

Auteurs: S. Blom, A. Ketelaars, J. Wassmer, A. Muilwijk & M. Zepeda Méndez

Visiedocument voor zorgaanbieders binnen het LZV gericht op het gebruik van Exposure in vivo

Aanleiding

Binnen de behandeling van trauma bij veteranen ligt de nadruk vaak op traumagerichte interventies die primair gericht zijn op de herinnering, zoals EMDR en imaginaire exposure. Hoewel deze methoden wetenschappelijk goed onderbouwd en effectief zijn, blijkt in de praktijk dat een aanzienlijke groep militairen en veteranen (net als burgers) hier slechts beperkt van profiteert. Regelmatig blijven klachten als verhoogde waakzaamheid, vermijding en aanhoudende triggers bestaan, ook na een op zichzelf succesvolle traumabehandeling. Dit vraagt om hernieuwde aandacht voor het belang van exposure in vivo binnen het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen (LZV). Een gedeelde visie en kennisverdieping hierover zijn noodzakelijk om de effectiviteit en duurzaamheid van traumabehandelingen verder te versterken.

Dit document vormt binnen het gehele netwerk aanleiding tot hernieuwde reflectie op de positionering en structurele inbedding van exposure in vivo binnen traumagerichte behandelingen, ter bevordering van duurzaam herstel.

Uitgangspunt

Exposure in vivo is een krachtig en empirisch goed onderbouwd behandelprincipe dat gericht is op het doorbreken van vermijdings- en veiligheidsgedrag en het corrigeren van disfunctionele angstverwachtingen door nieuw leren. Binnen imaginaire exposure is dit geen optionele toevoeging, maar een expliciet onderdeel van de behandeling.

Bij andere traumagerichte interventies krijgt exposure in vivo minder systematisch of minder doorlopend vorm. Juist bij veteranen, waar vermijding en verhoogde waakzaamheid vaak sterk zijn geïnternaliseerd en functioneel zijn bekrachtigd, is het van belang dat dit element niet facultatief blijft. Exposure in vivo zou daarom als een geïntegreerd onderdeel van het behandeltraject moeten worden beschouwd, waarbij juiste timing altijd in overweging genomen dient te worden. De interventies versterken elkaar over het algemeen het beste wanneer deze parallel aan elkaar ingezet worden. Hierbij is het van belang dat een client de spanning voldoende aankan, er voldoende emotieregulatie is en het dagelijks functioneren niet wordt overschaduwd door gedrag dat het angstnetwerk in stand houdt. Exposure in vivo wordt enkel voorafgaand aan verwerkingsinterventies ingezet, wanneer de therapie anders niet kan beginnen (bijvoorbeeld doordat de behandellocatie wordt vermeden). Wanneer vermijding sterk

gegeneraliseerd is, is exposure in vivo passend opvolgend aan traumagerichte verwerkingsinterventies.

Het doel van dit document is om bij te dragen exposure in vivo structureel te verankeren als integraal onderdeel van traumabehandeling binnen het LZV.

1. Wat is Exposure in Vivo?

Exposure in vivo is een evidence-based interventietechniek binnen de cognitieve gedragstherapie, waarbij cliënten hun angstige verwachtingen onderzoeken en weerleggen, door angstopwekkende situaties of handelingen toch uit te voeren/op te zoeken. Exposure in vivo gaat over een proces van nieuw leren en betekenisgeving. Deze benadering wordt toegepast bij een breed scala aan angstproblemen, niet enkel beperkt tot traumagerelateerde stoornissen.

In plaats van het vermijden van angstige situaties of angstopwekkende handelingen, moedigt exposure in vivo cliënten aan om zich actief bloot te stellen aan die situaties of stimuli die angst oproepen, zoals specifieke geuren, geluiden of locaties. Het doel is dat de cliënt ervaart dat de gevreesde rampscenario's niet uitkomen en geen reëel gevaar voorspellen. Door herhaalde blootstelling ontstaat ruimte voor nieuw leren: disfunctionele overtuigingen als 'ik kan dit niet aan' of 'dit loopt fout af' worden vervangen door realistischere en gezondere overtuigingen.

