

Preverbaal trauma behandelen met EMDR-verhalenmethode

Kortdurende interventie laat ook bij (zeer) jonge kinderen resultaat zien

Trauma's in de baby- of peuterleeftijd worden vaak niet herkend. Toch kunnen ze leiden tot allerlei problemen, zoals angst, slaap- of eetproblemen, en zelfs kenmerken die sterk lijken op ADHD of autisme. Behandeling via de EMDR-verhalenmethode is veelbelovend, zelfs bij heel jonge kinderen.

• **Marijke Kok-van Eekelen en Evelien Kok**

Over de auteurs

M. Kok - Van Eekelen is GZ-psycholoog.

E: m.kok@pghwoerden.nl

E. Kok is GZ-psycholoog. Beiden zijn praktijkhouders van Psychologen-praktijk Groene Hart in Woerden

Trefwoorden

Preverbaal trauma, EMDR-verhalenmethode, behandeling, jonge kinderen



Voor preverbaal trauma en de mogelijke gevolgen is over het algemeen weinig aandacht.

Niet alleen bij ouders, ook bij collega's, huisartsen en medisch specialisten. Daar lijkt echter verandering in te komen. Recent verscheen een aantal artikelen over het effect van behandeling van een post-traumatische stressstoornis (PTSS) bij jonge kinderen (Potharst et al., 2025, De Roos et al., 2025, Went et al., 2024). Zelf zien we veelbelovende

resultaten na inzet van de EMDR-verhalenmethode. Met behulp van eigen onderzoek en dit artikel willen we bijdragen aan een bredere bekendheid van de impact en behandelmogelijkheden van preverbaal trauma voor ouders, verwijzers en hulpverleners.

In onze praktijk voor psychologie in Woerden richten wij ons onder andere op de behandeling van preverbaal trauma bij jonge tot zeer jonge kinderen (onze jongste cliënt was slechts drie maanden oud). Voor deze behandelingen maken we gebruik van de EMDR-verhalen-



Deze foto is illustratief

methode van Lovett (1999, 2015). Incidenteel passen wij deze methode ook toe bij kinderen in de basisschoolleeftijd en bij middelbare scholieren die in hun eerste levensjaren ingrijpende gebeurtenissen hebben meegemaakt en bij wie de hypothese is dat de klachten (mede) worden aangestuurd door de preverbaal *life events*.

Wij hanteren het beleid geen ADHD- of autismeclassificatie te stellen indien er een vermoeden is van PTSS(-klachten) als gevolg van preverbaal trauma. Onze aanpak richt zich in dat geval eerst op het

behandelen van het (vermoedelijke) preverbaal trauma. Met deze werkwijze volgen we de praktijkstandaarden van het Kenniscentrum Kinder- en Jeugdpsychiatrie (Kenniscentrum KJP, z.d.). Uit

Bij preverbaal trauma zijn er geen woorden, wél sensaties

ervaring weten we dat ingrijpende gebeurtenissen in de baby- of peuterleeftijd kunnen leiden tot gedragskenmerken die sterk lijken op ADHD of autisme (Kok, 2019). Daarnaast kan preverbaal trauma de oorzaak zijn van andere problematiek, zoals angsten, slaapproblemen, eetproblemen en slikangst (Kenniscentrum KJP, z.d.). Regelmatig zien we dat deze gedrags- en emotionele problemen in intensiteit en ernst afnemen na een op preverbaal trauma gerichte behandeling. Het niet herkennen hiervan kan leiden tot onjuiste classificaties en daarmee mogelijk onnodige of niet-passende interventies.

Wat is preverbaal trauma?

