

Ouder-kind-trauma-therapie

Een geïntegreerde psychotherapeutische behandeling met EMDR voor kinderen met preverbaal trauma

M.A.T. Went

Voor de gz-psycholoog, werkzaam in de basis-ggz, is kennis over preverbaal trauma zeer belangrijk. Het blijkt nog lang niet algemeen bekend dat in het brein van een nul- tot vierjarige lichaamssensaties en emoties worden opgeslagen die een blijvende indruk kunnen maken en de bodem kunnen leggen voor gedragsproblemen en emotionele problemen die zich pas veel later uiten. In dit artikel wordt een behandelmethode beschreven die direct gericht is op het leggen van een verband tussen klachten en onderliggend trauma. De verwerking van de traumatische ervaringen lost de klachten op en geeft ruimte voor het oppakken van leeftijds passende ontwikkelingstaken.

Afhankelijk van de ervaring en het niveau van (bij)scholing kan een gz-psycholoog zich bekwaamen in deze methodiek. Het is belangrijk om ruime ervaring te hebben met het EMDR basisprotocol. Dit vormt de leidraad voor deze behandeling. Gedegen kennis van de ontwikkelingspsychologie en ervaring met systemisch werken zijn daarnaast ook voorwaarden voor een succesvolle aanpak.

Wanneer een gz-psycholoog zelf niet aan deze voorwaarden voldoet, kan zij/hij in het diagnostisch traject zelf helder screenen en aan ouders en kind uitleg geven over het bestaan van dit behandelaanbod. Een behandelaanbod dat vervolgens, afhankelijk van de complexiteit, door een collega-psychotherapeut of ervaren gz-psycholoog kan worden opgepakt.

Trefwoorden: preverbaal trauma, EMDR, ouder-kind trauma therapie, infantbehandeling

Inleiding

Preverbaal trauma is trauma dat kan ontstaan wanneer een kind negatieve ervaringen meemaakt op een leeftijd waarop het nog niet in staat is tot verbale communicatie. Het jonge kind kan last krijgen van herbelevingen en verhoogde prikkelbaarheid. De angst die door deze herbelevingen wordt opgeroepen, kan zich vervolgens uiten in regulatieproblemen, zoals overmatig huilen, slecht slapen of minder goed eten. Maar het kan ook tot uiting komen in de manier waarop het kind zich gedraagt jegens de ouder: meer de nabijheid van de ouder zoeken of hem juist vermijden. Soms vindt een stagnatie in de ontwikkeling plaats doordat het kind zich niet meer durft te laten uitdagen door nieuwe prikkels.

Een preverbaal trauma ontstaat op een cruciaal moment in de ontwikkeling, namelijk op het moment waarop de gehechtheidsrelatie tussen kind en ouders wordt opgebouwd en vorm krijgt. Een optimale gehechtheidsrelatie is basaal voor een gezonde ontwikkeling van een kind. 'De impact van trauma op het jonge kind kan niet los gezien worden van psychologische en sociale hulpbronnen die beschikbaar zijn voor het kind om de effecten van overmatige stress op het psychobiologisch functioneren van het kind tegen te houden. Bij het jonge kind biedt de primaire gehechtheidrelatie deze bescherming.' (Schuder & Lyons-Ruth, 2004). Het jonge kind heeft zelf nog te weinig capaciteiten om met deze stress om te gaan. Dit vermo-

gen ontwikkelt zich in de relatie met de hechttingsfiguur en het kind is dus voor een groot deel afhankelijk van de beschikbaarheid en de capaciteiten van deze volwassene. Wanneer die (tijdelijk) minder beschikbaar is om het kind te beschermen, heeft dat consequenties voor zowel het fysiologisch groeiproses in het kind als voor het relationele proces tussen kind en volwassene.

Om de weg vrij te maken voor een gezonde ontwikkeling is het belangrijk zo vroeg mogelijk in het leven van een kind de betekenis van zijn gedrag te begrijpen, het onderliggend trauma te vinden en een traumabehandeling in te zetten. Daarmee kan de gehechtheidsrelatie herstellen en wordt voorkomen dat er een blijvende negatieve relatie tussen ouder en kind ontstaat.

De methode Ouder-Kind-Trauma-Therapie

Op basis van deze kennis is in de afgelopen jaren een behandel-methode ontwikkeld met een tweeledig doel: traumaverwerking en herstel van de gehechtheidsrelatie. Deze methode, Ouder-Kind-Trauma-Therapie (OKTT), is een integratie van bestaande therapievormen waarvan de effectiviteit (deels) wetenschappelijk bewezen is, zoals de ouder-kindpsychotherapie (*Child Parent Psychotherapy*; CPP; Lieberman et al., 2005; 2008) en *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR; Shapiro, 2001).

Ouder-kindpsychotherapie

Bij ouder-kindpsychotherapie (CPP) wordt gebruik gemaakt van inzichten uit verschillende theorieën zoals de psychoana-

lytische ontwikkelingstheorie, theorie over mentaliseren, de gehechtheidstheorie, ontwikkelingspsychopathologie, wetenschappelijke theorieën over stress en trauma, inzichten in de neurobiologie en componenten uit de cognitieve gedragstherapie. Het primaire doel van CPP is de relatie tussen ouder en kind voorop te stellen, te ondersteunen en te verstevigen. Een stevige en gezonde relatie herstelt bij het kind het gevoel van veiligheid, gehechtheid met de ouder, en leidt tot betere emotieregulatie en vermindering van problematiek. De aard van het trauma, de leeftijd en voornamelijk het ontwikkelingsniveau van het kind bepalen de structuur van de sessies. Zo zijn bijvoorbeeld bij baby's en peuters de ouders zelf aanwezig in de sessies, maar ligt de nadruk erop om ouders te helpen te begrijpen hoe ervaringen gerelateerd zijn aan het functioneren en de ontwikkeling van hun kind. Bij oudere peuters en kleuters wordt het kind wat actiever betrokken bij de behandeling en vormt spel een communicatiemiddel tussen ouder en kind in de sessie (Lieberman & Van Horn, 2005).

