

# EMDR bij kinderen en adolescenten

## De klinische praktijk

### SAMENVATTING

Om ontwikkelingsachterstanden en chronische psychopathologie te voorkomen zijn voor kinderen die lijden onder de gevolgen van traumatische ervaringen, effectieve behandelmogelijkheden van groot belang (Chemtob, Nakashima & Carlson, 2002). EMDR – Eye Movement Desensitization and Reprocessing – blijkt hierbij goede diensten te bewijzen. In dit artikel worden de procedure en de diverse aanpassingen beschreven die nodig zijn voor de toepassing van EMDR bij kinderen en adolescenten. Toepassing bij kinderen vraagt om een benadering die is afgestemd op het ontwikkelingsniveau van het kind, hetgeen vooral tot uiting komt in de attitude van de therapeut en technische aanpassingen in het protocol. Gepleit wordt voor meer aandacht in diverse opleidingen voor het kunnen herkennen van posttraumatische stressreacties en adequate doorverwijzing voor behandeling.

Carlijn de Roos en Renée Beer

### INLEIDING

EMDR is in de mode en groeit gestaag in populariteit, nu ook onder kinder- en jeugdpsychotherapeuten. Tien jaar na de introductie van EMDR verschenen vlak na elkaar drie boeken over de toepassing bij jeugdigen in verschillende ontwikkelingsfasen: Lovett (1999) over peuters en kleuters, Tinker en Wilson (1999) over de basisschoolleeftijd, en Greenwald (1999) over pubers en adolescenten. Deze publicaties vormden een belangrijke stimulans om de behandelprocedure ook bij jeugdigen toe te passen. Vanwege het tekort aan beschikbare informatie bleef voordien het aantal kindertherapeuten dat zich liet opleiden, respectievelijk daadwerkelijk met EMDR aan de slag ging, ver achter bij het aantal therapeuten dat volwassenen behandelt. Shapiro, de grondlegster van de EMDR, wijdt in haar standaardwerken (Shapiro, 1989; 2001) slechts vijf bladzijden aan de toepassing bij kinderen. Bovendien werd in reguliere EMDR-trainingen nauwelijks aandacht besteed aan aspecten die van belang zijn voor kinder- en jeugdtherapeuten. Mede dankzij bovengenoemde publicaties is in 2000 in Nederland een EMDR-training ontwikkeld die is toegesneden op kinder- en jeugdtherapeuten. Deze training

vindt plaats naast de reguliere basistrainingen, die al sinds 1994 in ons land georganiseerd worden. Vastgesteld kan worden dat er in Europa en de Verenigde Staten een explosieve groei is van het aantal therapeuten dat EMDR opneemt in het behandelingsarsenaal. Vanuit de klinische praktijk wordt enthousiast gerapporteerd over de resultaten.

De empirische ondersteuning voor de werkzaamheid van EMDR bij kinderen en adolescenten berust tot nu toe vooral op spectaculaire gevalbeschrijvingen (Greenwald, 1994; Pellicer, 1993; De Jongh & Ten Broeke, 2003). Inmiddels is één gecontroleerde effectstudie bij deze jonge doelgroep gepubliceerd, waarin de effectiviteit van EMDR wordt aangetoond (Chemtob e.a., 2002). Voor kinderen en adolescenten met een posttraumatische stressstoornis is EMDR overigens de enige behandelmethode met empirische ondersteuning op basis van gecontroleerd onderzoek. Bij volwas-

Drs. C.J.A.M. de Roos, psycholoog/psychotherapeut  
Kinder- en Jeugd-GGZ, Rijngroep, Leiden.  
E-mail: cderoos@planet.nl.

Drs. R. Beer, psycholoog/psychotherapeut, Universitair  
Medisch Centrum Utrecht, afdeling Jeugdpsychiatrie.  
E-mail: rbeer@xs4all.nl.



FOTO: ELS VAN ES

... het kind tapt op de handen van de therapeut...

senen zijn het effect en de efficiëntie van EMDR inmiddels al door 19 gecontroleerde effectstudies aangetoond. Zie voor een inhoudelijke bespreking van empirisch onderzoek Spector en Read (1999) en Maxfield en Hyer (2002).

In dit artikel bespreken wij de EMDR-procedure en enkele aanpassingen bij toepassing van EMDR bij kinderen en adolescenten. Ter illustratie volgt een casusbeschrijving.

