

Bedankt voor het downloaden van dit artikel. De artikelen uit de (online)tijdschriften van Uitgeverij Boom zijn auteursrechtelijk beschermd. U kunt er natuurlijk uit citeren (voorzien van een bronvermelding) maar voor reproductie in welke vorm dan ook moet toestemming aan de uitgever worden gevraagd.

Boom

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch door fotokopieën, opnamen of enig andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikelen 16h t/m 16m Auteurswet 1912 jo. Besluit van 27 november 2002, Stb 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (postbus 3060, 2130 KB, www.reprorecht.nl) of contact op te nemen met de uitgever voor het treffen van een rechtstreekse regeling in de zin van art. 16l, vijfde lid, Auteurswet 1912.

Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16, Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten, postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any way whatsoever without the written permission of the publisher.

info@boomamsterdam.nl
www.boomuitgeversamsterdam.nl

Het gebruik van exposure bij de behandeling van angststoornissen in Nederland: een onderzoek onder cognitieve gedragstherapeuten

David Sars¹ en Agnes van Minnen²

SAMENVATTING

Dit onderzoek richtte zich met een internetsurvey onder leden van de Vereniging voor Cognitieve Gedragstherapeuten ($n = 490$) op het gebruik van exposure voor het behandelen van angststoornissen. Gevonden is dat exposure door Nederlandse CGT therapeuten frequent werd toegepast, evenals dat verbeteringen in de wijze van behandelen mogelijk zijn, zeker waar het stoornisspecifieke exposure-interventies betreft. De verwachting dat klinici die vaker exposure toepassen meer bereid zijn tot de uitvoering ervan, de methode als meer geloofwaardig beschouwen en minder barrières voor toepassing zien werd ondersteund. Ook was er een verband tussen de mate van ontvangen onderwijs en toepassing van exposure. Hoewel men over het algemeen tevreden was over het genoten exposure onderwijs, bleek er ook behoefte aan meer onderwijs. Geconcludeerd werd dat de disseminatie van exposure in Nederland positief stemt, maar dat verbeteringen vatbaar zijn, en dat toekomstig onderzoek moet uitwijzen welke vorm van onderwijs het beste de kloof tussen onderzoek en gebruik van specifieke exposure interventies in de praktijk kan overbruggen.

INLEIDING

In de multidisciplinaire richtlijn voor behandeling van angststoornissen (Trimbos instituut, 2009, tweede revisie 2011) neemt cognitieve gedragstherapie een prominente plaats in, met als belangrijkste subinterventie exposure.

1 Drs. David Sars is werkzaam als projectcoördinator en onderzoeker bij de Vereniging voor Gedrags- en Cognitieve Therapie (VGCT).

2 Prof. Dr. Agnes van Minnen is werkzaam als klinisch psycholoog/ VGCT supervisor bij Overwaal, Centrum voor Angststoornissen te Nijmegen, onderdeel van Pro Persona. Tevens is ze als hoogleraar verbonden aan de Radboud Universiteit, en aan het Nijmegen Centre for Anxiety Research and Expertise (NijCare).

Exposure heeft een uitgebreide empirische ondersteuning; onder andere voor sociale angststoornis (Fedoroff & Taylor, 2001; Feske & Chambles, 1995), (enkelvoudige) fobie (Wolitzky-Taylor et al., 2010; Craske, 1999), obsessief compulsieve stoornis (Rosa-Alcázar et al., 2008; Horowitz, 1996), paniekstoornis met of zonder agorafobie (Sánchez-Meca et al., 2010; Van Balkom et al., 1997), posttraumatische stressstoornis (Cahill et al., 2009; Bradley et al., 2005) en de gegeneraliseerde angststoornis (Bradley et al., 2005; Gould et al., 1997).

Ondanks deze sterke empirische ondersteuning lijkt er nog steeds een kloof te bestaan tussen onderzoek en praktijk, waarin exposure in de praktijk te weinig toegepast lijkt te worden. Zo werd onder 500 Amerikaanse psychologen, waarvan het merendeel (71%) een cognitief gedragstherapeutische oriëntatie rapporteerde, gevonden dat 26% van de therapeuten exposure en responspreventie bij ocs zelden of nooit gebruikte, 76% zelden tot nooit interoceptieve exposure gebruikte bij paniekstoornis, en minder dan een derde gaf aan regelmatig exposuretechnieken bij sociale angst te gebruiken (Freiheit et al., 2004). Een andere studie onder psychologen in de vs, vond dat 83% van de therapeuten zelden tot nooit imaginaire exposure bij PTSS gebruikte (Becker et al., 2004). Van de cliënten met een angststoornis rapporteerde desgevraagd slechts een minderheid (rond de 20%) te zijn behandeld met exposure (Marcks et al., 2009; Goisman et al., 1999). Kortom: de verspreiding of wel 'disseminatie' van exposurebehandelingen behoeft verbetering.

Bovenstaande onderzoeken zijn echter voornamelijk in de vs uitgevoerd, en het is onbekend hoe het gebruik van exposure is in Nederland. In het huidige onderzoek wordt daarom onderzocht in welke mate therapeuten met een cognitief gedragstherapeutische oriëntatie exposure gebruiken bij de behandeling van de vier meest voorkomende angststoornissen: sociale angststoornis, (enkelvoudige) fobie, obsessief-compulsieve stoornis (ocs) en paniekstoornis (met of zonder agorafobie). Om de disseminatie van exposure beter in kaart te brengen, is ook van belang inzicht te krijgen in de redenen waarom professionals al dan geen exposure gebruiken, zoals de mate van training en/ of eventuele opvattingen die ze hebben over de exposurebehandeling. Uit onderzoek is bijvoorbeeld gebleken dat psychologen die geen exposure gebruikten als voornaamste reden rapporteerden beperkte of geen training te hebben ontvangen (Weisman et al., 2006; Becker et al., 2004). In het huidige onderzoek zal daarom onderzocht worden welke training de therapeuten hebben gehad voor het leren van exposure, en hoe tevreden ze daarover zijn. Daarnaast kunnen ook persoonlijke attitudes een rol spelen, bijvoorbeeld of exposure een aantrekkelijke behandeling is om uit te voeren, of dat men het uit de weg gaat omdat het misschien ook een spannende behandeling is. Uit eerder onderzoek kwam bijvoorbeeld naar voren dat clinici soms inderdaad dergelijke (negatieve) opvattingen hebben; exposure zou ongevoelig, rigide, ineffectief, potentieel iatrogeen, niet generaliseerbaar naar de 'echte wereld' en soms zelfs onethisch zijn (Olatunji, Deacon & Abramowitz, 2009; Richard & Gloster, 2007;

