

# Eerst stabiliseren of direct traumaverwerking: een schijn discussie!?

Tekst: **Matty Geurink** en **Hans-Jaap Oppenheim**

EMDR-therapeuten zijn onderling in een strijd verwickeld over de 'Stabilisatiekwesie'. Nu aangetoond is dat zelfs bij psychotische patiënten PTSS, zonder voorafgaande stabilisatie, veilig en effectief met EMDR kan worden behandeld (Van den Berg et al., 2015), is er voor sommige therapeuten geen reden meer om voorzichtig te zijn met EMDR, bij welke doelgroep dan ook. 'Eindelijk kunnen al die patiënten die al zo lang ernstige klachten hebben, ook profiteren van EMDR.' Andere therapeuten herinneren zich nog levendig hoe een snelle start met EMDR bij sommige ernstig ontregelde patiënten in het verleden misliep. Daarbij hebben ze al jaren goede ervaring met stabilisatie. Zij zijn bezorgd dat patiënten in gevaar komen door het overboord zetten daarvan.

In beide 'kampen' lopen de gemoederen soms hoog op. Onnodig hoog, want voor een deel berust de ogenschijnlijke controverse in de 'eerst stabiliseren' versus 'direct traumaverwerking'-discussie ons inziens op een spraakverwarring over begrippen zoals trauma en PTSS. We denken dat deze begrippen in de discussie onvoldoende van elkaar onderscheiden worden.

In dit stuk geven we onze visie op deze spraakverwarring. Ook willen we een voorzet geven met enkele handvatten voor behandeling van fors ontregelde patiënten. We bedoelen hiermee mensen met ernstige traumagerelateerde klachten die daardoor op persoonlijk, sociaal en/of beroepsmatig vlak (langdurig) zeer slecht functioneren. Daartoe hebben we een indeling gemaakt in verschillende vormen van traumagerelateerde klachten. Op basis van onderzoek en klinische ervaring zien we

bij sommige van die klachten geen bezwaar om direct EMDR in te zetten, maar bij andere klachten denken we dat er meer nodig is dan alleen EMDR, of dat andere interventies geïndiceerd zijn. We hopen dat dit artikel een bijdrage kan leveren aan de discussie en aan de ontwikkeling van empirisch gefundeerde richtlijnen voor behandeling van deze groep patiënten.

## Trauma en PTSS: poging tot opheldering van een spraakverwarring

Volgens ons ontstaat veel verwarring doordat in het spraakgebruik termen zoals 'trauma', 'complex trauma', 'PTSS' en 'complexe PTSS' door elkaar worden gebruikt. Traumagerelateerde klachten kunnen zeer verschillende vormen hebben en PTSS is er slechts één van.

We spreken van PTSS als iemand na een ingrijpende ►



gebeurtenis klachten heeft op drie gebieden: herbeleven, vermijden en *hyperarousal*. Bij mensen met PTSS als gevolg van meerdere ingrijpende gebeurtenissen blijken deze klachten doorgaans ernstiger te zijn. Daarbij kunnen zij last hebben van met PTSS geassocieerde bijkomende klachtgebieden: affectregulatieproblemen, dissociatie, interpersoonlijke problemen en disfunctionele overtuigingen over zichzelf, anderen en de wereld (Hagenaars et al, 2011). PTSS met bovengenoemde bijkomende klachtgebieden duiden therapeuten vaak aan met de term 'complexe PTSS'. Patiënten kunnen als gevolg van ernstige traumatisering ook last hebben van andere psychische klachten zoals: angsten, somberheid, psychotische klachten, onverklaarde lichamelijke klachten of persoonlijkheidsproblematiek. Ze krijgen dan, al dan niet naast de PTSS, een diagnose sociale fobie of andere angststoornis, depressie, schizofrenie, somatoforme stoornis of een persoonlijkheidsstoornis.

De veelheid aan mogelijke DSM-diagnoses waarbij vaak overlap is in klachten, maakt dat wij het in deze discussie weinig zinvol vinden om *diagnoses* centraal te stellen. In plaats daarvan willen we van *klachten* uitgaan.

