

PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/45166>

Please be advised that this information was generated on 2019-04-24 and may be subject to change.

Wie durft?

INAUGURELE REDE DOOR PROF. DR. AGNES VAN MINNEN



Radboud Universiteit Nijmegen



INAUGURELE REDE

PROF. DR. AGNES VAN MINNEN



Sommige mensen ontwikkelen na het meemaken van een trauma een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Ze hebben herbelevingen aan het trauma, vermijden eraan terug te denken en zijn waakzaam. De meest effectieve behandelvorm is *exposure*, waarbij patiënten worden blootgesteld aan hun herinneringen. Ondanks het

feit dat dit een zeer effectieve behandelmethode is, wordt deze nog steeds te weinig toegepast in de klinische praktijk. Vooral niet bij patiënten die naast hun PTSS nog andere klachten hebben, zoals dissociatie, alcoholmisbruik, depressie, of automutilatie. Waarschijnlijk komt dit omdat er nogal wat misverstanden bestaan over *exposure* en de effecten daarvan op de patiënt en de therapeut. Agnes van Minnen weerlegt in haar intreerede als hoogleraar Angstregulatie en behandeling van angststoornissen de tien belangrijkste misverstanden over *exposure*. Misverstanden die overigens ook vertaald kunnen worden naar andere angststoornissen, want ook bij de behandeling daarvan wordt *exposure* te weinig toegepast. Een *exposure*-behandeling uitvoeren is slechts ten dele een kwestie van erin opgeleid zijn: belangrijker voorwaarde lijkt de mate van lef van een therapeut. Daarom luidt de titel van deze oratie: *Wie durft?*. Want alle PTSS-patiënten, óók diegenen die nog veel meer klachten en problemen hebben, verdienen de beste behandeling die er is, aldus Agnes van Minnen.

Agnes van Minnen is sinds november 2007 hoogleraar 'Angstregulatie en behandeling van angststoornissen' aan de Radboud Universiteit Nijmegen. De leerstoel is ingesteld door Stichting Forum GGZ Nijmegen. Tevens werkt Agnes van Minnen als klinisch psycholoog op de angstpolikliniek van GGZ Nijmegen.

WIE DURFT?

Aan mijn ouders en grootouders

Wie durft?

Tien misverstanden over exposure bij de behandeling
van PTSS-patiënten

*Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar Angstregulatie
en de behandeling van angststoornissen aan de Faculteit der Sociale Wetenschappen
van de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 6 juni 2008*

door prof. dr. Agnes van Minnen

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen
Fotografie omslag: Bert Beelen
Drukwerk: Thieme MediaCenter Nijmegen

ISBN 978-90-9023133-4

© Prof. dr. Agnes van Minnen, Nijmegen, 2008

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

*Mijnheer de rector magnificus,
geachte dames en heren,*

Ik val meteen maar met de deur in huis met een verhaal van een patiënte.

Myrthe is een vrouw van 24 jaar. Ze vertelt het volgende: 'Ik was bij een vriendin geweest. We hadden gechat met een aantal jongens en lagen helemaal in een deuk van het lachen. Toen ik naar huis ging, werd ik ineens van mijn fiets afgetrokken en voor ik het wist, lag ik ergens achter een paar struiken. Een paar jongens hielden me vast en maakten onderling grapjes. Ik ben toen door die jongens verkracht. Ik wil niet te veel vertellen over wat er allemaal gebeurde. Ik wil het juist vergeten. Al is dat lastig. De beelden schieten steeds door me heen en als ik ergens fiets dan kijk ik steeds achterom. Ik slaap slecht, omdat ik bang ben voor de nachtmerries. En ik schaam me dood, omdat ik niets deed.'

Myrthe heeft een posttraumatische stressstoornis, afgekort een PTSS. Ze heeft herbelevingen van de verkrachting, ze vermijdt eraan te denken en ze is waakzaam. Ze voelt zich bovendien schuldig en schaamt zich.

Haar therapeut zal haar vertellen dat wat zij wil – de verkrachting vergeten – niet zal lukken. Als Myrthe in therapie gaat, wordt ze behandeld met *exposure* als behandeltechniek: in kleine stapjes wordt Myrthe blootgesteld aan dat waar ze bang voor is. Zo gaat ze bijvoorbeeld terug naar de plek waar het gebeurd is. Maar een trauma zit ook in je hoofd, in je herinneringen. Myrthe voert daarom tijdens de therapie een groot deel van de *exposure* in gedachten uit. Ze sluit haar ogen en gaat in haar herinnering terug naar die ene dag waarop de verkrachting plaats vond. In plaats van de beelden weg te duwen, moet ze juist extra goed naar die beelden gaan kijken, tot in detail. Zo beschrijft ze hardop hoe de daders eruitzagen.

Myrthe is bang als ze deze *exposure*-oefeningen doet. Maar de therapeut stelt Myrthe gerust, legt uit dat het voelen van die angst nodig is om beter te worden, dat zij nu veilig is en dat er niets kan gebeuren. De therapeut vertelt Myrthe dat als je gedachten en herinneringen onderdrukt, ze juist erger worden. De therapeut zal zelf het goede voorbeeld geven en laten zien dat herinneringen inderdaad niet eng zijn. Dat doet de therapeut door gewoon door te gaan met de *exposure*, ook als Myrthe heel angstig is. Zo leert Myrthe dat de herinneringen zelf niet eng zijn, dat er niets ergs gebeurt als ze eraan terugdenkt. Naarmate de behandeling vordert, blijft ze steeds langer stilstaan bij de angstigste momenten (Van Minnen & Arntz, 2004, 2007a, 2007b). Als alles goed verloopt, zal Myrthe na ongeveer acht weken geen PTSS-klachten meer hebben.

Tot zover is er doorgaans consensus in de hulpverlening. Als Myrthe zich aanmeldt bij een hulpverlener, is de kans redelijk groot dat ze een dergelijke behandeling zal krijgen. En terecht: de behandeling is zeer effectief (zie ook Bisson, Ehlers, Matthews, Pilling,

Richards, & Turner, 2007) en wordt wereldwijd in richtlijnen voorgeschreven als behandeling van eerste keus (Multidisciplinaire richtlijnen, 2003).

Nu volgt een ander voorbeeld van een patiënte.

Femke is een vrouw van 26 jaar die het volgende vertelt: 'Het is allemaal begonnen toen ik zes jaar was. Ik werd bijna dagelijks misbruikt door mijn vader. En nu is mijn hele leven een puinhoop. Ik slaap slecht en loop 's nachts te spoken. Ik probeer het van me af te zetten, maar dat lukt me niet. Gek word ik ervan, die eeuwige angst, het gevoel alsof het steeds weer opnieuw gebeurt. Ik hoor soms echt de stem van mijn vader, heel eng. Dan voel ik me weer onveilig in mijn eigen bed. En als ik dan eindelijk in slaap val, krijg ik nachtmerries. Ik voel me ook somber en verdoofd. Soms denk ik dat ik beter dood kan zijn. Ik ben al een paar keer opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis, omdat ik dacht dat ze achter me aan zaten. Vreselijk. Ze gaven me medicijnen onder dwang. Nu snap ik het natuurlijk wel, maar toen dacht ik dat ze me wilden vergiften en dat ik dood zou gaan. Ik vertrouw echt helemaal niemand en daardoor heb ik ook geen vrienden. Ik hou meer van dieren, die zijn tenminste eerlijk. Ik wil zo graag mijn verleden verwerken, er met iemand over praten. Er is zo veel gebeurd. Maar dat kan ik niet aan, zeggen ze, dan moet ik misschien weer opgenomen worden. Ik moet het verleden laten rusten, zeggen ze, maar hoe doe ik dat in hemelsnaam?'