Feeny, Hembree & Zoellner, 2003). In ander onderzoek werd gevonden dat clinici die wél exposure bij PTSS toepasten, deze behandeling als meer geloofwaardig beoordeelden en minder barrières voor het gebruik ervan ervoeren (Van Minnen, Hendriks & Olff, 2009). Bijeen genomen zouden dus zowel de mate en kwaliteit van exposure training, evenals attitudes over exposure, het gebruik ervan kunnen beïnvloeden.

In de huidige studie werd een *survey* gedaan onder Nederlandse cognitieve gedragstherapeuten gericht op de volgende drie vragen; (1) In welke mate wordt exposure bij de behandeling van angststoornissen toegepast? (2) Welke attitudes ten opzichte van exposure beïnvloeden het gebruik ervan? (3) Wat is de relatie tussen training en behandelervaring en het gebruik van exposure? De verwachting was dat Nederlandse CGT therapeuten (1) vaker exposure toepassen dan in de VS, (2) dat therapeuten die vaker exposure toepassen meer bereid zijn tot uitvoering ervan, minder barrières zien, en de interventie als meer geloofwaardig beschouwen, en (3) dat therapeuten die vaker exposure toepassen meer training hebben gehad en meer ervaring hebben.

METHODE

Participanten en procedure

De voor dit onderzoek geselecteerde groep ($n = 3085$) bestond uit 'aspirant' leden, die in opleiding zijn tot cognitieve gedragstherapeut, 'gewone' leden, die inmiddels werkzaam zijn als cognitief gedragstherapeut en 'supervisors', ervaren CGT therapeuten die (aspirant) leden begeleiden. Deze groep ontving in december 2010 een e-mail met daarin een uitnodiging en link naar de survey. In deze survey hebben we in navolging van het onderzoek door Freiheit et al. (2004), getracht potentiële respons bias te minimaliseren door beschrijvingen van exposure als 'empirisch ondersteund' zo min mogelijk te gebruiken.

Op de dataset van respondenten dat de survey afrondde ($n = 893$; respons rate = 28.9%) werd gecontroleerd voor fouten in dataconversie (surveydata naar spss), uitbijters en hiaten ($n = 30$). Daarnaast werden respondenten ($n = 79$) die geen angststoornissen behandelen, evenals respondenten ($n = 294$) die het afgelopen jaar zelden (0-10%) één van de onderzochte angststoornissen behandelden, 'doorgelinkt' naar het einde van de survey, waar men werd bedankt voor de tijd en moeite. De groep respondenten ($n = 490$) die overbleef heeft de volgende verdeling over lidstatus: 31.2% 'aspirant' leden ($n = 153$), met een gemiddelde leeftijd van 37.3 jaar, 38.8% 'gewone' leden ($n = 190$), met een gemiddelde leeftijd van 46.0 jaar en 30.1% 'supervisors' ($n = 147$), met een gemiddelde leeftijd van 53.4 jaar.

Over het totaal hebben respondenten gemiddeld een leeftijd van 45,6 jaar ($sd = 11.1$), en zijn er meer vrouwen (75,3%) dan mannen (24,7%). Hiervan staat het grootste gedeelte geregistreerd als BIG 'GZ psycholoog' (35,3%), onder andere gevolgd door BIG 'klinisch psycholoog' (24,7%) en BIG 'psychothera-

peut' (14.9%). Veruit de meeste respondenten zijn werkzaam in de 'tweede lijn' (59.4%), onder andere gevolgd door 'eigen/ groepspraktijk' (24.7%) en 'eerste lijn' (5.5%). Deze gegevens stemmen overeen met de verdeling van lidstatus, leeftijd, sexe en registratie uit het ledenregister van de VGct (2010).

UITKOMSTMATEN

Het gebruik van exposure

Respondenten die aangaven in voldoende mate angststoornissen te behandelen werd gevraagd of zij hierbij exposure gebruikten. Afhankelijk van het antwoord konden respondenten een top twee van redenen aanvinken waarom men al dan niet exposure toepast. Indien men exposure inzette werd gevraagd naar interventiegebruik voor de onderzochte angststoornissen afzonderlijk. Respondenten konden op een vierpuntsschaal variërend van 'Nooit' tot en met 'Frequent' (range 1-4), aangeven in hoeverre zij diverse interventiemethoden toepassen bij de behandeling van sociale angststoornis, (enkelvoudige) fobie, ocs en paniekstoornis. Interventiekeuzes voor deze stoornissen zijn gebaseerd op de multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (Trimbos instituut, 2009, tweede revisie 2011) en recente onderzoeksliteratuur. Er werd gevraagd naar basisinterventies, zoals het uitleggen van de rationale over exposure, en naar exposure-interventies, zoals het uitvoeren van exposure-in-vivo. Omdat ook andere interventies in de richtlijnen worden genoemd, werden deze ook opgenomen. Hieronder vielen bijvoorbeeld cognitieve interventies en algemene interventies, zoals ademhalingsoefeningen.

Attitudes

De items in de schalen 'Bereidheid tot exposuregebruik', 'Geloofwaardigheid', 'Persoonlijke aantrekking' en 'Persoonlijke vermijding' zijn gescoord op een 8-punts Likert schaal variërend van 'Oneens' tot en met 'Eens' (range 1-8), waarbij een hogere score een toename in de gemeten attitude representeert. De totale schaalcores werden hierbij berekend als het gemiddelde van de item scores.