Waar exposure in vivo vroeger vooral werd verklaard vanuit habituatie (het geleidelijk afnemen van angst door herhaalde blootstelling) tonen recente inzichten dat juist het proces van inhibitorisch leren centraal staat. De angstrespons vermindert doordat nieuwe, niet-gevaarassociaties worden gevormd die de oude angstherinnering als het ware overschrijven. Hoe groter het verschil tussen de verwachte en de feitelijke uitkomst, hoe krachtiger dit leerproces. Neuroimaging-onderzoek laat zien dat hierbij onder meer de amygdala en de prefrontale cortex betrokken zijn. Succesvolle exposure leidt niet alleen tot een realistischere inschatting van gevaar en meer vertrouwen in eigen copingvaardigheden, maar ook tot generalisatie naar andere situaties in het dagelijks leven.

2. Effectiviteit van Exposure in Vivo

Exposure in vivo is onderdeel van Imaginaire exposure (IE), ook wel bekend als prolonged exposure (PE), deze is een van de meest wetenschappelijk onderbouwde behandelmethoden voor posttraumatische stressstoornis (PTSS). De effectiviteit van deze behandelvorm is overtuigend aangetoond en wordt internationaal erkend in diverse professionele richtlijnen, waaronder die van NICE, de American Psychological Association

Special Interest Group Trauma Focused Therapy



(APA) en het U.S. Department of Veterans Affairs/Department of Defense (VA/DoD). De interventie is gebaseerd op het protocol van Foa en Rothbaum (1998), dat in 2007 werd herzien, en in Nederland is vertaald en bewerkt door van Minnen en Arntz (2011). Imaginaire exposure/prolonged exposure wordt doorgaans geplaatst binnen het bredere kader van trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT), samen met andere cognitief-gedragstherapeutische interventies die gericht zijn op verwerking van traumatische ervaringen.

Samenvattend wijst de internationale literatuur op een breed gedragen consensus dat imaginaire exposure / prolonged exposure een effectieve en betrouwbare behandelvorm is bij PTSS. Deze aanpak is inzetbaar bij zowel civiele als militaire populaties en kent varianten die aangepast kunnen worden aan de behoeften van verschillende doelgroepen.

3. Inzet van Exposure in vivo in de klinische praktijk

Toepassing bij verschillende psychische stoornissen

Exposure in vivo wordt binnen de klinische praktijk toegepast bij een breed scala aan psychische stoornissen, zoals bij de behandeling van obsessieve-compulsieve stoornissen, paniekstoornissen, eetstoornissen en sociale angststoornissen.

Binnen en buiten de behandelkamer

De uitvoering van exposure in vivo vindt zowel binnen als buiten de behandelkamer plaats. De exposure oefeningen worden van te voren met client besproken zodat deze precies weet wat er gaat gebeuren en waarom. Binnen de therapieruimte kunnen oefeningen worden uitgevoerd met behulp van neutrale of licht aversieve materialen die het trauma representeren, zoals specifieke voorwerpen, geluiden of videobeelden. Dit worden ook wel traumagerelateerde triggers genoemd. Therapeuten maken hierbij soms gebruik van hulpmiddelen zoals blinddoeken of oordopjes, of vragen cliënten houdingen aan te nemen die geassocieerd zijn met de traumatische ervaring. Deze gecontroleerde setting biedt een veilige context om met triggers te oefenen en disfunctionele verwachtingen ter discussie te stellen. Hierbij kan een onderscheid gemaakt worden tussen cognities die betrekking hebben op het (emotioneel) aankunnen van de herinnering en cognities die nieuw gevaar voorspellen.

Buiten de therapieruimte wordt exposure in vivo toegepast in realistische, vaak betekenisvolle en situaties. Denk hierbij aan het bezoeken van locaties die verbonden zijn met het trauma, alledaagse gedragingen of het bewust opzoeken van drukke plekken. Deze benadering stelt cliënten in staat om hun angst in de realiteit te confronteren,

waarbij nieuwe associaties kunnen ontstaan en generalisatie van het geleerde wordt bevorderd

Traumagerelateerde- en gegeneraliseerde vermijding

Traumagerelateerde vermijding betreft het vermijden van specifieke situaties, prikkels of herinneringen die direct gekoppeld zijn aan het trauma. Gegeneraliseerde vermijding is breder en omvat het vermijden van uiteenlopende situaties die niet direct aan het trauma verbonden zijn, maar wel angst of spanning oproepen. In de loop van de tijd kan traumagerelateerde vermijding zich uitbreiden en overgaan in meer gegeneraliseerde vermijding, doordat angst zich generaliseert naar steeds meer situaties. In de praktijk zijn traumagerelateerde en gegeneraliseerde vermijding vaak met elkaar verweven en onderdeel van één bredere angststructuur. Een te strikte scheiding kan dan juist het behandelproces onnodig compliceren.

