



[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)

# De behandeling van een cliënt met een spinfobie door een behandelaar die zelf bang was voor spinnen

Jorrien van der Burg\*

---

## Samenvatting

*Dit artikel beschrijft de behandeling voor een spinfobie met een eenmalige exposure-‘in-vivo’-sessie. Omdat de therapeut zelf bang was voor spinnen, organiseerde zij eerst voor zichzelf een exposuresessie. De behandeling van de cliënte wordt geëvalueerd met de Fear Questionnaire en de Beck Depression Inventory. De resultaten op deze vragenlijsten laten een duidelijke vermindering van angst en depressieve gevoelens zien na de exposure-in-vivo-sessie. Een therapeut die zelf angstig is geweest, kan een goede behandelaar zijn. Het zelf hebben moeten overwinnen van angst is misschien een van de effectieve factoren van de behandeling geweest. Een cognitieve verandering als gevolg van de exposure lijkt verantwoordelijk voor een blijvend effect.*

## Inleiding

Angst voor spinnen kan dermate hevig zijn dat hij uitgroeit tot een fobie. Een spinfobie is een specifieke fobie, ofwel een

‘duidelijke en aanhoudende angst die overdreven of onterecht is, uitgelokt door de aanwezigheid van of het anticiperen op een specifiek voorwerp of specifieke situatie’ (DSM-IV; APA, 1994).

Patiënten vermijden de fobische situatie of doorstaan deze met intense angst of lijden. De specifieke fobie kan in de DSM-IV gespecificeerd worden tot het diertype, een natuurtype, een bloed-injectie-verwondingtype, een situationeel type en een restcategorie (APA, 1994).

Exposure ‘in vivo’ wordt gezien als de meest effectieve behandeling voor een specifieke fobie (Emmelkamp, Bouman, & Scholing, 1995). Exposure is een gedragstherapeutische procedure waarbij de patiënt de confrontatie met de gevreesde stimulus aangaat totdat de angst voldoende is gedaald. Uit overtuigend onderzoek is gebleken dat een specifieke fobie kan worden behandeld met slechts één exposure-in-vivo-sessie (Öst, 1997). In hun beschrijving van het geprotocolleerd behandelen van een specifieke fobie met één sessie exposure in vivo, maken De Jong en Keijsers (1999) een opmerking over de mogelijkheid dat een therapeut zelf angst heeft voor de betreffende stimulus, wat mogelijk averechts werkt op de cliënt. Zij adviseren om in dergelijke gevallen eerst zelf de angst te overwinnen, of de cliënt aan een andere therapeut over te dragen. Maar ze zeggen er niet bij welke keuze zij prefereren.

---

\* DRS. J. VAN DER BURG is GZ-psycholoog bij de Symforagroep. Correspondentie: jobur@symfora.nl

Wat doe je dus in het geval dat je als therapeut bang bent voor de stimulus waar je cliënt een fobie voor heeft? Overwin je zelf de angst of draag je de cliënt over? Zou het overwinnen van de angst voldoende zijn om het averechtse effect te laten verdwijnen? Voor deze vragen zag de auteur van dit artikel zich gesteld toen zij een cliënte kreeg met een spinfobie. Dit artikel is het verhaal van een therapeut die zelf bang was voor spinnen, maar toch besloten heeft de cliënte te behandelen. In het nu volgende stuk schakelt de auteur over naar haar rol als therapeut en zal zij vanuit eigen perspectief de cliënte introduceren en vertellen hoe de behandeling verliep.

## Wanda, een meisje dat graag uit huis wilde

Wanda, twintig jaar oud, werd door de huisarts aangemeld wegens angst voor spinnen. Dat dit geen gewone angst was, werd onmiddellijk duidelijk op het moment dat zij mijn kamer betrad. Haar blik schoot meteen omhoog naar de hoeken van de kamer, waar spinnen zich inderdaad vaak bevinden. Vervolgens sprak zij over 'die dingen', het woord 'spin' sprak zij bij voorkeur niet uit. Bij het vertellen over haar klachten keek Wanda continu ongedurig om zich heen, wriemelde ze met haar vingers, wiebelde ze met haar benen en kon ze haar tranen niet bedwingen. Kortom, haar lijdensdruk was duidelijk zichtbaar. Op de *Beck Depression Inventory* (Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, & Erbaugh, 1961) scoorde Wanda met 28 punten in de *range* matig depressief.