Bereidheid tot exposuregebruik. Deze schaal meet de mate waarin men zichzelf bereid toont exposure toe te passen, en werd ingevuld aan de hand van 11 items (bv., 'Zou ik exposure daadwerkelijk uitvoeren in de sessie'; Cronbachs $\alpha = 0.91$).

Geloofwaardigheid. Deze schaal is een maat voor de geloofwaardigheid van exposure als interventie, en werd ingevuld aan de hand van 4 items (bv., 'Als een goede vriend van mij een angststoornis zou hebben, zou ik exposure als behandeltechniek aanraden'; Cronbachs $\alpha = 0.85$). De schaal is overgenomen uit het onderzoek door van Minnen et al. (2010) naar exposure gebruik bij PTSS.

Barrières tot exposuregebruik. De schaal is een maat voor waargenomen barrières bij het gebruik van exposure, en bestaat uit de (sub)schalen, 'Persoonlijke aantrekking' en 'Persoonlijke vermijding'.

Persoonlijke aantrekking. Deze schaal meet aan de hand van 5 items (bv., 'Ik lees veel over exposure') de mate van persoonlijke aantrekking ten aanzien van exposure (Cronbachs $\alpha = 0.86$).

Persoonlijke vermijding. Deze schaal meet aan de hand van 10 items (bv., 'Ik durf geen exposure-oefeningen te doen bij mijn cliënten') de mate waarin respondenten het gebruik van exposure vermijden (Cronbachs $\alpha = 0.87$).

Praktische barrières. Bij deze items werd gevraagd in hoeverre materiaal op de werkvloer beschikbaar was om exposure uit te kunnen voeren, zoals behandelprotocollen en exposuremateriaal.

Training en ervaring

Deze schaal geeft de mate weer waarin respondenten professioneel getraind zijn op het gebied van exposure en dit wordt gemeten aan de hand van 6 items (bv., 'Ik ben goed op de hoogte van de nieuwste bevindingen rondom exposure'; Cronbachs $\alpha = 0.88$). Items zijn gescoord op een 8-punts Likert schaal variërend van 'Oneens' tot en met 'Eens' (range 1-8), waarbij een hogere score meer professionele training betekent. Ook werd gevraagd naar de mate van behandelervaring (in jaren) en de caseload (hoeveel patiënten met angststoornissen ten opzichte van de totale caseload).

Daarnaast werd geïnventariseerd wat de mate van exposure-onderwijs was na de master/ doctoraal fase. Om de samenstelling van dit onderwijs beter te inventariseren, werd gevraagd in hoeverre tijdens de opleiding aandacht was voor praktische vaardigheden, diagnostische kennis en empirische kennis over exposure. Deze vragen werden per stoornis voorgelegd en gescoord op een 8-punts Likert schaal variërend van 'Geen' tot en met 'Zeer veel' (range 1-8), waarbij een hogere score meer onderwijs betekent.

Analyse

Exposuregebruik zal worden onderzocht aan de hand van descriptieve statistieken. Met behulp van Spearman rang correlaties (ρ) zal de relatie tussen het gebruik van exposure, attitudes ten opzichte van exposure en training bekend worden. Vanwege de veelheid aan correlatieberekeningen werd voor een alpha van 0.001 gekozen.

RESULTATEN

Het gebruik van exposure.

Vrijwel alle deelnemers (97.8%) gaven aan exposure te gebruiken tijdens het behandelen. De voornaamste redenen hiervoor waren dat 'exposure wetenschappelijk wordt ondersteund' en 'persoonlijk klinische ervaring uitwijst dat exposure effectief is'. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van het specifieke exposuregebruik.

Sociale angststoornis. De meest gebruikte exposure interventies bij sociale angststoornis waren 'huiswerkopdrachten gericht op exposure' (frequent = 89.1%), 'in vivo exposure (uitgevoerd door cliënt)' (frequent = 78.4%) en 'exposure en responspreventie' (frequent = 45.4%).

Enkelvoudige fobieën. Bij enkelvoudige fobieën waren de meest gebruikte exposure interventies 'huiswerkopdrachten gericht op exposure' (frequent = 89.2%), 'in vivo exposure (uitgevoerd door cliënt)' (frequent = 79.9%) en 'in vivo exposure (uitgevoerd met therapeut)' (frequent = 52.2%).

Obsessief compulsieve stoornissen (ocs). De meest gebruikte exposure interventies bij ocs waren 'huiswerkopdrachten gericht op exposure' (frequent = 89.2%), 'exposure en respons preventie' (frequent = 87.4%) en 'in vivo exposure (uitgevoerd door cliënt)' (frequent = 82.1%).

Paniekstoornis. De meest gebruikte exposure-interventies bij paniekstoornis waren 'huiswerkopdrachten gericht op exposure' (frequent = 90.7%), 'in vivo exposure (uitgevoerd door cliënt)' (frequent = 82.7%) en 'interoceptieve exposure' (frequent = 61%).

Overige interventies. Naast exposure-interventies werden ook cognitieve interventies, zoals cognitieve herstructurering frequent (range 67.4% tot 83.8%) gebruikt, en algemene psycho-educatie (85.7% - 89.5%). Ademhalings- en ontspanningsoefeningen werden relatief weinig toegepast (16.7% - 44.5%).

Attitudes ten opzichte van exposure

Bereidheid. De totale groep respondenten ($n = 490$) scoorde 6.25 op deze schaal ($sd = 1.26$; steekproef range 4.55 - 7.73), waarmee de bereidheid tot exposuregebruik als ruim voldoende kan worden beoordeeld.

Geloofwaardigheid. De totale groep respondenten ($n = 490$) scoorde 7.16 op deze schaal ($sd = 0.98$; steekproef range 1.00 - 8.00), en beoordeelt exposure daarmee als zeer geloofwaardig.

Barrières

Persoonlijke aantrekking. De totale groep respondenten ($n=490$) scoorde 6.02 op deze schaal ($sd = 1.30$; steekproef range 1.00 - 7.00), en beoordeelt exposure daarmee als een aantrekkelijke behandeling.