EMDR

Een tweede onderdeel van de OKTT is EMDR, een kortdurende, geprotocolleerde, cliëntgerichte behandelingsmethode voor het opheffen van traumagerelateerde angstklachten (Foa et al., 2000; De Jongh & ten Broeke, 2003). Bij volwassenen en oudere kinderen is EMDR de eerste keuze voor de behandeling van trauma (Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen, 2007). EMDR wordt ook bij kinderen en zelfs bij kleuters, peuters en infants toegepast. Hoewel de klinische ervaringen positief zijn, is er nog onvoldoende wetenschappelijk onderzoek gedaan en is de methode voor deze doelgroep nog niet *evidence based*. Wanneer EMDR wordt ingezet om preverbaal trauma te bewerken, wordt er gebruik gemaakt van een aangepast protocol gebaseerd op de verhaalmethode van Lovett (1999). De ouder wordt ingezet in de rol van informant, cotherapeut en motivator/regulator (Beer & de Roos, 2013).

Integratie van de deelmethodes

De integratie van CPP en EMDR schept de mogelijkheid voor een kortere, effectieve behandeling die zich zowel richt op het verwerken van het trauma als op een herstel van de relatie tussen ouder en kind. Die relatie is zo nauw dat elke traumatische ervaring de relatie beïnvloedt. De mate waarin dat gebeurt is afhankelijk van de aard van het trauma en de kwaliteit van de relatie. Binnen de therapeutische driehoek ouder-kind-therapeut schept de therapeut ruimte voor herstel van de verstoorde relatie door het bieden van veiligheid voor ouder en kind. Bijvoorbeeld door expliciete aandacht voor de draagkracht van kind en ouders. De therapeut onderzoekt met ouders in hoeverre zij in staat zijn binnen de traumaverwerkingsfase voldoende veiligheid te bieden aan hun kind. Indien nodig zet de therapeut vooraf een eigen traject voor traumaverwerking in voor ouders. Tijdens de traumaverwerkingsfase voor het kind activeert de therapeut de emotionele beschikbaarheid van de ouder. De aangepaste variant van het EMDR-protocol vormt de basis van de traumaverwerkingsfase. Een relationele aanpak is bij het verwerken van

preverbaal trauma van groot belang. Er moet een ouder (of alternatieve hechtingsfiguur) aanwezig zijn. EMDR levert een unieke bijdrage in het proces, omdat deze methode zich niet alleen richt op gedrag en cognitie, maar juist heel specifiek op lichaamssensaties en emoties: de modaliteiten die in de preverbale ontwikkelingsfase het meest op de voorgrond staan.

Psycho-educatie is een volgend aspect van de behandeling. De therapeut bereidt de ouders bijvoorbeeld voor op de betekenis van emotionele en gedragsveranderingen die kunnen ontstaan na de EMDR-behandeling. Hij leert hen hoe ze samen met het kind lacunes in de sociaal-emotionele ontwikkeling kunnen herstellen. De therapeut leeft in eigen gedrag aan kind en ouders de kunst van het mentaliseren voor.

Wanneer het trauma is verwerkt en de gehechtheidsrelatie is hersteld, ontstaat voor kind en ouders ruimte voor het oppakken van leeftijdsspassende ontwikkelingsstaken. 'Een veilige gehechtheid zorgt dat angst en stress voor het kind gereguleerd worden. Dat is de basis die nodig is voor een kind om de vrijheid te voelen om zijn aandacht te verschuiven van zaken die betrekking hebben op verdediging en veiligheid naar andere ontwikkelingsstaken, zoals exploratie, leren en spel.' (Lyons-Ruth, 2003)

Doelgroep

OKTT wordt ingezet bij kinderen (en hun ouders) vanaf nul jaar bij wie het vermoeden bestaat dat negatieve ervaringen die niet op bewust niveau toegankelijk zijn (want ontstaan in de preverbale fase), de ontwikkeling van een goede gehechtheidsrelatie hebben belemmerd. Het betreft niet-geïntegreerde traumatische ervaringen. Hierdoor kunnen normale ontwikkelingsstaken niet voldoende worden opgepakt. OKTT past bij kinderen (baby's en peuters) die op het moment van de behandeling nog steeds beperkt zijn in hun verbale vaardigheden, maar ook bij oudere kinderen met een vroeg trauma, die mogelijk al een eigen beeld hebben opgebouwd van de ervaringen in hun eerste levensfase en dat (deels) kunnen verwoorden. OKTT werkt als specifieke details van het preverbale trauma aan ouders en therapeut bekend zijn, maar ook als preverbaal trauma wordt vermoed op basis van minder duidelijke signalen. Bijvoorbeeld bij geadopteerde kinderen. Bij de meeste van hen zijn er sterke signalen dat er tijdens de eerste tijd in het land van herkomst traumatische gebeurtenissen hebben plaatsgevonden. Daarbij is het adoptieproces op zich al een ervaring die diep kan ingrijpen. Bij deze groep gaat het vaak om wat oudere kinderen of zelfs adolescenten. Er is het waargebeurde verhaal (bijvoorbeeld het ophalen in het land van herkomst) en er is het verhaal dat adoptieouders en -kind hebben gehoord, gelezen of gefantaseerd over de periode voorafgaand aan de adoptie. Een behandeling met kind en adoptieouders gericht op een combinatie van deze verhalen kan ruimte geven voor het verdriet en de boosheid om dat wat gebeurd is, voor de ontredde over het feit dat je als kind bent verlaten of dat je (adoptie)kind zo veel heeft moeten meemaken. Uiteindelijk biedt de behandeling ruimte voor een betere hechting.

