwen op hun cognitieve uitdagingen (zie boven) door *gedragsexperimenten* uit te voeren. Door alternatieve overtuigingen over de uitkomst van bepaald gedrag tijdens de therapie te testen, kunnen zij erachter komen welke van hun voorspellingen niet uitkomen (bijvoorbeeld het idee dat patiënten de alliantie meer of minder waarderen afhankelijk van de mate waarin zij aangemoedigd worden om te veranderen).

Exposure met responspreventie

Het is al eerder voorgesteld dat we klinici kunnen helpen met hun eigen angsten door exposureactiviteiten in te voeren (Farrell, Deacon, Dixon et al., 2013), bijvoorbeeld door directe training met patiënten, of door simulaties en rollenspellen, waarbij we veiligheidsgedrag achterwege laten. Dit soort lessen zou ook supervisors kunnen aanmoedigen een accurater perspectief ten opzichte van de praktijk van hun gesuperviseerden in te nemen (bijvoorbeeld over de mate waarin de therapeut de patiënt aanzet tot gedragsveranderingen), ondanks hun angsten dat dit hun werkrelatie met hun gesuperviseerden negatief zou kunnen beïnvloeden.

CONCLUSIE

Dit overzicht heeft de toenemende evidentie voor het fenomeen van therapeutische dwaling in de afgelopen jaren in ogenschouw genomen. Een aantal thema's kwam duidelijk naar voren:

- ▶ zelfs als we erin getraind zijn, is er sprake van onderbenutting van evidence-based therapieën;
- ▶ velen van ons passen zulke interventies niet accuraat toe, ook niet wanneer we zeggen en geloven dat we ze gebruiken;
- ▶ het zijn vaak de gedragsmatige methoden die we onderbenutten.

Het bewijs voor therapeutische dwaling neemt gestaag toe, ondanks de groeiende nadruk op evidence-based therapieën en de disseminatie ervan (Layard & Clark, 2014; Shafran et al., 2009). Er zijn verscheidene redenen waarom we er niet in slagen om behandelingen effectief toe te passen: onze persoonlijkheid, kennis, overtuigingen en houdingen, emoties, interpersoonlijke omgeving en veiligheidsgedrag kunnen allemaal interageren en ervoor zorgen dat we afdwalen. Zelfs supervisie biedt geen garantie voor effectieve therapie, aangezien supervisorydwaling even waarschijnlijk is als therapeutische dwaling.

Hoe kunnen we therapeutische dwaling terugdringen? Beleid is een gebrekkig middel om wat er daadwerkelijk in de behandelkamer gebeurt te beïnvloeden. Het is belangrijk om competentie en naleving te waarborgen, maar toezicht op deze aspecten vergt veel middelen. De beste manier om ervoor te zorgen dat klinici op het juiste pad blijven is door resultaten in de gaten te houden, en adequaat te reageren wanneer individuele klinici minder effectief zijn dan anderen, of tekenen vertonen van verslechterende behandelresultaten. Dit kan door te controleren op naleving en door training aan te bieden in aansluiting op genoemde tekenen. Een gerelateerd doel moet zijn dat klinici de boodschap over therapeutische dwaling internaliseren. Een van

de voorstellen luidde om cognitieve gedragstherapie te gebruiken als middel om therapeutische dwaling te overwinnen, en om onze kennis, overtuigingen, emoties en veiligheidsgedrag te onderzoeken.

Er is nog steeds een uitgesproken behoefte aan verder onderzoek naar het verschijnsel therapeutische dwaling en de achterliggende redenen ervan dat een breder spectrum aan therapieën, stoornissen en technieken dekt. Bovenal moet de impact van voorgestelde interventies (Farrell, Deacon, Dixon et al., 2013; Shafran et al., 2009) worden bekeken. Zonder dergelijk onderzoek is het zeer waarschijnlijk dat we er niet in zullen slagen evidence-based behandelingen zo effectief mogelijk toe te passen en dat veel patiënten die baat zouden kunnen hebben bij ons werk kansen mislopen.

Dit artikel verscheen oorspronkelijk als: Waller, G., & Turner, H. (2016). Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track. Behaviour Research and Therapy, 77, 129-137. Het artikel is opgenomen met toestemming van Uitgeverij Elsevier. De Nederlandse vertaling is van de hand van Vertaalbureau Perfect, Filip Raes en Kim de Jong.

Glenn Waller is verbonden aan de Clinical Psychology Unit, Department of Psychology, University of Sheffield, Western Bank, Sheffield, S10 2NT, UK.

