

Exposure als aanvulling op EMDR: de nieuwste inzichten

Tekst: **Ronald Roskam**

Michelle Craske publiceerde samen met haar team in 2014 een artikel over de optimalisering van *exposure*-behandelingen. Dit artikel vat jarenlang *state of the art* onderzoek samen, wat belangrijke implicaties heeft voor de procedurele toepassing van *exposure* in de klinische praktijk. De implementatie van de nieuwe inzichten verloopt daar echter moeizaam, omdat de stof complex is en de protocollen tot voor kort verouderd waren. Tijd voor een overzicht van de nieuwe inzichten in *exposure* en de praktische toepassing hiervan voor de EMDR-therapeut.

De 25-jarige Paula woonde ongeveer vijf jaar samen met haar vriend Pedro in Spanje. Tijdens deze relatie vonden er diverse traumatische gebeurtenissen plaats. Zo sloeg Pedro gesprekspartners van Paula in elkaar, moest zij toekijken toen hij de keel van haar hond doorsneed en greep Pedro haar een keer bij haar arm toen hij in de auto zat en zij ernaast stond. Hij gaf gas waardoor ze achter de auto aan werd gesleept. Hij bedreigde haar bovendien een keer met een wapen. Haar ouders grepen gelukkig in en de relatie is verbroken. Ze is nu hyperalert, angstig en ze verwacht Pedro op elke hoek van de straat tegen te komen, en vreest dat hij haar dan vermoordt. Paula verblijft bij haar ouders en heeft zich opgesloten in de slaapkamer. Ze komt alleen onder begeleiding van haar moeder naar buiten. Ze heeft nachtmerries en herbelevingen en ze reageert angstig in contact met mannen. Ze voldoet aan alle kenmerken van PTSS.

