



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# Drop-outs bij de behandeling van hypochondrie: kenmerken en aanpak

Sako Visser\*

---

## Samenvatting

*Kenmerken van patiënten die voortijdig hun behandeling stoppen (drop-outs) zijn nog weinig onderzocht. Veelal worden deze patiënten gezien als hopeloze gevallen. Recent onderzoek naar patiënten met hypochondrie laat een ander beeld zien. Drop-outs hebben minder ernstige klachten dan patiënten die de behandeling afmaken, en ze zijn vaker nog aan het werk. Mogelijk maken zij een kosten-batenanalyse, komen tot de conclusie dat de kosten niet opwegen tegen de baten en stoppen vervolgens de behandeling. Het lijkt de moeite waard deze patiënten in behandeling te houden. Voortijdig stoppen kan bijvoorbeeld worden voorkómen door een helder en expliciet behandelingscontract, motiveringstechnieken, aanpassingen in het behandelplan en praktische afspraken.*

## Inleiding

Esther van Houten is 35 jaar, woont samen, werkt als accountmanager en heeft de laatste vier jaar last van hypochondere angsten. In wisselende mate is ze bang dat ze lijdt aan een van de talrijke vormen van kanker. Tijdens een hypochondere periode zoekt ze opnieuw contact met haar huisarts. Die verwijst haar deze keer niet naar een medisch specialist, maar naar een psychiatrische polikliniek. Esther start met cognitieve-gedragstherapie, maar belt na vier zittingen op dat ze onvoldoende tijd heeft en wil stoppen met de therapie.

Een patiënt die op eigen initiatief vroegtijdig met een behandeling stopt, een drop-out, is een opvallend en voor therapeuten frustrerend fenomeen. Opvallend, omdat zo'n patiënt klachten heeft, daar hulp voor zoekt, een behandeling krijgt aangeboden die bij anderen effectief is gebleken, maar stopt terwijl de klachten nog aanwezig zijn. Frustrerend voor de therapeut, omdat deze net van plan was zijn beste beentje voor te zetten, maar geen kans krijgt de goede bedoelingen in daden om te zetten. De reacties van therapeuten zijn verschillend. Sommigen gaan twijfelen aan hun deskundigheid of vaardigheden, anderen leggen de schuld bij de 'ongemotiveerde' patiënt.

Het verschijnsel drop-out roept vragen op en veel is nog onduidelijk. Welke therapeutische factoren, bijvoorbeeld, spelen een rol in de beslissing van deze patiënten om met de behandeling te stoppen? Inmiddels zijn allerlei statistische technieken ontwikkeld om onderzoeksresultaten te corrigeren voor ontbrekende gegevens. Deze zogenaamde *intention to treat*-analyses geven weliswaar nauwkeuriger informatie over

---

\* DR. S. VISSER, klinisch psycholoog/psychotherapeut, werkt als behandelcoördinator op de Angstpolikliniek te Amsterdam. Correspondentieadres: GGZ Buitenamstel, Lassusstraat 2, 1075 GV, Amsterdam. E-mail: sakov@ggzba.nl

de effecten van de behandeling voor de gehele groep, maar maken ons weinig wijzer over de drop-outs zelf.

## **Wat is een drop-out precies?**

Het duidelijkst is de definitie van Garfield (1994) : een drop-out is een patiënt die een behandeling heeft geaccepteerd, een of meer zittingen heeft gevolgd en dan de therapie op eigen initiatief stopt. Het initiatief gaat dus uit van de patiënt, terwijl de therapeut (nog) geen reden ziet om te stoppen. Vaak wordt een voortijdig gestopte behandeling gezien als een mislukte behandeling. Eysenck bijvoorbeeld beargumenteerde al in 1952 dat de succespercentages van behandelingen aanzienlijk lager zouden zijn, als men de drop-outs zou beschouwen als mislukte behandelingen en de resultaten hiervoor zou corrigeren. Bergin en Lambert (1978) berekenden dat succespercentages van behandeling zouden dalen van 62 naar 44 procent. Het is echter zeer de vraag of men zonder meer alle behandelingen van drop-outs als mislukt mag beschouwen. Pekarik (1992) stelde dat de groep drop-outs te divers is om dat te doen. Het is onduidelijk of het voortijdig stoppen van een behandeling samenhangt met de effectiviteit van een behandeling, of met andere factoren.