Wanda vertelde dat haar extreme angst voor spinnen rond haar zeventiende was begonnen. Tot die tijd waren spinnen slechts 'niet leuke beestjes'. Wanda kon zich geen specifieke aanleiding herinneren. De reden om hulp te zoeken was het feit dat ze op zichzelf wilde gaan wonen. Nu kon haar vader de wc en de badkamer niet meer inspecteren en eventueel van spinnen ontdoen voordat ze naar binnen ging. Na een paar weken op zichzelf gewoond te hebben, voelde Wanda zich iets rustiger en minder bang voor spinnen in haar eigen woonkamer. Dit kwam, zei ze, doordat ze daar haar eigen plekje had.

Wanda vertelde verder dat zij haar moeder als enigszins overbeschermend heeft ervaren, wat voor haar een reden was om uit huis te gaan. Ze wilde op eigen benen leren staan. Tijdens de intake had Wanda weinig zin om uitgebreid bij persoonlijkheidskenmerken stil te staan die mogelijk verband hielden met haar klachten. Ze gaf aan dat ze het liefste gewoon vrolijk wilde zijn en niet al te veel wilde nadenken. Het niet willen nadenken typeerde de enigszins vermijdende manier waarop ze gewend was om met problemen om te gaan. Wanda's hulpvraag was: help mij om zo snel mogelijk van de spinnenangst af te komen.

## Overwegingen ten aanzien van de behandeling

De aanbevelingen in de literatuur om een spinfobie te behandelen met één exposuresessie sloot dus goed aan bij de hulpvraag van Wanda. Het was duidelijk dat het behandelplan moest bestaan uit deze exposurebehandeling. Maar het was de vraag wie de behandeling moest gaan doen – in elk geval iemand die zelf niet angstig was voor spinnen. Ik ging bij mezelf na wat ik voor spinnen voelde. Ik schreeuwde niet om hulp bij het zien van een spin, maar erop aflopen deed ik ook niet bepaald. Uiteindelijk realiseerde ik me dat ik confrontaties vermeed. Wanneer de afstand tussen mij en een

spin te klein werd, begon ook mijn bloed sneller te stromen en pakte ik meestal de stofzuiger om het beestje op te zuigen. Daarna moest ik al mijn cognitieve vermijdingstechnieken uit de kast halen, omdat ik ooit had gehoord dat spinnen uit de stofzuiger lopen.

Toen dacht ik aan mijn supervisor, een stevige man, die zou vast geen problemen hebben met spinnen. Als mogelijke oplossing had ik een constructie bedacht, waarin hij de spinnen zou pakken en ik het verdere therapeutische werk zou doen. Maar nadat ik met enige gêne mijn gebrek aan durf had opgebiecht, bleek ook hij niet dusdanig boven zijn spinangstige gevoelens te staan dat hij zo'n behandeling aandurfde. We bevonden ons duidelijk op het glijdende vlak van 'normale' angst naar fobische angst, zoals dat ook in de literatuur wordt genoemd (Emmelkamp et al., 1995). Daar zat ik met mijn behandelplan. Aangezien exposure in vivo echt de beste behandeling is, vond ik het ethisch onverantwoord om daar van af te zien. Er zat niets anders op. Ik moest zelf eerst van mijn laatste restje spinnenangst zien af te komen.

## **Benodigde voorbereiding: behandeling van de therapeut**

Toevallig had een vriendin me onlangs verteld hoe haar zusje, een biologe uit Limburg, haar met veel geduld had geleerd hoe ze grote torren kon oppakken zonder bang te zijn. Deze biologe heb ik bereid gevonden mij te helpen mijn 'aanraakangst' voor spinnen te overwinnen. Hierbij wilde ik exact dezelfde stappen doorlopen als mijn cliënte zou moeten gaan doen. Dat moest in een middag kunnen. Op een zaterdag, na een onrustige nacht en een moeizaam ontbijt, begaf ik mij dus op weg naar Limburg. Tot mijn ergernis moest ik constateren dat ik zenuwachtig was, en dat terwijl ik niet eens écht bang was voor spinnen. Dacht ik.