Persoonlijke vermijding. De totale groep respondenten ($n=490$) scoorde 2.05 op deze schaal ($sd = 0.89$; steekproef range 1.00 - 7.00), waarmee de vermijding van exposure gebruik als 'beperkt' kan worden beoordeeld.

Praktische barrières. 55.3% van de respondenten was niet tevreden over de mate waarin er op het werk goede protocollen beschikbaar zijn. Ook vond 22.2% dat er onvoldoende andere materialen voor het gebruik van exposure beschikbaar waren, zoals opname-apparatuur, filmpjes, bepaalde dieren en geluiden.

Samenhang attitudes en exposuregebruik

Wat betreft de samenhang tussen attitudes ten opzichte van exposure en het gebruik van exposure werd voor alle stoornissen een consistent patroon gevonden. Tabel 2 geeft een overzicht van alle Spearman correlaties. Zowel bereidheid, geloofwaardigheid als aantrekkingskracht hing positief en significant samen met het gebruik van exposure in vivo (uitgevoerd door de therapeut of door de cliënt), en met huiswerkopdrachten voor exposure. Ook werd een positieve en significante samenhang gevonden tussen bereidheid, geloofwaardigheid en aantrekkingskracht enerzijds en het gebruik van stoornisspecifieke exposure-interventies anderzijds, zoals interoceptieve exposure bij paniekstoornis en exposure en responspreventie bij ocs. Het ervaren van praktische barrières hing negatief samen met het gebruik van exposure in vivo, uitgevoerd door de therapeut. Voor persoonlijke vermijding werd geen verband gevonden met het gebruik van exposure.

Training

Qua behandelervaring, geeft een groot deel van de respondenten aan 'sociale angststoornissen' te behandelen' (97.1%), met vergelijkbare percentages voor specifieke fobie (91.4%), ocs (90.4%), en paniekstoornis (95.3%). Het gemiddelde aantal cliënten met een angststoornis in de huidige case-load is 12.3 ($sd = 10.0$), en over de afgelopen 3 maanden was dit 14.9 ($sd = 11.8$). Het gemiddelde aantal sessies dat nodig is om de behandeling van deze stoornissen af te ronden schat men op 15.3 ($sd = 6.0$). De respondenten hebben 16,1 jaren behandelervaring ($sd = 9.44$).

De totale groep ($n = 490$) scoorde 6,45 op de schaal training ($sd = 1.26$; steekproef range 1.00 – 8.00), en beoordeelt zichzelf daarmee als voldoende tot goed getraind in exposure. Er is een significant verschil gevonden in lidstatus ($f(2,487) = 20.61, p = 0.001$), waarbij post hoc analyse toont dat alle drie de groepen significant van elkaar verschillen, en zoals men kan verwachten de aspirant leden zich het minst en de supervisors het meest bekwaam voelen in exposure.

Over het algemeen geven de meeste leden (64.1%) aan dat het onderwijs over exposure na de master/ doctoraal fase voldoende was. 25.6% van de leden gaf aan algemene CGT training met beperkte aandacht voor exposure te hebben ontvangen, 24.1% klinische supervisie met een ervaren professional, 20.7% professionele ervaring en training in basisvaardigheden, 17.9% workshop onderwijs en 11.7% specifieke exposure training. Ondanks de indruk dat men tevreden was over het onderwijs, gaf 55.6% van de aspirant-leden, 35.8% van de gewone leden en 23.1 % van de supervisors aan meer opleiding te willen krijgen in exposure.

Tabel 1 Overzicht interventiegebruik door CGT therapeuten in percentages.

	Sociale Angst (n=476)				(Enkelvoudige) Fobie (n=448)			
	Frequent	Soms	Zelden	Nooit	Frequent	Soms	Zelden	Nooit
Basisinterventies								
Opstellen van angst-hiërarchie	69.9	22.1	6.5	1.5	82.8	10.3	4.2	2.7
Uitleggen rationale exposure	94.5	4.2	1.1	0.2	96.3	2.9	0.4	0.4
Exposure interventies								
In vivo exposure (uitgevoerd met therapeut)	35.1	37.2	21.2	6.5	52.2	30.8	12.1	4.9
In vivo exposure (uitgevoerd door cliënt)	78.4	14.9	4.8	1.9	79.9	13.6	4.5	2.0
Imaginaire exposure	24.6	37.8	28.4	9.2	26.8	37.7	23.0	12.5
Exposure en respons preventie	45.4	28.8	15.5	10.3	47.6	23.4	16.1	12.9
Interoceptieve exposure	13.7	26.3	33.1	26.9	7.8	26.1	29.2	36.9
Huiswerk-opdrachten gericht op exposure	89.1	8.4	1.9	0.6	89.2	8.3	1.8	0.7
CT								
Cognitieve herstructurering	83.8	14.1	1.9	0.2	67.4	22.1	8.5	2.0
Huiswerk-opdrachten gericht op cognitieve herstructurering	74.4	19.3	5.7	0.6	59.4	23.9	11.6	5.1
Algemeen								
Psycho-educatie	89.5	8.0	1.9	0.6	85.7	7.8	2.9	3.6
Ademhalingsoefeningen	29.8	30.5	22.3	17.4	25.9	29	21.4	23.7
Ontspanningsoefeningen	28.2	35.9	25.4	10.5	26.6	33.2	23	17.2

ocs (n=443)				Paniek (n=467)			
Frequent	Soms	Zelden	Nooit	Frequent	Soms	Zelden	Nooit
75.3	15.6	6.8	2.3	83.2	11.3	3.4	2.1
94.3	4.1	1.1	0.5	96.4	3.0	0.4	0.2
39.1	38.1	17.4	5.4	52.3	26.1	16.7	4.9
82.1	10.6	5	2.3	82.7	11.6	3.6	2.1
20.5	34.6	28.4	16.5	28.1	31.6	24	16.3
87.4	9.9	2.0	0.7	47.3	20.6	17.1	15
7.4	19.6	29.8	43.2	61	16.9	13.7	8.4
89.2	8.8	1.1	0.9	90.7	6.9	1.5	0.9
76.3	17.6	4.5	1.6	82.9	14.3	2.6	0.2
68.6	22.1	7.0	2.3	76.8	17.8	4.5	0.9
88.5	6.1	2.0	3.4	89.1	6.6	1.9	2.4
16.7	24.8	23.9	34.6	43.7	25.9	14.3	16.1
19.9	29.3	26	24.8	44.5	29.6	14.8	11.1

Tabel 2 Spearman's rho (ρ) tussen exposuregebruik en exposure attitudes.

