



[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)

# Langdurige imaginaire exposure als behandelmethode voor PTSS: effectiviteit en mislukkingen

Agnes van Minnen, Ingeborg Hopman, Muriel Hagens, Marc Verbraak en Gerda Methorst\*

---

## Samenvatting

*In dit artikel worden de eerste resultaten gepresenteerd van een onderzoek naar de effectiviteit van een gedragstherapeutische behandeling van patiënten met een posttraumatische stress-stoornis. De behandeling bestond uit langdurige imaginaire exposure bij patiënten met uiteenlopende achtergronden wat betreft hun traumatisch verleden. Aangetoond werd dat de exposure-behandeling zeer effectief is: de PTSS-symptomen, maar ook algemene (angst)klachten, namen significant af in relatief korte tijd. Van de vijftien behandelde patiënten profiteerden vier echter niet van de behandeling. Deze vier patiënten worden kort beschreven en in een nabespreking worden factoren die mogelijk hebben bijgedragen aan het mislukken besproken. Als conclusie wordt betoogd dat waarschijnlijk niet deze afzonderlijke factoren voorspellende waarde hebben voor het resultaat van de behandeling, maar dat ze gemiddeld worden door de activatie en vervolgens daling van de angst tijdens de exposure-sessies. Dat proces wordt voorlopig als bepalend beschouwd voor het welslagen van de behandeling.*

## Inleiding

Na het meemaken van een traumatische gebeurtenis kan een posttraumatische stress-stoornis (PTSS) ontstaan. Hierbij staan symptomen van herbeleving, vermijding en verhoogde prikkelbaarheid (zie ook DSM-IV, APA, 1994) op de voorgrond. In de loop der jaren zijn verscheidene psychologische behandelmethoden beschreven, waarin exposure een belangrijke factor is. Uit gevalstudies (zie voor een overzicht Foa & Rothbaum, 1989) bleek dat exposure, al dan niet in combinatie met ontspanning, effectief was. Ook uit gecontroleerde studies bleek dat langdurige exposure effectief was bij de behandeling van patiënten met een posttraumatische stress-stoornis, zoals oorlogsveteranen (Keane, Fairbank, Caddell & Zimering, 1989) of vrouwen na verkrachting (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991). Dancu en Foa (1992) beschreven een behandelprotocol, waarin langdurige imaginaire exposure het belangrijkste element is. Ondanks de grote effectiviteit van dit behandelprogramma (Foa et al., 1991),

---

\* DR. A. VAN MINNEN is als 'post-doc'-medewerker verbonden aan de Vakgroep Klinische Psychologie en Persoonlijkhedsleer van de Katholieke Universiteit Nijmegen.  
DRS. I. HOPMAN is waarnemend hoofd van de Angstpolikliniek van het Psychiatrisch Centrum Nijmegen.  
DRS. M. HAGENAARS is als psychotherapeut in opleiding werkzaam op het Ambulatorium Psychologie Nijmegen en HSK Nijmegen.  
DRS. M. VERBRAAK is hoofd van de Angstpolikliniek van het Psychiatrisch Centrum Nijmegen.  
DR. G. METHORST is partner van de maatschap Hoogduin Schaap en Kladler en hoofd van de vestiging HSK-Vlaardingen. Correspondentie: Dr. Agnes van Minnen, Vakgroep Klinische Psychologie, Katholieke Universiteit Nijmegen, Postbus 9104, 6500 HE Nijmegen. Telefoon: 024-3612154, fax: 024-3615594, e-mail: minnen@psych.kun.nl

verbetert een klein aantal patiënten niet. Interessant is te onderzoeken welke elementen een rol spelen bij het mislukken van een dergelijke, doorgaans blijkbaar zo succesvolle, behandeling. Mogelijk dat kennis hierover kan leiden tot aanpassingen in de behandeling, waardoor meer mensen ervan kunnen profiteren.

In dit artikel worden de resultaten gepresenteerd van wetenswaardigheden van vijftien PTSS-patiënten die met imaginaire exposure werden behandeld. Van deze vijftien patiënten herstelden er elf. Vier patiënten herstelden niet. Van deze patiënten wordt een beschrijving gegeven en in een nabespreking wordt nagegaan welke elementen mogelijk hebben bijgedragen aan de mislukking.

## Behandeling

De protocollaire behandeling bestaat uit tien sessies van elk anderhalf uur. In de eerste sessie staat het uitleggen van de gedachtegang achter de behandeling aan de patiënt centraal. De belangrijkste boodschap is dat angstige gevoelens, gedachten en situaties niet uit de weg gegaan moeten worden. Juist door blootstelling hieraan, exposure, kan de angst van de patiënt afnemen. In de praktijk zal de angst eerst toenemen, omdat door de exposure de angst geactiveerd wordt. Daarna neemt de angst af door gewenning. Deze redenering is voornamelijk geënt op de leertheoretische opvatting over habituatie: door herhaaldelijke en langdurige blootstelling aan de geconditioneerde stimuli (bijvoorbeeld gedachten aan een trauma) treedt gewenning op, waardoor de aangeleerde respons (in dit geval angst) uitdooft.

