



[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)

# Misverstand: omdat exposure leidt tot een toename in herbelevingen, is voor ernstig getraumatiseerde PTSS-patiënten een toedekkende therapie geïndiceerd

Agnes van Minnen\*

In de rubriek 'misverstanden en mythes' signaleert Dth hardnekkige ideeën binnen ons vakgebied waarvan vaststaat dat ze niet kloppen. Wij nodigen onze lezers uit om door hen geconstateerde misverstanden in een korte bijdrage (ongeveer 600 woorden) vast te leggen en per e-mail in te sturen: [j.swart@bsl.nl](mailto:j.swart@bsl.nl). Zie ook *Aanwijzingen voor auteurs* op de achterflap.

## Het misverstand

Ondanks dat is aangetoond dat exposure aan traumatische herinneringen een effectieve behandeling is voor patiënten met een posttraumatische stressstoornis (PTSS), wordt deze behandeling door veel therapeuten niet uitgevoerd, uitgesteld of slechts een beetje uitgevoerd. In een onderzoek onder therapeuten in de VS bleek een minderheid (20%) exposurebehandeling bij PTSS-patiënten toe te passen (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004). Een van de belangrijkste redenen om geen exposure toe te passen was de angst dat patiënten zouden 'decompenseren'. De patiënt zou door de confrontatie met het trauma overspoeld raken door intrusies, en er daardoor uiteindelijk slechter aan toe geraken. Een 'traumatoedekkende therapie' zou dan beter zijn.

## Het onderzoek

Uit een onderzoek blijkt dat de meeste PTSS-patiënten vanaf de eerste exposuresessie een lineaire afname laten zien van het aantal intrusies (Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002). Slechts bij ongeveer 12,5% van de patiënten neemt het aantal symptomen als reactie op de exposure in eerste instantie toe (met gemiddeld 17%) om vervolgens te dalen. In vergelijking met de groep patiënten die geen stijging in intrusies laat zien, blijkt het uiteindelijke behandelresultaat en het aantal drop-outs niet te verschillen. In een ander onderzoek is het behandelverloop vergeleken tussen patiënten met exposure versus een cognitieve therapie (Nishith, Resick, & Griffin, 2002). Tijdens beide behandelingen blijken de symptomen, met name de intrusies, aanvankelijk iets toe te nemen (ongeveer 20%) alvorens te dalen. In een onderzoek van Hackman, Ehlers, Speckens en Clark (2004) is gevonden dat niet alleen de frequentie van herbelevingen gradueel afneemt tijdens de behandeling, maar ook de kenmerkende eigenschappen van herbelevingen, te weten levendigheid, de ervaren spanning tijdens de herbeleving en de ervaring dat de herbeleving een 'hier en nu' beleving is.

\* DR. A. VAN MINNEN is als psychotherapeut en GZ-psycholoog werkzaam bij de angstpoli-kliniek van de GGZ Nijmegen en is redactrice van *Dth*.

Tevens blijkt uit diverse gecontroleerde studies dat geen enkele patiënt na een exposurebehandeling erop achteruitgaat (zie bijvoorbeeld Foa et al., 2002; Taylor et al., 2003). Tot slot werd in een uitgebreid predictieonderzoek vastgesteld dat exposure in dezelfde mate effectief is voor de zogenaamd ernstig getraumatiseerde PTSS-patiënten, namelijk patiënten die als kind seksueel zijn misbruikt, patiënten die meerdere malen getraumatiseerd zijn, en patiënten met een comorbide (persoonlijkheids-)stoornis (Van Minnen, Arntz, & Keijsers, 2002).

## Conclusie

Bij de meerderheid van de patiënten treedt een onmiddellijke afname van de herbelevingen op na de start van de exposuretherapie. Bij diegenen die een stijging in herbelevingen laten zien, is die stijging mild (een toename van hooguit 20%), en heeft deze stijging geen prognostische waarde voor het behandelresultaat. Patiënten die een stijging in intrusies laten zien verbeteren net zo sterk als patiënten bij wie geen stijging in symptomen is te zien. Ook stoppen zij niet vaker met de behandeling.

De angst voor toename van herbelevingen bij exposure bij PTSS-patiënten is dus geen reden om het trauma 'toe te dekken'. Met uiteraard inachtneming van de gebruikelijke exclusiecriteria, te weten psychotische symptomen en suïcidaliteit, is exposure niet alleen een effectieve maar ook een veilige behandelmethode, ook voor ernstig getraumatiseerde PTSS-patiënten.

Voor de klinische praktijk is het van belang patiënten te wijzen op de mogelijkheid dat de symptomen als reactie op de behandeling aanvankelijk iets kunnen toenemen en dit te introduceren als een normaal verschijnsel dat voorafgaat aan een daling van de symptomen.

## Referenties

- Becker, C.B., Zayfert, C., & Anderson, E. (2004). A survey of psychologists' attitudes towards and utilization of exposure therapy for PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 277-292.
- Foa, E.B., Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Hembree, E.A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1022-1028.
- Hackman, A., Ehlers, A., Speckens, A., & Clark, D.M. (2004). Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes with treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 231-240.
- Minnen, A. van, Arntz, A., & Keijsers, G.P.J. (2002). Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 439-457.
- Nishith, P., Resick, P.A., & Griffin, M.G. (2002). Pattern of change in prolonged exposure and cognitive-processing therapy for female rape victims with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 880-886.
- Taylor, S., Thordarson, D.S., Maxfield, L., Fedoroff, I.C., Lovell, K., & Ogradniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.