



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

Richtlijnen bij moeizaam verlopende exposurebehandelingen van patiënten met een PTSS

Een van de psychologische behandelingen voor de posttraumatische-stressstoornis (PTSS) is exposurebehandeling. De behandeling met exposure is bewezen effectief (voor relevante meta-analyses, zie: Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, & Foa, 2010; Watts et al., 2013) en wordt in diverse richtlijnen aanbevolen als de behandeling van eerste keuze (van Balkom et al., 2009; Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009; National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), 2005; Institute of Medicine, 2007). De exposurebehandeling bestaat uit zowel imaginaire exposure als exposure in vivo. De patiënt wordt tijdens de exposurebehandeling herhaaldelijk en langdurig blootgesteld aan herinneringen van de traumatische gebeurtenis, en aan allerlei situaties die angst oproepen omdat ze geassocieerd zijn met de traumatische gebeurtenis. Door de blootstelling aan de gebeurtenis wordt het angstgeheugen geactiveerd en kunnen in het kortetermijngeheugen nieuwe associaties worden gevormd tussen de geconditioneerde stimuli (bijvoorbeeld terugdenken aan het trauma, de plaats waar het gebeurd is) en responsen (er is geen gevaar). Na herhaaldelijke blootstelling treedt extinctie op.

Ondanks het feit dat exposurebehandeling effectief is en dikwijls succesvol verloopt, kunnen er toch moeilijkheden optreden. In dit artikel willen we een aantal veelvoorkomende problemen beschrijven, geïllustreerd met casuïstiek, en suggesties doen voor het oplossen van die problemen. Grofweg zijn er vier soorten problemen te onderscheiden: problemen met de diagnostiek, problemen met de dosering, problemen met dissociatie en omgevingsfactoren die interfereren met de behandeling.

PROBLEMEN MET DE DIAGNOSTIEK

Als therapeuten de exposurebehandeling gaan uitvoeren stuiten ze soms op problemen. De patiënt heeft geen concrete situatie voor ogen bijvoorbeeld. Of de angstactivatie komt maar niet op gang en de patiënt blijft stevast in de verleden tijd praten. In veel gevallen

kan dat opgelost worden met het toepassen van angstverhogende technieken, zoals in het behandelprotocol beschreven is, maar als ook dat niet helpt, kan het geen kwaad de diagnose PTSS te heroverwegen. De diagnose PTSS stellen is in de praktijk lastiger dan men in eerste instantie denkt. Het lijkt nogal makkelijk: de patiënt is getraumatiseerd en heeft klachten die ontstaan zijn na het trauma, dus dan is het toch een PTSS? Maar dit is een valkuil. Een PTSS is een vrij specifieke diagnose die relatief gezien weinig voorkomt. Ongeveer 80% van de Nederlanders maakt tijdens hun leven een traumatische gebeurtenis mee. Slechts een klein deel van die mensen ontwikkelt echter een PTSS, met een lifetime prevalentie van 7.8% (de Vries Θ Olff, 2009). In onderzoek werd gevonden dat de kans dat iemand na seksueel misbruik een PTSS ontwikkelt kleiner is dan de kans dat iemand een andere stoornis ontwikkelt, zoals een andere angststoornis, depressie of een eetstoornis (Chen et al., 2010).

Het behandelprotocol zoals dat in de inleiding zeer kort beschreven staat is bedoeld voor patiënten met een PTSS, en niet voor patiënten met een traumatisch verleden. Als er geen PTSS is, verloopt de behandeling moeizaam en zal deze geen resultaat hebben. Bij een moeizaam verlopende behandeling is het dus goed om niet alleen te kijken naar mogelijke aanpassingen in de techniek binnen de behandeling, maar ook een stap terug te doen en opnieuw stil te staan bij de diagnostiek. Hieronder worden een paar veelvoorkomende fouten in de diagnostiek beschreven.

¶ Traumatisering of PTSS?

De woorden trauma en PTSS worden dikwijls door elkaar heen gebruikt. Soms wordt gesproken over 'traumagerelateerde problematiek'. Verwarrend allemaal. Belangrijk is te weten dat trauma in de DSM-5 een specifieke definitie heeft: het gaat om 'blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, of ernstige verwonding of seksueel geweld'. Duidelijk is ook dat nare levenservaringen, zoals emotionele verwaarlozing, het overlijden van een dierbare (tenzij het een gewelddadige dood of ongeluk betreft), echtscheiding of ontslag, niet onder de definitie van trauma vallen, hoe naar ze ook zijn.

VOORBEELD (UIT EEN VERWIJSBRIEF)

Patiënt is begin dit jaar onverwacht ontslagen vanwege inkrimping van het bedrijf. Hij heeft zijn ontslag als traumatiserend beleefd en is erg boos op werkgever. Graag uw traumabehandeling.

Een ontslag valt niet onder de criteria voor een trauma; er is geen sprake van verwonding, levensbedreiging of seksueel geweld. Hier lijkt eerder sprake van een nare levensgebeurtenis.

¶ Herbelevingen van een trauma of nare gedachten aan een rotleven?

Een van de belangrijkste symptomen van PTSS zijn herbelevingen. Herbelevingen worden in de praktijk nogal eens verward met het denken aan de traumatische gebeurtenis. In de DSM-5 is daarom de term 'intrusieve gedachten' weggelaten en wordt nu gesproken van 'herbelevingen in de vorm van recidiverende, onvrijwillige, intrusieve pijnlijke herinneringen aan de traumatische gebeurtenis'. Herbelevingen kunnen onderscheiden worden van gedachten door hun duidelijke kenmerken: ze zijn sensorisch, specifiek, inhoudelijk steeds hetzelfde en roepen angst op. Een traumatische gebeurtenis gebeurt altijd op een specifiek moment. PTSS-patiënten beschrijven een herbeleving van het trauma vaak als een beeld, een geur, een geluid, dat steeds in dezelfde vorm terugkeert en angst opwekt. Denken aan of rumineren over gebeurtenissen uit het leven (rotlevens) is echter meer cognitief, niet sensorisch, gaat steeds over andere voorbeelden, is abstract, en ontlokt vooral andere emoties, zoals verdriet en boosheid. De herbelevingen van patiënten met PTSS zijn in vergelijking met intrusieve herinneringen van depressieve patiënten die een trauma hebben meegemaakt vaker visueel van aard en hebben meer een 'hier-en-nu-karakter' (Birrer, Michael, & Munsch, 2007). Bij gedachten aan nare gebeurtenissen gaat het doorgaans over een periode, niet over een specifiek moment. Het onderscheid kan aangeduid worden als 'trauma' versus 'rotleven'. Dit is meestal aansprekend voor zowel de therapeut als de patiënt.