## **Onderzoek**

Gelukkig ontstaat bij onderzoekers steeds meer interesse voor patiënten die voortijdig hun behandeling staken. In een overzicht van de literatuur concludeerden Beakland en Lundwall in 1975 dat 20 tot 57 procent van de patiënten het contact beëindigt na een eerste bezoek aan de geestelijke gezondheidszorg. In recentere studies vond men vergelijkbare percentages. Zo rapporteerden Morlino, Martucci, Musella, Bolzan en Girolamo (1995) een drop-outpercentage van 63 procent. Hunt en Andrews (1992) daarentegen, vonden slechts 17 procent drop-outs bij de behandeling in een gedragstherapeutische kliniek voor angststoornissen. In een breder overzicht van de behandeling van angststoornissen beschreven zij een gemiddeld drop-outpercentage van 8 procent. Dit bracht hen tot de stelling dat hoge drop-outpercentages een indicatie zijn voor slechte klinische prestaties.

Tot op heden is het onderzoek naar kenmerken van drop-outs beperkt. In een overzicht noemde Sparr (1993) een aantal zwakke verbanden tussen drop-out en aspecten als sociaal-economische status, lengte van de wachtlijst, drugsverslaving en de afstand tot de kliniek. Hunt en Andrews (1992) vonden geen verschillen tussen drop-outs en patiënten die hun behandeling afmaakten. Ook Emmelkamp en Van den Hout (1983) vonden bij agorafobici weinig verschillen tussen drop-outs, weigeraars (degenen die niet aan de voorgestelde behandeling begonnen) en patiënten die de behandeling afmaakten. De drop-outs in dit onderzoek rapporteerden vooral dat ze angstiger werden van de behandeling en de weigeraars noemden enige verbetering voorafgaand aan de voorgestelde behandeling. Hansen, Hoogduin, Schaap en De Haan (1991) rapporteerden bij dwangpatiënten wel verschillen. De drop-outs hadden minder dwangklachten, waren minder angstig tijdens de opdrachten en waren kritischer ten aanzien van de therapeut. Er waren geen verschillen in persoonlijkheidsstoornissen. Brown, Antony en Barlow (1995) zagen geen relatie tussen drop-out en comorbiditeit bij de behandeling van paniekstoornis. Al met al vallen op dit moment geen eenduidige uitspraken te doen

over relaties tussen voortijdig stoppen met een behandeling en karakteristieken van patiënt, therapeut of behandeling.

## Drop-outs bij somatoforme stoornissen

Coughlan, Ridout, De Williams en Richardson (1995) onderzochten drop-out bij een pijnmanagement-programma. Ze vonden een drop-outpercentage van tien procent en vergeleken de drop-outs met de patiënten die wel het programma afmaakten. Ze vonden dat drop-out het beste te voorspellen was door een combinatie van lage zelfredzaamheid en slecht lichamelijk presteren. Patiënten die niet verschenen op de follow-ups, hadden meer ongemakken door de pijnklachten en meer 'catastrofale' gedachten dan patiënten die wel verschenen. Op grond hiervan raadden de auteurs aan om in de behandeling meer aandacht te schenken aan catastrofale manieren van denken en lage zelfredzaamheid.