Van de PTSS-klachten zijn de herbelevingen van ingrijpende ervaringen een voortdurende bron van ontregeling. Onderzoek laat zien dat deze herbelevingen verminderen door hierop EMDR toe te passen (WHO richtlijnen, 2013), ook als er sprake is van comorbiditeit (bv.: Van den Berg et al., 2015). Afname van herbelevingen blijkt in de meeste onderzoeken samen te gaan met (lichte) verbetering van de andere traumagerelateerde psychische klachten. Echter, ook na een succesvolle aanpak van de herbelevingen hebben de meeste patiënten nog steeds last van die andere klachten. Logisch, want die waren ook niet behandeld. Wat de beste aanpak is voor

die klachten, is uiteraard afhankelijk van de precieze aard ervan. Naast andere interventies kan EMDR in veel gevallen daarbij een zinvolle toevoeging zijn.

### Stabilisatie 'nieuwe stijl'

Bij ernstige traumagerelateerde klachten passen clinici vaak het drie-fasen model toe. Voorafgaand aan verwerking van de ingrijpende gebeurtenissen (fase 2) vindt dan stabilisatie plaats (fase 1). Het idee achter een stabilisatiefase is dat de patiënt onvoldoende stabiel is om de directe confrontatie met de herinneringen aan te kunnen. Wij denken dat de indeling in fases niet zinvol is. Bij ernstige instabiliteit lijkt het ons van belang om vast te stellen *wat* iemand instabiel maakt en *welke* specifieke interventies die instabiliteit kunnen verminderen. In sommige gevallen komt de instabiliteit door 'spontane' overspoelende herbelevingen, in dat geval kan de therapeut direct EMDR inzetten om te stabiliseren.

Ons inziens kunnen therapeuten, afhankelijk van de klachten, verschillende interventies gebruiken om te stabiliseren (zie Tabel 1).

Een aantal van deze interventies kan, vanwege efficiëntieoverwegingen of vanwege de meerwaarde van herkenning door lotgenoten, in een groep aangeboden worden. Sommige van deze 'stabiliserende' interventies maken deel uit van stabilisatieprogramma's, zoals 'Vroeger & Verder' (Dorrepaal & Thomaes, 2009).

Naar ons idee is het raadzaam om te beginnen met de behandeling van een klacht die veel last veroorzaakt en die daarbij naar verwachting eenvoudig en relatief snel beïnvloedbaar is. Hierdoor kan de patiënt vertrouwen krijgen in de behandeling en doet hij moed op voor wat nog komen gaat. De traditionele indeling van een

Traumagerelateerde klacht	Interventie
'Spontane' overspoelende herbelevingen	EMDR (zoals hieronder toegelicht)
Getriggerde herbelevingen	- EMDR of Imaginaire <i>Exposure</i> - Herkennen en hanteren van triggers
Heftige emoties (zonder herbelevingen)	Training in emotieregulatievaardigheden
Angst om 'gek' te worden	- Psycho-educatie over PTSS en dissociatie - EMDR op rampscenario's ( <i>flashforward</i> )
Identiteitsfragmentatie	Interventies gericht op leren omgaan met ego-states/schema-modi/dissociatieve delen
Overige klachten: psychotische klachten en middelengebruik	Klachtgerichte CGT eventueel aangevuld met EMDR

Tabel 1: Voorbeeld van een 'instabiele patiënt' met verschillende traumagerelateerde klachten en stabiliserende interventies

traumabehandeling in drie fasen (stabilisatie, traumaverwerking en reïntegratie) zou ons inziens beter vervangen kunnen worden door een systematische klachtgerichte aanpak.

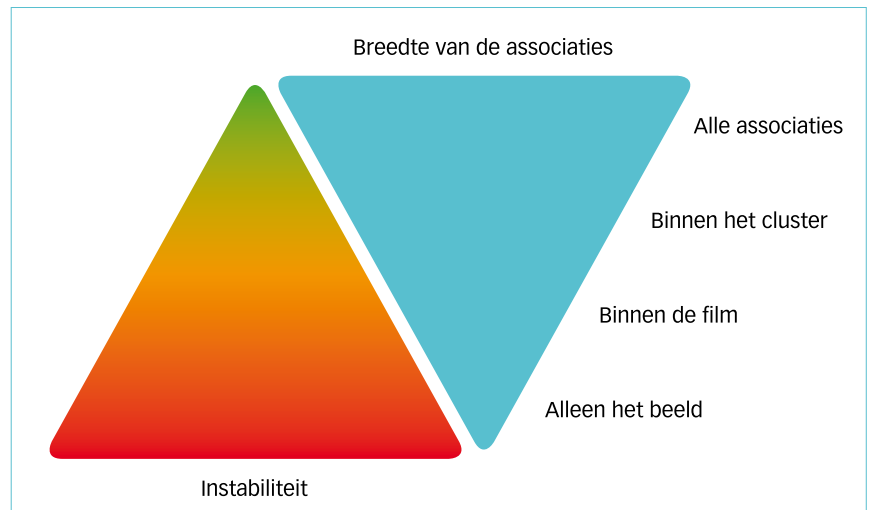
### Aanpassingen van EMDR bij overspoelende herbelevingen

