

Wie durft ?

Tien misverstanden over exposure bij de behandeling van PTSS- en andere angstpatiënten.

Ger Schurink, 1 maart 2009

Exposure wordt ten onrechte veel te weinig toegepast bij patiënten met angststoornissen en andere klachten. Te veel patiënten krijgen, geheel ten onrechte, geen effectieve behandeling met exposure aangeboden.

Er zijn over exposure tien misverstanden volgens Agnes van Minnen, klin. psycholoog en hoogleraar 'Angstregulatie en behandelingen van angststoornissen.

In het decembernummer van Gedragstherapie (2008) verscheen in zeer boeiend artikel van haar, een bewerkte versie van haar oratie van 8 juni 2008. Zie voor de tekst van haar oratie: [Oratie Agnes van Minnen](#)

Het artikel van van Minnen in Gedragstherapie heb ik kort samengevat. Maar eerst even over exposure, een techniek die bij veel behandelaars zonder kennis van gedragstherapie te weinig bekend is. Exposure is een confrontatie met of blootstelling aan iets dat men om emotionele redenen vermijdt. Exposure is de best onderzochte en meest effectieve behandelmethode bij angstklachten. Ook bij andere emotionele problemen zoals onverwerkte rouw is exposure een effectieve methode.

De gebruikelijke rationale voor exposure is: als je de confrontatie met de problematische (meestal angstwekkende) situatie volhoudt dan zul je merken dat je emotionele reactie afneemt en/of dat je (meestal angstige) voorspelling niet uitkomt. Met andere woorden, zet door, je went er aan en/of je komt er achter dat wat je denkt niet klopt.

Bij mindful exposure is de rationale in de lijn van de instructies en de attitude bij alle andere mindfulness-oefeningen: als je opmerkzaam bent op wat je ervaart en toelaat wat je ervaart dan verliest je automatische afwijzende reactie bij dit probleem aan kracht en ontstaat er (door 'niets' te doen) ruimte voor een andere manier van reageren. Bij mindfulness wordt de aandacht specifiek gericht op de lichamelijke gewaarwordingen bij de pijnlijke gevoelens.

Misverstand 1. Er zijn betere alternatieven voor exposurebehandeling

Correctie: Alternatieve behandelingen zijn minder effectief. Cognitieve therapie en EMDR zijn even effectief als exposure.

Misverstand 2. Het geven van exposurebehandeling is moeilijk en vergt een grondige training

Correctie: een training van een halve dag gevolgd door enkele supervisiebijeenkomsten is voldoende om ook onervaren therapeuten succesvol exposure te laten toepassen.

Misverstand 3. Door een exposurebehandeling zullen de ptss-klachten verergeren.

Correctie: De kans over verslechtering is zeer klein.

Misverstand 4. Een exposurebehandeling is niet geschikt voor ptss-patiënten die als kind herhaaldelijk zijn misbruikt

Correctie: Deze patiënten profiteren evenveel van exposure als andere patiënten.

Misverstand 5. Door een exposurebehandeling zullen comorbide klachten verergeren

Correctie: De comorbide klachten nemen juist af na exposure.

Misverstand 6. Bij stressvolle omstandigheden kan de exposurebehandeling beter uitgesteld worden

Correctie: Wachten of steunende gesprekken zorgen juist voor verslechtering.

Misverstand 7. Een exposurebehandeling is te belastend

Correctie: Een exposure-behandeling is zeker belastend maar minder dan therapeuten denken.

Misverstand 8. Patiënten willen geen exposurebehandeling

Correctie: Als cliënten na een goede uitleg over verschillende behandelingen mogen kiezen dan zit exposure bij de top 3 van meest gewenste behandelingen. Na een exposure behandeling geeft 90 procent van de patiënten aan deze aan een familielid of goede vriend aan te raden.

Misverstand 9. Exposure kan leiden tot secundaire traumatisering bij therapeuten

Correctie: Er zijn geen aanwijzingen voor secundaire traumatisering bij therapeuten. Wel geven therapeuten aan niet teveel PTSS-patiënten op een dag te plannen of teveel patiënten met dezelfde problematiek te behandelen.

Misverstand 10. Patiënten zijn angstig en therapeuten zijn dapper

Correctie: Therapeuten gaan exposure het liefst uit de weg. Ze willen wel exposure-opdrachten voorschrijven maar die moeten patiënten dan buiten het zicht van de therapeut uitvoeren.

Want helaas is het zo dat niet alleen ptss-patiënten een effectieve exposurebehandeling wordt ontzegd. Ook patiënten met andere angststoornissen krijgen niet altijd de effectiefste behandeling. Uit een onderzoek onder cognitieve gedragstherapeuten bleek bijvoorbeeld dat 26 procent nooit exposure gebruikte bij de behandeling van een obsessief compulsieve stoornis, dat 76 procent nooit interoceptieve exposure gebruikte bij de behandeling van een paniekstoornis en 53 procent geen in vivo exposure gebruikte bij de behandeling van een sociale fobie. Ook bleek, in overeenstemming met de opvatting dat therapeuten niet zo dapper zijn, dat exposure waar de therapeut bij is veel minder uitgevoerd wordt dan exposure door de patiënt zelf.

Kortom: exposure wordt structureel te weinig uitgevoerd. Te veel patiënten met een angststoornis krijgen dus, geheel ten onrechte, geen effectieve behandeling aangeboden.