Preverbaal trauma ontstaat doordat een kind ingrijpende ervaringen meemaakt op een leeftijd waarop het nog niet kan praten en er dus nog geen woorden aan kan geven. Hoewel dit

geen bewuste talige herinneringen zijn, slaat het lijf deze herinneringen en de hiermee gepaard gaande lichaamssensaties en emoties wel op. Zintuiglijke prikkels kunnen deze onbewuste herinneringen in het impliciete geheugen activeren, waardoor het lichaam zich de gebeurtenis herinnert. Een kind dat veel onveilige situaties meemaakt, ontwikkelt andere netwerken in de hersenen dan een kind in een veilige, stabiele omgeving. Het brein in een stressvolle, onveilige omgeving is 'wired for danger' – het is extra alert en geeft (te) snel het signaal dat er gevaar dreigt. De hersenen raken hierdoor in een constante staat van paraatheid, vergelijkbaar met een brandalarm dat te gevoelig is afgesteld en vaak onnodig afgaat. Als de hersenen aangeven dat er gevaar is (oftewel het alarm gaat af), reageert het lijf hierop met hyperarousal (een reactie van vechten, vluchten of actief bevriezen) of hypo-arousal (een reactie van passief bevriezen of dissociatie) (Van der Kolk, 2022).

Het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen tijdens de eerste levensjaren kan invloed hebben op de ontwikkeling van gedragsproblemen en emotionele problemen. Het jonge kind kan last krijgen van herbelevingen en verhoogde prikkelbaarheid. De hiermee gepaard gaande angst en spanning kunnen tot uiting komen in regulatieproblemen, zoals overmatig huilen, explosief gedrag, extreem aandacht vragen, impulsief of juist teruggetrokken gedrag, in- of doorslaapproblemen, nachtmerries of extreme angst in bepaalde situaties. Ook problemen met het aangaan van bij de leeftijd passende ontwikkelingsstaken kunnen te maken hebben met onderliggend preverbaal trauma.

Een voorbeeld: als een te vroeg

geboren baby sondevoeding krijgt en het slangetje (zonder verdooving) via zijn neus naar zijn maag geduwd wordt, kan het zijn dat het kind vervolgens elke aanraking bij zijn neus en mond als bedreigend ervaart. Het gevolg kan zijn dat het kind zich heftig verzet bij bijvoorbeeld flesvoeding, tandenpoetsen, wassen van het gezicht en haren knippen. Het aanraken van het gezicht wordt als bedreiging ervaren – het alarm gaat af, ook als het kind op dat moment veilig is. Overigens ondergaan premature baby's dagelijks medische handelingen die de eerste kennismaking met de wereld onvoorspelbaar maken en verstrend kunnen zijn voor hun gevoel van veiligheid en

De hersenen reageren alsof er voortdurend gevaar dreigt

geborgenheid. Dit kan hun verwachtingspatroon in de relatie met de ouder (of hechtingsfiguur) negatief kleuren, waardoor bijvoorbeeld een grote behoefte aan controle ontstaat en een kind zich niet volledig aan hem kan toevertrouwen.

Het is belangrijk om bij een problematisch verlopende ontwikkeling zo vroeg mogelijk in het leven van een kind de betekenis van zijn gedrag te begrijpen en oog te hebben voor een eventueel verband met onderliggend trauma. Aandacht voor de zwangerschap, bevalling en de eerste levensjaren (tegenwoordig ook wel 'de eerste 1000 dagen' genoemd) is van belang. Verwerking van traumati-

sche ervaringen kan de problematiek verminderen en ruimte geven voor een gezonde ontwikkeling (Vliegen e.a., 2024). Tevens kan hierdoor herstel optreden in dat specifieke deel van de hechtingsrelatie waar door de ingrijpende ervaring een verstoring heeft plaatsgevonden.

Ook oudere kinderen laten soms gedragsproblemen of angsten zien die doen vermoeden dat deze worden aangestuurd door vroege traumatische ervaringen. Het kind kan bijvoorbeeld door medische ingrepen op zeer jonge leeftijd gaan geloven dat de wereld onveilig is, dat anderen niet te vertrouwen zijn en zelfs je eigen ouders je pijn kunnen doen. Het zenuwstelsel kan daardoor later bij stress sneller het gevoel geven dat er gevaar dreigt, ook al is dat op dat moment niet zo. Dit kan leiden tot onverklaarbare angsten of gedragsproblemen (Vliegen e.a., 2024).

