

EMDR: een faalangsttraining in geconcentreerde vorm

Janine Rutten

Inleiding

Voor de buitenwereld is het overduidelijk dat negatieve, disfunctionele cognities een belangrijke rol spelen bij faalangst. “Zet je daar nou eens overheen! Denk aan hoe goed je het gisteren wist. Bekijk het nou eens positief!”, terechte adviezen waar het faalangstige kind echter weinig mee kan, want voor hem is de angst meer dan terecht. Het komende proefwerk of de naderende spreekbeurt zijn reële gevaren die opdoemen en geen kleine hindernissen waar je met een positieve instelling gemakkelijk overheen komt. Ongeduld, bagatellisering en ook irritatie vallen het faalangstige kind regelmatig ten deel, want niet alleen het kind, maar ook zijn omgeving krijgt vaak een machteloos gevoel als zo moeilijk bewezen kan worden dat proefwerken, spreekbeurten of toetsen niet werkelijk gevaarlijk zijn. Niet zelden tonen faalangstige kinderen daarbij zelf aan dat er geen enkele reden is voor hun angst; dat zijn de kinderen die hun huiswerk beter maken dan anderen, die eindeloos oefenen op de stof die ze moeilijk vinden, die proefwerken en spreekbeurten minutieus voorbereiden. Zolang hun kennis maar niet getoetst hoeft te worden, weten zij en hun omgeving dat ze het weten en kunnen. Zeker weten dat je iets kan en tegelijkertijd zo bang zijn dat je het niet kunt, kenmerkt menig faalangstig kind.

Het woord ‘faalangst’ komt in de DSM IV niet voor, maar valt onder de sociale fobie, in de hoofdklasse van de angststoornissen. Deze wordt als volgt gedefinieerd: een duidelijke en aanhoudende angst voor één of meer situaties waarin men sociaal moet functioneren of iets moet presteren en waarbij men blootgesteld wordt aan onbekenden of een mogelijk kritische beoordeling door anderen.

EMDR is opgenomen in de richtlijnen van het Trimbosinstituut voor de behandeling van de posttraumatische stressstoornis en in toenemende mate wordt het ook gebruikt bij de behandeling van andere angststoornissen. Over het gebruik van EMDR bij de behandeling van faalangst is echter nog weinig bekend en effectonderzoek hiernaar is tot nu toe alleen gedaan bij volwassenen (Gosselin & Matthews, 1995; Maxfield & Melnyk, 2000). Ook

casusbeschrijvingen betreffen slechts volwassenen (Foster & Lendl, 1996; Lovett, 1999).

Zowel dit effectonderzoek als de casuïstiek tonen aan dat EMDR een positief resultaat laat zien bij de behandeling van faalangst bij volwassenen. Tevens blijken deze behandelingen kortdurend te zijn.

Het lijkt dan ook zinvol om EMDR ook toe te passen bij de behandeling van faalangstige kinderen. EMDR richt zich immers niet alleen op de verwerking van emoties, maar evenzeer, op de disfunctionele betekenisgeving die verbonden is aan ingrijpende gebeurtenissen en zo leidt tot negatieve gedachten betreffende de eigen persoon. De vraag doet zich hierbij voor of EMDR, ontwikkeld voor stoornissen ten gevolge van traumatische ervaringen in reële gevaarsituaties, ook geschikt is voor de behandeling van angststoornissen ten gevolge van vermeend, dat wil zeggen, irreëel gevaar. Anders dan bij de negatieve cognities die iemand ontwikkeld heeft als gevolg van traumatische ervaringen, richt EMDR zich dan op de negatieve cognities die juist veroorzaken dat bepaalde gebeurtenissen als gevaarlijke situaties ervaren worden. Hierbij doet zich de vraag voor wanneer, in de ontwikkeling van het kind, de overtuiging is ontstaan dat het in bepaalde situaties in gevaar is.

In dit artikel zal aangetoond worden dat EMDR ook effectief ingrijpt op deze laatste soort negatieve cognities. Daarbij zal EMDR vergeleken worden met de gangbare behandeling van faalangst. Aangetoond zal worden dat het alle ingrediënten bevat van een faalangstraining, zij het in geconcentreerde vorm. Aan de hand van een casus zal dit verder verduidelijkt worden. Vervolgens zullen enkele gedachten gewijd worden aan de invloed van 'klein trauma' in de kinderjaren op het zelfbeeld en de zelfwaardering van kinderen.

Faalangst

Faalangst is situatiespecifiek en is die vorm van angst die optreedt als (school)prestaties op cognitief, motorisch en/of sociaal gebied geleverd moeten worden. Het gaat daarbij om prestaties die beoordeeld zullen worden en waarbij concentratie op een mogelijke mislukking de aanwezige kennis en vaardigheden blokkeert (Nieuwenbroek, 1998). Dit artikel zal zich beperken tot cognitieve faalangst, de angst die optreedt als de kennis die het kind heeft opgedaan, getoetst wordt.

Faalangst wordt gekenmerkt door negatieve gedachten en lichamelijke reacties die het taakgerichte denken nadelig beïnvloeden. Vaak staat de mening die anderen over hen zullen hebben, in deze negatieve gedachten centraal: "wat zullen ze wel niet van me denken", "iedereen ziet mijn rode hoofd", "achter

mijn rug lachen ze me uit”. De dreiging die van prestatiesituaties uitgaat, bestaat voor deze faalangstige kinderen vooral uit het potentieel schaamtevolle van die situatie. Bij andere kinderen speelt dit echter helemaal niet, maar blijken de negatieve gedachten vooral gericht op de eigen incompetenties: “ik ben stom, het zal me wel weer niet lukken, zie je wel ik snap er weer helemaal niets van en dit is pas de eerste vraag”. Een prestatiesituatie wordt zo beleefd als de zoveelste situatie waarin het eigen ‘stom zijn’, de eigen incompetentie, bewezen zal worden. Zeidner (1998) maakt een onderscheid tussen “public” en “private self-consciousness”. Bij de eerste is de aandacht naar buiten gericht en wordt het zelfbeeld vooral bepaald door de (veronderstelde) meningen van anderen. Bij de tweede is de aandacht naar binnen gericht en wordt de norm waarmee men zichzelf waardeert bepaald door eigen meningen, ervaringen, eisen, etc. Onderzoek heeft aangetoond dat bij faalangst vooral “public self-consciousness” een rol speelt.