Er zijn veel verschillende omstandigheden die traumatiserend kunnen zijn of zijn geweest voor kinderen. Pre- en perinatale

problemen, medische behandelingen, (psychische) afwezigheid van een gehechtheidsfiguur (bijvoorbeeld afwezigheid van een moeder door ernstige postpartumdepressie), adoptie, verwaarlozing, mishandeling, misbruik, ongeluk, overlijden van dierbare personen, conflicten ouders/huiselijk geweld, beperkte mogelijkheden (cognitief of fysiek) van de ouder, of combinaties hiervan. Trauma wordt binnen de OKTT opgevat als een breed concept. Het gaat om ervaringen die als overweldigend kunnen zijn beleefd, niet-geïntegreerd zijn en klachten in het heden aansturen, en die zodanig in het geheugen liggen opgeslagen dat ze getriggerd kunnen worden als het kind een vergelijkbare ervaring opdoet of verteld krijgt. Het gaat om de beleving van het kind, die kan afwijken van de feitelijke herinnering van ouders.

De assessmentfase

Analyse van de klachten als traumagerelateerde problematiek

Vaak zijn problemen in de opvoeding een eerste reden voor ouders om hulp te zoeken. Het gedrag van het kind maakt hen machteloos. Het kan gaan om overmatig huilen, explosiviteit, aandacht vragend, impulsief of juist teruggetrokken gedrag, slecht in- en doorslapen, et cetera. Problemen met betrekking tot de affectregulatie, de contactname en de drive tot ontwikkelen kunnen wijzen op het bestaan van preverbaal trauma.

Layla (drie jaar)

Layla wordt door haar pleegouders en voogd aangemeld met gedragsproblemen. Ze kan niet alleen in- en doorslapen, ze is agressief naar andere kinderen, als ze de kans krijgt doet ze de poes pijn en ze heeft boze paniekbuien. Layla is erg claimend in het contact met pleegouders, of houdt extreem afstand van hen.

Layla is het enige kind van een moeder die bij haar geboorte zestien jaar was. Het contact met de vader is al in de zwangerschap verbroken. De moeder heeft een paar maanden bij haar ouders in huis gewoond met Layla. Vervolgens is ze gaan samenwonen met haar toenmalige vriend. Er was veel ruzie onder invloed van alcohol. Voor zover bekend is Layla niet lichamelijk mishandeld. Zeer waarschijnlijk wel verwaarloosd. Toen Layla net twee was waren de grootouders alle verwikkelingen met hun dochter zo zat dat ze Layla hebben aangemeld bij het AMK en meewerkten aan een OTS. Ze stelden zich niet beschikbaar als pleegouders. Layla is via een crisispleeggezin geplaatst bij het huidige gezin dat beschikbaar is voor langdurig verblijf. Het moeilijke gedrag van Layla zet de relatie met pleegouders sterk onder druk. Layla's biologische moeder wil alleen nog incidenteel contact en komt die afspraken vaak niet na. De grootouders hebben eens per maand een bezoek-afpraak met Layla.

In dit voorbeeld speelt zowel trauma- als gehechtheidsproblematiek. Het gehechtheidsprobleem zal deels door traumatische ervaringen ontstaan zijn, maar roept zelf ook weer traumatische ervaringen op. Het verhaal van Layla's leven is in grote lijnen bekend.

Gijs (zeven jaar)

Gijs wordt aangemeld met ernstige opvoedproblemen. Hij heeft extreme woede-uitbarstingen, 'om niks'. Het inslapen is vanaf babytijd nooit goed gegaan. Er is altijd boosheid en verzet. Het duurt uren voor hij slaapt. Zijn moeder ziet elke dag op tegen zijn bedtijd en als het kan doet vader het bedritueel met Gijs.

In vignet twee is het lastiger om de klachten, zoals de extreme woede-uitbarstingen en de in- en doorslaapproblemen te verbinden aan een trauma. Toch kan bij Gijs sprake zijn van een onderliggend trauma als verklaring voor de huidige problemen. Bij het afnemen van de ontwikkelingsanamnese is het daarom zinvol om de informatie die ouders geven vanuit het perspectief van henzelf en ook vanuit het perspectief van het kind te bekijken. In dit geval lijkt er sprake van een circulair proces: de onmacht van ouders en die van het kind hebben elkaar vanaf het prille begin versterkt. Let op de aanwezigheid van ervaringen van stress, (separatie)angst, machteloosheid en pijn.