Femke heeft, net als Myrthe, ook angstklachten die te maken hebben met de traumatische gebeurtenissen in haar leven. Ze is herhaaldelijk en op jonge leeftijd seksueel misbruikt. Femke heeft herbelevingen van het seksueel misbruik, ze vermijdt alles wat ermee te maken heeft en ze heeft een verhoogd spanningsniveau. Femke heeft, net als Myrthe, een PTSS. En daar gaat het al mis. In al die jaren heeft geen van de hulpverleners met wie ze in aanraking kwam een PTSS gediagnosticeerd. Al haar symptomen werden steeds geïnterpreteerd in het licht van haar andere problemen, zoals de psychosen. Je zou het een tunnelvisie kunnen noemen. Bij comorbiditeit komt dat vaker voor, dat hulpverleners geneigd zijn het pathologisch gedrag te interpreteren als horend bij de al gestelde diagnose en verzuimen om andere, alternatieve diagnoses te overwegen. Vooral angststoornissen, waaronder PTSS, worden vaak ten onrechte niet gediagnosticeerd, tenzij een gestructureerd diagnostisch interview wordt gebruikt (Wilk, West, Narrow, Marcus, Rubio-Stipec, Rae, Pincus, & Regier, 2006).

Terug naar Femke. Stel dat iemand wel de juiste diagnose stelt, een PTSS. Krijgt zij dan net zoals Myrthe een traumagerichte behandeling? Dat zou volkomen logisch zijn. Toch? In de klinische praktijk komt het echter helaas veel voor dat therapeuten deze exposurebehandeling niet geven aan bepaalde patiënten met een PTSS. Meestal PTSS-patiënten die, net als Femke, naast de PTSS nog andere klachten hebben. Femke heeft immers ook een sombere stemming en ze kan een psychose ontwikkelen. Femke wil de

behandeling graag, maar haar therapeut zegt dat ze bang zal worden tijdens de *exposure*. Maar in plaats van Femke daarover gerust te stellen, zoals de therapeut bij Myrthe deed, zal de therapeut zeggen dat die angst niet goed is voor Femke. Dat ze door die angst misschien nog somberder wordt en misschien zelfs een nieuwe psychose kan krijgen. De therapeut zal niet, zoals bij Myrthe, zeggen dat het went, als zij maar even volhoudt. De therapeut suggereert dus dat herinneringen inderdaad eng zijn en zal Femke ervan weerhouden om dichterbij de akeligste herinneringen te komen. De therapeut zal Femke juist aanraden haar herinneringen te 'onderdrukken' of 'weg te stoppen' en door te gaan met haar leven. In haar dossier staat dat ze dwangmatig bezig is met haar verleden. Het beleid dat de hulpverleners met elkaar hebben afgesproken, is dat ze elke opmerking van Femke over haar verleden negeren. Zo hopen ze dat Femke het ook zal vergeten.

Maar wacht eens even: hoe zit het dan met het onderdrukken van herinneringen? Dat werkte toch juist averechts? En die angst, die was toch juist nodig, daar kon iemand toch aan wennen? En hoe moet het verder met haar klachten? Ze slaapt slecht en ze is angstig? Hoewel de therapeut ongetwijfeld het beste voor heeft met Femke, durft hij de *exposure*behandeling niet aan bij Femke. Daarmee ontnemt de therapeut haar de kans op een effectieve behandeling. Ten onrechte, zo zal ik aantonen.

Ik heb in de loop van de jaren gemerkt dat er in de klinische praktijk nogal wat vastomlijnde opvattingen zijn over de behandeling van PTSS met behulp van *exposure*. Het systematisch toetsen van die ideeën is een belangrijk doel van mijn onderzoek. Klopt het wat er in de klinische praktijk wordt beweerd? Of kan het weerlegd worden? Ik zal de onderzoeksbevindingen voor u samenvatten aan de hand van de tien belangrijkste misverstanden die in de klinische praktijk leven over *exposure*behandeling bij PTSS. En de conclusies zal ik meteen toepassen op het verhaal van Femke.

Misverstand 1. Er zijn betere alternatieven voor exposurebehandeling

Als ik lezingen geef over het belang van *exposure*, is de eerste vraag die ik altijd krijg: waarom doet u geen *EMDR* (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*)? *EMDR* is een behandeling waarbij de patiënt eveneens de traumatische gebeurtenis voor de geest moet halen. De vingers van de therapeut maken dan voor het gezicht van de patiënt ritmische bewegingen van links naar rechts. De patiënt moet deze beweging volgen met de ogen en zo ontstaan de oogbewegingen waardoor de therapie beroemd is geworden. Hoewel de recentste metastudies uitwijzen dat *EMDR* net zo effectief is als cognitieve gedragstherapie, worden nog steeds diverse kanttekeningen geplaatst bij *EMDR*. De belangrijkste zijn dat het bewijs voor de werking van *EMDR* minder sterk is dan voor cognitieve gedragstherapie, vooral op de lange termijn, en dat men nog steeds niet weet hoe de therapie precies werkt en welke onderdelen van de therapie er wel of niet toe doen (Bisson e.a., 2007; Seidler & Wagner, 2006).

EMDR is geïntroduceerd als een wondertherapie. Het zou sneller werken dan *exposure* en minder belastend zijn voor de patiënt. Helaas heeft de *EMDR*-behandeling deze beloften niet waar kunnen maken: er is geen empirisch bewijs gevonden voor deze beweringen. *EMDR* is net zo snel en net zo belastend als *exposure* en heeft dus geen meerwaarde boven *exposure*. Sommigen stellen ook wel dat *EMDR* een vorm van *exposure* is, aangezien de patiënt in gedachten de herinnering aan het trauma op moet halen.

Een andere psychologische interventie is cognitieve therapie. Hierbij worden disfunctionele gedachten die patiënten hebben gekregen na hun trauma veranderd in rationelere gedachten. Veel slachtoffers van een trauma denken bijvoorbeeld dat de wereld niet meer veilig is en dat ze niemand meer kunnen vertrouwen. Of ze denken dat ze zelf niet goed hebben gehandeld tijdens het trauma. Hoewel ook cognitieve therapie effectief is gebleken, is ook bij deze interventie *exposure* noodzakelijk.

Een andere behandeling die in de richtlijnen staat, is die van medicatie en dan vooral met antidepressiva uit de groep van de serotonine heropnameremmers of *ssri's* (Stein, Ipser, & Seedat, 2006). De rol van medicijnen bij het behandelen van *PTSS* kan gerust bescheiden genoemd worden. Het gebruik van een *ssri* kan weliswaar de *PTSS*-klachten en sommige comorbide klachten verlichten, maar een psychologische behandeling blijft daarnaast altijd geïndiceerd.

Concluderend: er zijn wel alternatieve behandelingen, maar die zijn minder effectief dan *exposure* (psychofarmaca) of zijn op zijn hoogst even effectief (*EMDR*, cognitieve therapie). Kenmerkend voor alle psychologische interventies is dat *exposure* aan de traumatische herinnering noodzakelijk is, al verschillen ze onderling in de vorm en mate van blootstelling.