De angst betreft dus niet zozeer de taak zelf die gedaan moet worden, maar de kans of de zekerheid dat die zal mislukken. Het denken aan de mogelijke, maar voor deze kinderen eigenlijk vaststaande, mislukking neemt daarbij zo’n vlucht dat er nauwelijks energie overblijft voor het taakgerichte denken.

Daarbij valt op hoe sterk deze kinderen geloven in de negatieve gedachten die zij over zichzelf hebben en er als het ware aan vast blijven kleven.

Succeservaringen daarentegen worden wat achteloos van de hand gewezen, worden ervaren als toevalligheden die nauwelijks iets met henzelf te maken hebben en zijn zeker geen reden om wat positiever over zichzelf te gaan denken.

Zoals bij alle angsten komen ook bij faalangstige kinderen lichamelijke reacties voor zoals buikpijn, diarree, hoofdpijn, zwetende en trillende handen, blozen etc. Deze kunnen dermate intens zijn dat ook zij het taakgerichte denken blokkeren. Soms lijkt er dan eerder sprake van een paniekstoornis dan van een sociale fobie.

Meer dan 10% van de schoolgaande kinderen heeft last van faalangst (Zeidner, 1998; Kerseboom & Zweep, 2005). De oorzaken van faalangst kunnen heel verschillend zijn. Deze kunnen uiteenlopen van een gezins- en opvoedingsklimaat waarin het kind weinig veiligheid en waardering ervaart en ervaren heeft, tot één enkele, als schaamtevol beleefde, ervaring. Daarbij kunnen aanlegfactoren, zoals een zekere gevoeligheid voor angst, tevens een rol spelen. Wat deze kinderen gemeen hebben is dat bij hen, ergens in de loop van hun ontwikkeling, de overtuiging is ontstaan dat, als zij beoordeeld worden op hun prestaties, dit negatief voor hen zal uitpakken. Duidelijk moge zijn dat als dit in de realiteit (nog steeds) gebeurt en ouders, leerkrachten of

leeftijdsgenoten in het heden een grote druk leggen op het kind, behandeling van het kind alleen onvoldoende zal zijn en ook systemische interventies nodig zijn.

De reguliere behandeling van faalangst

De reguliere behandeling van faalangst, zowel individueel als in een groepstraining, is gebaseerd op cognitief gedragstherapeutische principes waarbij kinderen leren anders over zichzelf te gaan denken en leren op een andere manier met spanningsvolle situaties om te gaan. Faalangsttrainingen zijn zowel ontwikkeld voor kinderen in de basisschoolleeftijd (o.a. Kerseboom & Zweep, 2005) als voor kinderen op de middelbare school (o.a. van der Harst e.a. 1997). Met behulp van de “vier G’s” leren kinderen hoe hun eigen Gedachten over een bepaalde Gebeurtenis hun Gevoelens daarover beïnvloeden, wat vervolgens bepaalt hoe zij zich Gedragen. Want hoewel het voor de buitenwereld overduidelijk is dat faalangstige kinderen zichzelf bang maken met hun negatieve cognities, voor het kind zelf is dit allerm minst zo. Bewustwording van de eigen negatieve gedachten en de wijze waarop deze de angst ‘aanjagen’ vormt de eerste stap in de behandeling, evenals de bewustwording van het irreële, disfunctionele, van deze negatieve gedachten. Kinderen wordt daarbij geleerd dat deze irreëel zijn omdat positieve eigenschappen en ervaringen over het hoofd worden gezien en het negatieve extreem wordt uitvergroot. Daarbij worden de gevolgen van het ‘mislukken’ eveneens sterk overschat.

Bewustwording van de eigen positieve eigenschappen en ervaringen vormt een tweede stap. Ondergesneeuwd als ze zijn geraakt onder de faalangstgedachten moeten sterke kanten als het ware weer ontdekt worden. Pas als deze werkelijk als ‘eigen’ eigenschappen gezien en ervaren kunnen worden, leiden ze tot een gevoel van zelfvertrouwen.

Het bewust worden van positieve gevoelens helpt kinderen ook om de lichamelijke gevoelens van spanning en angst, te leren beheersen. Zij leren deze gevoelens, de zogenaamde ‘opkickers’ in stelling te brengen tegenover hun negatieve gevoelens, om deze op die manier te beteugelen. Tevens wordt daarbij gebruik gemaakt van ontspanningsoefeningen.

Gaandeweg leren kinderen op deze wijze om, op cognitief niveau, hun negatieve, blokkerende, gedachten los te laten en te vervangen door meer positieve, ‘helpende’, gedachten waardoor de angst niet steeds weer wordt aangejaagd. Daarbij leren ze op belevingsniveau hun angsten eveneens beheersen en zichzelf op een meer positieve, zekerder, manier te ervaren.

Kinderen begrijpen vrij snel op welke manier zij zichzelf belemmeren met hun negatieve gedachten, evenals de rationale dat zij op een meer positieve manier over zichzelf moeten gaan denken willen zij hun faalangst de baas worden. Dit ook werkelijk zo gaan ervaren, blijkt echter zoals bij alle angststoornissen een heel ander verhaal. Veel tijd moet dan ook besteed worden aan ervaringsgerichte opdrachten waarbij kinderen o.a. middels (rollen)spellen, het maken van tekeningen, het schrijven van opstellen, werkelijk voeling krijgen met hun sterke kanten en positieve eigenschappen. Pas dan kunnen ze die in stelling brengen tegen hun negatieve gedachten en werkelijk met meer zelfvertrouwen testsituaties aangaan. Een behandeling van faalangst middels een faalangsttraining, groepsgewijs of individueel, beslaat dan ook al snel tien à vijftien sessies.

De behandeling van faalangst met EMDR

Achtergronden

EMDR brengt een informatieverwerkingsproces op gang waarbij belastende ervaringen uit het verleden niet alleen ontdaan worden van hun negatieve affectieve lading maar waarbij tevens belangrijke cognitieve veranderingen optreden (Shapiro, 2001). In eerste instantie wordt dit bewerkstelligd door het EMDR protocol, waarbij niet alleen de aandacht gericht wordt op de negatieve cognities die men, naar aanleiding van een ingrijpende gebeurtenis over zichzelf heeft ontwikkeld, maar ook gevraagd wordt een gewenste positieve cognitie over zichzelf te formuleren. Daarna opent de desensitiseringsfase met de bilaterale stimulatie de weg naar een scala aan levendige associaties waarin positieve beelden, gevoelens en cognities, gaandeweg het proces, steeds meer op de voorgrond treden. Het betreft een geheel eigen verwerkingsproces, een proces waarin de therapeut slechts de functie heeft van 'begeleider', maar verder minimaal interfereert. De cliënt wordt niets aangeleerd, maar krijgt (weer) toegang tot eigen positieve belevingen en cognities, die hij zo kan integreren en versterken. Juist omdat het een geheel eigen verwerkingsproces betreft lijkt 'het kwartje sneller te vallen' bij EMDR.

