

**De Rol van Tact in Handleidingen voor de Behandeling van Angststoornissen en
Depressieve Stoornissen met Cognitieve Gedragstherapie: Een Scoping Review**

Lazise Noa van Wijngaarden

Studentnummer: s5144124

Afdeling Psychologie, Rijksuniversiteit Groningen

PSB3A-BT15: Bachelor These

Supervisor: prof. dr. M. Derksen

Tweede beoordelaar: dr. ing. M.M. Goedendorp

In samenwerking met: V. Bezuijen, K. Borse, N. Cancelliere, N. Peitz en E. Swinkels

11 april 2025

Een scriptie is een proeve van bekwaamheid voor studenten. De goedkeuring van de scriptie is het bewijs dat de student over voldoende onderzoeks- en rapportagevaardigheden beschikt om af te studeren, maar biedt geen garantie voor de kwaliteit van het onderzoek en de resultaten van het onderzoek als zodanig, en de scriptie is daarom niet per se geschikt als academische bron om naar te verwijzen. Als u meer wilt weten over het in deze scriptie besproken onderzoek en de daarop gebaseerde publicaties waarnaar u zou kunnen verwijzen, neem dan contact op met de genoemde begeleider.

The Role of Tact in Manuals for the Treatment of Anxiety and Depressive Disorders with Cognitive Behavioral Therapy: A Scoping Review

Abstract

Resistance is a factor that reduces the effectiveness of evidence-based treatments. The current study therefore investigates the role of tact in preventing and reducing resistance in manuals for the treatment of depressive disorders and anxiety disorders with cognitive behavioral therapy. This is done by means of a scoping review of manuals for the treatment of depressive disorders and anxiety disorders with cognitive behavioral therapy. In all coded manuals, three broad categories of techniques were identified in which tact manifests itself as a means to prevent and/or reduce resistance when it occurs: 1) increasing motivation for change, 2) reducing perceived directiveness, and 3) both reducing perceived directiveness and increasing motivation for change. These findings emphasize the ability of evidence-based treatments to take the unique individual and context into account. However, they also highlight the lack of scientific research about dealing with resistance, and the lack of integration of available research with regard to resistance in psychological practice. These findings provide a basis for further research into the role of tact in dealing with resistance and in dealing with resistance in psychological practice in general. In this way, the study contributes to bridging the gap between science and psychological practice and increasing the effectiveness of psychological treatments.

Keywords: resistance, evidence-based practice, cognitive behavioral therapy, anxiety disorders, depressive disorders, tact

Samenvatting

Weerstand is een factor die de effectiviteit van *evidence-based* behandelingen vermindert. In de huidige studie wordt daarom onderzocht wat de rol van tact is in het voorkomen en verminderen van weerstand in handleidingen voor de behandeling van depressieve stoornissen en angststoornissen met cognitieve gedragstherapie. Dit wordt gedaan door middel van een *scoping review* van handleidingen voor de behandeling van depressieve stoornissen en angststoornissen met cognitieve gedragstherapie. In alle gecodeerde handleidingen zijn drie grote categorieën technieken geïdentificeerd waarin tact zich manifesteert als middel om weerstand te voorkomen en/of te verminderen als het zich voordoet: 1) het verhogen van de motivatie voor verandering, 2) het verminderen van de ervaren directiviteit en 3) het zowel verminderen van de ervaren directiviteit, als het verhogen van de motivatie voor verandering. Deze bevindingen benadrukken het vermogen van op wetenschap gebaseerde behandelingen om rekening te houden met het unieke individu en de context. Echter belichten ze ook het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek naar de omgang met weerstand, en het gebrek aan integratie van het beschikbare onderzoek in de praktijk. Deze bevindingen bieden een basis voor verder onderzoek naar de rol van tact in de omgang met weerstand en de omgang met weerstand in de psychologische praktijk in het algemeen. Hierdoor draagt de studie bij aan het dichten van het gat tussen de wetenschap en de psychologische praktijk en het verhogen van de effectiviteit van psychologische behandelingen.

Trefwoorden: weerstand, evidence-based practice, cognitieve gedragstherapie, angststoornissen, depressieve stoornissen, tact

De Rol van Tact in Handleidingen voor de Behandeling van Angststoornissen en Depressieve Stoornissen met Cognitieve Gedragstherapie: Een Scoping Review

In 2006 publiceerde de *Presidential Task Force on Evidence-Based Practice* van de American Psychological Association (APA) een rapport met betrekking tot *evidence-based practice in psychology* (EBPP). Volgens de *Presidential Task Force* is EBPP “de integratie van het best beschikbare onderzoek met klinische expertise in de context van de kenmerken van de cliënt, cultuur en voorkeuren” (Presidential Task Force on Evidence-based Practice, 2006, p. 273). Volgens het rapport heeft EBPP als doel het bevorderen van de effectiviteit in de psychologische praktijk en het verbeteren van de gezondheidszorg, door middel van het gebruik van wetenschappelijk bewijs als basis voor psychologische beoordeling, casusformulering, de therapeutische relatie en behandeling.

EBPP is inmiddels universeel geaccepteerd als een belangrijk onderdeel van de gezondheidszorg (Melchert et al., 2024). Desondanks heeft het ook beperkingen. Zo noemen Melchert et al. (2024) dat het model niet in staat is om rekening te houden met de uniciteit van cliënten en zijn er problemen met implementatie van het model in de praktijk. Daarnaast stelt Berg (2019) dat het driedelige EBPP eigenlijk niet driedelig is, aangezien wetenschappelijk bewijs (het best beschikbare onderzoek) de basis vormt voor de toevoeging van de twee andere componenten. Dit is volgens Berg (2019) problematisch omdat belangrijke, niet-wetenschappelijke redenen voor de toevoeging van deze componenten, niet erkend worden in de EBPP. Zo noemt Berg (2019) bijvoorbeeld dat het recht van de cliënten om keuzes te maken over hun leven, een belangrijk niet-wetenschappelijk argument is voor de toevoeging van de component ‘cliënt kenmerken, cultuur en voorkeuren’. Hij stelt daarom dat een uitsluitend wetenschappelijk model niet passend is voor deze complexe therapeutische context. De kritiek van Willemsen (2022) sluit hierbij aan: empirisch bewijs als basis voor de praktijk zou volgens hem geen gouden standaard moeten zijn omdat psychologen in de

praktijk te maken krijgen met contexten die gekenmerkt worden door uniciteit, onzekerheid en waardenconflicten. Hiervoor is een kant-en-klare *one-size-fits-all* oplossing vanuit de wetenschap niet passend.

Er lijkt dus een gat te zijn tussen de wetenschap en de psychologische praktijk: de wetenschap slaagt er niet in rekening te houden met de uniciteit van het individu en de context, die een grote rol spelen in de psychologische praktijk.

Weerstand

Volgens therapeuten is weerstand een belangrijke reden voor het gat tussen de praktijk en de wetenschap in cognitieve gedragstherapie (CGT, Amodeo et al., 2011; McAleavey et al., 2014). Volgens McAleavey et al. (2014) hebben therapeuten het gevoel dat behandelingsprotocollen, die gebaseerd zijn op wetenschappelijk onderzoek, niet genoeg aandacht besteden aan instructies voor de omgang met weerstand. Dit is relevant omdat er volgens Beutler et al. (2002) sprake is van een negatieve correlatie tussen de weerstand en de uitkomsten van een behandeling.

Er zijn verschillende definities van weerstand en verschillende verklaringen voor hoe weerstand ontstaat. Vanuit het oogpunt van de cognitieve theorie en gedragstheorie wordt weerstand gezien als het niet meewerken van de cliënt in de behandeling (Beutler et al., 2002). Volgens Miller en Rollnick (2002) is weerstand het gevolg van een interpersoonlijk proces waarbij gedragingen vanuit de cliënt signaleren dat er een probleem is in de samenwerking tussen de cliënt en de therapeut. Volgens het CGT-model ontstaat weerstand vooral uit tegenstrijdigheid met betrekking tot verandering: cliënten willen veranderen, terwijl ze hier ook bang voor zijn en dit tegenwerken (Aviram en Westra, 2011; Miller en Rollnick, 2002). Naast dat weerstand het resultaat is van een interpersoonlijk proces, wordt dit ook gedeeltelijk beïnvloed door persoonlijkheidskenmerken (Beutler et al., 2011). Dowd en Wallbrown (1993) noemen dat psychologisch reactieve personen een persoonlijkheidspatroon

hebben dat gekenmerkt wordt door defensiviteit, agressie, dominantie, autonomie en door het niet gericht zijn op relaties.

Dit is extra relevant in directieve therapieën zoals CGT waarbij de therapeut een meer actieve rol heeft, aangezien cliënten met hoge niveaus van weerstand als persoonlijkheidskenmerk minder goed reageren op deze directieve behandelingen (Beutler et al., 2002; Beutler et al., 2011; Hara et al., 2018; National Association of Cognitive-Behavioral Therapists, z.d.).

Met betrekking tot de behandeling van depressieve stoornissen en angststoornissen (DSAS) is weerstand ook erg relevant, en dan met name de vijandige weerstand, wat zich manifesteert in boosheid en het openlijk verbaal strijd voeren met de therapeut (Westra et al. (2009) in Schwartz et al. (2022)). Dit heeft mogelijk te maken met kenmerken van DSAS. Volgens Gould et al. (1996) zijn woedeaanvallen een kenmerk dat gerelateerd is aan depressie en ervaren personen met een angststoornis meer boosheid als er sprake is van comorbide depressie (Moscovitch et al., 2008). Dit is relevant gezien de hoge comorbiditeit van de stoornissen (bijvoorbeeld Alonso et al., 2004; Galyamina et al., 2017; Johnco et al., 2024; Lecrubier, 2001; Silverstone en Von Studnitz, 2003). Daarnaast is er bij paniekstoornissen over het algemeen meer sprake van agressieve uitdrukking van boosheid (Moscovitch et al., 2008). Een hogere mate van boosheid en vijandige weerstand hinderen de behandeling met CGT (Schwartz et al., 2022).