Uit de anamnese van Gijs blijkt dat de ouders en Gijs zelf verstrikt zijn geraakt in een cirkel van machteloosheid. De moeder is wanhopig. Directe aanleiding voor aanmelding is een recente uitroep van Gijs: 'Ik wil eigenlijk wel gewoon dood!' Gijs laat zich kennen als een jongetje dat niet meer weet hoe hij het nog goed kan doen. Altijd wordt mamma boos en dan wordt hij zelf ook boos. Ook als hij aardig doet wordt zij weer boos. Over de dooduitspraak legt de therapeut hem uit dat ouders – als hun kind zoiets zegt – heel erg schrikken. 'Want als een kind echt doodgaat hebben zij geen kind meer.' De therapeut vertelt dat kinderen die dat roepen soms echt dood willen, maar soms ook eigenlijk iets anders bedoelen. Meteen schiet Gijs overeind: 'Ik had weer heel erge ruzie met mamma en toen wou ik eindelijk eens echt RUST!'

Het probleem speelt al vanaf de bevalling: Gijs sliep slecht in en door en ouders hadden vele doorwaakte nachten. In haar machteloosheid heeft de moeder dingen gedaan die ze schaamtevol vertelt: ze heeft Gijs te hard vastgepakt, geknepen en geslagen. Hem opgesloten in zijn kamertje. Thuis hulp van het consultatiebureau, Bachdruppeltjes of muziek van Mozart hielpen niet. Overdag was Gijs een opgewekt en innemend jongetje en dat maakte het onbegrip van de omgeving groot. Zijn vader kon en kan rustiger blijven en taken van zijn vrouw overnemen. Gijs is op school een gemiddelde leerling met een zwakke concentratie.

Verbinding van de klachten met het trauma

De volgende stap in de therapie is het leggen van de verbinding tussen de klachten en het trauma. Dit is het formuleren van de hypothese. In de EMDR gaat het om het zoeken naar zogenoemde disfunctionele cognities die zich hebben gevormd bij kind en ouders. Bijvoorbeeld: 'alle mannen zijn eng'; 'ik kan niet bestaan zonder mamma in mijn nabijheid'; 'ik ben een rotkind'; 'speeltuinen zijn gevaarlijk'. Bij het jonge kind is nog geen sprake van een mentale representatie. Het gedrag zoals je dat rechtstreeks waarneemt of zoals ouders dat beschrijven is het

uitgangspunt. Wat valt op met betrekking tot lichaamssensaties en emotieregulatie? Wat zijn situaties die het kind vermijdt of waar het juist tegen ageert? Wat zouden triggers kunnen zijn voor dit gedrag?

Layla

Het gedrag van Layla laat zien dat ze veel angst en onrust in zich heeft. Dit is vooral angst voor separatie en paniekaanvallen. Haar agressie naar andere kinderen en de poes kan het herhalen zijn van geweld waarmee ze in het verleden zelf is geconfronteerd of verwijzen naar een onvermogen om aandacht te delen. De extreme manier van contact maken kan duiden op een ernstig probleem in haar vaardigheid om zich te hechten. Het gaat hier om niet-geïntegreerde traumatische ervaringen.

Gijs

Zowel bij ouders als Gijs is er sprake van een disfunctionele kernopvatting. 'Wij zijn slechte ouders' en 'ik ben een heel stom kind'. Het gaat om cognities die zijn opgebouwd op basis van ervaringen die ze met elkaar hebben opgedaan. De huilbaby maakte de moeder machteloos, de machteloze moeder beangstigde de baby, de opgroeiende Gijs raakte met zijn moeder in een patroon waarbij op het moment van slapen een opeenstapeling van herinneringsbestanden wordt geactiveerd en er bij hen allebei een grote mate van machteloosheid opkomt.

Stabilisatiefase

Deze fase begint met het inschatten van de stabiliteit van ouders en kind. De zes testen uit de methodiek *Slapende Honden? Wakker maken!* (Struik, 2010) zijn hierbij goed bruikbaar: veiligheid, dagelijks leven, hechting, emotieregulatie, zelfbeeld, en de Notedop. Ouders hebben een belangrijke rol in de traumaverwerkingsfase en het vraagt een zorgvuldige afweging om te bepalen in hoeverre ze daartoe in staat zijn. Vaak willen ze voorrang geven aan de behandeling van hun kind ('als het met mijn kind goed gaat, gaat het met mij ook goed'). Wanneer een ouder niet voldoende beschikbaar kan zijn voor het kind tijdens de traumabehandeling, bestaat echter het risico van hertraumatisering. Een eigen EMDR-behandeling voor de ouder vooraf is dan een optie.

Layla

Met pleegouders en voogd wordt eerst gewerkt aan een veiligheidsplan volgens de *Signs of Safety*-methodiek (Turnell & Edwards, 1999) om ervoor te zorgen dat de actuele veiligheid is gegarandeerd. Layla's moeder en grootouders worden hier ook bij betrokken. Aan hen wordt gevraagd om aan Layla te vertellen dat zij het goed vinden dat Layla bij pleegouders blijft wonen, omdat zij zelf niet voor haar kunnen zorgen. En ook dat zij in de therapie alles mag 'vertellen' wat er is gebeurd. Dat kunnen ze doen in een direct gesprek of via een brief, passend bij hun mogelijkheden. Dit is een belangrijke stap, omdat Layla daarmee ruimte krijgt om loyaal te zijn aan haar moeder, haar grootouders en aan pleegouders. Met de pleegouders wordt besproken hoe ze het gedrag van Layla kunnen begrijpen en hanteren.