Uiteindelijk is het doel dat iemand het dagelijks functioneren weer kan oppakken, waardoor ook expliciet aandacht nodig is voor gegeneraliseerde vermijding. Binnen exposure in vivo ligt de voorkeur in principe bij het doorbreken van traumagerelateerde vermijding, omdat daar het kernleren plaatsvindt dat de PTSS in stand houdt, maar de behandeling dient zich dus tevens te richten op gegeneraliseerde varianten van vermijding.

Groepsgewijze toepassing

Binnen de cognitieve gedragstherapie heeft exposure in vivo in groepsverband eveneens een vaste plek verworven. In het bijzonder bij stoornissen zoals agorafobie, sociale angst en PTSS zijn positieve behandelresultaten gerapporteerd. Hoewel groepsbehandelingen verschillende voordelen bieden, zoals sociale steun, normalisering van klachten en organisatorische efficiëntie, zijn er ook kanttekeningen. Sommige deelnemers ervaren verhoogde spanning tijdens sessies, wat het therapeutisch proces tijdelijk kan bemoeilijken. Daarnaast kunnen verschillen in angstniveaus binnen de groep ertoe leiden dat het tempo van blootstelling niet voor iedereen gelijk opgaat, wat de effectiviteit per individu kan beïnvloeden. Niettemin blijkt uit de praktijk dat de voordelen van groepsgewijze exposure in vivo in veel gevallen opwegen tegen de nadelen, mits er ruimte is voor differentiatie en individuele afstemming binnen het groepsprogramma.

4. Toegevoegde waarde binnen het LZV-netwerk

De toevoeging van exposure in vivo aan reguliere traumagerichte therapieën vormt de kern van een krachtige en geïntegreerde benadering voor de behandeling van PTSS bij veteranen. Ondersteuning vanuit het sociale en professionele netwerk rondom de veteraan is daarom essentieel voor het bestendigen van de opgedane ervaringen en het

voorkomen van terugval. Exposure in vivo moet niet worden gezien als een losse interventie, maar als een fundamenteel onderdeel dat verweven is met de vezels van het gehele zorgprogramma en het Landelijk Zorgsysteem voor Veteranen. Van 0-lijns tot aan de tertiaire behandelafdelingen. Het structureel integreren van exposure in vivo binnen het LZV versterkt de herstelgerichte visie van het systeem en draagt bij aan duurzame verbetering van functioneren en kwaliteit van leven van veteranen.

5. Multidisciplinaire samenwerking en borging in de praktijk

De rol van maatschappelijk werk en naasten bij Exposure in vivo

Exposure in vivo is een essentieel onderdeel van de behandeling van PTSS en vraagt van cliënten dat zij zich herhaaldelijk en bij voorkeur ook buiten de therapieruimte confronteren met situaties die angst oproepen. Juist omdat deze confrontaties vaak plaatsvinden in de dagelijkse leefomgeving van de veteraan, is het van meerwaarde om het maatschappelijk werk en naasten van de cliënt actief te betrekken bij de uitvoering en verankering van *exposure*-oefeningen. Het betrekken van naasten bij de psycho-educatie is ook raadzaam om acceptatie en steun voor de behandeling te vergroten. Daarnaast kan het betrekken van Geestelijke Verzorging aangewezen zijn, bijvoorbeeld in het kader van terugkeerreizen van veteranen. Door de maatschappelijk werker al tijdens de evaluaties van de behandeling te betrekken, ontstaat de mogelijkheid om samen met de cliënt praktische uitvoering te geven aan exposure. Daarbij is het essentieel dat de rationale van de behandeling duidelijk overgebracht wordt. Het expliciteren van vermijdings- en veiligheidsgedrag speelt hierin een centrale rol. Dit gedrag is vaak diepgeworteld en heeft doorgaans een grote impact op het dagelijks functioneren van de veteraan én diens naasten. Hoewel het confronterend kan zijn om deze gedragingen inzichtelijk te maken, biedt het juist ruimte om te reflecteren op gewenste doelen: wat wil men weer kunnen? Deze doelen vormen vervolgens de basis voor het ontwikkelen van passende *exposure*-opdrachten.

