

Traumabehandeling bij een jongen met een LVB, ASS en psychosegevoeligheid

Andries Schilperoord¹

¹ GZ-psycholoog bij 's Heeren Loo – Andries.Schilperoord@sheerenloo.nl

Met dank aan mijn medetherapeut Joyce van Wingerden, de ambulante begeleiders die als hulphtherapeut werden ingezet en vooral dank aan de moeder van Matthew en Matthew zelf.

INLEIDING

Sinds Francine Shapiro tijdens een boswandeling merkte dat de oogbewegingen die ze maakte door de flikkering van het licht haar hielpen de stress te verminderen van storende gedachten, is er heel wat gebeurd. EMDR is niet meer weg te denken; het is een van de meest toegepaste vormen van behandeling. Aanvankelijk ontwikkeld en verfijnd voor traumabehandeling, wordt het nu voor een veelheid aan stoornissen en klachten ingezet. Er komt ook steeds meer ervaring in het inzetten van deze behandelvorm bij een variatie aan doelgroepen. Want hoe eenduidig het protocol ook is, veel cliënten hebben toch een benadering op maat nodig. In dit artikel wordt besproken welke aanpassingen er gemaakt zijn in de behandeling bij Matthew, een jongen met het Prader-Willi syndroom en een autismespectrumstoornis (ASS), functionerend op het niveau van een licht verstandelijke beperking (LVB, IQ rond de 60).

WIE IS MATTHEW EN WAAROM HEEFT HIJ BEHANDELING NODIG?

Matthew is een vrolijke, leergierige, 17-jarige jongeman met gevoel voor humor. Hij groeit op in een betrokken gezin samen met beide ouders en een oudere zus en broer. Matthew vindt zijn ZMLK-school leuk en wil graag leren. Hij vindt lezen en vooral rekenen leuk. Ook houdt hij van muziek. School staat voor hem bovenaan. Daar kwam echter helaas verandering in.

Matthew had last van sommige andere leerlingen die hem konden uitschelden of zelfs slaan en schoppen. Matthew is zelf een lieve jongen, goudeerlijk en behulpzaam; hij snapte dan ook niets van deze situaties. Matthew ontwikkelde dwangklachten. Hij vroeg duizen-

den keren waarom die jongens dat deden en waarom de meester niet ingreep. Hij kon het niet meer loslaten. Het lukte Matthew niet om met het onrecht om te gaan.

Een cognitieve behandeling met werkbladen zoals het boekje 'Zelfregulatie bij jongeren met ASS' (Bartels, 2019) is ontwikkeld voor normaalbegaafde jongeren met ASS zou hem vanwege de verstandelijke beperking overvragen. Daarom werd aanvankelijk ingezet op speltherapie met het idee dat hij zijn lastige ervaringen zou kunnen verwerken in spel. Dit bleek echter averechts te werken: Matthew werd er verwarder van, mogelijk omdat, samenhangend met zijn ASS, zijn verbeeldingsvermogen beperkt is.

Het lukte uiteindelijk niet meer om naar school te gaan. En hij werd zo angstig en verward van wat hij allemaal had meegemaakt, dat hij op een gegeven moment psychotische klachten ontwikkelde. Na inzet van medicatie en door de heilzame werking van vakantie en een periode zonder school, namen de psychotische symptomen snel af en ook was hij minder dwangmatig bezig met de gebeurtenissen. Na de vakantie gaat Matthew weer naar school, maar al snel herinnert een incident hem aan de eerdere gebeurtenissen. Het nieuwe incident vormt een trigger en in korte tijd is er een ernstige verslechtering te zien. Hij begint te hallucineren (visueel, maar vooral auditief), waarbij hij ruzies en boze mensen meent te zien en te horen, en hij wordt erg achterdochtig (denkt bijvoorbeeld dat mensen achter de deur luisteren), heeft wraakgevoelens, is geagiteerd en boos. Ophoging van medicatie helpt onvoldoende en bovendien krijgt hij last van allerlei bijwerkingen. De psychotische klachten zijn, zoals vaker, verbonden aan stress en heftige emoties (Van den Berg et al., 2017). De stemmen die Matthew hoort zijn begonnen

na, en houden verband met, de traumatische ervaringen. Matthew voldoet aan de criteria voor een Andere gespecificeerde psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis. Hij voldoet niet aan het A-criterium, maar wel aan alle andere criteria voor PTSS. Er wordt daarom besloten tot traumabehandeling door middel van EMDR met als doel afname van deze symptomen.