EMDR richt zich op disfunctioneel opgeslagen herinneringen, niet alleen aan trauma's, maar ook aan vroegkinderlijke ervaringen die nog steeds het heden 'kleuren' en beïnvloeden (Shapiro, 2001). Ervaringen die soms, objectief gezien, weinig ingrijpend lijken. Onder andere door de intensiteit van de kinderlijke emoties en het beperkte vermogen tot logisch denken, kunnen

relatief onschuldige gebeurtenissen voor kinderen echter een ingrijpende, negatieve invloed op hun verdere ontwikkeling hebben.

Faalangstige kinderen blijken regelmatig goed te weten wanneer, in hun beleving, hun faalangst is begonnen en pijnlijk nauwkeurig kunnen zij beschrijven hoe stom, beschaamd of alleen zij zich in die situatie gevoeld hebben. Ook geven zij aan hoe dit gevoel, soms jaren later, nog steeds opspeelt in soortgelijke situaties. 'Klein trauma' blijkt zo, ook lang nadat de gebeurtenis heeft plaats gevonden, nog van invloed te zijn. Als identificeerbare gebeurtenissen ten grondslag liggen aan faalangst is een behandeling met EMDR geïndiceerd. Daarbij blijkt EMDR alle elementen te bevatten die ook bij de reguliere behandeling van faalangst gebruikt worden.

Het EMDR protocol

De eerste stap in het EMDR protocol bestaat eruit dat het kind zich de oorspronkelijke situatie, de ervaring waarmee de faalangst begonnen is, weer in herinnering brengt en vertelt. Vervolgens wordt het moment dat nu nog als naaste moment wordt ervaren als 'target' voor de behandeling gekozen. Hierna wordt gevraagd naar de negatieve gedachten die het kind, denkend aan die gebeurtenis, over zichzelf heeft, gevolgd door de vraag wat het liever over zichzelf zou willen denken en hoe geloofwaardig die positieve gedachte op dat moment 'voelt'. Vervolgens wordt gevraagd naar de emoties die gepaard gaan met het denken aan de traumatiserende gebeurtenis, de spanning die daarbij gevoeld wordt en waar, in het lichaam, die gevoeld worden. Voor de stapsgewijze beschrijving van het kinderprotocol wordt verwezen naar het artikel van Beer en de Roos in dit tijdschrift.

De motiverende werking van het protocol

Werkend met faalangstige kinderen blijkt het EMDR protocol uiterst behulpzaam in het 'scherp stellen' van hun problematiek. Het protocol maakt kinderen namelijk op een zeer directe manier duidelijk dat zij negatief over zichzelf zijn gaan denken naar aanleiding van bepaalde gebeurtenissen. Automatisch volgt hieruit dat dit slechts één kant(je) van hun persoonlijkheid, is. Als het kind vervolgens gevraagd wordt wat het liever over zichzelf zou willen denken in plaats van "ik ben stom" of "ik kan dit niet aan" (wat de meest voorkomende negatieve gedachten van faalangstige kinderen zijn) blijkt deze vraag vaak niet alleen verrassend voor hen, maar ook stimulerend: "hé, kan dat ook?". Het versterkt meteen het besef dat het in hun macht ligt om hun negatieve gedachten om te buigen. Bij het daadwerkelijk zoeken naar die positieve gedachten wordt dat bewustzijn nog meer geactiveerd. Als

vervolgens gevraagd wordt hoe geloofwaardig die positieve gedachte op dit moment, dus voorafgaand aan de feitelijke EMDR behandeling, is blijkt het lage cijfer dat zij zichzelf hiervoor over het algemeen geven, eveneens stimulerend te werken. Ze hebben immers net aangegeven op een andere manier over zichzelf te willen denken en om dan onder ogen te moeten zien dat ze dat nog niet kunnen, is akelig en roept zo veranderingsgerichtheid, op. Omdat kinderen zich bij EMDR zo sterk moeten concentreren op de oorspronkelijke angstaanjagende situatie, voelen zij, als in de therapiesituatie gevraagd wordt naar de daarmee gepaard gaande emoties, de angst en bijbehorende lichamelijke reacties vaak even sterk als in de oorspronkelijke situatie. Dit versterkt ook de veranderingsgerichtheid: “hier wil ik van af, gatver, dit voelt rot”.

Het EMDR-verwerkingsproces

Tijdens het verwerkingsproces, de desensitiseringsfase, als de bilaterale stimulatie wordt aangeboden, ervaren kinderen al heel snel dat de spanning afneemt en dat het herinneringsbeeld minder angstaanjagend wordt. Opvallend vaak gaan kinderen daarbij geeuwen en krijgen iets looms over zich. Een ander effect van EMDR is dat zich vaak spontane cognitieve veranderingen voordoen, dat er nieuwe gedachten of inzichten ontstaan, waardoor automatisch een andere, minder bedreigende, betekenis aan de gebeurtenis wordt verleend (de Jongh, A. & ten Broeke, E., 2006). De praktijk leert dat bij faalangstige kinderen regelmatig gedachten opkomen aan het feit dat zij, ten tijde van de traumatiserende gebeurtenis, nog maar klein waren, het logisch was dat zij het niet wisten, zij nu weten dat zij bepaalde dingen wel goed kunnen, het eigenlijk helemaal niet zo was dat de hele klas lachte, dat die kinderen deels hun vriendjes waren en hen aardig vonden, etc. De toegang tot datgene wat men ook weet over zichzelf wordt op een snelle manier geopend en dan ook werkelijk zo ervaren. Vaak zijn er slechts twee à drie EMDR sessies nodig om kinderen vertrouwen te laten krijgen in hun eigen kunnen en hun faalangst ‘af te leren’.

