

# In het belang van onze patiënten

Reactie op: *Eerst stabiliseren of direct traumaverwerking: een schijndiscussie!?*

Tekst: **Erik ten Broeke**<sup>1</sup>

In EMDR Magazine #8 geven Matty Geurink en Hans-Jaap Oppenheim hun visie op de discussie omtrent het spanningsveld rond de vraag of stabilisatie nu wel of niet een belangrijke plaats moet innemen bij de behandeling van ernstig ontregelde, getraumatiseerde patiënten. Ik vind het een waardevolle bijdrage. Waardevol vanwege het – hoop ik – de-escalerende effect op de discussie, maar ook vanwege de praktische handvatten die zij bieden aan therapeuten die met deze patiënten werken. Niettemin, of wellicht beter gezegd juist daarom, wil ik reageren op hun artikel. Enerzijds omdat (ook) ik me zorgen maak over het soms wat escalerende karakter van de discussie, en anderzijds omdat ik meen dat een aanvulling op de door hen voorgestelde ‘stabilisatie nieuwe stijl’ van waarde kan zijn.

Zeker binnen de VEN zullen velen iets gemerkt hebben van de ontwikkelingen rond de rol van stabilisatie bij de behandeling van patiënten met wat veelal ‘Complexe PTSS’ wordt genoemd. In allerlei voordrachten en publicaties wordt beklemtoond dat er geen sterke evidentie bestaat voor de waarde van een behandeling gericht op stabilisatie van de patiënt. In de vervolgopleiding EMDR wordt op deze kwestie tegenwoordig ook uitgebreid ingegaan. Tegelijkertijd herkennen therapeuten – ook binnen de VEN – zich niet (voldoende) in die boodschap, zeker niet als zij dat relateren aan de uitdagingen, die de patiënten die aan hun zorg zijn toevertrouwd, aan hen stellen. Mijn zorg is dat deze tegenstelling leidt tot een verwijdering die niet alleen niet nodig, maar ook schadelijk kan zijn, niet in het minst doordat sommige therapeuten, die zich met enorme inzet en onmiskenbare competentie wijden aan de behandeling van deze zo ‘moeilijke’ groep patiënten, zich uit de discussie zouden kunnen terugtrekken. Dat zou om vanzelfsprekende redenen onfortuinlijk zijn.

Mijn indruk is dat soms het besef verloren lijkt te gaan dat alle betrokkenen het beste voor hebben met de mensen die lijden onder de gevolgen van vreselijke ervaringen, en

dat alleen een respectvolle dialoog ons vak op dit punt verder kan brengen. Zeker lijkt wel dat wetenschappelijk gefundeerde richtlijnen, noch de ene noch de andere kant op, in voorkomende gevallen niet altijd voldoende steun bieden aan de clinicus. Tijdens EMDR-opleidingen kamp ik regelmatig met enerzijds mijn oprechte inzet om therapeuten aan te moedigen niet zo angstig te zijn bij de behandeling van getraumatiseerde patiënten met (ook) ernstige klachten, en anderzijds het besef dat er een weliswaar kleine, maar niet te veronachtzamen groep patiënten is die niet alleen zeer ernstige klachten heeft, maar die daadwerkelijk onbeheersbaar ontregelen als ‘zomaar’ EMDR of Imaginaire *exposure* wordt geprobeerd toe te passen (tenminste in een ambulante setting). De uitdaging is om een voortdurende nuance in de discussie in het algemeen en tijdens opleidingen in het bijzonder te behouden. Een nuance die wel gepaard moet gaan met realisme. Het is niet zeker dat dat op alle momenten geheel lukt, maar het zij hier benadrukt dat die intentie er niettemin is. Dit alles is des te meer van belang, aangezien het er alle schijn van heeft dat het vaak gaat om patiënten waarbij niet alleen traumabehandeling al bijna direct vastloopt, maar waarbij ook stabilisatie geen of nauwelijks een zinvolle bijdrage levert aan daadwerkelijk herstel. Er is jammer genoeg een groep patiënten waarbij ‘we’ nog goeddeels met ons huidig therapeutisch arsenaal met lege handen staan, als herstel de doelstelling is. Wel is er toch veel te bereiken, al was het maar dat deze mensen een zekere mate van balans in hun leven kunnen bereiken die het leven leefbaar houdt. Dat betekent tegelijkertijd dat het daadwerkelijk ‘repareren’ van opgelopen trauma’s door een directe traumagerichte behandeling (nog?) niet haalbaar is. Mijn indruk is echter dat de nadruk die soms wordt gelegd op die kleine, schijnbaar onbehandelbare groep patiënten, er toe heeft geleid dat traumabehandeling ‘eindeloos’ moet worden afgewogen, alvorens daadwerkelijk aan de slag te gaan. De schade die aldus bij patiënten ontstaat doordat therapeuten niet durven te behandelen, is denk ik groot. Het wonderlijke ►

<sup>1</sup> Erik ten Broeke is vrijgevestigd als klinisch psycholoog te Bathmen

in dit kader is, dat als een patiënt verslechtert in de loop van een stabilisatieprogramma, dit wordt gezien als een legitimering van de keuze voor stabilisatie. Maar als de verslechtering optreedt in het kader van een traumabehandeling, dan wordt dit gezien als een bewijs voor een foutieve, zelfs onverantwoorde keuze. Dat remt goedwillende therapeuten enorm af. Dat is schadelijk voor patiënten en schadelijk voor dappere therapeuten.

