

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

Over het hanteren van vermijding en veiligheidsgedrag bij de behandeling van angststoornissen

Overwegingen en praktische handvatten

ERIK TEN BROEKE & MARLEEN RIJKEBOER

Samenvatting

Exposure in vivo vormt de kern van de cognitief-gedragstherapeutische behandeling van angststoornissen. Recente inzichten tonen aan dat exposure in vivo zijn effectiviteit ontleent aan het creëren van een discrepantie tussen verwachte en daadwerkelijke gebeurtenissen in specifieke (angstaanjagende) situaties. Dit wordt disconfirmatie genoemd. Het optimaliseren van de (kans op) disconfirmatie is de belangrijkste taak van de gedragstherapeut bij het werken met exposure in vivo. Naast vele andere aspecten lijkt de rol van vermijding en veiligheidsgedrag daarbij essentieel. In dit artikel wordt kort ingegaan op de wetenschappelijke stand van zaken op dit gebied en zal vooral een aantal praktische, voorlopige handvatten worden gegeven voor het onderscheiden en hanteren van vermijdingsgedrag, coping en – met name – veiligheidsgedrag. Deze handvatten worden uitgewerkt aan de hand van het gebruik van functie- en betekenisanalyse binnen het model van geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. In het verlengde daarvan wordt het begrip *lines of defense* geïntroduceerd, ter ondersteuning van de gepresenteerde handvatten.

Trefwoorden: vermijding, veiligheidsgedrag, exposure in vivo, angststoornissen, lines of defense

INLEIDING

.....

3

Cognitieve gedragstherapie bij angststoornissen is in belangrijke mate gericht op het falsificeren van de angstige verwachtingen die de buitensporige angst aansturen (Craske, Treanor, Conway, Zbozinek, & Vervliet, 2014; Rijkeboer & van den Hout, 2014; zie ook: Korrelboom & ten Broeke, 2014, hoofdstuk 12). Daartoe staan de cognitieve gedragstherapeut verschillende interventies ten dienste, bijvoorbeeld de socratische uitdaging (het ‘gedachterapport’) en de recent ontwikkelde *flashforward*-techniek (zie bijvoorbeeld: Logie & de Jongh, 2014). Veruit de best onderzochte interventie is exposure in vivo (EV; Craske et al., 2014). Volgens recente inzichten is EV vooral een methode om angstige *verwachtingen* te ontcrachten door het creëren van disconfirmatie (*expectancy violation*; Craske et al., 2014; vergelijk: van den Hout & Merckelbach, 1993). Het creëren van disconfirmatie, waardoor geleerde responsen verdwijnen, wordt in de leertheorie *extinctie*¹ genoemd. Inmiddels is zeer aannemelijk gemaakt dat *extinctie* niet leidt tot het verbreken van de associatie tussen CS en US/UR, maar tot de vorming van nieuwe CS→non-US/UR-associaties (Bouton, 1994). Craske en collega’s (2008) noemen dit inhibitorisch leren (*inhibitory learning*). De idee is dat de CS→non-US/UR de CS→US/UR zal gaan domineren. Een klinisch voorbeeld is een angstige patiënt die de verwachting heeft dat het hebben van hartkloppingen (CS) de voorspeller is van een hartinfarct (US/UR), met paniek (CR) als gevolg: CS→US/UR→CR. Door middel van interoceptieve exposure (exposure aan hartkloppingen) leert de patiënt dat zijn hartkloppingen geen adequate voorspeller zijn van een hartinfarct: CS→non-US/UR. De essentiële volgende stap in de behandeling is exposure in vivo. De exposure vindt dan plaats aan verschillende situaties waarvan de patiënt – zeker als hartkloppingen optreden – gelooft dat het goede voorspellers zijn van een hartinfarct en daarmee paniekaanvallen. Bij de exposure in vivo moet de patiënt bij herhaling gaan ervaren dat hartkloppingen ook *in verschillende contexten* (bijvoorbeeld in de trein, in de bus of in de supermarkt) een slechte voorspeller zijn van een hartinfarct, waardoor hij tevens leert dat paniekaanvallen uitblijven. Naast

1 Lange tijd was de *emotional processing theory* van Foa en Kozak (1986) richtinggevend voor de behandeling van angststoornissen in het algemeen en de toepassing van EV in het bijzonder. Op grond van veel wetenschappelijk onderzoek is de theorie in belangrijke mate geamendeerd (Craske et al., 2008). Dat neemt niet weg dat belangrijke auteurs als Abramovitz en collega’s (2013) in sterke mate steunen op de theorie van Foa en Kozak. De ervaring leert voorts dat ook opvallend veel praktiserende gedragstherapeuten nog uitgaan van het idee van ‘habituatie’ als mechanisme van dienst bij EV; dat willen zeggen afname van de angst door langdurige blootstelling aan een stimulus. Verwacht mag worden dat recente publicaties in het *Tijdschrift voor Gedragstherapie* (Craske, et al., 2014 – Nederlandse vertaling verscheen in 2015, 4de nummer; Rijkeboer & van den Hout, 2014) van invloed zullen zijn op de wijze waarop gedragstherapeuten EV toepassen.

de nieuwe hartkloppingen(CS)→geen-hartinfarct(non-US/UR)-associatie vormt zich dan een ‘openbaar vervoer’(CS)→geen-paniekaanval(non-US/UR)-associatie. Deze nieuwe, ‘veilige’ associaties zullen de angstige anticipaties inhiberen. Hoewel is vastgesteld dat EV een effectieve interventie is, stelt Craske vast dat slechts de helft van de met EV behandelde patiënten daadwerkelijk opknapt: *‘Although rates vary by way the responder status is operationalized, and the range is wide, the mean nonresponse rate is a full 50% at post-CBT and 49% at follow-up’* (Craske, Liao, Brown, & Vervliet, 2012, p. 325). Niet om over naar huis te schrijven, zeker niet omdat het gaat om het ‘kroonjuweel’ van de CGT. Daarom beijveren Craske en anderen zich al jaren om de effectiviteit van EV te verbeteren (Craske & Mystkowski, 2006; Craske et al., 2008, 2012, 2014), waarbij hun inzichten in de werking van EV als belangrijkste richtsnoer geldt.

Craske en collega’s (2014) leggen sterke nadruk op het expliciet en zo optimaal mogelijk creëren van disconfirmatie tijdens EV. De patiënt moet overtuigend ervaren dat de gevreesde uitkomst niet optreedt. Bovendien moet de patiënt het uitblijven van die uitkomst correct duiden, en haar bijvoorbeeld niet toedichten aan het gestelde veiligheidsgedrag (zie verderop). Craske en collega’s geven verscheidene handvatten die de clinicus hierbij kunnen helpen: leg geen nadruk meer op de noodzaak van angstreductie tijdens exposure; evenmin op het strikt volgen van een ‘angsthierarchie’; varieer de duur van de exposure; voer de exposureopdrachten in verschillende contexten uit; maak gebruik van *retrieval cues*; pas *verbal labelling* toe; en beïnvloed het veiligheidsgedrag en de veiligheidssignalen (Craske et al., 2014; zie ook: Rijkeboer & van den Hout, 2014).