Veel situaties kunnen traumatiserend zijn voor een kind: pre- en perinatale problemen (Ruppert, 2014), vroeggeboorte met veel medisch intrusieve handelingen, (psychische) afwezigheid van een hechtingsfiguur (bijvoorbeeld verminderde emotionele beschikbaarheid van een ouder door een postnatale depressie), adoptie, verwaarlozing, mishandeling, misbruik, een ongeluk, kortom: alle gebeurtenissen die het gevoel van veiligheid verstoren. Daarnaast zijn er langdurige negatieve ervaringen, zoals chronische oor- of buikpijn of baby's die heel veel huilen. Dit beïnvloedt het fysieke en emotionele welzijn van het jonge kind en de ouder-kind-interactie.

EMDR-verhalenmethode

Om EMDR toepasbaar te maken voor jonge kinderen is het standaardprotocol aangepast. Joan

Lisa, drie maanden oud

Baby Lisa is schrikachtig bij geluid, slaapt overdag slecht en komt 's avonds moeilijk in slaap. Het lijkt een vicieuze cirkel van oververmoeidheid, hyperalertheid en daardoor nog moeilijker in slaap komen. Dit put ouders uit. De bevalling was stressvol en enkele weken later bleek dat Lisa niet goed genoeg zelfstandig kon drinken, waarna haar tongriempje (zonder verdoving!) is doorgeknipt, medicatie en sondevoeding is gegeven. In twee sessies vertellen ouders hun baby over deze nare ervaringen. Ze geven woorden aan wat Lisa in haar lijfje heeft gevoeld en raken haar mond of tong aan als het over het tongriempje gaat. We zien dat Lisa reageert: ze beweegt onrustig in de armen van haar vader als het over de stressvolle ervaringen gaat, er is meer spanning in haar lijfje en ze huilt af en toe kort. Als het verhaal is afgerond, oogt ze weer meer ontspannen. Al na één sessie zien ouders verbetering en na twee sessies slaapt ze overdag rustiger en 's nachts slaapt ze zelfs door. De behandeling wordt afgerond. *(De resultaten van deze behandeling zijn niet in het onderzoek meegenomen omdat de CBCL niet voor deze jonge kinderen gebruikt kan worden.)*

Lovett ontwikkelde daarvoor de EMDR-verhalenmethode (Lovett, 1999, 2015, De Roos en Beer, 2017), waarbij activering van de herinnering gebeurt door het vertellen van een verhaal over de traumatische gebeurtenissen. Ouders schrijven dit verhaal in overleg met de therapeut, waarbij de richtlijnen zoals beschreven door Lovett (1999) worden gevolgd. Het verhaal wordt zoveel mogelijk vanuit het perspectief van het kind verteld, door de zintuiglijke ervaringen onder woorden te brengen zoals het kind deze vermoedelijk heeft ervaren. Denk aan de geuren en felle lichten in het ziekenhuis, de schrik en de pijn van de prik of van het inbrengen van de sonde, het vastgehouden worden tijdens een ingreep. Ook de destijds zichtbare emoties (angst, paniek, boosheid) en het gedrag van het kind (verzet, de ingreep gelaten ondergaan) worden verwoord. Om de herinnering maximaal te activeren, worden soms foto's en

materialen uit die periode getoond (kapje van de narcose, slangetje van de sonde). Soms is een ouder zelf ook getraumatiseerd door de gebeurtenis en wordt hem eerst een kort eigen behandeltraject met EMDR aangeboden. Het is van belang dat de ouder tijdens de sessie met het kind een kalm brein heeft, zodat hij emotioneel beschikbaar is voor het kind.