BOX 1: EMDR EN WERKGEHEUGENBELASTING

Bij EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing) focust een cliënt zich op de emotioneel beladen geheugenbeelden, terwijl het werkgeheugen onder druk komt te staan door het uitvoeren van een andere taak, zoals het uitvoeren van oogbewegingen. Hierdoor ontstaat er een soort van afstand tot het herinneringsbeeld. Er vindt een 'verval' (desensitization) van de herinneringsbeelden plaats, waarmee de herinnering steeds meer de emotionele lading verliest als deze naar het langetermijngeheugen wordt weggeschreven. Tegelijk wordt de negatieve kerngedachte (bijvoorbeeld: ik ben waardeloos, of: het is allemaal mijn schuld) omgebogen naar een positieve kerngedachte (reprocessing) (Beer & De Roos, 2017). De behandeling kan afgerond worden als de spanning, gemeten met een subjectieve schaal van 0 tot 10, is teruggebracht naar 0 en de positieve overtuiging op een schaal van 1 tot 7 op 7 zit, wat staat voor volledig geloofwaardig.

Bij mensen met een LVB zal het werkgeheugen echter snel overbelast worden. Het is zaak dat de afleidende taak voldoende werkgeheugenbelasting geeft, zonder de cliënt te overvragen. Bij een te hoge werkbelasting zal de EMDR niet soepel lopen; de cliënt wordt te snel uit de herinnering gehaald of raakt juist overspoeld. Bovendien kan bij overvraging van het werkgeheugen de vaak al diep genestelde overtuiging "ik ben dom" geactiveerd worden, waardoor juist een negatieve kernovertuiging bevestigd zou worden.

Omdat eerdere therapie averechts heeft gewerkt, na speltherapie raakte Matthew immers meer verward, zijn de ouders van Matthew (terecht) erg voorzichtig. Het is duidelijk dat Matthew behandeling nodig heeft, maar een goede voorbereiding is noodzakelijk. De behandeling moet echt aansluiten, de ouders moeten Matthew goed kunnen begeleiden en ondersteunen en zij moeten zelf ook vertrouwen krijgen in de behandeling om dit vertrouwen uit te kunnen stralen naar Matthew.

AANPASSINGEN OP HET STANDAARD EMDR-PROTOCOL

EMDR lijkt een passende behandelvorm. Uit onderzoek blijkt dat dit effectief ingezet kan worden bij mensen met een LVB, ASS en PTSS, en ook bij mensen met psychotische klachten (Van den Berg et al., 2017; Leuning, 2017; Mevissen, 2017). De therapeut maakt op basis van de huidige klachten en de gebeurtenissen uit het verleden een behandelplan. Dit wordt meerdere keren besproken en aangepast in overleg met ouders.

- Er wordt overlegd over hoe de therapeut het beste kennis kan maken met Matthew en hoe Matthew het

beste uitleg gegeven kan worden over de behandeling. Er wordt voor gekozen om enkele dagen voor de start van de behandeling bij Matthew thuis kennis te maken. Dit is in zijn vertrouwde omgeving, waarbij de therapeut ook aandacht heeft voor de leuke en gezonde kanten van Matthew. De therapeut leert zo ook de kat en de hond van Matthew kennen, vooral de kat is erg belangrijk voor Matthew. In deze vertrouwde omgeving lukt het Matthew om te vertellen dat hij last heeft van wat er op school is gebeurd. Matthew krijgt uitleg over de traumabehandeling, in hoofdlijnen wordt uitgelegd hoe dit gaat. Hoewel Matthew veel keren dezelfde vragen blijft stellen ("Maar hoe kan dat dan, dat dat helpt?") lijkt hij ook wat rustiger te worden en ontwikkelt er zich enig vertrouwen.