Tact

Volgens Derksen (2017) is 'tact' een factor die een rol kan spelen in de omgang met weerstand. Tact is een manier van gedragen die gekenmerkt wordt door een bepaalde sensitiviteit voor de uniciteit van de situatie (Heyd, 1995). Daarnaast kan tact gebruikt worden om een persoon emotioneel en cognitief te raken, waarbij er een bepaald affect of emotie opgeroepen kan worden (Lingis, 2007). Ook speelt tact een rol in oordeelsvorming door

situatieafhankelijke beslissingen die genomen worden (Duggan, 2024). Tact wordt dus gekenmerkt door een bepaalde sensitiviteit voor de uniciteit van de context en het individu. Deze sensitiviteit beïnvloedt de besluitvorming.

Tact zou in de therapeutische context een rol kunnen spelen in de vermindering van weerstand door bijvoorbeeld tactisch de ervaren directiviteit te verminderen als de cliënt van nature een meer reactief persoonlijkheidspatroon heeft (Beutler et al., 2002; Beutler et al., 2011; Hara et al., 2018). Ook kan tact een rol spelen door het affect met betrekking tot verandering positief te beïnvloeden en hierdoor de motivatie voor verandering wellicht te verhogen (Aviram en Westra, 2011; Miller en Rollnick, 2002). Tot slot zou tact een rol kunnen spelen in het maken van tactvolle beslissingen met betrekking tot het inzetten van bepaalde technieken om motivatie te verhogen of de ervaren directiviteit te verminderen (Beutler et al., 2002; Beutler et al., 2011; Hara et al., 2018; Miller en Rollnick, 2002).

Deze Studie

In deze studie wordt door middel van een *scoping review* gekeken naar de rol van tact in handleidingen voor de behandeling van DSAS met CGT. Hierbij wordt gekeken naar de rol van tact in weerstandsvermindering. De onderzoeksvraag die hierin centraal staat luidt als volgt: *"Wat is de rol van tact in het voorkomen en verminderen van weerstand in handleidingen voor de behandeling van depressieve stoornissen en angststoornissen met cognitieve gedragstherapie?"*

De focus ligt op de behandeling van DSAS met CGT omdat, zoals eerder al genoemd werd, weerstand extra relevant is in directieve therapieën zoals CGT en bij stoornissen zoals DSAS. Verder zijn DSAS volgens het Trimbos-Instituut (z.d.-a, z.d.-b) de meest voorkomende psychische stoornissen in Nederland en hebben deze stoornissen daarnaast een hoge comorbiditeit (bijvoorbeeld Alonso et al., 2004; Galyamina et al., 2017; Johnco et al., 2024; Lecrubier, 2001; Silverstone en Von Studnitz, 2003). Met het oog op de EBPP is CGT

gekozen omdat het een populaire *evidence-based* behandeling is en volgens de GGZ-standaarden voor DSAS valt onder de eerste keuze voor de psychologische behandeling van volwassenen (GGZ, z.d.-a, z.d.-b). In deze *scoping review* wordt tact gedefinieerd als het handelen op een dusdanige manier dat rekening gehouden wordt met de uniciteit van de cliënt en de specifieke context, zodat weerstand tijdens behandeling vermeden of verminderd kan worden. Het identificeren van tact in CGT handleidingen en protocollen voor DSAS kan wellicht een bijdrage leveren aan het dichten van het gat tussen de wetenschap en de praktijk door de implicaties die het heeft voor de beleidsvorming in de klinische praktijk. Als concrete definiëring van tact in behandelinstructies mogelijk is, heeft dit wellicht implicaties voor standaardisatie en vastlegging in procedures.

Methode

Studie Design

Deze studie is een kwalitatief onderzoek. De gebruikte methode is gebaseerd op de *scoping review* van Wislocki et al. (2023). Wislocki et al. (2023) maken gebruik van de richtlijnen voor de *scoping review* van het *Joanna Briggs Institute Scoping Review Methodology Group* (Munn et al., 2022). Volgens Munn et al. (2022) is een *scoping review* een methode om het beschikbare materiaal omtrent een bepaald onderwerp in kaart te brengen. Dit is passend voor deze studie aangezien deze gericht is op het verkennen van de rol van tact in beschikbare handleidingen voor DSAS.

De dataverzameling is zowel inductief als deductief. In eerste instantie werd er gekeken naar twee categorieën van tactieken om weerstand te voorkomen en/of te verminderen, die gebaseerd zijn op het theoretisch kader van de studie: het verminderen van de ervaren directiviteit en het verhogen van de motivatie voor verandering. Deze categorieën konden veranderen op basis van de data. Er werden geen hypotheses getoetst en het proces is interpretatief.

Zoekstrategie

De zoektermen en de zoekstrategie zijn ontwikkeld door de onderzoeker. Een overzicht hiervan is te vinden in Bijlage A. Voor deze review is gebruikgemaakt van de databases SmartCat, PsychINFO en Google Scholar. Deze zijn doorzocht in de periode van januari 2025 tot en met februari 2025. Deze databases zijn geselecteerd op basis van de grote hoeveelheid gratis beschikbare materialen en diversiteit. Medline en Pubmed zijn niet gebruikt aangezien deze meer gefocust zijn op geneeskunde in plaats van psychologie en verwacht werd dat deze weinig relevante materialen zouden bevatten. Verdere zoekprocessen vonden plaats tijdens het coderen, middels de bibliografieën van gevonden materialen. Het verwijderen van eventuele dubbele materialen werd gedaan met Zotero op basis van de URL, de ISBN, verschillende edities van hetzelfde boek, de titel, de omschrijving en het jaar. Alle referenties naar de materialen werden bewaard in Zotero.

Identificatie en Screening

De inclusiecriteria zijn ontwikkeld door de onderzoeker. In deze *scoping review* werden handleidingen en protocollen specifiek voor de poliklinische een-op-een behandeling van DSAS met CGT geanalyseerd. Dit waren handleidingen die instructies geven voor de behandeling van specifieke DSAS zoals de ernstig depressieve stoornis, specifieke fobieën en de gegeneraliseerde angststoornis en de stoornissen in het algemeen. Handleidingen die gericht waren op een specifieke behandelgroep zoals adolescenten, ouderen of mensen met een ernstige ziekte die kampen met depressie, werden ook geïncludeerd. Deze keuze was gebaseerd op de aanname dat elke cliënt uniek is en dat deze handleidingen rekening houden met specifieke kenmerken van cliënten. Wat onder ‘handleiding/protocol’ valt, werd bepaald door de mate waarin het materiaal instructies gaf over hoe een behandeling gegeven kon worden door de therapeut. Voorbeelden hiervan zijn materialen die per sessie instructies geven over het verloop van de behandeling, of op chronologische volgorde instructies geven

voor behandeling (niet per sessie, dus minder gestructureerd). De reden voor het includeren van minder gestructureerde materialen zoals ‘guides’, was dat verwacht werd dat deze nog steeds waardevolle informatie kunnen bevatten over het voorkomen van ‘tact’ ondanks dat ze minder gestructureerd zijn, en vanwege de grote beschikbaarheid. De handleidingen en protocollen moesten gericht zijn op therapeuten (in opleiding), aangezien de focus van de studie op instructies voor therapeuten ligt. Deze handleidingen en protocollen moesten geschreven zijn in de Engelse of Nederlandse taal in verband met de tijd die beschikbaar was voor dit onderzoek. De materiaalsoort was om deze reden ook beperkt tot gepubliceerde boeken (zowel de gedrukte versie als de *e-book* versie), hoofdstukken van gepubliceerde boeken en artikelen in *journals*. De periode van publicatie van de materialen lag tussen 1960 en 2024. Dit maakte selectie mogelijk van materialen die gepubliceerd zijn sinds het begin van de ontwikkeling van CGT tot op heden. Er werd geen gebruik gemaakt van ongepubliceerde manuscripten, onderzoeksdocumenten en grijze literatuur aangezien deze materialen vaak lastiger te vinden zijn in bibliografische databases. Ook handleidingen/protocollen die volledig gewijd zijn aan specifieke CGT zoals *Acceptance and Commitment Therapy* waren uitgesloten. Hiervoor werd gekozen omdat de focus van de studie anders te breed zou worden. Handleidingen en protocollen die elementen van deze specifieke CGT bevatten, waren niet uitgesloten.

Handmatige screening van de materialen werd gedaan op basis van de titel en omschrijving van het materiaal zoals weergegeven in de database. Als dit niet voldoende informatie gaf, dan werd de screening gedaan op basis van een gedeelte van de inhoud van het materiaal. Dit was vooral van belang om te bepalen of het materiaal voldoende concrete instructies gaf voor het uitvoeren van de behandeling. Na de screening werd het materiaal gecodeerd door de onderzoeker. Deze beschikte over basiskennis met betrekking tot coderen,

was hierin niet getraind en had hier ook geen ervaring mee. Als tijdens het coderen bleek dat de handleiding of het protocol vooralsnog niet geschikt was, werd deze verwijderd.

Het identificatieproces leverde uiteindelijk 17 geschikte handleidingen op. Vanwege de tijd die beschikbaar was voor het coderingsproces zijn alleen de eerste 10 handleidingen uiteindelijk meegenomen in het coderingsproces (zie Bijlage C voor een overzicht van de gebruikte handleidingen). 6 hiervan betroffen instructies voor de behandeling van angststoornissen en 4 voor de behandeling van depressieve stoornissen.