VOORBEELD

Herbeleving (sensorisch, angst, specifiek)

Therapeut: Kunt u eens een herbeleving beschrijven?

Patiënt: Ja, dan zit ik op de bank, en ineens zie ik dan steeds die ene keer voor me hoe hij daar zat aan tafel en de krant las. Die blik in zijn ogen vergeet ik nooit meer, en ik ruik dan gewoon die vieze geur van alcohol gemengd met sigaretten. Ik zie al in zijn ogen dat ie me gaat slaan...

Therapeut: Welk gevoel geeft dat u?

Patiënt: Ik ben dan heel bang, zo bang dat ik snel naar boven ga, waar het veilig is. Pas later realiseer ik me dat ie er helemaal niet meer is.

Versus nare gedachte (cognitief, verdrietig, algemeen)

- Therapeut: Kunt u eens een herbeleving beschrijven?
 Patiënt: Elke keer als ik thuiskwam was er dus niemand voor me. Dan voelde ik me zó alleen. Mijn vader was er dan wel, maar die zat aan tafel gewoon zijn krant te lezen of zoiets, en keek niet op of om, ik dacht dan dat ik er niet toe deed. Ik heb er echt een trauma aan opgelopen, want ik kan me nog steeds erg eenzaam voelen.
- Therapeut: Welk gevoel geeft dat u?
 Patiënt: Ik voel me dan verdrietig en in de steek gelaten.

CASUS MANON: DEPRESSIE OF PTSS?

Manon, een 19-jarige vrouw, meldt zich aan voor behandeling omdat zij zich de laatste tijd somber voelt en zich moeilijk tot dingen kan zetten. Tijdens de intake blijkt dat de stemmingsklachten zijn ontstaan na het verbreken van haar relatie. Deze relatie was erg gewelddadig: verschillende keren is Manon door haar ex-vriend in elkaar geslagen en na het verbreken van de relatie is zij door hem met de dood bedreigd. Zij voelt zich onrustig, heeft slaapproblemen en vermijdt plaatsen waar zij vaak met haar ex-vriendje kwam. Manon heeft geen duidelijke herbelevingen van de mishandelingen, maar piekert over de vraag hoe dit heeft kunnen gebeuren. Ze voelt zich hierover somber. De intake diagnosticeert desondanks een PTSS en een depressie, met als hypothese dat de stemmingsklachten het gevolg zouden zijn van de PTSS. In de eerste imaginaire exposuresessies stelt Manon zich bloot aan de herinneringen aan een mishandeling door haar ex-partner. Dit roept geen angst op bij Manon. In de week na de sessies beluistert ze thuis dagelijks de opname gemaakt tijdens de sessies. Ze rapporteert een toename van depressieve klachten: ze voelt zich erg naar na het luisteren van de opname en piekert over de gebeurtenis. Ze vraagt zich vooral af hoe ze dit had kunnen voorkomen en voelt zich een mislukking. De behandeling stagneert.

Manon heeft wel een trauma meegemaakt volgens de definitie van een trauma in de DSM-5, maar heeft geen PTSS-klachten ontwikkeld: er zijn geen herbelevingen en er is weinig angst. De klachten die ze heeft lijken beter te horen bij een depressie. De (imaginaire-)exposurebehandeling is niet geïndiceerd voor haar. Bij imaginaire exposure bij PTSS vindt emotionele verwerking plaats van specifieke, concrete, sensorische herinneringen. Bij imaginaire exposure bij

depressie, in afwezigheid van PTSS, zou de behandeling leiden tot blootstelling aan abstracte, negatieve gedachten over nare gebeurtenissen, oftewel rumineren, wat de depressieve klachten eerder erger maakt dan vermindert (Ehring, Szeimies, & Schaffrick, 2009).

¶ Behandelindicaties

De exposurebehandeling is alleen geïndiceerd voor patiënten met een PTSS. Per definitie hebben zij een traumatische gebeurtenis meegemaakt, en hebben zij daarvan herbelevingen. Anderen hebben misschien wel een traumatische gebeurtenis meegemaakt, maar geen PTSS ontwikkeld. En weer andere patiënten hebben geen traumatische gebeurtenissen meegemaakt maar nare levensgebeurtenissen. Het is goed om dit onderscheid te maken voor de behandelindicaties.

Bij veel patiënten in de klinische praktijk is er echter niet zo'n mooi onderscheid te maken, maar is er sprake van alle drie. Voor het opstellen van een behandelplan is het dan ook van essentieel belang om trauma's van nare levensgebeurtenissen te onderscheiden, en de trauma's vervolgens te rubriceren en te beoordelen op hun bijbehorende klachten. De essentieelste vraag is dan steeds of er herbelevingen zijn van die situatie. Niet elk trauma genereert immers herbelevingen. Met een simpel lijstje kunt u op eenvoudige wijze de trauma's die herbeleefd worden aangeven, en — uiteraard als ook aan de andere diagnostische criteria wordt voldaan — daar een PTSS-gerichte behandeling voor aanbieden, zoals exposure. Zie tabel 1. Alle andere trauma's en/of nare gebeurtenissen horen niet bij de PTSS, en vereisen eventueel dus ook een andere behandelaanpak.

Dit onderscheid in gebeurtenissen en symptomen leidt ook tot verschillende behandelindicaties. In tabel 2 willen we verduidelijken wat de implicaties zijn voor het behandelbeleid van een helder onderscheid tussen enerzijds trauma dat leidt tot PTSS en anderzijds nare levensgebeurtenissen die gerelateerd zijn aan andere problematiek (waarbij we overigens niet de intentie hebben om volledig te zijn in de beschrijving van mogelijke behandeltechnieken).

PROBLEMEN MET DE DOSERING

Een ander probleem dat we vaak zien in de praktijk is dat de planning van de behandeling niet goed verloopt, waardoor de dosering niet optimaal is.