Deze oratie gaat niet over de strijd tussen *exposure* en ander psychologische behandelingen zoals *EMDR* of cognitieve therapie. Deze strijd leidt af van wat in mijn ogen het belangrijkste probleem is bij het behandelen van *PTSS*, namelijk: hoe zorgen we ervoor dat patiënten een effectieve behandeling krijgen? Het maakt mij in de klinische praktijk niet zo zeer uit wát patiënten krijgen, *exposure*, *EMDR* of cognitieve therapie, maar dát ze het krijgen. En de klinische opvattingen en misverstanden over de behandeling van *PTSS* die ik hierna bespreek, betreffen *exposure*therapie, maar gaan voor een groot deel ook op voor *EMDR* en cognitieve therapie. U mag mijn pleidooi voor de toepassing van *exposure* dan ook gerust breder opvatten en het beschouwen als een pleidooi voor een traumagerichte behandeling.

Femke kreeg geen *exposure*behandeling aangeboden voor haar *PTSS*-klachten, geen *EMDR*-behandeling en ook geen cognitieve therapie. Ze kreeg wel psychofarmaca, maar die waren gericht op het verminderen van haar psychotische symptomen, niet op de vermindering van haar angstklachten.

Misverstand 2. Het geven van exposurebehandeling is moeilijk en vergt een grondige training

Op grond van de effectiviteit zou de meest logische verwachting zijn dat elke therapeut die een PTSS-patiënt gaat behandelen *exposure* toepast. Niets is helaas minder waar. In de dagelijkse klinische praktijk wordt *exposure* vaak niet toegepast. Aan Amerikaanse therapeuten (Becker, Zayfert, & Anderson, 2004) werd gevraagd welke behandeltechnieken ze toepasten. Maar liefst 83 procent van de therapeuten paste geen imaginaire *exposure* toe bij de behandeling van hun PTSS-patiënten. Eén van de redenen die ze hiervoor noemden was dat ze onvoldoende in deze behandelmethode getraind waren. Blijkbaar denken veel therapeuten dat voor het toepassen van exposurebehandeling een uitgebreide scholing of training nodig is. In werkelijkheid valt het wel mee met die moeilijkheidsgraad. Ter illustratie: na 9/11 was er een gebrek aan therapeuten die al die getraumatiseerde mensen konden opvangen en zo nodig konden behandelen. Noodgedwongen heeft men toen snel een aantal psychologiestudenten, zonder ervaring met het geven van therapie, getraind in de behandelmethode met *exposure*. De training duurde slechts een halve dag, met daarna nog enkele supervisiebijeenkomsten. Het bleek dat de behandelresultaten van deze onervaren therapeuten net zo goed waren als die van ervaren traumatherapeuten (Levitt, Malta, Martin, Davis, & Cloitre, 2007). Ook uit andere studies blijkt dat na een relatief korte training *exposure* succesvol kan worden toegepast in de dagelijkse klinische praktijk (zie bijvoorbeeld Cahill, Foa, Hembree, Marshall, & Nacash, 2006). Concluderend: het aanleren van de techniek van *exposure* is niet moeilijk en een uitgebreide training is niet nodig.

Hadden de therapeuten van Femke een training gehad in het toepassen van *exposure*, dan was de kans groter geweest dat ze wel een adequate behandeling had gekregen. Hoewel: onder de therapeuten die wel getraind waren in de exposuretechniek, meldde nog steeds een derde nooit *exposure* te gebruiken bij de behandeling van PTSS. Waarom niet? Sommige therapeuten gaven als reden hiervoor aan dat ze geen protocollaire behandeling wilden geven. Want ook over het uitvoeren van protocollaire behandelingen bestaan helaas nog steeds veel misverstanden (zie ook Keijsers, Van Minnen, & Hoogduin, 2004a, 2004b, 2004c).

Concluderend is het belangrijk om therapeuten niet alleen te trainen in een specifieke behandeltechniek, zoals *exposure*, maar ook om tijdens de opleidingen stil te staan bij misvattingen die therapeuten hebben over *exposure* en over het toepassen van behandelprotocollen.

Misverstand 3. Door een exposurebehandeling zullen de PTSS-klachten verergeren

Een andere veelgehoorde reden waarom therapeuten geen *exposure* toepassen, is dat ze bang zijn dat de patiënt verslechtert door de behandeling (Becker e.a., 2004). Als je de nare herinneringen oprakelt, zullen de klachten van de patiënt erger worden, vreest men. Anekdotisch zijn er inderdaad meldingen van verslechtering na *exposure* (Pitman,

Altman, Greenwald, Longpre, Macklin, Poire, & Steketee, 1991; Tarrier, Pilgrim, Sommerfield, Faragher, Reynolds, Graham, & Barrowclough, 1999). Het ging in die gevallen echter om gebrek aan verbetering in plaats van een echte verslechtering (Tarrier e.a., 1999) en over verslechtering na het toepassen van *flooding* (Pitnam e.a., 1991), een techniek waarbij de patiënt wordt overspoeld met traumatische herinneringen, in plaats van er gradueel aan blootgesteld te worden zoals dat bij een exposurebehandeling gebeurt.

Uit ons eigen onderzoek (Van Minnen, 2007) bleek dat de meerderheid van de patiënten meteen na de eerste exposuresessie al een daling liet zien in PTSS-klachten. Ongeveer 20 procent van de patiënten kreeg echter inderdaad meer klachten na de eerste exposuresessie. Deze verslechtering in klachten was echter minimaal, tijdelijk en wat nog belangrijker was; deze patiënten werden uiteindelijk toch beter (zie ook Foa, Zoellner, Feeny, Hembree, & Alvarez-Conrad, 2002). Ook als specifiek gekeken wordt naar herbelevingen, blijkt dat herbelevingen tijdens exposurebehandeling doorgaans gradueel afnemen (Speckens, Ehlers, Hackmann, & Clark, 2006). In een andere studie werd expliciet gekeken naar verslechtering aan het eind van de behandeling. Van de patiënten die *exposure* hadden gehad verslechterde niemand (Taylor, Thordarson, Maxfield, Federoff, Lovell, & Ogrodniczuk, 2003).

Concluderend is de angst voor verslechtering van PTSS-patiënten door een exposurebehandeling niet gegrond. De kans is dus klein dat de PTSS-klachten van Femke verergeren door de *exposure*.

Misverstand 4. Een exposurebehandeling is niet geschikt voor PTSS-patiënten die als kind herhaaldelijk seksueel misbruikt zijn

Veel therapeuten denken dat *exposure* als behandeling vooral geschikt is voor PTSS-patiënten met een zogenaamd type I-trauma, zoals een auto-ongeluk of een eenmalige verkrachting, zoals bij Myrthe. Patiënten met een type II-trauma, ook wel patiënten met een complexe PTSS genoemd, zijn volgens dit onderscheid patiënten die als kind herhaaldelijk seksueel misbruikt zijn, zoals Femke. Deze patiënten, zo veronderstelt men, zijn er vaak ernstiger aan toe en hebben andere symptomen en stoornissen naast de PTSS-klachten, waardoor *exposure* voor hen niet geschikt zou zijn.