Ook voor mijzelf gebruikte ik het protocol van De Jong en Keijsers (1999). Dit protocol bevat de volgende stappen: voorbereidingen die de therapeut moet maken, uitleg van de rationale van de behandeling en vervolgens graduele exposure in vivo. Wat betreft de voorbereidingen moet ik zeggen dat ik erg blij was met de praktische uitleg van De Jong en Keijsers over waar je spinnen het beste kunt vinden (garages, schuren, donkere plekjes) en hoe je ze in een potje kunt bewaren op zo'n manier dat ze het overleven (jampotje met gaatjes in de deksel en een vochtig watje onderin). Zij raden voorts aan zo veel mogelijk verschillende spinnen te zoeken, in elk geval verschillend van grootte. En om een afwasteil te gebruiken, omdat spinnen daar niet snel uit kunnen lopen en je wel je hand erin kunt steken. Ik zou nog gaan merken wat een veiligheid die afwasteil te bieden had.

In dit stadium was de ingeschakelde biologe onmisbaar, want mijn cognitieve vermijding was kennelijk zo diepgeworteld dat ik geen enkele spin kon vinden, terwijl zij er massa's vond. Bovendien had ik geen idee hoe ik de spin het beste kon pakken zonder deze te verminken, en uiteraard durfde ik de spinnen niet zelf te pakken. Zelfs een spinnetje met een doorsnede van drie millimeter deed mijn hart op hol slaan op het moment dat ik me voornam het te pakken.

De rationale van de behandeling kon ik voor mijzelf uiteraard overslaan, alhoewel het ook voor mezelf zinvol was om het principe van exposure in vivo nog even goed in te

prenten: de angst zou alleen dalen als ik zou volhouden en doorging met blootstelling aan het gevreesde dier.

En dan de graduele exposure 'in vivo'. De hiërarchische opbouw die het protocol beschrijft, begint bij: 'Kijken naar kleine spin in potje met deksel erop' en eindigt met: 'Grote spin over je handen laten lopen'. Ik kon beginnen bij 'Kleine spin in afwasbak aanraken'. Dat was wat ik kon tolereren, zonder het gevoel te hebben dat mijn hart uit mijn lichaam klopte, hoewel ik wel voelde dat mijn hartslag versnelde en mijn handen vochtig werden. En dat terwijl het maar zo'n klein spinnetje was. Maar zoals het 'exposureprincipe' voorspelt, voelde ik de spanning zakken en al vrij snel maakten we de overstap naar een grote spin. Bij de aanblik van deze spin kon ik weer helemaal opnieuw beginnen, althans zo voelde het. Maar ik doorliep de stappen nu aanmerkelijk sneller en ik ervoer hoe ik kennelijk al geleerd had dat de spanning echt wel zou gaan dalen. Plotseling was dan het moment daar dat ik een grote spin over mijn hand liet lopen, zo ineens, als uit het niets. Ik denk dat het plotselinge van het gevoel werd veroorzaakt door het in korte tijd wegvallen van de spanning. De lading was eraf. Het was moeilijk voorstelbaar dat enkele minuten daarvoor diezelfde spin nog zoveel spanning ocriep. Geleidelijk begon door te dringen wat ik had bereikt en ik werd steeds vrolijker en trotser. Met groeiende tevredenheid liet ik de spin over mijn handen lopen. Op weg naar huis merkte ik pas echt hoe blij ik was. Ik had het gevoel dat ik de hele wereld aankon. Wat zou het geweldig zijn als mijn cliënte dit ook zou ervaren. Ik kon bijna niet wachten.

## Behandeling van cliënte

Anderhalve week later was het zover. Zoals het protocol voorschrijft, begon ik met een uitleg over de behandeling. Aan de hand van een grafiek legde ik aan Wanda uit hoe vermijdings- en vluchtreacties de fobische angst juist instandhouden. En dat we in deze behandeling precies het tegenovergestelde gingen doen: niet vermijden en niet vluchten – om vervolgens te zullen merken dat dan de spanning daalt. Op de *Fear Questionnaire* (Marks & Mathews, 1979) gaf Wanda aan dat zij zich het meest angstig voelde in wc's en badkamers. Op een schaal van 0 tot 8 gaf ze aan zich in een dergelijke situatie helemaal in paniek te voelen (8) en dat ze deze situatie altijd zou vermijden (8). Bij doorvragen naar de meest beangstigende, catastrofale cognities, bleek dat het ging om de angst dat de spin op haar lichaam zou lopen, en in haar broek of zelfs ergens in haar lichaam zou kunnen kruipen. Als doelen had Wanda ten eerste gesteld dat ze in een ruimte kan zijn zonder zich angstig te voelen voor spinnen, en ten tweede zou ze een spin kan vangen met een attriboot, zonder al te veel angst.