#### WAT IS EMDR?

EMDR is een methode voor de behandeling van PTSS (Shapiro, 1989; 2001; De Jongh & Ten Broeke, 1998; Ten Broeke & de Jongh, 1999) en andere vormen van aan trauma gerelateerde psychopathologie, zoals verschillende angst- en stemmings- of gedragsstoornissen.

Het betreft een gestructureerde en geprotocolleerde vorm van psychotherapie, die tot doel heeft de verwerking te faciliteren van herinneringen aan identificeerbare traumatische ervaringen. Hierdoor wordt beïnvloeding mogelijk

van symptomen die zijn ontstaan als gevolg van deze nare herinneringen. Het bijzondere van EMDR is dat deze methode opvallend snel leidt tot blijvende veranderingen bij de cliënt, mits stipt volgens protocol wordt gewerkt. Psychotherapeuten van diverse scholen kunnen EMDR gemakkelijk in hun handelen integreren (Shapiro, 2002).

Er is nog geen sluitende theoretische verklaring voor het werkingsmechanisme. De meest gehanteerde hypothese is dat door de EMDR-procedure een proces van informatieverwerking in gang wordt gezet, waardoor aversieve herinneringen geleidelijk worden ontdaan van hun negatieve affectieve lading en ruimte vrijkomt voor een andere betekenisverlening aan de herinnering (Shapiro, 2001). Verondersteld wordt dat het vooral de combinatie is van gerichte aandacht voor de traumatische herinnering, de afleidende stimulus en de bilaterale stimulatie die ervoor zorgt dat versnelde informatieverwerking plaatsvindt.

#### Toepassing in de praktijk

De cliënt wordt met behulp van gerichte vragen gestimuleerd om zich vanuit het 'hier en nu'-perspectief te concentreren op een herinnering aan een schokkende ervaring uit het verleden. De representatie van deze herinnering in onze hersenen omvat beelden, cognities, emoties en lichamelijke sensaties. Alle aspecten van een herinnering worden geactiveerd en er wordt een maximale arousal opgewekt. Deze inwendig gerichte concentratie wordt vervolgens gecombineerd met een externe afleidende stimulus of taak. Het meest bekend is dat de cliënt wordt gevraagd met de ogen de hand van de therapeut te volgen. Deze beweegt zijn hand op ongeveer 30 cm afstand voor het gezicht van de cliënt heen en weer. In plaats van oogbewegingen (taak) kunnen ook andere stimuli worden gebruikt, zoals geluidstonen via een koptelefoon in linker- en rechteroor (auditieve stimulus) of het 'trommelen' op handen (tactiele stimulus). Essentieel wordt geacht dat de linker- en rechterhersen helft beurtelings

worden gestimuleerd door deze stimulus c.q. taak (zie tabel 1).

Doel van de procedure is te bewerkstelligen dat de cliënt kan terugdenken aan de oorspronkelijke gebeurtenis(sen) zonder dat de herinnering nog spanning geeft. Ook is het de bedoeling dat de herinnering zelf niet langer wordt getriggerd op dezelfde wijze als voorheen. Het streven is dat na de behandeling de ervaring een plaats heeft in de levensgeschiedenis van de cliënt en voortaan wordt ervaren als iets uit het verleden dat voorbij of afgesloten is.

### TOEPASSING BIJ KINDEREN EN ADOLESCENTEN

Vanuit de klinische praktijk is beschreven hoe EMDR inzetbaar is bij kinderen vanaf één jaar (Tinker & Wilson,

1999; Greenwald, 1999; Lovett, 1999). EMDR biedt een goede behandelmogelijkheid wanneer de klachten van het kind worden veroorzaakt door of gerelateerd zijn aan een (of meer) schokkende ervaring(en). Omdat kinderen zulke uiteenlopende reacties laten zien ten gevolge van een schokkende gebeurtenis, kan een grote variatie van gedragsproblemen met EMDR behandeld worden. Toepassing van EMDR bij kinderen vraagt om een benadering die is afgestemd op het ontwikkelingsniveau van het kind. Dit komt tot uiting in de attitude van de therapeut en technische aanpassingen in het protocol. Daarnaast hoort de therapeut op de hoogte te zijn van leeftijdsspecifieke reacties van het kind, zowel op schokkende gebeurtenissen als op het protocol, en dient hij/zij

in staat te zijn daar adequaat op in te spelen. Ook het betrekken van ouders bij de behandeling is cruciaal.