- Er wordt gekozen voor een zeer intensieve aanpak: in 2 weken tijd krijgt hij zo'n 10 EMDR-sessies. Onderzoek wijst uit dat dit niet alleen effectief is, maar bovendien dat er lagere tussentijdse uitval is (Van Woudenberg et al., 2018). Doordat de sessies snel op elkaar volgen, is er minder kans dat de spanning tussendoor weer stijgt, wat ontmoedigend kan werken en tussentijdse uitval kan veroorzaken. Het is van belang dat Matthew de behandeling werkelijk afmaakt om een nieuwe faalervaring te voorkomen.
- Uiteraard is zo'n intensief traject zeer zwaar. In deze periode heeft Matthew even geen dagbesteding en krijgt hij extra ambulante begeleiding.
- We kiezen voor de EMDR-verhalenmethode, vanwege de verstandelijke beperking en de ASS-problematiek. Deze methode werkt goed als er beperkingen in gesproken taal zijn (Leuning, 2017).

BOX 2: EMDR-VERHALENMETHODE

De EMDR-verhalenmethode is ontwikkeld voor mensen die last hebben van preverbaal trauma. Omdat de cliënt geen woorden heeft voor wat er gebeurd is, stelt de therapeut samen met de ouder het verhaal op, waarbij de veronderstelde beleving van de cliënt van de gebeurtenissen centraal staat. Het verhaal heeft een vaste opbouw met een positief begin, het middendeel dat inzoomt op de traumatische ervaringen en het einde van het verhaal dat de positieve afloop beschrijft en de positieve overtuigingen benoemt. Bij mensen met een verstandelijke beperking en mensen met ASS is deze methode goed toepasbaar; zij hebben immers, net als mensen met preverbaal trauma, vaak moeite om woorden te geven aan wat er gebeurd is.

- Het traumaverhaal wordt geschreven op basis van alles wat Matthew de afgelopen tijd hierover aan moeder heeft verteld. Helaas is de leerkracht niet bereikbaar om meer informatie aan te leveren. Binnen

het traumaverhaal is er veel aandacht voor de cognitieve shift die gemaakt moet worden. Matthew blijft immers rumineren over dezelfde onbeantwoorbare vragen.

- Extra aandacht is er vooraf om te onderzoeken welke afleidende stimuli het beste zullen werken voor Matthew (Mevisen, 2017). Tijdens de kennismaking doet de EMDR-therapeut al even voor hoe de oogbewegingen en afwisselend tikken op de knieën werken. Het valt op dat het voor Matthew heel moeilijk is om handbewegingen te volgen met zijn ogen. Vooraf wordt aan moeder gevraagd of Matthew kan spellen (dat kan hij niet) of rekenen (dat kan hij en vindt hij leuk: optellen aftreksommen tot ongeveer 30). Om extra werkgeheugenbelasting te geven kunnen dus extra sommen opgegeven worden.
- Er wordt gekozen voor de inzet van hulptherapeuten. Dit idee is ontwikkeld in de gesloten jeugdzorg (Groot et al., 2022). Jongeren die in de gesloten jeugdzorg verblijven voelen zich vaak ontheemd en onthecht, vinden het moeilijk om over hun gevoelens te praten en hebben weinig vertrouwen in anderen. Deze combinatie maakt het lastig voor jongeren om traumabehandeling aan te gaan. Wanneer de jongere aangeeft open te staan voor traumabehandeling, blijft het vaak lastig om dit alleen, zonder extra steun van 'supporters', aan te gaan. Een hulptherapeut kan een jongere steunen en aanwezig zijn tijdens de traumabehandeling en de jongere helpen reguleren (co-regulatie) (Groot et al., 2022). In het geval van Matthew wordt gekozen voor twee hulptherapeuten: de moeder zal het traumaverhaal voorlezen, de EMDR-therapeut zit voor Matthew en zal afleidende stimuli geven, terwijl één van de ambulante begeleiders achter Matthew staat en hem op zijn schouders tikt als extra afleiding / werkgeheugenbelasting. Bij grote bewegingsonrust (wiegen) of opkomende boosheid kan deze begeleider hem ook wat steviger vasthouden en door middel van druk op zijn schouders hem helpen rustiger te worden (co-reguleren).
- De hulptherapeuten worden voorbereid op het ondersteunen van zogenoemde 'interweaves' (Groot et al., 2022) om hen niet te overvallen. Zie box 3 voor een toelichting op cognitieve interweaves bij Matthew.
- Er is aandacht voor moeder die, door de heftigheid van de klachten en het wegvallen van school, erg belast is geraakt. Moeder moet in staat zijn om het trauma-