TABEL 1
Voorbeeld van het inventariseren van trauma's en/of nare gebeurtenissen

Gebeurtenis	Voldoet dit aan het PTSS A-criterium voor trauma?	Hoeveel herbelevingen hebt u hiervan? (0 = nooit, 10 = elke dag)	
Seksueel misbruik door vader	ja	9	PTSS-behandeling
Lichamelijke mishandeling door vader	ja	7	PTSS-behandeling
Auto-ongeluk	ja	0	Geen/andere behandeling
Aanranding door vriend	ja	4	PTSS-behandeling
Overlijden goede vriendin	nee	0	Geen/andere behandeling

¶ Te lage intensiteit en gebrek aan focus op trauma

CASUS TAMARA: TE LAGE INTENSITEIT

Tamara, een 29-jarige vrouw, is in haar pubertijd seksueel misbruikt door haar scoutingleider. Zij heeft een PTSS, en dissociatieve en stemmingsklachten. Ondanks haar lang bestaande psychische klachten is zij hoogopgeleid en heeft ze een verantwoordelijke en veeleisende baan. Ze is al zes jaar in behandeling voor haar PTSS. Op verzoek van Tamara vinden de sessies niet wekelijks plaats, omdat zij niet wekelijks tijd kan vrijmaken. Als zij het erg druk heeft op haar werk, zegt zij haar afspraak af. Als ze wel komt, wil ze meestal geen exposure doen omdat dit te belastend is; ze wil liever praten over andere problemen in haar leven. De therapeut vindt het ook beter om de traumabehandeling langzaam te laten plaatsvinden, omdat hij niet het risico wil lopen dat haar functioneren in het dagelijkse leven verstoord wordt. Verspreid over de afgelopen zes jaar hebben er ongeveer veertig exposuresessies plaatsgevonden. De PTSS-klachten zijn nog onveranderd.

Door een reorganisatie krijgt Tamara een andere therapeut. Deze stelt voor om de traumaverwerking juist te comprimeren.

Tamara gaat aarzelend akkoord. Ze neemt een week vakantie. In

- ... één week tijd vinden achter elkaar vijftien exposuresessies van
 ... 90 minuten plaats aan de naaste momenten van haar trauma.
 ... Nu lukt het wel de PTSS-klachten zeer sterk te verminderen.

TABEL 2
 Overzicht van symptomen, behandeldoelen en gebruikte psychotherapeutische behandeltechnieken bij PTSS versus traumagerelateerde klachten

Trauma — PTSS	Trauma en/of nare levensgebeurtenissen, 'rotleven' — andere problematiek
Symptomen	
PTSS-symptomen	Traumagerelateerde klachten
Herbelevingen (sensorisch en specifiek, steeds hetzelfde)	Nare herinneringen (cognitief en algemeen, wisselende voorbeelden)
Angst	Verdriet, rouw, boosheid
Behandeldoel	
PTSS-klachten verminderen	De invloed van de trauma's en nare gebeurtenissen op ontwikkeling en leven begrijpen, in een context plaatsen, ander copinggedrag aanleren, en symptomen zoals een laag zelfbeeld of inadequate emotieregulatie afnemen
Behandeltechnieken	
Aangrijpingspunt zijn specifieke herbelevingen en vermijdingsgedrag	Aangrijpingspunt zijn problemen die meer in algemene zin zijn gerelateerd aan de nare levensgebeurtenissen
Richtlijnbehandeling voor PTSS: <ul style="list-style-type: none"> ▶ imaginaire exposure ▶ exposure in vivo ▶ EMDR (standaardprotocol; ook wel 'linksom' of 'rechtstreeks' genoemd) ▶ cognitieve therapie ▶ schrijft therapie 	Verwerkingsgerichte modules of technieken, bijvoorbeeld: <ul style="list-style-type: none"> ▶ schematherapie ▶ COMET ▶ EMDR, aangepast protocol (ook wel 'rechtsom' genoemd) ▶ rouwtherapie ▶ imaginaire rescripting ▶ protocol aanpassingsstoornis <p>Als er andere stoornissen dan PTSS zijn, zoals depressie of psychose: geef richtlijnbehandeling voor die betreffende stoornis</p>

De effectiviteit van exposuretherapie voor PTSS is veelvuldig aangetoond (Powers et al., 2010) met gecontroleerde onderzoeken met protocollen waarbij patiënten minimaal één keer per week een exposuresessie krijgen van één tot anderhalf uur. Het is onduidelijk of behandelingen waarin sessies over een langere tijd worden gespreid eveneens effectief zijn. Uit onderzoek bleek dat onregelmatige frequentie van sessies een negatief effect had op het behandelresultaat bij exposure (Tarrier, Sommerfield, Pilgrim, & Faragher, 2000). Onderzoek naar intensievere behandelingen, waarbij twaalf tot vijftien exposuresessies in één of twee weken werden aangeboden, lieten vergelijkbare resultaten zien als de reguliere behandelingen met één wekelijkse sessie (Ehlers et al., 2014; Hendriks, de Kleine, van Rees, Bult, & van Minnen, 2010; zie voor een overzicht van intensieve behandelingen: Hendriks, de Kleine, Hendriks, & van Minnen, 2016). In het geval van Tamara leek de spreiding van de sessies niet goed te werken: de PTSS-klachten namen niet af. De therapeut doet er goed aan de regie over de planning van de sessies te nemen en aan te sturen op een frequentie van minimaal één sessie per week. Vermijdingsgedrag door sessies uit te stellen of door het aangaan van bepaalde traumatische gebeurtenissen van de agenda te halen, kan op die manier snel worden gesignaleerd en besproken. Drukbezette patiënten kunnen beter een kortere tijd vrij nemen en zich committeren aan een intensievere behandeling, dan jarenlang een therapie met een lage frequentie te volgen.

In de klinische praktijk zien we ook nog weleens dat er één sessie wordt besteed aan traumaverwerking, bijvoorbeeld met exposure, en dat de sessie(s) daarna aandacht wordt gegeven aan 'andere belangrijke zaken'. Na een aantal weken wordt er dan weer eens een sessie aan de traumaverwerking besteed. Soms wordt daar door de therapeut nog bij vermeld dat er tijd nodig is voor verwerking, en dat het goed is als de patiënt eerst herstelt van de emoties van een eerdere traumagerichte sessie voordat verdergegaan wordt met de volgende. Voor beide aannamen is echter geen evidentie. In een meta-analyse (Haagen, Smid, Knipscheer, & Kleber, 2015) bij veteranen werd gevonden dat het aantal traumagerichte sessies het behandelresultaat in positieve zin voorspelde: elke traumagerichte sessie werd gevolgd door een afname van klachten in de week erna. Dat effect werd niet gevonden voor niet-traumagerichte sessies.

Kortom: de exposurebehandeling moet in een goede dosering aangeboden worden, dat wil zeggen: in sessies van minstens negentig minuten per week. Bij problemen of complexiteit is, conform de multidisciplinaire richtlijnen, intensiveren van de dosering naar meerdere keren per week aangewezen.

