

Psychotherapie beoogt patiënten beter te maken, maar kan om diverse redenen in deze opzet falen. Therapeutisch falen is een belangrijk onderwerp, die erkenning was tot voor kort niet vanzelfsprekend, stellen Harald Merckelbach en collega's. 'Dat psychotherapeuten mislukkingen nogal eens over het hoofd te zien, komt onder meer omdat ze geen classificatiesysteem hebben voor ongewenste gebeurtenissen tijdens de behandeling.' Zij bevelen een programma van zes punten aan. Filip Raes en Giovanni Timmermans geven in een kader een reactie.

## PLEIDOOI VOOR DE THERAPEUT ALS KATALYSATOR

# ALS PSYCHO- THERAPIE FAALT

**W**anneer is iemand deskundig? Wat is een goede dokter, ingenieur, rechter, of – waar het hier om gaat – psychotherapeut? Wetenschappers die zich met deze vragen bezighouden stellen zich vaak op het volgende standpunt: deskundigen herken je niet zozeer aan hun successen, maar aan de mate waarin ze regels en inzichten van hun vak volgen (Lerner & Tetlock, 1999; Giard & Merckelbach, 2009). Deze nadruk op vakmatige regels en inzichten staat mislukkingen toe. Het is, bij wijze van voorbeeld, heel wel mogelijk dat een dokter zijn<sup>2</sup> patiënt volgens de regels der kunst behandelt en de patiënt toch overlijdt. Zoiets duidt op de grenzen van het vak, niet op incompetentie van de arts.

Om regels te *leren* volgen, is het nodig dat de deskundige zicht heeft op het resultaat van zijn handelen. Terugkoppeling wordt als essentieel beschouwd voor het opbouwen van expertise (Ericsson, 2009). Maar zulke feedback moet dan wel ongefilterd zijn. Selectieve feedback is funest. In jargon heten omstandigheden die selectieve feedback aanmoedigen

*wicked environments*, want ze werken schijndeskundigheid in de hand. Neem de New Yorkse arts die rond de vorige eeuwwisseling als groot tyfus-expert gold. Zijn diagnoses hadden de reputatie waterdicht te zijn. Dat waren ze in zekere zin ook. Met zijn besmette vingers placht hij de tongen van zijn patiënten te palpiteren, waardoor die de gevreesde ziekte kregen, wat de dokter en zijn omgeving als teken van eminente deskundigheid duidden.

Net als iedere andere vorm van therapie beoogt psychotherapie patiënten beter te maken. En net als bij medische behandelingen het geval is, kan psychotherapie in deze opzet falen. Er zijn vele manieren waarop psychotherapie te kort kan schieten en al even lang is de lijst met mogelijke redenen daarvoor. Zoals we verderop zullen uitleggen, valt er daarom geen sluitende definitie te geven van psychotherapeutisch falen. Vast staat wel dat lang niet altijd sprake is van vermijdbare, laat staan verwijtbare, misslagen.

Dit artikel gaat over mislukkingen, uitglijers, fouten en tegenvallende resultaten tijdens psychotherapie. Is daar iets aan te doen? Om op het antwoord vooruit te lopen: jawel, maar dat begint met de erkenning dat therapeutisch falen een belangrijk onderwerp is. Die erkenning was tot voor kort niet vanzelfsprekend. Zo telde de Duitse psychiater Michael Linden (2013) minder dan een dozijn vakpublicaties over het thema.

1 Daarbij hebben we ook gz-psychologen, klinisch (neuro)psychologen en psychiaters op het oog.

2 We schrijven hij en zijn, maar bedoelen hier en elders evenzogoed zij en haar.

## FREUD EN ZIJN SUCCESSEN

Gebrek aan belangstelling voor therapeutisch falen heeft een lange geschiedenis. Het waren Sigmund Freud en Joseph Breuer in hoogsteigen persoon die in *Studien Über Hysterie* (1885;1970) beweerden dat de behandeling van patiënt Anna O. met hypnose een doorslaggevend succes was geweest. ‘Sindsdien geniet zij een volmaakte gezondheid,’ schreven de twee (Israëls, 1995; p. 2190). Later kwam vast te staan – en Freud wist ervan – dat het Anno O. na afsluiting van de behandeling helemaal niet voor de wind was gegaan. Integendeel: ze moest herhaaldelijk worden opgenomen in een psychiatrische inrichting. Freud haalde zijn schouders erover op.

Die onverschilligheid is sterk verweven met de Freudiaanse traditie. Daarin is een tegenstribbelende patiënt iemand die weerstand biedt omdat de analyticus een pijnlijke waarheid blootlegt. Protest, tegenspraak en symptomatische escalatie worden door Freud en zijn intellectuele erfgenamen gezien als behandelingsucces. Hoe ellendiger het de patiënt vergaat, des te nauwkeuriger de analytische torpedo blijkt een ver onder de oppervlakte verborgen conflict heeft getroffen. De analyticus kan het dus nooit fout doen.

## GEDRAGSTHERAPIE EN HAAR MISLUKKINGEN

Anders dan Freud en zijn erfgenamen zagen de pioniers van de gedragstherapie het belang van mislukkingen scherp in. *Failures in behavior therapy* luidde bijvoorbeeld de titel van een invloedrijk standaardwerk dat Edna Foa en Paul Emmelkamp in 1983 redigeerden. Dat uitgerekend gedragstherapeuten schreven – en schrijven (zie Korrelboom, 2016; Janse et al., 2017) – over wat er te leren valt van mislukkingen is geen toeval. De Freudianen hadden om het hardst geroepen dat gedragstherapie enkel symptoombestrijding is: patiënten die ermee worden behandeld zullen vroeg of laat nieuwe klachten ontwikkelen, omdat immers hun dieper liggend conflict in stand blijft. Symptoomsubstitutie heet zoets, maar kwam dat type mislukking ook voor? Gedragstherapeuten speurden er ijverig naar, maar vonden niets van dien aard. Warren Tryon (2008; p. 967) zette 35 jaar empirisch onderzoek naar symptoomsubstitutie op een rij en concludeerde dat ‘no clear evidence of symptom substitution could be found’. Ja, soms leken patiënten tijdens gedragstherapie last te krijgen van nieuwe symptomen, maar in die gevallen resoneerden op de achtergrond bijvoorbeeld belangen om vooral ziek te blijven (Blanchard & Hersen, 1976; maar zie ook Schermuly-Haupt et al., 2018).