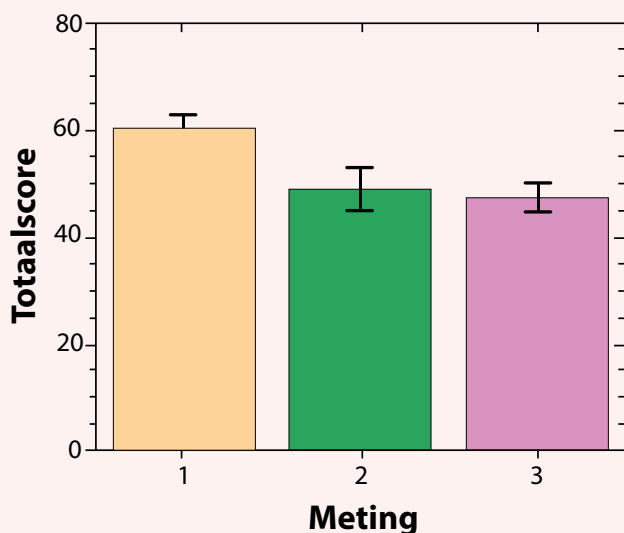
Ouders vertellen het verhaal aan het kind terwijl het kind wordt afgeleid, bijvoorbeeld door links en rechts te tappen op een door het kind gekozen plek (bijvoorbeeld benen of armen). Ook wordt hierbij soms de traumaplek aangeraakt, zoals de plek waar geprikt is. Aan de reacties van het kind tijdens het vertellen is vaak zichtbaar dat de herinnering wordt geactiveerd. Het kind grijpt naar zijn oor als over oorpijn verteld wordt of toont heftige emotie en verzet tijdens het vertellen over het zonder verdoving doorknippen van de tongriem. Daarnaast kan een kind

reacties laten zien in zijn lichaamshouding, door bijvoorbeeld als een baby tegen de ouder aan te kruipen. Ook kan een kind juist een meer teruggetrokken reactie laten zien (zogenaamde hypo-arousal), zoals het gelaten luisteren naar pijnlijke delen van het verhaal of momenten van dissociatie. De therapeut besteedt extra aandacht aan deze onderdelen van het verhaal door stil te staan bij de zichtbare emoties en daar woorden aan te geven.

Doorgaans wordt tijdens een sessie het verhaal tweemaal verteld. Tijdens de pauze tussendoor mag het kind ter ondersteuning van het verwerkingsproces een tekening maken over het verhaal of spelen met bij het verhaal passend spelmateriaal (bijvoorbeeld een dokterssetje).

Ouders ervaren de sessies vaak als indrukwekkend vanwege de emotionele reacties van hun kind. Voor de ouders, die destijds naar hun gevoel vaak machteloos waren, kan dit ook helend zijn (Schlattmann, 2006). Gezamenlijk werken aan de verwerking van de ervaringen kan ook verbindend zijn voor ouders en kind. Bij ernstige medische trauma's kunnen ouders niet altijd genoeg veiligheid bieden en bestaat zelfs het risico dat jonge kinderen ambivalente gevoelens tegenover hen ontwikkelen. De ouder moet het kind bijvoorbeeld stevig vasthouden voor medische ingrepen en wordt hiermee zowel een 'schijnbare agressor' als een beschermer. Ouders kunnen dit in het verhaal benoemen: 'Mama vond het heel naar om Anne zo vast te moeten houden, maar de dokter zei: "Het moet echt, anders kan ik haar niet beter maken maken"'. Hierdoor wordt de ouder ontschuldigd.

Na de EMDR-sessie kan een kind tijdelijk jonger gedrag laten zien,



Figuur 1 Totaalscore op de CBCL (inclusief standaardfout) vóór de behandeling (meting 1), 3 tot 4 weken na de laatste EMDR-sessie (meting 2) en 6 maanden na de laatste EMDR-sessie (meting 3).

aanhankelijker of juist bozer zijn of meer last hebben van dromen. Dit is een teken dat de hersenen de belangrijke herinneringen actief aan het verwerken zijn en dat het tijdens de sessie op gang gebrachte proces verder gaat. Dit wordt vooraf met de ouder besproken, zodat deze hierop voorbereid is en rustig kan reageren.