Omdat het meestal niet om één traumatische gebeurtenis gaat, wordt bij de behandeling van faalangst met EMDR gebruik gemaakt van het protocol ‘EMDR bij traumagerelateerde angsten en fobieën’ (de Jongh, A. & ten Broeke, E., 2003). Hierbij wordt niet alleen de conditionerende ervaring geïdentificeerd, de ervaring waardoor de angst is ontstaan, maar ook de meest representatieve ervaring, d.w.z. de ervaring waarbij de angst op zijn ergst was, alsook de meest recente gebeurtenis waarin de specifieke angst ervaren werd.

Om in EMDR-termen te spreken: “the first, the worst and the last”. Deze gebeurtenissen worden achtereenvolgend ‘target’ van de EMDR behandeling.

In de praktijk weten kinderen niet altijd door welke gebeurtenis hun (faal)angst begonnen is. De ervaring leert echter dat dit geen belemmering hoeft te zijn. Als EMDR in zo’n geval wordt gericht op een gebeurtenis waarvan het kind niet zeker weet of het daarmee allemaal begonnen is, komen tijdens het verwerkingsproces regelmatig herinneringen op aan de gebeurtenis die de belangrijkste conditionerende rol heeft gespeeld. Vervolgens kan die gebeurtenis als target genomen worden. Zo ook bij Anouk.

Casus Anouk

Anouk is twaalf jaar en zit sinds een half jaar op het VWO. In cognitief opzicht heeft zij op de basisschool altijd goed gepresteerd, zo goed zelfs dat zij zich in de loop van groep acht begon te vervelen en echt uitkeek naar de overstap naar de middelbare school. In haar nieuwe klas voelde zij zich al snel thuis en zij heeft in korte tijd een aantal vriendinnen gemaakt.

Anouks ontwikkeling laat weinig bijzonderheden zien. Wel was zij op de basisschool een vrij bescheiden en gewetensvol meisje, dat zich niet goed durfde te weren bij het gewone meisjesgekibbel en zich vanaf groep 6 snel geplaagd voelde. Toch had zij altijd vriendinnen en was ook actief in het derde milieu. Hoewel zij van jongs af aan al een wat streberig en ijverig meisje is, waren prestatiesituaties op de basisschool weinig spanningsvol voor haar. Het leren ging haar gemakkelijk af en dat wist zij ook. Zowel zijzelf als haar ouders zijn niet bovenmatig prestatiegericht en in het gezin heerst de moraal dat goede resultaten fijn zijn, maar niet het allerbelangrijkste in het leven.

In de loop van de eerste maanden op het VWO verandert dit echter snel:

Anouk wordt in toenemende mate bang om een mondelinge beurt te krijgen, begint op te zien tegen toetsen en een goed cijfer halen lijkt van levensbelang te worden. Vooral de proefwerkweken beginnen een steeds groter probleem te worden; al weken van tevoren maakt zij schema’s waarop zij noteert wat ze allemaal moet leren. Deze schema’s worden zo uitgebreid dat ze vóór haar derde proefwerkweek al een hele muur van haar kamer beslaan. Daarbij weet ze uit haar hoofd precies, tot op een tiende van een punt, hoe ze er bij ieder vak voorstaat, maar het feit dat dit nog wel allemaal voldoende zijn, kan haar niet geruststellen. Ze slaapt steeds slechter naarmate de proefwerkweek nadert, raakt in toenemende mate gespannen en prikkelbaar en haar eetlust neemt af.

Hoewel het leren haar nog steeds gemakkelijk afgaat en zij weet dat haar angst niet reëel is, neemt haar faalangst eerder toe dan af in de loop van dit schooljaar. De school adviseert haar dan ook om een faalangsttraining te doen, maar dat wil zij niet: ze moet er niet aan denken om in een groep over haar angsten te vertellen. Wel wil zij een individuele behandeling voor haar faalangst.

In twee diagnostische sessies valt op hoe uitgebreid en met hoeveel gevoel Anouk praat over de dingen die zij niet goed heeft gedaan. Succeservaringen daarentegen worden wat achteloos terzijde geschoven als 'toeval'. Dit betreft niet alleen haar leerresultaten, maar ook positieve ervaringen en resultaten op ander gebied. Zo ligt het zeker niet aan haar dat ze een aantal goede vriendinnen heeft, niet alleen in haar klas maar ook daarbuiten, en dat ze heel creatief is, is ook maar "gewoon, niets bijzonders". Als ze een week lang positieve ervaringen moet noteren, wat er die week goed is gegaan en wat leuk is geweest, is ze zelf verbaasd dat er best veel op haar lijstje staat. Haar beleving van die week is namelijk helemaal niet positief: ze heeft een beurt met Engels gehad waarbij ze had gebloed en niet meteen het antwoord wist. Uitgebreid vertelt ze hoe iedereen naar haar keek en wat zij meende dat anderen toen over haar dachten. Dat was niets positiefs en ze is toch bang dat ook haar beste vriendin haar raar en stom zal gaan vinden.

De situaties waarin zij zich angstig voelt zijn specifiek en beperken zich tot: een mondelinge beurt krijgen, een toets of proefwerk maken en het moment waarop ze het cijfer daarvan te horen krijgt. De gedachte dat zij stom is en vooral het idee dat zij dat is in de ogen van anderen, blijkt daarbij een grote rol te spelen. In de loop van de diagnostische sessies wordt zij zich er steeds meer van bewust dat die negatieve gedachten die zij over zichzelf heeft niet kloppen, dat zij in de realiteit verre van stom is en door anderen voor het merendeel positief gewaardeerd wordt. Dit besef heeft echter geen enkele invloed op haar faalangst. Over disfunctionele cognities en de rol die deze spelen bij haar angsten, hoeft Anouk dan ook weinig uitgelegd te krijgen.

Bij vragen naar de gebeurtenis waarmee deze angst begonnen is, wanneer zij over zichzelf is gaan denken dat zij, vooral in de ogen van anderen, stom is, twijfelt Anouk. Haar eerste herinnering betreft namelijk niet een prestatiesituatie, maar wel een gebeurtenis op school waarbij zij zich erg geschaamd heeft. Ook andere gebeurtenissen zijn nu nog schaamtevol voor haar. We komen tot de volgende inventarisatie:

- toen zij vijf jaar was speelde zij tikkertje met vriendinnetjes. Haar vriendinnetje had bedacht dat degenen die getikt waren "de gevangenis in

moesten”. Toen dit vriendinnetje vervolgens een ander meisje wat enthousiast het fietsenhok induwde, werd ook Anouk daarop streng aangesproken door de overblijfmoeder. Zij probeerde uit te leggen dat zij niets had gedaan, maar ze was toen nogal verlegen en ze kon de overblijfmoeder niet overtuigen.

