

# Stysteemtherapie en EMDR

## Een goed koppel

---

Carlijn de Roos & Renée Beer

---

De afgelopen twintig jaar is de kennis over traumagerelateerde stoornissen – waaronder de posttraumatische stressstoornis (ptss) – bij kinderen, jongeren en volwassenen enorm toegenomen. Ptss kan zich ontwikkelen ten gevolge van onverwerkte herinneringen aan schokkende gebeurtenissen. Voorbeelden van dit soort gebeurtenissen zijn: verkeersongelukken, natuurrampen, medische situaties, plotseling verlies van een dierbare, mishandeling of verwaarlozing, seksueel misbruik en pestervaringen (Beer & De Roos, 2012).

Toch hoeven schokkende gebeurtenissen niet per se de aanleiding te zijn voor de ontwikkeling van posttraumatische symptomen. In een bevolkingsonderzoek onder volwassenen (Mol e.a., 2005) bleek dat van 1498 respondenten met ptss-klachten zestig procent geen specifieke traumatische ervaringen had opgedaan in de voorgeschiedenis, maar wel negatieve levensgebeurtenissen had meegemaakt zoals een scheiding, chronische ziekte, werk- of relatieproblemen. Kennelijk kan de stress ten gevolge van negatieve levensgebeurtenissen ook een bodem leggen voor de ontwikkeling van posttraumatische stresssymptomen.

Doorgaans meldt men zich bij een systeemtherapeut voor relationele klachten. Als een gezinslid klachten heeft die gerelateerd zijn aan onverwerkte traumatische of negatieve gebeurtenissen, is het van belang deze onderliggende traumaproblematiek eerst te behandelen. Traumabehandeling is in die situaties een nuttige en ook noodzakelijke aanvulling op systeemtherapie. Empirisch onderzoek heeft aangetoond dat behandeling van traumagerelateerde problematiek alleen zinvol is met gerichte aandacht voor traumatische herinneringen en een directe aanpak ervan. Volgens vele nationale en internationale richtlijnen, zoals de *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* (2007) en de richtlijnen van het National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2005), zijn Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) en imaginaire exposure/traumagerichte cognitieve gedragstherapie de twee meest in aanmerking komende psychologische interventies bij ptss. In dit artikel wordt

---

besproken wat EMDR is en hoe deze methode een plaats kan hebben in een systeemtherapeutische behandeling.

### *EMDR – Van experimenteel tot gevalideerd*

EMDR is een geprotocolleerde behandelprocedure die in 1989 werd geïntroduceerd door Francine Shapiro (1989) en gericht is op het desensitiseren van belastende herinneringen aan ingrijpende negatieve levensgebeurtenissen. Een belangrijk voordeel ten opzichte van andere behandelmethoden is de snelheid waarmee resultaten worden bereikt. Daarnaast ervaren veel patiënten en therapeuten EMDR doorgaans als relatief weinig emotioneel belastend (De Jongh & Ten Broeke, 2012). In principe wordt EMDR individueel toegepast, maar vooral bij kinderen en adolescenten kan het in bepaalde situaties wenselijk zijn om het gezin of enkele gezinsleden erbij te betrekken.

Gedurende de eerste jaren werd deze behandelmethode ‘experimenteel’ genoemd, omdat het een nieuwe benadering betrof die scepsis opriep en vragen die op dat moment nog niet te beantwoorden waren. Behandelaren van het eerste uur beschreven spectaculaire resultaten, maar het werkingsmechanisme van de methode was onduidelijk en de effectiviteit nog niet aangetoond met empirisch onderzoek. Om die reden werd veel onderzoek opgezet naar zowel de behandel-effecten als naar de mogelijke werkingsmechanismen. Op basis van gecontroleerde en gerandomiseerde onderzoeken bij voornamelijk volwassen patiënten met uiteenlopende typen traumatische gebeurtenissen in hun voorgeschiedenis, werd in 2000 de experimentele status opgeheven (Foa, Keane, & Friedman, 2000). Vanaf dat moment werd EMDR beschouwd als een empirisch gevalideerde behandelmethode.

### *De werking van EMDR*

De essentie van EMDR is dat eerst alle elementen van een herinnering worden geactiveerd: beelden, cognities, emoties en lichamelijke sensaties. Verondersteld wordt dat hierdoor activering plaatsvindt van het geheugen-netwerk waarbinnen de herinnering ligt opgeslagen. Daarna wordt een afleidende taak of stimulus aangeboden, waarmee de verwerking op gang wordt gebracht.