De behandeling van preverbaal trauma bestaat doorgaans uit twee tot vier wekelijkse of tweewekelijkse sessies, afhankelijk van de aard van de trauma's en de leeftijd van het kind; soms is het de enige interventie, soms als onderdeel van een breder behandelaanbod.

Opzet onderzoek

Tussen 1 augustus 2023 en 1 augustus 2024 hebben wij ouders van kinderen die in onze praktijk een behandeling voor preverbaal trauma gingen krijgen schriftelijk gevraagd of zij wilden deelnemen aan dit onderzoek. Door de jonge leeftijd van veel kinderen was er geen geschikte vragenlijst beschikbaar om specifiek traumasymptomen te meten. We kozen ervoor de Child Behavior Checklist (CBCL) te gebruiken, omdat deze al vanaf zeer jonge

leeftijd (1,5 jaar) gebruikt kan worden. Hoewel deze vragenlijst niet specifiek traumaklachten in kaart brengt, wordt gevraagd naar een brede range aan emotionele problemen, gedragsproblemen en vaardigheden van kinderen. In dit onderzoek gebruikten we de versies voor kinderen van 1,5 tot 5 jaar en kinderen van 6 tot 18 jaar. De vragenlijst voor 1,5 tot 5 jaar is ingedeeld in drie probleemschalen: Internaliseren (emotioneel reagerend, angstig/depressief, lichamelijke klachten, teruggetrokken), Externaliseren (aandachtsproblemen, agressief gedrag) en Overige Problemen (slaapproblemen). De CBCL voor kinderen van 6 tot 18 jaar is eveneens ingedeeld in drie probleemschalen: Internaliseren (teruggetrokken/depressief,

angstig/depressief, lichamelijke klachten), Externaliseren (normaal wijkend gedrag, agressief gedrag) en Overige Problemen (sociale problemen, denkproblemen, aandachtsproblemen). Bij beide lijsten vormen de schalen Internaliseren en Externaliseren samen de schaal Totale Problemen. De scores op beide versies zijn onderling vergelijkbaar en hebben dezelfde afkapwaarden om te bepalen of er sprake is van klinisch verhoogde scores. T-scores tot 60 worden als normaal beschouwd, een T-score van 60-63 valt in de borderlinierange en een score van 64 of hoger wordt beschouwd als een klinisch verhoogde score. De scores op de schalen Internaliseren, Externaliseren en Totale Problemen zijn gebruikt voor dit onderzoek.

De voormeting werd naar ouders gestuurd na aanmelding van hun kind (gemiddeld een tot twee maanden voor de behandeling). Op dat moment wisten ouders vaak nog niet welke behandeling hun kind zou krijgen. Sommige kinderen werden echter expliciet voor de behandeling van preverbaal trauma aangemeld. Meting 2

Thom lag na zijn geboorte acht weken in het ziekenhuis

Thom, 9 jaar, chronisch trauma

Thom wordt aangemeld omdat hij extreem boos kan worden als iets niet gaat zoals hij wil. Een half jaar individuele hulp elders heeft zeker enige verbetering gegeven, maar hij kan nog steeds heel explosief reageren. Het maakt ook dat zijn ouders aarzelen iets met hem te ondernemen, ze zijn bang dat hij dan elders uit zijn dak zal gaan. Thom heeft na een vroeggeboorte (na 33 weken) acht weken in het ziekenhuis gelegen, waarbij veel medische interventies waren. Er vinden drie sessies plaats waarin we met de verhalenmethode werken aan behandeling van zijn preverbaal trauma's. Een week na de laatste EMDR-sessie melden Thom's ouders 'een wereld van verschil' bij hun zoon. "Hij heeft een ontzettende draai gemaakt qua gedrag. Waar hij eerder snel boos kon reageren is hij nu heel lief (zacht) en hulpvaardig; ontzettend fijn om te merken thuis!" De verandering in gedrag blijkt stabiel en blijvend. De behandeling kan worden afgesloten.

werd drie tot vier weken na de laatste EMDR-sessie naar ouders gestuurd. Meting 3 (een follow-upmeting) was gemiddeld zes maanden na de laatste sessie. Er waren geen ouders die deelname bij voorbaat hebben geweigerd, ook waren er geen uitval- lers.