¶ Te kleine stappen

CASUS MARCELLA: TE KLEINE STAPPEN

Marcella, een 52-jarige vrouw, heeft PTSS-klachten na mishandelingen in haar jeugd, waarbij zij onder meer bedreigd werd met een groot broodmes. Als zij een groot broodmes ziet, roept dit veel angst op. Zij vermijdt het zo veel mogelijk om deze messen te gebruiken. Naast de imaginaire exposure doet zij exposure-in-vivo-oefeningen met messen. De therapeut heeft samen met haar een hiërarchie opgesteld, waarbij zij zich in kleine stapjes blootstelt aan messen. De hiërarchie begint met het bekijken van een botermesje en eindigt met het op haar hand houden van het lemmet van een groot broodmes. Als zij zich niet goed voelt of een moeilijke imaginaire-exposuresessie heeft gedaan, zet zij enkele stappen terug in de hiërarchie, omdat zij zegt de moeilijkere stappen dan niet aan te kunnen. De therapeut vindt het belangrijk dat Marcella haar eigen tempo volgt bij de exposure, zodat ze niet overspoeld zal worden door angst. Na 25 sessies is zij in staat een klein broodmes in haar hand te houden, maar ze is nog steeds erg angstig en vreest dat het haar nooit zal lukken een groter mes vast te houden.

In een casuïstiekvergadering wordt de therapeut geadviseerd na te vragen waar Marcella nu precies zo bang voor is bij het vasthouden van het grote mes en de exposure directiever uit te voeren. Marcella vertelt de therapeut dat ze bang is dat ze zichzelf snijdt. De therapeut instrueert Marcella om dat te gaan testen door meteen het grote mes op haar hand te leggen. Verbaasd doet Marcella wat de therapeut vraagt en ontdekt dat er niets gebeurt.

In exposuretherapie wordt meestal uitgegaan van graduele exposure: stapsgewijs wordt de moeilijkheidsgraad van de exposureoefeningen verhoogd, waarbij succes bij een gemakkelijkere oefening groen licht geeft voor een moeilijkere oefening. Onderzoek geeft echter aanleiding te twijfelen of deze stapsgewijze aanpak noodzakelijk is (zie: Craske et al., 2008). In het geval van Marcella lijkt de voorzichtige aanpak van de exposure-in-vivo-oefeningen nadelig te werken. Door de stapjes zo klein te maken bouwt de spanning naar de moeilijkere (en relevante) oefeningen steeds verder op. De boodschap die de therapeut met deze uitgebreide hiërarchie geeft, is ook dubbel. Enerzijds geeft de therapeut met de exposureoefening aan dat een broodmes niet gevaarlijk is en dus niet vermeden hoeft te worden. Anderzijds suggereert de therapeut een gevaar door de stappen in de hiërarchie zo klein te maken. Over het algemeen is het verstandig de patiënt het tempo van de exposure te laten bepalen, maar

als de vermijding omvangrijk is en de patiënt erg angstig is om een volgende stap te nemen, is het soms beter directief door te pakken.

In dit voorbeeld ging het om een exposure-in-vivo-oefening, maar hetzelfde geldt voor imaginaire-exposureoefeningen. Als een patiënt zo vaak getraumatiseerd is dat er een lange hiërarchie-lijst is van beladen traumatische herinneringen, is het beter de hiërarchie-lijst te beperken tot de meest beladen herinneringen (die de meeste herbelevingen veroorzaken) en die voortvarend te behandelen. Het is daarbij niet nodig om eerst te wachten tot de angst bij de exposure aan de ene herinnering zakt, alvorens over te gaan op de volgende herinnering. Ook kan het belangrijk zijn juist met de moeilijkste herinneringen te beginnen, zodat geen anticipatieangst opgebouwd kan worden. Ter illustratie: in een gecontroleerd onderzoek bij een populatie met zeer veel traumatische situaties en veel comorbiditeit werd in slechts acht sessies behandeld; in elke sessie werd één situatie behandeld (van den Berg et al., 2015). Het tempo lag dus hoog en de effecten van de behandeling waren goed. In de klinische praktijk zien we echter soms dat wel meer dan dertig sessies gegeven worden en dat zelfs dan de ergste situaties nog niet aan bod zijn gekomen. Dat is niet aanbevelenswaardig.

¶ *Te weinig focus op de hotspots*

Aansluitend is het in het kader van te lage dosering nog van belang te noemen dat imaginaire exposure niet hetzelfde is als 'een verhaal vertellen over de traumatische gebeurtenis'. Bij exposure gaat het om systematische en herhaalde blootstelling aan de specifieke stimuli die angst opwekken, dat zijn de hotspots. Binnen het hele verhaal van een traumatische gebeurtenis zijn gemiddeld rond de drie hotspots te identificeren (range 1-6) en in succesvolle behandelingen werden die hotspots vaker herhaald (Nijdam, Baas, Olff, \ominus Gersons, 2013). Als in een imaginaire-exposuresessie wordt volstaan met het vertellen van het verhaal, in plaats van het herhaald blootstellen aan de hotspots, is de dosering van de behandeling te laag en te weinig gefocust.

¶ *Vergeeten om exposure in vivo te doen*

CASUS INGRID: GEEN EXPOSURE IN VIVO

Ingrid was meerdere malen seksueel misbruikt door haar broer onder de douche. Ze vermijdt om terug te denken aan die situaties, vooral aan de moeilijkste momenten. Tijdens de imaginaire exposure leidt de therapeut haar steeds terug naar die nare momenten, precies zoals het protocol voorschrijft. Toch knapt Ingrid onvoldoende op, en na twaalf sessies brengt de therapeut

haar in tijdens een intervisiebijeenkomst. Anderen informeren naar de exposure-in-vivo-opdrachten. De therapeut zegt dat ze daar nog niet aan zijn toegekomen. Ingrid heeft tijdens de hele behandeling nog geen exposure gedaan aan bijvoorbeeld de plaats van het trauma (doucheruimten), geuren (de doucheschuim) of lichamelijke sensaties (met haar huid de tegeltjes voelen).

In feite is de behandeling incompleet geweest tot dusver, en ontbreekt exposure aan belangrijke stimuli. Ingrid had sommige stimuli (doucheschuim) mee kunnen nemen naar de sessie om tijdens de imaginaire-exposuresessie mee te kunnen oefenen, twee vliegen in één klap. Ook had Ingrid thuis kunnen oefenen met douchen en het aanraken van de tegels.