Na deze inventarisatie van catastrofale cognities en doelen konden we beginnen met de eerste stap van de exposure. Het irrealiteit van de angst kwam weer duidelijk naar voren toen Wanda haar eerste stap koos. Ze wilde in de hoek van de kamer staan terwijl ik een piepklein spinnetje in een pot met gesloten deksel op tafel zou zetten. Hierbij liep de spanning op een schaal van 0 tot 100 op tot 80. Maar gelukkig, zoals voorspeld, daalde ook bij haar de spanning en kon ze langzaam dichterbij komen. Het feit dat de spanning inderdaad zakte en de voorspelling uitkwam gaf nieuwe moed. En zo kwam er steeds een stapje bij: pot aanraken, pot optillen, spin aanraken met potlood en zo verder. Wanda moest elke keer weer tot haar verbazing constateren dat de spanning echt zakte.

Herhaaldelijk begon ze vooruit te lopen op volgende stappen, bijvoorbeeld door te zeggen dat ze de spinnen echt niet zelf wilde aanraken. Maar steeds moest ze vaststellen dat ze haar grens had verlegd doordat de spanning was gezakt. Na twee uur bevonden we ons, in elk geval in mijn beleving als therapeut, op een dieptepunt. Toen ik met mijn vingers op haar hand voordeed hoe het zou voelen als daar een spin zou lopen, steeg de spanning tot 95 en barstte Wanda in tranen uit. Ik realiseerde me dat ik nu echt ervoor moest zorgen dat we door zouden gaan, anders zou ze een traumatische ervaring erbij hebben, in plaats van een fobie minder. Met aanmoediging en helpen herinneren aan hoeveel angst ze al had overwonnen, lukte het om ook op dit moment de spanning te laten dalen, waardoor ze in staat was om de grote overstap te kunnen maken van een 'fictieve spin' naar een echte spin die over haar hand liep. En net zo plotseling als ik dat bij mijzelf had ervaren, liet Wanda ineens een spin over haar eigen hand lopen. Daarna gaf zij op de *Fear Questionnaire* (Marks & Mathews, 1979) op een schaal van 0 tot 8 een 1 voor de mate van angst die ze zich voorstelde bij de meest beangstigende situatie, en een 3 voor de mate van waarmee ze de situatie zou proberen te vermijden. Aan het einde van de middag stond Wanda lachend voor de camera met een grote spin die over haar handen liep en die ze 'haar huisspin' noemde. Met in haar handen twee plastic tasjes met jampotjes spinnen verliet ze het gebouw.

## Follow-up

Twee dagen na de exposuresessie zag ik Wanda weer, om nog een keer te oefenen met de spinnen en om de sessie te evalueren. Tot mijn teleurstelling maakte ze een gespannen indruk. Ze vertelde dat ze de avond na de exposure slecht had geslapen. Ze was steeds bang, omdat ze het gevoel had dat er overal spinnen liepen. Ze had aan haar vriendje gevraagd om de potten met spinnen weg te halen en de slaapkamer te inspecteren. In feite 'schoot' ze dus weer in de vermijding. Bij het benoemen van dit gedrag als vermijding, was Wanda weer in staat het mechanisme van angst te herkennen. Ik benadrukte de noodzaak om nu ook thuis de vermijding te doorbreken en de confrontaties met spinnen juist aan te gaan.

Wanda vertelde ook dat ze bij thuiskomst na de exposuresessie het gevoel had gehad dat ze had gedroomd. Hoewel zij aan het einde van de exposure zonder enige spanning een spin kon vasthouden, kon ze zich dat bij thuiskomst al niet meer voorstellen. In feite schrok ze bij thuiskomst van haar eigen moed en daadkracht en kon zij de snelle omschakeling niet maken van 'een patiënt met een spinfobie' naar 'iemand die niet bang is voor spinnen'.