Gijs

Psycho-educatie aan Gijs en zijn ouders over de mogelijke invloed van trauma op de ontwikkeling van een kind geeft wat rust. De *Window of Tolerance* (Ogden & Minton, 2000) biedt hen een mooi raamwerk om het eigen gedrag te begrijpen. Nu ze hun emotionele uitbarstingen kunnen benoemen ('He Gijs, nu doe jij eigenlijk net zo als een leeuw! En mamma trekt zich terug als een hertje....') ontstaat meteen minder angst hiervoor. Ze krijgen meer grip op hun emoties en kunnen accepteren dat ze alle drie dezelfde machteloosheid ervaren en er niet één schuldige is. Beide ouders kiezen ervoor om eerst Gijs de EMDR te gunnen, maar de vraag is of de moeder in staat is om voldoende veilig te zijn voor hem tijdens de behandeling. De vader kan de rol van veilige hechtingsfiguur voor Gijs vormgeven in de therapie. De Notedoptest (Struik, 2010) helpt om hierover met hen een definitief besluit te nemen. Eerst de EMDR met Gijs en daarna mogelijk een EMDR-behandeling voor de moeder.

Traumaverwerkingsfase

Voor jonge kinderen bestaat binnen het EMDR-protocol een eigen variant in de vorm van het Verhaal Protocol (Lovett 1999; Beer & de Roos, 2008). Dat vormt het uitgangspunt van de traumaverwerkingsfase. Onderliggend houvast is het EMDR-basisprotocol (Schlattermann, 2006). Zolang het gaat over niet bewust trauma wordt het Verhaalprotocol gebruikt. Wanneer – volgens de levenslijn – de periode ter sprake komt waaraan het kind bewuste herinneringen heeft, wordt de overstap gemaakt naar het kinderprotocol (Beer & de Roos, 2013). EMDR bij preverbaal trauma activeert vooral emoties en lichaamssensaties. Dat komt overeen met de mogelijkheden van waarnemen in de ontwikkelingsfase waarin het kind het trauma oploopt. Herhaaldelijk is uit de reacties van jonge kinderen gebleken dat ook beelden bewaard zijn gebleven en cognities gevormd. Spelmateriaal kan worden ingezet als ondersteunende uitingvorm voor het kind tijdens de desensitisatie, als hulpmiddel om dissociatie te voorkomen of als extra manier om iets te verwerken door een thema uit te spelen.

De aanwezigheid van beide ouders bij de EMDR-sessies geeft de mogelijkheid om direct te werken aan het herstel van de gehechtheidsrelatie binnen de driehoek ouders-kind. De therapeut kan bijvoorbeeld in het verhaal de elementen benoemen die direct verstrend waren voor de veiligheid binnen de ouder-kindrelatie en die vervolgens herlabelen. 'Mamma vond het ook heel erg dat de dokter de kleine baby zo veel pijn deed terwijl zij hem vasthield. Maar de dokter zei: nee mamma, je moet hem echt vasthouden want de prik is nodig!' Niet zelden voegt het kind zich voor het eerst van zijn leven bij de ouder op schoot als een pasgeborene.

Layla

De informatie van alle betrokken volwassenen wordt gecombineerd. Beide pleegouders worden uitgenodigd om samen met de therapeut het verhaal te vertellen. Zo worden verwerking en de opbouw van de gehechtheidsrelatie gecombineerd. Het verhaal wordt gemaakt aan de hand van een tijdlijn.

Het verhaal over de eerste twee levensjaren wordt zodanig verteld dat Layla alle ruimte heeft om eigen ervaringen in zich te laten opkomen, vanuit het perspectief van de kleine baby. ‘We weten niet precies hoe het allemaal is gegaan, maar we weten wel dat mamma vaak boos was en in de war. Ze schreeuwde dan tegen de andere mensen in huis en dat moet voor de kleine Layla heel beangstigend geweest zijn. Misschien lag ze wel te denken dat mamma moest ophouden en naar haar moest komen; omdat ze nog niet kon praten ging ze misschien wel heel hard huilen. Het kan zijn dat ze soms echt heel lang lag te huilen zodat haar hele lijfje schudde en pijn deed en moe werd. We weten van mamma dat zij heel graag goed voor baby Layla wilde zorgen, maar niet wist hoe ze dat nou moest doen.’ Vanaf de leeftijd waarop pleegouders in beeld kwamen, kunnen zij meeververtellen, ook weer vanuit het perspectief van de kleine Layla.

Gijs

De eerste keer wordt EMDR bij Gijs geïntroduceerd als ‘tikjes die helpen om alle oude boosheid die in hem zit op te ruimen’. Zijn moeder begint met het verhaal bij de allereerste momenten na de bevalling en binnen een paar minuten verslapt Gijs. Hij hangt in zijn stoel en wordt als het ware een baby; een verschijnsel dat zich vaak voordoet bij preverbaal trauma. Het vermoeden bestaat dat het verwijst naar de ontwikkelingsfase waarin een kind nog niet kan reflecteren. Het is wat het voelt. Gijs verzucht dat hij zo graag wil liggen. In tegenstelling tot de standaard EMDR-procedure gaat de therapeut daar letterlijk op in: ‘bij wie wil je liggen?’ Deze lichamelijke nabijheid biedt een extra kans om direct in te spelen op de hechtingsrelatie. Gijs kiest voor zijn vader en legt zichzelf als een reuzenbaby ruggelings op diens schoot. Zijn ouders herkennen meteen deze voorkeurshouding vanuit de babytijd. Na een inleiding van zijn moeder neemt Gijs het zelf over. Hij lijkt heel ver weg wanneer hij tien minuten lang alleen maar aangeeft dat er mannetjes in zijn hoofd zijn die alle bergen oude boosheid eruit mikken. Hij ontspant zienderogen en draait zich uiteindelijk in een soort foetushouding bij zijn vader op schoot.