Bij de meeste angststoornissen wordt exposure in vivo als belangrijkste behandeltechniek gebruikt. De reden dat we bij PTSS vooral imaginaire exposure uitvoeren is niet omdat imaginaire exposure beter is dan exposure in vivo. De reden is dat we vaak niet anders kunnen. Een bepaalde herinnering die angst oproept kunnen we lang niet altijd in het dagelijkse leven nabootsen, zoals we voor exposure in vivo zouden willen. De herinnering aan een brand bijvoorbeeld, of de herinneringen aan penetratie tijdens seksueel misbruik. In dat geval vallen we terug op imaginaire exposure. Echter, exposure in vivo blijft wel een belangrijk onderdeel van de behandeling, dus alles wat wél in vivo geoefend kan worden moet ook worden toegepast. In de praktijk zien we echter nog weleens, misschien omdat er zoveel nadruk ligt op de imaginaire exposure in het behandelprotocol, dat voor de hand liggende exposure-in-vivo-oefeningen nog niet zijn gedaan. De combinatie van imaginaire exposure en exposure in vivo is echter het effectiefst gebleken (zie bijvoorbeeld: Devilly & Foa, 2001), dus het wordt aanbevolen vanaf het begin van de behandeling exposure-in-vivo-opdrachten te doen, niet alleen als huiswerkopdrachten, maar ook tijdens de sessie.

PROBLEMEN MET DISSOCIATIE

CASUS KARIN: DISSOCIATIE

Karin, een 54-jarige vrouw, is al lange tijd in behandeling vanwege persoonlijkheidsproblemen, en dissociatieve en stemmingsklachten. Zij heeft bovendien een PTSS, waarvoor zij voor behandeling wordt doorverwezen naar het team angststoornissen.

Tijdens de imaginaire-exposuresessies, die zijn gericht op herinneringen aan seksueel en fysiek misbruik in haar kindertijd, be-

gint zij geregeld met een kinderlijk stemmetje te praten en ze reageert dan niet meer op de therapeut. De imaginaire exposure wordt hierdoor telkens vervroegd afgebroken. Nadien beschrijft Karin dat ze zich dan voelt 'alsof ze in een cocon zit'.

De therapeut denkt dat de dissociatieve klachten een reactie zijn op een te hoog angstniveau tijdens de exposure en besluit de exposure toch door te zetten, maar dan op een lager pitje. Hij vraagt Karin om de traumatische herinneringen te beschrijven in de derde persoon, alsof het om iemand anders gaat, en in de verleden tijd. Dat helpt. De spanning tijdens de exposure is iets lager. Het lukt Karin om door te gaan met de exposureoefeningen. Slechts zo nu en dan vertoont ze tijdens de exposure nog dissociatieve reacties, maar na een korte pauze kan dan de exposure weer worden vervolgd.

Hoewel vaak wordt gedacht dat dissociatie een contra-indicatie is voor exposuretherapie, blijkt uit onderzoek het tegendeel. Patiënten met dissociatieve klachten kunnen ook effectief behandeld worden voor hun PTSS met exposuretherapie (zie bijvoorbeeld: Hagenaars, van Minnen, & Hoogduin, 2010; van Minnen et al., 2016; Wolf, Lunney, & Schnurr, 2015), en dissociatieve klachten nemen bovendien af na een succesvolle PTSS-behandeling (van Minnen, Zoellner, Harned, & Mills, 2015). Het is goed om zich te realiseren dat dissociatieve klachten (denk aan flashbacks, amnesie en verdooving) onderdeel zijn van een PTSS, en als diagnostische criteria in de DSM-5 zijn opgenomen, en dus ook regelmatig voorkomen.

In de behandelkamer ontstaan soms problemen wanneer de exposure niet voortgezet kan worden doordat de patiënt dissocieert en hierdoor niet meer op vragen van de therapeut reageert. Er zijn aanwijzingen uit onderzoek dat cognitieve processen, zoals waarneming en geheugen, in tact blijven tijdens dissociatie (zie bijvoorbeeld: Huntjens et al., 2006), en dat ook extinctieleren gewoon plaatsvindt tijdens dissociatie (Gallup, Boren, Suarez, Wallnau, & Gagliardi, 1980; Hagenaars et al., 2010). Dat betekent dat de patiënt de therapeut gewoon kan horen, al lijkt dat soms niet zo, en de therapeut de patiënt dus ook gerichte instructies kan geven, bijvoorbeeld om het optimale niveau van angst te reguleren.

In de praktijk wordt vaak gedacht dat in geval van dissociatie eerst emotieregulatietraining moet plaatsvinden. Zoals gezegd blijkt uit onderzoek dat daar geen evidentie voor is, integendeel. Bedenk bovendien dat in het standaardprotocol voor exposure bij PTSS emotieregulatie ook plaatsvindt, alleen dan niet voorafgaand aan de exposure, maar tijdens de exposure. De patiënt leert immers dat de angst oploopt en weer zakt, en bij problemen met de regulatie van het optimale angstniveau worden behandeltechnieken inge-

zet om dat niveau weer te optimaliseren. Exposurebehandeling is daardoor bij uitstek een emotieregulerende behandeling. In lijn daarmee werd gevonden dat emotieregulatie inderdaad toenam na exposurebehandeling, zonder dat de patiënt aanvullende emotieregulatievaardigheden aangereikt kreeg (Jerud, Zoellner, Pruitt, & Feeny, 2014). Uit ander onderzoek bleek dat in het merendeel van de sessies angstverhogende of angstverlagende technieken werden gebruikt tijdens de exposuresessies, en in veel gevallen werden ze beide gebruikt bij eenzelfde patiënt (van Minnen, 2016). Opvallend binnen dit onderzoek was dat bij PTSS-patiënten met het dissociatieve subtype deze technieken niet vaker of minder vaak nodig waren dan bij patiënten zonder dat subtype.

¶ Dissociatieve amnesie: het reconstrueren van de traumatische gebeurtenis

CASUS ELS: FLARDEN VAN HERINNERINGEN

Els zoekt behandeling vanwege angstklachten die een halfjaar geleden zijn ontstaan nadat ze een tv-programma zag over seksueel misbruik. Sindsdien heeft zij last van herbelevingen aan het seksueel misbruik in haar jeugd, maar zij kan zich niet meer precies herinneren wat er is gebeurd. Ze herinnert zich enkel flarden. Zij heeft daar veel last van en vindt dat ze het zich wel zou moeten kunnen herinneren. Het bevreemdt haar dat zij het niet meer precies weet. Ze hoopt in de behandeling te ontdekken wat er in die tijd allemaal met haar is gebeurd.