Ten eerste is het goed om op te merken dat een dergelijk onderscheid tussen type I- en type II-trauma of enkelvoudig versus complexe PTSS niet berust op empirisch bewijs (zie o.a. Taylor, Asmundson, & Carleton, 2006). Ook is deze tweedeling geen officieel onderscheid volgens de DSM IV-criteria. Desondanks is het een onderscheid dat in de klinische praktijk vaak gehanteerd wordt. Is het nu inderdaad zo dat patiënten die als kind herhaaldelijk seksueel misbruikt zijn minder profiteren van een exposurebehandeling? Nee. Cognitieve gedragstherapie blijkt effectief te zijn bij deze patiënten (Zie bijvoorbeeld McDonagh, Friedman, McHugo, Ford, Sengupta, Mueser, Demment, Fournier, & Schnurr, 2005; Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002). Uit ons onderzoek (Van Minnen, Arntz, & Keijsers, 2002), en uit diverse andere onderzoeken (Cahill,

Zoellner, Feeny, & Riggs, 2004; Taylor e.a., 2006) blijkt steeds weer dat slachtoffers van seksueel misbruik in hun kindertijd in dezelfde mate verbeteren tijdens *exposure* als slachtoffers van een eenmalig en/of niet-seksueel trauma. In een andere studie vonden we tevens dat dissociatieve klachten de effecten van een exposurebehandeling niet in de weg stonden, zoals veel klinici abusievelijk aannemen (Hagenaars, Van Minnen, & Hoogduin, 2008). Ook *borderline* persoonlijkheidstrekken hebben geen nadelige effecten op de resultaten van de exposurebehandeling (Clarke, Rizvi, & Resick, 2008; Hembree, Cahill & Foa, 2004; Van Minnen e.a., 2002).

Concluderend: er zijn geen onderzoeksgegevens die erop wijzen dat een exposurebehandeling gecontraïndiceerd is bij PTSS-patiënten die als kind herhaaldelijk seksueel misbruikt zijn. Integendeel. Zij profiteren even veel van de exposurebehandeling als andere patiënten. Het onderscheid tussen type I- en type II-trauma, en enkelvoudige of complexe PTSS, is dan ook nergens voor nodig. Het leidt niet tot een andere diagnose en niet tot een ander behandelplan. Wat Femke betreft: er waren dus geen geldige redenen om haar de exposurebehandeling te weigeren. Bij haar is de kans net zo groot als bij Myrthe dat de PTSS-klachten tijdens de exposurebehandeling af zullen nemen.

Misverstand 5. Door een exposurebehandeling zullen comorbide klachten verergeren

Sommige patiënten hebben naast de PTSS nog andere stoornissen. Depressie komt veel voor, één of meerdere andere angststoornissen, dissociatieve stoornissen en verslavingsproblematiek. Men vreest in de klinische praktijk dat door *exposure* die bijkomende klachten erger worden. Als we Femke gaan behandelen met *exposure*, wordt ze misschien nog depressiever of zal ze weer een psychose krijgen zo redeneert men.

Uit ons recentste onderzoek bleek het tegenovergestelde: zelfs al hebben we er in de behandeling niet expliciet aandacht aan besteed, de comorbide klachten zoals depressie en dissociatie waren significant afgenomen na de exposurebehandeling (Hagenaars e.a., 2008). Overigens nemen ook allerlei cognities, zoals woede, schuld en schaamte, af tijdens een exposurebehandeling, zelfs al worden er tijdens de exposurebehandeling geen cognitieve interventies gedaan (Foa & Rauch, 2004; Hagenaars & van Minnen, 2008). Ook symptomen van een *borderline* persoonlijkheidsstoornis verminderden na een exposurebehandeling (Clarke e.a., 2008).

Een andere interessante studie in dit licht is die van de behandeling van patiënten die een PTSS én een alcoholverslaving hadden (Coffey, Stasiewicz, Hughes, & Brimo, 2006). Bij patiënten die imaginaire *exposure* kregen, waren niet alleen de PTSS-symptomen significant afgenomen, maar was ook de trek in alcohol sterk verminderd. In de groep die ontspanning kreeg, waren er geen veranderingen op beide gebieden.

In een ander onderzoek werd gevonden dat de positieve relatie tussen seksueel misbruik als kind en automutilatie voor een deel verklaard werd door de aanwezigheid van PTSS-symptomen zoals herbelevingen (Weierich & Nock, 2008). Deze bevinding impliceert dat een afname in PTSS-symptomen kan leiden tot een vermindering van automutilatie.

Al met al wijzen alle onderzoeksresultaten op dit gebied in dezelfde richting, namelijk dat bij exposurebehandeling van PTSD comorbide klachten eerder zullen afnemen dan toenemen. Door Femke te behandelen voor haar PTSD-klachten, zouden haar andere klachten dus ook kunnen verminderen.

Misverstand 6. Bij stressvolle omstandigheden kan de exposurebehandeling beter uitgesteld worden

De volgende klinische opvatting is dat er zo veel stressvolle omstandigheden kunnen zijn, dat het beter is de behandeling uit te stellen. Femke heeft bijvoorbeeld geen vrienden of familie waar ze op terug kan vallen. Geen werk, geen hobby's. Kunnen we niet beter wachten tot ze dat op orde heeft? Of haar daar eerst mee helpen?

Bij een studie naar de behandeling van patiënten die, net als Femke, in het verleden seksueel misbruik hadden meegemaakt, kreeg de helft *exposure* en de andere helft kwam op een wachtlijst. Van de patiënten die *exposure* kregen verslechterde nog geen 5 procent tegenover 30 procent van de patiënten van de wachtlijst. Met andere woorden: als men niets doet, is de kans veel groter dat de patiënt verslechtert dan wanneer de patiënt een exposurebehandeling krijgt (Cloitre e.a., 2002).

Nog een interessante studie is die over de behandeling van Soedanese vluchtelingen (Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara, & Elbert, 2004). De omstandigheden daar kun je gerust stressvol noemen: de vluchtelingen hadden familieleden verloren, leefden in een vluchtelingenkamp en de dreiging van oorlogsgeweld was nog aanwezig. Geen ideale omstandigheden voor een traumagerichte behandeling, zou je zeggen. Toch deed men dat, met behulp van de zogenaamde *narrative exposure therapy*, een variant van de exposurebehandeling. Eén groep kreeg deze *narrative exposure therapy*, één groep kreeg een steunende behandeling gericht op het omgaan met de stress, en een derde groep kwam op de wachtlijst. Direct na de behandeling werden er nauwelijks verschillen gevonden tussen de drie groepen, maar een jaar na de behandeling waren de verschillen spectaculair; Vluchtelingen die exposuretherapie hadden gehad waren er veel beter aan toe. Ze hadden niet alleen minder PTSD-klachten, maar waren opvallend vaker het vluchtelingenkamp ontvlucht. Daardoor hadden ze ook minder nieuwe traumatische ervaringen opgedaan dan vluchtelingen uit de controlegroepen, die wel in het vluchtelingenkamp waren gebleven. De exposurebehandeling zorgde dus niet alleen voor een vermindering van de PTSD-klachten, maar ook voor een vermindering van de stressvolle omstandigheden.

Samengevat: in bovengenoemde studies bleek wachten of steunen in geval van stressvolle omstandigheden slechter dan een klachtgerichte exposurebehandeling. De kans dat Femke verslechtert als er niets gedaan wordt, is dus groter dan wanneer ze een traumagerichte behandeling krijgt. Een vermindering van de PTSD-symptomen kan bovendien leiden tot een vermindering van de stressvolle omstandigheden. Zo zou Femke door de behandeling niet alleen minder PTSD-klachten kunnen krijgen, maar ook meer vertrouwen in mensen. Vervolgens zou ze bijvoorbeeld werk kunnen gaan zoeken.

Misverstand 7. Een exposurebehandeling is te belastend

Een volgend misverstand is dat de exposurebehandeling emotioneel te belastend zou zijn voor de patiënt. Wat in dit opzicht niet vergeten mag worden is dat PTSS een ernstige stoornis is, die het dagelijks functioneren erg aantast. Patiënten voelen zich nergens veilig. Op de meest onverwachte momenten worden ze overvallen door flashbacks van hun traumatische ervaring. Zelfs in hun bed voelen ze zich niet veilig. Femke vertelt dat ze elke nacht droomt dat haar vader bij haar komt en haar verkracht; ze wordt dan helemaal angstig en verstijfd wakker.