De theorie over het werkingsmechanisme van EMDR die op basis van experimenteel onderzoek de meeste empirische steun geniet, is de zogenaamde werkgeheugentheorie (Engelhard, Van den Hout, & Smeets, 2011; Gunter & Bodner, 2008; De Jongh & Ten Broeke, 2012). Het uitgangspunt van deze theorie is dat het menselijk werkgeheugen verschillende taken

tegelijktijd kan uitvoeren. Omdat het werkgeheugen echter een beperkte aandachtscapaciteit heeft, komen door het uitvoeren van de ene taak de prestaties op een andere taak, zoals het in gedachten ophalen en vasthouden van geheugenbeelden, onder druk te staan. Zodra de aandacht die gericht is op het beoordelen van een traumatisch herinneringsbeeld wordt afgeleid, nemen helderheid en emotionaaliteit van deze herinnering af. Ook is aangetoond bij volwassenen dat oogbewegingen als afleidende taak het werkgeheugen meer belasten dan 'klikjes' (auditieve stimulatie), waardoor herinneringsbeelden eerder hun emotionele lading verliezen (Van den Hout e.a., 2011).

### *De uitvoering van EMDR*

Na activering van de herinnering door het laten benoemen van het emotioneel meest beladen beeld met bijbehorende cognitie, emotie en lichamelijke sensatie, vraagt de behandelaar aan het kind of de volwassene om zich gelijktijdig te concentreren op de herinnering vanuit het hier-en-nu-perspectief en op de afleidende stimulus of taak. Dat laatste kan zijn: kijken naar de horizontaal heen en weer bewegende vingers van de therapeut, luisteren naar klikjes (als het tikken van een klok) die via een koptelefoon beurtelings in het linker- en rechteroor klinken, of beurtelings links en rechts op de hand van de therapeut trommelen c.q. zelf op de handen getrommeld worden. De hele procedure bestaat uit acht stappen, die in figuur 1 schematisch worden weergegeven.

Bij kinderen worden de stappen twee tot en met zeven aangepast aan de cognitieve ontwikkelingsleeftijd van het kind. De aanpassingen betreffen de formulering van de vragen die gesteld worden en het weglaten van vragen, maar ook de attitude van de therapeut. De therapeut stelt zich bij kinderen directiever op dan bij volwassenen en helpt actiever bij het zoeken, zonder het initiatief over te nemen. Visuele ondersteuning (tekenen) helpt waar woorden tekortschieten, bijvoorbeeld als het nog niet mogelijk is voor het kind om een mentale representatie van de herinnering te creëren of als het kind onvoldoende kan communiceren over deze representatie. Bij zeer jonge kinderen kunnen ouders hierbij helpen (Beer & De Roos, 2012).

### *Indicatiecriteria voor EMDR*

EMDR is breed inzetbaar, bij ptss maar ook bij andere klachten. De kennis over de toepassing van EMDR bij andere klachtgebieden dan ptss is uitgebreid beschreven (Ten Broeke, De Jongh, & Oppenheim, 2008). Wetenschap-

De acht stappen van het EMDR-protocol (De Jongh & Ten Broeke, 2008):

- 1 Identificatie van de visuele representatie van de herinnering (een stilstaand plaatje), die actueel nog de meeste affectieve lading geeft (targetbeeld).
- 2 Met dit beeld in gedachten een negatieve, disfunctionele cognitie (NC: 'ik ben ...') formuleren.
- 3 Een positieve, functionele cognitie (PC: 'ik ben ...') identificeren, die in betekenisgeving lijnrecht tegenover de NC staat. Daarna de geloofwaardigheid van deze PC beoordelen op een Validity of Cognition-schaal (VoC) (lopend van een tot zeven).
- 4 De emoties vaststellen die door het beeld en de NC worden opgeroepen. Een kwantitatieve beoordeling laten geven van de spanning die de combinatie van beeld en NC oproept op een Subjective Units of Disturbance-schaal (SUD, lopend van nul tot en met tien). Ook de lokalisering van de daarmee verbonden lichamelijke sensaties laten aangeven.
- 5 Laten concentreren op het herinneringsbeeld, de NC en de bijbehorende lichamelijke sensaties. Daarna series (sets) aanbieden van externe, afleidende stimuli (bewegende vingers van de therapeut; auditieve stimuli via een koptelefoon; handtaps). De verwoorde associatie (een beeld, geluid, gedachte, conclusie, gevoel, of lichamelijke sensatie) vormt de basis voor een volgende set. Op gezette tijden evaluatie van de mate van spanning die het beeld (nog) oproept.
- 6 Zodra de spanning volledig is gedaald (SUD is nul), volgt koppeling van het beeld aan de PC door nieuwe sets uit te voeren. Dit wordt herhaald totdat de PC geheel geloofwaardig is (VoC is zeven).
- 7 Nagaan of ergens in het lichaam nog spanning opkomt bij het oproepen van het plaatje in combinatie met de PC. Zo ja, deze verder bewerken door opnieuw aanbieden sets (terug naar stap 5).
- 8 Positieve afsluiting. Nagaan wat het meest betekenisvolle is dat de patiënt over zichzelf geleerd heeft van deze sessie.