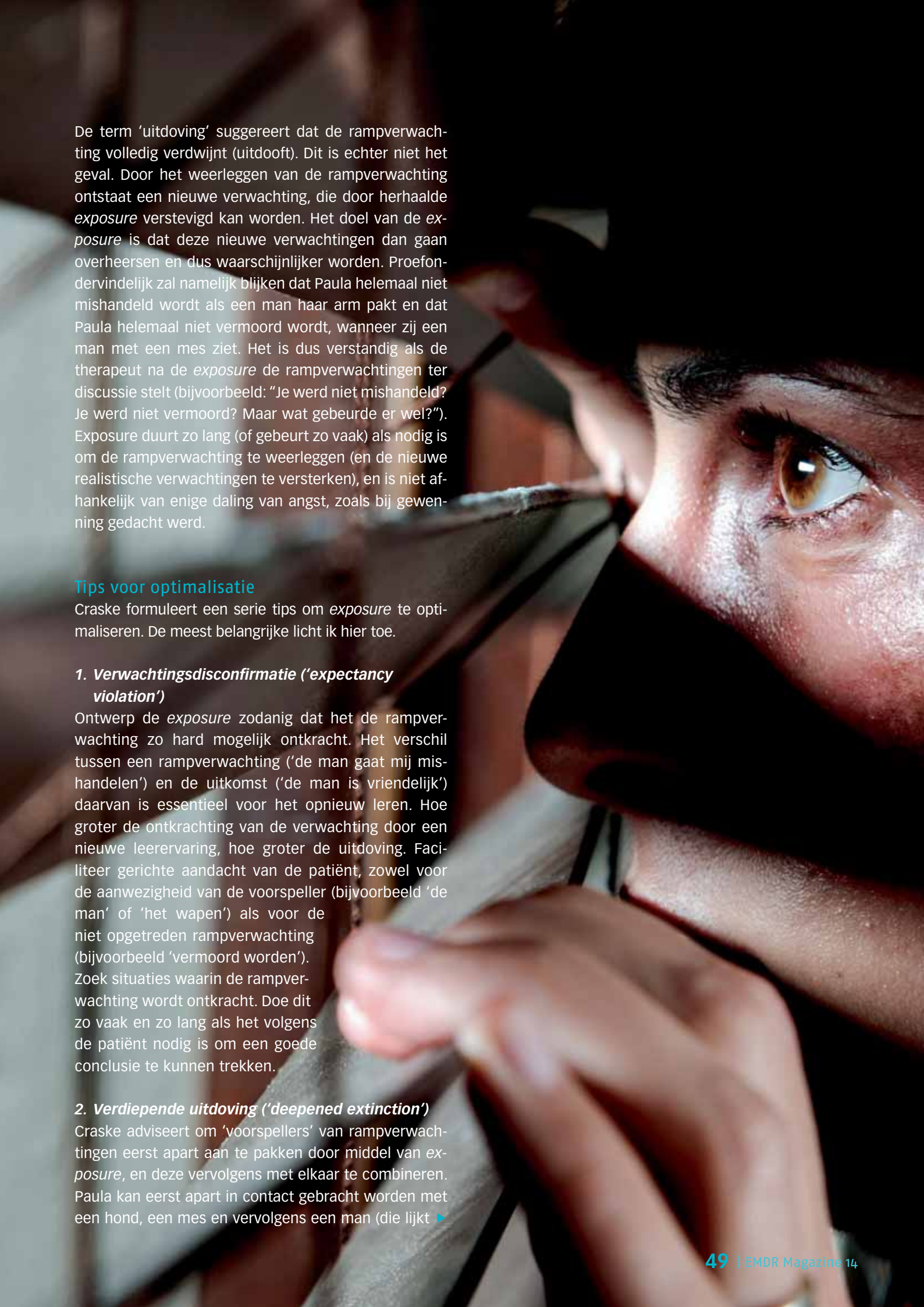
Aangrijpingspunt

Deze casus biedt diverse aangrijpingspunten voor EMDR. Er bestaat namelijk een kans dat Paula, na het opruimen van de herinneringen, geen nieuwe corrigerende ervaringen opdoet. Dit gebeurt wel binnen de EMDR-therapie ten aanzien van alle narigheid, maar niet buiten de deur in het echte leven. Zelfs al zou Paula op pad gaan om corrigerende ervaringen op te doen, dan is het niet ondenkbaar dat de verwachtingen omtrent de het gevaar dat ze vreest, blijven bestaan. Kennis van *exposure* kan hierin extra handvatten bieden.

Gewenning versus uitdoving

Binnen een *exposure*-behandeling lag de focus vroeger op langdurige blootstelling aan een geconditioneerde stimulus (bijvoorbeeld een mes), hierna 'voorspeller' genoemd, tot de respons (angst) verdwijnt. Dit noemden we *gewenning (habituatie)*. We stellen Paula dan bloot aan een mes en wachten net zo lang totdat de angst vanzelf zakt. Een wapen is echter daadwerkelijk beangstigend als Paula verwacht vermoord te worden. Deze angst is logisch en passend bij een dergelijke verwachting. Recente inzichten laten dan ook zien dat *exposure* niet gaat over *gewenning*, maar over *uitdoving (extinctie)*. *Exposure* is het blootstellen van de patiënt aan een voorspeller (bijvoorbeeld mannen) om de daarbij behorende buitenproportionele rampverwachting (*harm expectancy*), bijvoorbeeld om vermoord worden, te ontcrachten. De ontcrachting van de rampverwachting leidt tot uitdoving van de angst.

De focus van een dergelijke behandeling ligt hierbij dus niet op de respons (angst), maar op de verwachting. Je vraagt bijvoorbeeld: "Wat is het ergste dat er kan gebeuren (verwachting) als je met een man (voorspeller) geconfronteerd wordt?" Of: "Wat is de moeder aller rampen (verwachting) als je wordt gevraagd om te spreken over je traumatische ervaring (voorspeller)?" Het doel van *exposure* is het onderdrukken (*inhiberen*) van de associatie voorspeller-rampverwachting door deze in de realiteit te toetsen.

A close-up, high-angle photograph of a person's face, focusing on their eyes and nose. The person has light brown eyes and is looking towards the left of the frame. The lighting is dramatic, with strong highlights on the nose and cheekbones, and deep shadows elsewhere. The background is blurred, showing what appears to be a hand holding a thin, light-colored object, possibly a piece of wood or a tool, near the person's face.

De term 'uitdoving' suggereert dat de rampverwachting volledig verdwijnt (uitdooft). Dit is echter niet het geval. Door het weerleggen van de rampverwachting ontstaat een nieuwe verwachting, die door herhaalde *exposure* versterkt kan worden. Het doel van de *exposure* is dat deze nieuwe verwachtingen dan gaan overheersen en dus waarschijnlijker worden. Proefondervindelijk zal namelijk blijken dat Paula helemaal niet mishandeld wordt als een man haar arm pakt en dat Paula helemaal niet vermoord wordt, wanneer zij een man met een mes ziet. Het is dus verstandig als de therapeut na de *exposure* de rampverwachtingen ter discussie stelt (bijvoorbeeld: "Je werd niet mishandeld? Je werd niet vermoord? Maar wat gebeurde er wel?"). Exposure duurt zo lang (of gebeurt zo vaak) als nodig is om de rampverwachting te weerleggen (en de nieuwe realistische verwachtingen te versterken), en is niet afhankelijk van enige daling van angst, zoals bij gewenning gedacht werd.