Als er sprake is van herbelevingen door een veelheid aan ervaringen, is het wenselijk om overzicht te krijgen over die verschillende herbelevingen. Clusteren, het onderverdelen van de herbelevingen in logische elkaar uitsluitende groepen, kan daarbij helpen en draagt in het algemeen bij aan de interne stabiliteit. Dit vereist echter een zekere mate van cognitief functioneren. Soms raakt de patiënt echter zo overspoeld en buiten zijn of haar *Window of Tolerance*, dat clusteren niet mogelijk is. Dan moeten er voor en tijdens het clusteren 'branden geblust' worden: directe toepassing van EMDR op de meest overspoelende beelden. De SUD is daarbij 10+ en de NC valt binnen het controledomein, dus die hoeven niet bepaald te worden. Bij het 'brand blussen' is het niet nodig om door te gaan tot SUD=0 alvorens naar de volgende overspoelende herbeleving te gaan. Wij adviseren 'toppen snellen': *de ergste naarheid* uit de verschillende plaatjes omlaag krijgen. Na het blussen kunnen de therapeut en de patiënt verder gaan met clusteren.

Tijdens het EMDR-proces kan de therapeut rekening houden met de stabiliteit van de patiënt door de 'breedte van de associaties' te variëren (zie Figuur 1). De mate van instabiliteit bepaalt dan de breedte van de associaties. Bij voldoende stabiliteit zijn beperkingen van de associaties onnodig. Bij toenemende instabiliteit kunnen therapeut en patiënt van te voren afspreken om de associaties te beperken tot respectievelijk: associaties die vallen binnen een cluster van ervaringen, associaties binnen de 'film' van de ervaring, of alleen associaties die betrekking hebben op het targetbeeld. De begrenzing van de breedte van de associaties draagt bij aan controle. Het voorkomt dat er meer opkomt dan de patiënt aankan. Op deze wijze toegepast is EMDR ook bij zeer instabiele patiënten mogelijk.

### Conclusie

Er is momenteel veel discussie over de beste behandelingsaanpak voor de meervoudig getraumatiseerde, ernstig ontregelde groep patiënten. Een probleem in de discussie



Figuur 1: De mate van instabiliteit bepaalt de 'breedte' van de associaties

sie is dat de begrippen zoals (complex) trauma en (complexe) PTSS vaak door elkaar gebruikt worden. In dit stuk hebben we geprobeerd een bijdrage te leveren aan het verminderen van deze spraakverwarring.

De centrale vraag in de discussie is of we bij die meest ernstige groep direct de herinneringen aan de ingrijpende gebeurtenissen kunnen gaan verwerken, of toch eerst moeten stabiliseren? Volgens ons is dit niet de juiste vraag. Bij zeer instabiele patiënten is vergroting van de stabiliteit van belang. Om dat te bereiken zou de keuze van de interventies moeten afhangen van de oorzaak van de instabiliteit. In het geval dat overspoelende herbelevingen de bron zijn van de instabiliteit, kan EMDR vroeg in de behandeling, eventueel met lichte aanpassingen, deel uitmaken van stabilisatie 'nieuwe stijl'. EMDR is dan in feite een stabilisatietechniek. ■

**Constructieve reacties op dit artikel die de discussie verder brengen zijn van harte welkom via [vereniging@emdr.nl](mailto:vereniging@emdr.nl)**

#### Referenties

Berg, D.P.G van den, Bont, P.A.J.M, de, Vleugel, B.M. van der, Roos, C. de, Jongh, A. de, Minnen, A. van, Gaag, M. van der (2015). Prolonged exposure vs eye movement desensitization and reprocessing vs waiting list for post-traumatic stress disorder in patients with a psychotic disorder. A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 72(3), 259-67.

Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, N. (2009). *Vroeger en verder. Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling*. Amsterdam: Pearson Assessment and Information B.V.

Hagenaars, M.A., Fisch, I. & van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of affective disorders*, 132, 192-199.

World Health Organisation (2013). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.