

“Je kunt een rotleven hebben, maar daarom heb je nog geen trauma’s. We gebruiken die term te snel”

“Je moet als therapeut mensen bang maken”

Je moet je trauma in de ogen kijken, anders blijft het je achtervolgen. Therapie kan dan heftig zijn. “Als psychotherapeut moet je lef durven tonen en je cliënt aanmoedigen om de confrontatie aan te gaan”, zegt trauma-expert Agnes van Minnen.

Vittorio Busato Foto's: Florence Timmermans

Ze was een jaar of tien toen haar belangstelling voor trauma's ontloek, blik Agnes van Minnen terug in een Nijmeegs koffietentje. “Halverwege de jaren zeventig van de vorige eeuw waren er een aantal treinkapingen in Nederland. Het fascineerde mij dat mensen blijmoedig een trein in stapten en er als een ander mens weer uit kwamen. De gijzelaars mochten na hun vrijlating niet direct naar huis, maar moesten eerst verplicht een debriefing ondergaan. Dat zou de verwerking van deze vreselijke gebeurtenis bespoedigen. Ik zal de woorden betuttelend en tegennatuurlijk als kind niet hebben gebruikt, maar ik vroeg me wel al af waarom dat niet aan de gijzelaars zelf werd overgelaten.”

Die belangstelling voor trauma motiveerde haar een studie verpleegkunde te beginnen. Tijdens een stage psychiatrie op een gesloten afdeling van een ggz-instelling ontdekte ze dat ze als verpleegkundige mensen niet genoeg zou kunnen helpen. Van Minnen besloot over te stappen naar psychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. “Waarom geen geneeskunde? Ik vond de

psychologische behandelingen voor trauma toen al veel interessanter dan de medische.”

Die switch is vruchtbaar gebleken. Van Minnen promoveerde aan de Radboud en werd er hoogleraar Angstregulatie en Behandeling van Angststoornissen. Ze schreef onder meer het invloedrijke boek *Verlamd door angst* over de gevolgen van seksueel misbruik en hoe daarvan te herstellen. Haar academische werk combineerde ze met een directeurschap bij ggz-instelling Psytrek. Daar specialiseerde ze zich verder in onder meer exposure-therapie om mensen van hun trauma's en post-traumatische stressstoornis (PTSS) af te helpen.

Wanneer spreekt u van een trauma?

“Een trauma kan ontstaan bij een confrontatie met de dood, ernstig geweld of seksueel misbruik. Je kunt ook een trauma overhouden aan een ernstig auto-ongeluk of aan een levensbedreigende bevalling. Het gaat om situaties die gepaard gaan met doodsangsten. Sensorische aspecten kunnen die angsten weer oproepen en

“Exposure, cognitieve gedragstherapie, EMDR: ze zijn allemaal effectief tegen trauma”

voor herbelevingen zorgen. Denk aan beelden en geuren die met het trauma zijn geassocieerd, aan terugkerende nachtmerries.”

Wat dan met banalere zaken zoals een naar ontslag? Kun je daar dan geen trauma aan overhouden?

“Dat is het in mijn ogen niet. Mensen voelen na zo’n ontslag vooral boosheid of woede richting hun baas, niet zozeer angst. Dat is ook het geval bij bijvoorbeeld emotionele verwaarlozing of een echtscheiding. In mijn lessen schaar ik zulke gebeurtenissen onder de noemer ‘rot-leven’. Soms hebben die meer impact dan een trauma, ze zijn beslist niet minder erg. Maar er hoort een ander soort psychische problematiek bij.”

Gebruiken we het woord trauma dan te snel? Net zoals we snel zeggen dat we depressief zijn, terwijl we niet in aanmerking zouden komen voor een diagnose?

“Vergeleken met de vakmatige definities die psychologen en psychiaters er volgens de DSM (de *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, red.) op nahouden, kun je spreken van inflatie van het woord trauma. Pas zag ik een Netflix-documentaire over Victoria Beckham. Zij moest een grote modeshow organiseren. Daarbij ging van alles mis, er kwam veel stress bij kijken. Op een gegeven moment zegt ze: ‘Ik krijg een PTSS!’ Dat is een treffend voorbeeld van die inflatie. Wellicht voelen mensen zich serieuzer genomen als ze zichzelf depressief of getraumatiseerd noemen. Zo’n label kan status geven aan jou als slachtoffer, jouw lijden meer erkennen. Maar er bestaan meerdere ‘ergen’ naast elkaar. Die overwaarderding kan er overigens toe leiden dat mensen met een echt trauma of een echte depressie tekort worden gedaan.”

In uw werk heeft u geregeld benadrukt dat er mythes circuleren over de behandeling van trauma en PTSS. Zo zouden klinici volgens u veel te voorzichtig zijn en niet durven doorpakken.