## WAKE UP CALL

We worden niet graag geconfronteerd met onze mislukkingen en met zaken die niet zo goed gaan. Ook al zeggen we dat we graag willen leren van onze fouten, in de dagelijkse praktijk worden we er toch liever niet mee lastig gevallen. We willen wel maar eigenlijk ook weer niet. En laat nu de psychotherapeutische praktijk niet zo verschrikkelijk veel afwijken van voornoemde situatie; ook psychotherapeuten zijn net mensen en zien dan liever ook niet dat er sprake kan zijn van fouten en mislukkingen. In het artikel van Merckelbach c.s. wordt dan ook een lans gebroken voor meer mildheid en het leren accepteren van mogelijk falen in de psychotherapie. Opvallend is dat men per therapie-

richting daar anders mee om lijkt te gaan. Psychoanalytici accepteren eigenlijk geen mislukte therapie en mocht er al sprake zijn van het niet aanslaan van een therapie, dan ligt dat vooral aan de weerstand van de patiënt. De patiënt kan of durft bepaalde zaken niet onder ogen te zien en verzet zich en door dat niet accepteren slaagt de therapie dan niet, stellen zij. Dit in tegenstelling tot de gedragstherapeut die daar veel minder moeilijk over doet.

Maar het meest pijnlijke is dat er over het geheel genomen een grote discrepantie lijkt te zijn tussen de belevingen van de therapeut en die van de cliënt. Daar waar therapeuten over het algemeen het falen van

hun therapie nauwelijks onder ogen durven zien, zien we dat bij de cliënt er wel meer sprake is van acceptatie. Deze discrepantie is pijnlijk en moet ons aanzetten tot reflectie, lijkt mij.

En om een en ander extra te benadrukken, blijkt uit onderzoek, juist dat goed geïnformeerde cliënten minder nadelige effecten van een therapie aangeven. Goed informeren loont dus en het is dan ook te prijzen dat Merckelbach en zijn collega's voorlichtingsfolders over verschillende therapievormen zijn gaan doornemen om te bezien of daarin gesproken wordt over de mogelijke nadelige gevolgen van psychotherapie. Dit leverde onthutsende resultaten op; bijna nergens werd goed besproken of

## Deskundigen herken je niet zozeer aan hun successen, maar aan de mate waarin ze regels en inzichten van hun vak volgen

Dan waren er de waarschuwingen uit eigen gelederen die de gedragstherapeuten onder de loep namen. Pavlovianen hadden zo beweerd dat een plotselinge confrontatie met een fobisch object – zogenaamde *flooding* – de angst bij een fobicus alleen maar zal aanwakkeren vanwege sensitivatie. Ook die bewering doorstond empirische toetsing niet (Barlow, 2010; maar zie Moritz et al., 2015).

### SLECHTER TIJDENS PSYCHOTHERAPIE

Ondertussen lijkt op de psychotherapeutische werkvloer de belangstelling voor mislukkingen maar matig ontwikkeld. De Zweedse onderzoeker Samuel Bystedt en zijn collega's (2014) hielden er een enquête over onder zo'n 1300 therapeuten. Slechts 74 van hen (< 5%) waren zo begaan met het onderwerp dat ze de enquête invulden. Van deze selecte groep zei 95% dat therapeutische mislukkingen voorkomen,

terwijl 75% meldde het zelf als therapeut ooit te hebben meegemaakt.

Engelse onderzoekers interviewden zowel patiënten als therapeuten over negatieve gebeurtenissen tijdens psychotherapie (Hardy et al., 2017). Wat vooral in het oog sprong, was dat de patiënten zulke ervaringen als veel indringender beoordeelden dan de therapeuten. Ook andere auteurs hebben opgemerkt dat psychotherapeuten nogal eens voorbij gaan aan de negatieve ervaringen van hun patiënten tijdens een behandeling, een punt waarop we nog terugkomen (Kächele & Schachter, 2014).

Een andere indicatie voor de stiefmoederlijke bedeling van het onderwerp is te vinden in wetenschappelijk onderzoek naar de uitkomsten van psychotherapeutische interventies (zogenaamde 'trials'; Nutt & Sharpe, 2008; Berk & Parker, 2009). Vaak worden in dat soort onderzoek

er eventuele nadelen of mislukkingen zijn. Al in 2004 gaf Hans Hoogervorst, de toenmalige minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, aan dat in een bijsluiter gesproken zou moeten worden over effectiviteit, nadelen en alternatieven voor diverse vormen van psychotherapie. Maar aan deze oproep is dus helaas weinig gehoor gegeven. Is dat omdat therapeuten bang zijn om hierover openheid te geven of schuilt er iets anders onder? Merckelbach c.s. halen onderzoek aan dat therapeuten de effecten van hun behandelingen te positief inschatten en daarbij gespeend zijn van enig realisme. Dit blind zijn voor mislukkingen komt, zo stellen zij, door het ontbreken van een classificatiesysteem voor

ongewenste gebeurtenissen tijdens de behandeling. Een nog gedurfde opmerking in dit verband is de constatering dat therapeuten baat zouden hebben bij positievere uitslagen met betrekking tot hun behandelingen. Ik vind dat een gewaagde constatering maar ontkennen en ontzenuwen kan ik hem ook weer niet.

Het pleidooi van Merckelbach c.s. eindigt met een zespuntenprogramma met betrekking tot het psychotherapeutisch falen. Van harte ondersteun ik deze zes punten; eigenlijk zouden deze zes punten in een soort dwingend manifest gegoten moeten worden. Alleen als therapeuten het aandurven om hun eigen falen onder ogen te zien, kunnen zij van

cliënten vragen om de confrontatie met de meer donkere kanten van hun bestaan aan de gaan. In die zin geven de auteurs dus een uitstekende wake up call en een aanzet tot een andere houding.

*Dr. Giovanni Timmermans heeft medicijnen, klinische psychologie, filosofie, theologie en rechten gestudeerd in Nijmegen, Oxford, Cambridge en Parijs. Na een behandelcarrière is hij tegenwoordig actief als manager, bestuurder, onderzoeker en docent zowel in Nederland als in het Verenigd Koninkrijk. Ook is hij voorzitter van de redactieraad van De Psycholoog. Email: [jmhptimmermans@telfort.nl](mailto:jmhptimmermans@telfort.nl).*

## ONZE 'INCONVENIENT TRUTH'... ERVARING OP ZICH MAAKT ONS GEEN KUNDIGER THERAPEUTEN

*Hear hear!* Wat ben ik blij met dit stuk, zeg! Dat een behandeling die we uitvoeren eigenlijk beter zou moeten lopen, stel je voor! Of, sterker nog, dat we zelf verantwoordelijk zouden zijn voor die mislukking, *ach kom nou!* Ik overdrijf misschien wat, maar onderzoek geeft helaas aan – en u las er ook al iets over in het stuk van Merckelbach en collega's –, dat wij, psychotherapeuten, veelal geloven dat we het beter doen dan onze doorsnee collega en dat onze patiënten het veel beter doen dankzij onze therapie dan je op basis van onderzoek kan verwachten (zie Waller & Turner, 2018). We vinden onszelf goed. Misschien wel té goed. We zien onszelf als deskundig, zeker na wat jaren ervaring, toch?