	Bereidheid	Geloofwaardigheid	Vermijding	Aantrekking	Praktische nadelen
Sociale Angst					
In vivo exposure (uitgevoerd et therapeut)	0.34*	0.18*	-0.12	0.25*	-0.18*
In vivo exposure uitgevoerd door cliënt	0.22*	0.25*	-0.06	0.24*	-0.02
Imaginaire exposure	0.03	-0.06	-0.05	0.01	-0.07
Exposure en respons preventie	0.08	0.08	0.01	0.07	-0.04
Interceptieve exposure	0.08	-0.40	0.00	0.00	-0.01
Huiswerkopdrachten gericht op exposure	0.25*	0.28*	-0.10	0.31*	-0.02
(Enkelvoudige) Fobie					
In vivo exposure (uitgevoerd met therapeut)	0.37*	0.20*	-0.15	0.24*	-0.20*
In vivo exposure (uitgevoerd door cliënt)	0.17*	0.27*	-0.16*	0.22*	-0.12
Imaginaire exposure	0.03	0.00	-0.09	-0.01	-0.08
Exposure en respons preventie	0.10	0.12	0.00	0.09	-0.10
Interceptieve exposure	0.10	0.01	-0.07	0.03	-0.09
Huiswerkopdrachten gericht op exposure	0.18*	0.24*	-0.17*	0.26*	0.12

	Bereidheid	Geloofwaardigheid	Vermijding	Aantrekking	Praktische nadelen
OCS					
In vivo exposure (uitgevoerd met therapeut)	0.29*	0.20*	-0.16*	0.23*	-0.16*
In vivo exposure (uitgevoerd door cliënt)	0.12	0.17*	-0.11	0.18*	-0.07
Imaginaire exposure	0.04	0.00	-0.08	-0.02	-0.09
Exposure en respons preventie	0.15*	0.26*	-0.13	0.24*	-0.10
Interceptieve exposure	0.04	-0.03	-0.05	0.00	-0.05
Huiswerkopdrachten gericht op exposure	0.16*	0.28*	-0.13	0.23*	-0.09
Paniek					
In vivo exposure (uitgevoerd met therapeut)	0.30*	0.25*	-0.15*	0.25*	-0.15*
In vivo exposure (uitgevoerd door cliënt)	0.17*	0.23*	-0.14	0.22*	-0.05
Imaginaire exposure	-0.02	-0.09	0.02	-0.04	-0.01
Exposure en respons preventie	-0.01	0.05	-0.05	-0.01	-0.07
Interceptieve exposure	0.27*	0.33*	-0.14	0.21*	-0.06
Huiswerkopdrachten gericht op exposure	0.22*	0.26*	-0.08	0.25*	-0.02

*Significant bij $\alpha=0.001$ (tweezijdig)

Soort training per stoornis

In tabel 3 staan de gemiddelden van de mate waarin exposure-onderwijs is gekregen in praktische vaardigheden, diagnostische vaardigheden en empirische vaardigheden per stoornis.

Tabel 3 Gemiddelden mate van training in exposure per stoornis.

	Sociale angst	Specifieke fobie	OCS	Paniekstoornis
Praktische kennis	5.16	5.32	5.02	5.48
Diagnostische kennis	4.83	5.18	5.01	5.31
Empirische kennis	4.98	5.26	5.03	5.37

Noot: de schaal loopt van 1 (geen) tot 8 (zeer veel), en 5 is voldoende.

Er werden geen significante verschillen gevonden in lidstatus, behalve voor praktische ($f(2,10.43) = 5.67, p < .004$) en diagnostische kennis bij OCS ($f(2,11.53) = 6.89, p < .001$), waarbij supervisoren aangaven significant meer onderwijs te hebben gekregen dan aspiranten.

Samenhang training en exposuregebruik

In tabel 4 staan de Spearman correlaties weergegeven tussen exposure gebruik en de mate waarin men onderwijs heeft gehad in exposure. Over alle stoornissen heen werd consistent gevonden dat onderwijs over exposure (zowel praktisch, diagnostisch als empirisch) positief en significant samenhangt met het gebruik van exposure (zowel gegeven in aanwezigheid van de therapeut als exposure uitgevoerd door de cliënt), en met huiswerkopdrachten voor exposure. Ook voor stoornisspecifieke exposure-interventies werden significante positieve correlaties gevonden met de mate van onderwijs, zoals voor exposure en responspreventie bij OCS en voor interoceptieve exposure bij paniekstoornis.

Tabel 4 Spearman's rho (ρ) tussen mate van onderwijs (naar type) en exposuregebruik.

	Sociale Angst ($n=476$)			(Enkelvoudige) Fobie ($n=448$)		
	Praktisch	Diagnostisch	Empirisch	Praktisch	Diagnostisch	Empirisch
In vivo (uitgevoerd met therapeut)	0.18*	0.17*	0.12*	0.15*	0.14	0.14*
In vivo (uitgevoerd door cliënt)	0.20*	0.16*	0.21*	0.16*	0.15*	0.16*
Imaginaire exposure	0.02	0.05	0.01	0.08	0.09	0.06
Exposure en responspreventie	0.08	0.13	0.09	0.11	0.10	0.13
Interoceptieve exposure	-0.01	0.06	0.04	0.14	0.12	0.12
Huiswerkopdrachten gericht op exposure	0.20*	0.15*	0.21*	0.19*	0.17*	0.18*

* Significat bij $\alpha=0.001$ (tweezijdig).

De relatie tussen de mate van onderwijs over exposure, behandelervaring en attitudes.