Angststoornissen staan na hart-en vaatziekten op nummer 2 in de top 10 van ziekten met de grootste ziektelast in Nederland (Trimbos Instituut, 2007). In 2004 was PTSS de meest frequent gediagnosticeerde angststoornis bij de WAO-instroom (Gezondheidsraad, 2007). Dit wetend, betekent het nogal wat als besloten wordt geen behandeling te geven. Dan moet je afwegen wat erger is: elke dag op onverwachte momenten overvallen worden door gruwelijke herbelevingen? Of een traumagerichte behandeling zoals *exposure*, waarin je onder begeleiding, stapje voor stapje, op een gecontroleerde manier je herinneringen onder ogen ziet, met kans op herstel binnen pak 'm beet acht weken?

Een tegenwerping kan zijn dat *exposure* een zware behandeling is. Uiteraard hebben we ook onderzoek gedaan op dit belangrijke punt (van Minnen & Hagenaars, 2008). In dit onderzoek vroegen we patiënten zowel vooraf als achteraf wat ze van de exposurebehandeling vonden. 85 procent van de PTSS-patiënten vond vooraf – na de uitleg over *exposure* – de behandeling logisch. We vroegen aan onze PTSS-patiënten hoe belastend de exposurebehandeling voor hen was geweest. Op een schaal van 0 tot 10, waarin 10 staat voor heel erg belastend, gaf men achteraf gemiddeld een 6.6. Patiënten zagen wel tegen de behandeling op, maar 63 procent vond achteraf dat de behandeling was meegevallen.

In een onderzoek waarin *exposure* werd vergeleken met *EMDR*, een behandeling die als minder belastend wordt aangeprezen, werd geen verschil gevonden; patiënten vonden *EMDR* en *exposure* even belastend (Deville & Spence, 1999). Ook stopten evenveel patiënten vroegtijdig tijdens *EMDR* als tijdens een exposurebehandeling (Hembree, Foa, Dorfan, & Street, 2003). *Exposure* is dus belastend, maar niet meer dan andere therapieën.

Femke zei over de behandeling: *'Ergens weet je natuurlijk zelf wel dat je alles moet gaan vertellen. Aan de ene kant zag ik daar enorm tegenop, maar aan de andere kant wilde ik het zo graag eens allemaal kwijt. Ik vond het best zwaar, maar alles is beter dan met een loodzwaar geheim rond te lopen. Nu kan ik zeggen: ja, het is gebeurd. Shit happens. Maar nu ga ik verder.'* Kortom: de behandeling is zeker belastend, maar dat is minder erg dan we misschien denken. Therapeuten overschatten wellicht de belasting voor patiënten. Dat is ook in onderzoek vastgesteld: buitenstaanders beoordeelden de behandeling als meer belastend dan de patiënten zelf (Deville & Huther, 2007).

Misverstand 8. Patiënten willen geen exposurebehandeling

Het volgende misverstand dat samenhangt met het vorige is dat patiënten geen *exposure* zouden willen. Vanwege die belasting of omdat ze een andere behandeling prefereren. In een onderzoek werd aan deelnemers gevraagd: stel dat u een PTSS zou hebben, welke behandeling zou u dan graag willen? Men kon kiezen uit diverse opties, waaronder *exposure*, cognitieve therapie, groepstherapie, schrijftherapie, *EMDR*, alternatieve therapie en medicatie. Alle deelnemers kregen van elke behandeling een korte omschrijving. Als eerste werd gevraagd welke behandeling het meest belastend leek. De meeste mensen gaven aan dat de *exposure*behandeling het meest belastend leek. De volgende vraag was: 'Welke behandeling zou u kiezen?' *Exposure* stond hierbij opvallend genoeg in de top drie van meest gewenste behandelingen, ondanks de verwachte belasting (Tarrier, Liversidge, & Gregg, 2006). Ook opvallend: *EMDR*, een geliefde behandeling onder therapeuten, werd door de deelnemers als een van de minst gewenste behandelingen beschouwd.

Blijkbaar biedt *exposure* ook voordelen voor mensen en niet alleen maar nadelen. Wat voor veel patiënten belangrijk is, is de idee dat ze de stoornis zelf overwinnen. Dat is vaak ook de reden waarom zo weinig patiënten medicatie verkiezen boven een psychologische behandeling. Ter illustratie: als deelnemers werd gevraagd in het geval van PTSS te kiezen tussen medicatie of een psychologische behandeling, koos 87 procent voor een psychologische behandeling (Zoellner, Feeny, Cochran, & Pruitt, 2003). In ons onderzoek vonden we inderdaad dat maar liefst 94 procent van de patiënten de effecten van de *exposure*behandeling meer aan zichzelf toeschreef dan aan de therapeut (Van Minnen & Hagens, 2008). En zouden patiënten de behandeling aan een familielid of goede vriend aanraden? Na de eerste uitleg over de behandeling, zou 75 procent van de patiënten dat doen. Na de behandeling werd dat opnieuw gevraagd, en toen werd die aanbeveling door nog meer patiënten (90 procent) gedaan.

En wat therapeuten vaak als nadeel noemen, dat patiënten alles tot in detail moeten vertellen, ervaren patiënten vaak juist als positief punt. Myrthe had sommige, maar niet alle, details van de verkrachting hooguit aan de politie verteld, maar verder aan niemand. De expliciete details van een verkrachting bespaar je anderen, en bovendien schaam je je er voor. Patiënten ervaren het als een opluchting om al die details, die ze met zich meedragen als een geheim, wel aan iemand te kunnen vertellen. Aan iemand die ze niet hoeven sparen.

Samengevat willen patiënten ondanks de mogelijke belasting zelf graag *exposure*. Femke wilde ook niets liever dan vertellen over haar traumatische ervaringen en heeft meermalen tevergeefs verzocht om een dergelijke therapie.

Misverstand 9. Exposure kan leiden tot secundaire traumatisering bij therapeuten

Er is een alternatieve verklaring voor het feit dat patiënten vaak geen exposure-behandeling krijgen. Willen therapeuten deze behandeling wel geven? Therapeuten hebben het soms moeilijk met de gruwelijke details die ze moeten aanhoren tijdens de therapie. Sommigen beweren dat therapeuten daar zelf een prss aan kunnen overhouden, als een soort secundaire traumatisering. Is dat zo? Dat hebben we onderzocht door traumatherapeuten te vragen hoe zij de therapie ervaren (Van Minnen & Keijsers, 2001). 'Ja, zeiden sommigen, 'we hebben inderdaad wel eens herbelevingen aan wat de patiënt ons heeft verteld. Het zijn geen prettige verhalen'. Zo op het eerste oog leken de therapeuten exposure inderdaad zwaar te vinden en vertoonden ze symptomen die op prss leken. Maar we vroegen ze ook naar de positieve kanten van de behandeling. Die bleken er in overvloed te zijn. De sterke band die je met de patiënt krijgt door de behandeling, bijvoorbeeld. Een therapeut vertelde bijvoorbeeld: 'Bij sommige namen van patiënten moet ik na verloop van tijd nog weleens denken: wie was dat ook alweer? Maar deze patiënten vergeet je nooit meer en je hebt een band voor het leven.' Deze positieve ervaringen wegen voor veel therapeuten op tegen de moeilijke kanten van de exposure. De meeste therapeuten gaven aan zichzelf te beschermen, bijvoorbeeld door niet te veel prss-patiënten op één dag te plannen of niet te veel prss-patiënten met eenzelfde soort trauma te behandelen. In ons onderzoek vroegen we de therapeut na afloop van de exposurebehandeling aan te geven wat de belasting was. Deze was gemiddeld 2.5 op een schaal van 0-10 (Van Minnen & Hagedaars, 2008).