Tips voor optimalisatie

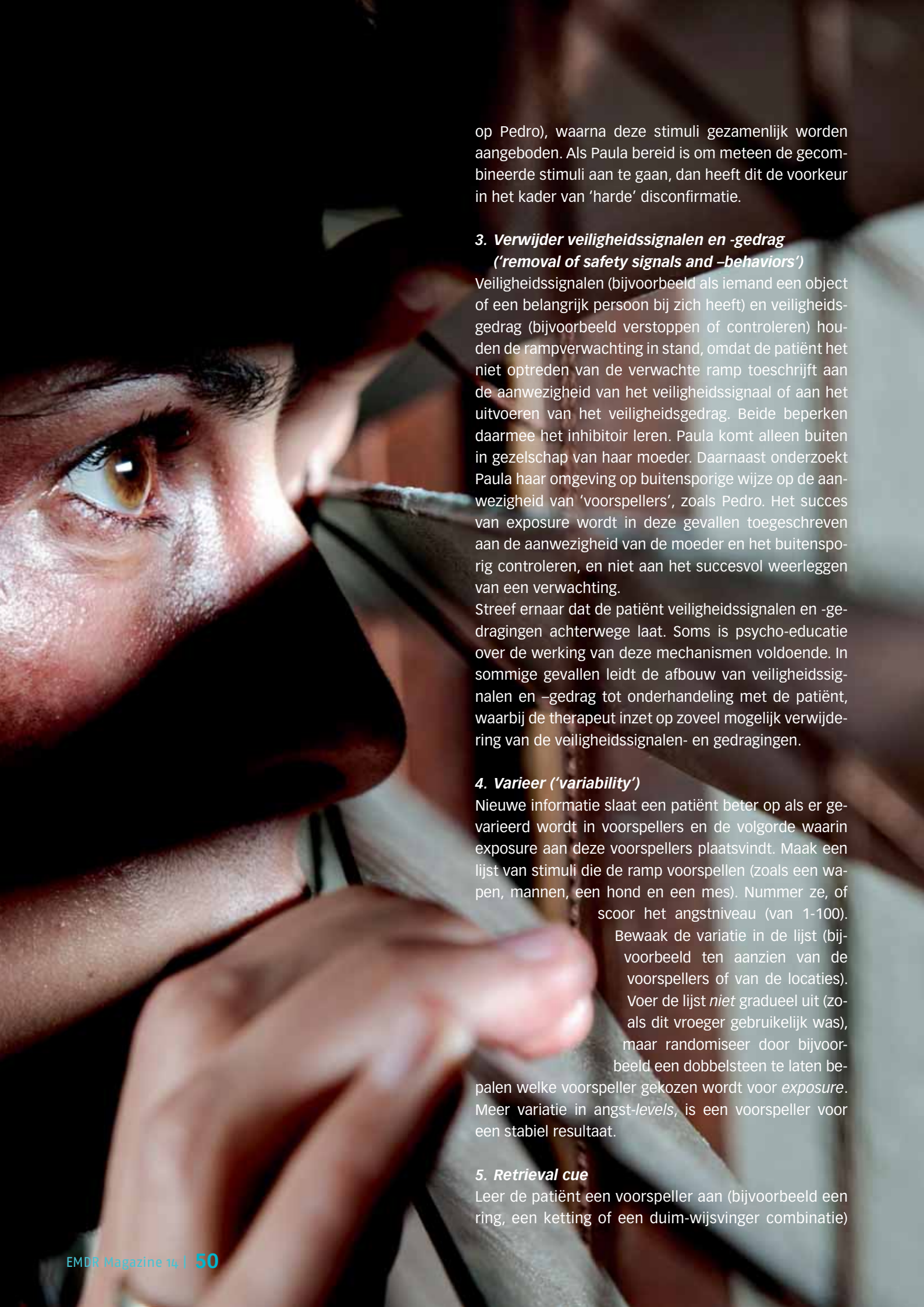
Craske formuleert een serie tips om *exposure* te optimaliseren. De meest belangrijke licht ik hier toe.