De in tabel 5 weergegeven Spearman correlaties zijn consistent met de verwachting dat meer ontvangen onderwijs positief samenhangt met positievere attitudes over exposure. Opvallend is dat er nauwelijks relatie is tussen behandelervaring of caseload en attitudes over exposure.

Tabel 5 Spearman's rho (ρ) tussen attitudes, protocollen en mate van onderwijs, behandelervaring en caseload.

Schaalscore	Mate van onderwijs	Behandelervaring	Caseload
Bereidheid	.20*	-.10	.05
Geloofwaardigheid	.25*	-.08	.12
Persoonlijke aantrekkingskracht	.32*	.07	.08
Persoonlijke vermijding	-.22*	-.14	-.13
Praktische bezwaren	.25*	-.05	-.06

*Significant bij $\alpha=0,001$ (tweezijdig).

Wel werd er (zie tabel 6) een significante positieve relatie gevonden tussen caseload en exposure in vivo gebruik (met of zonder therapeut) bij vrijwel alle stoornissen, en een positieve significante relatie tussen het aantal jaren behandelervaring en het gebruik van sommige specifiekere exposure-interventies zoals exposure en responspreventie bij ocs en imaginaire exposure bij alle angststoornissen.

OCS (n=443)			Paniek (n=467)		
Praktisch	Diagnostisch	Empirisch	Praktisch	Diagnostisch	Empirisch
0.24*	0.19*	0.21*	0.21*	0.19*	0.16*
0.29*	0.27*	0.21*	0.25*	0.22*	0.21*
0.06	0.06	0.02	0.04	0.02	0.02
0.30*	0.28*	0.25*	0.11	0.09	0.11
0.05	0.05	0.04	0.32*	0.31*	0.26*
0.30*	0.29*	0.26*	0.29*	0.27*	0.24*

Tabel 6 Spearman's rho (ρ) tussen mate van behandelervaring en caseload en exposuregebruik.

	Sociale angst ($n=476$)		(Enkelvoudige) Fobie ($n=448$)		OCS ($n=443$)		Paniek ($n=467$)	
	Ervaring	Caseload	Ervaring	Caseload	Ervaring	Caseload	Ervaring	Caseload
In vivo exposure (uitgevoerd et therapeut)	.04	.14*	.09	.18*	.11	.21*	.10	.12
In vivo exposure (uitgevoerd door cliënt)	.04	.14*	.12	.17*	.14	.13	.13	.13
Imaginaire exposure	.21*	-.06	.21*	.01	.18*	.05	.17*	-.05
Exposure en respons preventie	.08	.03	.10	.02	.16*	.13	.10	.01
Interceptieve exposure	.12	.04	.17*	.01	.13	.02	-.03	.12
Huiswerkopdrachten gericht op exposure	.06	.07	.14	.12	.13	.11	.10	.08

*Significant bij $\alpha=0.001$ (tweezijdig).

DISCUSSIE

In dit onderzoek werd het gebruik van exposure onder Nederlandse CGT therapeuten onderzocht. Gevonden is dat de overgrote meerderheid van de therapeuten (97,8%) op zijn minst enige vorm van exposure-interventies toepast bij de behandeling van patiënten met angststoornissen. De belangrijkste redenen hiervoor waren dat de behandeling effectief is en wetenschappelijk onderbouwd. Ook beoordeelde men exposure als geloofwaardig en aantrekkelijk, en ervaart men weinig barrières om exposure toe te passen. Meer specifiek valt op dat over alle stoornissen heen 'huiswerkopdrachten gericht op exposure' het meest wordt toegepast, kort gevolgd door 'in vivo exposure (uitgevoerd door cliënt)'. Blijkbaar wordt exposure voornamelijk zelfstandig door de cliënt uitgevoerd buiten de behandelkamer.

In vergelijking met de resultaten over exposure gebruik in de vs (Freiheit et al., 2004) blijkt bij Nederlandse patiënten met een angststoornis veel vaker exposure te worden toegepast. Dit wordt met name zichtbaar bij het gebruik van stoornisspecifieke interventies: In de vs kreeg 26% van de patiënten met ocs geen exposure- en responspreventie, in Nederland is dat 2,7%. In de vs kreeg 76% van de patiënten met een paniekstoornis geen interoceptieve exposure, versus 22,1% in Nederland. Een verklaring voor deze verschillen kan zijn dat het onderzoek van Freiheit et al. niet specifiek werd verricht onder CGT-therapeuten en 7 jaar eerder werd uitgevoerd, en daardoor niet helemaal vergelijkbaar is. Een reden kan ook zijn dat in Nederland CGT een dominante therapie is. Zo heeft de VGCT bijvoorbeeld meer dan 3000 leden die opgeleid zijn of worden tot CGT therapeut, terwijl de Amerikaanse CGT tak, de AABCT, in verhouding veel minder leden telt (rond de 5000 leden). Ook zou de werving voor het onderzoek, waarin duidelijk werd genoemd dat het een onderzoek naar exposure betrof, de selectiviteit van de respons kunnen hebben beïnvloed. Het is mogelijk dat het onderzoek daardoor vooral therapeuten heeft aangetrokken die geïnteresseerd zijn in exposure, wat de cijfers over exposuregebruik enigszins kan hebben geflatteerd.

In ons onderzoek vonden we dat Nederlandse therapeuten over het algemeen een positieve attitude hebben over exposure als behandeltechniek, ze beoordeelden exposure als geloofwaardig, aantrekkelijk en rapporteerden weinig barrières om het uit te voeren. In aansluiting op Shafran et al. (2009), vonden we aanwijzingen dat de attitude ten opzichte van exposure samenhangt met het gebruik ervan. Zij die vaak 'actieve' exposure inzetten toonden een grotere bereidheid om exposure te gebruiken, beoordeelden exposure als meer geloofwaardig en voelden zich meer aangetrokken tot exposure. Dit gold over alle angststoornissen heen, maar ook voor stoornisspecifieke exposure-interventies zoals interoceptieve exposure bij paniekstoornis en exposure en responspreventie bij ocs. Dit zou kunnen betekenen dat het beïnvloeden van attitudes over exposure mogelijk een positieve invloed heeft op het gebruik

ervan. Zo zou het aantrekkelijker maken van de techniek 'exposure' kunnen helpen bij een betere disseminatie ervan in de klinische praktijk. Sommige auteurs hebben weleens gesuggereerd dat met name exposure als behandeltechniek te lijden heeft onder een *public relations* probleem, en wel wat hipper en sexyer aan de man gebracht zou kunnen worden (Richard & Gloster, 2007). Vermijdingsgedrag van therapeuten, omdat exposure misschien ook spannend kan zijn om uit te voeren, leek geen belangrijke rol te spelen bij het al dan niet gebruiken van exposure.