Met name op de rol van veiligheidsgedrag en veiligheidssignalen tijdens EV wordt hieronder nader ingegaan. Enerzijds laat wetenschappelijk onderzoek zien dat er op dit punt nog veel onduidelijk en onzeker is, anderzijds kunnen klinici baat hebben bij – zij het voorlopige – handvatten voor hoe zij in de praktijk kunnen omgaan met vermijding en veiligheidsgedrag bij de behandeling van angststoornissen met EV.

VEILIGHEIDSGEDRAG TIJDENS BLOOTSTELLING AAN CS'EN: PROBLEMATISCH OF NIET?

.....

De essentie van EV is de herhaalde blootstelling aan de angstaanjagende stimulus zonder dat de gevreesde ramp optreedt (extinctie). De angst in reactie op de stimulus zal dan verdwijnen, met andere woorden: de CR verdwijnt als bij herhaling de CS niet wordt gevolgd door de US/UR. Maar hoe kan het dat angstpatiënten angstig (CR) blijven ondanks het feit dat de gevreesde ramp (US/UR) nimmer optreedt bij confrontatie met de beangstigende situatie (CS)? Waarom treedt extinctie niet vanzelf op? Men kan beweren dat er nauwelijks of geen confrontaties met de CS plaatsvinden doordat patiënten

zoveel vermijden. Als dat het geval is, moet er echter in veel gevallen sprake zijn van een zeer omvangrijke en effectieve vermindering. Dat is niet uit te sluiten, maar hieronder zal worden aangevoerd dat het ‘praktisch’ is om aan te nemen dat ‘echte’ (lees: volledige) vermindering weinig voorkomt, hoewel die ook door de patiënt wordt nagestreefd. Zo is het niet waarschijnlijk dat een hondenfobicus erin slaagt nimmer geconfronteerd te worden met honden. Maar ondanks die herhaalde ‘onbetrachtigde’ exposure (er vindt geen hondenbeet plaats), treedt er geen extinctie op: de hondenfobicus blijft bang voor honden. Dit vraagt om een verklaring. Een deel van die verklaring lijkt gevonden te kunnen worden in de toepassing van veiligheidsgedrag of het inzetten van veiligheidssignalen² als confrontatie met de CS niet kon worden vermeden. Het uitblijven van de US/UR wordt dan ‘gevoelsmatig’ niet toegeschreven aan de zeer matige voorspellende waarde van de CS, maar aan de genomen maatregelen (veiligheidsgedrag) waarmee de ramp is afgewend. De overtuiging dat de CS toch wordt gevolgd door de US/UR (mits bepaald gedrag wordt vertoond) blijft dan onaangetast: de CS blijft een CR opwekken, hoewel de US/UR telkens uitblijft. Deze gang van zaken leidt schijnbaar tot een eenduidig advies aan klinici bij de uitvoering van EV: laat de patiënt zo snel mogelijk stoppen met het veiligheidsgedrag en verwijder alle veiligheidssignalen, zodat hij daadwerkelijk en overtuigend ervaart dat de CS niet wordt gevolgd door de US/UR, en er zich een nieuwe associatie kan vormen: *inhibitory learning* (Craske et al., 2008). Verscheidene experts stellen zich inderdaad op dit standpunt (bijvoorbeeld: Craske et al., 2014; Salkovskis, 1991; Wells et al., 1995).

Toch klinken er soms andere geluiden, namelijk dat het toestaan van veiligheidsgedrag tijdens EV niet altijd negatief uitpakt. Diverse studies laten namelijk tegenintuïtieve bevindingen zien: zo knappen mensen met dwangklachten op, ook al mogen zij tijdens EV hun handen schoonmaken met een doekje (Rachman, Shafran, Radomsky, & Zysk, 2011); ook vertonen patiënten met agorafobie na behandeling minder angst, terwijl het hun was toegestaan om tijdens de exposuresessies uit de situatie weg te gaan (Rachman, Craske, Tallman, & Solyom, 1986). Sommige experts roepen derhalve op tot een heroverweging van een dergelijk stringent verbod op veiligheidsgedrag en veiligheidssignalen, en vragen zich af of niet juist het ‘verstandig’ (*judicious*) gebruik van veiligheidsgedrag aan te bevelen is (bijvoorbeeld: Rachman, Radomsky, & Shafran, 2008; van den Hout, Engelhard, Toffolo, & van Uijen, 2011). Op basis van onderzoek naar de invloed van veiligheidsgedrag tijdens EV stelt ook Radomsky (2014) – zij het met enige slagen om de arm – dat mogelijk (1) het in eerste instantie toestaan van veiligheidsgedrag EV beter te tolereren maakt en het daarom – zeker in het begin van de behandeling – niet

- 2 Waar in de tekst wordt gesproken van veiligheidsgedrag wordt gemakshalve impliciet ook bedoeld op veiligheidssignalen. De conceptuele verschillen tussen beide zijn hier niet relevant.

moet worden ontmoedigd, laat staan verboden, (2) dat het toestaan van veiligheidsgedrag toenaderingsgedrag stimuleert, en (3) dat het mogen toepassen van veiligheidsgedrag mogelijk het vermogen van de patiënt faciliteert om te profiteren van correctieve informatie. Daarnaast merkt Radomsky op dat het tijdens EV mogen vermijden – door bij de CS weg te gaan als de angst te veel oploopt – tot even goede of zelfs betere resultaten leidt dan wanneer onder geen voorwaarde mag worden gevluht tijdens exposure.

Een recente meta-analyse over twintig studies waarin vermijdings- en/of veiligheidsgedrag al dan niet werd toegestaan tijdens EV bij angststoornissen geeft echter geen duidelijk beeld: hoewel het verbannen van dit gedrag iets effectiever lijkt dan het toestaan ervan, is het verschil in effect niet significant (Meulders, van Daele, Volders, & Vlaeyen, 2016). Dit brengt de cognitieve gedragstherapeut in een enigszins lastig parket: moet veiligheidsgedrag in het kader van een angstbehandeling nu wel of niet zo vergaand en zo snel mogelijk worden ‘verboden’? Verderop wordt een duidelijk, overwegend pragmatisch standpunt ingenomen in deze discussie, namelijk dat veiligheidsgedrag zo snel en volledig mogelijk moet worden teruggedrongen. Overigens valt of staat dit standpunt met welke omschrijving men hanteert voor ‘veiligheidsgedrag’. Daartoe zal eerst hieronder een nader voorstel worden gedaan. Vervolgens wordt op basis daarvan een taxatiestrategie beschreven die de clinicus kan helpen om vermijding, veiligheidsgedrag en coping in het kader van EV te onderscheiden, en wordt aangegeven hoe hij daar gedurende een angstbehandeling mee kan omgaan.

EEN OMSCHRIJVING EN PRAGMATISCHE BENADERING VAN VERMIJDING EN VEILIGHEIDSGEDRAG

.....