**Figuur 1** De acht stappen van het EMDR-protocol (De Jongh & Ten Broeke, 2008)

pelijk onderzoek op dit gebied is in volle gang, bijvoorbeeld rond de toepassing van EMDR bij psychose, verslaving, depressie en rouwproblematiek.

Indicatiecriteria voor EMDR zijn:

- ▶ Traumagerelateerde klachten of stoornissen, waaronder (partiële) pts of 'complexe pts' in reactie op een (of meer) traumatische gebeurtenis(sen), zoals seksueel misbruik of het plotselinge overlijden van een dierbare.
- ▶ Overige klachten of stoornissen die worden uitgelokt door stimuli die actueel beladen herinneringen oproepen aan eerdere, negatieve ervaringen. Bijvoorbeeld als een volwassene spanningsklachten vertoont

bij elke confrontatie met iemand die lijkt op zijn ex-partner door wie hij zich afgewezen voelde, of als een kind weigert naar school te gaan na negatieve opmerkingen van een leerkracht over lage cijfers.

- ▶ Een negatief zelfbeeld zoals 'ik ben de moeite niet waard', ontstaan door identificeerbare ervaringen zoals het meegemaakt hebben van verwaarlozing of mishandeling binnen het gezin of langdurige pest-ervaringen op school.

Doorslaggevend criterium voor indicatiestelling zowel bij kinderen als bij volwassenen is of behandelaar en cliënt samenhang zien tussen actuele klachten en disfunctioneel opgeslagen herinneringen aan specifieke gebeurtenissen. De casusconceptualisatie expliciteert het veronderstelde verband tussen beide. De keuze voor interventies die gebruikt zullen worden om de verschillende behandeldoelen te bereiken is daaraan gekoppeld.

In de meeste gevallen zal een kind zelf last ondervinden van de traumagerelateerde klachten en gemotiveerd zijn voor behandeling. Maar het is ook mogelijk dat vooral de ouders of andere gezinsleden last hebben van het gedrag en het kind minder – of zelfs helemaal niet. In dat geval is er wel een indicatie voor behandeling, maar zijn eerst interventies nodig om het kind daartoe te motiveren. Contra-indicaties voor EMDR zijn er niet echt, behalve als de veiligheid voor het kind onvoldoende gewaarborgd is, zoals bij voortdurende dreiging door een dader. Dan is het eerste doel om de veiligheid te vergroten.

### *Posttraumatische stressreacties in het gezin*

Ouders kunnen direct getraumatiseerd zijn geraakt doordat zij getuige waren van de gebeurtenis, maar ook indirect door het zien van de reacties van hun kind (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). Ouders hebben veelal last van het feit dat hun kind iets naars heeft meegemaakt. De ouder heeft het kind immers niet kunnen beschermen tegen de betreffende gebeurtenis en het daaruit voortvloeiende leed. De mate waarin dit gevolgen heeft voor gevoelens van schuld en het zelfbeeld van ouders is afhankelijk van de betekenisverlening waarmee zij deze gebeurtenis hebben opgeslagen in hun geheugen, hun eigen reactie daarop en de reactie van het kind op de ouder. In verschillende onderzoeken is een verband gevonden tussen ptss bij ouders en vergelijkbare symptomatologie van hun kinderen. De posttraumatische stressreactie bij (een) ouder(s) bleek zelfs een belangrijker voorspeller voor ptss bij het kind dan de mate van blootstelling aan de schokkende gebeurtenis. De richting van dit verband blijft vooralsnog echter onduidelijk. Ptss lijkt in ieder geval 'besmettelijk'.