verhaal goed voor te lezen en niet zelf emotioneel te raken. Traumabehandeling voor moeder wordt overwogen, maar blijkt (nu) niet nodig te zijn. Doordat we intensief aan het werk zijn met het traumaverhaal, en moeder het om te oefenen al meerdere keren heeft voorgelezen, is de spanning voor moeder voldoende van het verhaal af om de behandeling als hulptherapeut vorm te kunnen geven.

- Ook wordt nagedacht over hoe we elke sessie goed kunnen afsluiten (Beer, 2017). Naast het vieren van de successen (met een 'boks') en benoemen van de krachten door moeder, kan gebruikgemaakt worden van het gegeven dat Matthew dol is op kwartetten. Na elke sessie belonen we onszelf, Matthew, moeder, begeleider en therapeut, met een potje kwartetten.

BOX 3: COGNITIEVE INTERWEAVES

Een cognitieve interweave is een korte vraag waarmee een nieuw functioneel perspectief toegankelijk wordt gemaakt. Zo is Matthew ervan overtuigd dat de meester ook boos op hem is en deze overtuiging lijkt erg vast te zitten. Daardoor blijft de spanning hoog. Er is dus sprake van een zogenaamde 'blocking belief'. Hier volgt een voorbeeld:

Therapeut: Heeft Matthew iets verkeers gedaan?

Matthew: Nee.

Therapeut: Hou dat vast.

(verder met afleidende stimuli)

(...)

Therapeut: Is de meester boos op Matthew?

Matthew: Ja.

Therapeut: Wat denk jij moeder: is de meester boos op Matthew?

Moeder: Nee, de meester is echt niet boos op Matthew.

Therapeut: (begeleider) Linda, denk jij dat de meester boos is op Matthew?

Linda: Nee natuurlijk niet, Matthew heeft niets verkeers gedaan.

Therapeut: Matthew, is de meester boos op jou?

Matthew: Ik denk het niet dan, nee.

Therapeut: Hou dat vast.

(verder met afleidende stimuli)

DE BEHANDELING

Zoals genoemd gaan we met de EMDR-verhalenmethode en de inzet van twee hulptherapeuten (moeder en begeleider) aan de slag. Een aantal sessies wordt gedaan door een andere EMDR-therapeut, vanwege agendatechnische redenen. Daarbij heeft een tweede EMDR-therapeut ook als voordeel dat Matthew het verhaal ook deelt met weer iemand anders, waardoor de lading steeds meer van de

herinnering afgehaald kan worden. Niet alleen het vaker aanhoren van het traumaverhaal, maar juist bij wisselend publiek, met net andere nuances en accenten, kan ervoor zorgen dat zoveel mogelijk associatiesporen bewerkt worden.

Tijdens de eerste sessie wordt verder uitgeprobeerd welke afleidende stimuli voor Matthew goed werken. Het volgen van de vingers met zijn ogen bleek tijdens de voorbereiding al voor Matthew te ingewikkeld. Buzzers (kleine tril-apparaatjes) in de handen, tikken op de knie en tikken op de schouders door de hulptherapeut werken wel goed. Bij moeilijke gedeeltes is er soms extra afleiding nodig. Sommigen blijken dan inderdaad goed te werken, maar het luistert nauw wat voor soort sommen hij kan maken. Het moet hem immers helpen om zijn werkgeheugen te activeren, het moet geen faalervaring worden. Door de oplopende emoties lukken sommen die hem normaal gesproken wel lukken nu niet. De tweede sessie wordt op film opgenomen zodat de tweede EMDR-therapeut goed ziet welke afleidende stimuli (hoe snel tikken, welke sommen) goed werken. De spanning die de herinnering oproept (SUD - Subjective Units of Disturbance) wordt uitgevraagd aan de hand van een plaat met 10 cijfers en 3 tekeningen (<https://www.silverkit.nl/sud-voc-volwassenen>). Matthew blijkt goed aan te kunnen geven hoe hoog zijn spanning zit.