#### Attitude van de therapeut

Met EMDR bij kinderen stelt de therapeut zich actiever op dan bij volwassenen. De therapeut helpt het kind meer met het formuleren van cognities en gevoelens. Het voordeel hiervan is dat bepaalde onderdelen van de procedure sneller verlopen, waardoor het kind zich voldoende kan blijven concentreren op het emotioneel beladen materiaal.

#### Technische aanpassingen in het protocol

De cognitieve ontwikkeling en de kortere aandachtsboog van kinderen maken aanpassingen van het protocol noodzakelijk. Zoals genoemd zijn er accentverschillen met het EMDR-protocol voor volwassenen. Aan de orde komen hier: de veilige plek, alternatieve vormen van bilaterale stimulatie en het gebruik van visuele middelen.

#### Veilige plek

Je veilig voelen in de therapiesituatie is een belangrijke voorwaarde om een therapieproces mogelijk te maken. Om het gevoel van veiligheid te vergroten wordt gebruik gemaakt van de 'veilige plek'.

De behandelaar vraagt het kind een beeld of tekening te maken van een plek waar het zich veilig voelt. Dit kan een plek zijn in realiteit of in fantasie. Vervolgens wordt het gevoel dat de veilige plek oproept geïnstalleerd door middel van oogbewegingen of andere vormen van bilaterale stimulatie. Hierdoor wordt het veilige gevoel als het ware vastgelegd en is als zodanig weer gemakkelijker oproepbaar.

Het gebruik van de veilige plek heeft verschillende functies. Het biedt de behandelaar en het kind een speelse manier om te oefenen met elementen uit de EMDR-procedure, zoals het maken van een beeld en het tegelijkertijd con-

Tabel 1 De acht stappen van de EMDR-procedure (uit Ten Broeke & De Jongh, 1999)

- 1 Vaststellen van het actueel meest dramatische beeld van de te behandelen traumatische herinnering (target).
- 2 Met dit beeld in gedachten formuleren van een negatieve, disfunctionele cognitie (NC).
- 3 Formuleren van een positieve, functionele, cognitie (PC) en vaststellen van de geloofwaardigheid van deze PC op een zevenpuntsschaal, 'Validity of Cognition' (VoC).
- 4 Vaststellen van de emotie die door het beeld en de NC wordt opgeroepen. Bepalen van de spanning die deze combinatie oproept op een tienpuntsschaal, 'Subjective Units of Disturbance' (SUD), en het lokaliseren van de plaats van de daarmee verbonden lichamelijke sensaties.
- 5 Richten van de aandacht op het herinneringsbeeld, de NC en de bijbehorende lichamelijke sensaties. Dit combineren met externe stimuli, bijvoorbeeld het met de ogen volgen van de vingers van de therapeut. Elke nieuwe associatie (beeld, geluid, gevoel) vormt de basis voor een volgende serie. Van tijd tot tijd wordt de mate van spanning die het beeld (nog) oproept geëvalueerd (desensitatiefase).
- 6 Als de spanning voldoende is gedaald (0-1): associëren van het beeld met de PC door nieuwe oogbewegingen uit te voeren. Dit net zo lang herhalen totdat de VoC een waarde van 6 of 7 heeft bereikt (installatiefase).
- 7 Checken of ergens in het lichaam nog spanning aanwezig is. Zo nodig voortzetten van desensitatie (body scan).
- 8 Afsluiting

Zie voor een uitgebreide beschrijving van de procedure onder andere Shapiro (2001).

centreren op verschillende inwendige stimuli (beeld, gevoel, plaats in het lijf waar de spanning wordt gevoeld). Daarnaast kan de behandelaar bij het installeren van de veilige plek verschillende vormen van bilaterale stimulatie uitproberen. Het kind kan kiezen voor de manier die het beste werkt of het prettigst is, bijvoorbeeld oogbewegingen, geluid of taps. Deze keuzemogelijkheid vergroot bij het kind het gevoel van controle en vermindert zijn gevoelens van angst en machteloosheid. Verder biedt de veilige plek ook een uitwijkmogelijkheid tijdens de EMDR-procedure wanneer het emotioneel té overweldigend is. Als kinderen overspoeld raken door emoties is dat niet altijd even goed zichtbaar, omdat zij minder dan volwassenen 'emotionele signalen' laten zien. Het gevolg hiervan kan zijn dat het kind bij de volgende sessie niet meer wil meewerken aan de EMDR-procedure, waardoor de continuïteit van de behandeling in het geding komt (Tinker, 1999; Greenwald, 1999).