Speckens et al. (1995) verrichtten een gecontroleerde studie naar de behandeling van patiënten met medisch onverklaarde lichamelijke klachten. Van de 98 patiënten die aan de inclusiecriteria voldeden, weigerden achttien personen de behandeling. Deze weigeraars hadden significant mildere symptomen en minder functionele beperkingen. Van de 39 patiënten in de experimentele behandeling startten twee patiënten geheel niet en drie stopten voortijdig de behandeling. Over deze drop-outs rapporteerden de onderzoekers helaas geen gegevens.

## Drop-outs bij hypochondrie

Over de behandeling van hypochondrie werden tot op heden drie gecontroleerde studies gepubliceerd. Warwick, Clark, Cobb en Salkovskis (1996) behandelden 32 patiënten met behulp van cognitieve gedragstherapie. In de selectie vielen 53 patiënten af voor deelname aan het onderzoek. Hieronder bevonden zich weigeraars, patiënten die eerder cognitieve therapie hadden gehad, of personen met een niet-herkende lichamelijke ziekte. Van de patiënten die wel begonnen aan de behandeling, viel er slechts één uit. Clark et al. (1998) behandelden 48 patiënten met hypochondrie en hadden slechts twee drop-outs: één patiënt verhuisde en de andere stopte de behandeling na een positieve uitslag op een uitstrijkje. Visser en Bouman (2001) selecteerden 78 hypochondere patiënten. Alle patiënten doorliepen een uitgebreide intake en bezochten de eerste therapiezitting. Uiteindelijk stopten 22 patiënten (28%) voortijdig de behandeling.

Opvallend zijn de grote verschillen tussen de drop-outpercentages in de drie studies. De beide studies uit Oxford kenden nauwelijks drop-outs. Warwick et al. (1996) melden één patiënt, over wie ze verder helaas niets vertellen. De drop-outs uit de studie van Clark et al. (1998) kunnen nauwelijks drop-outs worden genoemd: stoppen met de behandeling vanwege verhuizing door een nieuwe baan, of een positief uitstrijkje (waarbij men zich zelfs kan afvragen of de diagnose 'hypochondrie' nog wel gerechtvaardigd is), lijken legitieme redenen om voortijdig een behandeling te stoppen. In beide studies werden bij de selectie veel patiënten afgewezen. Een selectie criterium was de mate waarin patiënten overtuigd waren van de geloofwaardigheid van hun hypochondere gedachten. Patiënten die daarvan weinig waren overtuigd, werden niet

in de studie toegelaten. Daarnaast was motivatie een criterium. Gezien het geringe aantal drop-outs in deze studies kan men veronderstellen dat de factoren overtuiging en motivatie een rol spelen bij het voortijdig stoppen van een behandeling.

Visser en Bouman (submitted) vonden in hun onderzoek naar de kenmerken van drop-outs een aantal verschillen. De drop-outs hadden significant minder ernstige hypochondere klachten en hun algeheel psychisch welbevinden was hoger dan dat van degenen die wel de behandeling afmaakten. De drop-outs hadden vaker betaald, fulltime of parttime werk (82% versus 57%) en (dus) minder vaak een uitkering (6% versus 16%). Er waren ook verschillen in herinneringen aan de opvoeding die de patiënten hadden 'genoten'. De patiënten die de behandeling afmaakten, rapporteerden vaker een 'affectie-loze, controlerende' opvoedingsstijl dan de drop-outs.

## Kenmerken

Zijn nu op grond van de beschreven onderzoeken specifieke kenmerken te formuleren voor drop-outs in de behandeling van hypochondrie? In elk geval lijkt de stelling dat de drop-outs de zware, hopeloze gevallen zijn, minder houdbaar. Ook in studies naar andere klachten leek drop-out eerder geassocieerd met minder ernstige klachten. Speckens et al. (1995) rapporteerden dat de weigeraars significant mildere symptomen en minder functionele beperkingen hadden en ook Hansen et al. (1991) vonden bij dwangpatiënten minder dwangklachten onder drop-outs. De door Visser en Bouman (submitted) gevonden verschillen in opvoedingsstijlen kunnen eveneens wijzen op minder ernstige klachten. Een (door de patiënt waargenomen) affectie-loze, controlerende opvoedingsstijl predisponeert wellicht voor psychische klachten. Herinneringen aan een dergelijke opvoedingsstijl werden ook gemeld bij andere stoornissen ( Gerlsma, Emmelkamp & Arrindell, 1990).