De kinderen hebben één kennis- makingssessie gehad, de EMDR-sessies met de verhalenmetho- de (twee tot vier sessies) en incidenteel een of twee afronden- de sessies. De ouder(s) van deze kinderen hebben een intakege- sprek gehad en een of twee sessies ouderbegeleiding na afronding van de EMDR-sessies.

De onderzoeksgroep bestond uit dertien kinderen: elf kinderen van twee tot vijf jaar en twee oudere kinderen (zeven en negen jaar). Alle kinderen hadden één of meerdere ingrijpende ervaringen meegemaakt. Ze hadden allen klachten gerelateerd aan deze ervaringen, zoals geïnventariseerd tijdens de intake door middel van een klachtenanamnese, ontwikke-

lingsanamnese en informatie van school.

Er kan onderscheid gemaakt worden tussen verschillende types trauma: *enkelvoudig trauma*, een éénmalige traumatische ervaring (twee kinderen), *meervoudig trauma*: meerdere, op zichzelf staande traumatische ervaringen, bijvoorbeeld een ongeval en een operatie (één kind) en *chronisch trauma*: aanhoudende en herhaal- de blootstelling aan traumatische ervaringen over een lange periode, zoals huiselijk geweld, lange tijd gepest worden of langdurige ziekenhuisopname na vroegge- boorte met veel medisch intrusie- ve handelingen (tien kinderen).

Resultaten

Figuur 1 toont de gemiddelde scores op de verschillende pro- bleemschalen op de drie meetmo- menten. Vóór behandeling hadden zes van de dertien kinderen een klinisch verhoogde totaalscore en had één kind een borderline-ver- hoogde score op de Totale Proble- men-schaal van de CBCL. De

overige kinderen hadden een score in de normale range. De gemiddel- de score op de Totale Proble- men-schaal was 60,5 met een standaarddeviatie van 8,5. Op de schaal Internaliseren hadden vijf kinderen een klinisch verhoogde score en nog eens vier kinderen hadden een borderline-klinische score. De gemiddelde T-score vóór behandeling was 60,8 met een standaardafwijking van 9,4. Op de schaal Externaliseren hadden vijf kinderen een klinisch verhoogde score en lagen de scores van de overige acht kinderen vóór behandeling in de normale range. De gemiddelde T-score vóór behandeling was 56,3 met een standaarddeviatie van 9,7. Deze gegevens lijken erop te wijzen dat de meeste kinderen die voor traumabehandeling werden aange- meld vooral last hadden van internaliserende problematiek, terwijl slechts vijf van de dertien kinderen in klinische mate last hadden van externaliserende problematiek.

Om de scores op de drie meet- momenten met elkaar te vergelij- ken, voerden we een herhaal- de-metingen ANOVA uit. Als maat voor de statistische significantie van het verschil toetsten we tweezijdig en hanteerden we een p-waarde lager dan 0.05.

Uit de analyse blijkt dat er een significante daling is tussen meting 1 en meting 2 in de scores op Internaliseren ($p < .001$), Externaliseren ($p = .021$) en Totale Problemen ($p = .007$). De corres- ponderende effectgroottes, uitgedrukt in Cohen's d , wezen op een middelgroot effect voor de Externaliseren-schaal ($d = 0.74$) en grote effecten voor de schalen Internaliseren en Totale Proble- men (respectievelijk $d = 1.15$ en $d = 0.91$). De resultaten van metin- gen 2 en 3 verschilden niet