Maar Merckelbach en collega's gaven het al aan: het is best lastig om als psychotherapeut uit te maken of je goed bezig bent, of je wel deskundig genoeg bent in wat je doet. En hoe word je beter? Ze verwijzen kort

naar een artikel van Tracey e.a. (2014) over expertise in psychotherapie. Een zeer lezenswaardig stuk. Toen ik het destijds las, was het een echte eye-opener (net als het werk van Glenn Waller – maar daarover zometeen meer). Ik stop het artikel ook steeds in de 'reader' voor cursisten wanneer ik workshops of trainingen geef. Tracey e.a. (2014) geven aan dat het lastig is voor therapeuten om expertise op te bouwen. Dat is iets eenvoudiger voor sommige andere beroepsgroepen zoals pakweg piloten in hun opleiding (Tracey e.a., 2014). Wanneer een piloot-in-spe tijdens een oefening in een flight simulator het vliegtuig laat crashen, kan de opleider nadien netjes het afgelegde parcours en handelingen van de trainee overlopen en bespreken waar de trainee de mist is ingegaan en wat hij anders of beter had moeten doen. Vervolgens kan de trainee meteen opnieuw proberen, de feedback van zijn trainer indachtig.<sup>1</sup> Die

onmiddellijke feedback en herhaald oefenen is iets wat in onze branche niet of zelden gebeurt – ook omdat het niet zo eenvoudig is. Feedback is hoe dan ook het sleutelwoord hier. Feedback kan ons, psychotherapeuten, toelaten om onze handelingen aan te passen of bij te sturen en desgevallend *deskundiger* te worden.

Merckelbach en collega's verwijzen naar het gekende onderzoek van o.m. Lambert en collega's waaruit blijkt dat psychotherapeuten die regelmatig feedback krijgen over hoe het met hun patiënten gaat (via ROM bijv.), het nadien beter gaan doen. Dat soort onderzoek alleen al maakt dat ik het maar niet kan begrijpen waarom sommige collega's zich blijven verzetten tegen ROM. Ik heb het over weldoordachte ROM, op maat van de patiënt, niet over confectie-ROM in dienst van zorgverzekeraars. Maar Tracey en collega's (2015) wijzen er terecht op dat die feedback op zich niet volstaat. De

negatieve effecten gewoonweg niet geregistreerd (Parry et al., 2016; Holmes et al., 2018). Het is een verzuim dat ook *The Lancet Psychiatry Commission on psychological treatment research in tomorrow's science* benadrukt: 'Historically, psychological therapy trials have been poor at both monitoring hypothesized side-effects and deterioration, and reporting serious adverse effects' (Holmes et al., 2018; p. 257).

Tegelijkertijd is er weinig reden om te geloven dat negatieve ervaringen tijdens psychotherapie zeldzaam zijn. De Engelse onderzoeker Mike Crawford en zijn collega's (2016) bevroegen bijna 15.000 patiënten die onder behandeling waren vanwege een angststoornis of depressie. De behandelingen varieerden van psychodynamisch georiënteerde interventies tot aan cognitieve gedragstherapie. Aan de patiënten werd de vraag voorgelegd of ze 'lasting bad effects from the treatment' hadden. Vijf procent antwoordde instemmend. Voor patiënten die een psychodynamische behandeling ondergingen was dat percentage overigens

hoger dan voor degenen die een vorm van gedragstherapie kregen (negen versus vijf procent).

### VOORLICHTINGSFOLDERS

Crawford en collega's (2016) vonden bovendien dat het rapporteren van nadelige effecten verband hield met hoe geïnformeerd patiënten zich voelden. Patiënten die naar eigen zeggen voldoende uitleg over de therapie hadden ontvangen, meldden minder nadelige effecten.

Hoe goed worden Nederlandse patiënten voorgelicht over de mogelijke nadelen van psychotherapie? We inspecteerden een aantal voorlichtingsfolders. Ofschoon onze aanpak *ad hoc* was, kregen we de indruk dat de voorlichting over dit onderwerp beter kan. De brochures over schematherapie, *transference focused* psychotherapie (TFP) en mentaliserenbevorderende therapie (MBT) die we raadpleegden, legden wel uit hoe de therapie verloopt, maar stonden niet stil bij eventuele nadelen of mislukkingen.

feedback moet ons aan het reflecteren zetten, en die reflectie moet hand in hand gaan met een hypothese-toetsende aanpak (zie ook: Hermans e.a., 2018). Met feedback moet je iets doen!

Een ander gerelateerd punt, en wat ik wat miste in het stuk van Merckelbach en co, is dat therapieën ook vaak minder goed lopen dan zou moeten, omdat wij als therapeuten na verloop van tijd meer en meer 'ons eigen ding' gaan doen, en minder vasthouden aan de evidence-based behandelingen die we geleerd hebben in onze opleiding. Waller noemt dit 'therapist drift': we drijven af, we gaan dwalen (Waller & Turner, 2018). We denken dat we na al die jaren ervaring wel weten hoe het (beter) moet, maar helaas... Ook hier geeft onderzoek weer aan dat die wat romantische visie op onze professie geen steek houdt. Er is geen enkele aanwijzing dat de zogenaamde wijsheid en skills die we denken verworven te hebben na al die jaren dienst ons

tot betere therapeuten maken (Tracey e.a., 2015). Dàt is onze 'inconvenient truth'. En toch, het trouw vasthouden aan een protocol leidt doorgaans tot betere resultaten (en dus minder faalen) dan wat te gaan 'freewheelen' op ons – notoir zwak – 'klinisch oordeel' (Waller & Turner, 2018). Zet beide auteurs, Waller en Tracey, op uw lijstje; ze zullen u helpen onze gedeelde 'inconvenient truth' onder ogen te zien én – wie weet – te tacklen.

*Filip Raes (1977) is klinisch psycholoog en gedragstherapeut. Hij is als hoogleraar verbonden aan het centrum voor Leerpsychologie en Experimentele Psychopathologie van de KU Leuven. Zijn specialiteit is onderzoek en behandeling van depressie. E-mail: filip.raes@kuleuven.be.*

#### Literatuur

Hermans, D., Raes, F. & Orlemans, H. (2018). *Inleiding tot de gedragstherapie* (7de herdruk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Tracey, T.J.G., Wampold, B.E., Goodyear, R.K. & Lichtenberg, J.W. (2015). Improving expertise in psychotherapy. *Psychotherapy Bulletin*, 50, 7-13.