- met zeven jaar liet zij bij een spreekbeurt over apen, een plaatje van een olifant zien en alle kinderen gingen lachen. Ze voelde zich toen ontzettend stom.

- haar ervaring die nu nog het meeste spanning oproept (ergste ervaring) is die van een paar weken geleden: ze had een mondelinge beurt met Engels die heel lang duurde en ze wist het allemaal niet zo goed. Haar hoofd werd steeds roder en iedereen zat naar haar te staren.

- de meest recente ervaring was een paar dagen geleden en betrof ook een mondelinge beurt waarbij ze het niet goed wist.

- ook vertelt ze, als we deze inventarisatie maken, dat er tussen haar zevende en achtste “iets was in de klas”. Ze heeft geen duidelijke herinnering, maar volgens haar was het een tijd waarin ze nogal geplaagd werd.

De behandeling

De behandeling van Anouk heeft uit drie EMDR sessies bestaan.

De eerste EMDR sessie wordt gericht op de gebeurtenis die door haar beleefd wordt als de ervaring waarmee haar idee stom te zijn begonnen is. Zij vertelt over de ‘fietsenhok’ gebeurtenis waarin zij in haar beleving onterecht beschuldigd werd van gemeen gedrag en kiest hieruit vervolgens het plaatje wat voor haar nu nog het naast is: “toen wij op onze kop kregen en niet wisten waarom. En dat iemand maar wat zegt en geen problemen krijgt maar anderen wel”. Ze tekent zichzelf, sip kijkend, tussen allemaal andere meisjes waarvan de meesten lachen. Gevraagd naar de negatieve cognitie (NC) die zij, kijkend naar dat plaatje, nu over zichzelf heeft blijkt dat echter niet “ik ben stom” te zijn, maar “ik kan het niet aan”. Gevraagd wat zij liever over zichzelf zou willen denken, de positieve cognitie (PC) is dat: “ik kan het aan”. Als Anouk vervolgens op een 7- puntschaal moet aangeven hoe geloofwaardig de positieve cognitie aanvoelt, de ‘Validity of Cognition’ (VOC), blijkt dat een 1 te zijn, en als zij op een 10-puntschaal moet aangeven hoeveel spanning het plaatje, in combinatie met de negatieve cognitie, oproept, de Subjective Unity of Disturbance (SUD) is dat een 6.

Tijdens de desensitatiefase wisselen gevoelens van machteloosheid, de angst voor herhaling en gedachten betreffende het feit dat zij nu zoveel ouder is en andere kinderen dat ook zijn, elkaar af. Vooral het inzicht dat zij nu niet meer zo verlegen is en haar mond open durft te doen als ze het ergens niet mee eens

is, gecombineerd met herinneringen aan gebeurtenissen waarbij zij voor zichzelf durfde op te komen, blijken haar werkelijk te kunnen laten ervaren dat zij dit soort situaties nu aankan. Binnen tien minuten is de spanning (SUD) gedaald tot nul en de geloofwaardigheid van de gedachte dat ze het aankan optimaal geworden (VOC:7).

Tijdens deze sessie loopt de spanning echter sterk op als zij zich opeens een voorval herinnert toen zij in groep 4 zat: “nu weet ik het weer”, “het was zo erg”, “dat met dat geld”, “ik ben zo bang dat het weer zal gebeuren, “ooh, als het op deze school maar niet weer zal gebeuren!” We spreken af dat we de volgende sessie aan deze ervaring zullen wijden en de angst zakt als zij zich vervolgens weer richt op de gebeurtenis waarmee het, in haar beleving, allemaal begonnen is.

De tweede EMDR sessie richt zich dan op de gebeurtenis in groep 4. Nu Anouk zich deze weer herinnert, blijkt zij deze als “de ergste” te ervaren: een meisje uit haar klas dat veel gepest werd, probeerde met geld vriendschap te kopen. Daarbij ging het om aanzienlijke bedragen die zij van haar ouders had gepikt. Anouk had geweigerd om het aan te nemen, maar het meisje drong erg aan en toen had ze het toch maar gedaan. Vervolgens had Anouk dit aan haar moeder verteld en is er op school veel over te doen geweest: de directeur kwam er in de klas over praten, er kwamen kringgesprekken over pesten en wat je dan wel of niet moest doen, er waren gesprekken met alle ouders. Anouk had het gevoel gekregen dat ze aan iets heel kwalijks had meegedaan en had zich enorm geschaamd. Het betreffende meisje werd daarna toch weer gepest en Anouk was dan altijd bang dat ze weer met geld aan zou komen zetten. Zelfs als er alleen maar over geld gepraat werd voelde zij zich angstig worden.

Het moment dat, terugkijkend, nu nog het naarest voor haar is, is het moment dat het geld werd uitgedeeld, onder de tafel, en aan iedereen werd doorgegeven. Op dit naaste plaatje tekent zij zichzelf met grote schrikogen tussen twee andere meisjes die het geld aan haar doorgeven. De NC is nu “ik ben stom” en de PC “ik ben o.k”. De VOC is bij aanvang laag (3). De emotie die ze ervaart is “een rotgevoel” en ze ervaart die sterk, ook weer in haar buik. De spanning die zij, kijkend naar dit naaste plaatje, nu nog ervaart is hoog (SUD: 7).

Tijdens de desensitatiefase komt vooral de angst dat het nog eens zal gebeuren sterk naar voren, de opluchting dat ze nu niet meer op die school zit, wat anderen achter je rug van je zullen zeggen en denken, dat het zomaar opeens kan gebeuren; “stel dat het weer gebeurt, het blijft je achtervolgen”, zijn gedachten die herhaaldelijk terugkomen. Vervolgens komen de gedachten

dat het nu toch wel niet meer zal gebeuren, dat het al heel lang geleden is, dat ze haar mond open kan doen, dat ze aardig gevonden wordt. “Ik kan het zo wel laten”, “nou ja”.