Hannah Turner is verbonden aan de Southern Health Eating Disorders Service, Southern Health NHS Foundation Trust, Southampton, UK.

Correspondentieadres: g.waller@sheffield.ac.uk

Summary *Therapist drift redux: Why well-meaning clinicians fail to deliver evidence-based therapy, and how to get back on track*

Therapist drift occurs when clinicians fail to deliver the optimum evidence-based treatment despite having the necessary tools, and is an important factor in why those therapies are commonly less effective than they should be in routine clinical practice. The research into this phenomenon has increased substantially over the past five years. This review considers the growing evidence of therapist drift. The reasons that we fail to implement evidence-based psychotherapies are considered, including our personalities, knowledge, emotions, beliefs, behaviors and social milieus. Finally, ideas are offered regarding how therapist drift might be halted, including a cognitive-behavioral approach for therapists that addresses the cognitions, emotions and behaviors that drive and maintain our avoidance of evidence-based treatments.

Keywords *therapist drift, psychotherapies, evidence-based practice, training, cognitive-behavioral therapy*

Literatuur

- Addis, M. E., & Krasnow, A. D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes towards psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 331-339.
- Addis, M. E., Wade, W., & Hatgis, C. (1999). Barriers to evidence based practice: Addressing practitioners' concerns about manual based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6*, 430-441.
- Addis, M. E., & Waltz, J. (2002). Implicit and untested assumptions about the role of psychotherapy treatment manuals in evidence-based mental health practice. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 421-424.
- Bambling, M., Kavanagh, D., Lewis, G., King, R., King, D., Sturk, H. ... Bartlett, H. (2007). Challenges faced by general practitioners and allied mental health services in providing mental health services in rural Queensland. *Australian Journal of Rural Health, 15*, 126-130.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York, NY: Guilford.
- Becker, C. B., Meyer, G., Price, J. S., Graham, M. M., Arsena, A., Armstrong, D. A., & Ramon, E. (2009). Law enforcement preferences for PTSD treatment and crisis management alternatives. *Behaviour Research and Therapy, 47*, 245-253.
- 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.
- Beidas, R. S., Edmunds, J., Ditty, M., Watkins, J., Walsh, L., Marcus, S., & Kendall, P. (2014). Are inner context factors related to implementation outcomes in cognitive-behavioral therapy for youth anxiety? *Administration and Policy in Mental Health, 41*, 788-799.
- Beutler, L. E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed.) (pp. 257-310). New York, NY: Wiley.
- Brosan, L., Reynolds, S., & Moore, R. G. (2006). 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.
- Brown, A., Mountford, V. A., & Waller, G. (2013a). An idea worth researching: Is the therapeutic alliance overvalued in the treatment of eating disorders? *International Journal of Eating Disorders, 46*, 779-782.
- Brown, A., Mountford, V., & Waller, G. (2013b). Therapeutic alliance and weight gain during cognitive-behaviour therapy for anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy, 51*, 216-220.
- Brown, A., Mountford, V., & Waller, G. (2014). Clinician beliefs about what therapeutic techniques drive weight gain over the early part of outpatient cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa. *The Cognitive Behaviour Therapist, 7*, e1-e7.
- Cahill, S. P., Foa, E. B., Hembree, E. A., Marshall, R. D., & Nacash, N. (2006). Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 19*, 597-610.
- Campbell, B. K., Buti, A., Fussell, H. E., Srikanth, P., McCarty, D., & Guydish, J. R. (2013). Therapist predictors of