De overige negen sessies bestaan uit imaginaire exposure aan het trauma. De patiënt wordt gevraagd om over de traumatische gebeurtenis te vertellen alsof hij of zij de gebeurtenis opnieuw beleeft. Dit houdt onder andere in dat de patiënt in de tegenwoordige tijd moet praten, in de 'ik-vorm' en hierbij bij voorkeur de ogen sluit, dit om de concentratie te verhogen. De exposure duurt in totaal een uur en tijdens dat uur wordt regelmatig (elke tien minuten) naar de mate van angst die de patiënt op dat moment ervaart gevraagd, op een schaal van 1-100. De exposure die plaatsvindt tijdens de sessie wordt op een cassettebandje opgenomen en de patiënt moet deze band thuis vijfmaal per week afluisteren. Ook tijdens deze oefeningen thuis wordt door de patiënt de mate van angst bijgehouden. In de eerste exposure-sessies kan de patiënt op zijn of haar eigen manier de traumatische gebeurtenis vertellen van het begin tot het einde. De meeste patiënten zijn geneigd hun verhaal kort te vertellen en sommige stukken over te slaan. Vaak zijn dat de moeilijkste of angstigste momenten van de gebeurtenis. Naarmate de behandeling vordert wordt de patiënt steeds meer gestimuleerd om in toenemende mate in detail juist bij die momenten, de zogenaamde kernmomenten, stil te staan. Dit kan bijvoorbeeld door verder te vragen naar sensorische ervaringen (bijvoorbeeld door te laten beschrijven hoe het slachtoffer van het auto-ongeluk er uit ziet), door het gebruik van technieken als 'slow motion' of 'stilstaan van het beeld', waarbij de patiënt het beeld van de gebeurtenis als het ware even stil moet zetten, of langzaam af moet draaien, om er zo langdurig mee geconfronteerd te worden.

Tijdens het verloop van de sessies neemt doorgaans de mate van angst die geactiveerd wordt door de exposure af en zal steeds sneller gewenning aan de angst optreden. Voor een uitgebreide beschrijving van het protocol wordt verwezen naar Van Minnen en Arntz (1997).

## Het onderzoek

Elke patiënt met een DSM-IV-diagnose PTSS werd volgens bovenstaande richtlijnen behandeld gedurende tien sessies. Sommige patiënten hadden aan minder sessies genoeg, omdat de klachten al zodanig verminderd waren dat verdere behandeling niet nodig was. Als belangrijkste uitkomstmaat werd de *PTSS-klachtenschaal* gebruikt. Deze schaal is ontwikkeld door Foa, Riggs, Dancu en Rothbaum (1993) en is in het Nederlands vertaald door Arntz. De schaal bevat zeventien items, waarin symptomen van een PTSS volgens de DSM-IV worden nagegaan. De items worden gescoord op een vierpuntsschaal. De schaal bestaat uit drie subschalen: vermijding (zeven items), herbeleving (vijf items) en verhoogde prikkelbaarheid (vijf items).

Andere variabelen die van belang werden geacht als uitkomstmaat waren algemene angst, woede en algemene psychische en lichamelijke klachten. Algemene angst is gemeten met behulp van de *Zelf-Beoordelingsvragenlijst* (ZBV; Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1980). De ZBV bestaat uit twee afzonderlijke zelfrapportagelijsten waarmee een tweetal te onderscheiden angstconcepten kunnen worden gemeten: toestandsangst en angstdispositie. Beide lijsten bestaan uit twintig items, met vier antwoordmogelijkheden. De range van de scores is voor beide lijsten 20–80.

Boosheid en woede is gemeten met behulp van de *Zelf-Analyse-Vragenlijst* (ZAV; Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1982). De ZAV bestaat uit twee afzonderlijke zelfrapportagelijsten waarmee twee te onderscheiden woedeconcepten kunnen worden gemeten: toestandswoede en woededispositie. Beide lijsten bestaan uit tien items, met vier antwoordmogelijkheden. De range van de scores is voor beide lijsten 10–40.

Algemene psychische en lichamelijke klachten werden gemeten met de *Symptom Checklist* (SCL-90; Arrindell & Ettema, 1986), een zelfbeoordelingslijst bestaande uit 90 items. Met behulp van de totaalscore (range 90–450) is het mogelijk een globale taxatie van het functioneren van een patiënt te geven. De SCL-90 bestaat uit meerdere subschalen, waaronder een subschaal voor depressieve klachten (range 16–80).

Alle meetinstrumenten werden aan het begin van de behandeling, na afloop van de behandeling en bij follow-up (een maand na de laatste sessie) afgenomen.

Voor de beoordeling van het (directe) behandelingseffect werden de scores op de PTSS-klachtenschaal bij aanvang en direct na de behandeling per patiënt met elkaar vergeleken.