De follow-upsessie leek het droomgehalte van de exposure gelukkig te verminderen. Door te praten over de exposure en over hoe ze zich na afloop had gevoeld, en door nogmaals de spinnen over haar hand te laten lopen, leek Wanda meer te beseffen dat ze echt zelf haar angst voor spinnen had overwonnen. Bij het praten hierover zag ik haar trots weer terugkomen en met opgeheven hoofd en vergezeld van spinnen verliet ze het pand.

Een week later had ik weer een afspraak met Wanda. Ze was mijn eerste cliënte op die dag. Nog suf stapte ik uit de auto en liep ik over de parkeerplaats, toen ik me bewust werd van iemand naast me, die al geruime tijd bezig was geweest mijn aandacht te trekken. Wanda liep opgetogen, grappen makend over mijn dufheid naast me, met in

haar hand een pot met een grote spin erin. Ze was aanmerkelijk vrolijker en spraakzamer dan ik haar tot nu toe gezien had. Deze sessie hebben we samen fragmenten van de behandeling bekeken op video. Dit leek een goede manier te zijn om het besef van haar overwinning van de spinnenangst te bestendigen. Wanda was nu meer in staat om over zichzelf te reflecteren. Ze zei dat ze nooit van zichzelf had gedacht dat ze dit zou kunnen. Haar idee over zichzelf was veranderd.

Zes weken later vond er nog een officiële follow-upsessie plaats. Het ging nog steeds goed met Wanda. Ze had twee weken vóór deze sessie voor het eerst thuis een spin gevangen die bij haar op het aanrecht zat. Daarna had ze ook op haar werk een spin gevangen. Toen ze dit had gedaan, vertelde ze, had ze het gevoel gekregen alsof ze de hele wereld aankon. Eindelijk, dacht ik, want dit is wat ik ervaren had op de terugweg van Limburg naar Amsterdam en dit was waar ik op gehoopt had.

Het gevoel de hele wereld aan te kunnen was ze sindsdien niet meer kwijtgeraakt en was voor haar de aanleiding geweest om ook haar ongewenste eetgewoonten aan te pakken. 'Ik kan de hele wereld aan, dus dat kan ik ook', had ze gedacht. In feite deed en voelde ze zelf wat een therapeut met een cognitieve therapie probeert te bewerkstelligen. Wat ik alleen nog heb geprobeerd, is om haar gedachten, gevoelens en gedrag onder woorden te brengen in algemene termen, met als doel ze te koppelen aan het sterke gevoel dat zich mogelijk dan over nog meer gebieden zou kunnen uitstrekken: 'Je hebt dus gemerkt hoe belangrijk het is wat je over jezelf denkt (ik kan de hele wereld aan) en wat voor effect dat heeft op je hele functioneren (je pakt problemen aan en voelt je vrolijk).' Met het invullen van een *Beck Depression Inventory* (nameting van depressieve symptomen) sloten we de behandeling af. Op deze vragenlijst scoorde ze nu met 15 punten in de range 'niet depressief'.

Tot slot sprak ik Wanda nog telefonisch ten tijde van het schrijven van dit artikel. Het was toen inmiddels een jaar geleden dat ze de behandeling had ondergaan en het ging nog steeds goed met haar.

## Nabeschouwing

Gebleken is dat exposure in vivo bij een specifieke fobie goed kan worden uitgevoerd door een therapeut die zelf bang is voor de betreffende stimulus, mits de therapeut zelf de angst overwint voordat de behandeling begint. Het juist hebben overwonnen van die angst zou wel eens een van de effectieve factoren in de behandeling kunnen zijn. De Jong en Keijsers (1999) waarschuwen voor een averechts effect wanneer een therapeut angstig is, maar in de behandeling van Wanda was het juist stimulerend dat de therapeut de cliënt wilde laten ervaren wat zijzelf had ervaren. Het moeten overwinnen van een gelijksoortige angst kan de gevoelens van empathie en herkenning vergroten, waardoor de therapeut nog beter de behandeling kan afstemmen op de gevoelens van de cliënt.