Tracey, T.J.G., Wampold, B.E., Lichtenberg, J.W. & Goodyear, R.K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal. *American Psychologist*, 69, 218-229.

Waller, G. & Turner, H. (2018). Het terugdringen van therapeutische dwaling: waarom goedwillende klinici er niet in slagen om evidence-based therapie te bieden, en hoe we weer op koers kunnen komen. *Gedrags therapie*, 51, 85-111.

1 Ik vertel in opleidingen vaak over die flight simulator bij piloten. Ik kan me helaas niet herinneren of ik die vergelijking zelf heb bedacht op basis van Tracey's verwijzing naar de beroepsgroep van piloten, of dat ik ze ooit elders heb gelezen of gehoord. Mocht dat laatste het geval zijn, mijn excuses aan de 'bedenker' ervan.

De brochure over cognitieve gedragstherapie die we lezen, stipte het onderwerp summier aan: "Dit wil echter niet zeggen dat alle patiënten baat hebben bij cognitieve gedragstherapie. De effecten zijn per persoon verschillend. Soms kunnen ook andere psychologische behandelingen werkzaam zijn voor bepaalde problemen bij bepaalde patiënten. Het onderzoek naar het verder verfijnen en uitbreiden van psychologische behandelmethode voor psychische stoornissen gaat dan ook verder."<sup>3</sup>

De folder over *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) was nog het meest expliciet over mogelijke nadelen: 'Zijn er ook nadelen? Na afloop van een EMDR-sessie kunnen de effecten nog even doorwerken en dat is goed.

Toch kan dit in sommige gevallen de cliënt het idee geven even de regie kwijt te zijn, bijvoorbeeld als er nieuwe beelden of gevoelens naar boven komen. Vaak is het dan een geruststelling om te weten dat dit in de regel niet langer dan drie dagen aanhoudt. Daarna is er als het ware een nieuw evenwicht ontstaan. Het is aan te bevelen dat de cliënt een dagboekje bijhoudt en opschrijft wat er naar boven komt. Deze dingen kunnen dan in de volgende zitting besproken worden."<sup>4</sup>

In een brief<sup>5</sup> aan de Tweede Kamer bracht de toenmalige Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Hans Hoogervorst de volgende aanbeveling van de Gezondheidsraad onder de aandacht van de parlementariërs: 'Het is

3 Het betreft de folder *Cognitieve gedragstherapie: Een effectieve psychotherapie* (p. 6), uitgegeven door de Vereniging voor Cognitieve en Gedragstherapie (<https://www.vgct.nl/vgct.nl/public/over-cgt/brochures-voor-volwassenen>).

4 Het citaat is te vinden in de folder *EMDR: Informatie voor cliënten* uitgegeven door Vereniging EMDR Nederland (<http://www.emdr.nl/wat-is-emdr/folders/>).

5 Brief van 10 juni 2004.

## Je slechter voelen tijdens of na psychotherapie is niet hetzelfde als je slechter voelen vanwege psychotherapie

wenselijk dat de beroepsgroepen komen met een soort bijsluiter voor cliënten met algemene informatie over de werkwijze bij en de effectiviteit, nadelen en alternatieven van diverse vormen van psychotherapie.' Meer dan tien jaar na dato is er wat dat betreft nog steeds werk aan de winkel (zie ook Otgaar & Merckelbach, 2016). Dat geldt evenzeer voor publieksvoorlichting over populaire interventies die zich goeddeels buiten de reguliere gezondheidszorg afspelen en die zeker niet vrij zijn van ongewenste neveneffecten, zoals *mindfulness* (Van Dam et al., 2018)<sup>6</sup> en *attachment therapy*<sup>7</sup>.

### MISLUKKINGEN VOORSPELLEN

Psychotherapeuten zijn slecht in het voorspellen van een ongunstig behandelresultaat (Tracey et al., 2014). Zo vroegen de Amerikaanse onderzoeker Corinne Hannan en haar collega's (2005) 48 therapeuten om prognoses op te stellen voor 550 patiënten die bij hen in kortdurende behandeling kwamen. De conclusie: 'Therapists rarely predicted deterioration. Only 3 (0.01%) of 550 clients were predicted to deteriorate, and only 1 of those predicted to deteriorate had, in actuality, deteriorated at the end of therapy. Actual outcome data indicated that 40 clients (7.3%) deteriorated by the end of therapy. We interpret these results as indicating that therapists tend to overpredict improvement and fail to recognize clients who worsen during therapy' (Hannan et al., 2005; p. 161).

Het onderzoek van Hannan en collega's is niet het enige in zijn soort. De psycholoog Derek Hatfield en collega's (2010) bestudeerden de behandelnotities die psychotherapeuten over 4.200 patiënten maakten. Een groep van 380 patiënten (9%) ging er tijdens de behandeling op achteruit.

Was dat terug te zien in de notities? 'Therapists did not indicate client worsening in their notes close to 70% of the time. It appears that often, therapists simply have difficulty noticing client deterioration' (Hatfield et al., 2010; p. 30).

### HERVONDEN HERINNERINGEN

Sommige patiënten hebben geen baat bij psychotherapie en gaan er zelfs op achteruit. Onderzoekers schatten dat zo'n ongunstige uitkomst zich bij 5-20% van de patiënten voordoet (Linden & Schermuly-Haupt, 2014). Maar zeker niet elke negatieve ervaring is iatrogeen: je slechter voelen tijdens of na psychotherapie is niet hetzelfde als je slechter voelen vanwege psychotherapie.