1. **Verwachtingsdisconfirmatie ('expectancy violation')**

Ontwerp de *exposure* zodanig dat het de rampverwachting zo hard mogelijk ontkracht. Het verschil tussen een rampverwachting ('de man gaat mij mishandelen') en de uitkomst ('de man is vriendelijk') daarvan is essentieel voor het opnieuw leren. Hoe groter de ontkrachting van de verwachting door een nieuwe leerervaring, hoe groter de uitdoving. Faciliteer gerichte aandacht van de patiënt, zowel voor de aanwezigheid van de voorspeller (bijvoorbeeld 'de man' of 'het wapen') als voor de niet opgetreden rampverwachting (bijvoorbeeld 'vermoord worden'). Zoek situaties waarin de rampverwachting wordt ontkracht. Doe dit zo vaak en zo lang als het volgens de patiënt nodig is om een goede conclusie te kunnen trekken.

2. **Verdiepende uitdoving ('deepened extinction')**

Craske adviseert om 'voorspellers' van rampverwachtingen eerst apart aan te pakken door middel van *exposure*, en deze vervolgens met elkaar te combineren. Paula kan eerst apart in contact gebracht worden met een hond, een mes en vervolgens een man (die lijkt ►



op Pedro), waarna deze stimuli gezamenlijk worden aangeboden. Als Paula bereid is om meteen de gecombineerde stimuli aan te gaan, dan heeft dit de voorkeur in het kader van 'harde' disconfirmatie.

3. Verwijder veiligheidssignalen en -gedrag ('removal of safety signals and -behaviors')

Veiligheidssignalen (bijvoorbeeld als iemand een object of een belangrijk persoon bij zich heeft) en veiligheidsgedrag (bijvoorbeeld verstoppen of controleren) houden de rampverwachting in stand, omdat de patiënt het niet optreden van de verwachte ramp toeschrijft aan de aanwezigheid van het veiligheidssignaal of aan het uitvoeren van het veiligheidsgedrag. Beide beperken daarmee het inhibitorische leren. Paula komt alleen buiten in gezelschap van haar moeder. Daarnaast onderzoekt Paula haar omgeving op buitensporige wijze op de aanwezigheid van 'voorspellers', zoals Pedro. Het succes van exposure wordt in deze gevallen toegeschreven aan de aanwezigheid van de moeder en het buitensporig controleren, en niet aan het succesvol weerleggen van een verwachting.

Streef ernaar dat de patiënt veiligheidssignalen en -gedragingen achterwege laat. Soms is psycho-educatie over de werking van deze mechanismen voldoende. In sommige gevallen leidt de afbouw van veiligheidssignalen en -gedrag tot onderhandeling met de patiënt, waarbij de therapeut inzet op zoveel mogelijk verwijdering van de veiligheidssignalen- en gedragingen.

4. Varieer ('variability')

Nieuwe informatie slaat een patiënt beter op als er gevarieerd wordt in voorspellers en de volgorde waarin exposure aan deze voorspellers plaatsvindt. Maak een lijst van stimuli die de ramp voorspellen (zoals een wapen, mannen, een hond en een mes). Nummer ze, of

scoor het angstniveau (van 1-100).

Bewaak de variatie in de lijst (bijvoorbeeld ten aanzien van de voorspellers of van de locaties).

Voer de lijst *niet* gradueel uit (zoals dit vroeger gebruikelijk was), maar randomiseer door bijvoorbeeld een dobbelsteen te laten be-

palen welke voorspeller gekozen wordt voor *exposure*. Meer variatie in angst-levels, is een voorspeller voor een stabiel resultaat.

5. Retrieval cue

Leer de patiënt een voorspeller aan (bijvoorbeeld een ring, een ketting of een duim-wijsvinger combinatie)

die hij of zij associeert met het niet optreden van de verwachte ramp. Dit betekent dat de patiënt, in confrontatie met een voorspeller (bijvoorbeeld een man met een mes), zelf een voorspeller (bijvoorbeeld de duim-wijsvinger combinatie) bij zich draagt, die hem of haar eraan helpt herinneren dat de rampverwachting niet optreedt. Deze *retrieval cue* lijkt veel op de installatie van een anker bij de RDI-procedure. Het doel van een RDI (*Resource Development and Installation*) is echter de installatie van interne hulp- of krachtbronnen om EMDR en/of exposure mogelijk te maken. De *retrieval cue*, in de praktijk vaak een mentale cue, herinnert vooral aan het verband tussen de voorspeller en het niet optreden van de verwachte ramp, die geleerd is tijdens eerdere EMDR en/of exposure. Het risico van het te vroeg inbouwen van een dergelijke voorspeller is dat deze als veiligheidssignaal optreedt, wat de ontkrachting van de rampverwachting voorkomt. Installeer de voorspeller daarom pas later in de behandeling, bijvoorbeeld als een terugvalpreventie interventie.