Voor Esther van Houten was het een hele stap om met een therapie te starten. Ze schaamde zich er behoorlijk voor dat zij psychotherapie nodig had. Ze wilde dan ook niet dat iemand op haar werk wist dat ze in therapie was. Dat leverde een heel geregeld op rond de afspraken met de therapeut. Twee keer nam ze daarom maar een middag vrij. Verder kreeg ze van de therapeut huiswerkopdrachten mee, waaronder het bijhouden van dagboeken. 's Avonds had ze nauwelijks puf meer, terwijl ze dan toch nog die formulieren moest invullen. Bovendien merkte ze dat ze door die dagboeken, nog meer dan anders, bezig was met haar klachten en eerder meer dan minder gespannen werd. Na de vierde zitting kwam ze helemaal kapot thuis. Ze had de hele dag hard gewerkt en had daarna nog zo'n gesprek waarin alle aandacht op haar angsten geconcentreerd was. Al met al kwam ze tot de slotsom dat deze therapie haar veel meer moeite en energie kostte dan vroeger, toen ze enkele keren per jaar ter geruststelling de huisarts of een specialist bezocht. Daar kwam bij dat het in de periode voor de therapie best redelijk ging met haar hypochondere angsten. Op grond van deze afweging besloot Esther van Houten om met de therapie te stoppen. Aan de therapeut gaf ze als reden alleen drukte en te weinig tijd op.

Op grond van het verhaal van Esther van Houten en de hiervoor beschreven verschillen tussen drop-outs en patiënten die hun behandeling afmaken, kan een globaal profiel van een drop-out worden gemaakt. Drop-outs zijn vaak patiënten met mildere klachten,

die nog druk aan het werk zijn en weinig tijd hebben, na een aantal zittingen een kosten-batenanalyse maken en dan concluderen dat de behandeling meer kost dan oplevert. Dus besluit de patiënt de behandeling voortijdig te stoppen.

## Interventies

De vraag is: hoe te reageren op hypochondere patiënten die aangeven voortijdig met hun behandeling te willen stoppen? De eerste — en meest voor de hand liggende — optie is dit besluit te respecteren. De geestelijke gezondheidszorg is toch al overbelast en minder afhankelijkheid van de hulpverlening lijkt in het algemeen een goede zaak. Een therapeut moet dus goede redenen hebben om moeite te doen deze patiënten in behandeling te houden. Er zijn enkele goede redenen te noemen.

Ten eerste hebben deze patiënten hulp gezocht vanwege psychisch lijden. Ook al zijn hun klachten minder ernstig en slaat de weegschaal van de kosten en baten uit naar stoppen, gewoonlijk lijden deze patiënten emotioneel en kampen ze met beperkingen in het sociaal of beroepsmatig functioneren. Vaak hebben patiënten met hypochondrie een zekere scepsis ten opzichte van psychotherapie, omdat ze gewend zijn hun klachten vanuit een somatisch perspectief te benaderen. Wellicht was deze scepsis — en de daardoor veronderstelde geringe motivatie voor psychotherapie — voor Clark et al. (1998) reden om deze patiënten uit te sluiten van de onderzoeksbehandeling. Ten tweede zal juist de groep patiënten met hypochondrie mogelijk weer een beroep doen op de medische gezondheidszorg. Maar hun problemen liggen op het psychische vlak. Dit betekent dat de medische zorg hen weinig te bieden heeft, maar door hen wel (onnodig) wordt belast. Ten derde kan het vroegtijdig stoppen worden veroorzaakt door praktische aspecten van de behandeling of behandelsetting. De behandeling van Esther van Houten is hiervan een voorbeeld. Het is de moeite waard om na te gaan in hoeverre deze praktische aspecten kunnen worden aangepast.