Ter ondersteuning van dit proces kunnen concrete hulpmiddelen worden ingezet, zoals zogeheten 'info-kaartjes' waarop voorbeelden staan van vermijdings- en veiligheidsgedrag, alsook vragen die voor en na exposure kunnen worden besproken. Deze visuele en praktische hulpmiddelen kunnen zowel voor de veteraan als voor de maatschappelijk werker richtinggevend zijn in het aangaan en evalueren van confrontaties (zie bijlage).

De SIG TFT zal zich in 2026 richten op de ontwikkeling van een praktische toolkit ter ondersteuning van maatschappelijk werkers bij exposure in vivo. Daarnaast wordt geadviseerd binnen de teams te inventariseren of aanvullende (bij)scholing nodig is, gericht op het versterken van kennis en vaardigheden in het herkennen van vermijdings- en veiligheidsgedrag, en het begeleiden van exposure in de dagelijkse context.

Exposure opnemen in terugvalpreventie

Het risico bestaat dat vermijdings- en veiligheidsgedrag na afsluiting van de traumabehandeling geleidelijk terugkeren. Om dit te voorkomen is het van belang om ook in de afrondende fase van de behandeling aandacht te besteden aan *exposure in vivo*. Een terugvalpreventieplan waar zowel de veteraan en zijn of haar naasten als ook maatschappelijk werker mee kan werken. Dit biedt een belangrijk houvast en stimuleert ook na curatieve zorg *exposure in vivo* voort te zetten. Op die manier blijft het aanpakken van vermijding ook na afloop van de behandeling een actief aandachtspunt, met ondersteuning vanuit het netwerk rondom de veteraan.

Continue supervisie en intervisie voor therapeuten

De toepassing van *exposure in vivo* stelt hoge eisen aan de therapeutische vaardigheid, nauwkeurigheid en procesbewaking. Regelmatige supervisie en intervisie zijn dan ook onmisbaar. Deze vormen van collegiale reflectie helpen therapeuten om het proces van *exposure* zorgvuldig vorm te geven, vermijdingsgedrag tijdig te herkennen, en constructief om te gaan met weerstand of stagnatie bij de cliënt. Bovendien bieden ze ruimte om eigen emotionele reacties op moeilijke situaties te bespreken en te verwerken. De LZV intervisie leent zich bij uitstek om gezamenlijk te reflecteren op de inzet en borging van *exposure in vivo* binnen het behandeltraject. Tegelijkertijd ligt er ook een verantwoordelijkheid bij de afzonderlijke onderdelen binnen het netwerk om kritisch te onderzoeken hoe het gesteld is met de inhoudelijke kennis en praktische toepassing van *exposure in vivo*. Tot slot kan overwogen worden om een bijscholing te initiëren om maatschappelijk werkers beter te trainen in het uitvoeren van *exposure in vivo*

6. Ontwikkeling en Innovatieve toepassing

Technologische innovaties bieden nieuwe kansen om het proces van *Exposure in vivo* te ondersteunen en te verdiepen en helpt in het actief uitdagen van angstige verwachtingen en het bevorderen van nieuw leren. In dat kader kunnen digitale toepassingen zoals Virtual Reality (VR), Augmented Reality (AR) en interactieve digitale omgevingen van waarde zijn. Deze technologieën stellen cliënten in staat om op een gecontroleerde maar realistische wijze geconfronteerd te worden met situaties die anders moeilijk toegankelijk of praktisch onhaalbaar zijn (zoals specifieke geografische locaties, voertuigtypes of contexten die verbonden zijn aan het trauma).