“Als psychotherapeut moet je moeilijke dingen durven te benoemen. Dat vereist lef. En hoe complexer iemands probleem, hoe meer lef je nodig hebt. Mijn specialisatie is exposure-therapie. Daarin confronteer je patiënten met datgene waarvoor ze het meest bang zijn. Dan ontdek je er niet aan mensen opzettelijk bang te maken, om hen nare dingen te laten oprakelen. Exposure-therapie kan dus bedreigend aanvoelen. Veel therapeuten vinden het lastig patiënten zo angstig te zien en kunnen zichzelf verwijten dat zij er verantwoordelijk voor zijn dat iemand zich nog rotter voelt. Dat vermijden ze liever.”

Is dat niet een normale, empathische reactie?

“Zeker. Maar als psycholoog word je bij een confronterende exposure-therapie betaald om iets anders te doen. Anders kun je net zo goed naar de buurvrouw gaan.”

Hoe heeft u als psychotherapeut zelf die lef ontwikkeld?

“Mijn eerste PTSS-patiënt was er ernstig aan toe. Ze was meermaals seksueel misbruikt, als kind en door haar partner. Toen ik haar zou gaan behandelen, was mijn supervisor ziek. Ik kon niet met hem overleggen over het behandelplan. In de vakliteratuur stuitte ik op een protocol voor exposure. Dat ben ik gaan toepassen. Bij geen enkele stap heb ik me afgevraagd of ik die niet beter achterwege kon laten. Ik had al ervaring met de behandeling van patiënten met een paniekstoornis. Die vinden het normaal dat je tijdens de behandeling een paniekaanval opwekt. Daaraan hield ik me vast. Toen mijn supervisor terugkwam, was hij verbaasd over mijn aanpak. Maar die had gewerkt, de patiënte was beter. Die ervaring heeft me gesterkt in mijn overtuiging dat je als psychotherapeut lef moet durven tonen. Die visie draag ik sindsdien uit, mede ook in een therapeutenroolatiesysteem dat ik heb ontwikkeld.”

Wat houdt dat systeem in?

“In plaats van één vaste therapeut rouleert een team van therapeuten willekeurig per sessie bij een patiënt. Zo ben je als team verantwoordelijk voor iemand, en raak je als individuele therapeut minder vervlochten met je patiënt. Bij exposure-therapie wordt het dan makkelijker om door te pakken, confrontaties aan te gaan.”

Een van de succesfactoren is toch juist dat je als patiënt een goede vertrouwensrelatie opbouwt met je therapeut? Gaan roulerende therapeuten niet ten koste van die vertrouwensband?

“Zeker is zo’n vertrouwensrelatie belangrijk. Maar in de praktijk valt ook op dat patiënten die meer afstand voelen tot hun therapeut juist meer durven te delen. Vertrouwen dwing je ook af door deskundigheid. Als jij als therapeut toont dat je samen met een patiënt zijn of haar problematiek kundig aanpakt, dan kun je je doorgaans strakker aan het behandelprotocol houden en betere resultaten boeken. Onderzoek bevestigt dat patiënten roulerende therapeuten waarderen. Ze durven meer te vertellen, leren weer meer mensen te vertrouwen. Vergeet niet dat de pijn al in iemands hoofd zit. PTSS-klachten komen voortdurend omhoog. Als meerdere therapeuten daarnaar vragen, krijgen patiënten echt niet meer klachten, integraal.”

Waarom krijgen sommige mensen wel en andere geen trauma bij vergelijkbare ernstige gebeurtenissen?

“Goede vraag. Ik vermoed door een combinatie van erfelijkheid en pech. Politieagenten maken de meest ernstige dingen mee omdat ze vaak als eerste ter plekke zijn. Als zo’n agent bijvoorbeeld in heel korte tijd drie keer met een dood kind wordt geconfronteerd, dan is dat enorme pech. En wat betreft erfelijkheid: iedereen krijgt na een trauma PTSS-achtige klachten. Na verloop van tijd

zakken die, onze hersenen remmen dat. Maar bij sommige mensen functioneert die natuurlijke rem veel minder.”

Speelt een verschil in veerkracht ook een rol?

“Ik heb mensen met weinig veerkracht behandeld die de meest vreselijke dingen hebben meegemaakt die ze uitstekend konden verwerken, en andersom. Dus ik weet niet goed of en hoe een verschil in veerkracht meespeelt.”

Heeft het welhaast iets magisch waarom de een wel en de ander niet of nauwelijks een trauma ontwikkelt?

“Dat is niet uitgesloten. Bij sommige patiënten denk je als therapeut appeltje-eitje, maar ze verbeteren niet. Bij andere patiënten is het omgekeerde het geval. Dat is niet altijd even goed te voorspellen.”

Is exposure-therapie de beste behandeling voor trauma?