Coderingsproces

Het codeboek is opgesteld door de onderzoeker op basis van de operationalisatie van tact in de context van weerstandsvermindering tijdens de behandeling, door rekening te houden met de uniciteit van de cliënt en de context. Het beginpunt voor de ontwikkeling van de codes waren de categorieën ‘het verhogen van de motivatie voor verandering’ en ‘het verlagen van de ervaren directiviteit’. Tijdens het coderingsproces konden op basis van de data nieuwe codes toegevoegd worden aan het codeboek (zie Bijlage B voor het volledige codeboek). Alleen de delen van de handleidingen en protocollen die instructies gaven voor de behandeling werden gecodeerd. Hierin werd ook de algemene inleiding van de behandeling meegenomen. Er werd namelijk verwacht dat deze waardevolle informatie kan bevatten met betrekking tot belangrijke punten waar de gehele behandeling rekening mee gehouden moet worden. Ook voorbeeldcasussen werden meegenomen in de codering aangezien deze indirecte instructies geven voor de uitvoering van de behandeling. De theoretische achtergrond werd uitgesloten van de codering omdat deze meestal geen instructies geeft voor de uitvoering van de behandeling. Ook werkbladen en andere *hand-outs* voor cliënten werden uitgesloten aangezien deze gericht zijn op de cliënt en niet op de behandelaar. Handmatige codering vond plaats in Zotero vanwege het gebruiksgemak met betrekking tot het toewijzen van codes door middel van labels, wat het proces overzichtelijk maakte.

Gezien de interpretatieve aard van deze studie werden alle handleidingen en protocollen die voldeden aan de selectiecriteria twee keer gecodeerd. Voor de tweede codeercyclus werden de gecodeerde materialen opnieuw gecodeerd, over de bestaande coderingen heen. Verder werd er een onderzoeksdagboek met reflecties over het codeerproces bijgehouden. Dit werd gedaan omdat ik me ervan bewust was dat gedachten, gevoelens, verwachtingen en interpretaties invloed hebben op verzameling van data, de interpretatie hiervan en daarmee ook op de uitkomst van dit onderzoek. Ik stelde me daarom open voor feedback en reflecties van anderen. Voor toegang tot het onderzoeksdagboek kunt u contact opnemen met mij (Lazise).

Data-Analyse

Na het coderen werden de losse codes geclusterd tot categorieën. Voorafgaand aan het coderingsproces waren de categorieën ‘het verhogen van de motivatie voor verandering’ en ‘het verminderen van de ervaren directiviteit’ opgesteld op basis van het theoretisch kader. Deze categorieën konden echter nog veranderen aan de hand van de data. De gevonden resultaten zullen gepresenteerd worden als categorieën met voorbeelden vanuit de data.

Persoonlijk Standpunt en Epistemologisch Standpunt

Gezien ik zelf ooit behandeld ben met CGT, ben ik mij ervan bewust dat dit mij kan bevooroordelen in deze studie. Ik heb een positieve houding ten opzichte van CGT omdat ik hier zelf een goede ervaring mee heb.

Mijn ervaring is dat verschillende mensen in één en hetzelfde ding honderden verschillende dingen kunnen zien. Deze ervaring van een object wordt gevormd en gekleurd door de dingen die we geleerd hebben en ons gevormd hebben tot de personen die we zijn. Dit maakt mij een subjectivist: de betekenis van iets wordt bepaald door de persoon die ernaar kijkt (Moon en Blackman, 2014). De interpretatie van de data in deze studie wordt bepaald

door hoe ik hier als persoon naar kijk. Ik erken dat dit de conclusies van dit onderzoek kan beïnvloeden.

Ethische Overwegingen

Deze studie is goedgekeurd door de ethische commissie. Er wordt in deze studie geen sensitieve data gebruikt.

Resultaten

Voorafgaand aan het coderingsproces waren de categorieën ‘het verhogen van de motivatie voor verandering’ en ‘het verminderen van de ervaren directiviteit’ opgesteld op basis van het theoretisch kader. Uit de analyse bleek dat deze categorieën van instructies voor technieken inderdaad voorkomen in de handleidingen. Daarnaast kwam uit de analyse van de handleidingen nog een derde categorie naar voren: ‘het verminderen van de ervaren directiviteit en het verhogen van de motivatie voor verandering’. De drie categorieën zullen in deze resultatensectie verder toegelicht worden aan de hand van verschillende technieken die onderdeel zijn van de categorieën en bijbehorende illustrerende citaten uit de handleidingen. Er wordt onderscheid gemaakt tussen instructies voor het voorkomen van weerstand door de behandeling heen (dit wordt niet expliciet benoemd in de handleidingen en is meer interpretatief) en instructies voor het verminderen van weerstand als het zich voordoet (wordt wel expliciet benoemd in de handleidingen). Deze technieken zijn ook de codes (en subcodes) die gebruikt zijn om de handleidingen te coderen (zie Bijlage B voor het volledige codeboek en de omschrijvingen van de categorieën en (sub)codes). De categorieën zijn gestructureerd van groot (in verhouding veel voorkomend in de instructies) naar klein (in verhouding minder voorkomend in de instructies).

Categorie 1: Het Verhogen van de Motivatie Voor Verandering

In de handleidingen voor de behandeling van DSAS komen instructies met betrekking tot het verhogen van de motivatie voor verandering veel voor. Dit wordt gedaan op verschillende manieren en is terug te zien in het gehele behandelproces.

Informatie Geven. Een groot deel van de instructies betreft het geven van informatie in de vorm van psycho-educatie over de stoornis en een rationale voor de interventie. In de instructies is te zien dat psycho-educatie vooral aan het begin van de behandeling van belang is. Verder worden bijna alle interventies ingeleid door middel van een rationale. Terugkerende patronen zijn de mogelijkheid om psycho-educatie aan te passen aan het individu en de context en het gebruik van open vragen om de cliënt iets te leren. Ook wordt psycho-educatie vaak ingezet in combinatie met specifieke CGT-technieken zoals gedragsexperimenten. Dit wordt geïllustreerd in het volgende citaat uit de handleiding van Bailey (2022):

Another technique used to highlight the role of selective attention is the body focus task... After a few minutes ask the patient what they noticed... then ask them how aware they were of the same sensations prior to completing the exercise. This enables the patient to connect that focusing on symptoms increases both the awareness and intensity of the symptoms. (p. 62)

Het geven van informatie kwam ook voor in specifieke instructies voor het verminderen van weerstand wanneer dit zich voordoet. Psycho-educatie kwam voor in de instructies voor behandeling van zowel angststoornissen als depressieve stoornissen en speelde in beide een grote rol terwijl. Het geven van een rationale werd alleen gebruikt om weerstand direct te verminderen bij angststoornissen.

Belonen. Ook worden er instructies gegeven voor het belonen van de cliënt. Denk hierbij aan het complimenteren van de cliënt.

Met betrekking tot gedragsactivatie worden er regelmatig instructies gegeven voor het identificeren van belonende activiteiten. Dit heeft niet zozeer te maken met beloning vanuit de therapeut, maar de beloning die de cliënt ervaart door deelname aan de geïdentificeerde activiteiten.

Een terugkerend patroon hierbij is dat de identificatie van belonende activiteiten gedaan wordt door middel van *self-monitoring* of open vragen. De cliënt krijgt hierbij de huiswerkopdracht om zelf bij te houden welke activiteiten hij of zij als belonend ervaart (*self-monitoring*), of er wordt tijdens de sessies gevraagd welke activiteiten de cliënt als belonend ervaart (open vragen). Op basis hiervan worden de activiteiten aangepast aan het specifieke individu.

Bemoedigen. In elke handleiding komen instructies voor bemoedigingen een aantal keer terug. Instructies voor het bemoedigend toespreken van de cliënt kwamen weinig voor. Echter zijn er wel veel instructies voor het bemoedigen door middel van *modeling* en het uitleggen van een opdracht waarop een gezamenlijk voorbeeld volgt, zoals bijvoorbeeld omschreven is in de handleiding van Gega en Wright (2022): “Once we describe the exposure step (what to do and how), then we show the exposure task without the individual participating, then we do it together with the individual, and finally we encourage them to do it independently” (p. 44).

Het geven van instructies voor een opdracht en het uitvoeren van een gezamenlijk voorbeeld om weerstand te verminderen als dit zich voordoet, kwam voor in behandelinstructies voor angststoornissen.

Voordelen van Verandering Benoemen. Het benoemen van de voordelen van gedragsverandering komt regelmatig voor in de gehele instructies en specifiek ook in de instructies voor het verminderen van weerstand wanneer dit zich voordoet. Een terugkerend patroon is dat dit ook veel gebruikt wordt in combinatie met de rationale voor een interventie.

Nadelen van Geen Verandering Benoemen. Het benoemen van nadelen van geen verandering komt in verhouding minder vaak voor in de instructies.

Doelen Benoemen. Het benoemen van doelen komt regelmatig voor in de instructies. Dit wordt met name gedaan bij het inleiden van een interventie en in combinatie met het geven van een rationale voor deze interventie. Het volgende citaat uit de handleiding van Reuman en Abramowitz (2022) illustreert het benoemen van doelen bij het inleiden van *interoceptive exposure* (IE): “Two main goals of IE for SSD/IAD are (1) to increase acceptance of such sensations and (2) to decrease associated distress“ (p. 143).

Categorie 2: Het Verminderen van de Ervaren Directiviteit

De categorie ‘het verminderen van de ervaren directiviteit’ was minder groot dan de voorgaande categorie, maar nog steeds erg belangrijk in alle gecodeerde handleidingen. Hier wordt vooral veel aandacht aan besteed in de algemene instructies in het begin van de handleidingen en in de instructies voor beoordeling van de klachten.