---

Wie nu wie besmet in de getroffen gezinnen blijft vooralsnog een vraag (Bronner, 2009). Omdat een samenhang tussen de reacties van ouders en kinderen evident is, is inschakeling van ouders een *must* voor het bereiken van optimale klachtenreductie (Adler-Nevo & Manassis, 2005). Zeker wanneer de behandelaar het vermoeden heeft dat klachten over en weer worden onderhouden (Beer & De Roos, 2008).

### *EMDR en systeemtherapie*

Wanneer partners of een gezin naar een gezinstherapeut verwezen worden, staat in de aanmeldingsklacht vaak het verstoorde interactie- of communicatiepatroon voorop. Deze disfunctionele interactiepatronen kunnen – naast andere oorzaken – het gevolg zijn van een of meerdere onverwerkte herinneringen aan ingrijpende gebeurtenissen van een of meer van de gezinsleden. De inzet van een bewezen effectieve trauma-behandeling zoals EMDR kan dan geïndiceerd zijn. Het is dus van belang dat een gezinstherapeut inventariseert of de klachten van een van de gezinsleden mede het gevolg kunnen zijn van een of meerdere onverwerkte negatieve ervaringen. Belangrijke vragen om standaard in de intake te stellen zijn ons inziens dan ook: welke negatieve ingrijpende ervaringen hebben de gezinsleden meegemaakt en wie van de gezinsleden waren hier direct of indirect bij betrokken? Wie heeft welke symptomen ten gevolge van deze gebeurtenissen en hoe beïnvloeden deze klachten nu het gedrag van het kind en het functioneren als ouder, partner of gezin?

In de praktijk is echter de relatie met onderliggende negatieve ervaringen niet altijd direct duidelijk. Een goede invalshoek is dan om gericht te vragen: wanneer zijn de klachten begonnen? Ging er een gebeurtenis aan het ontstaan van de klachten vooraf? En na welke gebeurtenissen zijn de klachten verergerd?

Indien er sprake is van onverwerkte herinneringen aan negatieve gebeurtenissen kan traumaverwerking via EMDR meestal gelijk gestart worden. Soms kan het zijn dat de voorwaarden om schokkende ervaringen te verwerken onvoldoende aanwezig zijn, zoals wanneer er sprake is van een geheim. Om het kind te sparen is dan bijvoorbeeld verteld dat moeder plotseling is doodgegaan, in plaats van dat zij suïcide heeft gepleegd of vermoord is. In dat geval kan een systeembehandelaar eerst de verwerking van herinneringen van individuele gezinsleden bevorderen door informatie over de ware toedracht open op tafel te krijgen en hen circulair te bevragen over hetgeen ze hebben meegemaakt. Door de traumatische ervaring te bespreken en de ervaringen hieromtrent te delen kan een gezamenlijk narratief ontstaan, dat helpt om de ervaring

een plaats te geven. Als er daarna nog traumagerelateerde problematiek blijft bestaan, is vervolgens EMDR aangewezen.

### *Rol van gezinsleden bij EMDR*

De actieve rol die ouders voorafgaand, tijdens en na afloop van de EMDR-behandeling krijgen toebedeeld, draagt bij aan herstel van hun gevoel van controle en competentie als ouder. Zij hoeven niet alleen passief toe te kijken en af te wachten hoe een ander hun kind 'heelt', maar dragen actief bij aan het proces van herstel (Beer & De Roos, 2008).

Hoe intensief en in welke rol de ouders betrokken worden bij de EMDR is afhankelijk van de symptomen en de ontwikkelingsfase van het kind. Hoe afhankelijker het kind van zijn ouders is, hoe groter het beroep dat op hen wordt gedaan. Ouders kunnen verschillende rollen toebedeeld krijgen tijdens de EMDR-behandeling van hun kind. Zij kunnen optreden als:

- ▶ *motivator* en *regulator* van emoties van het kind, bijvoorbeeld wanneer er sprake is van vermijdingsgedrag;
- ▶ *informant* van de behandelaar om feedback te geven over veranderingen in het functioneren van het kind voorafgaand aan en tijdens de behandeling;
- ▶ *co-therapeut* bij zeer jonge kinderen die nog niet in staat zijn zelf over hun herinnering te vertellen. In dat geval activeren de ouders de herinnering en het geheugennetwerk van het kind door het verhaal te vertellen zoals zij denken dat het opgeslagen ligt in het geheugen van het kind (Beer & De Roos, 2012).