“Volgens de huidige richtlijnen zijn meerdere behandelingen bewezen effectief. Exposure-therapie inderdaad, maar ook diverse cognitieve gedragstherapieën, imaginaire rescripting (waarbij je een nare herinnering levendig herbeleefd en je een beter uitkomst inbeeldt, red.) en EMDR.”

Waarom zijn deze behandelingen effectief?

“Ze sturen allemaal aan op het opheffen van vermijdingsgedrag. Je moet de confrontatie aangaan met datgene waarvoor je zo bang bent. Je doet dus actief iets doen met je angsten. Dat zie ik als de gemeenschappelijke effectieve factor van deze behandelingen.”

Is daarvan ook sprake bij EMDR?

“Zeker. Tijdens een EMDR-sessie moet je heel actief het beeld voor de geest halen dat jou het meeste angst geeft, terwijl de therapeut je vraagt tegelijkertijd zijn of haar vingers te volgen met je ogen. Dat is ook een vorm van exposure. Want als je dat in je hoofd niet doet, als je dat uit de weg gaat, kun je ook geen EMDR ondergaan.”

Met EMDR worden opvallend goede resultaten geboekt voor de behandeling van enkelvoudige trauma's (trauma's te wijten aan één enkele gebeurtenis, red.). Wist EMDR de herinnering daaraan als het ware uit?

“De meest gangbare theorie op dit moment is de werkgeheugenbelastingstheorie. Er komen twee dingen tegelijkertijd in je werkgeheugen: de traumatische

“Als je door seksueel misbruik angst hebt ontwikkeld voor penissen, dan vind ik het evident dat je penissen laat zien om die angst te doorbreken”



Agnes van Minnen

Agnes van Minnen (1964) stapte na drie jaar hbo-verpleegkunde over naar een studie psychologie aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Aan diezelfde universiteit promoveerde ze in 1995 op de dissertatie *De behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten*. In 2007 werd ze in Nijmegen benoemd tot hoogleraar Angstregulatie en Behandeling van Angststoornissen. Die aanstelling combineerde ze tot eind 2024 met een directeurschap bij Psytrec, een ggz-instelling gespecialiseerd in de behandeling van trauma en PTSS. Vandaag houdt Van Minnen zich als klinisch psycholoog en psychotherapeut vooral bezig met consultatie, supervisie en training van aankomende behandelaren.

herinnering en een afleidende taak, zoals het volgen van een vinger met je ogen. Dat zou cognitief zo veeleisend zijn dat die de emotionele herinnering uit dat werkgeheugen duwt. Hoe houdbaar deze hypothese zal blijken, weet ik niet. We zullen in de toekomst vast meer duidelijkheid krijgen over de exacte werking van EMDR.”

Móét je je trauma's eigenlijk aanpakken? Of mag je die ook in een hoekje van je brein afsluiten, om er niet meer aan te hoeven denken?

“Niets is verplicht. Als je ergens last van hebt, dan is het aan jou of je hulp zoekt of ermee blijft rondlopen. Ik denk wel dat je vanzelf een keer in therapie gaat als je te veel last krijgt. Dat kan ook door veranderende omstandigheden komen. Je krijgt bijvoorbeeld een nieuwe partner en die moedigt je aan om mentaal een en ander op te ruimen. Het belangrijkste blijft om je trauma niet uit de weg te gaan, hoe moeilijk dat ook is. Als zelfhulp wordt wel aangeraden zo gedetailleerd mogelijk over je trauma te schrijven en dat geregeld te herhalen.”

U was tot eind 2024 directeur bij Psytrec. Die organisatie lag onlangs onder vuur in een uitzending van het tv-programma Zembla, het onderzoeksjournalistieke platform van BNNVARA. Gezien?

“Jazeker. Ik vond het een merkwaardige uitzending. De intensieve traumatherapie die onderwerp was, wordt al

zo'n tien jaar aangeboden. Aanvankelijk riepen we daarmee in het veld de nodige weerstand op, maar inmiddels hebben diverse andere ggz-instellingen deze aanpak overgenomen. De therapie is inmiddels goed geïmplementeerd in de reguliere zorg. Het verbaasde me dat er dan nu zo'n kritische uitzending kwam."