- treatment delivery fidelity in a community-based trial of 12-step facilitation. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 39, 304-311.
- Cook, J. M., Schnurr, P. P., Biyanova, T., & Coyne, J. C. (2009). Apples don't fall far from the tree: Influences on psychotherapists' adoption and sustained use of new therapies. *Psychiatric Services*, 60, 671-676.
- Cowdrey, N. D., & Waller, G. (2015). Are we really delivering evidence-based treatments for eating disorders? How eating-disordered patients describe their experience of cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 72-77.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K. ... Zitrin, C. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.
- Crits-Christoph, P., Gibbons, M. B. C., & Hearon, B. (2006). Does the alliance cause good outcome? Recommendations for future research on the alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 280-285.
- Cukrowicz, K. C., Timmons, K. A., Sawyer, K., Caron, K. M., Gummelt, H. D., & Joiner Jr, T. E. (2011). Improved treatment outcome associated with the shift to empirically supported treatments in an outpatient clinic is maintained over a ten-year period. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42, 145-152.
- de Jong, K., van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 22, 464-474.
- Deacon, B. J., & Farrell, N. R. (2013). Therapist barriers in the dissemination of exposure therapy. In E. Storch & D. McKay (Eds.), *Treating variants and complications in anxiety disorders* (pp. 363-373). New York, NY: Springer.
- Deacon, B. J., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Dixon, L. J., Sy, J. T., Zhang, A. R., & McGrath, P. B. (2013). Assessing therapist reservations about exposure therapy for anxiety disorders: The Therapist Beliefs about Exposure Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 772-780.
- Deacon, B. J., Lickel, J. J., Farrell, N. R., Kemp, J., & Hipol, L. J. (2013). Therapist perceptions and delivery of interoceptive exposure for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 259-264.
- Dennhag, I., Gibbons, M. B., Barber, J. P., Gallop, R., & Crits-Christoph, P. (2012). Do supervisors and independent judges agree on evaluations of therapist adherence and competence in the treatment of cocaine dependence? *Psychotherapy Research*, 22, 720-730.
- Ehlers, A., Gene-Cos, N., & Perrin, S. (2009). Low recognition of posttraumatic stress disorder in primary care. *London Journal of Primary Care*, 1, 36-42.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Therapist competence, therapy quality, and therapist training. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 373-378.
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Dixon, L. J., & Lickel, J. J. (2013). Theory-based training strategies for modifying practitioner concerns about exposure therapy. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 781-787.
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Kemp, J. J., Dixon, L. J., & Sy, J. T. (2013). Do negative beliefs about exposure therapy cause its suboptimal delivery? An experimental investigation. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 763-771.
- Franklin, M., Huppert, J., Garcia, A., Freeman, J., March, J., & Foa, E. (2004).

- Therapist effects in a randomized controlled trial for pediatric OCD.* Poster presented at the Association for Advancement of Behavior Therapy (November 2004). New Orleans, LA.
- Fung, C. H., Elliott, M. N., Hays, R. D., Kahn, K. L., Kanouse, D. E., McGlynn, E. A. ... Shekelle, P. G. (2005). Patients' preferences for technical versus interpersonal quality when selecting a primary care physician. *Health Services Research, 40*, 957-977.
- Gibbons, C. R., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Newman, C. F., & Beck, A. T. (2013). Research setting versus clinic setting: Which produces better outcomes in cognitive therapy for depression? *Cognitive Therapy and Research, 37*, 605-612.
- Gielen, N., Krumeich, A., Havermans, R. C., Smeets, F., & Jansen, A. (2014). Why clinicians do not implement integrated treatment for comorbid substance use disorder and posttraumatic stress disorder: A qualitative study. *European Journal of Psychotraumatology, 5*, e1-e10.
- Gilbert, R., & Leahy, R. L. (Eds.). (2007). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioural psychotherapies*. London, UK: Routledge.
- Green, H., Barkham, M., Kellett, S., & Saxon, D. (2014). Therapist effects and IAPT Psychological Wellbeing Practitioners (PWPs): A multilevel modelling and mixed methods analysis. *Behaviour Research and Therapy, 63*, 43-54.
- Grove, W. M., Zald, D. H., Lebow, B. S., Snitz, B. E., & Nelson, C. (2000). Clinical versus mechanical prediction: A meta-analysis. *Psychological Assessment, 12*, 19-30.
- Guydish, J., Campbell, B. K., Manuel, J. K., Delucchi, K.L., Le, T., Peavy, K. M., & McCarty, D. (2014). Does treatment fidelity predict client outcomes in 12-Step Facilitation for stimulant abuse? *Drug and Alcohol Dependence, 134*, 330-336.
- Hansen, N. B., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychology dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*, 308-327.
- Harned, M. S., Dimeff, L. A., Woodcock, E. A., & Contreras, I. (2013). Predicting adoption of exposure therapy in a randomized controlled dissemination trial. *Journal of Anxiety Disorders, 27*, 754-762.
- Hartley, S., Scarratt, P., Bucci, S., Kelly, J., Mulligan, J., Neil, S. T. ... Haddock, G. (2014). Assessing therapist adherence to recovery-focused cognitive behavioural therapy for psychosis delivered by telephone with support from a self-help guide: Psychometric evaluations of a new fidelity scale. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 42*, 435-451.
- Hipol, L. J., & Deacon, B. J. (2013). Dissemination of evidence-based practices for anxiety disorders in Wyoming: A survey of practicing psychotherapists. *Behavior Modification, 37*, 170-188.
- Hogue, A., Henderson, C., Dauber, S., Barajas, P., Fried, A., & Liddle, H. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for adolescent behavior problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*, 544-555.
- Horvath, A., & Symonds, B. (1991). The relationship between working alliance and outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 38*, 139-149.
- Hukkelberg, S. S., & Ogden, T. (2013). Working alliance and treatment fidelity as predictors of externalizing problem behaviors in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*, 1010-1020.