Allereerst is het – ook voor het verdere betoog – van belang om meer helderheid te krijgen over het gebruik van het begrip ‘veiligheidsgedrag’. Veiligheidsgedrag wordt soms als een paraplubegrip gehanteerd (Craske et al, 2014; Rachman et al., 2008; Radomsky, 2014), in die zin dat (a) ook vermijding(sgedrag) en coping eronder vallen, en (b) dat afhankelijk van de aard van de situatie (reële versus irreële dreiging) het gedrag zowel verstandig/veilig kan zijn, als onverstandig/niet nodig. Zo noemt Radomsky (2014) als voorbeelden van alledaags ‘veiligheidsgedrag’: een paraplu meenemen als er een reële kans is op regen, het goed voorbereiden van een voordracht, controleren hoe je haar zit door in de spiegel te kijken, of de ogen even dicht doen als de film te eng is. Met andere woorden, alledaags ‘veilig’ (lees: verstandig) gedrag valt in deze definitie eveneens onder ‘veiligheidsgedrag’. Dat laatste voorbeeld wordt hier niet direct gevolgd. Wij stellen daarentegen op overwegend pragmatische gronden voor om (a) vermijdingsgedrag expliciet te onderscheiden van veiligheidsgedrag, en (b) beide soorten gedragingen te onderscheiden van ‘normaal’, alledaags verstandig en dus ‘veilig’ gedrag

in de omgang met de gewone uitdagingen van het leven, en van coping met moeilijkheden en tegenslagen. Wij definiëren daartoe *vermijdingsgedrag* als gedrag dat is gericht op het *voorkomen of stoppen van confrontatie met CS-en* (respectievelijk passieve en actieve vermijding, oftewel vluchtgedrag), en *veiligheidsgedrag* als gedrag dat is gericht op het *afwenden van het optreden van US/UR-en*, en dat daardoor interfereert met het bewerkstelligen van extinctie (dat willen zeggen: met inhibitor leren) tijdens CS-exposure (zie ook: Milosovic & Radomsky, 2008; van den Hout, Reininghaus, van der Stap, & Engelhard, 2013). De achtergrond van die keuze is niet de veronderstelling dat er een juiste, minder juiste of zelfs foute visie zou bestaan op wat veiligheidsgedrag is. Wel wordt hier verdedigd dat het de beantwoording van de vraag of veiligheidsgedrag tijdens EV nu wel of niet moet worden teruggedrongen ten goede komt als zo eenduidig mogelijke omschrijvingen worden gehanteerd.

Bij het formuleren van een werkbaar antwoord op de vraag naar de invloed van veiligheidsgedrag tijdens EV is het van belang opnieuw in gedachten te roepen dat het bij angststoornissen in de regel gaat om het bestaan van een *irreële* verwachting dat er gevaar (US/UR) dreigt in bepaalde situaties (CS). Het is die verwachting die moet worden geherevalueerd. Meer in het bijzonder gaat het om disconfirmatie van specifieke verwachtingen, zodat zich een nieuwe CS→niet-US/UR-associatie kan vormen die de bestaande CS→US/UR-associatie inhibeert. Het is daarbij vanzelfsprekend van belang dat de patiënt het uitblijven van de US/UR toeschrijft aan de slechte voorspellende waarde van de CS, en niet aan het eigen gedrag. Craske en collega's (2014) stellen zich dan ook expliciet op het standpunt dat veiligheidsgedrag tijdens de therapie zo snel mogelijk moet worden teruggedrongen. 'Zo snel mogelijk' betekent dat eerder beter is dan later, maar dat er rekening moet worden gehouden met het feit dat de EV voor de patiënt acceptabel en haalbaar moet blijven. Daarmee wordt voorkomen dat patiënten de behandeling weigeren of voortijdig afhaken: '*... gradual phasing is recommended only in order to reduce treatment attrition. If willing, immediate removal of safety signals is preferred*' (Craske et al., 2014, p. 13; cursivering toegevoegd). Dat standpunt wordt hier gevolgd. Zodra het gedrag van de patiënt interfereert met de doelstelling van disconfirmatie, is het van wezenlijk belang daaraan expliciet aandacht te besteden, met andere woorden: dit gedrag af te bouwen. Gedrag dat de drempel om de EV te starten of vol te houden, dan wel de kans op 'toenaderingsgedrag' doet toenemen, is op zichzelf niet problematisch (zie: Rachman et al., 2008), mits het niet in de weg staat van de doelstelling van EV: disconfirmatie (zie ook: Rijkeboer & van den Hout, 2014). Door vermijding en met name veiligheidsgedrag te onderscheiden van veilig (lees: verstandig) gedrag kunnen de eerste twee in de therapeutische praktijk worden omschreven als *gedrag dat het effect van het optreden van disconfirmatie tijdens EV negatief beïnvloedt*. Deze omschrijving biedt de gedragstherapeut een stevig handvat bij het hanteren van het veiligheidsgedrag van de patiënt bij het in stand blijven van de angst

in het algemeen, en de inzet van EV in het bijzonder. Hieronder wordt een conceptueel kader geboden waarmee dit handvat aan stevigheid en hanteerbaarheid kan winnen.

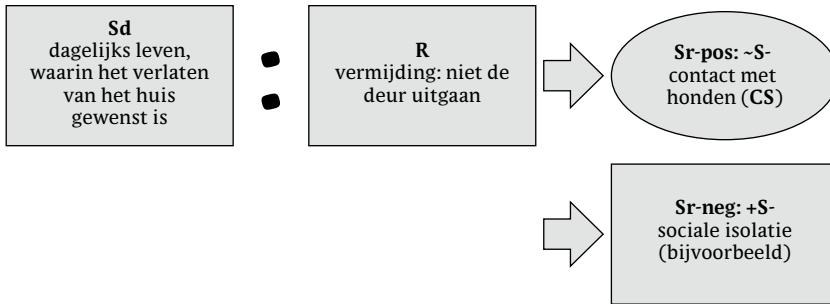
OVER VERMIJDING EN VEILIGHEIDSGEDRAG: FUNCTIEANALYSE EN
BETEKENISANALYSE

.....