Moeder en Marit (4 jaar) kwamen thuis tijdens een inbraak en zijn in de woonkamer onder schot gehouden terwijl de andere inbrekers waardevolle spullen uit huis haalden. Vader was op dat moment op zijn werk en trof bij thuiskomst zijn hevig geëmotioneerde vrouw en dochttertje aan en een overhoop gehaald huis. Ten gevolge van deze gebeurtenis ontwikkelde Marit posttraumatische stressklachten. Zij had driftbuien, huilde veel, kon moeilijk inslapen, werd gillend wakker in de nacht en plaste weer in bed. Ook wilde ze niet meer in de woonkamer zijn en was ze bang als haar ouders haar even alleen lieten. Zij werd verwezen voor EMDR-behandeling. Naast ptss-klachten bij dochter en moeder was er ook sprake van een veranderd interactiepatroon in het gezin. Moeder vond het lastig om grenzen aan Marit te stellen, omdat zij zich schuldig voelde over het feit dat zij niet had kunnen voorkomen dat haar dochter aan dit geweld was blootgesteld.

Vader voelde zich steeds meer buiten spel staan en reageerde geïrriteerd op zijn vrouw en dochter.

Beide ouders waren bij Marits behandeling aanwezig. Hier hoorde vader gedetailleerd het verhaal van de inbraak en zag hij ook de emotionele reactie van zijn dochter (paniek). Daardoor beseftte hij beter wat zijn vrouw en dochter hadden doorgemaakt. Hij kon zich na de eerste EMDR-sessie beter in hen verplaatsen, had meer begrip voor het prikkelbare gedrag van zijn dochter en vrouw en voelde zich weer met hen verbonden. Na twee zittingen waren de klachten van Marit verdwenen. Moeders ptss-klachten waren eveneens verminderd. Zij kreeg nog één zitting EMDR voor haarzelf, waarna ook haar klachten over waren.

In sommige situaties zal het hele gezin betrokken worden bij de individuele EMDR-behandeling van een gezinslid. Zo kan het bijvoorbeeld na een individuele behandeling zinvol zijn om de geoogste winst voor het kind te consolideren door gezinsleden deelgenoot te maken van de resultaten van dit proces van het kind. Aelen (2008) spreekt in dit verband van 'verzilveren' van de winst. Het kan opluchting geven aan ouders en andere gezinsleden om te horen dat het kind geen last meer heeft van bepaalde klachten en begrijpelijk maken dat zij daarom hun eigen gedrag kunnen veranderen, bijvoorbeeld door het kind minder te ontzien en weer over te gaan tot de normale orde van de dag.

#### *Volgorde van EMDR behandeling: wie eerst?*

Als zowel de ouders als het kind getraumatiseerd zijn door eenzelfde gebeurtenis, bijvoorbeeld door een ongeluk of mishandeling, of als het gedrag van ouders overwegend bepaald wordt door andere onverwerkte traumatische herinneringen zoals misbruik of verwaarlozing in de jeugd, komt de EMDR-therapeut voor een aantal vragen te staan. Bij wie moet dan eerst de traumabehandeling plaatsvinden, bij de ouder of het kind?

Vaak kiezen ouders ervoor om eerst het kind te laten behandelen. Zij schatten in dat zij door activering van eigen traumatische herinneringen verminderd beschikbaar zullen zijn voor hun kind, wat vaak een reële inschatting is. De EMDR-therapeut zal meegaan in de wens van de ouders om het kind eerst te behandelen, als blijkt dat de ouders emotioneel voldoende beschikbaar zijn en de adviezen van de therapeut om het kind te ondersteunen kunnen opvolgen. Wanneer de gezonde ontwikkeling van het kind weer op gang is gekomen, kan behandeling van de eigen problematiek van de ouder(s) op de voorgrond komen.



