

Zorgen over de scherp gevoerde stabilisatiediscussie

Tekst: Ad de Jongh

Graag wil ik reageren op het sterke discussiestuk van Matty Geurink en Hans-Jaap Oppenheim over de behandeling van patiënten met Complexe PTSS in het vorige nummer van EMDR Magazine, en de bijdragen van Erica Aldenkamp en Annemarie van den Brink, Erik ten Broeke en Joany Spierings in dit nummer. Deze artikelen zijn deels ingegeven vanuit hun zorg over het feit dat er de laatste tijd een onvoldoende genuanceerde discussie wordt gevoerd over de behandeling van mensen met een achtergrond van 'complex trauma', die last hebben van zowel PTSS als een set aan symptomen (waaronder dissociatie, emotiedisregulatie en zelfbeeldproblematiek) ook wel 'Complexe PTSS' genaamd. Daarnaast willen de auteurs hun kennis en overwegingen delen over welke patiënten naar hun mening direct kunnen worden behandeld met EMDR, en welke patiënten absoluut *niet*, simpelweg omdat ze te zwaar beschadigd zijn, er geen gezonde identiteitsfragmenten meer over zijn en stabilisatie nog de enige resterende keuze lijkt te zijn. Ik besef me terdege dat de bijdragen van deze collega's onder andere het gevolg zijn van het feit dat ik als EMDR-opleider de afgelopen twee jaar mijn eigen zorgen heb uitgedragen, namelijk die over het gemak waarmee soms patiënten met PTSS in behandelprogramma's van diverse GGZ-instellingen in Nederland min of meer vanzelfsprekend gedurende een jaar of langer gestabiliseerd worden, en niet (of slechts zeer spaarzaam) *mogen* spreken over hun trauma's, omdat ze 'te complex' of 'te labiel' zouden zijn.

Sommigen vroegen zich af hoe ik zonder veel klinische ervaring met de meest moeilijke doelgroep toch zo'n sterke mening kan hebben. Gedreven door wat ik zag op video's van geslaagde behandelingen van supervisan-

ten en door wetenschappelijke interesse, heb ik samen met mijn collega en vriendin Iva Bicanic de literatuur die de basis vormde van de Complexe PTSS-richtlijn uit 2012 van *The International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)* - die voorschrijft eerst te stabiliseren en dan pas traumagericht te behandelen - grondig en kritisch gelezen. Wij vielen van de ene verbazing in de andere. Complexe PTSS bleek een empirisch wankel construct te zijn, waarvoor eigenlijk geen meetinstrumenten bestaan. Ook bleek dat er geen deugdelijk wetenschappelijk onderzoek is dat aannemelijk kan maken dat, datgene wat Complexe PTSS wordt genoemd, niet traumagericht behandeld kan worden. Daarnaast ontbreekt het aan evidentie dat stabiliseren een noodzakelijke voorwaarde is om dat te kunnen doen. Bovendien werd duidelijk dat nooit is aangetoond dat stabiliseren op zichzelf een *werkzame* interventie is.

Met mijn inzet welke door sommigen met de term 'missie' werd aangeduid, probeerde ik de afgelopen jaren (onder andere tijdens congressen en supervisorendagen) collega's te motiveren om het wetenschappelijk denkkader te gebruiken, ofwel kritisch na te denken en niet te snel, of zomaar, patiënten het label 'complex' te geven, en daarnaast in ieder geval *te proberen* de kwelende herinneringen met een *evidence based* methode te behandelen. Met maar één 'tenzij', namelijk: indien dit niet mogelijk is.

Ik realiseer me terdege dat een aantal door mij zeer gewaardeerde en ervaren therapeuten, die elke dag weer met de meest moeilijke patiënten moeten *dealen*, zich in mijn verhaal niet herkenden en niet erkend voel(d)en. Ik trek mij dit aan en schrok behoorlijk toen ik hoorde



dat mensen binnen de SIG 'Vroegkinderlijke traumatisering' zich zelfs zodanig zorgen maakten, dat zij spraken over een 'scheuring' in het veld en binnen de VEN.

Terwijl de discussie zich wat mij betreft alleen toespitst op de behandeling van Complexe PTSS-patiënten met toegankelijke herinneringen - en bijvoorbeeld niet op patiënten met een dissociatieve stoornis - lukte het mij niet altijd begripsverwarring te voorkomen. In de discussie bleef het vaak onduidelijk over welke patiënten we het precies hadden ten aanzien van de ernst van de traumatisering, de aard van de problematiek, het al dan niet aanwezig zijn van motivatie voor een behandeling, de (on)mogelijkheid van een werkrelatie, de aanwezigheid van een voldoende sterk sociaal netwerk en een adequate risicotaxatie.

Daarom ben ik opgelucht en oprecht blij met de discussie die hierover binnen de VEN in het algemeen, en in EMDR Magazine in het bijzonder, nu wordt gevoerd, en

met de sterke inhoudelijke bijdragen vanuit de enorme bron van expertise, die in onze vereniging over de behandeling van patiëntengroepen met de meest moeilijke problematiek aanwezig is. Mijns inziens zijn namelijk alle bovengenoemde auteurs erin geslaagd om, dat wat mij tot nu toe niet is gelukt, namelijk zowel creatief gecombineerd (Matty, Hans-Jaap, Erica en Annemarie), als praktisch en door heldere richtlijnen en voorbeelden ondersteund (Joany), dan wel op basis van theoretische en persoonlijke overwegingen (Erik), duidelijk te maken hoe ingewikkeld deze materie soms is en hoe genuanceerd de boodschap steeds weer verteld moet worden. De 'stabilisatiediscussie' onderstreept mijns inziens het belang van met elkaar in contact blijven, elkaar voortdurend 'kruisbestuiven' met goede ideeën en met discussies, zoals in deze EM en van eensgezind de schouders eronder blijven zetten. En dat met altijd dat éne doel voor ogen: die patiënt het beste geven wat we hem of haar *kunnen* bieden. ■