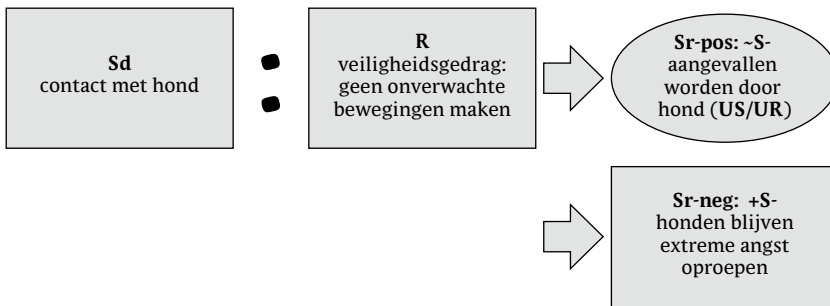
Om de taxatie van het gedrag van de patiënt tijdens EV te vereenvoudigen kan gebruik worden gemaakt van het model van geïntegreerde cognitieve gedragstherapie (GCGT; Korrelboom & ten Broeke, 2014). In dit model wordt een onderscheid gemaakt tussen functieanalyse en betekenisanalyse. Als het (operante) gedrag van de patiënt onderwerp is van analyse, wordt gebruikgemaakt van een functieanalyse. Vermijdingsgedrag, vluchten³ en veiligheidsgedrag vallen daaronder, aangezien in principe sprake is van intentioneel gedrag dat onder controle staat van de vermeende positieve consequenties ervan. Het gaat met andere woorden om gedrag dat voor de patiënt een vermeend gewenst resultaat heeft. Zowel vermijdingsgedrag als veiligheidsgedrag kan zijn gericht op het afwenden van de confrontatie met een aversieve stimulus (CS dan wel US). In de functieanalyse volgens Korrelboom en ten Broeke (2014) wordt dat weergegeven als een ~S-. Bij vermijding is de ~S- in de regel een CS die de patiënt in het dagelijkse leven vermijdt en daarmee indirect de negatieve uitkomst (US/UR). Veiligheidsgedrag daarentegen is direct gericht op het afwenden van een verwachte negatieve uitkomst. De ~S- is hierbij veelal een US/UR. De Sd is dan de ~S- uit de FA over vermijdingsgedrag. Immers, de noodzaak voor het creëren van veiligheid (*safety*) door gedrag is pas aan de orde als er gevaar dreigt wanneer de CS niet kon worden vermeden. Figuren 1 en 2 beschrijven dit in het geval van een hondenfobie.

Vermijdingsgedrag is aldus gericht op het voorkomen van confrontatie met situaties (stimuli) die voor de angstige patiënt gevoelsmatig overtuigende, maar niettemin invalide voorspellers (CS'en) zijn van de onwenselijke gebeurtenissen die in het kader van de angststoornis worden gevreesd. Vluchten (ook wel: actieve vermijding) heeft een vergelijkbaar doel, maar is gericht op het opheffen van de confrontatie met de CS'en (door erbij weg te gaan). Bij falende vermijding 'moet' veiligheidsgedrag worden ingezet: *'While avoidance involves avoidance of confrontation with a fearful stimulus (CS), safety behaviour (SB) may be displayed when the CS is present, and is ai-*

- 3 Hier wordt bedoeld op *intentioneel*, dat wil zeggen operant vluchtgedrag (R). In blinde paniek de winkel uit vluchten valt daar niet direct onder en zou gerekend worden tot respondent gedrag en daarmee een plek krijgen in de betekenisanalyse als CR.



FIGUUR 1 *Functionanalyse van vermijdingsgedrag in geval van een hondenfobie*



FIGUUR 2 *Functionanalyse van veiligheidsgedrag in geval van een hondenfobie*

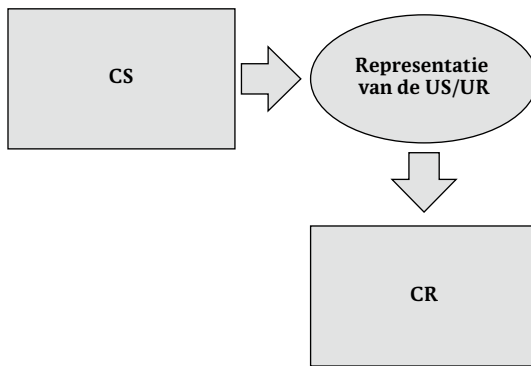
med at neutralizing or reducing its threatening aspects' (van den Hout et al., 2013, p. 112).

Leertheoretisch is er bij een angststoornis dus sprake van problematische betekenisverlening, die maakt dat bepaalde situaties (CS) vermeden lijken te moeten worden, dan wel moeten worden gehanteerd met veiligheidsgedrag. In dat kader is het handig om expliciet onderscheid te maken tussen wat wordt gevreesd (de US/UR) en de situatie die wordt geacht de voorsteller of veroorzaker te zijn van het gevreesde (CS). Daarmee blijft helder wat waarom wordt vermeden.

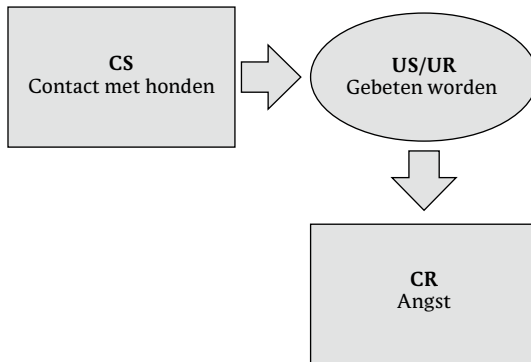
Strikt genomen vermijdt een patiënt die niet op de snelweg durft te rijden immers niet zozeer – zoals soms wordt gezegd – het krijgen van een ongeval (wat zo verstandig is, dat nagenoeg alle weggebruikers het nastreven), maar een situatie die voor die patiënt de voorbode is van het krijgen van een ongeval, namelijk rijden op de snelweg. Het bestaan van vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag veronderstelt dus dat sprake is van situaties (CS) die zodanig worden gevreesd dat er in de beleving van de patiënt op gedragsniveau maatregelen noodzakelijk zijn. Om die vrees in kaart te brengen wordt een

betekenisanalyse opgesteld (Korrelboom & ten Broeke, 2014). De betekenisanalyse beschrijft aldus de betekenisverlening ‘achter’ het vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag. Bij een angststoornis gaat het in meeste gevallen om de (betekenis)analyse van een zogenaamde sequentiële associatie tussen CS en US/UR (zie figuur 3).

De CS roept angst (CR) op, doordat de CS het optreden van de US/UR gevoelsmatig waarschijnlijker maakt, dan wel deze lijkt te veroorzaken. In feite is sprake van een ‘als-dan-verwachting’. Van den Hout en Merkelbach (1993) lanceerden in dit kader de ‘als-dan-uitspraak’ (ADU). Zij stelden al meer dan twintig jaar geleden dat EV moet worden gebaseerd op onderzoek naar de juistheid van de ADU die de angststoornis aanstuurt, bijvoorbeeld: ‘Als ik een hond tegenkom, dan zal hij me bijten’ (zie figuur 4).