De behandeling verloopt in zijn algemeenheid goed. De spanning van de herinnering daalt langzaam, maar gestaag. Het verhaal wordt tussendoor steeds aangepast. Matthew vertelt spontaan nog een gebeurtenis die verwerkt wordt, een fout wordt rechtgezet (naam van een andere jongen) en ook een formulering die volgens Matthew niet klopte, wordt zo aangepast dat het voor hem wel klopt. Zo wordt de zin "Dat vond Matthew niet leuk" veranderd in "Dat vond Matthew helemaal niet leuk". Steeds wordt gevraagd welk onderdelen van het verhaal nu nog het naaste zijn, waarna er extra aandacht is voor die onderdelen.

Wat Matthew enorm dwarszit, is dat hij zich zo machteloos heeft gevoeld. Waarom heeft de meester niets gedaan? Cognitieve interweaves 'pakken' niet altijd direct, maar als de retorische vragen eerst aan moeder en de ambulante begeleiders worden voorgelegd, kan Matthew er toch in meegaan ("eigenlijk wel ja", waar hij eerder "nee" zei). Uiteindelijk lukt het hem om te aanvaarden dat de meester niet boos op hem is, dat de meester heus wel een plannetje had, heus wel zag wat er gebeurde, en het uiteindelijk ook heeft opgelost, want de jongens zijn later van

school gegaan. Maar het belangrijkste is dat Matthew heel vaak hoort dat hij gelijk had. Die jongens hoorden dat niet te doen. En het is logisch dat Matthew er last van had. Wel kan Matthew nog wat leren. Hij kan soms denken: "Laat maar gaan." Het bijbehorende wegwuifgebaar werkt goed voor Matthew. De spanning daalt van 10 naar 2 en blijft op dat niveau hangen. Matthew kan zonder al te veel spanning stilstaan bij wat er gebeurd is. Hoewel het niet leuk was, kan hij aanvaarden wat er gebeurd is en hij heeft het niet meer nodig om dwangmatig te blijven vragen waarom alles gebeurde. Moeder geeft aan dat Matthew thuis vrolijker is. Hij heeft meer ruimte in zijn hoofd en Matthew is helder, niet meer verward. Er zijn geen hallucinaties meer. In die zin is de behandeling geslaagd.

NIEUW BEHANDELDOEL EN COMPLICATIES

Wat echter wel blijft hangen, is heel veel boosheid naar de meester en Matthew wil echt niet meer naar school. Dus, hoewel de stress, de (rand)psychotische klachten en het dwangmatig vragen blijven stellen zijn verdwenen, zou het fijn zijn als Matthew ook geen last meer heeft van boosheid en ook de vermijding doorbroken wordt. Ingeschat wordt dat het 'Woede, Wrok, Wraak-protocol' (Veerbeek & Ten Broeke 2017) te verwarrend zal zijn voor Matthew, zoals ook speltherapie voor hem te verwarrend was. Binnen dit WWW-protocol wordt in fantasie gevoelsmatig afgerekend met degene waar de woede op gericht is, waarbij de spanning, vergelijkbaar met EMDR, hierop zal dalen. Maar Matthew heeft, samenhangend met de ASS, moeite met het ontwarren van fantasie en realiteit. Bovendien wordt ingeschat dat Matthew mogelijk zijn boosheid dan niet meer in de hand kan houden.