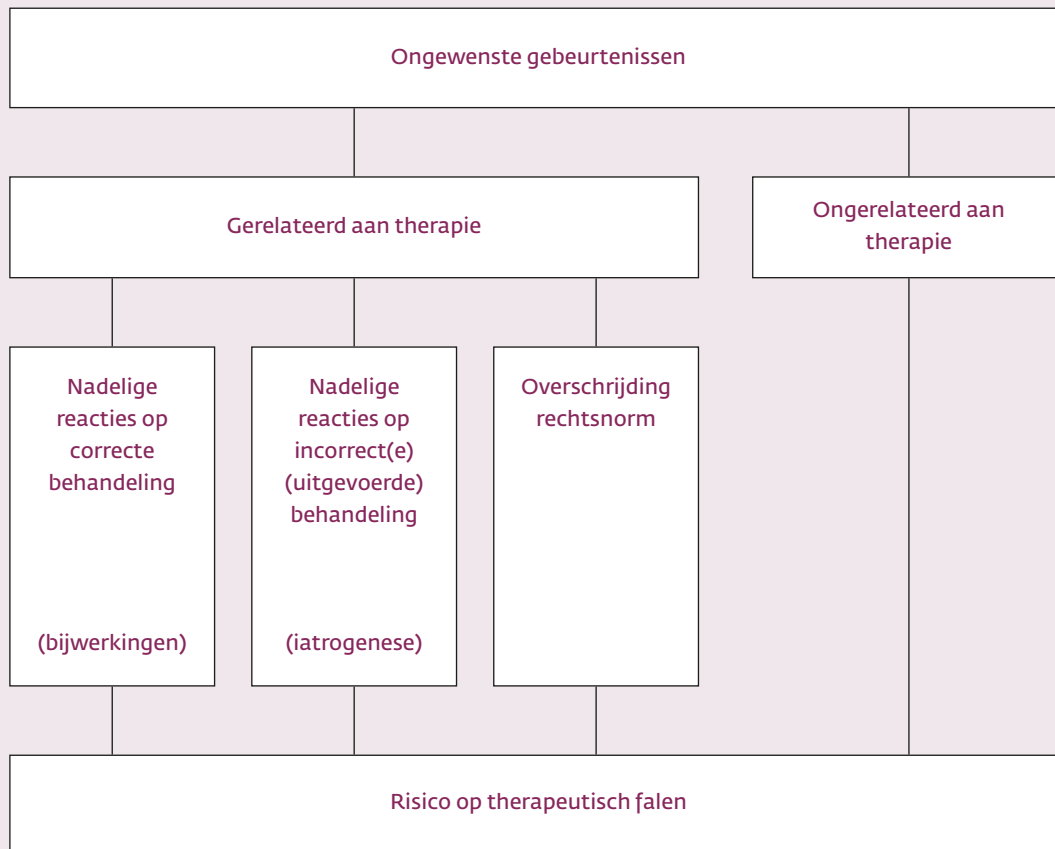
Er zijn interventies waarvan vaststaat dat ze een behoorlijk iatrogeen potentieel hebben. Berucht zijn *Critical Incident Stress Debriefing* bij mensen die werden geconfronteerd met een traumatisch voorval, *rebirthing*-technieken bij oppositionele jongeren, *bootcamp*-achtige interventies bij delinquente jongeren en therapieën waarin behandelaars – geheel in traditie van Freud – speuren naar verdrongen herinneringen (Lilienfeld, 2007; Barlow, 2010).

Deze laatste categorie verdient aparte vermelding aangezien patiënten het prominent worden van vervelende herinneringen tijdens de behandeling nogal eens als nadelig ervaren. In het Zweedse onderzoek (N=653) van Alexander Rozenthal en collega's (2016) meldde 38% van de patiënten dat 'unpleasant memories resurfaced' tijdens de behandeling. Dat op zichzelf hoeft geen verwondering te wekken en het is al evenmin gek als therapeuten aan dit soort herinneringen aandacht besteden. Riskant wordt het pas als therapeuten er stelselmatig naar gaan sonderen en dit tot prioriteit van de therapie verheffen (Otgaar & Merckelbach, 2016; Crombag & Merckelbach, 2017). De Canadese onderzoekers Janet Fetkewicz en collega's (2000) beschreven zo twintig patiënten die hulp zochten vanwege depressieve klachten. Uiteindelijk werden ze gediagnosticeerd met een meervoudige persoonlijkheidsstoornis (MPS) en behandeld met een therapie die erop gericht was om traumatische jeugdherinneringen op te delven. Aangezien MPS tot speerpunt van de behandeling was uitgeroepen, werd er minder aandacht besteed aan de depressieve klachten, zodat die gaandeweg de behandeling radicaliseerden. Zelfmoordpogingen in deze groep waren niet ongewoon: 60% (N=12) van de patiënten ondernam één of meerdere pogingen. De diagnose MPS, de nadruk op hervonden trauma's en het miskennen van de aanwezige depressie droegen, volgens de auteurs, bij aan deze pogingen (zie ook Lambert & Lilienfeld, 2007).

6 Van Dam en collega's (2018; p. 47) schrijven dat 'meditation-related experiences that were serious or distressing enough to warrant additional treatment or medical attention have been reported in more than 20 published case reports or observational studies.'

7 Zie daarover: [www.childrenintherapy.org](http://www.childrenintherapy.org).

## BOX 1. SCHEMATISCHE WEERGAVE NAAR DE TAXONOMIE VAN LINDEN (2013)



Ongewenste gebeurtenissen zijn alle negatieve gebeurtenissen die tijdens of na behandeling plaatsvinden en die het risico op therapeutisch falen vergroten. Voorbeelden zijn: toename ernst symptomen, nieuwe symptomen, relatieproblemen, stigmatisering, verlieservaringen en ziekteverzuim. Sommige gebeurtenissen zijn niet gerelateerd aan de therapie, bijvoorbeeld ontslag na een reorganisatie. Andere zijn wel gerelateerd aan de therapie en vallen uiteen in nadelige reacties op correct uitgevoerde behandelingen, bijvoorbeeld angsttoename tijdens exposure; nadelige reacties op incorrecte interventies, bijvoorbeeld pseudoherinnering na hypnose; en schending van een rechtsnorm, bijvoorbeeld ontucht met misbruik van gezag.

### EEN TAXONOMIE VAN ONGEWENSTE GEBEURTENISSEN

Dat psychotherapeuten mislukkingen nogal eens over het hoofd te zien, komt onder meer omdat ze geen classificatiesysteem hebben voor ongewenste gebeurtenissen tijdens de behandeling. Het ontbreken daarvan maakt het bijvoorbeeld

lastig om tijdens intervisies of supervisies te praten over hoe je tegenslagen van fouten onderscheidt. Met dat in het achterhoofd ontwikkelde de eerder genoemde Linden (2013; zie ook Moritz et al., 2015; Schermuly-Haupt et al., 2018) een taxonomie die therapeuten moet helpen om na te denken over (1) ongewenste gebeurtenissen, (2) de mate waarin ze



het gevolg zijn van de behandeling en (3) de mate waarin dat dan weer duidt op iatrogenese. Zijn taxonomie loopt van toevallige tegenslagen (bijvoorbeeld ontslag vanwege reorganisatie) via onvermijdelijke bijwerkingen van deskundig uitgevoerde behandelingen (bijvoorbeeld angsttoename tijdens exposure) naar iatrogene effecten van ondeskundig uitgevoerde behandelingen (bijvoorbeeld pseudoherinnering na hypnose). Box 1 is onze eigen, wat simpele weergave van Lindens taxonomie. Ze verdient nadere uitwerking en zal dan – denken we – goede diensten kunnen bewijzen tijdens intervisie en supervisie. Preciezer gezegd: Lindens taxonomie kan helpen bij het articuleren van feedback, waardoor therapeuten hun expertise op een hoger plan kunnen brengen.<sup>8</sup>