6. Multiple context

Variatie van de context waarin exposure plaatsvindt, bevordert uitdoving. Dit kan extern zijn (bijvoorbeeld de straat en de behandelkamer), maar ook intern (bijvoorbeeld nuchter of onder invloed van oxazepam). Varieer onder andere in locaties en tijdstippen, en in verschillende emotionele toestanden. De klinische vertaling hiervan is dat het verstandig is dat interoceptieve exposure, imaginaire exposure en exposure in vivo met Paula in verschillende contexten worden uitgevoerd, bijvoorbeeld alleen, op verschillende dagen per week of op onbekende plekken.

7. Pre-exposure reconsolidatie ('pre-exposure reconsolidation')

In de reconsolidatiefase wordt een opgeslagen herinnering uit het geheugen opgehaald en weer opnieuw opgeslagen. Het aanbieden van nieuwe informatie in deze fase wordt tijdens het opslaan als nieuwe informatie in de herinnering meegenomen, waarmee de angstige herinnering op zichzelf verzwakt. Als de therapeut ongeveer tien minuten voorafgaand aan de sessie de voorspeller kort aanbiedt, reduceert dat wellicht diverse terugvalverschijnselen. Paula krijgt bijvoorbeeld een foto van een wapen aangeboden, waarna ze tien minuten later exposure aangaat op de schietbaan, onder begeleiding van een mannelijke instructeur.

8. Affect labelen ('affect labeling')

Een andere strategie om inhibitie te versterken is het 'labelen' van het affect. De verwerking van taal in de vorm van labelen (in tegenstelling tot traditionele verbale cognitieve therapie die de inhoud probeert te veranderen) verbetert de uitkomsten van exposure. Vraag patiënten gedurende de exposure met enige regelmaat naar hun reactie, zonder het doel om deze te veranderen. In EMDR doen we dit ook door te vragen: "Wat komt er op?", "wat gaat er door je heen?" en "wat merk je?" Dezelfde vragen zijn werkzaam tijdens de exposure.

Terugval

Het gebeurt meer dan eens dat de klachten van patiënten na een EMDR-behandeling terugkeren. Een behandeling gericht op uitdoving heeft de potentie om diverse terugvalverschijnselen te voorkomen, of terug te dringen. Als therapeut hebben wij de taak om patiënten te verleiden om met zoveel mogelijk variatie al hun veiligheidssignalen of -gedragingen af te bouwen. Ik hoop dat ik EMDR-therapeuten op een praktische wijze met deze aanbevelingen van Craske kan stimuleren om meer exposure toe te voegen, als verwerking alleen onvoldoende lijkt. ■

Ronald Roskam is psycholoog in opleiding tot GZ-psycholoog bij de forensische polikliniek van GGZ Noord-Holland-Noord en in de basis GGZ van Amici Zorgt.

Referenties

- Craske, M.G., Treanor, M., Conway, C., Zbozinek, T., Vervliet, B. (2014). Maximizing Exposure Therapy: An Inhibitory Learning Approach, *Behaviour Research and Therapy* 58, nummer 1, 10-23.
- Korrelboom, K & Ten Broeke, F.E. (2014). *Geïntegreerde Cognitieve Gedragstherapie: handboek voor theorie en praktijk*. Uitgeverij Coutinho. ISBN: 9789046903810.
- Rijkeboer, M.M. & Van den Hout, M. (2014). Nieuwe inzichten over exposure. *Tijdschrift voor cognitieve therapie en gedragstherapie* 47, nummer 1, 2-19.
- Ten Broeke, E. & Rijkeboer, M. (2017). Over het hanteren van vermijding en veiligheidsgedrag in behandeling van angststoornissen. *Tijdschrift voor cognitieve en gedragstherapie* 50, nummer 1, 2-20.
- Vervliet, B., Depreeuw, B., Treanor, M., Conway, C.C., Zbozinek, T., & Craske, M.G. (2014). Exposuretherapie maximaliseren: Een benadering volgens het inhibitorisch-leermodel. *Tijdschrift voor cognitieve therapie en gedragstherapie* 47, nummer 4, 296-339.