Het gebruik van VR binnen *Exposure in vivo* is geen doel op zich, maar een middel dat betekenisvolle confrontaties mogelijk maakt. Binnen virtuele omgevingen kunnen cliënten onder begeleiding nagaan of de verwachte herhaling van een nare gebeurtenis daadwerkelijk uitblijft. Zo wordt ook in digitale contexten het proces van herinterpretatie en het doorbreken van vermijding gestimuleerd.

Daarnaast ontwikkelt kunstmatige intelligentie (AI) zich snel binnen de psychologische zorg. AI-modellen kunnen patronen herkennen in gedrag of fysiologische responsen die wijzen op vermijding of overmatige spanning, en therapeuten voorzien van aanvullende informatie om het leerproces te optimaliseren. Bovendien maakt AI het mogelijk om op maat gemaakte en realistische beeld- en geluidsfragmenten te genereren die specifiek zijn afgestemd op de persoonlijke triggers van de cliënt. Denk bijvoorbeeld aan het nabootsen van herkenbare omgevingen of situaties waarin de angstige verwachting geactiveerd wordt, met als doel deze actief uit te dagen. Dit kan exposure toegankelijker maken wanneer fysieke confrontatie (nog) niet haalbaar is, of wanneer het van therapeutische waarde is om de situatie te benaderen vanuit verschillende perspectieven.

Ook deepfake-technologie verdient in dit kader aandacht. Hoewel ethische kaders hier cruciaal zijn, kan het synthetisch genereren van beeld- of geluidsmateriaal (bijvoorbeeld het nabootsen van specifieke stemmen of situaties) bijdragen aan confrontatie met beladen triggers, daar waar deze in het echt niet (meer) beschikbaar zijn. In combinatie met zorgvuldige duiding en begeleiding kan dit bijdragen aan het opnieuw betekenis geven aan datgene wat eerder bijvoorbeeld verlamrend werkte.

Tot slot kunnen wearables, sensoren en biofeedback ingezet worden om zicht te krijgen op de lichamelijke respons tijdens exposure. Al deze innovaties zijn waardevol zolang ze in dienst staan van het onderliggende doel van Exposure in vivo: het doorbreken van vermijding, het uitdagen van angstige verwachtingen en het bevorderen van nieuw leren en veerkracht.

Genoemde toepassingen zijn niet structureel beschikbaar, maar variërend per LZV-partner, in ontwikkeling.

7. Conclusie

Exposure in vivo is een krachtig en empirisch onderbouwd behandelprincipe, gericht op het actief doorbreken van vermijdings- en veiligheidsgedrag en het corrigeren van disfunctionele angstverwachtingen. Binnen de behandeling van posttraumatische stressstoornis bij veteranen zou deze interventie, net als bij imaginaire exposure, niet optioneel maar structureel ingebed moeten zijn.

De structurele integratie van exposure in vivo binnen het LZV en binnen traumagerichte therapieën maakt een werkelijk geïntegreerde benadering mogelijk. Daarmee wordt niet alleen ingezet op reductie van traumagerelateerde herinneringen en fysiologische spanning, maar ook op het hervatten van alledaags en gezond gedrag dat door vermijding vaak is ingeperkt. Zo wordt naast symptoomreductie expliciet gewerkt aan functioneel herstel en duurzame maatschappelijke participatie.

Special Interest Group Trauma Focused Therapy



Door exposure in vivo consequent te integreren binnen het LZV wordt vermijdingsgedrag systematisch doorbroken en neemt de ervaren zelfeffectiviteit toe. Cliënten krijgen meer grip op situaties die eerder als verlamrend werden ervaren, wat bijdraagt aan eigen regie en het hervatten van betekenisvolle daginvulling en sociale relaties. Steun vanuit het sociale en professionele netwerk rondom de veteraan is daarbij helpend om generalisatie en bestendiging van behandelwinst te bevorderen.

Tot slot vraagt dit om een gezamenlijke verantwoordelijkheid binnen het LZV. Elk onderdeel dient stil te staan bij mogelijke lacunes in expertise, handelingsverlegenheid en organisatorische belemmeringen, en bijbehorende scholings- en ontwikkelbehoeften te formuleren. Alleen dan kan exposure in vivo duurzaam en kwalitatief hoogwaardig worden verankerd in het behandelaanbod.