De therapeut vuurt eigenlijk een schot hagel af waarvan hij niet weet waar het terechtkomt. Aan de mogelijke veranderingen in het gedrag is af te lezen of ergens iets van trauma is geraakt en de herinneringsbestanden van hun lading zijn ontdaan, onschadelijk zijn gemaakt.

Gijs

Bij de tweede sessie vertellen ouders dat Gijs veel minder boos was in de week na de EMDR-sessie. Ze gaan ervan uit dat het wel toeval zal zijn. Gijs heeft uit zichzelf een tekening gemaakt van een poppetje dat uitroept: ‘ik wil al die boosheid ERUIT’. Dit is een mooi uitgangspunt voor het vervolg. Ouders vertellen het verhaal van de kleine Gijs opnieuw. De therapeut maakt ruimte voor de emoties, maar bijvoorbeeld ook voor het ontschuldigen van de ouders. (Bijvoorbeeld: ‘Mamma wist soms echt niet meer hoe ze de kleine Gijs stil kon krijgen. Een keer was ze zo wanhopig dat ze hem veel te hard vastpakte en schreeuwde dat hij moest ophouden. Kleine Gijs ging natuurlijk alleen maar harder huilen want hij snapte er niks van; en mamma ging ook huilen omdat ze zo schrok van wat ze deed. Want dat wilde

ze helemaal niet!’) Bij de positieve afsluiting – we zijn in de peutertijd van het verhaal – geeft hij spontaan zijn moeder een knuffel.

In de volgende sessie wordt duidelijk hoe psychotherapeutische interventies het EMDR-proces ondersteunen: de therapeut herkent de tegenoverdracht en gebruikt die om ouders te steunen. Zij geeft woorden aan wat zij ziet en ervaart. Zo blijft het thema in de kamer en is er verbinding tussen ouders, kind en therapeut, ondanks dat het kind niet lijkt mee te doen.

Gijs komt brullend in de armen van zijn vader binnen. Hij wil niks zeggen, hij wil naar huis. Als een verdrietige peuter snikkend. Ouders vertellen dat ze hem uit een spel met een vriendje hebben gehaald en daarover is hij boos. Ze zijn eerst heel ongemakkelijk hierover en reageren bozig tegen Gijs. Ze schamen zich tegenover de therapeut, maar zijn ook boos omdat Gijs het weer verpest. De therapeut benoemt de emoties die zij waarneemt. Naarmate de tijd vordert ervaart zij dezelfde (=hun?) machteloosheid en ouders raken een beetje opgelucht: ‘Dit is wat wij nou al jaren meemaken. Hij laat dat nooit bij anderen zien maar nu wel hier. Wat goed dat jij dat ook ziet.’ Intussen benoemt de therapeut aan Gijs hoe moeilijk het is om je boosheid te regelen: ‘Ik voel me boos omdat ik iets anders moet doen dan ik wil.’

Het dilemma hangt in de kamer: is meegaan in zijn wens nu toegeven (strijd) of het serieus nemen van zijn emoties en zoeken naar een oplossing? De therapeut stelt een grens: ‘we praten vandaag korter, maar we stoppen niet meteen.’ Gijs is te boos om te praten (Freeze modus uit de Window of Tolerance; Ogden & Minton (2000), maar wil wel tekenen. Twintig minuten na aanvang zullen we stoppen. Gijs gaat als een hondje op de deurmat zitten en huilt drenzerig verder. Met zijn ouders bespreekt de therapeut wat zij bij hen en Gijs waarneemt. Ze benoemt dat dit gedrag precies passend is bij de leeftijdsfase die aan bod kwam aan het slot van de vorige EMDR-sessie. Exact op de afgesproken tijd roept Gijs: ‘ja, we gaan.’ Onderweg naar de auto valt hij en brullend nemen ouders hem in de auto mee.

Integratiefase

Na de EMDR-sessies met kind en ouders is het noodzakelijk om met ouders de effecten te bespreken en hen te begeleiden in het vervolgproces. EMDR activeert herinneringsbestanden in de zogenoemde BASK-modaliteiten: *Behaviour, Affect, Sensation, Knowledge* (Braun & Bennett, 1998). Bij veel kinderen bij wie preverbaal trauma is bewerkt, worden hun emoties genuanceerder. Voor de EMDR-behandeling hadden ze maar twee emoties: boos of blij. Na de EMDR komt er ook ruimte voor verdriet, mauwen, zeuren, drenzen of hoe ouders het ook maar benoemen. De therapeut mentaliseert en geeft psycho-educatie over de positieve betekenis van deze regressie. In een aantal gevallen is er ook korte tijd sprake van een terugval in gedrag: brabbelen als in de babyfase, poepsmeren zoals in de peuterfase, afwijkende motoriek (op de tenen lopen zoals bij de eerste loopervaringen). Gebleken is dat dit altijd tijdelijk is. De ouders ervaren vaak meer genegenheid en openheid naar het kind. Het advies aan ouders is om te luisteren naar de (nieuwe) impuls van hun intuïtie. ‘Neem de tijd om te ervaren hoe ook dit kind zich tegen je aan kan vleien op de bank. Ga uit van een inhaalslag en stem je opvoedaanpak af.’ Psycho-educatie voor leerkracht en huisarts is in deze fase belangrijk.