- Institute of Medicine (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press.
- Koerner, K. (2013). What must you know and do to get good outcomes with DBT? *Behavior Therapy*, *44*, 568-579.
- Layard, R., & Clark, D. M. (2014). *Thrive: The power of evidence-based psychological therapies*. London, UK: Allen Lane.
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Brown, A. P., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). The research-practice gap: Bridging the schism between eating disorder researchers and practitioners. *International Journal of Eating Disorders*, *46*, 386-394.
- Long, M. E., Grubaugh, A. L., Elhai, J. D., Cusack, K. J., Knapp, R., & Frueh, B. C. (2010). Therapist fidelity with an exposure-based treatment of PTSD in adults with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Journal of Clinical Psychology*, *66*, 383-393.
- Lowe, M. R., Bunnell, D. W., Neeren, A. M., Chernyak, Y., & Greberman, L. (2011). Evaluating the real-world effectiveness of cognitive-behavior therapy efficacy research on eating disorders: A case study from a community-based clinical setting. *International Journal of Eating Disorders*, *44*, 9-18.
- Mannix, K. A., Blackburn, I. M., Garland, A., Gracie, J., Moorey, S., Reid, B. ... Scott, J. (2006). Effectiveness of brief training in cognitive behaviour therapy techniques for palliative care practitioners. *Palliative Medicine*, *20*, 579-584.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, K. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 438-450.
- McAlevey, A. A., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical experiences in conducting cognitive-behavioral therapy for social phobia. *Behavior Therapy*, *45*, 21-35.
- McHugh, P. R. (1994). Psychotherapy awry. *American Scholar*, *63*, 17-30.
- McManus, F., Rakovshik, S., Kennerley, H., Fennell, M., & Westbrook, D. (2012). An investigation of the accuracy of therapists' self-assessment of cognitive-behaviour therapy skills. *British Journal of Clinical Psychology*, *51*, 292-306.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the evidence*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Meehl, P. E. (1973). Why I do not attend case conferences. In P. E. Meehl, *Psychodiagnosis: Selected papers* (pp. 225-302). Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Meehl, P. E. (1986). Causes and effects of my disturbing little book. *Journal of Personality Assessment*, *50*, 370-375.
- Meyer, J. M., Farrell, N. R., Kemp, J. J., Blakey, S. M., & Deacon, B. J. (2014). Why do clinicians exclude anxious clients from exposure therapy? *Behaviour Research and Therapy*, *54*, 49-53.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *72*, 1050-1062.
- Morrant, J. C. (1984). Boredom in psychiatric practice. *Canadian Journal of Psychiatry*, *29*, 431-434.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., & Rønnestad, M. H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy Research*, *20*, 627-646.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psy-

- chotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23, 86-104.
- Öst, L.-G., Karlstedt, A., & Widén, S. (2012). The effects of cognitive behavior therapy delivered by students in a psychologist training program: An effectiveness study. *Behavior Therapy*, 43, 160-173.
- Parker, Z., & Waller, G. (2015). Factors related to psychotherapists' self-assessment bias when treating anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 66, 1-7.
- Perepletchikova, F. (2011). On the topic of treatment integrity. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 18, 148-153.
- 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.
- Peters-Scheffer, N., Didden, R., Korzilius, H., & Sturmey, P. (2013). Therapist characteristics predict discrete trial teaching procedural fidelity. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51, 263-272.
- Raykos, B. C., McEvoy, P. M., Erceg-Hurn, D., Byrne, S. M., Fursland, A., & Nathan, P. (2014). Therapeutic alliance in Enhanced Cognitive Behavioural Therapy for bulimia nervosa: Probably necessary but definitely insufficient. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 65-71.
- Roth, A. D., & Pilling, S. (2007). *Competences required to deliver effective cognitive and behaviour therapy for people with depression and with anxiety disorders*. Londen, UK: HMSO, Department of Health.
- Royal College of Psychiatrists (2013). *Report of the Second Round of the National Audit of Psychological Therapies (NAPT) 2013*. Londen, UK: Healthcare Quality Improvement Partnership.
- Russell, M., & Silver, S. M. (2007). Training needs for the treatment of combat-related posttraumatic stress disorder: A survey of Department of Defense clinicians. *Traumatology*, 13, 4-10.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A. ... Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902-909.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Sharpless, B., & Barber, J. (2009). A conceptual and empirical review of the meaning, measurement, development, and teaching of intervention competence in clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 29, 47-56.
- Simmons, A. M., Milnes, S. M., & Anderson, D. A. (2008). Factors influencing the utilization of empirically supported treatments for eating disorders. *Eating Disorders*, 16, 342-354.
- Simpson-Southward, C., Waller, G., & Hardy, G. (2016). Supervision for treatment of depression: An experimental study of the role of therapist gender and anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 17-22.
- Simpson-Southward, C., Hardy, G., & Waller, G. (2016). The impact of case presentation and intra-individual factors on how supervisors guide clinicians in treatment of depressed cases. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 77, 129-137.