De therapeut stelt voor om vanuit de symptomen te vertrekken omdat duidelijk is dat Els overstuur raakt bij blootstelling aan stimuli die haar aan het seksueel misbruik herinneren en dat zij om die reden in het dagelijkse leven verschillende dingen vermijdt. Er wordt daarom begonnen met opdrachten voor exposure in vivo. Els verzamelt materiaal dat haar angst uitlokt, zoals krantenartikelen over seksueel misbruik, en zowel in de sessies als thuis stelt zij zich hieraan bloot. Deze insteek is succesvol, de angstklachten verminderen. Na vier exposuresessies wordt ook gestart met imaginaire exposure. Els maakt een lijstje van de flarden die zij zich nog herinnert. Voorafgaand aan de imaginaire exposure benadrukt de therapeut dat het zich weer herinneren van die vergeten delen niet de bedoeling van de exposure is en ook niet noodzakelijk is voor een effectieve behandeling.

Els stelt zich bloot aan een herinnering waarbij zij seksueel is misbruikt op een hooizolder. Telkens als zij bij een stuk komt dat zij zich niet meer herinnert, opent zij haar ogen en zegt, ogen-schijnlijk wat paniekerig, dat zij het niet meer weet.

- Els: ... Ik lig op mijn rug en hij ligt boven op mij. Ik zie de houten balken. Ik voel zijn zware gewicht en ruik zweet ... (opent de ogen) Nu weet ik het niet meer. Vanaf hier wordt het beeld zwart.
- Therapeut: Dat geeft niets. Sluit uw ogen maar en vertel maar verder vanaf het punt dat u het weer weet.
- Els: Hij staat naast mij. Ik zie hem niet goed. Hij gaat weg en dan ben ik weer alleen.
- Therapeut: Oké, Els, begin maar weer bij het begin van de herinnering en vertel wat u ziet.

Er volgen vijf imaginaire-exposuresessies, waarin flarden van herinneringen telkens worden herhaald. De angstklachten van Els nemen verder af en de behandeling kan na negen sessies worden beëindigd. Els blijft het wel moeilijk vinden dat zij zich niet meer precies kan herinneren wat er is gebeurd.

Niet elke patiënt zal zich nog precies kunnen herinneren wat er tijdens traumatische gebeurtenissen is gebeurd. Het zich niet volledig kunnen herinneren van belangrijke delen van de gebeurtenis, amnesie, is een PTSS-symptoom. Het wordt beschouwd als een symptoom van dissociatie. Een valkuil in de behandeling is veel aandacht te besteden aan de reconstructie van de traumatische gebeurtenis. De beweringen dat de traumatische herinneringen mogelijk verdrongen zijn, en dus opgehaald moeten worden tijdens een exposuretherapie, zijn niet gebaseerd op onderzoeksgegevens. Sterker nog: een dergelijke benadering heeft het gevaar in zich dat valse herinneringen gevormd worden (Raymaekers, Geraerts, Θ Merkelbach, 2008). Het doel van de behandeling is ook niet om de herinneringen compleet te maken of het trauma te reconstrueren, maar om de patiënt bloot te stellen aan stimuli die angst oproepen. Dat kunnen flarden van de herinnering zijn, een recente herbeleving of stimuli in het dagelijkse leven. Tijdens de exposure kunnen die delen van de herinnering gebruikt worden die wel herinnerd worden en worden delen die niet herinnerd worden overgeslagen. Soms betekent dat dat er beter geen imaginaire exposure gedaan kan worden, en dat de behandeling beter gericht kan worden op de exposure in vivo. Dat is bijvoorbeeld het geval als er helemaal geen concrete herinneringen zijn of als de herinneringen tijdens en na de exposure steeds veranderen of uitgebreider worden. In dat laatste geval kan er sprake zijn van valse herinneringen. Ook is het belangrijk valse herinneringen te voorkomen door geen suggesties te wekken of suggestieve vragen te stellen.

¶ Verdoving

CASUS IRIS: VERDOVING

Iris heeft een ernstig auto-ongeluk meegemaakt waarbij haar man om het leven is gekomen. Na een aanvankelijke rouwperiode, waarin ze veel huilde, was haar gevoel ineens verdoofd. Ze voelde niets meer, zo vertelde ze, en dat voelde naar. 'Ik voel zelfs geen liefde voor mijn kinderen,' beschreef ze. Wel had ze veel last van herbelevingen en was ze erg schrikachtig. Eerdere traumagerichte therapieën hebben geen effect gehad omdat ze niet 'bij haar gevoel kon komen'.

Het valt tijdens de intake op dat ze schijnbaar onaangedaan het verhaal van het ongeluk vertelt, net alsof ze het voor de zoveelste keer 'opdreunt'. Het verhaal is dan ook steeds hetzelfde. Als ze naar de foto's kijkt van het ongeluk, die ze bij zich draagt, voelt ze niks. 'Het doet me niks,' vertelt ze. De therapeut besluit de angstactivatie bij Iris op gang te brengen door haar consequent te onderbreken in haar standaardverhaal; hij zal haar tijdens de imaginaire exposure vragen om zich vooral te richten op alles wat ze ziet, hoort, ruikt en proeft, en haar daarbij langdurig laten stilstaan.

Iris: Er kwam dus een auto hard aanrijden ...
 Therapeut: Kijk eens om u heen, Iris, wat ziet u?
 Iris: Eh, het is een rode auto ... en die kwam dus hard aanrijden ...
 Therapeut: Iris, zet het beeld daar even stil en kijk om u heen, wat ziet u?
 Iris: ... Eh, eh ... voor me zit het handschoenenkastje, ik pak mijn zonnebril daaruit, want de zon schijnt op de ramen, eh ... eh ... het zonneklepje staat omlaag, ik zie de spiegel ... (hapert, is stil, haalt diep adem ...), ik ... ik ... de spiegel breekt af ... (huilt), oh nee, oh nee ... Kevin! Kevin! ...

Door consequent het sensorische geheugen te activeren lukt het om toegang te krijgen tot het angstnetwerk waarin de herinnering ligt opgeslagen. De behandeling verloopt vervolgens voortvarend en na zes sessies is Iris klachtenvrij.

Verdoving is een symptoom van PTSS en wordt vaak gezien als een vorm van dissociatie (Holmes et al., 2005). Door deze dissociatie wordt bij Iris het geheugen waartoe de traumatische herinnering hoort niet geactiveerd en treedt er geen angst op. De activatie van de angst is echter een noodzakelijke voorwaarde voor het adequaat

verwerken van de traumatische gebeurtenis. De therapeut moet Iris helpen om het angstnetwerk te activeren. De beste manier om dat te doen is om het sensorische geheugen te activeren en de patiënt te laten stilstaan bij de moeilijkste momenten van het trauma. Ook het toevoegen van exposure-in-vivomateriaal is dan nuttig. In elk geval moet voorkomen worden dat een ‘standaardverhaal’ wordt verteld door de patiënt. Verdoving kan net als amnesie worden gezien als vermijdingsgedrag. Als de moeilijkste momenten in zicht komen, rapporteren de patiënten niets meer te voelen en het niet meer te weten. De therapeut moet erop bedacht zijn dat dit een vermijdingsstrategie is en dan de exposure voortzetten.