Bij patiënten met hypochondrie is er een serieuze kans dat ze van dokter naar dokter gaan en een dringend en duur beroep doen op de voorzieningen in de somatische zorg. Vooral om deze reden zou een therapeut moeten besluiten moeite te doen om deze patiënten in behandeling te houden. Hij dient daartoe aan diverse aspecten aandacht te schenken. Deze aspecten zijn bij alle behandelingen belangrijk, maar verdienen extra aandacht bij patiënten van wie kan worden verwacht dat ze sneller met een behandeling zullen stoppen. Bedoeld worden: het opstellen van een duidelijk behandelcontract, het gebruik van motiveringstechnieken en een flexibele opstelling wat betreft de inhoud van de behandeling en de praktische regels.

## Behandelcontract

Verschillende auteurs benadrukken het belang van een duidelijk behandelcontract (bijvoorbeeld: Visser & Reinders, 1999; Warwick & Salkovskis, 1990). Duidelijkheid over wat de therapeut wel en vooral niet te bieden heeft, is noodzakelijk. De psychotherapeutische behandeling zal *wel* zijn gericht op de overbezorgdheid en angst, veelal veroorzaakt door lichamelijke sensaties en klachten, maar *niet* op het verminderen van de lichamelijke klachten. Therapeuten vergeten nogal eens dit laatste expliciet tegen hun patiënten te zeggen. Sommige therapeuten (zie bijvoorbeeld Goldberg, Gask

& O'Dowd, 1989) beloven zelfs vermindering van de lichamelijke klachten, aangezien zij menen dat de lichamelijke klachten zullen afnemen als eenmaal de angst of somberheid is verdwenen. De praktijk leert dat dit niet altijd het geval is; het is niet verstandig en ook niet nodig om dit te beloven. Wel kunnen therapeuten uitleggen dat vermindering van klachten bij sommige patiënten een gunstig bijproduct van de behandeling is. Het niet-optreden van vermindering van lichamelijke klachten terwijl dit wel voorspeld is, zal teleurstellend zijn en vroegtijdig stoppen in de hand werken.

Het behandelcontract heeft vaak mede als doel de patiënt te motiveren 'echt' voor deze behandeling te kiezen. Maar dit is voor een patiënt met hypochondrie, die meestal liever bij een dokter zit, in het algemeen wat veel gevraagd. De therapeut doet er goed aan dit openlijk te bespreken. De patiënt hoeft niet voor de volle honderd procent overtuigd te zijn van het feit dat dit de behandeling is waar hij alle baat bij zal hebben, maar hij moet bereid zijn om voor een bepaalde periode voldoende tijd en energie in de behandeling te steken. Vaak helpt het om eerst met de patiënt te bespreken welke inspanningen hij tot nu — in het somatische circuit — heeft geleverd en wat daarvan het resultaat was, om daarna de behandeling te presenteren als een experiment dat gedurende ongeveer drie maanden de volle inzet zal vergen.

## Motiveringstechnieken

Zoals vermeld, zal men juist bij patiënten met hypochondrie snel een sceptische houding ten opzichte van psychotherapie tegenkomen. Gebruik van adequate motiveringstechnieken tijdens de behandeling is daarom belangrijk. Naar analogie van Lange (1987) onderscheiden we congruente en judoachtige motiveringstechnieken. Congruente motiveringstechnieken zijn in dit geval: het geven van een duidelijke rationale voor de behandeling. De therapeut presenteert een model waarin lichamelijke sensaties of klachten een plaats krijgen naast overbezorgdheid, angst en vermijdingsgedrag. De patiënt moet gaan begrijpen waarom de klachten blijven voortbestaan en hoe hij het patroon waarin hij is beland, kan doorbreken. Een andere congruente interventie is het bieden van hoop en perspectief. Uit onderzoek op het gebied van de behandeling van hypochondrie wordt duidelijk dat de klachten succesvol zijn te behandelen.