Het was opvallend dat men vond dat materiaal om exposure goed uit te kunnen voeren, zoals protocollen en exposure-materiaal, onvoldoende beschikbaar is op de werkplek. Praktische bezwaren waren negatief gerelateerd aan het gebruik van exposure, dus dat kan gezien worden als een belangrijke barrière. Om deze barrière te overkomen zouden werkgevers exposure beter kunnen faciliteren, waarbij gedacht kan worden aan goede opnameapparatuur en de beschikbaarheid van protocollen. Maar ook therapeuten zelf zouden het beschikbare exposure-materiaal (bv geschikte filmpjes met beeld en geluid, tips om bepaalde dieren te vinden etc.) beter kunnen delen met elkaar, zoals op het kennisnetwerk van de VGCT momenteel gebeurt. Uit onze gegevens bleek echter ook dat meer onderwijs samenhang met minder praktische bezwaren, dus onderwijs kan ook bijdragen aan het slechten van deze barrière.

Wat betreft het onderwijs over exposure, beoordeelde ruim 60% de mate van ontvangen postdoctoraal onderwijs over exposure als voldoende. Zoals we verwachtten, gebruikten therapeuten exposure vaker indien ze meer onderwijs hadden gehad in exposure en naarmate ze meer behandelervaring hadden. Onderwijs hing ook samen met attitudes ten opzichte van exposure; hoe meer onderwijs men had gehad, des te positiever de attitudes ten opzichte van exposure. Opvallend genoeg hingen behandelervaring en caseload niet samen met deze attitudes, wat aangeeft dat niet zozeer de behandelervaring leidt tot veranderde inzichten, maar dat onderwijs en training daarvoor noodzakelijk is.

Al met al geven de resultaten van dit onderzoek reden tot een zeker optimisme. Zeker vergeleken met de gegevens uit de vs kunnen we concluderen dat cognitief-gedragstherapeuten in Nederland exposure-technieken in voldoende mate gebruiken bij patiënten met angststoornissen, er positief tegenover staan en in voldoende mate zijn opgeleid. Het huidige onderzoek geeft echter nog geen antwoord op de vraag of de exposure ook correct wordt uitgevoerd en in een goede dosering wordt aangeboden. Dat zou in vervolgonderzoek verder onderzocht moeten worden. Het huidige onderzoek geeft wel aanwijzingen voor mogelijke verbeteringen in het gebruik van exposure.

Zo blijkt bijvoorbeeld dat nog lang niet elke patiënt met een angststoornis goed, dat wil zeggen volgens de officiële richtlijnen, behandeld wordt. Zelfs niet als hij of zij behandeld wordt door een cognitieve gedragstherapeut. Uit onze resultaten bleek bijvoorbeeld dat bijna 22% van de patiënten met een paniekstoornis geen interoceptieve exposure ontving, en ongeveer 20% van de

patiënten lang niet altijd exposure in vivo oefeningen. Dit zijn interventies die je standaard bij cognitieve gedragstherapeuten zou verwachten in geval van het behandelen van een patiënt met een bepaalde angststoornis. Toch kunnen we niet zomaar uit onze studie concluderen dat deze patiënten dus niet 'goed' of 'effectief' behandeld zijn.

Cognitieve interventies werden bijvoorbeeld ook vaak gebruikt, en er kan een zekere overlap zijn tussen exposure technieken en cognitieve technieken. Zo kan de betreffende therapeut interoceptieve exposure hebben gebruikt in het kader van een gedragsexperiment, en het daarom hebben aangekruist als cognitieve therapie in plaats van interoceptieve exposure. Of kan de therapeut in plaats van exposure succesvol een EMDR of ACT behandeling hebben verricht bij een bepaalde angstpatiënt? Ook dat laatste is niet ondenkbaar, omdat therapeuten in deze studie aangaven dat ongeveer een kwart van hun patiënten geen exposurebehandeling wilde ondergaan. Om hier beter zicht op te krijgen is het in vervolgonderzoek dan ook van belang om beter te onderzoeken wat patiënten werd aangeboden *in plaats van exposure*, en hoe dit aanbod zich verhoudt tot preferenties van patiënten.

Toekomstige ontwikkelingen in onderwijs zouden de disseminatie van exposure kunnen stimuleren. Ondanks de algehele tevredenheid over het onderwijs, gaf maar liefst 35% van de gewone leden en 23% van de supervisors aan meer exposure-onderwijs te willen hebben. Dat zou te maken kunnen hebben met het feit dat men aangaf dat het genoten onderwijs voornamelijk bestond uit algemeen exposure-onderwijs, en in mindere mate was gericht op specifieke exposure-interventies (bijvoorbeeld onderwijs over exposure en responspreventie bij OCS). Misschien is er behoefte aan meer specifieke kennis over exposure. Hoe exposure het meest effectief onderwezen kan worden is echter nog onduidelijk. Uit ons onderzoek blijkt dat niet alleen vaardigheden onderwezen moeten worden, maar ook empirische en diagnostische kennis, waardoor tevens attitudes ten opzichte van exposure ten gunste beïnvloed worden. Uit pilot-onderzoek naar de beste manier van het trainen in exposure (Harned et al., 2010) kwam naar voren dat online training in exposure effectief was, en dat het toevoegen van een motivatietraining een extra effect had, vooral in het verhogen van de positieve attitude ten opzichte van exposure. Die bevindingen sluiten aan bij ontwikkelingen in het zogenaamde 'Blended Learning' (Cucciare et al., 2008), waarin diverse onderwijsmethoden worden geïntegreerd. De integratie van software applicaties, web based learning, live e-learning in combinatie met klassikale lessen en verschillende vormen van zelfstudie, wordt hierbij als een effectieve onderwijsstrategie omschreven. Verder onderzoek zal daarbij moeten uitwijzen hoe exposure het meest optimaal onderwezen en geïmplementeerd kan worden.