Mogelijkheid tot Aanpassing Op Basis van het Individu en de Context. Alle gecodeerde handleidingen geven de mogelijkheid om aanpassingen te doen op basis van het unieke individu en de context. Dit wordt gedaan met instructies die een concrete suggestie doen voor een aanpassing, of met instructies waarin de therapeut de ruimte krijgt voor vrije invulling van deze aanpassingen. Instructies voor vrije invulling worden geïllustreerd in het volgende citaat uit de handleiding van Stanley et al. (2004): “Although the manual is presented in a structured format, and some attention should be given to each of the skills described, the procedures should be administered in a flexible manner to maximize attention to individual patient needs“ (p. 77).

Vooraf handleidingen die aangepast zijn aan een specifieke behandelgroep, zoals die van Rosselló en Bernal (2007) gaven instructies voor aanpassingen op basis van het individu en de context:

Many adolescents are resistant to completing assignments or tasks. For this reason, the manual format is more flexible. Therefore, the therapist has two choices: talk about the adolescent's thoughts about the assignment, and/or complete the assignment at the beginning of the therapy session. (p. 3)

Instructies voor aanpassingen worden ook vaak gegeven in de context van het verminderen van weerstand als dit zich voordoet, zowel voor angststoornissen als voor depressieve stoornissen. Daarnaast worden instructies voor aanpassingen vaak gegeven in combinatie met specifieke behandeltechnieken in CGT, zoals cognitieve herstructurering en gedragsexperimenten. Het volgende citaat uit de handleiding van Sokol en Fox (2019) illustreert hoe een op het individu aangepaste Socratische dialoog ingezet wordt tijdens de cognitieve herstructurering: "...you can design your own individually tailored Socratic questions to guide clients toward a more accurate and realistic perspective" (p. 92).

Autonomie van de Cliënt Verhogen. Ook worden er in alle handleidingen instructies gegeven voor het verhogen van de autonomie van de cliënt. Dit wordt gedaan door de cliënt inspraak te geven in het behandelproces, door de samenwerking tussen de cliënt en de therapeut te benadrukken en door open vragen te stellen. Het volgende citaat uit de handleiding van Williams (1992) illustreert instructies voor het geven van inspraak: "Second, the patient is feeling that the therapist is trying to control them. Emphasize the patient's freedom to choose the methods used to help them. Discuss a range of homeworks and let the patient choose" (p. 157).

Het benadrukken van samenwerking komt ook duidelijk terug in instructies voor het verminderen van weerstand wanneer dit zich voordoet. Dit is het geval voor behandelinstructies voor zowel depressieve stoornissen als angststoornissen. Open vragen worden vooral gebruikt in de instructies voor angststoornissen en het geven van inspraak aan de cliënt wordt vooral gezien in de behandelinstructies voor depressieve stoornissen.

Daarnaast worden instructies voor het verhogen van de autonomie vaak gecombineerd met specifieke CGT technieken zoals cognitieve herstructurering (open vragen stellen) en gedragsexperimenten (samenwerking benadrukken en de cliënt inspraak geven).

Categorie 3: Het verminderen van zowel de ervaren directiviteit als het verhogen van de motivatie voor verandering

De laatste categorie komt in verhouding minder voor in de handleidingen. Het gaat hierbij om instructies voor technieken die gericht zijn op zowel het verlagen van de ervaren directiviteit als het verhogen van de motivatie voor verandering.

Motiverende Gespreksvoering. Hoewel ze slechts enkele keren letterlijk benoemd worden, komen motiverende gespreksvoeringstechnieken in bijna alle gecodeerde handleidingen voor. Het volgende citaat handleiding van Stanley et al. (2004) illustreert instructies voor het faciliteren van een discussie over de voor- en nadelen van verandering: “So to keep motivation high, it is useful to review the reasons why the patient came for help in the first place. Use Handout 1 (see Table 1) to facilitate a discussion of the pros and cons of change” (p. 79).

Instructies voor het toepassen van motiverende gespreksvoering voor het verminderen van weerstand wanneer het zich voordoet, komen voor in handleidingen voor zowel depressieve stoornissen als angststoornissen en spelen hierin een grote rol.

De Cliënt een Rationale Laten Bedenken. Instructies hiervoor komen in ongeveer een derde van de handleidingen voor. Het volgende citaat uit de handleiding van Stanley et al. (2004) laat zien hoe deze techniek ingezet kan worden na het uitvoeren van een opdracht: “After the practice, ask the patient for some feedback about how he or she thinks this strategy might work in daily life” (p. 99).

In het kader van het verminderen van de weerstand wanneer het zich voordoet, komt deze techniek alleen voor in de behandelinstructies voor angststoornissen.

De Cliënt Zichzelf Laten Belonen. Instructies om de cliënt zichzelf te laten belonen, zoals geïllustreerd wordt in het volgende citaat uit de handleiding van Williams (1992), komen alleen voor in handleidingen voor de behandeling van depressie:

If goals matched (or surpassed), tell patient to do something pleasant immediately. If there is a need to ensure that this self-reward takes place, give patient packet of counters or poker chips. Instruct patient to take as many as they feel they deserve up to ten, and to record number taken. (p. 122)

Self-Monitoring. In bijna alle handleidingen worden instructies gegeven voor het gebruik van *self-monitoring*. Dit is vaak onderdeel van het huiswerk tussen alle sessies van het gehele behandelproces en wordt bijvoorbeeld ingezet om dagelijkse activiteiten bij te houden en een beeld te schetsen van de symptomen.

Discussie

Interpretatie van de Resultaten

Deze studie is gericht op het exploreren van de rol van tact in het voorkomen en verminderen van weerstand in handleidingen voor de behandeling van DSAS met CGT. In alle gecodeerde handleidingen werden de twee vooraf gevormde categorieën gevonden, en een derde nieuwe categorie. De gevonden categorieën zullen in deze discussiesectie verder besproken worden.

Het Verhogen van de Motivatie voor Verandering. In de handleidingen krijgen therapeuten vooral instructies over hoe ze de motivatie voor verandering van de cliënt kunnen verhogen. Deze technieken zijn relevant voor weerstand in de behandeling van DSAS omdat ze weerstand als gevolg van de tegenstrijdigheid met betrekking tot verandering verminderen (Aviram en Westra, 2011; Miller en Rollnick, 2002). Instructies die hierin vaak terugkomen zijn het geven van informatie, het geven van instructies voor het uitvoeren van gedrag en het geven van een voorbeeld van dit gedrag door middel van *modeling*. Deze tactieken

verminderen wellicht de angst voor verandering door de cliënt duidelijke informatie te geven, deze te laten zien dat anderen het gedrag ook uit kunnen voeren en door de cliënt een gevoel van grip op het probleem te laten ervaren. Mogelijk verhoogt dit ook het zelfvertrouwen van de cliënten waardoor ze zich meer ‘klaar’ voelen voor verandering. Daarnaast geven de handleidingen instructies voor het belonen van gewenst gedrag, het benadrukken van de positieve gevolgen van verandering en de negatieve gevolgen van geen verandering. Tact manifesteert zich hier als ‘aanraking’ zoals Lingis (2007) dit omschreef: de instructies geven de therapeut handvatten om het affect met betrekking tot verandering positief te beïnvloeden.

Een opvallende bevinding is dat het benoemen van voordelen van verandering vaker voorkomt dan het benoemen van nadelen van geen verandering. Dit suggereert dat het benadrukken van positieve gevolgen van gedrag effectiever is in het verhogen van de motivatie en wellicht ook minder weerstand oproept dan het benoemen van negatieve gevolgen van gedrag. Daarnaast worden voordelen van verandering vaak benoemd in combinatie met het geven van een rationale voor een interventie. Mogelijk versterkt het benoemen van de voordelen van gedragsverandering het effect van andere technieken die gericht zijn op het verhogen van de motivatie.

Verder is het opmerkelijk dat psycho-educatie vooral in het begin van de behandelinstructies voorkomt. Dit suggereert dat de tactvolle timing van bepaalde technieken ook van belang is in het voorkomen en verminderen van weerstand. Daarnaast werd gevonden dat het geven van een rationale om weerstand direct te verminderen, alleen voorkomt in behandelinstructies voor angststoornissen. Dit wijst er mogelijk op dat specifieke tactieken extra effectief zijn in het verminderen van weerstand in de behandeling van specifieke stoornissen. Ook werd gevonden dat specifieke tactieken om de motivatie te verhogen (psycho-educatie) gecombineerd worden met specifieke CGT technieken zoals gedragsexperimenten. Dit suggereert dat de effectiviteit van deze technieken gedeeltelijk

afhankelijk is van de motivatie voor verandering. Deze bevindingen wijzen erop dat tact in het kader van oordeel en besluitvorming belangrijk is: de therapeut moet beslissingen nemen over het inzetten van de juiste technieken op het juiste moment en in de juiste situatie (Duggan, 2024).

Het Verminderen van de Ervaren Directiviteit. Handleidingen besteden ook veel aandacht aan instructies voor het verlagen van de ervaren directiviteit. Dit is relevant voor de behandeling van DSAS met CGT, aangezien CGT in de kern directief is (National Association of Cognitive Behavioral Therapists, z.d.). Weerstand die ontstaat door een reactief persoonlijkheidspatroon in combinatie met een directieve behandeling, kan voorkomen en verminderd worden door de ervaren directiviteit te verminderen (Beutler et al., 2002; Beutler et al., 2011; Hara et al., 2018). Dit wordt vooral gedaan door middel van technieken die aanpassingen op basis van het individu en de context mogelijk maken, of de autonomie van de cliënt verhogen. De handleidingen geven de therapeut de ruimte om zich te laten leiden door de kenmerken van de cliënt en de context en deze unieke kenmerken te integreren in het ontwerp van de behandeling. Mogelijk verhoogt dit de betrokkenheid bij de therapie en het zelfvertrouwen van de cliënt, en voelt deze zich meer gehoord en erkend. Tact manifesteert zich hier dus vooral in een bepaalde sensitiviteit voor de persoon en context (Heyd, 1995) en door in te spelen op het affect met betrekking tot de kenmerken van de behandeling (Lingis, 2007).