## Resultaten

### Beschrijving van de onderzoeksgroep

In tabel 1

**Tabel 1** Ruwe totaal- en subschaalscores<sup>1</sup>, aantal sessies, geslacht en leeftijd per patiënt.  
<sup>2</sup>

pt.	herbeleving			prikkelbaar			vermijding			totaal			N	geslacht	leeftijd
	M1 <sup>3</sup>	M2	M3	M1	M2	M3	M1	M2	M3	M1	M2	M3			
1	8	0	0	2	0	0	3	0	0	13	0	0	10	vrouw	50
2	2	0	0	6	4	5	4	0	1	12	4	6	10	man	50
3	11	0	2	9	1	3	12	1	4	32	2	9	5	vrouw	32
4	8	1	1	9	2	1	8	2	0	25	5	2	5	man	46
5	7	0	0	14	3	0	13	0	0	34	3	0	5	vrouw	23
6	9	0	0	12	0	1	12	0	0	33	0	1	10	vrouw	44
7	13	1	3	9	3	4	12	1	5	34	5	12	6	man	36
8	4	0	0	1	0	0	3	0	0	8	0	0	3	vrouw	22
9	10	1	4	6	5	4	8	4	14	24	10	22	8	man	26
10	6	0	0	14	2	5	5	2	4	25	4	9	4	man	30
11	7	0	0	6	1	0	10	1	0	23	2	0	10	man	33
12 <sup>4</sup>	13	9	12	12	9	11	18	16	16	43	34	39	10	vrouw	52
13	8	5	3	4	6	6	7	8	6	19	19	15	10	vrouw	34
14	1	1	3	7	7	6	14	8	12	22	16	21	10	vrouw	31
15	12	12	10	8	13	10	12	15	15	32	40	35	10	man	45

SD = standaarddeviatie, E = exposure, RP = responspreventie.

wordt per patiënt een aantal demografische kenmerken op een rij gezet.

De groep patiënten bestond uit zeven mannen en acht vrouwen in de leeftijd van 22 tot 50 jaar. De aard van de traumatische gebeurtenissen die ze hadden meegemaakt was zeer variabel, en bestond bijvoorbeeld uit het meemaken van een ernstig auto-ongeval, het getuige zijn van een dodelijke steekpartij, het slachtoffer zijn van incest of mishandeling.

### *Effectiviteit*

In tabel 1 staan per patiënt de resultaten van de PTSS-klachtenschaal en het aantal gevolgde sessies vermeld. De vier patiënten die niet verbeterden worden verderop besproken.

In tabel 2

**Tabel 2 Gemiddelden (standaarddeviaties) van de uitkomstmaten en effect sizes (N = 15).**

	<b>M1</b> <sup>5</sup>	<b>M2</b>	<b>M3</b>	<b>ES</b> <sup>6</sup>
	<b>gem. (SD)</b>	<b>gem. (SD)</b>	<b>gem. (SD)</b>	
<b>PTSS–klachtenschaal</b> <sup>7</sup>				
herbelevingen	7,9 (3,7)	2,0 (3,7) <sup>8</sup>	2,7 (3,7) <sup>9</sup>	2,3
prikkelbaar	7,8 (4,0)	3,7 (3,7) <sup>10</sup>	3,7 (3,6) <sup>11</sup>	1,1
vermijding	9,5 (4,4)	3,9 (5,4) <sup>12</sup>	5,2 (6,0) <sup>13</sup>	1,7
totaalscore	25,3 (9,6)	9,6 (12,5) <sup>14</sup>	11,4 (12,8) <sup>15</sup>	1,8
<b>ZBV</b> <sup>16</sup>				
toestand	51,1 (12,9)	40,5 (15,3) <sup>17</sup>	41,9 (17,9)	0,9
dispositie	49,0 (17,0)	40,6 (15,4)	42,0 (15,9)	0,7
<b>ZAV</b> <sup>18</sup>				
toestand	19,0 (11,0)	12,9 (4,9) <sup>19</sup>	13,2 (6,6)	0,8
dispositie	18,8 (6,5)	15,7 (4,1) <sup>20</sup>	15,4 (3,8) <sup>21</sup>	0,8
<b>SCL–90</b> <sup>22</sup>				
totaal	190,1 (86,0)	149,1 (68,0) <sup>23</sup>	147,4 (66,0) <sup>24</sup>	0,9
depressie	36,5 (16,1)	27,1 (12,7) <sup>25</sup>	28,5 (14,2)	0,9

SD = standaarddeviatie, E = exposure, RP = responspreventie.

staan de resultaten samengevat per meetinstrument voor de totale groep.

Er is in de totale groep direct na afloop van de behandeling een significante verbetering te zien op alle meetinstrumenten, behalve op de ZBV–dispositiemaat. Op de belangrijkste uitkomstmaat, de PTSS–klachtenschaal, zijn de verbeteringen zeer significant. Op de PTSS–klachtenschaal blijven de verbeteringen ook na een maand significant.

## **Mislukkingen**

Zoals uit tabel 1 valt af te leiden, zijn vier van de vijftien patiënten niet voldoende verbeterd om van een succesvolle behandeling te kunnen spreken. Deze patiënten worden hieronder kort beschreven. In de nabespreking wordt steeds nagegaan welke elementen verantwoordelijk zouden kunnen zijn voor het mislukken van de behandeling.

### **1 Mevrouw Larssen**

Mevrouw Larssen (52 jaar) zat vier jaar geleden met haar man een borrel te drinken in een café. Vlak naast haar werd een jongen neergestoken. Mevrouw Larssen verstijfde toen ze dat zag, en voelde zich niet in staat ook maar iets te doen. Sinds die tijd droomt ze vaak over deze gebeurtenis en vermijdt ze naar muziek te luisteren die hieraan doet denken. Daarnaast heeft ze sinds die gebeurtenis paniekaanvallen, is ze bang om uit huis te gaan, en heeft ze last van lichamelijke spanningsklachten zoals hoofdpijn, pijnlijke gewrichten en spieren. Door haar klachten belandde ze in de Ziektewet, en uiteindelijk is ze arbeidsongeschikt verklaard.