Binnen 15 minuten is, terugkijkend naar deze ervaring, de SUD gedaald tot 0 en is de gedachte dat zij o.k. is volstrekt geloofwaardig geworden. (VOC 7)

Als we ons in de volgende sessie richten op de laatste gebeurtenis die nu nog angst en schaamte oproept, vertelt ze dat ze al veel minder gespannen is op school. Hoewel de EMDR zich nu pas richt op een prestatiesituatie waarin Anouk zich tot voor kort heel gespannen voelde, wordt dit nu door haar al minder zo beleefd. Ze vertelt dan over de laatste keer dat zij een mondelinge beurt kreeg en iedereen naar haar zat te kijken. Het naaste plaatje is het moment waarop ze antwoord moet geven. Ook nu is de NC “ik ben stom” en de PC “ik ben o.k.” De VOC is ook nu bij aanvang laag (3). De ervaren emotie is echter “niet zo heel erg” en ze voelt het ook niet zo in haar buik. De SUD is 2.

Tijdens de desensitatiefase komen vooral gedachten aan haar rode hoofd op, dat de andere kinderen zitten te kijken, meer naar haar dan naar anderen, maar dat dat in het echt niet zo is. De SUD daalt tot 0 en de gedachte dat zij o.k. is, is volstrekt geloofwaardig.

Vervolgens moet zij zich richten op vergelijkbare gebeurtenissen in de toekomst, de future template, en dat is de volgende mondelinge beurt. Ook daarover denkend ervaart zij geen spanning meer. Ook de aanstaande proefwerkweek roept niet meer dan normale spanning op: over de meeste vakken maakt zij zich helemaal geen zorgen en voor een aantal moet zij wat meer haar best doen. Als ik haar vraag hoeveel ‘werkschema’s’ ze al gemaakt heeft, zegt ze wat verbaasd dat ze er zelfs nog niet aan heeft gedacht om die te maken. Drie weken later vertelt zij dat ze nauwelijks zenuwachtig was geweest en dat haar cijfers behoorlijk goed waren. Ze gniffelt als ze vertelt over haar eerste onvoldoende en dat ze dat eigenlijk helemaal niet zo erg vindt. De gedachten aan wat anderen over haar zouden kunnen denken en haar angst dat het, van het ene moment op het andere, op school allemaal naar en akelig zou kunnen worden, is helemaal voorbij.

Een maand nadat we de therapie hebben afgesloten krijg ik een kaart van Anouk waarin ze schrijft dat ze zich heeft opgegeven voor een toneelclub.

Resource Development and Installation

Niet altijd hebben faalangstige kinderen een duidelijke herinnering aan het ontstaan van hun angst. Vaak blijken dit kinderen te zijn die daadwerkelijk op

een bepaald niveau minder goed functioneren, zoals kinderen met motorische problemen, dyslexie, dyscalculie, etc. Incompetent zijn op een bepaald terrein kleurt daarbij hun zelfbeeld. De gedachte dat ze stom zijn, breidt zich uit naar terreinen waarop zij eigenlijk wel goed kunnen functioneren.

Voor deze kinderen blijkt het, aan EMDR verwante, protocol *Resource Development and Installation* (RDI) een effectieve behandeltechniek. Bij de RDI wordt de aandacht exclusief gericht op positieve eigenschappen, vaardigheden, gevoelens of zelfbeoordelingen; hulpbronnen als het ware, die de cliënt kan gebruiken om de situaties die hij moeilijk vindt, het hoofd te bieden (Korn & Leeds, 2002).

Evenals bij EMDR bestaat het RDI-protocol uit een aantal vaste stappen.

- 1) De probleemsituatie wordt vastgesteld, (bijvoorbeeld een spreekbeurt houden).
- 2) De benodigde hulpbron wordt gedefinieerd: de eigenschap die het kind nodig heeft om de probleemsituatie adequater te kunnen hanteren; (bijvoorbeeld 'zelfvertrouwen' of 'leef')
- 3) Een hieraan verbonden herinnering moet geïdentificeerd worden. Belangrijk daarbij is dat de herinnering zo levendig mogelijk wordt gemaakt, door zoveel mogelijk zintuigmodaliteiten in te schakelen. Daarbij moet het kind ook een geloofwaardige overtuiging over zichzelf formuleren, bijvoorbeeld "ik kan het aan"; moet hij de aandacht richten op de bijbehorende emoties en moet hij aangeven waar in zijn lichaam hij dat het sterkst voelt. Soms lukt het kinderen niet hierbij te putten uit eigen ervaringen. In dat geval kan gevraagd worden naar rolmodellen zoals strip- of televisiefiguren. Het kind wordt dan gevraagd zich in te leven in die figuur.
- 4) Met behulp van korte sets bilaterale stimulatie worden vervolgens associaties opgeroepen, net zolang totdat de positieve associaties of gevoelens niet meer sterker worden.
- 5) Vervolgens moet het kind de probleemsituatie in gedachten nemen, gewapend met zijn hulpbron. Als het kind het idee heeft de situatie zo aan te kunnen, wordt hem gevraagd hoe je iemand noemt die zoiets aankan en wordt dit vervolgens met behulp van de bilaterale stimulatie geïnstalleerd. Soms zijn er echter nog andere hulpbronnen nodig en wordt het protocol vanaf stap 2) herhaald.
- 6) Als huiswerk moet het kind dagelijks oefenen met het oproepen van de hulpbron en daarvan een dagboekje bijhouden.

De RDI blijkt het mogelijk te maken herinneringen aan, en belevingen van, positieve eigenschappen op een snelle manier in te zetten als ego-versterking

in situaties die kinderen als moeilijk ervaren. Dit soort technieken zijn natuurlijk ook bekend in de cognitieve gedragstherapie en in de steunende psychoanalytische therapie. Het wonderlijke is echter dat bij de RDI dit proces zoveel sneller verloopt dan bij de traditionele therapievormen. Mogelijk is dit het effect van de bilaterale stimulatie.

Door te vragen naar een herinnering waarbij de gewenste positieve eigenschap duidelijk gevoeld werd, wordt een positief geheugennetwerk geactiveerd dat vervolgens met behulp van de bilaterale stimulatie versterkt wordt. Volgens Leeds leidt dit tot een snelle toename van de intensiteit van het gevoel en tot levendige associaties met andere positieve ervaringen, d.w.z. andere functionele, positieve geheugennetwerken.