De veilige plek wordt bij kinderen vaker gebruikt dan bij volwassenen. Deze biedt op verschillende plaatsen in de procedure een prettige en speelse aanvulling op de cognitieve uitleg. De veilige plek wordt met name ingezet tijdens de voorbereidingsfase, bij afsluiting van de sessies en tussen de sessies in. Het kind kan, als daar behoefte of noodzaak toe bestaat, de veilige plek ook thuis oefenen.

### **Bilaterale stimulatie**

Bij kinderen worden alternatieve vormen van bilaterale stimulatie ingezet en op een speelse manier aangeboden. Zo kan het kind de aandacht er beter bijhouden en kan het EMDR-proces zo volledig mogelijk worden uitgevoerd. Dit vergroot de kans op een afgerond informatieverwerkingsproces en daarmee op klachtvermindering. Wanneer de keus valt op het gebruik van oogbewegingen, kan de therapeut bijvoorbeeld een pop-

petje op zijn vinger tekenen. Het kind volgt dit 'vingerpoppetje' dan met de ogen. Ook poppenkastpoppen of andere voorwerpen die het kind mooi of interessant vindt, zijn denkbaar.

Kinderen onder de zes jaar hebben

## **EMDR lijkt bij kinderen en adolescenten even doeltreffend als bij volwassenen**

vaak moeite met het uitvoeren van de oogbewegingen. Daarom kiezen behandelaars bij jonge kinderen vaak voor andere vormen van bilaterale stimulatie, bijvoorbeeld voor 'taps': een alternerende trommelbeweging met de handen. De therapeut tapt beurtelings links en rechts op de handen of knieën van het kind, of het kind tapt op de handen van de therapeut. Kinderen hebben veel plezier in het tappen en zien het als een spel. Zijn kinderen zes jaar of ouder, dan wordt vooral met oogbewegingen of bilaterale geluidstapes gewerkt. Een speelse vorm van de auditieve bilaterale stimulatie is een 'klakdier' of een muziekdoozje, dat de therapeut beurtelings bij het linker- en rechteroor laat horen.

### **Gebruik van concrete formulering en visuele middelen**

Bij kinderen is de formulering van vragen eenvoudig, concreet en aangepast aan de beperkte woordenschat en het concreet-logisch denken. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van visuele middelen om uitleg te illustreren. Dit sluit aan bij de belevingswereld en cognitieve mogelijkheden van het kind.

Een voorbeeld hiervan is dat de behandelaar in de 'assessment'-fase aan het kind vraagt een tekening te maken van wat nu nog het allermoeilijkste is van de schokkende gebeurtenis. Het maken van een beeld of foto in gedachten - zoals gebruikelijk is bij adolescenten en volwassenen - is namelijk te ingewikkeld. Kinderen zijn gewend om te tekenen en doen dit gemakkelijk en

spontaan. Ook kunnen voorwerpen die met de gebeurtenis te maken hebben, de herinnering helpen activeren. Denk hierbij aan foto's van bijvoorbeeld de verongelukte auto of materialen uit het ziekenhuis, zoals naalden en infuuszakjes.

Visuele ondersteuning is ook van belang bij een aantal meetmomenten in de procedure; bijvoorbeeld bij het meten van de actuele spanning, die het beeld of de tekening oproept, en het meten van de geloofwaardigheid van de positieve cognitie. Op een getekende tien- of zevenpuntsschaal kan het kind met een kruisje de huidige spanning respectievelijk de geloofwaardigheid van de positieve cognitie aangeven. Een andere manier is om het kind met de handen aan te laten geven hoe vervelend het nu nog is om aan de tekening terug te denken. Handen helemaal uitgespreid betekent: 'heel vervelend'; handen tegen elkaar aan betekent: 'helemaal niet vervelend'.

### **Reacties op het protocol**

EMDR lijkt bij kinderen en adolescenten even doeltreffend als bij volwassenen, maar vanuit de klinische praktijk rapporteren therapeuten dat resultaten bij kinderen sneller optreden. Een verklaring zou zijn, dat kinderen een beperkter neurale netwerk hebben dan volwassenen, met kortere associatieve kanalen die minder met elkaar verbonden zijn dan bij volwassenen het geval is. De associatieve ketens zijn daardoor korter, en de stroom van associaties is beperkter (Tinker & Wilson, 1999).