Een opmerkelijke bevinding is dat het verminderen van de ervaren directiviteit extra belangrijk lijkt te zijn in handleidingen voor specifieke behandelgroepen, zoals cultureel sensitieve handleidingen en handleidingen gericht op een bepaalde leeftijdsgroep. Dit is opvallend omdat elke unieke cliënt in wezen tot een specifieke behandelgroep behoort, maar er ook veel handleidingen beschikbaar zijn die focussen op de behandeling van een meer algemene behandelgroep (mensen met DSAS). Deze bevinding benadrukt het belang van het

verminderen van de ervaren directiviteit in de omgang met uniciteit in de therapeutische context.

Uit de resultaten bleek ook dat het stellen van open vragen om weerstand te verminderen, alleen voorkomt in de behandelinstructies voor angststoornissen en dat het geven van inspraak aan de cliënt alleen voorkomt in de behandelinstructies voor depressieve stoornissen. Dit bekrachtigt de eerdergenoemde suggestie dat specifieke tactieken extra effectief zijn in de vermindering van weerstand in de behandeling van specifieke stoornissen. Een andere opvallende bevinding is dat specifieke technieken voor het verminderen van de ervaren directiviteit ook vaak toegepast worden bij het gebruik van specifieke CGT-technieken zoals gedragsexperimenten en cognitieve herstructurering. Het gaat hier vooral om het aanpassen van de CGT-technieken aan de cliënt en de context en het verhogen van de autonomie van de cliënt tijdens het toepassen van de technieken. Dit suggereert dat het succes van de technieken gedeeltelijk afhankelijk is van de ervaren directiviteit. Wederom wijst dit erop dat tact in het kader van oordeel en besluitvorming ook hier erg van belang is: de therapeut neemt beslissingen over het inzetten van de juiste technieken op het juiste moment en in de juiste situatie (Duggan, 2024).

Het Verhogen van de Motivatie voor Verandering en het Verlagen van de Ervaren Directiviteit. Hoewel de derde categorie in deze studie het minst vertegenwoordigd werd in de handleidingen, is dit misschien wel de meest interessante categorie. Deze categorie bestaat uit behandelinstructies voor technieken die gericht zijn op zowel het verhogen van de motivatie voor verandering, als het verlagen van de ervaren directiviteit. De technieken in deze categorie voorkomen en verminderen weerstand door zowel de tegenstrijdigheid met betrekking tot verandering te verminderen, als door in te spelen op de match tussen kenmerken van de cliënt en kenmerken van de behandeling. De handleidingen gaven instructies voor het gebruik van bijvoorbeeld Motivational Interviewing (MI), waarbij de

motivatie voor verandering wordt verhoogd op een cliëntgerichte (in essentie non-directief, waarbij de cliënt als expert gezien wordt en de richting van de therapie bepaalt (Yao en Kabir, 2023)), directieve manier (Miller en Rollnick, 2002). Hoewel deze methode in de kern dus directief is, dragen de cliëntgerichte elementen van de techniek wellicht bij aan het verminderen van de ervaren directiviteit. De andere technieken waarvoor instructies gegeven worden, zijn gericht op het verhogen van de motivatie door het belonen van gewenst gedrag, het verkrijgen van inzichten of hulpmiddelen ter ondersteuning bij het uitvoeren van een gedragsexperiment. Deze technieken hebben gemeen dat de zelfstandige bijdrage van de cliënt hierin centraal staat, waardoor de autonomie van de cliënt verhoogd wordt. Tact manifesteert zich in deze categorie door het affect met betrekking tot verandering positief te beïnvloeden (Lingis, 2007) en door een bepaalde sensitiviteit voor de cliënt en context (Heyd, 1995). Ook is tact in het kader van besluitvorming hier van belang (Duggan, 2024), gezien de therapeut ook hier beslissingen moet maken over het inzetten van de juiste technieken op het juiste moment en in de juiste situatie.

Wat deze categorie zo interessant maakt, is dat het bestaan ervan de vraag oproept of het verminderen van de ervaren directiviteit wellicht gerelateerd is aan het verhogen van de motivatie voor verandering. Een mogelijk antwoord zou zijn dat het verlagen van de ervaren directiviteit bijdraagt aan het verhogen van de motivatie, waardoor het product van het samenvoegen van deze componenten extra krachtig is in het voorkomen en verminderen van weerstand. Deze suggestie wordt ondersteund door de bevinding dat technieken voor het verhogen van de motivatie vaak samen voorkomen met technieken voor het verlagen van de ervaren directiviteit. Een andere opmerkelijke bevinding met betrekking tot deze categorie was dat het ‘de cliënt een rationale laten bedenken’, in de context van het direct verminderen van weerstand wanneer het zich voordoet, alleen voorkwam in de behandelinstructies voor angststoornissen. Eerder werd ook al genoemd dat het geven van rationale in deze context ook

alleen voorkwam in de behandelinstructies voor angststoornissen. Dit versterkt de suggestie dat specifieke technieken passend zijn voor het direct verminderen van weerstand in de behandeling van specifieke stoornissen en dat deze specifieke technieken mogelijk gekoppeld zijn aan specifieke kenmerken van de stoornissen.

De Omgang met Weerstand in de Literatuur

Onderzoek naar omgang met weerstand in de psychologische praktijk is schaars. Dit verklaart wellicht een deel van het door Amodeo et al. (2011) en McAleavey et al. (2014) genoemde gat tussen de praktijk en de wetenschap met betrekking tot weerstand. Eén van de weinige beschikbare onderzoeken met betrekking tot de omgang met weerstand, is het onderzoek van Newman (1994). Volgens Newman (1994) kan educatie (informatie) inderdaad gebruikt worden om de motivatie voor verandering te verhogen. Daarnaast stelt hij dat de Socratische dialoog (open vragen), de cliënt inspraak geven, samenwerking en het maximaliseren van zelfsturing bij kunnen dragen aan het verhogen van de motivatie voor verandering. Deze technieken worden in de huidige studie gecategoriseerd als het verminderen van de ervaren directiviteit. Dit versterkt de eerdergenoemde suggestie dat het verminderen van de ervaren directiviteit wellicht bijdraagt aan het verhogen van de motivatie voor verandering. Ten slotte noemt Newman (1994) dat het bespreken van de voor- en nadelen van (geen) verandering en het tonen van empathie voor de weerstand, bij kunnen dragen aan het verhogen van de motivatie voor verandering. Volgens Brink (2010) zijn dit onderdelen van de techniek MI van Miller en Rollnick (2002).

Opmerkelijk is dat een groot gedeelte van het beschikbare onderzoek, gaat over de integratie van MI in behandelingen in de praktijk, en de veelbelovende resultaten hiervan (bijvoorbeeld Muir et al., 2021; Randall en McNeil, 2017; Westra, 2004). MI werd in de geanalyseerde handleidingen echter zelden expliciet benoemd en kwam in verhouding tot andere technieken weinig voor. Het gebrek aan integratie van wetenschappelijk onderzochte

technieken in handleidingen die gebruikt worden in de praktijk, verklaart wellicht ook een deel van het door Amodeo et al. (2011) en McAleavey et al. (2014) genoemde gat tussen de praktijk en de wetenschap met betrekking tot weerstand.

EBPP. De bevindingen van deze studie suggereren dat problemen met de implementatie van op wetenschap gebaseerde behandelingen niet per se de oorzaak zijn van het onvermogen van het EBPP-model om rekening te houden met de uniciteit van de cliënt en context, zoals gesuggereerd wordt door Melchert et al. (2024). Instructies voor de op wetenschap gebaseerde behandeling met CGT houden namelijk wel degelijk rekening met het unieke individu en de context, maar de manier waarop dit gebeurt is vaak niet gebaseerd op wetenschappelijk bewijs. Dit bevestigt de ideeën van Berg (2019) en Willemsen (2024) over de waarde van het gebruik van niet-wetenschappelijke elementen in de praktijk. Dit wordt gereflecteerd in de handleidingen door algemene adviezen die vaak niet gekoppeld zijn aan bestaande literatuur en gebaseerd zijn op ervaringen van de schrijvers.

Implicaties

De huidige studie draagt bij aan het dichten van het gat tussen de wetenschap en de psychologische praktijk door het identificeren van de rol van tact in weerstandsvermindering in handleidingen voor de behandeling van DSAS met CGT. De verschillende manifestaties van tact in de handleidingen geven therapeuten handvatten voor het voorkomen van en de omgang met weerstand in de psychologische praktijk. Dit maakt de behandeling van DSAS met CGT in de toekomst mogelijk effectiever. Daarnaast biedt de studie een startpunt voor vervolgonderzoek naar de omgang met weerstand in de psychologische praktijk, gezien de schaarste van beschikbaar onderzoek hierover.