Casus Bart

Bart is elf jaar en zit in groep 7 van de basisschool. Ondanks zijn dyslexie kan hij redelijk goed meekomen in de klas. Hoewel hij geen groot prater is en weinig fantasierijk, heeft hij een aantal vriendjes en hij voelt zich thuis in de klas. Hij is echter erg bang voor kringgesprekken en spreekbeurten en is daarbij in toenemende mate bang dat hij niet uit zijn woorden zal komen. Daarbij blijkt hij echter helemaal niet bang voor wat anderen over hem zullen denken. Maar hij voelt zich dan zo stom, heeft zo sterk het gevoel dat het hem weer niet zal lukken en dat maakt hem steeds angstiger. Bart ziet geen aanleiding voor deze angst, in zijn beleving was het er "gewoon" en ook ouders hebben het idee dat het eerder een gevolg is van zijn geslotenheid dan dat het door een bepaalde gebeurtenis is veroorzaakt.

Besloten wordt met de RDI zijn angst voor spreekbeurten en kringgesprekken, samengevat als angst voor "mond open doen in een grote groep" aan te pakken. Bart denkt daarbij 'lef' nodig te hebben, maar kan zich niet herinneren ooit echt lef te hebben gehad. Omdat hij een begenadigd voetballertje is, die het tot de selectie heeft geschopt, vraag ik hem welke voetballer hij lef vindt hebben en prompt noemt hij Dirk Kuijt. Vervolgens laat ik hem eerst een tekening maken van een "lefmoment" van Kuijt. Hij tekent hem op het voetbalveld, schreeuwend naar een andere voetballer dat hij de bal niet weg moet schieten maar naar hem moet spelen. Hij voelt de kracht waarmee deze dat roept, zijn stemvolume, de manier waarop hij op het veld rent en weet wat hij moet doen. Hij ziet het voetbalveld met alle andere spelers die naar hem kijken, "als naar een leider", afwachtend wat hij zal doen: "en dan schreeuwt ie zijn aanwijzingen en dan doen ze het ook". De positieve overtuiging die daarbij hoort is voor Bart: "ik heb lef en ik doe het" en hij voelt dat vooral in zijn hoofd en benen. Met behulp van de bilaterale

stimulatie komt hij vervolgens tot de volgende associaties: “de voorzetten die hij geeft, hoe hij zijn mond daarbij opendoet, hij is heel sterk, zoals die dan gaat rennen, die voorzetten, die worden vaak een doelpunt, applaus!” Als hij zich dan voorstelt hoe hij gewapend met “de lef van Kuijt” zijn volgende spreekbeurt zal houden, voelt hij zich veel zekerder van zichzelf en hij denkt aan deze ene hulpbron genoeg te hebben. Hij zegt de ‘lef’ vooral in zijn hersenen te voelen en dat die hersenen tegen elkaar zeggen: “je hebt wel lef!” Als huiswerk moet hij zich vervolgens iedere dag inleven in “de lef van Kuijt”, steeds op een moment dat hij in een grotere groep is. Twee weken later vertelt hij dat hij kringgesprekken al veel minder eng vindt, vaker zijn mond opendoet en dat ook zijn meester dat had opgemerkt.

Discussie

Zeidner (1998) beschrijft verschillende modellen waarmee het ontstaan en de aard van faalangst verklaard kunnen worden. Daarbij concludeert hij dat geen enkel model in zijn geheel de complexiteit van faalangst kan verklaren, noch dat enig model tot een eenduidige behandeling leidt. Hoewel hij dit niet zo nadrukkelijk stelt, lijkt hij daarmee te zeggen dat er verschillende soorten faalangst bestaan. In het kader van dit artikel zijn twee modellen relevant.

Anouk blijkt met haar faalangst te passen binnen het *self-worth model*.

Volgens dit model kan faalangst begrepen worden als reactie op de bedreiging van iemands zelfwaardering.

Schaamtevolle ervaringen, al of niet opgedaan in prestatiesituaties, blijken bij dit type faalangst vaak een rol te spelen. De vraag is waarom dit soort, relatief ‘onschuldige’, ervaringen, zoals ook de ervaringen die Anouk gehad heeft, nog jaren later zoveel invloed kunnen hebben. Gebeurtenissen die als schaamtevol beleefd worden vallen onder de noemer ‘klein trauma’, maar net als bij ‘groot trauma’ worden deze gebeurtenissen ervaren als situaties waarin men geen controle heeft, die men niet heeft kunnen voorkomen en niet tot een goed einde heeft weten te brengen (Harter, 1999). Daarbij is schaamte een emotie waarbij de hele persoon gedevalueerd wordt en kan daarmee overweldigend zijn in de negatieve betekenisgeving. Volgens Harter zijn gebeurtenissen die als schaamtevol beleefd zijn dan ook moeilijk te verwerken en te integreren in het beeld dat men van zichzelf heeft. Ook worden anderen, die getuige zijn geweest van de schaamtevolle gebeurtenis, of er over gehoord hebben, vaak ervaren als potentiële ‘beschamers’ die uit de weg gegaan moeten worden. Zo kan schaamte leiden tot problemen op zowel cognitief als sociaal-emotioneel niveau.

Bij de groep kinderen die dit soort ervaringen niet heeft weten te verwerken blijken prestatiesituaties, die immers altijd situaties zijn waarin men beoordeeld zal worden, dan te kunnen werken als “triggers”: situaties die de oude angst dat men negatief gewaardeerd zal worden en afgewezen zal worden, weer doen opleven evenals de daarbij horende negatieve gedachten over zichzelf. Relatief onbedreigende situaties worden zo toch als potentieel zeer bedreigend ervaren omdat de totale zelfwaardering in gevaar is. Dit maakt het ook begrijpelijk dat faalangstige kinderen zoals Anouk soms op prestatiesituaties reageren alsof hun leven ervan afhangt.

Als faalangst het gevolg is van een of meerdere identificeerbare (schaamtevolle) gebeurtenissen blijkt EMDR, in de klinische praktijk, een effectieve behandelmethode. Kinderen blijken de relatie tussen deze, vroege, ervaringen en hun huidige problematiek vaak als iets vanzelfsprekends te ervaren, zelfs als deze gebeurtenissen niet in een (schoolse) prestatiesfeer hebben plaatsgevonden: “ja, toen ben ik dat gaan denken over mezelf!” Het feit dat het EMDR protocol hen meteen al duidelijk maakt dat zij, ondanks deze ervaring(en), ook positief over zichzelf kunnen gaan denken, maakt het hen daarbij makkelijker om deze schaamtevolle ervaringen onder ogen te zien en vervolgens te verwerken. Als faalangst begrepen kan worden als reactie op de bedreiging van iemands zelfwaardering, is het goed te begrijpen dat EMDR effectief is bij deze problematiek. Immers, zodra deze kinderen zichzelf weer op een positieve manier kunnen ervaren en waarderen, wordt een gestotterde spreekbeurt of een slecht cijfer niet meer ervaren als een devaluatie van de hele persoon, maar kan het in het juiste perspectief gezien worden.