FIGUUR 3 *Algemene sequentiële betekenisanalyse*



FIGUUR 4 *Betekenisanalyse (BA) van een hondenfobie*

Zolang deze verwachting bij een (mogelijke) confrontatie met een hond bestaat, of beter gezegd op de voorgrond staat, zal de CS de CR blijven opwekken. Bij een angststoornis is de associatie tussen CS en US/UR gedeels illusoir, en moet zij dus worden gecorrigeerd door de opbouw van een nieuwe associatie: CS→non-US/UR. EV is dan de interventie van voorkeur. Op grond van de huidige kennis omtrent het mechanisme achter EV (zie eerder) wordt EV daarbij uitdrukkelijk ingericht als een variant van een gedragsexperiment (Craske et al., 2014; Korrelboom & ten Broeke, 2014, hoofdstuk 12; van den Hout & Merckelbach, 1993). Het kenmerk van een gedragsexperiment is vanzelfsprekend dat de patiënt zijn gedrag verandert en vervolgens onderzoekt of de gevreesde ramp al dan niet optreedt. Bij EV gaat het dan om het veranderen van vermijdingsgedrag en veiligheidsgedrag. De conceptuele basis van EV als gedragsexperiment is niettemin een 'sequentiële' betekenisanalyse die de verwachtingsrelatie tussen de CS en de gevreesde US/UR beschrijft, zoals hierboven in het kader van de hondenfobicus weergegeven.

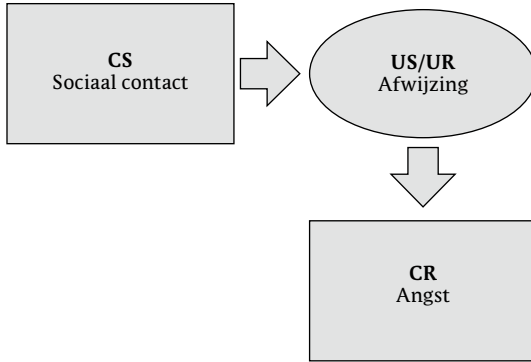
De idee is hier dat het praktisch is om gedrag dat erop gericht is de confrontatie met de CS te *vermijden* te onderscheiden van gedrag dat wordt ingezet wanneer die vermindering faalt. In het laatste geval wordt het noodzakelijk om in aanwezigheid van het op dat moment niet te vermijden gevaar zo *veilig* mogelijk te blijven: veiligheidsgedrag. Daartoe wordt het begrip 'lines of defense' geïntroduceerd.

TAXATIE VAN VERMIJDING EN VEILIGHEIDSGEDRAG BIJ ANGSTSTOORNISSEN: LINES OF DEFENSE

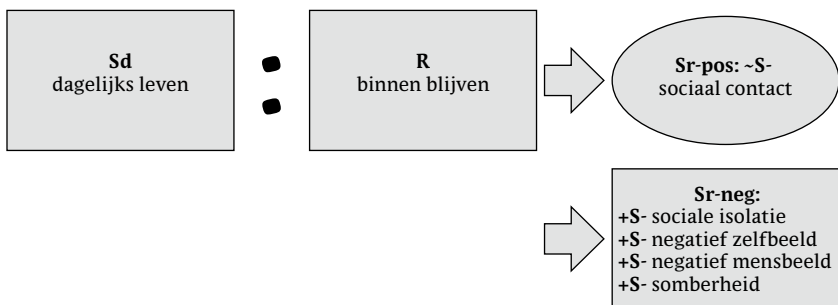
.....

Als er (gevoelsmatig) gevaar dreigt, is het vanzelfsprekend om maatregelen te nemen die dat gevaar doen verdwijnen of ten minste fors reduceren. In dat kader wordt zorggedragen voor het opwerpen van verdedigingslijnen tegen de dreiging. De genoemde strategieën van vermindering en veiligheidsgedrag worden hier lines of defense genoemd. De lines of defense worden per definitie weergegeven in een functieanalyse, aangezien het gaat om de analyse van operant gedrag. Hieronder wordt uitgewerkt hoe de FA en BA gebruikt kunnen worden om de rol van vermindering en veiligheidsgedrag bij de taxatie van een angststoornis in kaart te brengen. Daarbij wordt de problematiek bij de sociale fobie als voorbeeld gebruikt.

Sociale fobie kan in essentie worden beschreven in een sequentiële BA, waarbij sociaal contact (CS) de voorspeller is van afwijzing (US/UR), met angst als gevolg (CR) (zie figuur 5).

FIGUUR 5 *Betekenisanalyse van een sociale fobie*

Vermijding is dus – zo is hier de redenering – gericht op het voorkomen van contact met andere mensen: CS-vermijding. In het verlengde hiervan kan de patiënt gebruikmaken van vluchtgedrag (of actieve vermijding), zodra confrontatie met de CS dreigt (in casu, contact met mensen). Deze strategie wordt hier *first line of defense* genoemd. De beste manier om de gevreesde gebeurtenissen te voorkomen is vanzelfsprekend situaties waarin die gebeurtenissen worden gevreesd te allen tijde te vermijden. Zolang deze first line effectief is, is er in termen van angst immers geen sprake van een probleem voor de patiënt, aangezien afwijzing per definitie conditioneel is op contact met mensen (CS; Sr-pos). Niettemin heeft de vermijding van de CS negatieve gevolgen, bijvoorbeeld in termen van zelfbeeld, mensbeeld, stemming en sociale isolatie (in termen van de FA: Sr-neg) (zie figuur 6).

FIGUUR 6 *Functionanalyse van een sociale fobie*

Los van die aanzienlijke negatieve gevolgen is het echter uiterst onwaarschijnlijk dat de vermijding met de CS waterdicht is. De CS zal zich voordoen,

en vluchten is lang niet altijd mogelijk. Nagenoeg geen enkele sociaal-fobicus ontkomt immers aan contact met andere mensen. Het is op dat moment dat men zijn toevlucht moet nemen tot de *second line of defense*: veiligheidsgedrag. Het gaat daarbij om gedrag (dus dingen doen of juist laten) dat is gericht op het afwenden van de onwenselijke gebeurtenissen (US/UR), wanneer confrontatie met de voorspellende situaties (CS) door middel van vermindering of vluchten niet kon worden volgehouden. Het is hierbij nuttig een onderscheid te maken tussen veiligheidsgedrag en coping. Belangrijk is daarbij de vraag of het gedrag het creëren van disconfirmatie in de weg staat (veiligheidsgedrag), of simpelweg een manier is om adequaat met een moeilijke situatie om te gaan of daadwerkelijk te verwachten ellende te voorkomen (coping). Zo kan afleiding zoeken in een spannende situatie voor de een coping zijn (en worden aangemoedigd) en voor de ander veiligheidsgedrag (en dus worden ontmoedigd). In het eerste geval is bijvoorbeeld afleiding zoeken een manier om met de spannende situatie om te gaan, in het tweede geval gelooft de patiënt dat afleiding zoeken een noodzakelijke actie is om de gevreesde ramp (zoals flauwvallen) af te wenden. Daarmee is het geen coping, maar veiligheidsgedrag, en daarom onwenselijk in het kader van de therapie.

Een ander voorbeeld is het meenemen van de hond bij het naar buiten gaan. Het hangt af van de functie van de aanwezigheid van de hond of dit meenemen moet worden gezien als veiligheidsgedrag (in feite een veiligheidssignaal) en moet worden afgebouwd. Als de patiënt gelooft dat de aanwezigheid van het hondje op de een of andere manier voorkomt dat hij zal flauwvallen, dan is de aanwezigheid van het hondje tijdens de EV onwenselijk en zal op enig moment moeten worden gestopt. Als het hondje daarentegen 'slechts' steun geeft bij het buiten wandelen, en wordt het uitblijven van flauwvallen toegeschreven aan andere factoren dan aan het hondje, dan 'mag' het hondje tijdens de EV voorlopig gewoon mee. Wel moet het daadwerkelijke veiligheidsgedrag in kaart worden gebracht om het uitblijven van extinctie te begrijpen, en therapeutisch worden beïnvloed.