Door haar lichamelijke klachten voelt mevrouw Larssen zich vaak niet in staat naar de polikliniek te komen, waardoor de behandeling (tien sessies) in totaal twintig weken in beslag neemt. Ook het beluisteren van de bandjes thuis gebeurt niet altijd even

consequent, en wordt bepaald door de mate van de ervaren lichamelijke pijnklachten. Na twintig weken is slechts een geringe afname van klachten te zien. Opvallend is ook dat het spanningsniveau tijdens de exposure-sessies en thuis nauwelijks daalt, en in overleg wordt besloten de exposure-behandeling te staken.

*Nabespreking mevrouw Larssen:* Essentieel voor het slagen van de behandeling is dat de exposure herhaaldelijk en langdurig plaatsvindt, met een zekere mate van continuïteit. In het geval van mevrouw Larssen werd dit verhinderd door haar lichamelijke klachten, waardoor gewenning aan de angst niet kon optreden. In het algemeen kan gesteld worden dat het aan te raden is deze behandeling alleen uit te voeren als de exposure regelmatig en langdurig kan plaatsvinden. Indien, om welke reden dan ook, niet aan deze voorwaarde voldaan kan worden is het beter de exposure-behandeling niet uit te voeren, of uit te stellen totdat de voorwaarden bereikt zijn.

Een andere opmerking betreft de tijdsduur van de exposure. In de literatuur is daarover geen overeenstemming, en varieert zij van 60 tot 90 minuten. Sommigen denken echter dat een langere tijd (120–150 minuten) noodzakelijk is om habituatie te bereiken (Frueh, Turner & Beidel, 1995). In elk geval lijkt het belangrijk de exposure zo lang en zo vaak aan te bieden dat enige habituatie optreedt. Het moment van habituatie verschilt van patiënt tot patiënt, wat betekent dat de duur van de exposure individueel bepaald zou moeten worden. In het geval van mevrouw Larssen had een langere exposure-duur misschien wel geleid tot habituatie, en daarmee tot verbetering.

Omdat bij mevrouw Larssen toch enige vooruitgang werd geboekt na tien sessies, was het misschien de moeite waard geweest de behandeling voort te zetten. Hoewel de meeste patiënten binnen tien sessies aanzienlijk verbeteren, kunnen in sommige gevallen, met name bij patiënten die meerdere of langdurige trauma's hebben meegemaakt, meer sessies noodzakelijk zijn.

## 2 Mevrouw Emst

Mevrouw Emst is van haar elfde tot haar vijftiende jaar seksueel misbruikt door haar vader. Toen ze vijftientig was, kreeg ze nachtmerries over het gebeurde. Sindsdien vermijdt ze elk seksueel contact, uit angst voor herbelevingen. Bij aanmelding is ze 34 en sinds een jaar heeft ze, naast de herbelevingen, vaak last van huilbuien, voelt ze zich somber, en heeft ze de neiging om zich terug te trekken en sociale contacten uit de weg te gaan. Als diagnose wordt op as I zowel een PTSS als een dysthyme stoornis vastgesteld. Mevrouw Emst wil zelf het liefst van de depressieve symptomen afkomen. Verondersteld wordt echter dat de neerslachtigheid veroorzaakt wordt door de traumatische gebeurtenissen in het verleden. Om die reden wordt besloten mevrouw Emst eerst de exposure-behandeling te geven voor de PTSS-klachten. De verwachting was dat met de afname van de PTSS-klachten ook de dysthymie-klachten zouden afnemen. Na tien zittingen heeft mevrouw Emst iets minder last van de nachtmerries, maar alle overige klachten zijn onverminderd aanwezig. Mede op aandringen van mevrouw Emst zelf wordt de exposure-therapie gestaakt.

*Nabespreking mevrouw Emst:* Mevrouw Emst vertoont co-morbiditeit. Veel ervaren trauma-therapeuten geven aan dat de aanwezigheid van co-morbiditeit, met name depressie, psychotische stoornissen en verminderd cognitief functioneren, voor hen een reden is om geen exposure-behandelingen uit te voeren (Litz, Blake, Gerardi & Keane, 1990). Ook persoonlijkheidsstoornissen beïnvloeden volgens deze therapeuten

de therapie in negatieve zin. Co-morbiditeit als negatieve voorspeller van behandelresultaat is nog nooit goed onderzocht. Wel is gebleken dat bijwerkingen van exposure-therapie, zoals acute psychotische reacties en extreme paniek, meer voorkomen als naast de PTSS nog andere stoornissen voorkomen (Foy, Kagan, McDermott, Leskin, Sippelle & Paz, 1996). Dit wil niet zeggen dat exposure-therapie in deze gevallen was uitgesloten, want wanneer de bijkomende stoornissen eerst werden behandeld, kon in een later stadium alsnog exposure-therapie met succes worden uitgevoerd. Bij mevrouw Emst is de aanwezigheid van een dysthyme stoornis misschien debet geweest aan het mislukken van de therapie. Waarschijnlijk was het beter geweest eerst de depressieve klachten te behandelen alvorens met de exposure-therapie te beginnen. Een andere factor die een rol zou kunnen spelen bij het mislukken van de therapie is het feit dat er een reeks van traumatische gebeurtenissen heeft plaatsgevonden op jonge leeftijd. Factoren in de voorgeschiedenis van de patiënt, bijvoorbeeld het meegemaakt hebben van meerdere traumatische of stressvolle gebeurtenissen, kunnen mede het behandelverloop bepalen (Foa, Riggs, Massie & Yarczower, 1995). Mogelijk is een behandeling van tien zittingen bij meerdere traumatische ervaringen onvoldoende om een goed behandelresultaat te bereiken.

