

## IN DE SPREEKKAMER

*Exposure behandeling bij angstklachten*

# Klinisch psycholoog en hoogleraar Agnes van Minnen

Welke gezichten gaan er schuil achter de hardwerkende behandelaren van psychotrauma, wat zijn hun drijfveren, waarom kozen ze voor het vak en waar zijn ze door beïnvloed? Hanneke Bot interviewt Agnes van Minnen, klinisch psycholoog bij Overwaal, kliniek voor de behandeling van angststoornissen, en sinds 2007 hoogleraar Angstregulatie en Behandeling van Angststoornissen aan de Radboud Universiteit. Van Minnen combineert al jarenlang de klinische praktijk met onderzoek en is groot pleitbezorger van het behandelen van angstklachten middels exposure. Exposure betekent letterlijk ‘blootstelling’. Als behandeltechniek houdt het in dat de patiënt de situatie die zijn angst oproept, niet uit de weg gaat maar juist de confrontatie er mee aangaat. Bij traumabehandeling betekent dit bijvoorbeeld dat de patiënt in detail vertelt wat er is gebeurd, de traumatische gebeurtenis zo realistisch mogelijk tekent of, zo mogelijk, er foto's van bekijkt.



*Agnes van Minnen*

Met haar oratie, getiteld *Wie durft?*, gooit ze de knuppel in het hoenderhok. Voor de behandeling van angstklachten is exposure noodzakelijk, zo betoogt Van Minnen, in welke vorm dan ook, dat blijkt uit elk onderzoek. Waarom wordt dit dan niet toegepast in de klinische praktijk? Volgens Van Minnen heeft dit niet te maken met de techniek van de exposure behandeling, die is niet zo ingewikkeld, elke therapeut leert dat zo. Het heeft vooral te maken met een gebrek aan lef, bij de therapeuten wel te verstaan. De therapeuten zouden bang zijn voor de emoties die opkomen bij patiënten wanneer ze de herinneringen aan hun trauma's ophalen. En ze zijn bang voor alle nare verhalen die ze te horen krijgen. Het advies 'zand er over, richt je maar op het leven van alledag' is een rationalisatie van die angst. Volgens Van Minnen onthouden therapeuten op die manier de meest effectieve behandeling aan hun patiënten en dat vindt ze 'om te huilen' zo erg.

### **Dat moet toch beter kunnen**

Van Minnen heeft al een lange en veelzijdige loopbaan achter de rug. Ze begon na de middelbare school met de opleiding tot verpleegkundige op hbo-niveau en liep stage in de psychiatrie op een gesloten afdeling met patiënten met ernstige psychiatrische aandoeningen. Waar ze daar onmiddellijk tegenaan liep, was dat de behandeling vooral bestond uit separeren en dat daar helemaal niet over viel te praten. Als stagiaire had ze weinig te doen, Van Minnen bracht dus veel tijd door bij de patiënten in de huiskamer en dacht dan: zo'n behandeling, dat moet toch beter kunnen. Ze

ontdekte dat je als verpleegkundige weinig had in te brengen en voelde ook de behoefte meer individueel met mensen te werken. De keuze was na die stageperiode snel gemaakt: ze stopte met de opleiding en ging psychologie studeren. Haar belangrijkste drijfveer was dat dit het haar mogelijk zou maken meer invloed uit te oefenen op behandelingen. Maar daarmee was ze nog niet bij de angststoornissen aangeland. Ze schreef haar scriptie over gedragsproblemen bij verstandelijk gehandicapten in een residentiële setting. Het was in de tijd van het schandaal rondom Jolanda Venema (1988): een verstandelijk gehandicapte jonge vrouw die al jarenlang naakt en met de Zweedse band aan de muur vastgebonden in een lege kamer in een instelling verbleef omdat niemand raad wist met haar gedrag. Haar ouders brachten dit in de publiciteit, daarmee kwam een golf van ontzetting en verontwaardiging los en daarmee ook veel geld om onderzoek te doen. Omdat Van Minnen door haar scriptie al bekend was met de problematiek, werd ze gevraagd om met dit onderwerp verder te gaan. Dit leidde tot haar promotieonderzoek. Hierin vergeleek ze twee verschillende behandelingen van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten. Ze promoveerde in 1995. De titel van haar dissertatie is veelzeggend: *Een verschil van dag en nacht?* Van Minnen ziet haar mening bevestigd: ook ernstige stoornissen kunnen goed worden behandeld mits er maar voldoende tijd en energie in wordt gestoken. Ze had toen overigens niet het gevoel dat het de behandelaars van deze patiënten ontbrak aan lef. Ze trof in de instellingen goed gemotiveerd personeel

aan, dat echter met de handen in het haar zat. Ze hadden alles al geprobeerd en wisten het echt niet meer. Er was een groot gebrek aan kennis en opleiding.

Na haar promotie ging Van Minnen werken aan de Radboud Universiteit als docent en daar begon haar bemoeienis met angststoornissen, vooral de post traumatische stress stoornis. Haar belangstelling daarvoor was gewekt door de gijzelingen door de Molukse treinkapers in Wijster (1977). Het maakte veel indruk op haar: haar ouders die aan de radio gekluisterd zaten; er was iets ergs, en hoe moest dat nu verder. Op de universiteit kon ze dit thema verder uitwerken: lezen over trauma en traumabehandelingen, les geven, patiënten behandelen, verder lezen, onderzoek doen, et cetera. Die combinatie van praktijk en theorie is haar lief. De PTSS is relatief kort geleden gedefinieerd. Toen Van Minnen begon aan de universiteit waren er nog geen uitgekristalliseerde behandelingen, EMDR bestond nog niet. Ook hier trof ze een werkveld aan waarin veel werd geleden en nog slecht werd behandeld en dacht ze: dit moet toch beter kunnen.