Een andere belangrijke studie op dit gebied vond bij therapeuten die wisten dat exposure een effectieve behandeling was, maar geen exposure deden, meer psychische klachten dan bij therapeuten die veel exposure uitvoerden (Deighton, Gurriss, & Traue, 2007). Met andere woorden: niet exposure maar vermijdingsgedrag van therapeuten leidt tot klachten.

Kortom: er zijn geen wetenschappelijke aanwijzingen voor secundaire traumatisering bij therapeuten door exposurebehandeling, integendeel. De therapeut van Femke hoeft dat dus niet te vrezen.

Misverstand 10. Patiënten zijn angstig en therapeuten zijn dapper

Bij de behandeling van patiënten met een angststoornis is het vaak zo dat de patiënt angstig is, en datgene wat hij of zij vreest, vermijdt. De therapeut legt de patiënt uit dat deze vermijding juist de klachten in stand houdt, en probeert het vermijdingsgedrag van de patiënt te doorbreken met een exposurebehandeling. Bij de behandeling van prss lijkt het soms omgekeerd; de patiënt wil graag exposure, maar de therapeut vermijdt.

Misschien vinden therapeuten het moeilijk om te zien dat patiënten zich angstig, verdrietig, of boos voelen tijdens de exposure. Therapeuten zijn immers niet voor niets psychotherapeut geworden, en geen tandarts of chirurg. Ze willen mensen helpen. Zeggen dat het allemaal goed komt. Ter illustratie: therapeuten prefereerden een variant van de

exposurebehandeling, *rescripting*, boven alleen exposurebehandeling (Arntz, Tiesema, & Kindt, 2007). Bij *rescripting* mogen patiënten tijdens de *exposure* imaginair reageren zoals ze eigenlijk hadden willen reageren tijdens het trauma. De dader wegsturen bijvoorbeeld. Sommige therapeuten vonden deze variant van *exposure* prettiger, omdat ze zich minder hulpeloos voelden tijdens de *exposure*.

Gek genoeg lijkt het er op dat therapeuten patiënten wel angstig durven maken, maar het liefst buiten hun zicht. Zo worden aan patiënten wel exposureopdrachten meegegeven: oefeningen die ze zelf thuis moeten uitvoeren. Echter, zodra die angst in de behandelkamer zichtbaar wordt, wordt het een ander verhaal. Dat gaan therapeuten liever uit de weg. Zijn patiënten wellicht dapperder dan therapeuten?

In dit geval was Femke dapper en waren de therapeuten angstig en vermijdend.

De eindconclusie moge duidelijk zijn: Femke had net als Myrthe een exposurebehandeling moeten krijgen voor haar PTSS-klachten. Dat is, ook voor PTSS-patiënten die als kind herhaaldelijk seksueel misbruikt zijn, zoals Femke, een behandeling van eerste keus. Haar klachten zullen door de exposurebehandeling niet verergeren, maar juist verminderen, net als haar comorbide klachten en de andere stressvolle omstandigheden. Femke wil zelf graag de behandeling, ondanks dat het belastend zal worden. De therapeut zal sommige verhalen lastig vinden om aan te horen, maar zal er geen psychische klachten van krijgen, integendeel. Een exposurebehandeling uitvoeren is technisch gezien gemakkelijk, en je hebt er geen uitgebreide opleiding voor nodig. Belangrijker dan de opleiding is de mate van lef die een therapeut bezit: het lef om *exposure* uit te voeren, om mensen bang te maken en dat zelf te verdragen. Want dat is nodig voor het resultaat. Daarom luidt de titel van mijn oratie: *Wie durft?*. Want alle PTSS-patiënten, óók diegenen die nog veel meer klachten en problemen hebben, verdienen een effectieve behandeling.

Lukt het nou altijd? Wordt iedereen beter? Helaas niet. We hebben geen honderd procent garanties in dit vak. Er blijven patiënten die niet, of niet voldoende opknappen. Maar dat zijn niet altijd de ernstigste patiënten, zoals je misschien zou verwachten. Niet alleen bij Femke, maar ook bij Myrthe kan de behandeling mislukken. Ondanks divers onderzoek weten we nog steeds niet goed waarom de één opknapt en de ander niet, laat staan dat we het kunnen voorspellen. Maar juist omdat we het niet kunnen voorspellen mogen we mensen niet al bij voorbaat uitsluiten van behandeling.

TOT SLOT

Ik heb met veel plezier de leeropdracht 'Angstregulatie en de behandeling van angststoornissen' geaccepteerd. Deze leeropdracht is veel breder dan alleen de behandeling van PRSS, mijn leerstoel betreft de behandeling van alle angststoornissen. Maar wat ik u heb verteld over de behandeling van PRSS gaat ook op voor andere angststoornissen. Want helaas is het zo dat niet alleen PRSS-patiënten een effectieve exposurebehandeling wordt ontzegd. Ook patiënten met andere angststoornissen krijgen niet altijd de effectiefste behandeling (zie bijvoorbeeld Freiheit, Vye, Swan, & Cady, 2004; Hembree & Cahill, 2007). Uit een onderzoek onder cognitieve gedragstherapeuten bleek bijvoorbeeld dat 26 procent nooit *exposure* gebruikte bij de behandeling van een obsessief compulsieve stoornis, dat 76 procent nooit interoceptieve *exposure* gebruikte bij de behandeling van een paniekstoornis en 53 procent geen in vivo *exposure* gebruikte bij de behandeling van een sociale fobie (Freiheit e.a., 2004). Ook bleek, in overeenstemming met de opvatting dat therapeuten niet zo dapper zijn, dat *exposure* waar de therapeut bij is veel minder uitgevoerd wordt dan *exposure* door de patiënt zelf. Kortom: *exposure* wordt structureel te weinig uitgevoerd. Te veel patiënten met een angststoornis krijgen dus, geheel ten onrechte, geen effectieve behandeling aangeboden.

Al het experimenteel onderzoek in de klinische psychologie en alle nieuwe generaties behandelingen van de afgelopen twintig jaar ten spijt, is de kern van de behandeling van PRSS en andere angststoornissen nog steeds *exposure*, en het is belangrijk dat therapeuten dat goed en gedegen uitvoeren. Nieuwe therapieën zijn vaak slechts varianten op hetzelfde thema. We moeten *back to basics*. In de komende jaren zal dat thema in mijn onderwijs en onderzoek over en naar angststoornissen centraal staan. Door bijvoorbeeld misverstanden over *exposure* in de klinische praktijk weg te nemen. Want al is het imago van psychotherapeuten verbeterd, nog steeds willen psychologen in mijn ogen te veel praten over de klachten, in plaats van er iets aan te doen. Meestal heeft men het in vakjargon over 'pillen' versus 'praten', waarbij pillen dan refereert naar medicatie en praten naar psychologische behandeling. In mijn optiek zou het beter zijn als we zouden spreken over 'pillen' versus 'dóen'. Geen woorden maar daden. *Exposure* dus.