Tot slot nog iets over de motivatie en therapietrouw. Bij exposure-therapie is het van essentieel belang dat de patiënt goed gemotiveerd is, omdat het een belastende en intensieve therapievorm is. Ook therapietrouw, bijvoorbeeld de cassettebandjes regelmatig afluisteren, is van groot belang omdat alleen door veelvuldige blootstelling aan de traumatische gebeurtenis uitdoving of habituatie kan plaatsvinden. Mevrouw Emst gaf zelf aan de behandeling liever te richten op de depressieve klachten dan op het trauma. Wellicht was het beter geweest op de wensen van de patiënte in te gaan door eerst te proberen die klachten in positieve zin te beïnvloeden waar ze het meeste last van had. In het algemeen geldt dat bij incestslachtoffers eerst getracht wordt het huidige functioneren te verbeteren door bijvoorbeeld de klachten (in dit geval de depressieve symptomen) te doen afnemen voordat aan de verwerking van het verleden wordt begonnen.

### **3 Mevrouw Van Bergen**

Mevrouw Van Bergen was werkzaam in de thuiszorg toen een cliënt haar twee jaar geleden opsloot en mishandelde in zijn huis. In eerste instantie verstijfde ze als reactie op zijn daad, maar uiteindelijk vocht ze terug en wist ze te ontkomen. Daarna kreeg ze last van huilbuien en vermeed ze zo veel mogelijk contact met andere mensen. Ook de relatie met haar partner verbrak ze. Haar hoofd- en nekpijnen, waar ze voorheen al last van had, werden erger. Daarnaast voelde ze zich vaak gespannen en was ze schrikachtig en snel geïrriteerd. Ze meldde zich ziek op het werk, en is inmiddels, op 31-jarige leeftijd, afgekeurd.

Tijdens de exposure-zittingen is mevrouw Van Bergen een coöperatieve patiënt, maar zeer afstandelijk. Zo wil ze bijvoorbeeld de therapeut geen hand geven bij binnenkomst, en ze maakt moeilijk contact. Dit omdat ze naar eigen zeggen niemand meer vertrouwt. Bij het intensiveren van de imaginaire exposure, vanaf de vierde zitting, lukt het mevrouw Van Bergen niet om een helder beeld voor ogen te krijgen van de traumatische gebeurtenis, de mishandeling. Ze vertelt erover alsof ze van een afstand toekijkt, het niet zelf beleeft. Ze rapporteert, met name tijdens de exposure-oefeningen thuis, weinig angst en spanning. Bovendien lijkt het alsof ze zich delen van de traumatische



gebeurtenis niet goed kan herinneren. Na tien zittingen nemen de klachten niet noemenswaardig af, waarna besloten wordt om de behandeling te staken.

*Nabespreking Mevrouw Van Bergen:* Mevrouw Van Bergen lijkt verdoofd te zijn door de mishandeling, een verschijnsel dat regelmatig voorkomt na een ingrijpende gebeurtenis (Jaycox & Foa, 1996). Patiënten die verdoofd zijn door een traumatische gebeurtenis tonen doorgaans weinig emoties en voelen zich verwijderd van anderen en de gebeurtenis zelf. Sommige patiënten beschrijven het gevoel te kijken naar een film waarin ze zelf een rol spelen. Tijdens de exposure-therapie lukt het ze meestal wel om de gebeurtenissen te beschrijven, maar ze beleven het niet opnieuw op dat moment. Hierdoor ervaren ze dan ook vrijwel geen angst en spanning, waardoor ook geen uitdoving of habituatie kan plaatsvinden. In dit geval zou dat de mislukking van de therapie bij mevrouw Van Bergen kunnen verklaren. Wat mensen die verdoofd zijn onderscheidt van mensen die hun herinneringen vermijden, is dat de eerstgenoemden eenvoudigweg moeilijk toegang kunnen krijgen tot de herinneringen, ook al zouden ze het willen. Deze herinneringen kunnen soms geactiveerd worden door specifiek en continu te vragen naar emotionele en sensorische cues (bijvoorbeeld: wat ziet u, wat voelt u, wat hoort u, wat ruikt u enz).

Vaak, vooral na geweldsmisdrijven, geven mensen aan dat ze moeite hebben om mensen nog te vertrouwen. Ze voelen zich onveilig, omdat ze niet in staat bleken een gevaarlijke situatie te voorspellen. In dit geval kan dat gevoel van onveiligheid een rol hebben gespeeld bij het mislukken van de therapie. Misschien durfde mevrouw Van Bergen zich niet open te stellen in de therapie, uit angst de controle te verliezen. De therapeut is wellicht te snel begonnen met de exposure-oefeningen. Het opbouwen van een therapeutische band voorafgaand aan de exposure is echter heel belangrijk. Ook cognitieve therapie, gericht op basale assumpties omtrent bijvoorbeeld veiligheid ('als ik ergens alleen ben dreigt er gevaar'), vertrouwen ('in wezen is niemand te vertrouwen'), macht en controle ('als ik iemand te dicht bij laat komen, maakt die misbruik van mij'), kan soms noodzakelijk zijn voordat met exposure-therapie wordt begonnen.