Een twintigtal patiënten voelde zich gehertraumatiseerd door deze therapie. Ook klaagden ze dat ze tijdens sessies werden geconfronteerd met onder meer dildo's, nep-sperma en nepwapens. Grensoverschrijdend, vonden ze. "Er zijn door de jaren heen altijd patiënten geweest bij wie de behandeling niet aansloeg. Dat is niets nieuws. We leggen altijd zo goed mogelijk uit aan patiënten waarom we seksuele attributen inzetten. Zelf ben ik daar vrij nuchter in. Als je bang bent voor vlinders, laat je mensen weer wennen aan vlinders. Als je door seksueel misbruik bang bent voor piemels, gebruik je attributen die met piemels geassocieerd kunnen worden. Vergeet niet dat voor iemand met PTSS door seksueel misbruik heel veel dingen in het leven moeilijker zijn geworden die juist te maken hebben met die seksuele zaken. Ik behandelde ooit een moeder met drie zoontjes. Zij kon hun piemel-tjes niet goed verzorgen, niet helpen bij het plassen, geen voorlichting geven. Dan is het in mijn ogen evident dat je door exposure met plaatjes van piemels en een nep-penis die angst probeert te doorbreken. Ik kan me goed voorstellen dat patiënten aspecten van de behandeling als grensoverschrijdend ervaren, zeker omdat ze in het verleden al zeer grensoverschrijdende ervaringen hebben meegemaakt. Dat ze in de therapie dan weer geforceerd grenzen moeten overschrijden en zich later realiseren dat ze dat eigenlijk niet wilden, helemaal als ze merken dat voor hen de therapie niet werkt, ja, dat is heel naar. Maar soms is het onvermijdelijk dat je je als trauma-therapeut op een heel dun lijntje beweegt tussen iemand aanmoedigen of overhalen."

Deskundigen in de uitzending, onder wie hoogleraar psychiatrie Jim van Os, verklaarden dat voor de inzet van die confronterende attributen wetenschappelijk geen enkele rechtvaardiging zou zijn.

"Van exposure-therapie is klip en klaar aangetoond dat die werkt. Er is mij geen onderzoek bekend dat heel specifiek kijkt naar welke attributen wel en niet werken. Deze kritiek illustreert voor mij ook het bestaande ongemak over seksueel misbruik. Er zijn nu eenmaal mensen met seksuele trauma's en seksuele problemen, en daar proberen we iets aan te doen. Als we de hond meenemen voor iemand met een hondenfobie, vinden we dat wel heel normaal."

Hoe weet je als therapeut wanneer je iemand tegen zichzelf in bescherming moet nemen tijdens de exposure?

"Als iemand aarzelt, tegenwicht geeft, constant aan het vermijden is. Snelheid kan ook een nadeel zijn bij zo'n intensief traject. Het aantal sessies is immers gelimiteerd. Vergelijk het met zwemlessen. De meeste kinderen hebben eens per week zwemles en halen na maanden hun diploma. Sommige kinderen volgen een intensieve cur-

"Sommige mensen voelen zich slechter na exposure-therapie. We moeten meer informeren over de mogelijk schadelijke effecten"

sus en halen in tien dagen hun zwemdiploma. Daar moet je wel een type voor zijn. Bij de behandeling van trauma hebben sommige mensen meer rust en tijd nodig. Die zullen minder geschikt zijn voor zo'n intensieve aanpak."

Pim Cuijpers, emeritus hoogleraar Klinische Psychologie en internationaal vermaard therapie-onderzoeker, hield de succesratio's die Psytrec claimt. Die zijn mede gebaseerd op wetenschappelijke publicaties waaraan u heeft meegewerkt. Zo'n 85-90 procent van de patiënten zou na de behandeling veel minder klachten hebben; bijna driekwart zou PTSS-vrij zijn. Volgens Cuijpers is die conclusie zonder gerandomiseerde controlegroepen niet te trekken.

"Als collega ben ik zeer teleurgesteld in hem. Alsof ik een soort directeur van WC-Eend zou zijn. Ik ben ook wetenschapper. Alle datasets zijn in te zien. Cuijpers had kunnen langskomen om ze te bekijken en zijn kritiek te staven. Dat heeft hij niet gedaan. Zijn kritiek ervaar ik als ronduit schadelijk."

De reactie van Psytrec zelf op de uitzending vond ik nogal defensief.

"De realiteit is dat je nooit iedereen tevreden kunt houden. Sowieso stond altijd al op de website vermeld dat er ook mensen verslechteren na deze intensieve therapie. Dat heeft Psytrec nooit mooier willen maken dan het was. Deze uitzending leert vooral dat je nog meer moet uitleggen aan patiënten, dat je ze nog meer moet vragen of ze zeker weten dat ze deze behandeling echt willen. Maar nogmaals, zelfs dan is het onvermijdelijk dat je je weleens op een dun lijntje begeeft."

Bijsluiters van medicijnen vermelden standaard mogelijke bijwerkingen. Zou in het algemeen voor psychotherapie ook expliciet op mogelijke schadelijke effecten moeten worden gewezen?

"Daar ben ik groot voorstander van! Er zijn al vaker stemmen voor opgegaan, maar helaas gebeurt het niet. Het zou uit oogpunt van realisme en transparantie heel goed zijn om patiënten voor te lichten over potentieel schadelijke effecten van psychotherapie." ■