In een aantal gevallen is het wel geïndiceerd om eerst de ouder(s) te behandelen. Bijvoorbeeld wanneer ouders de confrontatie met de herinnering van hun kind niet aankunnen en toch bij het hulpverleningsproces betrokken zijn, zoals bij peuters en kleuters. Na een eigen traumabehandeling zijn zij dan meer emotioneel beschikbaar voor hun kind en kunnen ze de benodigde steun bieden tijdens de traumabehandeling van hun kind. Ook als ouders dermate ontregeld zijn dat ze niet meer adequaat kunnen functioneren of niet in staat blijken gedragsinstructies ten behoeve van het herstel van hun kind uit te voeren door eigen onverwerkte problematiek, wordt aangeraden om eerst de ouder(s) te behandelen.

Samenvattend raden wij aan om de hulpvraag met betrekking tot het kind centraal te stellen. De behandeling van de ouder(s) kan zo nodig toegevoegd worden of parallel lopen en gaat alleen in sommige gevallen vooraf aan de behandeling van het kind. Deze zal echter nooit een vervanging kunnen zijn van de behandeling van het kind. Klachten die een gevolg zijn van een gestagneerd verwerkingsproces bij het kind verdwijnen niet als alleen de ouders geholpen worden bij hun eigen trauma-verwerking. Als ouders weer beter functioneren, biedt dat voor het kind wel een gezondere context voor herstel.

### *Combinatie van individuele en systeembehandeling*

Wanneer de traumatisering een gevolg is van chronisch geweld, misbruik of andere chronische negatieve ervaringen binnen of buiten het gezin, is het meestal wenselijk om een combinatie te bieden van systeemgerichte en individugerichte traumamethoden. Het gaat dan niet alleen om verwerking van wat iedereen heeft meegemaakt vanuit zijn of haar perspectief, maar ook om herstel van vertrouwen in elkaar en verbetering van de kwaliteit van samenleven.

Michelle is aangemeld in verband met een eetstoornis (boulimia nervosa) en depressie. Zij is 16 jaar en zit in de vierde klas van het Atheneum. Ze heeft een jongere zus van 13 jaar.

Uit diagnostisch onderzoek is gebleken dat Michelle een negatief zelfbeeld heeft. Ze heeft zelfbeeldbeschadigingen opgelopen doordat zij zich al jarenlang miskend en achtergesteld voelt door haar ouders ten opzichte van haar zus. Ze heeft geen heftige traumatische ervaringen meegemaakt; de andere gezinsleden evenmin. Het gezin is een paar keer verhuisd, toen ze acht was en nog eens toen ze veertien was, waardoor Michelle twee keer een vriendinnenkring moest achterlaten en opnieuw moest opbouwen in een andere omgeving. Dat heeft haar

heel verdrietig en boos gemaakt. Op haar huidige school heeft ze haar draai nog niet gevonden. Ze kan goed leren, werkt graag hard voor school en haalt hoge cijfers. Op de vorige school werden veel kinderen gepest. Zij aanvankelijk ook, later niet meer. Ze heeft gezien dat anderen flink te grazen genomen werden. Ze is daardoor wantrouwend geworden jegens andere kinderen. Zij wil graag behandeling voor haar eetstoornis, want die gaat niet vanzelf over. Integendeel, de klachten lijken steeds erger te worden. Hetzelfde geldt voor haar depressie. De ouders voelen zich schuldig over de verhuizingen die plaats moesten vinden in verband met het werk van vader. Zij hebben geen idee waarom Michelle zich zo ongelukkig voelt: 'Ze kan goed leren, iedereen vindt haar aardig; zij denkt dat anderen haar niet mogen, maar dat is helemaal niet zo...'

Er wordt een combinatie ingezet van individuele behandeling en systeemgerichte interventies. De eerste interventies zijn gericht op herstel van een gezond eetpatroon en het stoppen met braken. Daarna wordt EMDR ingezet om haar zelfbeeldbeschadigingen op te ruimen door relevante herinneringen te identificeren en te verwerken. Michelle noemt als belangrijkste een aantal herinneringen aan gedrag van haar ouders die haar hevig hebben gekwetst en dat nog steeds doen (voor procedure zie figuur 1). Zo herinnert ze zich dat ze een keer thuiskwam van school met een prachtig rapport en dat haar ouders haar niet prezen en knuffelden, waar ze op hoopte. Hun volledige aandacht ging naar haar jongere zus. Michelle voelde zich alleen en miskend. Het naaste plaatje in haar hoofd is dat zij zichzelf ziet zitten aan de keukentafel met het rapport in de hand, verwachtingsvol kijkend naar haar ouders die geen acht op haar slaan. Die kijken naar haar zus. De negatieve cognitie (NC) bij dit beeld is: 'Ik doe er niet toe'. De positieve cognitie (PC) is: 'Ik doe ertoe' en de gevoelsmatige geloofwaardigheid (VoC) daarvan is twee. De bijbehorende emoties zijn verdriet en boosheid, de spanning (SUD) is tien en zij voelt de spanning in haar buik. In twee sessies EMDR wordt deze herinnering geneutraliseerd. Daarna wordt EMDR nog toegepast op een herinnering waarin haar moeder haar zus knuffelt en zij alleen staat, en op een herinnering van klasgenoten die met elkaar staan te giebelen op het schoolplein en haar negeren.