Ook judoachtige motiveringstechnieken zijn vaak nodig. Als de patiënt sterk twijfelt over de aanpak, moet de therapeut vooral niet aan hem gaan trekken, maar begrip tonen voor de twijfels. Omdat een patiënt zeker zelf de kosten en baten van behandeling tegen elkaar zal afwegen, doet de therapeut er goed aan de patiënt hierin een stap voor te zijn door zelf voor te stellen de voor- en nadelen van psychologische behandeling te bespreken. Hij dient daarbij steeds oog te houden voor de mogelijkheid dat de patiënt uitvalt. Zo kan de patiënt zonder gezichtsverlies besluiten wel of niet een behandeling te starten of continueren. Het maakt het voor de patiënt ook gemakkelijker om op een later tijdstip met een behandeling te starten of door te gaan, bijvoorbeeld wanneer hij er meer tijd voor heeft of meer last heeft van klachten.

## Flexibiliteit in praktische afspraken

Indien patiënten voor hun gevoel veel moeten investeren in de behandeling, kan de therapeut de behandeling lichter maken. Bij patiënten die weinig tijd hebben, kan hij huiswerk tijdens de zitting laten uitvoeren. Dit geldt zeker voor huiswerk dat angst oproept, zoals het uitvoeren van gedragsexperimenten. Verder kan hij het therapiegesprek op een bandje opnemen, zodat de patiënt het kan afluisteren als hij in de file staat. Ook is het zinvol om vroegtijdig belangrijke personen in het leven van de patiënt bij de behandeling te betrekken.

Ook praktisch zijn er mogelijkheden om het de patiënt gemakkelijker te maken om met de behandeling verder te gaan. Therapiezittingen kunnen aan het begin of eind van de dag plaatsvinden. Nog idealer is het aanbieden van gesprekken 's avonds, in de vorm van een avondpolikliniek. Dit geeft met name werkende patiënten meer vrijheid voor het maken van afspraken. Uit een recent onderzoek van de consumentenbond (*Consumentengids*, augustus 2000) blijkt dat hier bij patiënten grote behoefte aan is, zowel voor afspraken bij de huisarts, als bij de psycholoog of psychiater. Tot slot kan de therapeut een time-out in de behandeling voorstellen, in periodes dat de patiënt het erg druk heeft. Voor de continuïteit van een behandeling is dit natuurlijk niet ideaal, maar ook in dit opzicht is een kosten-batenanalyse nuttig.

## Conclusies

Patiënten die voortijdig hun behandeling staken, vormen een diverse groep. In elk geval lijkt voor drop-outs met hypochondrie te gelden dat zij niet de hopeloos zware gevallen zijn, maar eerder de patiënten met relatief lichte klachten. Hoewel we zeker geen voorstander zijn van onnodig en langdurig behandelen, lijkt het bij deze patiënten zinvol moeite te doen om ze in behandeling te houden, zeker omdat ze anders weer in het medische circuit gaan rondzwerven. Vooral bij patiënten die nog goed functioneren en moeite hebben om therapie en werk te combineren, is het raadzaam om meer moeite te doen hen in behandeling te houden. Esther van Houten had mogelijk haar behandeling niet gestopt wanneer het praktisch voor haar minder moeilijk was geweest. Bij een avondpolikliniek had zij geen vrij hoeven nemen. En achteraf gezien, had haar therapeut mogelijk meer aandacht kunnen besteden aan haar schaamte om een psychotherapie te volgen.