Om de vermijding van school te doorbreken, wordt besloten om Matthew meer exposure te bieden, bijvoorbeeld door de traumabehandeling op school te laten plaatsvinden, of de leerkracht te betrekken bij de behandeling. Zodra dit besproken wordt met Matthew, ontregelt Matthew echter ernstig. Hij geeft direct aan dat de spanning op 10 zit en raakt vervolgens uit contact. Hij begint hard te lachen, maar er is paniek zichtbaar in zijn ogen. Pogingen om hem weer rustig te krijgen mislukken; het lukt hem niet meer om op afleidende stimuli te letten en geruststellende woorden komen niet meer binnen. Een arts die op de afdeling aanwezig is, verstrekt hem ter plekke Lorazepam, en we besluiten om te stoppen met praten en proberen door meerdere potjes kwartetten Matthew weer terug te halen naar het hier-en-nu. Dat lukt. Matthew

noemt dat hij hard lachte, maar het echt niet leuk vindt. Dit is een teken dat Matthew weer helderder is.

In overleg met ouders wordt besloten dat we de traumabehandeling voortzetten, maar dan gericht op de oorspronkelijke symptomen: de spanning die de herinneringen oproepen. Het doel is niet meer dat Matthew terug zal keren naar school, maar er wordt gekoerst op een passende dagbesteding. Matthew is opgelucht als hij dit hoort. De volgende sessies daalt de spanning weer snel. Aangezien de blootstelling aan de leerkracht blijkaar toch te beangstigend is voor Matthew, wordt de leerkracht benaderd met het verzoek een briefje te schrijven. Die doet dat en schrijft een heel mooi briefje aan Matthew met daarin ook een excuus: “Het spijt me dat je er zo veel last van hebt gehad.” En de bevestiging: “Je hebt gelijk Matthew, wat deze jongens deden was niet goed. En jij hebt niets verkeerd gedaan.” Door de geslaagde EMDR-behandeling is het voor Matthew haalbaar om het briefje te zien zonder dat hij ontregelt (eerder was het noemen van de naam van de leerkracht al voldoende voor een paniekaanval). Matthew vindt het fijn de erkenning te krijgen in het briefje en kan het hierdoor afsluiten. De angst- en dwangklachten zijn voorbij en Matthew is weer in staat om de draad van zijn leven weer op te pakken. We zijn allemaal moe maar tevreden met het resultaat.

Weken later geeft moeder aan dat het effect aanhoudt, Matthew heeft het naar zijn zin op de dagbesteding en Matthew is weer de oude, leuke, vrolijke en gezellige jongen die hij vroeger was. “Je hebt mijn kind beter gemaakt”, zo zegt moeder. Ik antwoord: “Dat hebben we sámen gedaan.” En eigenlijk vind ik het nog het knapst van Matthew, die ondanks de last die hij ervan had, het hele behandeltraject heeft volgehouden.

CONCLUSIE

Bij traumabehandeling bij jongeren zoals Matthew, die naast alle leuke eigenschappen extra ingewikkeldheden hebben zoals een LVB, ASS en psychosegevoeligheid, is het van belang om aanpassingen te maken op het EMDR-standaardprotocol.

Allereerst is er een stevige investering geweest in de aanlooperperiode, voorafgaand aan de eigenlijke behandeling. De kennismaking is van groot belang om vertrouwen en hoop te creëren, maar ook om de nodige informatie te verkrijgen, bijvoorbeeld over leuke hobby's (kwartetten wat ingezet wordt als afsluiting) en interesses (rekenen, wat ingezet wordt als afleidende stimulus).

De EMDR-verhalenmethode is goed toepasbaar op jongeren met een verstandelijke beperking. Er is veel tijd besteed aan het goed schrijven en steeds tussen sessies door aanpassen van het verhaal.

Om goed de vaart erin te houden is ervoor gekozen om gedurende twee weken dagelijks een EMDR-sessie te doen, wat goed uitpakte.

De inzet van in dit geval twee hulptherapeuten, moeder en een ambulant begeleider, was buitengewoon nuttig, zowel voor de werkgeheugenbelasting, als voor de hulp bij het maken van een cognitieve switch, het ervaren van veiligheid, voor co-regulatie en voor het positief afsluiten. Daarnaast was het enorm helpend dat moeder, die Matthew als geen ander kent, goed mee kon denken over welke negatieve cognities een rol speelden en waar de spanning precies zat, zodat hier steeds op ingezoomd kon worden.

In deze situatie was het ook helpend dat er ter plekke de mogelijkheid was voor inzet van aanvullende medicatie om ontregeling direct op te kunnen vangen.

De intensieve aanpak had een goed resultaat: de maandenlange klachten met forse lijdensdruk zijn na twee intensieve behandelweken, ondanks een spannende tussentijdse terugval, verdwenen.

REACTIE VAN MOEDER AAN DE THERAPEUT

“Al gauw merkte ik dat er goed contact tussen jou en Matthew was, je stevig in je schoenen stond, rustig en zelfverzekerd overkwam. Wat voor Matthew echt van belang is. In eerste instantie vond ik het best lastig om het hele verhaal zonder te veel emoties voor te lezen, maar omdat jij mijn vertrouwen had gewonnen, lukte dit eigenlijk best goed. Het samen goed voorbereiden van alles was het halve werk. De samenwerking verliep eigenlijk als vanzelf. (...) En ja ik heb er alles voor over dat het goed gaat met Matthew dus mezelf goed voorbereiden was natuurlijk van belang. Dus heb ik me goed ingelezen om de EMDR zoveel mogelijk te laten slagen. Gelukkig zagen jij en ik heel snel toen het even niet goed ging en hebben we dit samen goed opgepakt. SAMENWERKEN was voor deze therapie het sleutelwoord. En voor elke sessie alles goed doornemen over het hoe en wat. En alle signalen van Matthew serieus nemen. Dat je ons zelfs 's avonds hierover appte liet blijken hoe betrokken je was, dit gaf ons zo een goed gevoel. Ja, niet alleen Matthew, maar ook ikzelf was kapot daarna, maar wel voldaan, hier doe je het voor.”

LITERATUUR

- Bartels, J. (2019). *Zelfregulatie bij jongeren met autisme: Beter omgaan met boosheid, onrecht en frustratie*. Hogrefe Uitgevers.
- Beer, R., & de Roos, C. (2017). Uitgangspunten. In R. Beer & C. de Roos (Red.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 28-31). LannooCampus.
- Beer, R., & de Roos, C. (Red.) (2017). *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren*. LannooCampus.
- Groot, C., Saris, R., Schlattmann, N., & de Roos, C. (2022). Behandel dat trauma, ook in gesloten jeugdzorg. *Kind & Adolescent Praktijk*, 21, 30-37. Doi: 10.1007/s12454-022-0689-5
- Leuning, E. (2017). EMDR bij Autisme. In H.-J. Oppenheim, H. Hornsveld, E. ten Broeke & A. de Jongh (Red.), *Praktijkboek EMDR Deel II: Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen* (pp. 217-250). Pearson.
- Mevissen, L. (2017). EMDR bij kinderen met een verstandelijke beperking. In R. Beer & C. de Roos (Red.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 272-288). Lannoo Campus.
- van den Berg, D., van der Vleugel, B., Staring, T., & de Bont, P. (2017). EMDR bij psychosen. In H.-J. Oppenheim, H. Hornsveld, E. ten Broeke & A. de Jongh (Red.), *Praktijkboek EMDR Deel II: Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen* (pp. 173-216). Pearson.
- van Woudenberg, C., Voorendonk, E. M., Bongaerts, H., Zoet, H. A., Verhagen, M., Lee, C. W., van Minnen, A., & de Jongh, A. (2018). Effectiveness of an intensive treatment programme combining prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing for severe post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1487225. Doi: 10.1080/20008198.2018.1487225
- Veerbeek, H., & ten Broeke, E. (2017). EMDR bij boosheid. In H.-J. Oppenheim, H. Hornsveld, E. ten Broeke & A. de Jongh (Red.), *Praktijkboek EMDR Deel II: Toepassingen voor nieuwe patiëntengroepen en stoornissen* (pp. 285-335). Pearson.