Bart blijkt met zijn faalangst te passen in het *skills-deficit model*. Volgens dit model schieten faalangstige kinderen tekort in een grote verscheidenheid aan cognitieve vaardigheden waardoor zij vaak slecht presteren in testsituaties. Hun slechte prestaties zijn dus in eerste instantie niet het gevolg van angst, maar het gevolg van een ‘handicap’. Bij deze kinderen kan faalangst zich ontwikkelen als een gevolg van steeds weer terugkerende faalervaringen. Het zelfbeeld van deze kinderen raakt gekleurd door deze negatieve ervaringen en positieve ervaringen raken erdoor ondergesneeuwd. Zo kan de gedachte dat zij ‘stom’ of ‘machteloos’ zijn, zich ook uitbreiden naar terreinen waarop zij wel goed functioneren en kan faalangst hen ook hierbij gaan belemmeren. In de klinische praktijk blijkt de RDI deze kinderen te helpen om weer toegang te krijgen tot een positieve beleving van zichzelf. Op deze wijze kan de RDI gezien worden als een coping mechanisme dat kinderen in staat stelt hun positieve eigenschappen weer in het zelfbeeld op te nemen zodat zij zich

sterker voelen in het aanpakken van hun zwakke kanten. Duidelijk moge zijn dat deze vorm van faalangst niet verholpen kan worden zonder dat extra aandacht wordt besteed aan de cognitieve vaardigheden waarin deze kinderen tekort schieten.

Conclusie

Als faalangst herleidbaar is tot identificeerbare gebeurtenissen in het verleden, leert de praktijk dat EMDR ook bij de behandeling van faalangstige kinderen, effectief is. Deze gebeurtenissen liggen overigens niet altijd in de prestatiesfeer, maar wel lijkt het steeds om situaties te gaan waarin het kind het gevoel heeft gehad dat anderen negatief over hem oordeelden of waarin het zich erg geschaamd heeft en vervolgens zichzelf negatief is gaan waarderen. Bij het navragen naar de gebeurtenissen waarmee de faalangst begonnen is, is het dan ook belangrijk hier alert op te zijn.

EMDR richt zich, net als de reguliere faalangsttrainingen, op de typerende kenmerken van faalangst: de angstgevoelens en bijbehorende lichamelijke reacties en de negatieve cognities die deze kinderen over zichzelf hebben. In die zin kan EMDR gezien worden als een faalangsttraining in geconcentreerde vorm. Door het focus op de gebeurtenis(sen) waarbij deze angst en negatieve cognities zijn ontstaan, lijkt EMDR echter een meerwaarde te hebben. De wijze waarop met EMDR negatieve gebeurtenissen geïntegreerd worden in de totale levensgeschiedenis en het totale zelfbeeld helpt deze kinderen klein trauma te relativeren. Tevens geeft het een groter gevoel van controle. Doordat zij inzicht krijgen in de ontstaansgeschiedenis van hun angsten en negatieve cognities, blijken kinderen deze zelf op een bewuste manier achter zich te kunnen laten. Het hoeft hen dus niet aangeleerd te worden en dan blijken zij minder bang dat deze weer de kop op zullen steken. Daarbij zijn de EMDR-behandelingen die tot nu toe met deze kinderen gedaan zijn van kortere duur dan de reguliere faalangsttrainingen. Nader effectonderzoek bij een grotere groep faalangstige kinderen is echter nodig om hierover meer duidelijkheid te verkrijgen.

Mw. Drs. J.C. Rutten is gz-psycholoog/psychotherapeut en werkzaam als vrijgevestigd kinder- en jeugdpsychotherapeut in het Lorentzhuis te Haarlem.

Literatuur

- Beer, R en De Roos, C (2006). EMDR, 't is een bijzondere methode, dat is het.
In: *Tijdschrift voor Kinder- en Jeugdpsychotherapie*, Vol33,3, 15-24
- Foster, S. en Lendl, J. (1996). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Four Case Studies of a New Tool for Executive Coaching and Restoring Employee Performance After Setbacks. *Journal of the American Psychological Association*, Vol. 48 (3), 155-161.
- Gosslelin, P. en Matthews, W. (1995). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Test Anxiety: a Study of the Effects of Expectancy and Eye Movement. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, Vol. 26, No.4, 331-337.
- Harst, A. van der, Horst, A. van der, Jansen, I., Poulie, M., Verresen, C. (1997). *De Sidderkuur*. Amersfoort: CPS onderwijsontwikkeling en advies.
- Harter, S. (1999). *The construction of the self. A developmental perspective*. New York: The Guilford Press.
- Jongh, A. de & Broeke, E. ten (2006). *Handboek EMDR*. Amsterdam: Harcourt Assessment B.V.
- Kerseboom, R. en Zweep, A. (2005). *Ik ben een kei (handleiding). Groepstraining waarin kinderen faalangst de baas leren worden*. Bohn, Stafleu, van Loghum.
- Korn, D.L. en Leeds, A.M. (2002). Preliminary Evidence of Efficacy for EMDR Resource Development and Installation in the Stabilization Phase of Treatment of Complex Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of clinical psychology*, Vol. 58(12), 1465-1487.
- Lovett, J. (1999). *Small Wonders. Healing Childhood Trauma with EMDR*. New York: The Free Press.
- Maxfield, L. en Melnyk, W.T. (2000). Single Session Treatment of Test Anxiety with Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *International Journal of Stress Management*, Vol. 7, No. 2, 2000.
- Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen (2003). Utrecht: Trimbosinstituut. URL: www.ggzrichtlijnen.nl
- Nieuwenbroek, A. (1998). *Faalangst en ouders*. Kampen: Uitgeverij Kok.
- Nieuwenbroek, A. en Mijland, I. (2002). *Succes met faalangst*. Kampen: Uitgeverij Kok.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedures*. New York: the Guilford Press.
- Zeidner, M. (1998). *Test Anxiety. The state of the art*. New York: Plenum Press.