- Sinai, D., Gur, M., & Lipsitz, J. D. (2012). Therapist adherence to interpersonal vs. supportive therapy for social anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 22, 381-388.
- Sprang, G., Craig, C., & Clark, J. (2008). Factors impacting trauma treatment practice patterns: The convergence/divergence of science and practice. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 162-174.
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2010). Interesting practitioners in training in empirically supported treatments: Research reviews versus case studies. *Journal of Clinical Psychology*, 66, 73-95.
- 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.
- Szkodny, L. E., Newman, M. G., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical experiences in conducting empirically supported treatments for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 45, 7-20.
- Tang, T. Z., & DeRubeis, R. J. (1999). Suden gains and critical sessions in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 894-904.
- 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.
- Turner, H., Bryant-Waugh, R., & Marshall, E. (2015). The impact of early symptom change and therapeutic alliance on treatment outcome in cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 73, 165-169.
- Turner, H., Tatham, M., Lant, M., Mountford, V. A., & Waller, G. (2014). Clinicians' concerns about delivering cognitive-behavioural therapy for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 38-42.
- van Ingen, D. J., Freiheit, S. R., & Vye, C. S. (2009). From the lab to the clinic: Effectiveness of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 69-74.
- van Minnen, A., Hendriks, L., & Olf, M. (2010). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 312-320.
- von Ranson, K. M., Wallace, L. M., & Stevenson, A. (2013a). Psychotherapies provided for eating disorders by community clinicians: Infrequent use of evidence-based treatment. *Psychotherapy Research*, 23, 333-343.
- von Ranson, K. M., Wallace, L. M., & Stevenson, A. (2013b). *What is 'eclectic' eating disorders treatment, exactly? Alberta therapists' approaches*. Paper presented at the International Conference on Eating Disorders (May 2013). Montreal, Canada.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnel, P., & Lambert M. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110, 1-6.
- Wallace, L. M., & von Ranson, K. M. (2012). Perceptions and use of empirically-supported psychotherapies among eating disorder professionals. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 215-223.
- Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.
- Waller, G., D'Souza, K., & Wright, C. (2016). Impact of education on clinicians' attitudes to exposure therapy

- for eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 76, 76-80.
- Waller, G., Stringer, H., & Meyer, C. (2012). What cognitive-behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive-behavioral therapy for the eating disorders? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 171-175
- Waller, G., Mountford, V. A., Tatham, M., Turner, H., Gabriel, C., & Webber, R. (2013). Attitudes towards psychotherapy manuals among clinicians treating eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 840-844.
- Wang, P. S., Demler, O., & Kessler, R. C. (2002). Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States. *American Journal of Public Health*, 92, 92-98.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B., & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 629-640.
- Westra, H. A., Aviram, A., Connors, L., & Kertes, A. (2012). Therapist emotional reactions and client resistance in cognitive behavioral therapy. *Psychotherapy*, 49, 163-172.
- Wiborg, J. F., Knoop, H., Wensing, M., & Bleijenberg, G. (2012). Therapist effects and the dissemination of cognitive behavior therapy for chronic fatigue syndrome in community-based mental health care. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 393-396.
- Wilson, G. T. (1996). Manual-based treatments: The clinical application of research findings. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 295-314.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G., & Agras, W. S. (1997). Cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 67-93). New York, NY: Guilford.
- Wolf, A. W., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical experiences in using cognitive-behavior therapy to treat panic disorder. *Behavior Therapy*, 45, 36-46.