Als deze belangrijkste herinneringen – die bijgedragen hebben aan beschadiging van haar zelfbeeld – verwerkt zijn, wil ze in gezinsgesprekken met ouders en zus bespreken hoe ze zich tot nu toe gevoeld heeft in haar gezin, wat ze haar ouders kwalijk neemt en wat ze graag van hen wil. Nu Michelle de herinneringen eerst individueel heeft verwerkt, is ze in staat om constructief te zoeken naar verbetering van

de kwaliteit van samenleven in het gezin. Ze wil graag haar ouders weer kunnen vertrouwen, en voor herstel daarvan zijn gezinsgesprekken noodzakelijk.

### *Conclusies en aanbevelingen*

De specifieke waarde van EMDR bij diverse toepassingsgebieden zal de komende jaren verder worden opgehelderd met behulp van gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek. Zo kan uitgezocht worden welke behandeling bij welke kinderen onder welke condities de beste resultaten oplevert (Beer & De Roos, 2008). Vragen vanuit de trauma-invalshoek zijn: hoe betrekken we ouders – en andere gezinsleden – optimaal bij de traumabehandeling? Hoe kunnen we chronisch getraumatiseerde kinderen in multiprobleemgezinnen het beste behandelen? Wanneer is een kind of een gezin voldoende stabiel om traumaverwerking te kunnen starten?

Psychotherapie met getraumatiseerde gezinsleden dient niet alleen gericht te zijn op uitdoving van angst en gevoelens van extreme kwetsbaarheid, maar ook op herstel van communicatie en verbinding binnen het gezin. Wanneer het verwerkingsproces is afgerond, kunnen gezinsleden beter communiceren en voelen zij zich meer verbonden. Nabijheid en ondersteuning van gezinsleden onderling is weer een beschermende factor voor de ontwikkeling voor toekomstige psychopathologie.

De systeemtherapeut heeft de unieke kans om naast de systeemtherapeutische interventies ook parallel een traumagerichte invalshoek in het oog te houden. Door systematisch na te vragen of een of meerdere gezinsleden nog last hebben van beladen herinneringen aan nare gebeurtenissen en de relatie daarvan met de aanmeldingsklacht te onderzoeken, zullen zij indicaties voor traumabehandeling op het spoor komen. Gezien de bewezen effectiviteit van EMDR valt het te verwachten dat de symptomen voortkomend uit deze actueel beladen herinneringen snel zullen verminderen na traumabehandeling.

Systeemtherapeuten die niet in EMDR zijn opgeleid, kunnen verwijzen naar en samenwerken met collega's in het klinische veld die deze methodiek wel in hun behandelarsenaal hebben. Als er daarna nog restklachten zijn, zal duidelijker zichtbaar zijn met welke gezinsfactoren deze samenhangen. Gezinsinterventies kunnen dan ingezet worden om deze resterende in stand houdende factoren te behandelen. Zo kunnen EMDR en systeemtherapie een goed koppel vormen bij de behandeling van gezinnen waarin klachten gerelateerd zijn aan onverwerkte traumatische of negatieve gebeurtenissen.

**Carlijn de Roos** is klinisch psycholoog en psychotherapeut, coördinator van het Psychotraumacentrum, GGZ Kinderen en Jeugd, Rivierduinen te Leiden. E-mail: c.deroos@ggzkinderenjeugd.nl.

**Renée Beer** is klinisch psycholoog en psychotherapeut, programmamanager van het Traumacentrum van De Bascule te Amsterdam. E-mail: r.beer@debascul.com.