Referenties

Arnfred, B., Bang, P., Hjorthøj, C., Christensen, C. W., Stengaard Moeller, K., Hvenegaard, M., Agerskov, L., Krog Gausboel, U., Soe, D., Wiborg, P., Smith, C. I. S., Rosenberg, N., & Nordentoft, M. (2022). Group cognitive behavioural therapy with virtual reality exposure versus group cognitive behavioural therapy with in vivo exposure for social anxiety disorder and agoraphobia: A protocol for a randomised clinical trial. *BMJ Open*, *12*(2), e051147.

<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-051147>

Botella, C., Pérez-Ara, M. Á., Bretón-López, J., Quero, S., García-Palacios, A., & Baños, R. M. (2016). In vivo versus augmented reality exposure in the treatment of small animal phobia: A randomized controlled trial. *PLOS ONE*, *11*(2), e0148237.

<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0148237>

de Jong, J. R., Vlaeyen, J. W. S., Onghena, P., Cuypers, C., den Hollander, M., & Ruijgrok, J. (2005). Reduction of pain-related fear and increased function and participation in patients with chronic pain. *Pain*, *116*(3), 264–275. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2005.05.003>

den Hollander, M., Smeets, R. J., Meulenbroek, T., Laake Geelen, C. C. M., Baadjou, V. A., & Timmers, I. (2022). Exposure in vivo as a treatment approach to target pain related fear: Theory and new insights from research and clinical practice. *Physical Therapy*.

<https://doi.org/10.1093/ptj/pzac014>

Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences (Therapist Guide)*. Oxford University Press.

Foa, E. B., McLean, C. P., Zang, Y., Rosenfield, D., Yadin, E., Yarvis, J. S., ... & STRONG STAR Consortium. (2018). Effect of prolonged exposure therapy delivered over 2 weeks vs 8 weeks vs present-centered therapy on PTSD symptom severity in military personnel: A randomized clinical trial. *JAMA*, *319*(4), 354–364. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.21242>

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. Guilford Press.

Galovski, T. E., Blain, L. M., Mott, J. M., Elwood, L., & Houle, T. (2012). Manualized therapy for PTSD: Flexing the structure of cognitive processing therapy. *Journal of Traumatic Stress*, *25*(5), 479–487. <https://doi.org/10.1002/jts.21724>

Jericho, E., Morina, N., Hoppen, T. H., Jehn, A., Holling, H., Mutz, J., & Kip, A. (2022). Systematic review and network meta-analysis of trauma-focused psychotherapies for PTSD. *Clinical Psychology Review*, *92*, 102124.

Special Interest Group Trauma Focused Therapy



Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Waters, H., Wampold, B. E., Shapiro, D. A., & Sutton, C. J. (2020). Psychological treatments for PTSD in adults: A network meta-analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *10*, Article CD013000.

McLean, C. P., Zang, Y., Rosenfield, D., Foa, E. B., Yadin, E., Yarvis, J. S., ... & STRONG STAR Consortium. (2022). Meta-analysis of exposure-based interventions for PTSD: A systematic review of clinical trials. *Journal of Traumatic Stress*, *35*(3), 350–362.

Nacasch, N., Foa, E. B., Huppert, J. D., Tzur, D., Fostick, L., Dinstein, Y., ... & Zohar, J. (2011). Prolonged exposure versus treatment as usual in outpatient clinics for post-traumatic stress disorder in Israel. *Journal of Clinical Psychiatry*, *72*(8), 1174–1180.

<https://doi.org/10.4088/JCP.09m05854blu>

Noordik, E., van der Klink, J. J. L., Klingen, E. F., Nieuwenhuijsen, K., & van Dijk, F. J. H. (2010). Exposure-in-vivo containing interventions to improve work functioning of workers with anxiety disorder: A systematic review. *BMC Public Health*, *10*, 598.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-598>

Norman, S. B., Trim, R. S., Haller, M., Davis, B. C., Myers, U. S., Colvonen, P. J., ... & Blonigen, D. M. (2019). Efficacy of integrated prolonged exposure and cognitive behavioral therapy for substance use disorders in veterans: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *76*(8), 791–799. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.0638>

Ost, L. G., Westling, B. E., & Hellström, K. (1993). Applied relaxation, exposure in vivo and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, *31*(4), 383–394. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90095-c](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90095-c)

Porter, E., Romero, E. G., & Barone, M. D. (2018). Description and preliminary outcomes of an in vivo exposure group treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *31*(3), 410–418. <https://doi.org/10.1002/jts.22285>

Thorp, S. R., Stein, M. B., Jeste, D. V., Patterson, T. L., & Wetherell, J. L. (2012). Prolonged exposure therapy for older veterans with posttraumatic stress disorder: A pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *20*(3), 276–280.