## Feedback over de voortgang van de patiënt is een veelbelovend vehikel om de therapeutische slagkracht te verbeteren

Een taxonomie van therapeutisch falen veronderstelt wel dat psychotherapeuten in staat zijn om regels en inzichten te formuleren over wanneer welke interventies bij welke patiënten een redelijke kans op succes garanderen. Het is pas tegen de achtergrond van zo'n normatief kader dat in tuchtrechtelijke zin een verband valt leggen tussen ondeskundig handelen en een ongewenste uitkomst (zie ook Giard, 2018). De afwezigheid van een normatief kader duidt op de onderontwikkelde status van een therapievorm, maar dan nog gelden natuurlijk altijd straf-, civiel- en tuchtrechtelijke regels.<sup>9</sup>

Terwijl de taxonomie van Linden bedoeld is voor psychotherapeuten, ontwikkelden Rozental en collega's

(2016) een instrument dat patiënten invullen en langs die weg informatie kan opleveren over verschillende soorten neveneffecten. Van hun *Negative Effects Questionnaire* (NEQ) bestaat een Nederlandse versie die gratis is te downloaden.<sup>10</sup> De NEQ omvat 32 vragen van het volgende type: 'Ik kreeg gedachten dat het misschien beter zou zijn als ik er niet meer ben of dat ik zelfmoord zou moeten plegen'. De patiënt scoort op een vijfpuntschaal ('helemaal niet' tot 'extreem') hoe sterk hij zoiets heeft ervaren en of het met de behandeling samenhangt.<sup>11</sup>

### MONITOREN EN FEEDBACK

Instrumenten als de NEQ zijn belangrijk. Ze kunnen de therapeut voorzien van feedback over wat er mis dreigt te gaan en dat draagt weer bij aan het opbouwen van expertise (Goldberg et al., 2016). Er is veel te zeggen voor een werkwijze waarbij klachten en symptomen van de patiënt voortdurend worden gepeild ('monitoren') tijdens de behandeling en deze informatie vervolgens wordt gebruikt om de behandeling af te breken, bij te sturen of te intensiveren.

De Amerikaanse psychotherapeut Michael Lambert en collega's (2005) beschreven een systematiek waarbij de therapeut op tijd feedback krijgt over de patiënt om zo vroegtijdige beëindiging van de therapie te voorkomen. De auteurs lieten in een steekproef van een paar duizend patiënten zien dat een dergelijke aanpak zoden aan de dijk zet. Werd er op de gebruikelijke manier gewerkt – zonder monitoren en feedback –, dan bedroeg het percentage patiënten dat gaandeweg de behandeling verslechterde ongeveer 20%. Kregen therapeuten feedback over de symptomen van de patiënten, dan zakte dat percentage naar 13%. Werd de feedback gecombineerd met extra intensieve psychotherapie, dan daalde het nog verder naar 9%.

De Nederlandse psycholoog Pauline Janse en haar collega's (2017) publiceerden onlangs de resultaten van een studie waarin werd nagegaan of feedback de gunstige effecten van cognitieve gedragstherapie versterkt.<sup>12</sup> Bij dit onderzoek waren 1006 patiënten met uiteenlopende klachten en 85 therapeuten betrokken. Therapeuten die van feedback werden voorzien over hoe het met de patiënt ging,

8 Op geleide van zijn taxonomie ontwierp Linden (2013; tabel 2; zie ook Schermuly-Haupt et al., 2018) een voor psychotherapeuten handige checklist. Hij adviseert om die tijdens supervisie en training te gebruiken en voegt eraan toe: 'This includes the notion that finding side effects is not a sign of a bad but rather of a good therapist' (p. 294). Zie voorts Castonguay en collega's (2010).

9 Zoals respectievelijk art. 249 WvS dat handelt over misbruik met gezag, art. 7:453 BW dat handelt over de zorgplicht en art. 88 wet BIG dat handelt over geheimhouding.

10 En wel via [www.neqscales.com](http://www.neqscales.com).

11 De NEQ laat zich makkelijk inpassen in *Routine Outcome Measurements* (ROM).

12 Ten behoeve van de feedback werden in dit onderzoek twee makkelijk af te nemen instrumenten gebruikt: de *Outcome Rating Scale* (ORS) aan het begin van de sessie en de *Session Rating Scale* (SRS) aan het einde van de sessie. Beide vragenlijsten bestaan uit vier visueel analoge schalen.

boekten over het geheel genomen niet betere resultaten dan therapeuten zonder feedback. Maar bij specifiek depressieve patiënten deden therapeuten met feedback het wel beter dan therapeuten zonder feedback. Sowieso hadden therapeuten met feedback twee sessies minder nodig om hetzelfde resultaat te bereiken als therapeuten zonder feedback. De bevindingen van Janse en collega's spreken wat minder tot de verbeelding dan die van Lambert c.s. (2005), maar wat blijft staan is dat feedback over de voortgang van de patiënt een veelbelovend vehikel is om de therapeutische slagkracht te verbeteren.

Hoe dan ook biedt structurele feedback psychotherapeuten een preciezer inzicht in hun behandelresultaten. Zonder systematische terugkoppeling laten psychotherapeuten zich nogal eens in de luren leggen door een *hello-goodbye-bias* (Tracey et al., 2014).<sup>13</sup> Daarbij dikt de patiënt aanvankelijk zijn symptomen aan om zo in aanmerking te komen voor behandeling (*faking bad*). Naarmate de therapie haar einde nadert, minimaliseert de patiënt de symptomen ten einde een goede indruk te maken (*faking good*). De psychotherapeut houdt er ten onrechte de indruk aan over dat de behandeling een succes was.

## TENSLOTTE

Mensen zijn over het algemeen niet briljant in het doorgronden van oorzakelijk samenhangen. Dat geldt al helemaal voor hulpverleners, want zij hebben de neiging om hun interventies te verbinden met positieve uitkomsten. Spaanse onderzoekers (Matute et al., 2015) lieten proefpersonen beschrijvingen lezen van fictieve patiënten. Soms kregen de patiënten medicatie voorgeschreven, soms ging het beter met de patiënten, en soms konden proefpersonen zelf hun fictieve patiënten medicatie voorschrijven. De onderzoekers maakten op willekeurige wijze combinaties van medicatie en uitkomsten. Proefpersonen legden bijna automatisch een verband tussen medicatie en symptomatische vooruitgang, ook als de combinatie op toeval berustte. De neiging om zo'n illusoire samenhang te zien werd sterker als proefpersonen zelf medicatie konden voorschrijven. Op de een of andere manier bevordert

*'Researchers of psychological treatments do have personal interests in publication of (larger) effects, as these are more likely to lead to tenure and lucrative workshop fees'*

zelf-geïnitieerde actie het zien van gunstige verbanden die er niet zijn.