Bij kinderen is zelden sprake van emotionele ontladingen (abreactions) in tegenstelling tot bij volwassenen. Vaak is een kortere reeks van bilaterale stimulatie nodig om het proces op gang te houden. Door al deze kortere elementen is de procedure eerder afgerond dan in ses-



FOTO: S. JOOP LUIJES

Ouders geven aan dat hun gevoel van controle en competentie toeneemt door een actieve bijdrage aan de behandeling.

#### CASUSBESCHRIJVING

Karin is een meisje van negen jaar. Zij is aangemeld in verband met agressief, brutaal en uitdagend gedrag, zowel op school als thuis. Ze heeft veel ruzie met leeftijdgenoten, pest, knijpt en slaat frequent. Verder slaapt Karin moeilijk in. Op school kan ze zich slecht concentreren. Inmiddels is een leerachterstand op taal- en rekengebied ontstaan van ruim een jaar. Zij klaagt frequent over hoofd- en buikpijn en heeft weinig energie en zin om dingen te ondernemen die zij vroeger wel leuk vond, zoals knutselen. Deze klachten zijn geleidelijk ontstaan en toegenomen nadat een oom haar een aantal keer had verkracht, toen zij zes jaar oud was. Zij heeft dit pas kort geleden aan haar moeder verteld. Er is geen contact meer met deze oom.

In de multidisciplinaire staf wordt vastgesteld dat er sprake is van een post-traumatische stressstoornis (DSM-IV-

sies met volwassenen, waarvoor anderhalf uur wordt uitgetrokken. Voor kinderen tot twaalf jaar is een sessie van drie kwartier tot een uur meestal voldoende.

In cognitief opzicht functioneren kinderen op een concreter niveau dan volwassenen. Daardoor formuleren zij tijdens de EMDR-procedure concrete cognities en gevoelens en laten concrete associatieketens zien. Zo maakt een kleuter zich meer zorgen over een deuk in de auto dan over de vraag of er gewonden of doden zijn gevallen.

Het spreekt voor zich dat bij een concrete of associatieve denkstijl metaforen nauwelijks voorkomen in de associatieketens. Bij adolescenten met een abstracte denkstijl is dat wel het geval.

#### Rol van de ouders

Tijdens de EMDR-behandeling schakelt de behandelaar de ouders/verzorgers actief in. Hoe zij worden ingeschakeld, hangt af van de leeftijd en ontwikkelingsfase van het kind. In het algemeen geldt: hoe jonger en afhankelijker het kind van de ouders is, hoe groter het beroep op de ouders.

Zowel voor als tijdens de behandeling zijn ouders een belangrijke informatie- en observatiebron. Voorafgaand

aan de behandeling gaat het om informatie die noodzakelijk is voor goede diagnostiek, zoals klachtanamnese, ontwikkelingsanamnese, huidig functioneren en achtergrondgegevens. Ook tijdens de behandeling is actieve medewerking van de ouders gewenst. Hun observaties zijn nodig om effecten van de EMDR-behan-

deling te signaleren. Het kind beschikt meestal over onvoldoende zelfreflectie en 'zelfrapportage' om veranderingen in eigen gedrag te kunnen rapporteren. Daarbij vertonen kinderen weinig 'emotionele signalen' in het gezicht, waardoor de therapeut tijdens de sessie moeilijk kan inschatten of er daadwerkelijk verandering optreedt. Het effect van de EMDR-sessie is eerder af te leiden uit de gedragsobservaties en rapportage van ouders.

Bijkomend voordeel van deze actieve inschakeling van ouders is dat het tegenwicht biedt aan het machteloze, hulpeloze gevoel dat ouders vaak hebben nadat hun kind getraumatiseerd is.

## Hoe jonger en afhankelijker het kind van de ouders is, hoe groter het beroep op de ouders

classificatie). Zij krijgt een EMDR-behandeling aangeboden. In totaal vinden er drie sessies van 45 minuten plaats. Daarnaast vindt met haar moeder een sessie plaats om in te gaan op haar eigen reacties naar aanleiding van het seksueel misbruik van haar dochter.

Hieronder volgt het verbatim verslag van de desensitiseringsfase van de eerste EMDR-sessie (10 minuten). Tevoren is aan moeder en Karin uitleg gegeven over de procedure en is bij Karin een veilige plek geïnstalleerd. Voor haar is dit een plaatje waarop zij samen met haar moeder op de bank in de huiskamer zit. Ze kiest de oogbewegingen als bilaterale stimulatie.