<https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e3182435ee9>

U.S. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. (2017). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder*. <https://www.healthquality.va.gov/guidelines/MH/ptsd/>

Special Interest Group Trauma Focused Therapy



Van Winkle, E. P., & McManus, D. (2018). The use of Prolonged Exposure Therapy for treatment of PTSD in veterans with co-occurring traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 33*(5), E29–E37. <https://doi.org/10.1097/HTR.0000000000000379>

van Minnen, A., & Arntz, A. (2011). *Prolonged Exposure bij PTSS: Vertaald en bewerkt protocol*. Boom uitgevers.

Yoder, M., Rake, J. P., Oglesby, M. E., O'Brien, J. E., Mintz, J., & Borah, E. V. (2016). Older veterans with PTSD respond well to prolonged exposure therapy. *American Journal of Geriatric Psychiatry, 24*(9), 791–800. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2015.12.008>

Yoder, M., Tuerk, P. W., Price, M., Grubaugh, A., Strachan, M., Myrick, H., & Acierno, R. (2012). Prolonged exposure therapy for combat-related PTSD: A randomized clinical trial with active duty soldiers. *Depression and Anxiety, 29*(8), 649–655. <https://doi.org/10.1002/da.21954>

Bijlage

Voorbeelden van veiligheidsgedrag

- altijd met gezicht naar de deur
- omgeving constant scannen
- 'verkennen' Google maps street view gebruiken
- altijd rugzak mee met noodpakket
- langs muren lopen
- mes of ander wapen op zak of achter de voordeur
- Zonnebril, koptelefoon of capuchon op
- bij horen heli/vliegtuig/sirenes altijd kijken wat het is en waar
- deuren altijd afsluiten en controleren
- camera's rond het huis
- ervoor zorgen altijd alles te kunnen horen
- ontspanningstechnieken inzetten

Voorbeelden van vermijdingsgedrag

Geuren: houtvuur, alcohol, bbq-lucht, diesel, afval

Plekken: de plek waar het trauma heeft plaatsgevonden, buiten/binnen in het donker, menigten/cafe's/winkels, bos, snelweg,

Personen: mannen/vrouwen, kinderen, bevolkingsgroepen

Geluiden: muziek, sirenes, lawaai, huilen, vuurwerk

Activiteiten: lichamelijk contact met anderen (in een drukke rij in een winkel staan, handen schudden), autorijden, seks, eten, sporten

Beeldmateriaal: tv-programma's of films, foto's/plaatjes op internet, in tijdschriften of kranten, journaal

Overig: praten over zichzelf, bepaalde gevoelens, praten over het trauma, bepaald voedsel, bepaalde voorwerpen

Voor de exposure oefening

- Wat vermijd ik en ga ik nu proberen aan te gaan (situatie)
- Angstige verwachting;
(wat vrees je dat er gebeurt als je de situatie aangaat? Beschrijf concreet gedrag / gebeurtenis; als..., dan...)
Als ik de exposureoefening ga doen ben ik het bangst dat ik...
- Hoe waarschijnlijk is het gevoelsmatig dat deze verwachting uitkomt? (0-100%)

Na de exposure oefening

- Uitkomst; Is je angstige verwachting uitgekomen?
- Hoe waarschijnlijk is het nu gevoelsmatig dat deze verwachting uitkomt de volgende keer dat je dit gaat doen? (0 – 100 %)
- Heb je veiligheidsgedrag ingezet om de verwachting te voorkomen?
Zo ja, wat kun je volgende keer achterwege laten en hoe ga je dat doen?
- Wat is de volgende stap die je kunt zetten in deze oefening en wanneer ga je dit uitvoeren?