Dat maakt het des te belangrijker om negatieve ervaringen tijdens psychotherapie als onderwerp serieus te nemen. We willen daar een paar overwegingen aan toevoegen. Ten eerste, therapieën worden geëvalueerd met zogenaamde *randomized controlled trials* (RCT's). RCT's worden als hoeksteen van een weldoordachte gezondheidszorg gezien. Maar wie RCT's in het psychotherapeutisch domein vergelijkt met die in het medische domein, moet vaststellen dat er grote verschillen zijn. In het medische domein is het gebruikelijk om van te voren details van een RCT – hoeveel patiënten, welke metingen, welke bijwerkingen – vast te leggen. Zo'n prospectieve registratie is vaak zelfs een vereiste voor publicatie in een prominent vaktijdschrift. Slechts 15% van de RCT's naar psychotherapeutische interventies wordt prospectief geregistreerd, wat voor een deel de geringe belangstelling voor de bijwerkingen van psychotherapie verklaart: men houdt er simpelweg geen rekening mee (Cybulski et al., 2016). Het past in het beeld dat onderzoekers op dit terrein nogal eens worden gedreven door de wens om toch vooral de positieve kanten van psychotherapie te belichten (Cuijpers et al., 2010; Dragioti et al., 2017). Daarbij spelen zakelijke belangen een rol. Zoals de Amsterdamse hoogleraar Pim Cuijpers en zijn collega's (2010; p. 177) het zo snedig onder woorden brachten: 'Researchers of psychological treatments do have personal interests in publication of (larger) effects, as these are more likely to lead to tenure and lucrative workshop fees.'

De tweede overweging: de bestudering van therapeutisch falen is belangrijk, al was het maar om te achterhalen welke patiënten het treft. Het is een oud idee dat psychotherapie veel patiënten zal helpen terwijl een minderheid er nadeel van lijkt te ondervinden (Barlow, 2010). Beide groepen op één

13 De kwestie is ingewikkelder dan we hier doen voorkomen. Regan en Hill (1992) lieten in hun onderzoek zien dat patiënten heel wat thema's die voor hen belangrijk zijn tijdens therapie onbesproken laten (*things left unsaid*), dat therapeuten slechts op een fractie daarvan (19%) de hand weten te leggen, maar dat als ze dit doen, dit aan de therapeutische relatie weer niet ten goede komt. 'There may be some benefit to having some things kept concealed within therapy,' schrijven de auteurs (p. 173).

## Hulpverleners hebben de neiging hun interventies te verbinden met positieve uitkomsten

hoop gooien leidt tot een amorf beeld van de therapeutische werkzaamheid. Interessanter is het om te bestuderen wie er nadeel ondervinden, of deze groep baat heeft bij extra intensieve behandeling, en welke rol symptoomoverdrijving in deze groep speelt. Over de vertekenende uitwerking die symptoomoverdrijving op behandeluitkomsten kan hebben, hebben anderen (Van Egmond & Kummeling, 2002) en ook wijzelf eerder geschreven (Merckelbach & Jelicic, 2010). Hier willen we volstaan met de opmerking dat het systeem van monitoring en feedback (Lambert en collega's, 2005) zich uitstekend laat combineren met het meten van symptoomoverdrijving die optreedt vanwege, bijvoorbeeld, secundaire belangen.

Alles overziend, zouden wij beleidsmakers, subsidieverstrekkers, onderzoekers en psychotherapeuten een programma van zes punten willen aanbevelen:

- Investeer in wetenschappelijk onderzoek naar psychotherapeutisch falen;
- Neem in rct's naar de effectiviteit van psychotherapeutische interventies instrumenten als de neq (Rozental et al., 2016) mee;
- Betrek bij het protocolleren van psychotherapeutische interventies een taxonomie als die van Linden (2013);
- Optimaliseer voorlichtingsfolders en websites voor cliënten conform de wens van de Minister;
- Installeer de systematiek van monitoren en feedback zoals beschreven door Lambert et al. (2005; zie ook Janse et al., 2017) op de psychotherapeutische werkvloer;
- Besteed in de opleiding van psychologen en psychotherapeuten meer aandacht aan het onderwerp van therapeutisch falen (Castonguay et al., 2010);

Ja, psychotherapie is mensenwerk. Daaraan de eis van perfectie stellen is onredelijk. Maar in dat mensenwerk speelt de therapeut de rol van katalysator, een katalysator die krachtiger wordt als systematische feedback over fouten, tegenvallers en uitglijvers serieus wordt genomen

### OVER DE AUTEURS

Harald Merckelbach is hoogleraar rechtspsychologie aan de Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen van de Universiteit Maastricht. Sanne Houben is promovendus aan diezelfde Faculteit. Henry Otgaar is universitair hoofddocent aan diezelfde Faculteit. Brechje Dandachi-FitzGerald is universitair docent aan diezelfde Faculteit en gz-psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog bij het Maastricht Universitair Medisch Centrum (MUMC+). Jeffrey Roelofs is universitair docent aan diezelfde faculteit en gz-psycholoog i.o. tot klinisch psycholoog bij Lucertis Ke-J Psychiatrie, Maastricht. Correspondentieadres: Harald Merckelbach, Sectie Forensische Psychologie, Faculteit Psychologie en Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht, Postbus 616, 6200 MD, Maastricht, h.merckelbach@maastrichtuniversity.nl.

## Summary

### WHEN PSYCHOTHERAPY FAILS

H. MERCKELBACH, S. HOUBEN, H. OTGAAR, B. DANDACHI & J. ROELOFS

There is a deeply ingrained notion in some quarters of psychology and psychiatry that patients have to become worse before they become better. This *no-pain-no-gain* principle has a long tradition, but its empirical basis is, at best, weak. More importantly, the *no-pain-no-gain* doctrine obscures instances in which patients experience serious side effects during psychological treatment. In the current article, we discuss the literature about such side effects. Paying systematic attention to therapeutic failures and errors and disseminating information about them is an effective way of increasing expertise. Society increasingly demands evidence-based interventions from psychology and psychiatry. Studying adverse side effects fits well into this perspective as it may help to define boundary conditions.