**Samenvatting** EMDR, een snel werkende en weinig belastende behandel-methode om posttraumatische stressstoornis (pts) te behandelen, kan een effectieve combinatie vormen met en een waardevolle aanvulling zijn op systeemtherapie. EMDR kan ingebed worden in een uitgebreider systeemtherapeutisch behandelplan, mits zorgvuldig is geconceptualiseerd hoe de klachten verband houden met onderliggende traumatische ervaringen en mogelijk bekrachtigd worden door de interacties tussen het kind en zijn omgeving. In dit artikel wordt besproken wat EMDR is en hoe deze methode een plaats kan hebben in een systeemtherapeutische behandeling.

#### Literatuur

- Adler-Nevo, G., & Manassis, K. (2005). Psychosocial treatment of paediatric posttraumatic stress disorder – The neglected field of single-incident trauma. *Depression and Anxiety*, 22, 177-189.
- Aelen, F. (2008). Cognitieve systeemtherapie en EMDR. In E. ten Broeke, A. de Jongh, & H.J. Oppenheim (red.), *Praktijkboek EMDR – Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen* (pp. 409-428). Amsterdam: Harcourt.
- Beer, R. & Roos, C. de (2008). EMDR bij kinderen en adolescenten – Een nieuw perspectief. In E. ten Broeke, A. de Jongh, & H.J. Oppenheim (red.), *Praktijkboek EMDR – Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen* (pp. 379-407). Amsterdam: Harcourt.
- Beer, R. & Roos, C. de (2012). Psychotherapie bij kinderen en adolescenten – Van 'onvoltooid' naar 'voltooid verleden tijd'. In E. Vermetten, R.J. Kleber, en O. van der Hart (red.), *Handboek posttraumatische stressstoornissen* (pp. 407-429). Utrecht: De Tijdstroom.
- Broeke, E. ten, Jongh, A. de, & Oppenheim, H.J. (red.) (2008). *Praktijkboek EMDR – Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen*. Amsterdam: Harcourt.
- Bronner, M.B. (2009). *Traumatik – The Psychological impact of paediatric care treatment*. Academisch Proefschrift. Enschede: Gildeprint.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Engelhard, I.M., Hout, M.A. van den, & Smeets, M.A.M. (2011). Taxing working memory reduces vividness and emotional intensity of images about the Queen's day tragedy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 32-37.
- 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.
- Gunter, R.W., & Bodner, G.E. (2008). How eye movements affect unpleasant memories – Support for a working memory account. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 913-931.
- Hout, M.A. van den, Engelhard, I.M., Rijkeboer, M.M., Koekebakker, J., Hornsveld, H., Leer, A., Toffolo, M.B.J., & Akse, N. (2011). EMDR – Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 92-98.

- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2008). Inleiding. In E. ten Broeke, A. de Jongh, & H.J. Oppenheim (red.), *Praktijkboek EMDR – Casusconceptualisatie en specifieke patiëntengroepen* (pp. 21-34). Amsterdam: Harcourt.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (2012). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In: E. Vermetten, R.J. Kleber, & O. Van der Hart (red.), *Handboek post-traumatische stressstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Mol, S.S., Arntz, A., Metsemakers, J.F., Dinant, G.J., Vilters-van Montfort, P.A., & Knottnerus, J.A. (2005). Symptoms of post-traumatic stress disorder after non-traumatic events – Evidence from an open population study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 494-499.
- Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen* (2007). Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ. Utrecht: Trimbos-Instituut. Beschikbaar op: [www.ggzrichtlijnen.nl](http://www.ggzrichtlijnen.nl).
- National Institute for Clinical Excellence – NICE (2005). Post-traumatic stress disorder. The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. *National Clinical Practice Guideline*, 26.
- Shapiro, F. (1989). Eye Movement Desensitization and Reprocessing – A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Zie voor meer informatie: [www.emdrkinderjeugd.nl](http://www.emdrkinderjeugd.nl) of [www.emdr.nl](http://www.emdr.nl). Wanneer U een kind, ouders of een gezin naar een EMDR-behandelaar verwijst, is het aan te bevelen om te informeren of deze is aangesloten bij de Vereniging EMDR Nederland (VEN). Deze vereniging heeft als doel om de kwaliteit van EMDR-behandelingen te bewaken. Op de website van de VEN is per regio een overzicht te vinden van EMDR-therapeuten met een registratie als EMDR-Europe practitioner.