OMGEVINGSFACTOREN

¶ Sociale steun

CASUS HARRY: GEEN STEUN

Harry komt na lang aarzelen in exposuretherapie. Zijn vrouw heeft hem lang tegengehouden, omdat ze bang is dat zijn flashbacks van een gewelddadige situatie door de exposure zullen verergeren. Ze zegt steeds tegen hem: ‘Je moet er juist niet meer aan denken, het is verleden tijd, je moet door, ga toch lekker wandelen.’ Dat lukt Harry niet; zijn probleem is juist dat hij er continu aan denkt. Hij heeft het gevoel dat hij door de exposure geholpen zou kunnen worden.

De behandelsessies verlopen goed, maar elke keer als Harry enigszins aangedaan thuiskomt van de behandelsessies, zegt zijn vrouw zuchtend tegen hem: ‘Zie je nou wel, ik zei het je toch? Stop er nou mee, dit is niks voor jou.’ Na vier sessies stopt Harry met de behandeling.

Sociale steun, met name de traumagerichte sociale steun, tijdens de behandeling is een predictor voor het succes ervan (Thrasher, Power, Morant, Marks, Θ Dalglish, 2010). Die steun richt zich vooral op het ondersteunen van de patiënt tijdens de therapie. In het beste geval staat de sociale omgeving achter de therapie, snapt deze de rationale van de therapie en ondersteunt deze de patiënt ook (of juist) als de therapie even moeilijk is. Het kan dan ook belangrijk zijn om, zoals in het geval van Harry, de partner te vragen mee te komen naar een sessie en uit te leggen wat de behandeling inhoudt en wat de partner het best kan doen voor de patiënt. Maar de partner kan beter niet bij het uitvoeren van de imaginaire-exposuretechniek zelf aanwezig zijn, omdat de ervaring leert dat de

patiënt dan wordt weerhouden van het vertellen over de (soms gruwelijke of gênante) details van het trauma. Bij exposure in vivo echter kan de partner wel een belangrijke en coachende rol vervullen.

¶ Stressoren

CASUS LEONTIEN: STRESSVOLLE OMSTANDIGHEDEN

Leontien is seksueel misbruikt door haar leraar toen ze 13 jaar oud was. Ze meldt zich aan met allerlei spanningsklachten, slaapproblemen en herbelevingen van dat misbruik. De diagnose PTSS wordt gesteld en de behandeling start.

Na de tweede behandelsessie wordt Leontiens moeder ernstig ziek, ze heeft kanker en moet worden verzorgd en vaak naar het ziekenhuis worden gebracht. Leontien, als enige dochter, neemt deze taak op zich. Tot overmaat van ramp worden achtereenvolgens haar eigen dochter en man ziek en overlijdt haar schoonmoeder. Haar auto begeeft het en ze wordt op haar werk — tegen haar zin — overgeplaatst als gevolg van een fusie.

Leontien zegt vaak sessies af en voert de exposureopdrachten thuis nauwelijks uit. In overleg met Leontien wordt de behandeling gestaakt, want dit lijkt geen goed moment om een intensieve behandeling aan te gaan. Leontien zal zich opnieuw aanmelden als de rust weer een beetje is teruggekeerd.

Stressvolle omstandigheden worden vaak gezien als belemmerend voor de traumagerichte behandeling. Vaak wordt de behandeling uitgesteld totdat de stresserende omstandigheden voorbij zijn. Als de kans groot is dat de stresserende factoren van tijdelijke aard zijn, niet gerelateerd zijn aan het betreffende trauma en niet veroorzaakt worden door de PTSS-symptomen (bijvoorbeeld stress door een reorganisatie op het werk), dan is dat wellicht een verstandige keuze. Soms zullen de omstandigheden echter niet op korte termijn verbeteren. Zo kunnen ze chronisch van aard zijn, bijvoorbeeld als er een gehandicapt kind is in het gezin. Ook kan het zijn dat de stresserende gebeurtenissen een gevolg zijn van de PTSS-symptomen. Zo bleek uit onderzoek dat de relatie tussen seksueel misbruik in de jeugd en het als volwassene opnieuw meemaken van een seksueel trauma werd gemedieerd door PTSS-symptomen van verhoogde arousal (Risser, Hetzel-Riggin, Thomsen, & McCanne, 2006), oftewel: het hebben van een PTSS verhoogt blijkbaar de kans op hernieuwde traumatisering, en een behandeling van de PTSS kan dan leiden tot het voorkomen hiervan (van den Berg et al., 2015). Bij de aanwezigheid van deze chronischere stressoren is het raadzaam de PTSS-behandeling niet uit te stellen. Een intensieve behandeling,

waarbij meerdere sessies gecompriemd worden in korte tijd, kan dan een goede oplossing zijn om het interfereren van chronische stressoren te minimaliseren.

CONCLUSIE

Soms verloopt de exposurebehandeling bij een PTSS niet naar wens. In dat geval is het raadzaam de volgende vragen te stellen:

- 1 Is er wel sprake van een PTSS? (Is er wel sprake van een trauma volgens de DSM-5-criteria? En: Zijn er herbelevingen? Of is er meer sprake van nare gedachten aan nare levensgebeurtenissen?)
- 2 Is de dosering goed? (Is er minstens één keer per week voldoende exposure gedaan gedurende tien weken? Is er veel herhaling geweest van hotspots in plaats van dat steeds het hele verhaaldradig verteld werd? Is er niet gewerkt met te kleine stapjes? Is er voldoende exposure in vivo gedaan?)
- 3 Zijn er in geval van dissociatie technieken toegepast om het angstniveau te beïnvloeden? (Experimenteer met lagere of hogere angstniveaus. Kan het zijn dat de dissociatie gelabeld kan worden als vermijdingsgedrag?)
- 4 Is de omgeving van de patiënt bij de behandeling betrokken? Wordt de behandeling niet ten onrechte uitgesteld?

Vaak geven een of meerdere van deze punten voldoende aanknopingspunten om de behandeling te verbeteren.

Dit artikel is een voorpublicatie uit Keijsers, van Minnen, Verbraak, Hoogduin en Emmelkamp (redactie), Protocolaire behandelingen voor volwassenen met psychische klachten, dat in juni 2017 bij Boom uitgevers Amsterdam zal verschijnen.