Een andere nuancering betreft gedrag dat ten onrechte soms vanzelfsprekend wordt gezien als veiligheidsgedrag. Een voorbeeld is het bij de uitgang gaan zitten in het theater of in de bus. Het is naar alle waarschijnlijkheid geen actie waarmee de patiënt verwacht de gevreesde gebeurtenissen te kunnen voorkomen; veeleer is deze gericht op het snel kunnen inzetten van veiligheidsgedrag of vluchten indien de ramp zich daadwerkelijk aandient. Het gaat dan niet om daadwerkelijk veiligheidsgedrag, aangezien het uitblijven van de ramp er niet aan wordt toegeschreven; derhalve is het niet direct problematisch gedrag in het kader van EV. Als de patiënt niettemin toch 'ergens' gelooft dat met zulk gedrag de rampen kunnen worden afgewend, is er sprake van veiligheidsgedrag en moet dat worden ingedamd.

Een nog ingewikkelder voorbeeld is het meenemen van benzodiazepinen tijdens exposure. Is dat problematisch tijdens EV? Dat hangt er maar vanaf.

Als de patiënt bijvoorbeeld gelooft dat de medicatie op magische wijze een ontwrichtende paniekaanval kan voorkomen, dan is er sprake van een veiligheidssignaal (inhibitoire stimulus; CS-), dat op enig moment achterwege moet worden gelaten om de EV effectief te kunnen laten zijn. Indien de patiënt in dat laatste geen vertrouwen heeft, maar de tabletten meeneemt voor ‘je weet maar nooit’, dan behoeft dat in eerste instantie geen probleem te zijn tijdens de EV. Het al dan niet uitblijven van een paniekaanval wordt immers niet toegeschreven aan het bij zich dragen van de medicatie. Tot slot kan het zo zijn dat de patiënt de benzodiazepinen inneemt ofwel voorafgaand aan de EV, ofwel tijdens de EV (R). Vanzelfsprekend zal het uitblijven van de ramp dan worden toegeschreven aan het gebruik van de medicatie, en dat staat een zinvolle disconfirmatieve ervaring in de weg.

Zoals gezegd, hier wordt voorgesteld om gedrag dat in de weg staat van expectancy violation in aanwezigheid van de CS ‘veiligheidsgedrag’ te noemen. Gedrag dat de kans op het ervaren van expectancy violation daarentegen juist versterkt is ‘coping’ in het kader van toenaderingsgedrag, en moet naar alle waarschijnlijkheid juist worden aangemoedigd.⁴ Los van terminologie sluit dit naadloos aan bij de opvattingen van experts als Milosovic en Radosky (2008), en van den Hout en collega’s (2013).

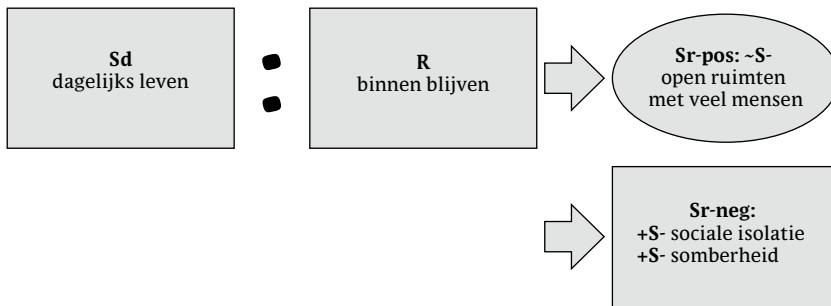
Met enig recht kan worden tegengeworpen dat al deze en andere nuances bij het inzetten van EV onnodig (complicerend), en daarom de moeite niet waard zijn. Daar valt tegenin te brengen dat in de praktijk – zoals gezegd – de effectiviteit van EV nog behoorlijk te wensen overlaat en er dus ‘*a need to find strategies for optimizing exposure therapy*’ is (Craske et al., 2012, p. 325). Onder andere het optimaal hanteren van veiligheidsgedrag maakt daar waarschijnlijk deel van uit, zowel conceptueel als praktisch. Al met al kan worden gezegd dat het verstandig is om telkens minutieus te beoordelen wat de functie is van het gedrag en op basis daarvan het therapeutisch beleid vorm te geven (zie ook: Sy, Dixon, Lickel, Nelson, & Deacon, 2011). Het opstellen van één of meerdere FA’s kan daarbij zeer behulpzaam zijn. De basis van de analyse van de functie van het desbetreffende gedrag is het antwoord op de vragen: ‘Waarom schrijf jij het toe dat hetgeen je zo vreest tot op heden nog nooit is gebeurd? Hoe verklaar je dat?’ Het antwoord op deze vragen geeft zicht op de vermijding en vooral op het veiligheidsgedrag dat moet worden teruggedrongen, zo snel en zo volledig mogelijk.

4 Dat staat dus los van het gegeven dat soms veiligheidsgedrag (ook al staat het in de weg van het onderzoek naar de CS→US/UR-associatie) in het begin van de therapie mag worden toegestaan als het nodig is de patiënt te bewegen de EV aan te gaan en vol te houden.

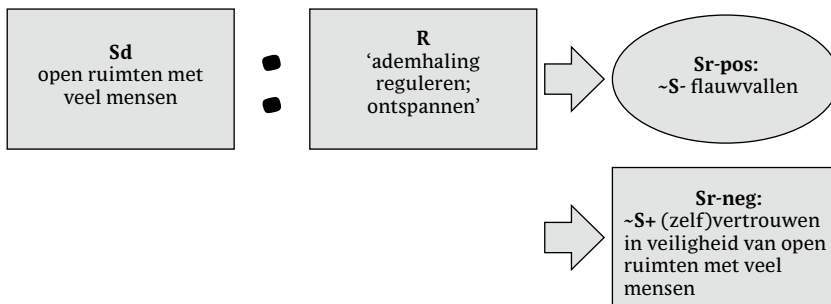
HANDVATTEN VOOR DE PRAKTIJK

Het optimaal uitvoeren van EV vraagt op basis van het voorafgaande om het opstellen van één of enkele BA's die de verwachtingsrelatie tussen CS en US/UR beschrijven, en om het vaststellen van de manieren waarop de patiënt meent dat het optreden van de US/UR tot op heden is uitgebleven: functieanalyse. Eenvoudiger geformuleerd: stel één of meerdere ADU's op, en breng de vermijding en (vooral) het veiligheidsgedrag in kaart.

Veiligheidsgedrag wordt hier 'second line of defense' genoemd, omdat het wordt ingezet als de first line, namelijk vermijding, faalt. De ~S- uit de FA van de first line verschijnt als de Sd in de FA van de second line. De figuren 7 en 8 beschrijven een voorbeeld van een patiënt met paniekstoornis met agorafobie.