SUMMARY

Exposure therapy in treating anxiety disorders

This research aimed to examine the usage of exposure therapy in treating anxiety disorders with an internet survey amongst members of the Dutch Association for Behavioral and Cognitive Therapists (490). Data indicates that exposure is frequently used by Dutch CBT therapists and that improvements in the procedure of treatment are feasible, especially where it concerns disorder specific interventions. The expectation was supported that clinicians who use exposure more frequently, are also more prepared to practise it, perceive the method as more reliable and see fewer barriers for usage. Also, there was a relationship between the extent of education and the practise of exposure. Although clinicians seemed satisfied, they reported that more education is needed. It is concluded that exposure dissemination propitiates in the Netherlands, although improvements are required, and that future research should focus on a form of education to overcome the gap between research and the use of specific exposure interventions in daily practice.

Key words: exposure therapy, anxiety disorders, internet survey, disorder specific interventions

LITERATUUR

- Abramowitz, J.S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy* 27 (4), 583-600.
- Addis, M.E., & Krasnow, A.D. (2000). A national survey of practicing psychologists' attitudes toward psychotherapy treatment manuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 331-339.
- Balkom, A.J.L.M. van, Bakker, A., & Spinhoven, Ph., (1997). A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: a comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral, and combination treatments. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 510-516.
- Bebbington, P.E., Meltzer, H., Brugha, T.S., Farrell, M., Jenkins, R., Ceresa, C., & Lewis, G. (2000). Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychological Medicine*, 30(6), 1359-1367.
- 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 (3), 277-292.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Cahill, S.P., Rothbaum, B.O., Rosick, P.A., & Folette, V. (2009). Cognitive-behavioural therapy for adults. In E.B. Foa, T.M. Keane, M.J. Friedman, & J.A. Cohen (Red.), *Effective treatments for PTSD* (pp. 139-222). New York: The Guilford Press.
- Chambless, D.L., Sanderson, W.C., Shoham, V., Bennett Johnson, S., Pope, K.S., Crits-Christoph, P., Baker, M., Johnson, B., Woody, S.R., Sue, S., Beutler, L., Williams, D.A., & McCurry, S. (1996). An update on empirically-validated therapies. *The Clinical Psychologist*, 49, 5-18.

- Craske, M.G. (1999). *Anxiety disorders. Psychological approaches to theory and treatment*. Boulder, Westview Press.
- Cucciare, M.A., Weingardt, K.R., & Villafranca, S. (2008). Using blended learning to implement evidence-based psychotherapies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 15 (4), 299-307.
- Feeny, N.C., Hembree, E.A., & Zoellner, L.A. (2003). Myths regarding exposure therapy for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10 (1), 85-90.
- Fedoroff, I.C., & Taylor, S. (2001). Psychological and pharmacological treatments of social phobia: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 21 (3), 311-324.
- Feske, U., & Chambless, D.L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26 (4), 695-720.
- Freiheit, S.R., Vye, C., Swan, R., & Cady, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anxiety: Is dissemination working? *The Behavior Therapist*, 27 (2), 25-32.
- Goisman, R.M., Warshaw, M.G., & Keller, M. B. (1999). Psychosocial treatments prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991-1996. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1819-1821.
- Gould, R.A., Otto, M.W., Pollack, M.H., & Yap, L. (1997). Cognitive behavioral and pharmacological treatment of generalized anxiety disorder: a preliminary meta-analysis. *Behavior Therapy*, 28, 285-305.
- Harned, M.S., Dimeff, L.A., Woodcock, E.A., & Skutch, J.M. (2010). Overcoming barriers to disseminating exposure therapies for anxiety disorders: A pilot randomized controlled trial of training methods. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (2), 155-163.
- Marcks, B.A., Weisberg, R.B., & Keller, M.B. (2009). Psychiatric treatment received by primary care patients with panic disorder with and without agoraphobia. *Psychiatric Services*, 60, 823-830.
- Minnen, A. van, Hendriks, H., & Olff, M. (2009). When do trauma experts choose exposure therapy for PTSD patients? A controlled study of therapist and patient factors. *Behaviour Research and Therapy*, 48 (4), 312-320.
- Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* (versie 2009, tweede revisie 2011). Trimbos instituut.
- Olatunji, B.O., Deacon, B.J., & Abramowitz, J.S. (2009). The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16 (2), 172-180.
- Richard, D.C.S., & Gloster, A.T. (2007). Exposure therapy has a public relations problem: A dearth of litigation amid a wealth of concern. In Richard, D.C.S., and D. Lauterbach (Ed.), *Handbook of exposure therapies* (pp. 409-425). New York: Academic Press / Elsevier.
- Rosa-Alcázar, A.I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A. & Marín-Martínez, F., (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310-1325.
- Sánchez-Meca, J., Rosa-Alcázar, A.I., Marín-Martínez, F., Gómez-Conesa, A. (2010). Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 37-50.
- Shafraan, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., Arntz, A., Barlow, D.H., Ehlers, A., Freeston, M., Garety, P.A., Hollon, S.D., Ost, L.G., Salkovskis, P.M., Williams, J.M.G., & Wilson, G.T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (11), 902-909.
- Weissman, M.M., Verdelli, H., Gameraoff, M.J., Bledsoe, S.E., Betts, K., Mufson, L., Fitterling, H., & Wickramaratne, P. (2006). National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Archives of General Psychiatry*, 63, 925-934.
- Wolitzky-Taylor, K.B., Horowitz, J.D., Powers, M.B. & Telch, M.J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28 (6), 1021-1037.