Inmiddels zijn er wel goed beschreven en geëvalueerde behandelmethoden voor PTSS, onder andere door haar eigen bemoeienis. De ergernis van Van Minnen is nu vooral dat die zo weinig worden toegepast. In haar oratie bespreekt ze tien 'misverstanden' met betrekking tot de behandeling van PTSS. Die misverstanden hebben allemaal betrekking op motieven om géén exposure-behandeling te geven aan mensen met

een PTSS en Van Minnen ontzenuwt ze stuk voor stuk. Ze geeft in haar oratie aan dat er natuurlijk geen 100% garantie is dat een exposure behandeling helpt: niet alle patiënten met een PTSS worden beter. Maar als we daar wat verder over doorpraten, komt ze eigenlijk tot de conclusie dat het altijd werkt. Soms lukt het niet omdat de patiënt afhaakt tijdens de behandeling. De behandeling is namelijk niet prettig. De patiënt moet juist doen wat hij het meeste vreest: de herinnering in al zijn details onder ogen zien. Maar het falen van de behandeling is dan dus niet omdat exposure niet werkt, maar omdat die niet volledig is toegepast. Juist omdat de behandeling zwaar is, is een belangrijke voorwaarde wel dat de patiënt echt van zijn klachten af wil. Dat betekent dat de patiënt bereid moet zijn de slachtofferrol op te geven. Maar wanneer het lukt de patiënt te engageren en de exposure- behandeling is goed en volledig uitgevoerd, dan werkt het altijd, is de ervaring van Van Minnen. Als therapeut heeft Van Minnen lef opgebouwd, hierin gesterkt door haar patiënten die achteraf altijd erg blij zijn dat ze de behandeling zijn aangegaan en hebben afgemaakt. Een uitspraak van een patiënt, die zei 'het ergste is al gebeurd en dat heb ik overleefd – de herinnering kan nooit erger zijn', is haar daarbij een leidraad.

Heeft Van Minnen wel eens last van alle nare verhalen die ze van haar patiënten hoort? Ze kan zich wel herinneren dat ze een tijd lang ongerust werd van verhalen van vrouwen die in hun kindertijd seksueel waren lastig gevallen door hun oppas. Ze had in die tijd zelf kinderen die soms naar een oppas gingen en daar

soms geen zin in hadden, aangaven liever thuis te zijn. Toen heeft ze wel eens gedacht: er zal daar toch niets raars gebeuren? Maar in het algemeen kan ze de verhalen goed verdragen, het went. Zo geeft ze ook haar patiënten het vertrouwen dat behandeling middels exposure 'goed is te doen'. Daarnaast werkt ze in een team van therapeuten en dat geeft ook veel steun. Ze vindt dit ook erg belangrijk voor de patiënt. Vaak zijn trauma's ontstaan in een sfeer van geheimzinnigheid tussen dader en slachtoffer. Het werken in een team, waarbij er binnen het team geen geheimhouding is, voorkomt dat er weer opnieuw een 'geheim verbond' ontstaat, dit maal tussen therapeut en patiënt.

Exposure houdt in het praten over trauma's in de vertrouwelijkheid van de behandeling, met professionals. Van Minnen laat het aan de patiënt over of ze er ook met naasten over willen praten. De meeste patiënten doen dit niet, of vertellen hen alleen de grote lijnen van het verhaal. Sommige details zijn te akelig om door naasten te worden verdragen.

Om therapeuten te helpen lef te ontwikkelen om exposure toe te passen, geeft Van Minnen veel lezingen en workshops in het land. Ze merkt dat dit helpt, dat veel mensen interesse tonen en over de streep worden getrokken. Ze is ook te benaderen voor advies en wijze raad. Vooral therapeuten die alleen werken hebben dat soms nodig.

Van Minnen is een vrouw met een missie, dat is duidelijk. En er zijn nog voldoende nieuwe

uitdagingen om haar bezig te houden. Zo zou ze graag zien dat er op scholen 'les' wordt gegeven in het omgaan met trauma zodat kinderen weten hoe belangrijk het is om hulp te zoeken wanneer ze nare dingen meemaken. Dan maar een uurtje minder rekenen! Veel getraumatiseerde kinderen – vaak gaat dit om seksuele trauma's – praten daar heel lang niet over waardoor het dus ook vaak jaren duurt voor een behandeling op gang komt. Zo gaat kostbare tijd verloren. Ook is ze erg geïnteresseerd in een nieuw pilletje dat zou voorkomen dat herinneringen aan een traumatische ervaring zich in het brein vastzetten als een traumatische herinnering. PTSS zou zo kunnen worden voorkomen. Dat pilletje moet je wel snel na de gebeurtenis slikken anders is het te laat. Die voorlichting op scholen moet er dan dus zeker komen!

HANNEKE BOT is socioloog en psychotherapeut. Zij is werkzaam bij Pro Persona en in haar eigen bedrijf – gericht op gespreksvoering met een tolk. Tevens is zij redactielid van Cogiscope.