Layla

De EMDR wordt gedaan in drie sessies, om de twee weken. Elke sessie start bij de zwangerschap. Pleegouders sturen na elke keer per e-mail een kort verslag van het gedrag dat Layla heeft laten zien. Dit is weer een aanknopingspunt voor de volgende sessie. Meteen na de eerste sessie vertellen zij dat Layla geen boze bui meer had, maar wel veel huileriger en kwetsbaarder was. Ze zocht hun nabijheid en leek die veel intenser te beleven dan eerder. Als een kleine baby kroop ze bij hen en ze genoot als pleegouders meegingen in het spel 'we doen net of Layla nog een baby'tje was.' In zes tweewekelijkse pleegouderkindsessies wordt de afstemming op elkaar begeleid. Nadruk ligt op de onderlinge relatie. Hiermee wordt de weg vrijgemaakt om de gehechtheidsrelatie uit te bouwen en groei te stimuleren (CPP).

Gijs

Sessie vier is een gesprek met beide ouders met als startpunt hun beleving van de vorige sessie. Het mentaliseren, benoemen van de emoties van hen en van hun zoon, heeft hen goed gedaan. Ze voelen zich erkend in hun machteloosheid en begrijpen de uitleg over de parallel tussen het gedrag van Gijs en de ontwikkelingsfase waarop de laatste EMDR stopte. De rust en veiligheid van de therapeut stelden hen in staat die ook zelf te bieden aan hun zoon. Gijs is na thuiskomst eigenlijk heel rustig gebleven terwijl zij beiden verwachtten dat hij een enorme woedebui zou krijgen. Dat maakt dat het gevoel van strijd voor hen veel minder aanwezig was. De rest van de week verliep zonder veel problemen.

De moeder vraagt om een eigen EMDR-behandeling nu ze merkt hoeveel rust het haar zoon geeft. In twee sessies worstelt ze met schaamte en schuldgevoelens. Er komt ook ruimte voor goede herinneringen aan de eerste tijd met Gijs. Ze rekent af met de boosheid op zichzelf ('ik heb gedaan wat ik kon') en ontwikkelt verdraagzaamheid jegens Gijs.

Het is waardevol om een aansluitende EMDR van de ouder te laten doen door dezelfde therapeut. Het trauma dat bewerkt gaat worden, belemmert de ouder in het vormgeven van een goed ouderschap. Ook in dit proces is het essentieel om alert te zijn op mogelijke onderliggende trauma's die geactiveerd kunnen worden door de EMDR, of een goede verwerking in de weg kunnen staan. Soms zal een verwijzing voor een uitgebreide eigen psychotherapie nodig zijn.

Als de EMDR is afgerond, is er vaak sprake van een versnelde inhaalslag: het psychoanalytisch ontwikkelingsmodel biedt een heldere kapstok om samen met ouders het kind te begeleiden. Zoals uit het volgende voorbeeld blijkt, lijkt het kind ook in zijn gedrag te herstellen vanaf de babyfase.

Gijs

De moeder vertelt dat Gijs voor het eerst tegen haar aankruipt bij de tv en dan even haar baby'tje wil zijn. Ze heeft een speen in zijn schoen laten doen door Zwarte Piet nu ze zich is gaan realiseren dat Gijs altijd sabbelt op alle touwtjes en manchetten van zijn jas of trui: hij gebruikt hem een week en stopt vervolgens alle gesabbel. Ze merkt dat Gijs aardige dingen doet voor haar zonder duidelijk winstbejag. Hij verdraagt de separatie wanneer zij hem

naar bed brengt. Een boze bui reguleert hij door in zijn kamer-tje af te koelen. Er is meer positieve aandacht tussen Gijs en zijn moeder. Zijn kleine zusje verliest haar moeder een beetje, maar vader is nu meer beschikbaar voor haar. Het gezin doet voor het eerst spelletjes met zijn vieren en moeder is zelfs meegegaan om te zwemmen. Zowel Gijs als zij zochten in het water spontaan lichamelijke contact. Ze kan voorzichtig genieten van deze momenten. Ze is nog bang dat de rust en intimiteit over zijn zodra ze daar woorden aan geeft. Vader voelt zich vooral bevrijd van een grote last als redder van het gezin.

De uitgebreidheid van deze laatste fase verschilt per kind en gezin. In sommige gevallen zal een aanvullend individueel traject met het kind nodig zijn, een aantal gezinssessies of juist een mediatietherapie waarin ouders ondersteund worden in hun afstemming op het kind. In alle gevallen is het een zoeken naar een nieuw evenwicht, zowel intra- als interpersoonlijk.

Discussie

In dit artikel wordt een behandelmethodiek geïntroduceerd voor preverbaal trauma. Preverbaal trauma is trauma dat kan ontstaan wanneer een kind negatieve ervaringen meemaakt op een leeftijd waarop het nog niet in staat is tot verbale communicatie. De Ouder-Kind-Trauma-Therapie (OKTT) biedt een nieuw perspectief in het aanbod van therapeutische behandelingen voor (jonge) kinderen bij wie preverbaal trauma een rol speelt. Het is een combinatie van de behandeling van trauma, maar ook van de gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind door integratie van twee bestaande therapievormen. Binnen de EMDR worden de herinneringsbestanden van lichaamssensaties en emoties expliciet geactiveerd waardoor een optimale verwerking mogelijk is. De CPP helpt ouders en kind om de gehechtheidsrelatie opnieuw in te kleuren. Er ontstaat ruimte voor herstel van de gehechtheidsrelatie en het oppakken van leeftijd-passende ontwikkelingsstaken. Deze methode is ontwikkeld in de klinische praktijk van de auteur. Ter toelichting is gebruikt gemaakt van casuïstiek uit de praktijk van de auteur.