#### **4 De heer Essink**

De vader van de heer Essink, met wie de band zeer goed was, is tien jaar geleden na een slopend ziekbed overleden. Aan die tijd, waarin hij vele bezoeken bracht aan zijn vader in het ziekenhuis, heeft de heer Essink nare herinneringen. Uit angst voor de nachtmerries die hij vaak heeft over deze ziekenhuisperiode durft hij 's nachts niet te slapen en slaapt hij alleen overdag een paar uurtjes. Ook heeft hij last van herbelevingen van het beeld van zijn vader zoals die met een kaal hoofd in een ziekenhuisbed lag. Verder heeft hij het gevoel continu op scherp te staan. Hij vermijdt steeds om over ziekte of dood te praten, zet de televisie af als ziekte en gezondheid de thema's zijn, en leest geen overlijdensadvertenties. Naast deze PTSS-symptomen is er ook sprake van paniekaanvallen, en durft hij uit angst voor een paniekaanval zijn huis niet te verlaten. Zijn klachten namen toe nadat twee jaar geleden ook zijn broer overleden was. Door zijn klachten is hij arbeidsongeschikt verklaard. De heer Essink (45 jaar) leeft bovendien zeer geïsoleerd, en hij heeft problemen met zijn vrouw en in de omgang met zijn twee kinderen. Tijdens de behandeling is de spanning die hij ervaart tijdens de exposure erg hoog. Na tien sessies is er een toename van klachten, waarna deze behandeling wordt gestopt.

*Nabespreking de heer Essink:* Bij de heer Essink is, net als bij mevrouw Emst, sprake van co-morbiditeit. In zijn geval was het waarschijnlijk beter geweest om eerst aandacht te besteden aan enkele randvoorwaarden om exposure-therapie uit te voeren, zoals de structuur van zijn dagelijks leven (bijvoorbeeld dag- en nachtritme) en beheersing van de paniekaanvallen. Wat betreft de diagnostiek is het echter de vraag of het hier een posttraumatische stress-stoornis betreft, of dat de rouw om het verlies van zijn vader (en later broer) niet voorop staat. In dat geval had de behandeling zich meer moeten richten op verliesverwerking in plaats van op herbeleving van de gebeurtenissen. Ook lijkt het waarschijnlijk dat de heer Essink voornamelijk bang is om zelf een ziekte te krijgen. Tijdens de imaginaire exposure is dat niet aan de orde gekomen, wat een reden kan zijn voor de mislukking.

## Beschouwing

Uit ons onderzoek blijkt imaginaire exposure wederom een effectieve techniek te zijn voor de behandeling van PTSS-klachten. De significante verbeteringen beperken zich niet alleen tot de PTSS-klachten, maar zijn ook aanzienlijk wat betreft andere klachten zoals depressie, angst en woede. Bij de patiënten die verbeterden valt op dat sommigen soms een spectaculaire verbetering lieten zien in relatief weinig sessies. Gezien de grootte van de 'effect sizes' (zie tabel 1) mag gesproken worden van een mooi behandel-effect. Als de (ongecorrigeerde) effect sizes worden vergeleken met de resultaten van Foa et al. (1991) blijkt dat deze in de huidige studie hoger zijn wat betreft de PTSS-klachten en vergelijkbaar wat betreft de algehele angst. Dit is een belangrijke bevinding, omdat daarmee niet alleen aannemelijk is gemaakt dat deze therapievorm effectief is na trauma's als oorlogservaringen en verkrachting, maar ook geschikt is voor de behandeling van klachten na diverse andere traumatische gebeurtenissen, zoals het meemaken van ernstige ongelukken en geweldsmisdrijven. Hoewel de bevindingen van een maand na afloop van de behandeling wijzen op blijvende veranderingen is de effectiviteit van de behandeling op langere termijn nog niet voldoende duidelijk.

Een maand na afloop van de behandeling was in sommige gevallen sprake van handhaving van de behandel-effecten, maar bij sommigen was ook een toename van de klachten te zien. Met name bij patiënt 9 is na afloop van de behandeling een forse toename te zien van klachten, wat de vraag oproept of hij ook niet als 'mislukking' beschouwd had moeten worden. Bespreking van deze patiënt zou onzes inziens echter meer vragen beantwoorden over mogelijke redenen voor terugval dan onze vraag over mislukking van de behandeling. Nader onderzoek zal de lange-termijnresultaten van deze behandelvorm moeten bewijzen, en zou zich kunnen richten op de vraag welke patiënten een grotere kans hebben op terugval.