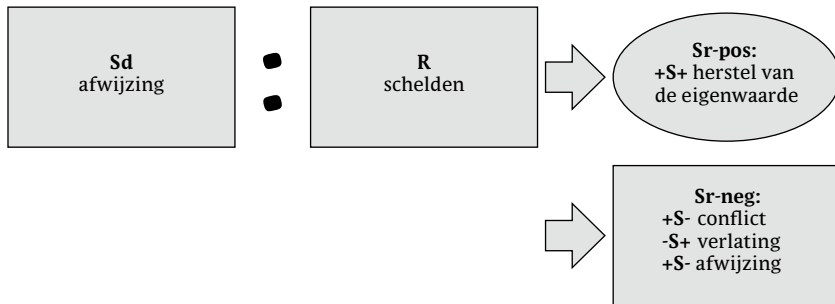


FIGUUR 7 *Functieanalyse van de first line of defense van een patiënt met paniekstoornis met agorafobie*



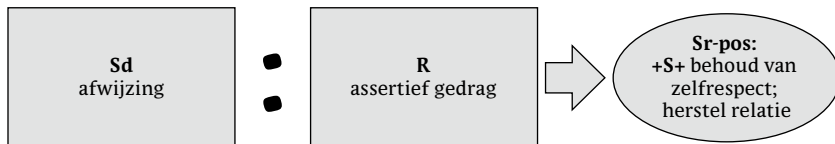
FIGUUR 8 *Functieanalyse van de second line of defense van een patiënt met paniekstoornis met agorafobie*

Uit oogpunt van volledigheid zij nog kort vermeld dat de hier gepresenteerde manier van denken aanleiding kan geven om ook een *third line of defense* in kaart te brengen. Het gaat dan om gedrag dat wordt ingezet, of zou moeten worden ingezet, als de second line onvoldoende effectief is. Opnieuw aan de hand van het voorbeeld van een sociaal-fobicus zou het gaan om een situatie waarin de gevreesde afwijzing of vernedering toch optreedt, ondanks alle pogingen om dit te voorkomen. Afhankelijk van de vaardigheden van de patiënt kan het dan gaan om coping (bijvoorbeeld assertief voor zichzelf opkomen) of om gedrag dat het probleem eerder groter dan kleiner maakt (bijvoorbeeld schelden of zich juist ondergeschikt gedragen) (zie figuur 9).



FIGUUR 9 Voorbeeld van een functieanalyse van een *third line of defense* bij sociale fobie

Therapeutisch vraagt dit voorbeeld om het versterken van assertieve vaardigheden (zie figuur 10).



FIGUUR 10 Schematische weergave van het therapeutisch versterken van assertieve vaardigheden: optimaliseren van de *third line of defense*

SAMENVATTENDE OVERWEGINGEN TER AFSLUITING

.....

Exposure in vivo is een effectieve behandeling van angststoornissen. De essentie van EV is dat de patiënt aan den lijve ervaart dat de gevreesde uitkomsten uitblijven als hij de confrontatie met de angstaanjagende situaties aangaat (disconfirmatie). Technisch gezegd: de patiënt moet ervaren dat de CS geen adequate voorspeller is van de US/UR. Daarbij is essentieel (1) dat

hij het uitblijven van de US/UR daadwerkelijk toeschrijft aan het feit dat de CS er geen voorspeller of veroorzaker van is, en (2) dat een nieuwe associatie wordt gevormd tussen CS en non-US/UR. Dat is geenszins vanzelfsprekend als de patiënt tijdens de EV gebruikmaakt van veiligheidsgedrag. De kans dat het uitblijven van de US/UR aan dat veiligheidsgedrag wordt toegeschreven is zeer groot. Sterker nog, bijna alle angstpatiënten rapporteren angstige verwachtingen als zij de confrontatie met de zo veel mogelijk vermeden situaties aan zouden gaan. Daarnaast melden zij dat die verwachtingen tot op heden niet zijn uitgekomen, ook al is er sprake geweest van verschillende confrontaties met de beangstigende situaties. Zoals in de inleiding is gesteld, roept dit de vraag op hoe het kan dat herhaalde confrontatie met de CS niet heeft geleid tot extinctie. De invloed van veiligheidsgedrag ligt daarbij voor de hand. EV zal naast het intensiveren van de confrontaties met de CS (doorbreken van de first line of defense) dan ook gepaard moeten gaan met responspreventie van veiligheidsgedrag (stoppen met second line of defense), ook al zal in het begin van de therapie dat laatste gedrag vaak in enige mate moeten worden toegestaan om de patiënt 'in beweging' te krijgen. Dit sluit aan bij de aanbevelingen van Radomsky (2014). Hij veronderstelt dat het toestaan van veiligheidsgedrag EV mogelijk laagdrempeliger maakt, het toenaderingsgedrag stimuleert en het vermogen van de patiënt te profiteren wellicht wordt versterkt. In feite staan deze aanbevelingen dan ook niet op gespannen voet met het betoog van het onderhavige artikel. Er is in feite geen reden om veiligheidsgedrag per direct te verbieden bij aanvang van de therapie. Soms is het toestaan nodig om te bewerkstelligen dat de patiënt überhaupt start met EV. Dit speelt overigens met name als er sprake is van omvangrijk first-line-vermijdingsgedrag. Niettemin is het een noodzakelijk kwaad en in essentie niet wenselijk. 'Goed' veiligheidsgedrag kan op deze manier worden gezien als een tegenspraak in zichzelf. (Zie hiervoor Rijkeboer en van den Hout (2014), die dit anders formuleren, maar niettemin tot dezelfde aanbeveling komen.) Als de patiënt niettemin veiligheidsgedrag nodig heeft om de EV aan te gaan en vol te houden, is het zinvol om hem copingvaardigheden te leren. In de hier verdedigde visie kan (en moet) dat zonder dat deze coping uiteindelijk veiligheidsgedrag wordt. Hetzelfde geldt voor het door Radomsky (2014) voorgestelde toestaan van (actieve) vermijding wanneer de angst te hoog oploopt. Daar (b)lijkt niets op tegen te zijn, integendeel: toestaan van vermijding maakt de kans dat de patiënt de EV aangaat en langer volhoudt een flink stuk groter dan een strikt verbod op vermijding (zie ook: Rachman et al., 1986). Wel mag dan de vuistregel worden gehanteerd dat iedere volgende exposure (iets) langer duurt, want uiteindelijk zal de patiënt voldoende overtuigd moeten raken van het feit dat de verwachte negatieve uitkomsten uitblijven, hoe lang hij ze ook de kans geeft op te treden.