# Literatuur

- Barlow, D.H. (2010). Negative effects from psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 13-20.
- Berk, M. & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: Side effects of psychotherapy. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 787-794.
- Blanchard, E.B. & Hersen, M. (1976). Behavioural treatment of hysterical neurosis: Symptom substitution and symptom return reconsidered. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 39, 118-129.
- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J. & Carlbring, P. (2014). Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43, 319-331.
- Castonguay, L., G., Boswell, J.F., Constantino, M.J., Goldfried, M.J. & Hill, C.E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65, 34-49.
- Choi, B.C.K. & Pak, A.W.P. (2006). The hello-goodbye effect. In N.J. Salkind (Ed.), *Encyclopedia of Measurement and Statistics*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc.
- Crawford, M.J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E. et al. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 260-265.
- Crombag, H.F.M., & Merckelbach, H. (2017). *Hervonden herinneringen en andere misverstanden*. Amsterdam: Olympus.
- Cuijpers, P., Smit, F., Bohlmeijer, E., Hollon, S.D. & Andersson, G. (2010). Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: Meta-analytic study of publication bias. *British Journal of Psychiatry*, 196, 173-178.
- Cybulski, L., Mayo-Wilson, E. & Grant, S. (2016). Improving transparency and reproducibility through registration: The status of intervention trial published in clinical psychology journals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 84, 753-767.
- Dragioti, E., Karathanos, V., Gerdle, B. & Evangelou, E. (2017). Does psychotherapy work? An umbrella review of meta-analyses of randomized controlled trials. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136, 236-246.
- Ericsson, K.A. (2009). *Development of professional expertise*. New York: Cambridge University Press.
- Fetkewicz, J., Sharma, V. & Merskey, H. (2000). A note on suicidal deterioration with recovered memory treatment. *Journal of Affective Disorders*, 58, 155-159.
- Freud, S. & Breuer, J. (1885; 1970). *Studien Über Hysterie*. Frankfurt a/m: Fischer.
- Foa, E.B. & Emmelkamp, P.M. (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Giard, R. (2018). Het naadje van de causaliteit. *Expertise en Recht*, in druk.
- Giard, R. & Merckelbach, H. (2009). Nietzches gelijk: Waarom wijsheid achteraf onbillijk is. *Nederlands Juristenblad*, 84, 1014-1021.
- Goldberg, S.B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L. et al. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 1-11.
- Hannan, C., Lambert, M.J., Harmon, C., Nielsen, S.L., Smart, D.W. et al. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163.
- Hardy, G.E., Bishop-Edwards, L., Chambers, E., Connell, J., Dent-Brown, K. et al. (2017). Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychotherapy Research*, in druk.
- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S.H. & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17, 25-32.
- Hogarth, R.M. (2001). *Educating intuition*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
- Holmes, E.A., Ghaderi, A., Harmer, C. J., Ramchandani, P.G., Cuijpers, P. et al. (2018). The Lancet Psychiatry commission on psychological treatments research in tomorrow's science. *The Lancet Psychiatry*, 5, 237-286.
- Israëls, H. (1995). Freud, fraude, en verdringing. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 139, 2190-2194.
- Janse, P.D., De Jong, K., Van Dijk, M.K., Hutschemaekers, G.J. & Verbraak, M.J. (2017). Improving the efficiency of cognitive-behavioural therapy by using formal client feedback. *Psychotherapy Research*, 27, 525-538.
- Kächele, H. & Schachter, J. (2014). On side effects, destructive processes, and negative outcomes in psychoanalytic therapies: Why is it difficult for psychoanalysts to acknowledge and address treatment failures? *Contemporary Psychoanalysis*, 50, 233-258.
- Korrelboom, K. (2016). Negatieve effecten van psychotherapie. <https://www.vgct.nl/themas/wetenschappelijk-nieuws/kees-korrelboom-over-schadelijk-effecten-van-therapie>
- Lambert, M.J., Harmon, C., Slade, K., Whipple, J.L. & Hawkins, E.J. (2005). Providing feedback to psychotherapists on their patients' progress: Clinical results and practice suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 165-174.
- Lambert, K. & Lilienfeld, S.O. (2007). Brain stains: Traumatic therapies can have long lasting effects on mental health. *Scientific American Mind*, 18, 46-53.
- Lerner, J.S. & Tetlock, P.E. (1999). Accounting for the effects of accountability. *Psychological Bulletin*, 125, 255-275.
- Lilienfeld, S. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2, 53-70.
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 286-296.
- Linden, M. & Schermuly-Haupt, M.L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*, 13, 306-309.
- Matute, H., Blanco, F., Yarritu, I., Díaz-Lago, M., Vadillo, M.A. & Barberia, I. (2015). Illusions of causality: How they bias our everyday thinking and how they could be reduced. *Frontiers in Psychology*, 6. doi:10.3389/fpsyg.2015.00888
- Merckelbach, H. & Jellic, M. (2010). Maar niet heus: Simulanten. In A. Jansen, M.A. van den Hout & H. Merckelbach (Eds.), *Gek: Experimentele Psychopathologie* (pp. 229-259). Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum.
- Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B., Seeralan, T., Cludius, B. et al. (2015). No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive-compulsive disorder and its relationship to treatment gains. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 61-66.
- Nutt, D.J. & Sharpe, M. (2008). Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 22, 3-6.
- Otgaar, H. & Merckelbach, H. (2016). Praten kan wel kwaad: Waar is de bijsluiter? *Psychopraktijk*, 8, 10-11.
- Parry, G.D., Crawford, M.J. & Duggan, C. (2016). Iatrogenic harm from psychological therapies - Time to move on. *The British Journal of Psychiatry*, 208, 210-212.
- Regan, A.M. & Hill, C.E. (1992). Investigation of what clients and counselors do not say in brief therapy. *Journal of Counseling Psychology*, 39, 168-174.
- Rozental, A., Kottorp, A., Boettcher, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2016). Negative effects of psychological treatments: An exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PLoS ONE*, 11: e0157503.
- Schermuly-Haupt, M.L., Linden, M. & Rush, A.J. (2018). Unwanted events and side effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, in druk.
- Tracey, T.J.G., Wampold, B.E., Lichtenberg, J.W. & Goodyear, R.K. (2014). Expertise in psychotherapy: An elusive goal? *American Psychologist*, 69, 218-229.
- Tryon, W.W. (2008). Whatever happened to symptom substitution? *Clinical Psychological Review*, 28, 963-968.
- Van Dam, N.T., van Vugt, M.K., Vago, D.R., Schmalzl, L., Saron, C.D. et al. (2018). Mind the hype: A critical evaluation and prescriptive agenda for research on mindfulness and meditation. *Perspectives on Psychological Science*, 13, 36-61.
- Van Egmond, J. & Kummeling, I. (2002). A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. *European Psychiatry*, 17, 46-54.