De vraag is of dit voor elke angst of fobie geldt, en of er grenzen zijn aan de mate waarin de therapeut zelf bang kan zijn (is geweest). Zou het bijvoorbeeld ook opgaan voor een therapeut die een bombardement heeft meegemaakt en als gevolg daarvan een posttraumatische stress-stoornis heeft ontwikkeld? Zouden dergelijke ervaringen ook een stimulerend effect op de behandeling hebben? Waarschijnlijk zorgt de herkenning

De behandeling van een cliënt met een spinfobie door een behandelaar die zelf bang was voor spinnen

van de angst en het delen van gevoelens bij het overwinnen van de specifieke fobie voor een goede therapeutische relatie. Zoals gezegd is een voorwaarde dat de therapeut voldoende boven de eigen angst staat. Bij de posttraumatische stress-stoornis spelen behalve angst, waarschijnlijk meer emotionele componenten een rol dan bij een enkelvoudige specifieke fobie. Door de diepere verstrengeling van de angst in iemands leven is het 'boven de angst staan' dan misschien moeilijker te bereiken.

Naast de positieve invloed van de ervaringen van de therapeut op de behandeling, is het interessant te kijken naar welke factoren verantwoordelijk zijn geweest voor het blijvende effect bij Wanda. Zij moest na de exposure het idee over zichzelf bijstellen. Ze kon veel meer aan dan ze gedacht had en uiteindelijk kreeg ze, net als de therapeut, het gevoel 'de hele wereld aan te kunnen'. In feite de overtreffende trap van 'iets aankunnen'. Deze cognitieve verandering die de exposure heeft bewerkstelligd, lijkt vooral verantwoordelijk te zijn voor het effect op langere termijn. Dit komt overeen met de bevindingen van Van Hout (2003). Zij heeft onderzocht welke processen verantwoordelijk zijn voor de effectiviteit van exposure. Een van de belangrijkste bevindingen uit haar onderzoek is dat cognitieve veranderingen plaatsvinden tijdens een exposure-in-vivo-behandeling. Habituatie van fysiologische *arousal* en habituatie van subjectieve angst tijdens exposure in angstwekkende situaties zijn mogelijk noodzakelijke voorwaarden voor een positieve behandeluitkomst, maar deze processen alleen lijken onvoldoende voorwaarde. De resultaten uit het proefschrift van Van Hout (2003) suggereren dat de exposurebehandeling voortgezet moet worden, niet alleen totdat de fysiologische en subjectieve angst is afgenomen, maar ook totdat geen negatieve gedachten meer voorkomen. Dit laatste is in deze gevalsbeschrijving bij therapeut en cliënt gebeurd.

Samengevat is de exposure-in-vivo-sessie een geweldige ervaring voor beiden geweest. Ze hebben gevoeld dat de spanning vroeg of laat zakt en dat zij in staat zijn om meer spanning te verdragen dan zij zelf dachten. Een therapeut die zelf angstig is geweest, kan juist goed de cognitieve veranderingen initiëren en stimuleren.

---

### **Abstract**

*This article describes the treatment of a client with a spider phobia with one session in vivo exposure. The therapist was afraid of spiders herself. She organised an exposure session for herself before treating the client. The treatment of the client is evaluated with the Fear Questionnaire and the Beck Depression Inventory. The results on these questionnaires show a significant reduction of fear and depressive feelings after the exposure in vivo session. A therapist who has been anxious herself can be a good therapist. Having to overcome one's own anxiety could have been one of the effective factors of the treatment. Cognitive change, induced by the exposure, seems to be responsible for an enduring effect.*

### **Referenties**

- APA, American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, S., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.



- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T., & Scholing, A. (1995). *Angst fobieën en dwang (tweede druk)*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hout, W.J.P.J. van (2003). Cognitieve veranderingen tijdens exposure in vivo. Een promotieonderzoek naar procesvariabelen. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 1, 5-23.
- Jong, P.J. de, & Keijsers, G.P.J. (1999). Protocollaire behandeling van patiënten met een specifieke fobie: Eén sessie exposure-in-vivo. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen & C.A.L. Hoogduin (red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg* (pp. 69-99). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (red.) (1999). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Marks, I., & Mathews, M.A. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Öst, L.G. (1997). Rapid treatments for specific phobias. In G.C.L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 227-246). Londen: Wiley.