De beschreven methodiek is weliswaar opgebouwd uit *evidence-based* componenten (zoals EMDR en CPP), maar is in de huidige combinatie nog *practise based*. Erkenning voor het bestaan van preverbaal trauma en de betekenis ervan staat nog in de kinderschoenen en de toepassing van EMDR voor deze doelgroep is experimenteel. Veranderingen dan wel verbeteringen in het gedrag van de kinderen worden nu nog slechts beoordeeld aan de hand van rapportage van ouders en de waarneming van de behandelaar. De praktijk laat zien dat het hier gaat om een aanbod op een terrein en voor een doelgroep waarvoor nog nauwelijks behandelingen zijn. De aanpak focust op zowel de snelle aanpak van het trauma als op het bevorderen van een gezonde gehechtheidsrelatie tussen ouder en kind. We zien dat binnen een relatief kort tijdsbestek een positief effect wordt bereikt. Ouders, kinderen en behandelaars groeien van het mooie resultaat. Er wordt inmiddels gewerkt aan het verder onderzoeken en onderbouwen van deze methodiek.

De toekomst

Om deze methodiek *evidence based* te maken is het allereerst noodzakelijk dat er een praktijkboek beschikbaar komt waarin de methodiek zodanig beschreven is dat er een eenduidige uitvoering mogelijk is. Prof. dr. Hedwig van Bakel, bijzonder hoogleraar Infant Mental Health bij Tilburg University, is betrokken bij het beschrijven van de methodiek en zal het initiatief nemen voor wetenschappelijke onderbouwing van OKTT. Wetenschappelijk onderzoek naar de effectiviteit van de methodiek, met goede voor- en nametingen, is van belang voor het *evidence based* maken van de methodiek en voor het in kaart brengen van de werkzame factoren. Deze initiatieven zijn nog in een te pril stadium om hierover in dit artikel meer informatie te geven.

Auteur

Marianne A.T. Went, klinisch psycholoog, psychotherapeut, systeemtherapeut en supervisor EMDR (volwassenen en kinderen/jeugd), KJP polikliniek Herlaarhof, Vught, team voor traumabehandeling van infants, kinderen, adolescenten en volwassenen. Daarnaast vrijgevestigd psychotherapeut. Correspondentieadres: marianne.went@gmail.com

Dit artikel werd in een andere vorm eerder gepubliceerd in het Tijdschrift van de Vereniging voor Kinder- & Jeugd Psychotherapie, 40e jaargang, nummer 2, 2013.

Literatuur

- Beer, R., & de Roos, C. (2013). Systeemtherapie en EMDR, een goed koppel. *Systeemtherapie*, 25 (1), 6-18.
- Beer, R., & de Roos, C. (2008). EMDR bij kinderen en adolescenten; een nieuw perspectief. In E. ten Broeke, A. de Jong & Oppenheim, H. (red.), *Praktijkboek EMDR* (pp. 379-406) Amsterdam: Harcourt.
- Beer, R., & de Roos, C. (2013). Basisprotocol EMDR voor jonge kinderen. Te raadplegen op: www.emdr.nl (ledensite Vereniging EMDR Nederland).
- Braun, M.D., & Bennett, G. (1998). The BASK Model of Dissociation, 1, (2), 016-023.
- 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 Press.
- Jongh, A. de, & Ten Broeke, E. (2003). *Handboek EMDR. Een geprotocolleerde behandelmethodede voor de gevolgen van psychotrauma*. Lisse: Swets en Zeitlinger.
- Lieberman, A.F., & Van Horn, P. (2008). *Psychotherapy with infants and young children*. New York: Guilford Press.
- Lovett, J. (1999). *Small wonders; healing childhood trauma with EMDR*. New York: Free Press.
- Lyons-Ruth, K. (2003). Dissociation and the parent-infant dialogue: a longitudinal perspective from attachment research. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 51, 883-911.
- Landelijke stuurgroep multidisciplinaire richtlijnen in de GGZ (2007). *Multidisciplinaire richtlijn angststoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Ogden, P.M.A., & Minton, K. (2000). Sensorimotor Psychotherapy: one method for processing traumatic memory. *Traumatology*, VI, (3), Article 3.
- Schlattmann, N. (2006). EMDR en de allerkleinsten, een gevalbeschrijving. *Kinder- & Jeugdpsychotherapie*, 33, (3), 25-37.
- Schuder, M.R., & Lyons-Ruth, K. (2004). Hidden trauma in infancy. In J.D. Osofsky (red.), *Young children and trauma*. New York/London: The Guilford Press.
- Struik, A. (2010). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor vroegkinderlijk chronisch getraumatiseerde kinderen*. Lisse: Pearson.
- Turnell, A., & Edwards, S. (1999). *Signs of Safety, a solution and safety oriented approach to child protection casework*. New York: Norton.
- Went, M. (2009). Ik kijk echt met andere ogen. In H. Hornsveld & S. Berentsen (red.), *Casusboek EMDR* (pp. 129-143). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.