Verder ben en blijf ik bezig om de *exposure*behandeling te optimaliseren en toegankelijker te maken, zowel voor therapeuten als voor patiënten. Maar altijd met *exposure* als basisprincipe - want dat werkt. En altijd gebaseerd op theorie - want dat is wetenschap. En zo veel mogelijk in samenwerking met experts - want samenwerking tilt het onderzoek naar een hoger niveau. Zo gaan we bijvoorbeeld experimenteren met de *exposure*tijd (zie ook Van Minnen & Foa, 2006), onderzoek doen naar (cognitieve) processen tijdens *exposure* (zie ook Van Minnen & Hagenaars, 2002), de rol van inadequate angstregulatie tijdens *exposure* onderzoeken, de rol van vermijdingsgedrag bij *exposure* vaststellen, instructies voorafgaand aan de *exposure* manipuleren, middelen of taken zoals D-cycloserine en visuospatiële taken toevoegen aan de *exposure*, *exposure*

toepassen bij ouderen en bij kinderen, *exposure* bij (ernstige) comorbiditeit onderzoeken, de effecten van *exposure*training via computertaken onderzoeken, en experimenteel onderzoeken wanneer een therapeut al dan niet voor *exposure* kiest - en of we dat kunnen beïnvloeden. Er is op dit terrein nog heel veel werk te doen, en ik sta te popelen.

DANKWOORD

Aan het slot gekomen van mijn oratie wil ik graag een aantal mensen bedanken. Graag wil ik de Radboud Universiteit Nijmegen bedanken voor het in mij gestelde vertrouwen en voor de hartelijkheid waarmee ik ontvangen ben: het College van Bestuur, Hetty Dekkers, de decaan van de faculteit, Ad van Knippenberg, directeur van het Behavioural Science Institute en Eni Becker, hoofd van de sectie Klinische Psychologie.

Ook wil ik graag de Raad van Bestuur van Stichting Forum GGz Nijmegen, Ron Sponselee en Jos Poelman bedanken voor het instellen van de leerstoel en het vertrouwen dat ze me gegeven hebben. De Academische Raad is al opgericht en die belooft veel goeds op onderzoeksgebied. Ook Arjen van Kalsbeek en Agnes Scholten wil ik hartelijk danken voor hun steun. Tom Kuipers, bedankt voor je inzet en je enthousiasme.

Lieve oud-collega's van de sectie Klinische Psychologie. Het was goed om even weg te zijn, en het is goed om weer terug te zijn. Ik geniet van jullie wetenschappelijke input en de oude vertrouwde gewoonten. Ook nieuwe collega's heb ik ontmoet, en er zijn al samenwerkingsverbanden. Jullie zijn een inspirerende club.

Alle leden van NijCare wil ik hier ook graag bedanken. Het Manipel van oudsher is nu officieel het *Nijmegen Centre of Anxiety Research and Expertise*. Het bestaat uit allemaal ambitieuze onderzoekers die zich bezighouden met onderzoek op het gebied van angststoornissen. Een mooier samenwerkingsverband kan ik me niet voorstellen.

En dan wil ik het hele Angstcentrum bedanken. Als hoogleraar op het gebied van de behandeling van angststoornissen kan ik het niet beter treffen. Vanaf het begin van haar bestaan ben ik al betrokken bij de Angstpoli. Daar werkt een unieke club mensen die veel weg heeft van een gezellige en hechte familie. Zonder het professionele team van de Angstpoli, met deskundige, maar vooral dappere, vooruitstrevende en daadkrachtige therapeuten zou ik nooit dit werk zo uit kunnen dragen als vandaag. Ik prijs me rijk met zo'n team. Bedankt collega's, jullie zijn uniek! Beste collega's van Overwaal, ik vind het een bijzonder mooie kans dat we nu bij elkaar horen, en ik heb veel vertrouwen in onze samenwerking.

Gert-Jan Hendriks, de titel van mijn oratie lijkt voor jou geschreven. Jij bent de ambitieuze ondernemer die echt lef heeft. Daarin geef je mij de ruimte en kans om mijn ding te doen. Jouw motto voor het angstcentrum is '*game, set, & match*' en dat geldt wat mij betreft ook voor ons dubbelspel.

Kees Hoogduin, jij bent mijn grootste leermeester en inspirator. Naast jou voel ik me helemaal geen hoogleraar, maar een eeuwige leerling. Jij voorspelde al lang geleden dat ik hier zou staan en zoals altijd heb je gelijk. Bedankt voor alles.

Sandra van Thiel, jij hebt altijd in mijn wetenschappelijke carrière geloofd, bedankt voor je steun, en jij bent de volgende! Ger Keijsers, toen we elkaar jaren geleden op een congres in Portugal leerden kennen, werden we steeds hinderlijk achtervolgd door een hond. Na een wetenschappelijke analyse van dit probleem – op een terras in Coïmbra - besloten we als oplossing de hond een naam te geven en te doen alsof hij bij ons hoorde. Het zoeken naar unieke oplossingen kenmerkt onze samenwerking, dank je wel. Muriel Hagenaars, ik verheug me nu al op de werkreizen die we weer gaan maken. Ik ben blij dat we nog steeds veel samenwerken, maar ik ben vooral blij met je vriendschap.

Al mijn overige lieve vrienden wil ik bedanken. Ieder van jullie is speciaal voor mij, bedankt voor jullie liefde en vriendschap.

Lieve schoonouders, jullie staan altijd met liefde voor ons klaar. Bedankt voor al jullie steun.

Mijn grootouders, zouden vandaag, ondanks hun noordelijke nuchterheid, bijzonder trots geweest zijn. Lieve opa en oma Groningen en opa en oma Dokkum, in gedachten zijn jullie erbij. Mijn oratie draag ik aan jullie op, en aan mijn ouders. Lieve pa, jij hebt me altijd gestimuleerd en jij was het ook die me op het spoor van de psychologie zette. Samen met Monique volg je mijn carrière op de voet en de toga die ik van je kreeg, symboliseert voor mij dat je trots op me bent, dank je wel. Lieve mama, je hebt me tijdens mijn jeugd vaak aangespoord mijn neus eens út de boeken te steken, en lekker buiten te gaan spelen. En dat doe je, zorgzaam als je bent, nog steeds, bedankt voor alles. Lieve Saskia, ik heb een goede keuze gemaakt door jou als zus te kiezen, ik had me geen betere kunnen wensen. Lieve Gert, jij bent echt mijn grote broer.

Lieve Zoë en lieve Suzéh, statistisch gezien is de kans echt heel klein dat uitgerekend de twee allerallerleukste kinderen van de héééle wereld in één gezin terecht komen, maar het is ons gelukt! Jullie zijn geweldig. Lieve Stef, we vinden steeds nieuwe uitdagingen op ons pad die we met beide handen aangrijpen. Ook deze stap maakt ons leven niet bepaald rustiger. Maar wat er ook gebeurt, en hoe druk het ook is: om half tien stipt gaan onze laptops dicht, snellen we naar de bank en lossen we alle moorden op. Laten we dat nog lang doen.

Ik heb gezegd.

NOOT

- Hierbij wil ik Muriel Hagenaars en Angélique Huisman bedanken voor het kritisch lezen van eerdere versies.