De hier geïntroduceerde lines of defense kunnen richting geven aan FA's die de therapeut helpen om de EV te optimaliseren. De first line heeft betrek-

king op de daadwerkelijke vermijding van de CS, de second line op het veiligheidsgedrag dat ‘noodzakelijk’ wordt zodra de CS-vermijding onvoldoende lukt. Dit leidt tot de veronderstelling dat ‘vermijding’ in de praktijk minder prominent is dan ‘veiligheidsgedrag’, en dat in de behandeling de meeste nadruk moet worden gelegd op de second line of defense, zodat nieuwe CS-US/UR-associaties kunnen worden geleerd die de bestaande associaties gaan domineren (Brewin, 2006; Craske, et al., 2014; Korrelboom & ten Broeke, 2014). De in het voorafgaande slechts zijdelings besproken third line of defense kan worden betrokken in het behandelplan indien de patiënt niet beschikt over adequate coping om met moeilijke situaties om te gaan. Het aanleren van vaardigheden is dan bijvoorbeeld een zinvolle aanpak.

Tot slot: iedere indeling heeft nadelen. Zo ook de indeling in lines of defense. Het onderscheid tussen vermijding en veiligheidsgedrag (en coping) is in de praktijk soms minder helder dan de indeling wil doen geloven: *‘The determination whether or not a specific behaviour is a safety behaviour or a coping behaviour may be somewhat difficult’* (Rachman et al., 2008). Dit behoeft echter geen bezwaar te zijn en is de moeite waard, wanneer maar steeds in gedachten wordt gehouden (1) dat vermijding noodzakelijkerwijs het kunnen opdoen van corrigerende ervaringen in de weg staat, (2) dat ervaringen alleen corrigerend zijn als zij daadwerkelijk nieuwe kennis opleveren, en (3) dat het expliciet maken van de overtuigingen van de patiënt met behulp van BA’s en FA’s richting kan geven aan het instellen van therapeutische interventies die leiden tot die nieuwe kennis, waaronder het reguleren van veiligheidsgedrag. Veiligheidsgedrag in de *hier gepresenteerde definitie* is dan per definitie onwenselijk en dient dus zo veel mogelijk en zo snel mogelijk te worden verminderd. Met die visie bevinden we ons in goed gezelschap (Craske et al., 2014).

Erik ten Broeke is klinisch psycholoog en cognitief gedragstherapeut, vrijgevestigd te Bathmen/Deventer.

Marleen Rijkeboer is klinisch psycholoog en cognitief gedragstherapeut. Ze is als UHD verbonden aan de Afdeling Klinische Psychologie van de Universiteit Utrecht. Daarnaast is ze hoofdopleider van de postdoctorale opleiding tot klinisch psycholoog regio Utrecht en omstreken.

Correspondentieadres: Erik ten Broeke, Noorder Pierkesmarsweg 1, 7437 TC Bathmen.
E-mail: ebroeke@planet.nl

Summary Exposure in vivo is the most prominent component in the cognitive behavioural treatment of anxiety disorders. Recently acquired knowledge regarding the mechanisms of change of exposure revealed that creating ‘expectancy disconfirmation’ is essential. Therefore, optimizing the experience of ‘expectancy disconfirmation’ is one of the most important tasks of a cognitive behavioural therapist when working with exposure. The role of avoidance and

safety behaviour appears to be highly relevant in this regard. In this article the scientific status of the role of avoidance and safety behaviour when using exposure is briefly discussed. Furthermore, several preliminary guidelines for the differentiation and management of avoidance, coping and – especially – safety behaviour in clinical practice will be presented. In stating these guidelines the Dutch model of ‘integrated cognitive behavioural therapy’ (*geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*) will be used. So called ‘lines of defense’ are introduced as an addition to these guidelines.

Keywords *avoidance, safety behaviour, exposure, anxiety disorders, lines of defense*

Literatuur

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. (2013). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. New York: Guilford Press.
- Bouton, M. E. (1994). Conditioning, remembering, and forgetting. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 20, 219-231.
- Brewin, C. R. (2006). Understanding cognitive behaviour therapy: A retrieval competition account. *Behavior Research and Therapy*, 44, 765-784.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5-27.
- Craske, M. G., Liao, B., Brown, L., & Vervliet, B. (2012). The role of inhibition in exposure therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3, 322-345.
- Craske, M. G., & Mystkowski, J. L. (2006). Exposure therapy and extinction: Clinical studies. In M. G. Craske, D. Hermans, & D. Vansteenwegen (Eds), *Fear and learning: From basic processes to clinical implications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Craske, M. G., Treanor, M., Conway, C. C., Zbozinek, T., & Vervliet, B. (2014). Maximizing exposure therapy: An inhibitory learning approach. *Behaviour Research and Therapy*, 58, 10-23.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Korrelboom, K., & ten Broeke, E. (2014). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie*. Bussum: Coutinho.
- Logie, R. D. J., & de Jongh, A. (2014). The ‘flashforward procedure’: Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25-32.
- Meulders, A., Van Daele, T., Volders, S., & Vlaeyen, J. W. S. (2016). The use of safety-seeking behavior in exposure-based treatments for fear and anxiety: Benefit or burden? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 45, 144-156.
- Milosovic, I., & Radosky, A. S. (2008). Safety behaviour does not necessarily interfere with exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1111-1118.
- Rachman, S., Craske, M., Tallman, K., & Solyom, C. (1986). Does escape behavior strengthen agoraphobic avoidance? A replication. *Behavior Therapy*, 17, 366-384.
- Rachman, S., Radosky, A. S., & Shafran, R. (2008). Safety behaviour: A reconsideration. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 163-173.
- Rachman, S., Shafran, R., Radosky, A. S., & Zysk, E. (2011). Reducing contamination by exposure plus safety behaviour. *Journal of Behavior*

- Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 397-404.
- Radomsky, A. S. (2014). *Innovations in understanding and treating OCD*. Keynote EABCT, The Hague, 12 September, 2014.
- Rijkeboer, M., & van den Hout, M. (2014). Nieuwe inzichten over exposure. *Tijdschrift voor gedragstherapie*, 47, 2-19.
- Salkovskis, P. A. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Sy, J. T., Dixon, L. J., Lickel, J. J., Nelson, E. A., & Deacon, B. J. (2011). Failure to replicate the deleterious effects of safety behaviors in exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 305-314.
- van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Toffolo, M. B. J., & van Uijen, S. L. (2011). Exposure plus response prevention versus exposure plus safety behaviours in reducing feelings of contamination, fear, danger, and disgust. An extended replication of Rachman, Shafran, Radomsky, & Zysk. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 364-370.
- van den Hout, M. A., & Merckelbach, H. (1993). Over exposure. *Directieve Therapie*, 13, 192-204.
- van den Hout, M. A., Reininghaus, J. K., van der Stap, D., & Engelhard, I. M. (2013). Why safety behaviour may not be that bad in the treatment of anxiety disorders: The commitment to future exposures. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale – Monograph Supplement*, 111-126.
- Wells, A., Clark, D. M., Salkovskis, P., Ludgate, J., Hackman, A., & Gelder, M. (1995). Social phobia: The role of in-situation safety behaviors in maintaining anxiety and negative beliefs. *Behavior Therapy*, 26, 153-161.