Sterke Punten en Beperkingen

De studie heeft een aantal sterke punten. Zo is de keuze voor een *scoping review* erg passend gezien het weinige onderzoek dat beschikbaar is naar de omgang met weerstand en

tact. Dit maakt de bruikbaarheid van de studie ook groot, aangezien deze nieuwe informatie biedt die een startpunt kan vormen voor vervolgonderzoek. Verder droeg de keuze voor het gebruik van twee codeercycli bij aan het verkrijgen van meer nauwkeurige resultaten. Dit draagt ook bij aan de bruikbaarheid van de studie. Daarnaast heeft de studie ook een aantal beperkingen. Zo bestaat de selectie van materialen uit slechts tien handleidingen die grotendeels geselecteerd zijn uit een mogelijk bevooroordeelde database van de Rijksuniversiteit Groningen. Ook werd deze kwalitatieve studie uitgevoerd door de onderzoeker die geen ervaring had met betrekking tot het opzetten en uitvoeren van kwalitatieve studies. Daarnaast was er geen tweede codeerder beschikbaar, wat de intersubjectiviteit beïnvloedde. Verder kwam de oudste geanalyseerde handleiding uit 1992. Dit betekent dat de selectie van materialen niet representatief is voor alle handleidingen die uitgegeven zijn sinds het ontstaan van CGT. Ook zijn bepaalde soorten handleidingen, zoals cultuursensitieve handleidingen en handleidingen voor specifieke behandelgroepen, wellicht ondergerepresenteerd in de selectie van materialen. Daarnaast bevat de selectie alleen Engelstalige handleidingen. Deze punten kunnen invloed hebben op de generaliseerbaarheid van de resultaten.

Vervolgonderzoek

Gezien er weinig onderzoek is naar de omgang met weerstand in de klinische praktijk en de effecten van weerstand op de effectiviteit van de behandeling groot zijn, moet hier in de toekomst meer onderzoek naar gedaan worden. Kwalitatief onderzoek naar hoe therapeuten in de praktijk omgaan met weerstand, zou een interessant startpunt kunnen zijn. Vervolgens kunnen de resultaten van dat onderzoek vergeleken worden met deze studie om te kijken of tact, zoals dit zich manifesteert in de handleidingen, ook voorkomt in de praktijk. Op basis hiervan zouden wellicht weer nieuwe vormen van tact ontdekt kunnen worden die nuttig blijken in de praktijk. In de toekomst kan vervolgens gekeken worden of en hoe deze vormen

van tact geoperationaliseerd kunnen worden in beleidsvorming. Dit heeft als doel meer effectieve integratie van handvatten voor de omgang met weerstand in de behandeling in de psychologische praktijk.

Conclusie

Uit deze *scoping review* blijkt dat de rol van tact in weerstandsvermindering in de handleidingen voor de behandeling van DSAS met CGT zich vooral manifesteert in technieken die de motivatie voor verandering verhogen, de ervaren directiviteit verminderen of beide. Deze bevindingen bieden een basis voor verder onderzoek naar de rol van tact in de omgang met weerstand en de omgang met weerstand in de psychologische praktijk in het algemeen. De studie draagt bij aan het dichten van het gat tussen de wetenschap en de psychologische praktijk, met als doel om de behandeling van DSAS met CGT in de toekomst effectiever te maken en hiermee psychologisch lijden te verminderen.

Referenties

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., Girolamo, G., Graaf, R., Demyttenaere, K., Gasquet, I., Haro, J. M., Katz, S. J., Kessler, R. C., Kovess, V., Lépine, J. P., Ormel, J., Polidori, G., Russo, L. J., Vilagut, G., & Almansa, J. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *109*, 28-37.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00328.x>
- Amodeo, M., Lundgren, L., Cohen, A., Rose, D., Chassler, D., Beltrame, C., & D'Ippolito, M. (2011). Barriers to implementing evidence-based practices in addiction treatment programs: Comparing staff reports on Motivational Interviewing, Adolescent Community Reinforcement Approach, Assertive Community Treatment, and Cognitive-behavioral Therapy. *Evaluation and Program Planning*, *34*(4), 382-389.
<https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2011.02.005>
- Aviram, A., & Westra, H. A. (2011). The impact of motivational interviewing on resistance in cognitive behavioural therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, *21*(6), 698-708.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2011.610832>
- Berg, H. (2019). Evidence-Based Practice in Psychology Fails to Be Tripartite: A Conceptual Critique of the Scientocentrism in Evidence-Based Practice in Psychology. *Frontiers in Psychology*, *10*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02253>
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Resistance/Reactance Level. *Journal of Clinical Psychology*, *67*(2), 133-142.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20753>
- Beutler, L. E., Moleiro, C., & Talebi, H. (2002). Resistance in psychotherapy: What

- conclusions are supported by research. *Journal of Clinical Psychology*, 58(2), 207-217. <https://doi.org/10.1002/jclp.1144>
- Brink, C. (2010). *Methodebeschrijving Motiverende gespreksvoering*. Movisie.
<https://www.movisie.nl/sites/default/files/2018-03/Methodebeschrijving-motiverende-gespreksvoering.pdf>
- Derksen, M. (2017). *Histories of Human Engineering: Tact and Technology* (1ste dr.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781107414921>
- Dowd, E. T., & Wallbrown, F. (1993). Motivational Components of Client Reactance. *Journal of Counseling & Development*, 71(5), 533-538.
<https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1993.tb02237.x>
- Duggan, M. (2024). The digital geographies of tact. *Digital Geography and Society*, 7, 100102. <https://doi.org/10.1016/j.diggeo.2024.100102>
- Galyamina, A. G., Kovalenko, I. L., Smagin, D. A., & Kudryavtseva, N. N. (2017). Interaction of Depression and Anxiety in the Development of Mixed Anxiety/Depression Disorder. Experimental Studies of the Mechanisms of Comorbidity (review). *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 47(6), 699-713.
<https://doi.org/10.1007/s11055-017-0458-3>
- GGZ. (z.d.-a). 5. *Behandeling en begeleiding—Angstklachten en angststoornissen* | GGZ Standaarden. Geraadpleegd 1 december 2024, van
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/angstklachten-en-angststoornissen/behandeling-en-begeleiding/psychosociale-behandeling/evaluatie-en-vervolg-van-psychosociale-behandeling>
- GGZ. (z.d.-b). 5. *Behandeling en begeleiding—Depressieve stoornissen* | GGZ Standaarden. Geraadpleegd 1 december 2024, van
<https://www.ggzstandaarden.nl/zorgstandaarden/depressieve-stoornissen/behandeling>

en-begeleiding/tweede-stap-psychologische-en-psychotherapeutische
behandelingen/psychotherapie

- Gould, R. A., Ball, S., Kaspi, S. P., Otto, M. W., Pollack, M. H., Shekhar, A., & Fava, M. (1996). Prevalence and correlates of anger attacks: A two site study. *Journal of Affective Disorders*, 39(1), 31-38. [https://doi.org/10.1016/0165-0327\(96\)00017-1](https://doi.org/10.1016/0165-0327(96)00017-1)
- Hara, K. M., Westra, H. A., Constantino, M. J., & Antony, M. M. (2018). The impact of resistance on empathy in CBT for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Research*, 28(4), 606-615. <https://doi.org/10.1080/10503307.2016.1244616>
- Heyd, D. (1995). Tact: Sense, Sensitivity, and Virtue. *Inquiry: An Interdisciplinary Journal of Philosophy*, 38(3), 217-231. <https://doi.org/10.1080/00201749508602387>
- Johnco, C. J., Zagic, D., Rapee, R. M., Kangas, M., & Wuthrich, V. M. (2024). Long-term remission and relapse of anxiety and depression in older adults after Cognitive Behavioural Therapy (CBT): A 10-year follow-up of a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 358, 440-448. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.033>
- Lecrubier, Y. (2001). The Burden of Depression and Anxiety in General Medicine. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 62(suppl 8), 2198.
- Lingis, A. (2007). Contact: Tact and Caress. *Journal of Phenomenological Psychology*, 38(1), 1-6. <https://doi.org/10.1163/156916207X190210>
- McAleavey, A. A., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (2014). Clinical Experiences in Conducting Cognitive-Behavioral Therapy for Social Phobia. *Behavior Therapy*, 45(1), 21-35. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.008>
- Melchert, T. P., Halfond, R. W., Hamdi, N. R., Bufka, L. F., Hollon, S. D., & Cuttler, M. J. (2024). Evidence-based practice in psychology: Context, guidelines, and action. *American Psychologist*, 79(6), 824-837. <https://doi.org/10.1037/amp0001253>

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed). Guilford Press.
- Moon, K., & Blackman, D. (2014). A Guide to Understanding Social Science Research for Natural Scientists. *Conservation Biology*, 28(5), 1167-1177.
<https://doi.org/10.1111/cobi.12326>
- Moscovitch, D. A., McCabe, R. E., Antony, M. M., Rocca, L., & Swinson, R. P. (2008). Anger experience and expression across the anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 25(2), 107-113. <https://doi.org/10.1002/da.20280>
- Muir, H. J., Constantino, M. J., Coyne, A. E., Westra, H. A., & Antony, M. M. (2021). Integrating responsive motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy (CBT) for generalized anxiety disorder: Direct and indirect effects on interpersonal outcomes. *Journal of Psychotherapy Integration*, 31(1), 54-69.
<https://doi.org/10.1037/int0000194>
- Munn, Z., Pollock, D., Khalil, H., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., Peters, M., & Tricco, A. C. (2022). What are scoping reviews? Providing a formal definition of scoping reviews as a type of evidence synthesis. *JBIM Evidence Synthesis*, 20(4), 950.
<https://doi.org/10.11124/JBIES-21-00483>
- National Association of Cognitive-Behavioral Therapists. (z.d.). What is cognitive-behavioral therapy (CBT)? *National Association of Cognitive-Behavioral Therapists*.
Geraadpleegd 11 december 2024, van <https://www.nacbt.org/whatiscbt-htm/>
- Newman, C. F. (1994). Understanding client resistance: Methods for enhancing motivation to change. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1(1), 47-69.
[https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(05\)80086-0](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(05)80086-0)
- Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285. <https://doi.org/10.1037/0003->