---

### Abstract

*Characteristics of patients who prematurely stop their treatment (drop-outs) have rarely been investigated. These patients are mostly considered as hopeless cases. For hypochondriacal patients, recent research reveals a different picture. Drop-outs have less complaints, and often still go to work. Perhaps they make a cost-benefit analysis of treatment, arrive at the conclusion that costs do not compensate benefits and stop treatment. It is worthwhile to keep these patients in treatment. Prematurely quitting treatment can be prevented, i.e. by a*



clear and explicit treatment-contract, motivating techniques, adjustment of the treatment-plan and practical arrangements.

## Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *The Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (fourth edition)*. Washington DC: APA.
- Beakland, F., & Lundwall, M.S. (1975). Dropping out of treatment: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 738-783.
- Bergin, A.E., & Lambert, M.S. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In Garfield & Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Brown, T.A., Antony, M.M., & Barlow, D.H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408-418.
- Clark, D.M., Salkovskis, P.M., Hackmann, A., Wells, A., Fennell, M., Ludgate, J., Ahmad, S., Richards, H.C., & Gelder, M. (1998). Two psychological treatments for hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 173, 218-225.
- Consumentenbond (2000). Werkende consument wil ruimere spreekuren huisarts. *Consumentengids*, 8, 54-55.
- Coughlan, G.M., Ridout, K.L., Williams, A.C. de, & Richardson, P.H. (1995). Attrition from a pain management programme. *British Journal of Clinical Psychology*, 34, 471-479.
- Emmelkamp, P.M.G., & Hout, A. van den (1983). Failure in treating agoraphobia. In Foa & Emmelkamp (Eds.), *Failures in behaviour therapy*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Garfield, S.L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In Bergin & Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Gerlisma, C., Emmelkamp, P.M.G., & Arrindell, W.A. (1990). Anxiety, depression, and perception of early parenting: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 10, 251-277.
- Goldberg, D., Gask, L., & O'Dowd, T. (1989). Treatment of somatization: teaching techniques of reattribution. *Journal of Psychosomatic Research*, 33, 697-703.
- Hansen, A.M.D., Hoogduin, C.A.L., Schaap, C., & Haan, E. de (1992). Do drop-outs differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 30, 547-550.
- Hunt, C., & Andrews, G. (1992). Drop-out rate as a performance indicator in psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 85, 275-278.
- Lange, A. (1987). *Strategieën in directieve therapie*. Deventer: Van Loghum Slaterus.
- Morlino, M., Martucci, G., Musella, V., Bolzan, M., & Girolamo, G. de (1995). Patients dropping out of treatment in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 92, 1-6.
- Pekarik, G. (1992). Posttreatment adjustment of clients who drop-out early vs. late in treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 48, 379-387.
- Sparr, L.F., Moffitt, M.C., & Ward, M.F. (1993). Missed psychiatric appointments: Who returns and who stays away. *American Journal of Psychiatry*, 150, 801-805.
- Speckens, A.E.M., Hemert, A.M. van, Spinhoven, Ph., Hawton, K.E., Bolk, J.H., & Rooijmans, G.M. (1995). Cognitive behavioural therapy for medically unexplained physical symptoms: a randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 311, 1328-1332.
- Visser, S., & Reinders, M. (1999). Cognitieve therapie bij hypochondrie en andere somatoforme stoornissen. In S.M. Bögels & P. van Oppen, *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Visser, S., & Bouman, T.K. (2001). The treatment of hypochondriasis: exposure in vivo plus response prevention versus cognitive therapy: a randomized controlled trial. *Behaviour research and Therapy*, 39, 423-442.
- Visser, S. & Bouman, T.K. (submitted). A study on drop-outs in the treatment of hypochondriasis. Do drop-outs differ from patients who complete treatment? *British Journal of Psychiatry*.
- Warwick, H.M.C., Clark, D.M., Cobb, A.M., & Salkovskis, P.M. (1996). A Controlled Trial of Cognitive-Behavioural Treatment of Hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 189-195.

Warwick, H.M.C. & Salkovskis, P.M. (1990). Hypochondriasis. *Behaviour research and therapy*, 28, 105-117.