Nu wat meer over de inhoudelijke kant van de bijdrage van Geurink en Oppenheim. Het zijn – denk ik – juist die onwaarschijnlijk moeilijke, schijnbaar on(be)handelbare patiënten die vragen om praktische handvatten, zoals die door hen compact maar handzaam worden gegeven. Ik ben het eens met Geurink en Oppenheim dat de vraag ‘traumabehandeling of stabilisatie?’ onjuist is. Zij stellen voor om de vraag te stellen ‘wát de instabiliteit veroorzaakt’, en daar als eerste aandacht aan te besteden. Zij geven een voorzet voor ‘stabilisatie nieuwe stijl’. Op grond van de ernst van de klachten doen zij voorstellen ten aanzien van de keuze van interventies en – waar het EMDR betreft – de mate waarin associaties moeten worden toegestaan. Dat laatste ondersteun ik van harte en ik neem me voor deze concrete adviezen in de EMDR-opleidingen op te nemen.

Niettemin lijkt mij tegelijkertijd dat de handvatten voor de keuze van interventies op basis van de presentatie van de klachten weliswaar constructief zijn en therapeuten zinvolle aanknopingspunten bieden voor keuzes in de praktijk (in het Praktijkboek EMDR wordt dit ‘machteloosheid eerst’ genoemd), maar het omzeilt nog te veel de vraag wat te doen met ‘stabilisatie oude stijl’- dat wil zeggen interventies waarbij expliciet wordt voorkomen over de traumatische ervaringen te spreken, laat staan er op te interveniëren. Een voorbeeld is de ook door Geurink en Oppenheim genoemde training van emotie-regulatievaardigheden. Het voorbeeld van de fictieve patiënt helpt ons in dit verband niet echt veel verder. Mijns inziens speelt daarbij de impliciete suggestie een rol dat ‘heftige emoties’, zonder dat er sprake is van herbelevingen, principieel anders zijn dan ‘heftige emoties ten gevolge van herbelevingen’, en daarom vraagt om het trainen van emotieregulatie-vaardigheden, zoals blijkt uit de tabel, en bijvoorbeeld geen EMDR. Het feit dat de heftige emoties niet gepaard gaan met expliciete herbelevingen (er hier vanuit gaande dat er geen sprake is van niet-visuele herbelevingen) betekent mijns inziens *niet* dat ze niet veroorzaakt worden door de reactivering van ‘geheugenrepresentaties’, ook al manifesteren die zich niet als ‘echte’ herbelevingen. Ik denk dat dat laatste eerder de regel is dan de uitzondering. Om te bepalen of – bijvoorbeeld –

EMDR ingezet kan, of zelfs moet worden, kan wat mij betreft niet alleen worden gebaseerd op de manifestatie van (de) klachten, maar zou vooral afhankelijk moeten zijn van een nadere taxatie van de aansturing van die klachten. Geurink en Oppenheim (2015) lijken immers de nadruk te leggen op de verschijningsvorm van de klachten: ‘...wat iemand instabiel maakt en welke *interventies die instabiliteit kunnen verminderen*’ (p. 20). Ik wil ervoor pleiten dat daarnaast (vooral) wordt gekeken naar de vraag *waardoor* zij ‘instabiel’ zijn geworden en met name op basis daarvan keuzes worden gemaakt. Hoe verstandig en zinvol het door Geurink en Oppenheim gemaakte onderscheid tussen stoornis/diagnose en klachten ook is, het moet er mijns inziens niet toe leiden dat, ten aanzien van de vraag welke interventies wanneer kunnen of zelfs moeten worden ingezet, de etiologie van die klachten uit het oog wordt verloren. Zo kan bijvoorbeeld EMDR ook een prominente optie zijn bij heftige emoties, zonder dat er sprake is van herbelevingen in de letterlijke zin van het woord. Hetzelfde kan worden gezegd over de angst om gek te worden en andere klachten en problemen van ernstig getraumatiseerde patiënten, die in het voorbeeld van Geurink en Oppenheim niet worden genoemd. Dat laat onverlet dat de behandeling van deze zeer uitdagende groep patiënten in de meeste gevallen vraagt om de inzet van een breed arsenaal aan interventies, bij voorkeur in het kader van een ‘stabilisatie nieuwe stijl’. Naast de nadruk op het vaststellen van de klachten zal, ten aanzien van de keuze van de te gebruiken interventies, mijns inziens vooral de casusconceptualisatie richtinggevend moeten zijn. Daarmee vervalt goeddeels het kunstmatige onderscheid tussen ‘stabilisatie’ en ‘traumabehandeling’, en daarmee sluit ik graag aan bij Geurink en Oppenheim.

Kortom: ik waardeer de inzet van Geurink en Oppenheim ten zeerste. Een inzet die is gericht op zowel (een werkelijk zeer gewenste) de-escalatie van de discussie tussen – om het simplistisch uit te drukken - ‘de wetenschap’ en ‘de clinici’, als op het aanmoedigen van therapeuten om te denken in termen van mogelijkheden in plaats van beperkingen. De in het artikel van Geurink en Oppenheim geïntroduceerde ‘stabilisatie nieuwe stijl’ met de nadruk op de manifestatie van de klachten, is daarbij een waardevolle eerste stap, maar mogelijk een die ‘de tegenstelling’ (nog) niet oplost en wellicht het zicht op de complexiteit van de onderhavige kwestie, en de mogelijkheden er met winst uit te komen, zou kunnen verminderen. Een winst die moet komen uit een vruchtbare en respectvolle uitwisseling tussen wetenschappelijk onderzoek en de ervaringen uit de praktijk. Het belang hiervan voor de meest kwetsbare en beschadigde patiënten mag niet worden onderschat. ■