REFERENTIES

- Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). 'Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting'. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38, 345-370.
- 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, 277-292.
- Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S (2007). 'Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis'. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104.
- Cahill, S.P., Foa, E.B., Hembree, E.A, Marshall, R.D., & Nacash, N. (2006). 'Dissemination of exposure therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder'. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 597-610.
- Cahill, S.P., Zoellner, L.A., Feeny, N.C., & Riggs, D.S. (2004). 'Sequential treatment for child abuse-related posttraumatic stress disorder: Methodological comment on Cloitre, Koenen, Cohen, and Han (2002)'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 543-548.
- Clarke, S.B., Rizvi, S.L., & Resick, P.A. (2008). Borderline personality characteristics and treatment outcome in cognitive-behavioral treatments for PTSD in female rape victims. *Behaviour Therapy*, 39, 72-78.
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., & Han, H. (2002). 'Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067-1074.
- Coffey, S.F., Stasiewicz, P.R., Hughes, P.M., & Brimo, M.L. (2006). 'Trauma-focused imaginal exposure for individuals with comorbid posttraumatic stress disorder and alcohol dependence: Revealing mechanisms of alcohol craving in a cue reactivity paradigm'. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 425-435.
- Deighton, R.M., Gurriss, N., & Traue, H. (2007). 'Factors affecting burnout and compassion fatigue in psychotherapists treating torture survivors: is the therapist's attitude to working through trauma relevant?' *Journal of Traumatic Stress*, 20, 63-75.
- Devilly, G.J., & Huthner, A. (2007). 'Perceived distress and endorsement for cognitive- or exposure-based treatments following trauma'. *Australian Psychologist*, 43, 7-14.
- Devilly, G.J., & Spence, S.H. (1999). 'The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder'. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157.
- Foa, E. B., Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Alvarez-Conrad, J. (2002). 'Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms?' *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1022-1028.
- Foa, E.B., & Rauch, S.P. (2004). 'Cognitive changes during prolonged exposure versus prolonged exposure plus cognitive restructuring in female assault survivors with posttraumatic stress disorder'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 879-884.
- Freiheit, S. R., Vye, C., Swan, R., & Cady, M. (2004). 'Cognitive-behavioral therapy for anxiety: Is dissemination working?' *Behavior Therapist*, 27, 25-32.
- Gezondheidsraad. *Verzekeringsgeneeskundige protocollen: Angststoornissen, Beroerte, Borstkanker*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007; publicatienummer 2007/05.
- Hagensaars, M.A., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (2008). 'The impact of dissociation and depression on the efficacy of prolonged exposure treatment for PTSD'. Manuscript submitted for publication.

- Hagenaars, M.A., & Minnen, A. van (2008). 'Cognitive changes during exposure therapy for PTSD'. Manuscript in preparation.
- Hembree, E.A., & Cahill, S.P. (2007). 'Obstacles to successful implementation of exposure therapy'. In: D.C.S. Richard, & D.L., Lauterbach (Eds). *Handbook of Exposure Therapie* (pp. 389 - 408). Orlando, FL: Academic Press.
- Hembree, E.A., Cahill, S.P., & Foa, E.B. (2004). 'Impact of personality disorders in treatment outcome for female assault survivors with chronic posttraumatic stress disorder'. *Journal of Personality Disorders*, 18, 117-127.
- Hembree, E. A., Foa, E.B., Dorfman, N.M., & Street, G. (2003). 'Do patients drop out prematurely from exposure therapy for PTSD?' *Journal of Traumatic Stress*, 16, 555-562.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (2004a). 'Protocollaire behandelingen in de ambulante GGZ'. In G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I* (pp 1-31). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (Red.) (2004b). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg I*. Tweede herziene druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Keijsers, G.P.J., Minnen, A. van, & Hoogduin, C.A.L. (Red.) (2004c). *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg II*. Tweede herziene druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Levitt, J.T., Malta, L.S., Martin, A., Davis, L., Cloitre, M. (2007). 'The flexible application of a manualized treatment for PTSD symptoms and functional impairment related to the 9/11 World Trade Center attack'. *Behavioural Research and Therapy*, 45, 1419-1433.
- McDonagh, A., Friedman, M., McHugo, G., Ford, J., Sengupta, A., Mueser, K., Demment, C.C., Fournier, D., & Schnurr, P. (2005). 'Randomized trial of cognitive-behavioral therapy for chronic posttraumatic stress disorder in adult female survivors of childhood sexual abuse'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 515-524.
- Minnen, A. van (2007). 'Behandeling van PTSS: het veilig toepassen van exposure bij kwetsbare mensen'. Presentatie op het congres: Gedragstherapie, cognitieve therapie en kwetsbaarheid. VGCT najaarscongres te Veldhoven.
- Minnen, A. van, & Arntz, A. (2004). 'Protocollaire behandeling van patiënten met een post-traumatische stress stoornis: Imaginaire exposure'. In: G.P.J. Keijsers, A. van Minnen, & C.A.L. Hoogduin (Red.), *Protocollaire behandelingen in de ambulante geestelijke gezondheidszorg II*. Tweede herziene druk (pp. 1-31). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Minnen, A. van & Arntz, A. (2007a). *Cognitieve gedragstherapie. Behandelprotocol PTSS*. Therapeutenboek. Derde druk. Amsterdam: Boom.
- Minnen, A. van & Arntz, A. (2007b). *Cognitieve gedragstherapie. Behandelprotocol PTSS*. Werkboek. Derde druk. Amsterdam: Boom.
- Minnen, A. van, Arntz, A., & Keijsers, G.P.J. (2002). 'Prolonged exposure in patients with chronic PTSD: Predictors of treatment outcome and dropout'. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 439-457.
- Minnen, A. van, & Foa, E.B. (2006). 'The effect of imaginal exposure length on outcome of treatment for PTSD'. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 427-438.
- Minnen, A. van, & Hagenaars, M. (2002). 'Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD'. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 359-367.

- Minnen, A. van, & Hagens, M.A. (2008). 'De belasting van exposurebehandeling bij PTSS'. Manuscript in voorbereiding.
- Minnen, A. van, & Keijsers, G.P.J. (2001). 'A controlled study into the (cognitive) effects of exposure treatment on trauma therapists'. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 31, 189-200.
- Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen. (2003). *Posttraumatische stress-stoornis*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). 'A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579-587.
- Pitman, R. K., Altman, B., Greenwald, E., Longpre, R. E., Macklin, M. L., Poire, R. E., & Steketee, G.S. (1991). 'Psychiatric complications during flooding therapy for post-traumatic stress disorder'. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 17-20.
- Seidler, G.H., & Wagner, F.E. (2006). 'Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study', *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.
- Speckens, A.E.M., Ehlers, A., Hackmann, A., & Clark, D.M. (2006). 'Changes in intrusive memories associated with imaginal reliving in posttraumatic stress disorder'. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 328-341.
- Stein D.J., Ipser J.C., & Seedat, S. (2006). 'Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD)'. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1. Art. No.: CD002795. DOI: 10.1002/14651858.CD002795.pub2.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., & Barrowclough, C. (1999). 'A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13-18.
- Tarrier, N., Liversidge, T., & Gregg, L (2006). 'The acceptability and preference for the psychological treatment of PTSD'. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1643-1656.
- Taylor, S., Asmundson, G.J.G., & Carleton, R.N. (2006). 'Simple versus complex PTSD: A cluster analytic investigation'. *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 459-472.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Federoff, I. C., Lovell, K., & Ogrodniczuk, J. (2003). 'Efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, relaxation training, and EMDR'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Trimbosinstituut (2007). *GGZ in tabellen 2006*. Trimbos Instituut, Utrecht.
- Weierich, M., R., & Nock, M.K. (2008). 'Posttraumatic stress symptoms mediate the relation between childhood sexual abuse and nonsuicidal self-injury'. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 39-44.
- Wilk, J.E., West, J.C., Narrow, W.E., Marcus, S, Rubio-Stipec, M., Rae, D.S., Pincus, H.A., Regier, D.A. (2006). 'Comorbidity patterns in routine psychiatric practice: is there evidence of underdetection and underdiagnosis?' *Comprehensive Psychiatry*, 47, 258- 264.
- Zoellner, L.A., Feeny, N.C., Cochran, B., & Pruitt, L. (2003). 'Treatment choice for PTSD'. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 879-886.