Zij maakt een tekening van het moment van de verkrachting zelf en zegt: 'Dat we gingen vrijen'. Op de tekening is te zien hoe oom Guus op Karin ligt. Het gebied rond de geslachtsdelen is zwart ingekrast.

Met hulp van de behandelaar formuleert ze als actueel geldende negatieve cognitie met betrekking tot zichzelf op de tekening: 'Ik kan niets doen'. De gewenste gedachte met betrekking tot zichzelf op de tekening die ze liever zou willen hebben is: 'Ik kan het aan' (score op Validity of Cognition (VoC), is 3.

Ze voelt zich verdrietig als ze kijkt naar de tekening en het kijken ernaar geeft een spanning van 10 (score op Subjective Units of Disturbance (SUD)) Ze voelt de spanning in haar hart (lichaamslocatie). De behandelaar vraagt Karin zich te concentreren op de tekening, terwijl ze tegen zichzelf zegt 'Ik kan niets doen', en het vervelende gevoel voelt in haar hart. Set oogbewegingen (OB)

K (Karin): De foto blijft in mijn lijf hangen.

T (therapeut): Concentreer je erop.

OB

K: Niks, ja wel wat... boosheid.

T: Ga daarmee door.

OB

K: Pijn in mijn hoofd.

T: Ga door.

OB

K: Dat ik helemaal uit elkaar barst van kwaadheid.

T: Concentreer je erop.

OB

K: Veel meer boosheid dan daarnet.

T: Hou dat vast.

OB

K: Ik voel me niet lekker, Guus heeft me pijn gedaan.

T: Ga door, je doet het prima.

OB

K: Ik kan niets beloven, misschien gaat het niet lukken.

T: Concentreer je maar.

OB



K: Ik voel dat ik heel boos ga worden.

T: Ga door.

OB

K: Niks.

T: Als je nu kijkt naar de tekening, hoe vervelend is het nu nog om naar te kijken? 10 is het allervervelendst en 0 is helemaal niet vervelend of een cijfer ertussen in.

K: 10.

T: En wat in de tekening is nu het vervelendst?

K: Dat ik met hem gevreeën heb.

T: Let daarop.

OB

K: Niks, ik ben leeggelopen.

T: Ga door.

OB

K: Kun je ietsje harder (vraagt de therapeut of deze sneller met haar hand van links naar rechts kan gaan).

T: Concentreer je erop.

OB

K: Niks.

T: Als je nu kijkt naar de tekening, hoe vervelend is het nu nog om naar te kijken. Je mag een cijfer geven: 10 is het allervervelendst, en 0 is helemaal niet vervelend.

K: 9.

T: Wat is nu nog het vervelendst als je naar de tekening ('target') kijkt?

K: Zijn hoofd.

T: En wat van zijn hoofd is het vervelendst?

K: De pukkel.

T: Hou dat vast.

OB

K: Alles wat hij heeft gedaan.

T: Ga door.

OB

K: Niks.

T: Als je nu kijkt naar de tekening, hoe vervelend is het nu nog om naar te kijken? Je mag weer een cijfer geven: 10 is het allervervelendst, en 0 is helemaal niet vervelend.

K: 5.

T: Wat is die 5, wat maakt het nog zo vervelend?

K: Zijn armen.

T: Concentreer je erop.

OB

K: Niks.

T: Als je nu kijkt naar de tekening, hoe vervelend is het nu nog om naar te kijken? Je mag een cijfer geven: 10 is het allervervelendst, en 0 is helemaal niet vervelend.

K: 2.

T: Wat is nu nog het allervervelendst als je kijkt naar de tekening?

K: Zijn benen.

T: Concentreer je erop.

OB

K: Niks.

T: Als je nu kijkt naar de tekening, hoe verve-

lend is het nu nog om naar te kijken? Je mag een cijfer geven: 10 is het allervervelendst, en 0 is helemaal niet vervelend.

K: 0

T: Dus als je nu kijkt naar de tekening, dan vind je dat helemaal niet vervelend meer? Je kunt er gewoon naar kijken en het geeft je geen vervelend gevoel meer?

K: Ja.

T: Prima gedaan, heel goed hoor.

Vervolgens wordt de gewenste positieve cognitie – ‘Ik kan het aan’ – geïnstalleerd. De gevoelsmatige geloofwaardigheid (VoC) gemeten met behulp van een visuele schaal is 7, dat wil zeggen maximaal. Ze geeft aan dat er nergens meer spanning in haar lijf zit (body scan) en de sessie wordt afgesloten.

Bij het napraten zegt Karin dat het ‘ogenspelletje’ – zoals ze het zelf noemt – leuk was. Ze vraagt of ze een krul mag zetten op het bord en geeft zo zichzelf een beloning.

Na een week komen Karin en moeder terug. Het blijkt dat Karin beter slaapt, rustiger is geworden, minder fel reageert en andere kinderen minder plaagt. Ze is nog wel eens tegendraads, maar luistert beter. Ook is Karin vrolijker, neemt meer initiatief en oude interesses komen terug. Zo wil Karin opeens weer naar dansles en begint zij weer te knutselen. De concentratie is echter nog niet optimaal. Er volgen nog twee sessies van drie kwartier met Karin gericht op twee andere aspecten van de verkrachtingen, die nu nog vervelend zijn als ze eraan terugdenkt. De gedrags- en stemmingsverbetering zet zich voort. Positieve contacten met leeftijdgenoten komen weer op gang. Lichamelijke

klachten verdwijnen en haar concentratievermogen is sterk verbeterd. Remedial Teaching is ingezet om de leerachterstand zo snel mogelijk in te lopen.

#### TEN SLOTTE

Voor een EMDR-behandeling van getraumatiseerde kinderen en adolescenten heeft de behandelaar kennis en expertise nodig met betrekking tot drie gebieden: het EMDR-protocol en de specifieke aanpassingen in dit protocol voor de diverse leeftijdsgroepen, kennis van mogelijke posttraumatische stressreacties bij kinderen en expertise in het behandelen van jeugdige cliënten. Helaas worden posttraumatische reacties bij kinderen door diverse disciplines, zoals psychologen, pedagogen, psychiaters, huisartsen en overige medisch specialisten, nog onvoldoende herkend. Het gevolg is dat kinderen en adolescenten vaak jarenlang onnodig lijden aan de gevolgen van een (of meer) traumatische gebeurtenis(sen), waardoor behoorlijke ontwikkelingsachterstanden kunnen ontstaan. In de diverse opleidingen van hulpverleners die met deze jeugdige doelgroep werken, dient meer aandacht te worden besteed aan het kunnen herkennen van posttraumatische stressreacties bij kinderen en adolescenten. Wanneer in een vroegtijdig stadium wordt doorverwezen, is adequate en kortdurende behandeling mogelijk. Ontwikkelingsachterstanden kunnen zo worden voorkomen. Naast beperking van de belastende emotionele gevolgen voor de betrokkene en diens gezin zou dit een aanzienlijke kostenbesparing op kunnen leveren voor de gezondheidszorg.

#### LITERATUUR

- Broeke, E. ten & Jongh, A. de (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing bij posttraumatische stress-stoornissen. In: Aarts P.G.H. & Visser, W. D. (red). Trauma: Diagnostiek en behandeling. Houten/Diegem: Stafleu Van Loghum.
- Chemtob, C.M., Nakashima, J. & Carlson, J.G. (2002). Brief treatment for elementary schoolchildren with disaster-related posttraumatic stress disorder: a field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (1), 99-112.
- Greenwald, R. (1994). Applying Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) to the treatment of traumatized children: five case studies. *Anxiety Disorders Practice Journal*, 1 (2), 83-96.
- Greenwald, R. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) in child and adolescent psychotherapy. Northvale: Aronson.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. In: B.P.R. Gersons & I.V.E. Carlier (eds.). Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen (pp. 91-100). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2003). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): geprotocolleerde behandelingsmethode voor traumatische belevingen. *Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, 29,(3), 46-60.
- Lovett, J. (1999) Small wonders. Healing childhood trauma with EMDR. New York: The Free Press.
- Maxfield, L. & Hyer, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.
- Pellicer, X. (1993). Eye movement desensitization treatment of a child's nightmares: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 73-75.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures. New York: The Guilford Press.
- Shapiro, F. (red)(2000). EMDR as an integrative psychotherapy approach: experts of diverse orientations explore the paradigm prism. Washington: American Psychological Association
- Tinker, R.H. & Wilson, S.A. (1999). Through the eyes of a child. New York: Norton & Company.
- Spector, J. & Read, J. (1999). The current status of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 165-174.