De leertheoretische verklaring voor de werking van exposure maakt veranderingen in symptomen die met vermijding te maken hebben aannemelijk. Hoewel inderdaad een duidelijke afname van de vermijding wordt gezien, is het opvallend dat met name op de subschaal herbelevingen de grootste veranderingen worden aangetroffen. De vermindering en verandering van de herbelevingen is met de leertheorie minder goed te verklaren. Dit gegeven benadrukt dat de precieze werking van exposure bij PTSS-klachten nog onbekend is. Hoewel de habituatie-theorie aannemelijk lijkt, kan deze niet alle veranderingen voldoende verklaren, bijvoorbeeld de vermindering van

herbelevingen. Zeer waarschijnlijk zijn andere werkingsmechanismen, van meer cognitieve aard, eveneens van belang (zie ook Arntz, 1995) voor het verklaren van de effectiviteit van exposure. Toekomstig onderzoek zou zich op dat thema kunnen richten.

Vooraf bij een zeer effectieve behandelstrategie als exposure bij PTSS-klachten is het bijzonder interessant de mislukkingen te analyseren. Want als vele patiënten in korte tijd aanzienlijk beter worden, waarom verbetert een enkeling dan niet? In de nabesprekingen van de beschreven gevallen werden enkele mogelijke redenen genoemd voor het mislukken van de therapie. Door anderen worden andere, in dit artikel nog niet genoemde factoren, verondersteld een rol te spelen bij het mislukken van de behandeling. Zo noemen Kubany en Manke (1995) ernstige gevoelens van schuld, en Pitman et al. (1991) gevoelens van schaamte en woede. Ook alcoholmisbruik zou een slechte invloed op het behandelresultaat hebben (Perconte & Griger, 1991). Ook meer non-specifieke factoren, zoals de kwaliteit van de therapeutische relatie en verwachtingen omtrent de behandeling kunnen van belang zijn. Van veel van de genoemde factoren is de relatie met het behandelresultaat echter nog niet of nauwelijks onderzocht. Op grond van dit retrospectieve onderzoek kunnen uiteraard ook geen vergaande conclusies getrokken worden omtrent factoren die mislukking dan wel succes voorspellen. Prospectief onderzoek is daarvoor noodzakelijk.

Hoewel het een open deur lijkt, is het in de eerste plaats van belang dat de juiste diagnose wordt gesteld. In de praktijk blijkt dat niet altijd te gebeuren, en wordt soms te snel overgegaan op de diagnose PTSS wanneer een patiënt melding maakt van een traumatische gebeurtenis in zijn of haar levensgeschiedenis.

Voor een succesvolle therapie lijkt het, in elk geval als de leertheorie als uitgangspunt wordt genomen als verklaringsmodel, belangrijk dat de angst geactiveerd wordt en vervolgens uitdooft. In de beschreven gevallen zijn er redenen om aan te nemen dat ofwel de angst niet voldoende geactiveerd kon worden, bijvoorbeeld door verdoving of de aanwezigheid van andere klachten, of niet voldoende kon uitdoven, bijvoorbeeld door geringe therapietrouw of onvoldoende langdurige exposure. Als activatie en vervolgens uitdoving van de angst een noodzakelijke voorwaarde is voor het welslagen van de therapie, zou het echter zo kunnen zijn dat variabelen als 'mate van woede' of 'persoonlijkheid' afzonderlijk geen voorspellende waarde blijken te hebben. Mogelijk worden ze gemedieerd door een gezamenlijke factor, namelijk de mate van activatie en uitdoving van de angst tijdens de sessies. Zo bleek in een studie van Foa et al. (1995) dat woede op zich niet het behandelresultaat kon voorspellen, maar werd gemedieerd door het niveau van ervaren angst van de patiënt. Waar woede de beleving van angst in de weg stond, was het behandelresultaat minder goed. Op basis van deze gedachtegang, die overigens in onderzoek nog getoetst moet worden, is het voor de praktijk belangrijk om te zorgen dat zo goed mogelijk aan de voorwaarden voor het optimaal activeren van de angst wordt voldaan. Bijvoorbeeld met behulp van de specifieke technieken om de angst te verhogen, zoals 'doorvragen' en 'slow-motion', of door andere klachten, indien ze de activatie van angst in de weg staan, eerst te beïnvloeden of te doen afnemen. Indien de angst succesvol geactiveerd wordt behoort de habituatie van de patiënt centraal te staan en zo veel mogelijk bevorderd te worden. Dat kan betekenen dat exposure-sessies of zelfs de therapie als geheel langer moeten duren. Ook therapie-ontrouw of niet-uitvoeren van huiswerkopdrachten moeten uitgebreid worden besproken en niet worden toegestaan. Essentieel om de werking in de therapie te beoordelen zijn de angst-scores van de patiënt tijdens de sessies. Elke

sessie zou op die manier beoordeeld kunnen worden op het succesvol activeren en vervolgens habitueren van de angst, om de PTSS-klachten te doen afnemen. Wanneer tijdig kan worden ingegrepen in het geval van onvoldoende activatie van of habituatie aan de angst is mislukking van de behandeling wellicht te voorkomen.