066X.61.4.271

- Randall, C. L., & McNeil, D. W. (2017). Motivational Interviewing as an Adjunct to Cognitive Behavior Therapy for Anxiety Disorders: A Critical Review of the Literature. *Cognitive and Behavioral Practice*, 24(3), 296-311.
<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2016.05.003>
- Schwartz, R. A., Chambless, D. L., McCarthy, K. S., Milrod, B., & Barber, J. P. (2019). Client resistance predicts outcomes in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Psychotherapy Research*, 29(8), 1020-1032.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2018.1504174>
- Schwartz, R. A., McCarthy, K. S., Solomonov, N., Chambless, D. L., Milrod, B., & Barber, J. P. (2022). How does hostile resistance interfere with the benefits of cognitive-behavioral therapy for panic disorder? The role of therapist adherence and working alliance. *Psychotherapy Research*, 32(8), 972-983.
<https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2044086>
- Silverstone, P. H., & Von Studnitz, E. (2003). *Defining Anxious Depression: Going beyond Comorbidity*. <https://doi.org/10.1177/070674370304801006>
- Trimbos-Instituut. (z.d.-a). *Cijfers depressie*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd 29 november 2024, van <https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/depressie/>
- Trimbos-Instituut. (z.d.-b). *Cijfers psychische gezondheid*. Trimbos-instituut. Geraadpleegd 29 november 2024, van [https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische - gezondheid-ggz/](https://www.trimbos.nl/kennis/cijfers/psychische-gezondheid-ggz/)
- Westra, H. A. (2004). Managing Resistance in Cognitive Behavioural Therapy: The Application of Motivational Interviewing in Mixed Anxiety and Depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 33(4), 161-175. <https://doi.org/10.1080/16506070410026426>
- Willemsen, J. (2022). The Use of Evidence in Clinical Reasoning. *Journal of Contemporary*

Psychotherapy, 52(4), 293-302. <https://doi.org/10.1007/s10879-022-09544-9>

Wislocki, K., Tran, M.-L., Petti, E., Hernandez-Ramos, R., Cenkner, D., Bridgwater, M.,

Naderi, G., Walker, L., & Zalta, A. K. (2023). The Past, Present, and Future of

Psychotherapy Manuals: Protocol for a Scoping Review. *JMIR Research Protocols*,

12(1). <https://doi.org/10.2196/47708>

Yao, L. & Kabir, R. (2023). *Person-Centered Therapy (Rogerian Therapy)*. StatPearls

[Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK589708/>

Bijlage A

Zoekstrategie

SmartCat

Platform: WorldCat Discovery

Doorzocht in: januari en februari 2025

286.900 resultaten

‘kw:(Handbook) OR kw:(Protocol) OR kw:(Manual) AND kw:(Cognitive behavioral therapy)

OR kw:(Cognitive behavior therapy) AND kw:(anxiety disorder)’

‘kw:(Manual) OR kw:(Protocol) OR kw:(Handbook) OR kw:(Guide) AND kw:(Cognitive behavior therapy) OR kw:(CBT) OR kw:(Cognitive behavioral therapy) AND

kw:(Depression) OR kw:(Depressive disorder) OR kw:(Major depression) AND kw:(Anxiety disorder) OR kw:(Generalized anxiety disorder) OR kw:(Panic disorder) OR kw:(Specific phobia) OR kw:(Agoraphobia)’

Google Scholar

Platform: Google

Doorzocht in: januari en februari 2025

177.000 resultaten

‘cbt therapist manual for depression and anxiety’

PsychINFO

Platform: PsychINFO

Doorzocht in: januari en februari 2025

15.593 resultaten

(treatment guidelines OR clinical guidelines) AND (cognitive behavioral therapy OR cbt OR cognitive behavioural therapy) AND (depression OR depressive disorder OR depressive symptoms OR major depressive disorder) AND (anxiety disorders OR anxiety OR generalized anxiety disorder)

Bijlage B

Codeboek

Categorieën en Codes	Omschrijving en Toepassing	Voorbeeld
Categorie 1: Verhogen van de motivatie voor verandering	De handleiding geeft instructies voor het verhogen van de motivatie voor verandering. Dit zijn instructies voor een meer directieve manier van het verhogen van de motivatie. De motivatie voor verandering wordt verhoogd als de cliënt meer bereid is om zijn of haar gedrag te veranderen.	
Code 1: Informatie geven	De handleiding geeft instructies voor het geven van informatie met betrekking tot de stoornis/klachten of de behandeling. Dit kan mogelijk de angst verminderen, inzicht in en het bewustzijn van eigen (problematisch) gedrag vergroten en het nut van behandeling benadrukken, en hierdoor de motivatie voor gedragsverandering (bijvoorbeeld door het meewerken in een behandeling) verhogen.	
Subcode 1: Rationale voor de interventie	De handleiding geeft instructies voor het geven van een rationale met betrekking tot interventies. Dit kan het begrip vergroten, de angst verminderen en het bewustzijn van het nut hiervan vergroten.	<i>“The breathing exercise is best thought of as a tool to help you face whatever is provoking anxiety. So, as you face situations and your anxiety increases, use the breathing exercise to help you to face rather than run away from anxiety. The breathing exercise can be helpful for helping you approach or stay in these situations...” (Craske et al., 2021, p. 40)</i>

Subcode 2: Psycho-educatie over de stoornis	De handleiding geeft instructies voor het geven van psycho-educatie met betrekking tot een bepaalde stoornis. Dit draagt bij aan het begrip van het probleem en geeft de cliënt een gevoel van <i>agency</i> (Bailey, 2022). Dit geeft meer inzicht en zelfvertrouwen.	<i>“The goals of Session 1 are to describe fear and anxiety; to help patients understand the cyclical influences among behavioral, physiological, and cognitive responses; to understand that panic attack symptoms are not harmful; ...”</i> (Craske et al., 2021, p. 31)
Code 2: Belonen	De handleiding geeft instructies voor het belonen van de cliënt. Dit kan de motivatie voor verandering verhogen omdat een beloning positief gedrag kan bekrachtigen.	
Subcode 1: Complimenteren	De handleiding geeft instructies voor het complimenteren van de cliënt voor het vertonen van gewenst gedrag. Dit kan de cliënt motiveren om het gedrag weer uit te voeren.	<i>“For each dimension, the patient is praised for employing the ‘adaptive’ attribution...”</i> (Williams, 1992, p. 169)
Subcode 2: Belonende activiteiten identificeren	De handleiding geeft instructies voor het identificeren van activiteiten die door de cliënt als belonend ervaren worden. Denk hierbij aan activiteiten die een gevoel van plezier of voldoening opleveren. Het identificeren van deze activiteiten levert een concrete lijst van activiteiten op waarvan de cliënt positieve gevoelens krijgt. Dit vergoot mogelijk de kans dat de activiteiten uitgevoerd worden (Sokol en Fox, 2019) en dat de cliënt succes ervaart.	<i>“...ask the patient to list activities which were enjoyable, interesting, or gave a sense of accomplishment in the past...”</i> (Williams, 1992, p. 124)
Code 3: Bemoedigen	De handleiding geeft instructies voor het bemoedigen van de cliënt.	

	Dit kan de motivatie voor verandering verhogen omdat de cliënt het gevoel heeft dat hij of zij gesteund wordt in de gedragsverandering.	
Subcode 1: Bemoedigend toespreken	De handleiding geeft instructies voor het bemoedigend toespreken van de cliënt. Hierdoor voelt de cliënt zich mogelijk gesteund en bemoedigd.	<i>“...and finally we encourage them to do it independently. Positive reinforcement should be specific and explicit during each step; for example, not only saying, ‘Well done’, but saying, ‘Well done for moving two steps forward towards this jar of vomit’ or ‘Well done that in the last 10 minutes you focused on this frame of a videoclip of someone vomiting.’” (Gega en Wright, 2022, p. 44)</i>
Subcode 2: Modeling	De handleiding geeft instructies voor het voordoen van gewenst gedrag. Dit werkt bemoedigend omdat de cliënt zo een concreet voorbeeld krijgt van hoe gewenst gedrag eruitziet en ziet dat de therapeut ook in staat is om het gedrag uit te voeren.	<i>“1. The therapist models HVPT by breathing in and out as deeply and as quickly as they can.” (Bailey, 2022, p. 67)</i>
Subcode 3: Instructies en gezamenlijk voorbeeld	De handleiding geeft instructies voor het geven van een uitleg met betrekking tot een bepaalde opdracht (denk aan huiswerk) die de cliënt krijgt en voor het gezamenlijk uitvoeren van deze opdracht zodat de cliënt dit daarna zelfstandig kan doen. Dit werkt bemoedigend omdat de cliënt hierbij duidelijke instructies krijgt en een concreet voorbeeld van hoe de opdracht uitgevoerd	<i>“That way, you and the client can begin retrospectively filling out the schedule together in session to describe how the client’s day has been so far. The advantage of starting the activity schedule in session is that it helps explain to clients exactly what information is being asked of them and demonstrates how doable the exercise is. It also lets you gauge how likely clients are to complete the activity schedule on their</i>

	moet worden. Dit maakt het gemakkelijker voor de cliënt om de opdrachten uit te voeren.	own.” (Sokol en Fox, 2019, p. 71)
Code 4: Voordelen van verandering benoemen	De handleiding geeft instructies voor het benoemen van voordelen van verandering. Dit kan de motivatie voor verandering verhogen omdat de cliënt meer inzicht krijgt in de positieve gevolgen van verandering.	<i>“In this case the therapist may point out the possible advantages of meeting the thoughts ‘head on’, so to speak, and to deal with them directly.” (Williams, 1992, p. 148)</i>
Code 5: Nadelen van geen verandering benoemen	De handleiding geeft instructies voor het benoemen van nadelen van het behouden van de situatie zoals deze nu is. Dit kan de motivatie voor verandering verhogen omdat de cliënt meer inzicht krijgt in de nadelige gevolgen van het behouden van het huidige gedrag.	<i>“It is important to reinforce with the patient that safety behaviors can often be part of the problem in panic disorder rather than a solution.” (Bailey, 2022, p. 68)</i>
Code 6: Doelen benoemen	De handleiding geeft instructies voor het benoemen van de doelen van de behandeling. Dit kan de motivatie voor verandering verhogen omdat de cliënt beter begrijpt waar hij of zij naartoe werkt.	<i>“Begin this session with a reminder that the purpose of the meetings is to become more aware of anxiety and to learn coping skills to keep these symptoms under control, with the ultimate goal of increasing health and well-being.” (Stanley et al., 2004, p. 77-78)</i>
Categorie 2: Verminderen van de ervaren directiviteit	De handleiding geeft instructies om de ervaren directiviteit te verminderen. De ervaren directiviteit is de mate waarin de cliënt het gevoel heeft dat hij of zij gestuurd wordt door de therapeut.	
Code 1: Mogelijkheid tot aanpassing op basis van het individu en de context	De handleiding geeft de mogelijkheid om een aanpassing te doen die	<i>“Although the manual is presented in a structured format, and some attention</i>

	rekening houdt met de uniciteit van de cliënt en de context. Dit kan de ervaren directiviteit verminderen omdat de handelingen van de therapeut bepaald worden door de kenmerken van de cliënt en de context.	<i>should be given to each of the skills described, the procedures should be administered in a flexible manner to maximize attention to individual patient needs. To this end, certain aspects of each session may be emphasized or deemphasized depending on the patient's symptoms." (Stanley et al., 2004, p. 75)</i>
Subcode 1: Suggestie voor aanpassing op basis van individu en context	De handleiding doet een concrete suggestie voor een aanpassing.	<i>"For example, if the patient is not experiencing sleep problems, less emphasis on sleep hygiene (SLEEP skills) would be appropriate, as would increased attention to other skills expected to be of greater use." (Stanley et al., 2004, p. 75)</i>
Subcode 2: Suggestie voor vrije invulling van aanpassing op basis van individu en context	De handleiding geeft de mogelijkheid voor vrije invulling van de aanpassing.	<i>"Although the manual is presented in a structured format, and some attention should be given to each of the skills described, the procedures should be administered in a flexible manner to maximize attention to individual patient needs." (Stanley et al., 2004, p. 77)</i>
Code 2: Autonomie van de cliënt verhogen	De handleiding geeft instructies voor het verhogen van de autonomie van de cliënt. Dit kan de ervaren directiviteit verminderen omdat de sturing vanuit de therapeut hierdoor verminderd wordt, en de sturing vanuit de cliënt in het therapeutische proces juist verhoogd wordt.	

<i>Subcode 1: De cliënt inspraak geven</i>	De handleiding geeft instructies voor het vergroten van de inspraak van de cliënt. Meer inspraak verhoogt de autonomie.	<i>“Second, the patient is feeling that the therapist is trying to control them. Emphasize the patient’s freedom to choose the methods used to help them. Discuss a range of homeworks and let the patient choose.” (Williams, 1992, p. 157)</i>
<i>Subcode 2: Samenwerking benadrukken</i>	De handleiding benadrukt samenwerking tussen de cliënt en de therapeut of geeft instructies om de samenwerking tussen de cliënt en therapeut te benadrukken. Samenwerking benadrukt dat de cliënt niet passief is in het behandelproces en verhoogt dus de autonomie.	<i>“A team approach to treatment planning and progress was agreed upon, so that Julie did not feel that she would be forced to do things she did not think she could do.” (Craske et al., 2021, p. 35)</i>
<i>Subcode 3: Open vragen stellen</i>	De handleiding geeft instructies voor het stellen van open vragen. Denk hierbij aan het faciliteren van een discussie en ook aan instructies voor bepaalde vraagstellingsmethodes zoals de Socratische dialoog en de <i>downward arrow technique</i> . Het stellen van open vragen geeft meer ruimte voor input van de cliënt en verhoogt dus de autonomie.	<i>“WHAT ARE THOUGHTS? Ask this open question to facilitate a discussion about thoughts.” (Rosselló et al., 2007, p. 17)</i>
Categorie 3: Verminderen van de ervaren directiviteit en het verhogen van de motivatie voor verandering	De handleiding geeft instructies voor handelingen die zowel de ervaren directiviteit verminderen als de motivatie voor gedragsverandering verhogen.	
Code 1: Motiverende gespreksvoering	De handleiding geeft instructies voor het toepassen van motiverende	<i>“Cognitive therapy and motivational interviewing (e.g., identifying pros and</i>

	gespreksvoering of onderdelen hiervan. Motiverende gespreksvoering is gericht op het verhogen van de motivatie op een cliëntgerichte manier (non-directief) met directieve elementen (Brink, 2010). Voorbeelden hiervan zijn het stellen van open vragen, reflectief luisteren, complimenteren, waardering en begrip uitspreken, verandertaal uitlokken, de plannen en de wensen van de cliënt exploreren, gezamenlijke besluitvorming, doelen formuleren, een plan opstellen, concrete keuzes die tot verandering leiden opstellen, het uitlokken van betrokkenheid en begrip voor weerstand uiten (Brink, 2010). Hoewel motiverende gespreksvoering directief van aard is, draagt het non-directieve cliënt gerichte gedeelte bij aan het verminderen van de ervaren directiviteit.	<i>cons) can be useful for addressing homework compliance barriers such as beliefs about safety (e.g., “conducting IE on my own is dangerous”) or low motivation for change.”</i> (Reuman en Abramowitz, 2022, p. 146)
Code 2: De cliënt een rationale laten bedenken	De handleiding geeft instructies om de cliënt een rationale te laten bedenken. Dit verhoogt zowel de autonomie van de cliënt omdat deze hier eigen invulling aan mag geven als het begrip voor de interventie. Hierdoor kan de motivatie voor gedragsverandering ook verhoogd worden.	<i>“After the practice, ask the patient for some feedback about how he or she thinks this strategy might work in daily life.”</i> (Stanley et al., 2004, p. 99)
Code 3: De cliënt zichzelf laten belonen	De handleiding geeft instructies om de cliënt zichzelf te laten belonen.	<i>“If goals matched (or surpassed), tell patient to do something pleasant</i>

	Dit verhoogt de autonomie van de cliënt aangezien deze niet afhankelijk is van beloning vanuit de therapeut en verhoogt de motivatie voor gedragsverandering door bekrachtiging van gewenst gedrag.	<i>immediately. If there is a need to ensure that this self-reward takes place, give patient packet of counters or poker chips. Instruct patient to take as many as they feel they deserve up to ten, and to record number taken.”</i> (Williams, 1992, p. 122)
Code 4: Self-monitoring	Self-monitoring verhoogt de autonomie van de cliënt omdat deze zelf zijn of haar gedrag observeert. Dit kan de motivatie voor gedragsverandering verhogen omdat deze observaties direct inzicht geven in problematisch gedrag.	<i>“Next, the method of self-monitoring was described and demonstrated with in-session practice of completing a Panic Attack Record.”</i> (Craske et al., 2021, p. 37)
Code 5: Coping card	Een coping card verhoogt de autonomie van de cliënt omdat de cliënt zichzelf kan redden in lastige situaties (bijvoorbeeld in geval van angst) met behulp van de helpende gedachten die op deze kaart staan. Het motiveert gedragsverandering omdat het een middel is wat de cliënt kan helpen bij gedragsverandering.	<i>“You can help clients recognize that their successes are a reflection of their efforts by providing them with the following coping card.”</i> (Sokol en Fox, 2019, p. 76)

Bijlage C

Referenties Handleidingen en Protocolen

- Bailey, R. D. (2022). CBT for Panic Disorder. In G. Todd & R. Branch (Eds.), *Evidence-Based Treatment for Anxiety Disorders and Depression: A Cognitive Behavioral Therapy Compendium* (pp. 50–74). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108355605>
- Craske, M.G., Wolitzky-Taylor, K., Barlow, D.H. (2021). Panic Disorder and Agoraphobia. In Barlow, D.H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 1-63). Guilford Publications.
- Gega, L. A., & Wright, B. J. D. (2022). CBT for Specific Phobias. In G. Todd & R. Branch (Eds.), *Evidence-Based Treatment for Anxiety Disorders and Depression: A Cognitive Behavioral Therapy Compendium* (pp. 29–49). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108355605>
- Nordahl, H., & Wells, A. (2022). CBT for Social Anxiety Disorder. In G. Todd & R. Branch (Eds.), *Evidence-Based Treatment for Anxiety Disorders and Depression: A Cognitive Behavioral Therapy Compendium* (pp. 115–135). chapter, Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108355605>
- Reuman, L., & Abramowitz, J. S. (2022). CBT for Somatic Symptom Disorder and Illness Anxiety Disorder. In G. Todd & R. Branch (Eds.), *Evidence-Based Treatment for Anxiety Disorders and Depression: A Cognitive Behavioral Therapy Compendium* (pp. 136–151). Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781108355605>
- Rosselló, J., & Bernal, G. (2007). *Treatment manual for cognitive behavior therapy for depression: Adaptation for Puerto Rican adolescents*. University of Puerto Rico.

https://i4health.paloalto.edu/downloads/CBT_adolescents_individual_manual_eng.pdf

Sokol, L., & Fox, M. (2019). *The comprehensive clinician's guide to cognitive behavioral therapy*. PESI.

Stanley, M. A., Diefenbach, G. J., & Hopko, D. R. (2004). Cognitive Behavioral Treatment for Older Adults with Generalized Anxiety Disorder: A Therapist Manual for Primary Care Settings. *Behavior Modification*, 28(1), 73-117. <https://doi.org/10.1177/0145445503259259>

Williams, J. M. G. (1992). *The psychological treatment of depression*. Taylor & Francis Group.