PROF. DR. AGNES VAN MINNEN, klinisch psycholoog/psychotherapeut en als hoogleraar verbonden aan de vakgroep klinische psychologie van de Radboud Universiteit, en werkzaam bij Overwaal, Centrum voor Angststoornissen, Pro Persona.

DR. RIANNE DE KLEINE en LOTTE HENDRIKS (beiden gz-psycholoog), zijn tevens werkzaam bij Overwaal, Centrum voor Angststoornissen, Pro Persona.

Referenties

- Balkom, A.L.J.M. van, Vliet, I.M. van, Emmelkamp, P.M.G., Bockting, C.L.H., Spijker, J., Hermens, M.L.M., & Meeuwissen, J.A.C. (2012). *Be-handeling: Posttraumatische stressstoornis (PTSS) versie 2009*. In A.L.J.M. van Balkom, I.M. van Vliet, P.M.G. Emmelkamp, C.L.H. Bockting, J. Spijker, M.L.M. Hermens, & J.A.C. Meeuwissen (Eds.), *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (2nd rev. ed.)*: Richtlijn voor de diagnostiek, behandeling en begeleiding van volwassen patiënten met een angststoornis. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Birrer, E., Michael, T., & Munsch, S. (2007). Intrusive images in PTSD and in traumatised and non-traumatised depressed patients: A cross-sectional clinical study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2053-2065.
- Chen, L. P., Murad, M. H., Paras, M. L., Colbenson, K. M., Sattler, A. L., Goranson, E. N., ... Zirakzadeh, A. (2010). Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: Systematic review and meta-analysis. *Mayo Clinic Proceedings*, 85, 618-629.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- de Vries, G. J., & Olff, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.
- Devilley, G. J., & Foa, E. B. (2001). The investigation of exposure and cognitive therapy: Comment on Tarrrier et al. (1999). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 114-116.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, S., Albert, I., ... Clark, D.M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 171, 294-304.
- Ehring, T., Szeimies, A. K., & Schaffrick, C. (2009). An experimental analogue study into the role of abstract thinking in trauma-related rumination. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 285-293.
- Foa, E. B., Keane, T.M., Friedman, M. J., & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Gallup, G. G., Boren, J. L., Suarez, S. D., Wallnau, L. B., & Gagliardi, G. J. (1980). Evidence for the integrity of central processing during tonic immobility. *Physiology & Behavior*, 25, 189-194.
- Haagen, J. F., Smid, G. E., Knipscheer, J. W., & Kleber, R. J. (2015). The efficacy of recommended treatments for veterans with PTSD: A meta-regression analysis. *Clinical Psychology Review*, 40, 184-194.
- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, C. A. L. (2010). The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 19-27.
- Hendriks, L., de Kleine, R. A., Hendriks, G. J., & van Minnen, A. (2016). Intensive cognitive-behavioural treatment of PTSD: An overview of massed outpatient treatment programmes. *Comprehensive Guide to Post-traumatic Stress Disorder*. doi: 10.1007/978-3-319-08613-2_123-1
- Hendriks, L., de Kleine, R., van Rees, M., Bult, C., & van Minnen, A. (2010). Feasibility of brief intensive exposure therapy for PTSD patients with childhood sexual abuse: A brief clinical report. *European Journal of Psychotraumatology*, 1, 5626.
- Holmes, E. A., Brown, R. J., Mansell, W., Fearon, R. P., Hunter, E. C., Frasquilho, F., & Oakley, D. A. (2005). Are there two qualitatively distinct forms of dissociation? A review and some clinical implications. *Clinical Psychology Review*, 25, 1-23.
- Huntjens, R. J., Peters, M. L., Woertman, L., Bovenschen, L. M., Martin, R. C., & Postma, A. (2006). Inter-identity amnesia in dissociative

- identity disorder: A simulated memory impairment? *Psychological Medicine*, 36, 857-863.
- Institute of Medicine. (2007). *Treatment of PTSD: An assessment of the evidence*. Washington, DC: National Academy of Sciences.
- Jerud, A. B., Zoellner, L. A., Pruitt, L. D., & Feeny, N. C. (2014). Changes in emotion regulation in adults with and without a history of childhood abuse following posttraumatic stress disorder treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 721-730.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London: National Institute for Clinical Excellence.
- Nijdam, M. J., Baas, M. A., Olff, M., & Gersons, B. P. (2013). Hotspots in trauma memories and their relationship to successful trauma-focused psychotherapy: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 38-44.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635-641.
- Raymaekers, L., Geraerts, E., & Merckelbach, H. (2008). Hervonden herinneringen: De stand van zaken. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 34, 242-259.
- Risser, H. J., Hetzel-Riggin, M. D., Thomsen, C. J., & McCanne, T. R. (2006). PTSD as a mediator of sexual revictimization: The role of re-experiencing, avoidance, and arousal symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 687-698.
- Tarrier, N., Sommerfield, C., Pilgrim, H., & Faragher, B. (2000). Factors associated with outcome of cognitive-behavioural treatment of chronic post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 191-202.
- Thrasher, S., Power, M., Morant, N., Marks, I., & Dalgleish, T. (2010). Social support moderates outcome in a randomized controlled trial of exposure therapy and (or) cognitive restructuring for chronic posttraumatic stress disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 187-190.
- van den Berg, D. P., de Bont, P. A., van der Vleugel, B. M., de Roos, C., de Jongh, A., van Minnen, A., & van der Gaag, M. (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for posttraumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72, 259-267.
- van Minnen, A. (2016). *Exposure is de beste stabilisatiebehandeling*. Keynote op het NTVVP-congres.
- van Minnen, A., van der Vleugel, B., van den Berg, D., de Bont, P., de Roos, C., van der Gaag, M., & de Jongh, A. (2016). Trauma-focused treatment is equally effective for psychotic patients with the dissociative subtype of PTSD as for those without this subtype. *British Journal of Psychiatry*. In press.
- van Minnen, A., Zoellner, L. A., Harned, M. S., & Mills, K. (2015). Changes in comorbid conditions after prolonged exposure for PTSD: A literature review. *Current Psychiatry Reports*, 17, 1-16.
- Watts, B. V., Schnurr, P. P., Mayo, L., Young-Xu, Y., Weeks, W. B., & Friedman, M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74, e541-50.
- Wolf, E. J., Lunney, C. A., & Schnurr, P. P. (2015). The Influence of the dissociative subtype of posttraumatic stress disorder on treatment efficacy in female veterans and active duty service members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 13, 95-100.