---

### **Abstract**

*In this article preliminary results are presented of a study into the effectiveness of a behavioural treatment-program of PTSD-patients. Treatment consisted of prolonged imaginair exposure-sessions with patients who had varied traumatic histories. The exposure treatment showed to be highly effective: a significant reduction of PTSD-symptoms and global (anxiety) symptoms was found. However, four of the fifteen treated patients did not improve. Case-descriptions of these patients are given, and possible factors contributing to the failure of treatment are discussed. Finally, it was stated that it is likely that not those separate factors are correlated with treatment outcome, but that they are mediated by activation and subsequent deactivation of fear. For the time being, that process is held to be crucial for successful treatment.*

### **Noten**

- 1 PTSS-klachtenschaal PTSS-klachtenschaal = klachtenschaal posttraumatische stress-stoornis. De range van de totaalscore is 0-51. De schaal bestaat uit drie subschalen: herbeleving (range 0-15), verhoogde prikkelbaarheid (range 0-15) en vermijding (range 0-21). Hogere scores representeren meer symptomen.
- 2 De tabel is gesplitst in mislukking en succes van de behandeling. De patiënten 1 t/m 11 kunnen als succesvol worden beschouwd, de patiënten 12 t/m 15 profiteerden niet van de behandeling.
- 3 M1 = meting voorafgaand aan behandeling, M2 = meting na afloop van de behandeling, M3 = meting 1 maand na afloop behandeling.
- 4 Patiënt 12 = mevrouw Larssen, patiënt 13 = mevrouw Emst, patiënt 14 = mevrouw Van Bergen, patiënt 15 = de heer Essink.
- 5 M1 = meting voorafgaand aan behandeling, M2 = meting na afloop van de behandeling, M3 = meting 1 maand na afloop behandeling.
- 6 Effect size tussen M1 en M2, gecorrigeerd voor de correlatie tussen de metingen.
- 7 PTSS-klachtenschaal = klachtenschaal posttraumatische stress-stoornis. De range van de totaalscore is 0-51. De schaal bestaat uit drie subschalen: herbeleving (range 0-15), verhoogde prikkelbaarheid (range 0-15) en vermijding (range 0-21). Hogere scores representeren meer symptomen.
- 8 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,001$ .
- 9 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,001$ .
- 10 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,01$ .
- 11 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,01$ .
- 12 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,001$ .
- 13 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,01$ .
- 14 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,001$ .
- 15 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,001$ .
- 16 ZBV = Zelf-Beoordelingsvragenlijst (range 20-80, hogere scores representeren meer angst).
- 17 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,05$ .
- 18 ZAV = Zelf-Analyse-Vragenlijst (range 10-40, hogere scores representeren meer woede).
- 19 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,05$ .
- 20 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,05$ .
- 21 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,05$ .

- 22 SCL-90 = Symptom Checklist (range totaalscore 90–450, range depressiesubscalaal (16–80), hogere scores representeren meer symptomen).
- 23 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,05$ .
- 24 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,05$ .
- 25 significant ten opzichte van baseline,  $p < 0,05$ .

## Referenties

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders–IV* (vierde editie). Washington, DC: APA.
- Arntz, A. (1995). Exposure en de behandeling van posttraumatische stress–stoornis. In: C.A.L. Hoogduin, P. Schnabel, W. Vandereycken, K. van der Velden & F.C. Verhulst (red.), *Jaarboek voor psychiatrie en psychotherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Arrindell, W.A., & Ettema, H. (1986). *SCL –90: Handleiding bij een multidimensionele psychopathologie indicator*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Dancu, C.V., & Foa, E.B. (1992). Posttraumatic stress disorder. In: A. Freeman & F.M. Dattilio (red.), *Comprehensive casebook in cognitive behavior therapy*. New York: Plenum.
- Foa, E.B., & Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post–traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic stress*, 6, 459–473.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Massie, E.D., & Yarczower, M. (1995). The impact of fear activation and anger on the efficacy of exposure treatment for posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 26, 487–499.
- Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. (1989). Behavioural psychotherapy for post–traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 1, 219–226.
- Foa, E.B., Rothbaum, B.O., Riggs, D.S., & Murdock, T.B. (1991). Treatment of post–traumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive–behavioral procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715–723.
- Foy, D.W., Kagan, B., McDermott, C., Leskin, G., Sippelle, R.C., & Paz, G. (1996). Practical parameters in the use of flooding for treating chronic PTSD. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 169–175.
- Frueh, B.C., Turner, S.M., & Beidel, D.C. (1995). Exposure therapy for combat–related PTSD: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 15, 799–817.
- Jaycox, L.H., & Foa, E.B. (1996). Obstacles in implementing exposure therapy for PTSD: Case discussions and practical solutions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 176–184.
- Keane, T.M., Fairbank, J.A., Caddell, J.M., & Zimering, R.T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam Veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245–260.
- Kubany, E.S., & Manke, F.P. (1995). Cognitive therapy for trauma–related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 27–61.
- Litz, B.T., Blake, D.D., Gerardi, R.G., & Keane, T.M. (1990). Decision making guidelines for the use of direct therapeutic exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, 13, 91–93.
- Minnen, A. van, & Arntz, A. (1997). Protocollaire behandeling van patiënten met een posttraumatische stress–stoornis (PTSS): Imaginaire exposure. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante GGZ*. (pp. 183–210). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Perconte, S.T., & Griger, M.L. (1991). Comparison of successful, unsuccessful, and relapsed vietnam veterans treated for posttraumatic stress disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 558–562.
- Pitman, R.K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R.E., Macklin, M.L., Poiré, R.E., & Steketee, G. (1991). Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 17–20.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B., & Spielberger, C.D. (1980). *Handleiding bij de Zelf–Beoordelingsvragenlijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B., & Spielberger, C.D. (1982). *Handleiding bij de Zelf–Analyse–Vragenlijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger.