

SAMEN BETER WORDEN

EMDR NA TRAUMA HELPT KIND – MAAR VERGEET DE OUDERS NIET

LIESBETH MEVISSSEN EN ANNEMIEK ROSS

Klachten bij kinderen en jongeren die voortkomen uit traumatische gebeurtenissen worden steeds vaker onderkend en behandeld. En vaak met succes, zoals ook blijkt uit het verhaal van de veertienjarige Sandra, met wie we in dit artikel kennismaken. Aan het einde van haar behandeling straalt Sandra weer en heeft zij veel meer zelfvertrouwen.

Maar ook ouders kunnen lijden onder een schokkende gebeurtenis die hun kind is overkomen. Dit kan hun pedagogisch handelen beïnvloeden en de stressreactie van hun kind versterken. In deze bijdrage laten we zien hoe het aanbieden van *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) aan de ouder(s) wezenlijk kan bijdragen aan de traumabehandeling en het herstelproces van het kind of de jongere.

INGRIJPENDE GEBEURTENISSEN EN EMDR

Posttraumatische stressstoornis (PTSS) tast het welbevinden aan én de verdere ontwikkeling op zowel emotioneel, sociaal, cognitief als lichamelijk

gebied. Ook heeft de stoornis een negatieve invloed op de schoolprestaties (Alisic e.a., 2011). Uit Nederlands onderzoek (Alisic, 2012) blijkt dat ongeveer één op de zeven kinderen in de leeftijd van acht tot twaalf jaar ooit een potentieel traumatiserende gebeurtenis heeft meegemaakt. Naar schatting een derde van hen ontwikkelt PTSS, en het lijkt erop dat ook subklinische niveaus van posttraumatische stress ernstige beperkingen en leed veroorzaken (Alisic, 2011).

Een geprotocolleerde behandelmethodede voor PTSS is EMDR. De EMDR-procedure verloopt in de volgende acht stappen (Ten Broeke e.a., 2012).

1. Identificatie van het emotioneel meest beladen beeld van de traumatische herinnering (target).
2. Met dit beeld in gedachten een negatieve, disfunctionele cognitie (*non-functional*) NC formuleren.
3. Een positieve, functionele cognitie (PC) identificeren, die in betekenis lijnrecht tegenover de NC staat. Daarna de geloofwaardigheid van de PC beoordelen op een *validity of cognition*-schaal (VOC), die loopt van één tot en met zeven.



Foto Aleid Demier van der Gon

De foto's bij dit artikel zijn illustratief. De afgebeelde persoon is niet dezelfde als die in het artikel.

trefwoorden

EMDR
trauma
PTSS
ouder-kindbehandeling

over de auteur Drs. L. Mevissen en drs. A. Ross werken beiden bij Accare, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, polikliniek Deventer. L. Mevissen als klinisch psycholoog en A. Ross als arts. Correspondentie: l.mevissen@accare.nl.

Box 1: Sandra en haar hulpvraag

Sandra is veertien jaar en lijdt aan PTSS. Zij heeft verschillende schokkende gebeurtenissen meegemaakt. Op de basisschool is zij door drie kinderen mishandeld en daarna gedurende enkele jaren regelmatig gepest. In het voortgezet onderwijs is zij opnieuw gepest. Recentelijk is zij door twee oudere meisjes bij de kantine van een sportveld van haar fiets getrokken, geschopt en geslagen. Sandra is altijd op haar hoede voor dreigende pesterijen. Ze ziet op tegen activiteiten met leeftijdgenoten en trekt zich vaak terug op haar kamer. Langs het sportveld durft ze niet meer te fietsen. Ze heeft regelmatig herbelevingen van de mishandeling bij de kantine, ze vertoont vermijdingsgedrag en een verhoogde prikkelbaarheid; ze wordt bijvoorbeeld snel boos om kleine dingen. Ze valt 's avonds moeilijk in slaap en heeft vaak sombere gedachten. Sandra heeft weinig vertrouwen in volwassenen, wellicht omdat die destijds het pesten niet hebben kunnen voorkomen.

Af en toe denkt ze dat ze liever dood zou willen zijn. Haar ouders hebben haar van school laten veranderen. Dit heeft een positief effect gehad, maar Sandra heeft nog een duidelijke hulpvraag: "Ik wil me van binnen ontspannen voelen en weer overal naar toe durven fietsen."

4. De emoties vaststellen die door het beeld en de NC worden opgeroepen, en de mate van emotionele spanning die wordt opgeroepen door het beeld en de NC samen, beoordelen op een *subjective units of disturbance*-schaal (SUD) van 0 tot en met tien, alsmede de plaats van de daarmee verbonden lichamelijke sensaties aangeven.
5. De cliënt zich laten concentreren op het herinneringsbeeld, de NC en de bijbehorende lichamelijke sensaties. Daarna aanbieden van series (*sets*) van externe, afleidende stimuli (de bewegende hand van de therapeut, auditieve stimuli via een koptelefoon of *handtaps*). Elke nieuwe associatie (beeld, geluid, gevoel) vormt de basis voor de volgende set. Op gezette tijden de mate van spanning evalueren die het beeld (nog) oproept.
6. Als de spanning volledig is verminderd (SUD is nul), de cliënt vragen in gedachten het beeld te koppelen aan de PC, waarna een nieuwe serie wordt uitgevoerd. Dit net zo lang herhalen totdat de VOC maximaal is geworden (VOC is zeven).
7. Nagaan of er in het lichaam van cliënt ergens nog spanning aanwezig is. Deze zo nodig verder bewerken door cliënt te vragen zich hierop te concentreren en nieuwe sets uit te voeren.
8. Afsluiting.

VERWERKING MET BEHULP VAN EMDR

Als na een ingrijpende gebeurtenis het spontane verwerkingsproces niet goed verloopt, vormen zich zogenaamde disfunctionele geheugenrepresentaties of disfunctionele neurale netwerken, zo is de veronderstelling. Daarin ligt de herinnering aan de gebeurtenis opgeslagen in de vorm van stressopwekkende beelden, emoties, betekenissen en lichamelijke sensaties. Wanneer een interne of externe prikkel zo'n neuraal netwerk activeert, veroorzaakt dit een subjectieve beleving van spanning die passend was bij de ingrijpende gebeurtenis, maar die dispropor-

tioneel is in de actuele situatie (Ten Broeke e.a., 2012). Zulke *triggers* kunnen voor een buitenstaander ogenschijnlijk normale prikkels zijn. De onevenredig heftige reacties leiden vaak tot onbegrip en verwarring. Denk bijvoorbeeld aan kinderen die in de ogen van hun ouders of leerkracht 'zomaar' boos worden.

Het doel van een EMDR-behandeling is dat de niet goed verwerkte herinneringen alsnog verwerkt worden, waardoor de disproportionele reacties achterwege blijven. Het veranderingsproces dat zich tijdens de EMDR-behandeling voltrekt, lijkt grotendeels verklaarbaar op basis van de werkgeheugentheorie. Doordat het werkgeheugen maar een beperkte capaciteit heeft, kan de aversieve herinnering die in het begin van de EMDR-procedure wordt geactiveerd, niet in al haar intensiteit in het geheugen worden gehouden als tegelijkertijd een afleidende taak moet worden uitgevoerd, zoals het maken van oogbewegingen (zie stap 5). In experimentele studies (Gunther & Bodner, 2008; Engelhard e.a., 2011) is aangetoond dat als gevolg hiervan de levendigheid en emotionaliteit van de herinnering afnemen (*desensitization*). Daarnaast worden tijdens de EMDR-procedure de disfunctionele geheugenrepresentaties gekoppeld aan neurale netwerken met gezonde kennis en vaardigheden. Dit is het feitelijke verwerkingsproces (*reprocessing*). Na een goed verlopen verwerkingsproces zijn de disfunctionele geheugenrepresentaties getransformeerd tot functionele representaties, die in het langetermijngeheugen zijn opgeslagen. De aan de gebeurtenis(en) gerelateerde klachten behoren dan tot het verleden. De stimuli die voorheen triggers waren, zijn geneutraliseerd.

Sinds 2000 wordt EMDR beschouwd als een empirisch gevalideerde behandelmethod voor PTSS bij volwassenen (Foa e.a., 2000). In een meta-analyse is gebleken dat EMDR ook bij kinderen en jongeren een effectieve behandelmethod is voor PTSS (Rodenburg e.a., 2009). Er is een aangepast

'IK WIL ME GRAAG ONTSPANNEN VOELEN'

EMDR-protocol voor kinderen en jongeren, met procedures die zijn afgestemd op verschillende cognitieve ontwikkelingsleeftijden (Beer & De Roos, 2012). EMDR blijkt ook toepasbaar bij mensen met verstandelijke beperkingen, zelfs als sprake is van een ernstige verstandelijke beperking (Mevissen, 2009; 2012).

De gedachte dat EMDR louter een techniek is om PTSS te behandelen, is verouderd.

EMDR wordt de laatste jaren steeds vaker ingezet bij een breed spectrum aan psychische problematiek

zoals angststoornis, depressie, eetstoornis, verslaving, somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten en een negatief zelfbeeld (Hornsveld & Berendsen, 2009). Deze vorm van psychotherapie gaat uit van de hypothese dat disfunctioneel opgeslagen herinneringen vaak aan de basis liggen van psychopathologie (Shapiro, 2012).

POSTTRAUMATISCHE STRESSKLACHTEN VAN OUDERS

De meeste kinderen herstellen zonder psychotherapie volledig van de ernstige stress die een schokkende gebeurtenis met zich meebrengt. Sommige kinderen worden er zelfs sterker van. Passende ondersteuning in de eerste uren na het trauma lijkt een positieve invloed te hebben op het verwerkingsproces. Hoe

‘IK KAN NU BETER TEGEN RUZIE’

sterker de stressreacties van de ouders op korte termijn, hoe groter de last voor kinderen op de lange termijn. Minstens zo belangrijk is steun die op het kind is afgestemd in de weken, maanden en zelfs jaren na de schokkende gebeurtenis. Het zal voor elke ouder een zware klus zijn om in stressvolle omstandigheden een responsieve ouder te zijn. Verschillende factoren vergroten de kans op de ontwikkeling van ernstige en langdurige stressklachten bij het kind (Alisic, 2012). Die kans wordt groter als het kind eerder is blootgesteld aan trauma, als het bijkomende problemen heeft zoals ADHD of leerproblemen, als het kind zich ernstig bedreigd heeft gevoeld tijdens de gebeurtenis en als gezinsproblemen spelen op relationeel, financieel of sociaal gebied. *Last but not least* is het een risicofactor als de ouder met problemen kampt, zoals verslaving, een psychiatrische stoornis of eigen ervaringen met trauma.

Eerdere traumatische ervaringen van een ouder kunnen getriggerd worden door een schokkende gebeurtenis die het kind is overkomen. Het is ook mogelijk dat ouders slachtoffer zijn geweest van dezelfde gebeurtenis, of hebben gezien of gehoord wat hun kind is overkomen. Ook kunnen zij geschokt zijn door de reacties van hun kind (De Roos & Beer, 2013). Dergelijke situaties kunnen posttraumatische stressklachten bij ouders veroorzaken, die op hun beurt de klachten van het kind versterken. Extra ondersteuning is nodig voor de ouders als sprake is van een zogenoemde stressbevorderende ouderschapsstijl, waarbij ouders hun kind te veel beschermen, het beangstigen of niet beschikbaar zijn voor het kind (Alisic, 2012). We moeten in de behandeling dus niet alleen naar de kinderen kijken, maar ook aandacht hebben voor hun ouders, en die betrekken in de behandeling.

Box 2: Sandra straalt, moeder is trots

Bij Sandra wordt EMDR ingezet om de PTSS te behandelen. In vier sessies worden de herinneringsbeelden die haar zoveel stress geven, van hun lading ontdaan. Sandra voelt zich daarna ontspannen, heeft geen herbelevingen meer, durft in contact met leeftijdgenoten beter voor zichzelf op te komen en meer met hen samen te ondernemen. Ze heeft er alle vertrouwen in dat ze langs het sportveld durft te fietsen. Haar moeder stelt echter voor dat eerst samen te doen.

Het volgende behandelcontact is een evaluatiegesprek met Sandra en haar moeder. Ze zijn nog niet langs het sportveld gefietst. Moeder vertelt dat haar dochter sinds de behandeling een stuk zelfstandiger functioneert, maar dat dit regelmatig tot onenigheid leidt tussen hen. Zo was ze gewend dat Sandra een sms'je stuurde voordat ze vertrok, maar dat vindt Sandra nu niet meer nodig. Moeder vraagt zich af of dat komt door de puberteit. Bij doorvragen blijkt dat moeder zich erg schuldig voelt dat ze de mishandeling van haar dochter destijds niet heeft kunnen voorkomen. Haar (over)beschermende houding lijkt Sandra nu te belemmeren in haar autonomieontwikkeling. Moeder gaat onmiddellijk akkoord met het voorstel om haar eigen onverwerkte herinnering aan de mishandeling van haar dochter met EMDR te behandelen.

Het naaste herinneringsbeeld (target, stap 1) voor haar is: 'Sandra komt huilend met haar armen wijd naar mij toe.' Moeder huilt hierbij. De negatieve, disfunctionele cognitie die moeder hierbij heeft is: 'Het is mijn schuld.' De spanning die wordt opgeroepen door het beeld en de negatieve cognitie beoordeelt ze met een acht op een schaal van nul tot tien (*subjective units of disturbance*, stap 4). Het lukt om in een half uur de spanning die dit beeld oproept volledig tot nul terug te brengen.

De combinatie van het beeld met de positieve functionele cognitie ('Het is niet mijn schuld') voelt voor haar meteen volledig geloofwaardig: de *validity of cognition* (VOC) is zeven op een schaal van één tot zeven. Moeder sluit de sessie af met als belangrijkste positieve ontdekking over zichzelf: 'We kunnen een nieuwe start maken, ik ben een goede moeder!'

Twee weken later is Sandra probleemloos naar het sportveld gefietst en bij de kantine afgestapt om daar even rond te kijken, 'alsof ik er dagelijks kom'. Er zijn geen situaties meer die ze vermijdt en ze straalt van zelfvertrouwen. Moeder is blij met de zelfstandigheid van haar dochter en kan haar, in situaties die passend zijn voor haar leeftijd, op een rustige manier en met vertrouwen loslaten.

EMDR BEHANDELING VAN KIND EN OUDER(S)

We zijn bij de behandeling van kinderen en jongeren gewend om met ouders te werken in systeemtherapie, ouderbegeleiding en pedagogische hulp. De Roos en Beer (2013) beschrijven drie manieren waarop ouders betrokken kunnen worden in een EMDR-behandeling, namelijk als motivator en regulator van de emoties van het kind, als informant en als cotherapeut. Daarnaast stellen zij dat het ook nodig kan zijn dat een ouder zelf een EMDR-behandeling ondergaat. In een behandelsetting voor kinderen en jongeren is het nog niet gebruikelijk om ook de ouders een eigen psychotherapeutische behandeling te bieden. Daarvoor wordt gewoonlijk verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg voor volwassenen. Als de behandeling van de ouders gecombineerd wordt met die van het kind, heeft dat echter zowel organisatorische als inhoudelijke voordelen.

De foto's bij dit artikel zijn illustratief. De afgebeelde personen zijn niet dezelfde als die in het artikel.



Foto Aleid Denier van der Gon

Bij de behandeling van Sandra kwamen de effecten van haar behandeling niet volledig tot hun recht. Daardoor werd pas aan het einde duidelijk dat ook moeder gehinderd werd door herinneringen aan de mishandeling van haar dochter. De ouderbehandeling met EMDR werd spontaan ingevoegd en nam

maar een half uur in beslag. Desondanks was het effect op haar functioneren als opvoeder opmerkelijk.

In het geval van Merel (zie box 3) hebben wij ervoor gekozen om een traumabehandeling van de moeder vooraf te laten gaan aan behandeling van

het kind. Gedurende de EMDR-behandeling van deze ouder was zichtbaar hoe een stressbevorderende ouderschapsstijl transformeerde in een ondersteunende, responsieve stijl.

DE BEHANDELING VAN MERELS MOEDER

In een periode van acht weken krijgt moeder zes behandelsessies van ongeveer een uur. In het eerste contact worden de gebeurtenissen die voor moeder ingrijpend zijn geweest op een tijdlijn gezet. We brengen samen met moeder het verband tussen deze gebeurtenissen en haar klachten in kaart. Ook inventariseren we wat zij graag veranderd zou willen zien door de behandeling. Ze zegt daarop: 'Het schuldgevoel. Ik ben zelf heel diep afgezaakt door alle ellende en heb daardoor onbewust mijn kinderen laten vallen. Je ziet je kind wegwijnen.' Ook noemt moeder de altijd aanwezige angst dat er weer iets ergs kan gebeuren; reden dat zij steeds weer voorzorgsmaatregelen treft. Dat kost heel veel energie. Een onverwachte aanraking leidt nog steeds tot een hevige schrikreactie. Verder komt er intense woede op als zij denkt aan wat haar ex-partner de kinderen heeft aangedaan. Ook wil zij een en ander verbeteren in haar eigen rol als opvoeder: 'Ik stoor me aan bepaalde trekjes van Merel die ik van haar vader ken, vooral als zij niet de waarheid vertelt of niet luistert. Ik wil dan niet meer met zo'n haatgevoel denken: je hebt trekjes van je vader.'

Tot moeders ontsteltenis heeft de vader van de kinderen zich weer gemeld, zo blijkt in de tweede sessie. Hij is lange tijd uit beeld geweest, maar de kinderen hebben weer contact met hem. De herinnering waar moeder het meeste last van heeft en die ook nu nog de meeste spanning geeft, is de keer dat ze bij de keel gegrepen werd en dacht dat haar laatste uur geslagen had. Dit wordt het eerste target voor de EMDR-behandeling.

De therapeut vraagt: 'Wat is van die gebeurtenis op dit moment het allerergste plaatje om te zien?' Moeder antwoordt: 'Hij grijpt me bij de keel en duwt me tegen de muur; mijn kinderen staan erbij.' De uitspraak over haarzelf die juist dit plaatje nog zo naar maakt om te zien, luidt: 'Ik ben machteloos', aldus moeder.

Het verwerkingsproces begint met intens verdriet en zichtbare fysieke spanning; ook voelt zij zich doodmoe. Even later lijkt de film van toen zich weer voor haar ogen af te spelen en nieuwe associaties komen op. Met boosheid en een diepe zucht zegt moeder: 'Ik wil met rust gelaten worden.' De spanning die het beeld oproept, is bij het afsluiten van de sessie nog niet tot nul gedaald.

De twee nachten die volgen op de tweede sessie droomt moeder over haar ex-partner. Trots vertelt ze dat ze zich de dagen daarna heel krachtig heeft gevoeld en goede acties heeft ondernomen tegen nieuwe dreigementen van zijn kant. Moeder vindt het bijzonder dat er tijdens de afgelopen sessie dingen naar boven kwamen waar ze nooit meer aan gedacht heeft.

Box 3: Merel en haar moeder: veel spanning

Merel is twaalf jaar en woont in een instelling. Haar ouders zijn gescheiden toen Merel een jaar of zes was. Ze is al voor de derde keer uit huis geplaatst. Haar broer woont nog wel bij moeder, maar moeders pogingen om ook haar dochter thuis op te voeden, mislukken telkens weer. Op haar beurt lukt het Merel niet om haar woedeaanvallen onder controle te krijgen. Merel en moeder hebben één grote wens: dat Merel voorgoed thuis kan wonen. De instelling meldt Merel en haar moeder aan voor een behandeling met EMDR. Het vermoeden is dat Merels gedragsproblemen te maken hebben met ingrijpende gebeurtenissen in haar leven. Ze is getuige geweest van huiselijk geweld en van bedreigingen waar regelmatig de politie aan te pas moest komen. Moeder zou zelf ook nog last hebben van onverwerkte herinneringen aan die gebeurtenissen.

In het eerste contact met Merel en moeder is bij beiden de spanning duidelijk merkbaar. Merel uit zich totaal niet. Moeder daarentegen praat aan één stuk door over haar problemen met Merel en laat zich daarin nauwelijks afremmen. Op vragen die aan Merel gesteld worden, geeft moeder het antwoord

De therapeut veronderstelt dat het hoge stressniveau van moeder een goed verloop van de behandeling van Merel zal belemmeren. Bovendien bestaat het risico dat moeder ook na de behandeling van Merel in haar opvoedingsvaardigheden gehinderd blijft worden door haar eigen trauma gerelateerde stress. Daarom wordt ervoor gekozen te starten met een EMDR-behandeling van moeder.

De therapeut legt dit aan Merel als volgt uit: 'We gaan er eerst voor zorgen dat je moeder geen last meer heeft van die akelige gebeurtenissen. Dat lijkt misschien een beetje vreemd, maar jouw behandeling werkt het beste als je moeder jou daar goed bij kan ondersteunen. Daarvoor moet zij eerst zelf rustig kunnen blijven als ze aan de akelige gebeurtenissen terugdenkt.'

De spanning op het beeld is nog twee, zo blijkt. Die wordt vooral veroorzaakt door dat deel van het beeld waarin zij zo machteloos tegen de muur aan staat, vertelt zij de therapeut.

De afleidende taak wordt ingezet en het verwerkingsproces gaat verder. Met regelmaat wordt haar de vraag gesteld: 'Wat komt er op?' of: 'Wat merk je?' Hierop heeft zij onder meer de volgende reacties: 'Ik heb nu het gevoel dat ik zo sterk ben als een beer.' En: 'Ik zie hem op een afstandje staan schelden en het laat me koud.' Dan komt er een omslag naar een triest gevoel. De associaties zijn niet meer op haarzelf gericht, maar vooral op de kinderen, en hoe die hieronder geleden hebben. Moeder denkt aan 'de erge dingen die met Merel zijn gebeurd' en over hoe erg zij het vond dat Merel het huis uit moest. Dan komt er rust, omdat ze beseft dat de situatie toen niet anders kon. De associaties richten zich vervolgens op de toekomst, en in haar woorden luiden die als volgt: 'Ik heb geen zin om nog energie in hem te steken; dat heb ik wel vaker gezegd maar nu voelt het anders. Die energie steek ik liever in mijn kinderen.'

In de week tussen sessie drie en vier had moeder een ongekend, zwaar gevoel in haar benen en was ze, anders dan normaal, soms duizelig. Ze heeft nog één keer gedroomd: de kinderen waren bij hun vader en werden slecht behandeld. Verder had ze goed

Box 4: De EMDR-behandeling van Merel

Het contact met Merel en moeder verloopt in een geheel andere sfeer dan de eerste keer. Merel luistert geïnteresseerd naar de uitleg over de behandeling en geeft zelf – zij het nog voorzichtig – antwoord op vragen. Moeder is rustig aanwezig, toont zich betrokken en geeft af en toe wat extra uitleg. Na die gezamenlijke start worden in een individueel contact met Merel haar wensen, ingrijpende gebeurtenissen en huidige klachten geïnventariseerd. Na afloop is het mogelijk om op positieve wijze de uitkomsten met moeder te bespreken. Merels klachten passen volledig in het beeld van een posttraumatische stressstoornis.

In twee sessies van ongeveer een uur worden twee traumatische herinneringen behandeld: de uithuisplaatsing (target: Merel wordt in de auto weggebracht; negatieve cognitie: 'Het is mijn schuld') en het getuige zijn van huiselijk geweld (target: Vader grijpt moeder bij de keel; negatieve cognitie: 'Ik kan niks doen, ik ben machteloos').

Na deze sessies blijken de klachten volledig verdwenen.

De eerste dagen na de eerste EMDR-behandeling had Merel woede-uitbarstingen die moeder herkende van jaren geleden. Merel kon het zelf niet begrijpen: "Ik ben lang niet meer zo boos geweest." Moeder begreep het wél en kon haar dochter steunen: "Laat maar gaan, dacht ik, het moet eruit!" En ze vervolgt: "Ik ben héél blij dat ik eerst ben gegaan!"

Bij een follow-upcontact, een jaar na de behandeling blijkt Merel al een halfjaar thuis te wonen. Dat is in samenwerking met de instelling systematisch opgebouwd. Er is een omgangsregeling met vader. Moeder: "Het gaat goed, ik durf het bijna niet te zeggen, maar ik zit zo lekker in mijn vel. En Merel ook, het is een heel ander kind, het is alsof de onrust en de boosheid weg zijn."

geslapen en overdag had ze een helder hoofd. In haar dagelijks functioneren blijkt nog meer veranderd: 'Ik kan veel beter tegen ruzie. Ik werd er altijd boos van en voelde steeds de neiging om me er meteen mee te bemoeien. Nu blijf ik er heel rustig onder.' Ook merkte zij bij een ongewenst telefoontje dat ze 'niet meer opgefokt' reageerde. Het maken van keuzes gaat haar ook beter af. Moeder kan nu ook rustig terugdenken aan andere nare gebeurtenissen die met Merel te maken hadden. De combinatie van het herinneringsbeeld (tegen de muur geduwd worden) met de uitspraak 'Ik kan het aan' roept geen enkele fysieke spanning meer op.

We behandelen in deze sessie nog een andere onverwerkte herinnering uit haar leven die niet gereleerd is aan Merel, maar haar wel parten speelt als opvoeder. Het betreft een gebeurtenis waarbij ze zich vernederd heeft gevoeld. Ze geeft aan dat daarvoor haar gevoel van eigenwaarde en het vertrouwen in andere mensen is aangetast.

In sessie vijf vertelt moeder dat zij is gebeld door Merel, die overstuur was na een contact met haar vader. Moeder heeft haar gerustgesteld en in goed overleg met betrokken instanties passende acties in gang gezet ter bescherming van haar kinderen. 'Vroeger was ik meteen lamgeslagen, nu voel ik me sterk.' Toch is er nog angst dat haar kinderen iets ergs zal overkomen. 'Ik zie de angst in Merels ogen en dat doet zó'n pijn.' Het telefoontje van Merel blijkt een herinnering getriggerd te hebben aan een

moment waarop ze, na een ernstige bedreiging, met beide kinderen is gevlucht. Die herinnering kan volledig worden behandeld in de resterende veertig minuten, waarna moeder zich totaal ontspannen voelt. Ook in deze sessie noemt moeder positieve veranderingen die ze bij zichzelf heeft opgemerkt, met name in de wijze waarop ze haar rol als ouder vormgeeft. Wanneer het haar nu te veel wordt, durft ze te zeggen: 'Ik trek het even niet.' Vroeger dacht ze: Dat moet een moeder kunnen! Toen was ze soms zo de weg kwijt dat ze vergat te koken. Nu staat het eten op tijd op tafel.

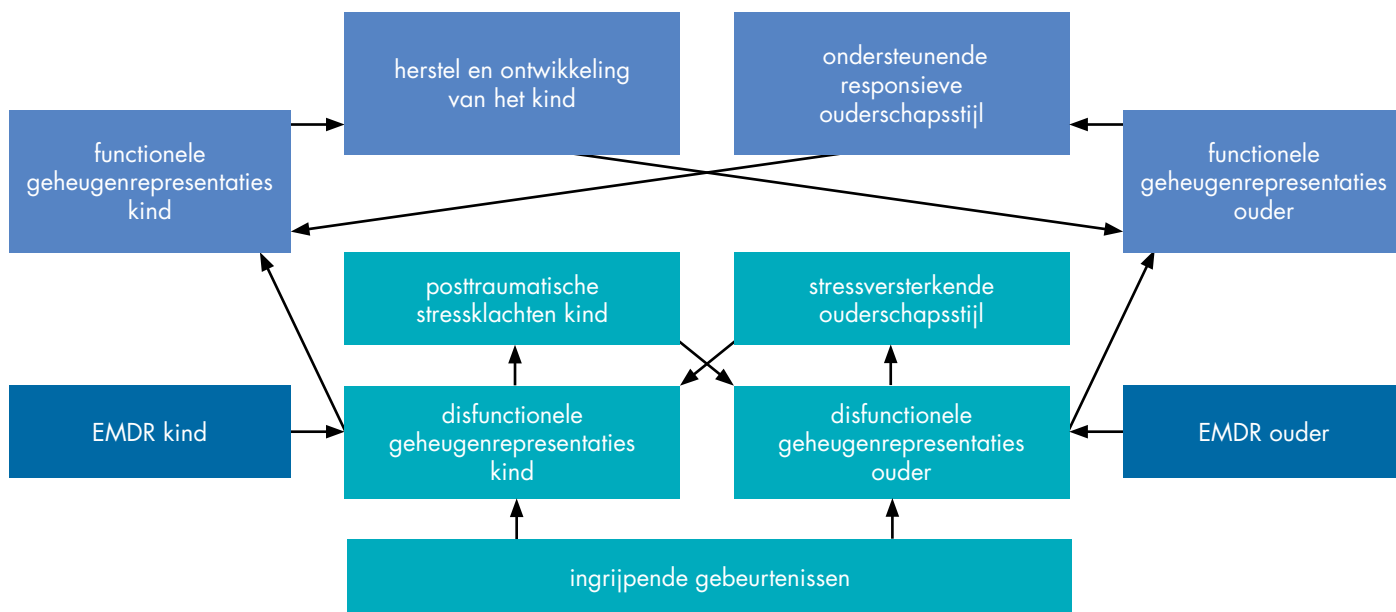
Moeder heeft een paar rotdagen achter de rug, zo blijkt in sessie zes – door problemen met de vader van haar kinderen – maar voelt zich inmiddels weer ontspannen. Merel had gevraagd wanneer zij met EMDR mocht beginnen. Merel: 'Ik zie dat jij veel rustiger bent, dat wil ik ook!' Moeder is er nu van overtuigd dat er geen herinneringen meer zijn waar zij zelf nog last van heeft. Dat lijkt geloofwaardig gezien de voorbeelden die zij geeft uit de afgelopen week. 'Ik hoorde van Merel dat haar vader mij slecht afschilderde, maar daar bleef ik rustig onder.' En Merel had opgemerkt: 'Mama, je zegt nooit meer van die lelijke dingen over papa.' Moeder laat de omgangsregeling over aan de rechter. Ze accepteert steun vanuit haar eigen netwerk en kan op die manier als alleenstaande ouder toch op tijd haar rust nemen. We besluiten te starten met de EMDR-behandeling van Merel. Moeder zegt: 'Ze is er klaar voor.'

NA EMDR GELUKKIGER SAMENLEVEN

DE EFFECTEN VAN TRAUMATISERING OP OUDERSCHAP

De casus van Merel en haar moeder laat zien dat de opvoedstijl van moeder is getransformeerd door de behandeling. Ook blijkt dat deze verandering al tijdens de (ouder)behandeling een positief effect had op het kind. In de daarop volgende fase zagen we een katalyserende werking op de traumabehandeling van het kind, dat zich na de behandeling op een gezonde manier verder kan gaan ontwikkelen.

In de beschreven cases is sprake van pesten en huiselijk geweld. In de praktijk zien we ook allerlei andere typen ingrijpende gebeurtenissen waarbij kind en ouder in zo'n negatieve, stressversterkende spiraal terecht kunnen komen. Denk bijvoorbeeld aan de plotse dood of ernstige ziekte van een geliefd persoon, een medisch trauma, een ernstig ongeval of seksueel misbruik.



Figuur 2. EMDR en het gezamenlijk herstelproces na trauma.

Net als bij kinderen kan ook de problematiek bij ouders met posttraumatische stressklachten verschillen in aard en ernst. Daarmee verschilt ook de duur en intensiteit van een ouderbehandeling. Gaat het alleen om de traumatische ervaring(en) waarmee het kind is aangemeld, of heeft de ouder zelf ook schokkende gebeurtenissen meegemaakt? Hierbij kunnen we denken aan gebeurtenissen in relatie tot het kind – zoals een levensbedreigende situatie rond de geboorte, ernstige gedragsproblemen, ziekte of handicap – maar ook aan gebeurtenissen in de eigen levensgeschiedenis.

De last die ouders hebben van de disfunctionele geheugenrepresentaties die zich hebben gevormd na dergelijke ingrijpende gebeurtenissen, kan zich manifesteren in aanhoudende negatieve gedachten over eigen schuld, slecht ouderschap en machteloosheid. Het gevolg kan zijn dat zij hun rol als opvoeder minder goed vervullen; denk aan ouders die vanuit schuldgevoel hun kind te veel beschermen of juist onvoldoende bescherming bieden vanuit machteloosheid. Andere ouders willen onbewust voortdurend bewijzen dat ze een goede ouder zijn en stellen hun kind geen grenzen. In alle gevallen wordt het kind of de jongere beperkt in zijn ontwikkeling. Omgekeerd kan een kind dat niet goed functioneert ten gevolge van onverwerkte schokkende gebeurtenissen, bij de ouders negatieve beelden over zichzelf als opvoeder oproepen. Ouder en kind kunnen op deze manier in een negatieve interactiespiraal terechtkomen die het wederzijds disfunctioneren versterkt.

GEZAMENLIJK HERSTEL VAN KIND EN OUDER(S)

Behandeling met EMDR richt zich op de disfunctionele geheugenrepresentaties die zich als gevolg van ingrijpende gebeurtenissen hebben gevormd.

Nadat een of meer emotioneel beladen herinneringsbeelden zijn geactiveerd en verwerkt, kan de cliënt zich weer adequaat gedragen in situaties waarin dat voorheen niet lukte. Door zowel de klachten van het getraumatiseerde kind als de stressklachten van de ouder(s) te behandelen, wordt de negatieve, stressversterkende spiraal doorbroken. Het kind herstelt en diens ontwikkeling komt weer op gang; de ouders begeleiden die ontwikkeling met een ondersteunende, responsieve ouderschapsstijl. In figuur 2 is dit proces schematisch weergegeven.

GELUKKIGER SAMENLEVEN

Ouders spelen een belangrijke rol in de traumaverwerking van hun kind. Traumatisering van ouders blijkt een belemmerende factor voor het herstelproces van het kind. De interventies voor getraumatiseerde kinderen die (ook) gericht zijn op ouders of ouderschap zijn echter nog nauwelijks bestudeerd (Gewirtz e.a., 2008). Praktijkervaringen leren ons dat invoeging van een ouderbehandeling met EMDR niet alleen een katalysator kan zijn voor de traumaverwerking van het kind, maar ook bijdraagt aan het herstel van ouderschapskwaliteiten en de ouder-kindrelatie.

Hulpverleners kunnen stuiten op hardnekkige problematiek bij kinderen en ouders als traumatisering van ouders niet gezien en behandeld wordt. Pedagogische hulp in de vorm van bijvoorbeeld Intensieve Orthopedagogische Gezinsbehandeling (IOG) of Intensieve Psychiatrische Gezinsbehandeling (IPG) zal dan onvoldoende effect hebben. Als ouders steeds weer emotioneel geraakt worden door ‘traumatriggers’ kunnen ze hun pedagogische vaardigheden op cruciale momenten niet inzetten.

We pleiten ervoor om bij de diagnostiek en behan-

deling van getraumatiseerde kinderen en jongeren structureel en expliciet aandacht te besteden aan hun ouders. Zij kunnen door het trauma van hun kind en/of schokkende gebeurtenissen in hun eigen voorgeschiedenis een stressbevorderende ouder-schapsstijl ontwikkeld hebben, die het herstelproces van het kind belemmert.

Hoe is zo'n gecombineerde ouder-kindbehandeling in de praktijk te realiseren in een instelling voor kinderen en jeugd? Vanuit onze eigen ervaringen denken we dat de volgende factoren belangrijk zijn voor hulpverleners uit verschillende disciplines:

1. *Signaleren dat er (ook) bij ouders traumagerelateerde problematiek is.* In de diagnostische fase is hiervoor nodig dat hulpverleners expliciet vragen hoe de ouders de ingrijpende gebeurtenissen beleven die hun kind heeft meegemaakt. Hebben zij misschien last van traumagerelateerde klachten, die hun parten spelen in de opvoeding? Te denken valt dan aan herbelevingen, vermijdingsgedrag, verhoogde prikkelbaarheid, negatieve gedachten en gevoelens. Wanneer de behandeling van het kind dreigt te stagneren doordat de ouders in bepaalde situaties zeer emotioneel reageren of ander disfunctioneel gedrag laten zien, is het zaak om te vragen of zij zelf eerder in hun leven ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt die op zulke momenten getriggerd worden.

2. *Motiveren voor behandeling.* Hulpverleners kunnen ouders uitleg geven over trauma, de effecten die trauma kan hebben op de opvoeding en de mogelijkheden die er zijn voor behandeling. Figuur 1 kan daarbij helpen: het 'ontschuldigt' en geeft perspectief. Zo'n gesprek kan – afhankelijk van leeftijd van het kind en omstandigheden – in het bijzijn van het kind plaatsvinden.

3. *Afstemming tussen de EMDR-behandelaar en de andere hulpverleners in het gezin.* Alle betrokkenen moeten goed geïnformeerd zijn over de traumabehandeling van ouder en kind. Een gezamenlijke start en evaluatie van de behandelingen helpen daarbij.

Het is belangrijk om passend te reageren op klachten die tussen de behandelsessies tijdelijk toenemen, of juist verrassend snel afnemen. IPG kan bijvoorbeeld bij toename van klachten steunend zijn; na afloop van de traumabehandeling kan men het oorspronkelijke behandelpun voortzetten. Het is echter ook mogelijk dat IPG wordt afgesloten, omdat ouders hun kennis en vaardigheden weer zelf kunnen inzetten.

Een goed gerichte EMDR-behandeling van de ouder verhoogt naar onze mening kortom de efficiëntie van de behandeling van het kind. Dat kinderen én hun ouders, bevrijd van de gevolgen van een traumatiserende voorgeschiedenis, beter functioneren en gelukkiger samenleven, is uiteraard de grootste winst.

LITERATUUR

- > Alisic, E. (2012). *Kinderen ondersteunen na trauma*. Amsterdam: Boom.
- > Alisic, E., Jongmans, M.J., Wesel, F. van, & Kleber, R.J. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 31, 736-747.
- > Beer, R. & Roos, C. de, (2012). EMDR bij kinderen en adolescenten, een nieuw perspectief. In Broeke, E. ten, Jongh, A., de, & Oppenheim, H. (red.), *Praktijkboek EMDR. Casusconceptualisatie en specifieke doelgroepen* (pp. 393-421). Amsterdam: Pearson.
- > Engelhart, I.M., Hout, M.A. van den, & Uijen, S.L. van (2011). Het vervagen van positieve en negatieve herinneringen. *Psychologie & Gezondheid*, 39, 61-69.
- > Foa, E.B., Keane, T.M., & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD - Practice guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford.
- > Gewirtz, A., Forgatch, M., & Wieling, E. (2008). Parenting practices as potential mechanisms for child adjustment following mass trauma. *Journal of Marital and Family Therapy*, 34, 177-192.
- > Gunter R, Bodner G. (2008). How eye movements affect unpleasant memories: Support for a working memory account. *Behaviour Research and Therapy*; 46, 913-931.
- > Hornsveld, H., & Berendsen, J. (red.) (2009). *Casusboek EMDR, 25 voorbeelden uit de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- > Mevissen, L. (2009). Groetjes van de tandarts. EMDR bij een 10-jarig meisje met een ernstige verstandelijke beperking en een traumatiserende medische voorgeschiedenis. In Hornsveld, H. & Berendsen, J. (red.), *Casusboek EMDR, 25 voorbeelden uit de praktijk* (pp. 229-241). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- > Mevissen, L., Lievegoed, R., Seubert, A., & Jongh, A. de (2012). PTSD treatment in people with severe intellectual disabilities: a case series. *Developmental Neurorehabilitation*, 15; 223-232.
- > Rodenburg, R., Benjamin, A., Roos, C. de, Meijer, A., & Sams, G. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 599-606.
- > Roos, C. de, & Beer, R. (2013). Systeemtherapie en EMDR, een goed koppel. *Systeemtherapie*; 25, 6-18
- > Shapiro, F. (2012). Getting past your past. *Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*. New York: Rodale.
- > Ten Broeke, E., Jongh, A. de, & Oppenheim, H.J. (2012). *Praktijkboek EMDR. Casusconceptualisatie en specifieke doelgroepen*. Amsterdam: Pearson.