Stefan, 5 jaar, oorontstekingen en medische interventies

Als baby had Stefan veel KNO-klachten, met name oorontstekingen en reflux. Hierdoor had hij pijn bij het liggen in bed en heeft hij regelmatig gehuild 's nachts. Op vijfjarige leeftijd kon Stefan moeilijk in slaap komen. In het verhaal ten behoeve van zijn traumabehandeling was aandacht voor deze pijnklachten en de keren dat hij onder narcose ging voor KNO-operaties. Stefan heeft zich destijds flink verzet tegen de narcose en werd ook huilend en overstuur weer wakker. Tijdens de sessie liet hij een duidelijke reactie zien op dit stukje in het verhaal: hij pakte het narcosekapje, zette dit op zijn gezicht en ademde er heel diep doorheen. Bij de tweede sessie had hij duidelijk minder spanning.

Een paar maanden later moest Stefan opnieuw geopereerd worden. Natuurlijk was dit erg spannend, maar hij stapte dapper het ziekenhuis binnen, was rustig en klom in de OK zelf op het bed. Toen de anesthesioloog het kapje voor de narcose pakte, pakte Stefan het kapje spontaan zelf aan, zette het op zijn neus en ging rustig onder de narcose. De anesthesioloog was onder de indruk, dit had hij nog nooit meegeemaakt. Rustig werd Stefan ook weer wakker, een groot verschil met de eerdere operaties.

blijkt uit de vergelijkbare scores bij de vervolgmetingen.

Discussie

De gemeten effecten van de behandeling van preverbaal trauma met de EMDR-verhalenmethode komen overeen met onze klinische indruk: dit is een korte en effectieve interventie. Al binnen enkele weken na de interventie met EMDR is er een significante verbetering zichtbaar op de scores van de CBCL. Deze verbetering wordt ook door ouders gerapporteerd in gedragsverandering, bijvoorbeeld in de vorm van minder angsten, meer ontspannen zijn en beter slapen. Bij jongere kinderen zien we soms een sprong in de ontwikkeling, bijvoorbeeld in de spraakontwikkeling of zelfstandigheid.

Naast een direct positief effect, vermoeden we dat deze behandeling ook voorkomt dat problematiek later in de ontwikkeling toeneemt, bijvoorbeeld doordat ouders bij aanhoudende gedragsproblemen steeds meer overbelast raken, waardoor zij mogelijk minder sensitief reageren en negatieve interacties toenemen. Ook kan behandeling voorkomen dat de traumatische ervaringen een verdere negatieve invloed hebben op de sociale en emotionele ontwikkeling van het kind. Behandeling van preverbaal trauma kan het behandeltraject verkorten (vergeleken met behandelingen waarbij geen of onvoldoende aandacht is voor onderliggende trauma's) en mogelijke onterechte classificaties zoals autisme en ADHD voorkomen.

We moeten wel enkele kritische kanttekeningen bij dit onderzoek plaatsen. We hebben een kleine steekproef gebruikt en bovendien geen controlegroep; we weten dus niet in hoeverre klachten waren

significant van elkaar. Dit betekent dat de klachten in de eerste weken na de EMDR-sessies significant afnamen en tot ongeveer een half jaar na het einde van de behandeling stabiel laag bleven. Na behandeling waren er nog bij slechts twee kinderen klinisch verhoogde scores te zien. Dit waren de kinderen die bij de voormeting de hoogste probleemscores hadden. Voor deze kinderen daalde de

score bij de follow-upmeting naar een waarde in de normale range. Dit zou erop kunnen wijzen dat het bij de kinderen met een grotere mate van problematisch gedrag wat langer duurt voordat het effect van de behandeling zichtbaar wordt.

Het effect van de behandeling op externaliserende klachten was minder groot dan de vooruitgang bij internaliserende klachten. De externaliserende klachten stonden bij aanvang in het algemeen minder op de voorgrond, waardoor er minder ruimte voor verbetering was.

De resultaten suggereren dat EMDR met de verhalenmethode binnen relatief korte tijd kan bijdragen aan verbeteringen in zowel internaliserende als externaliserende problematiek. Bovendien blijven deze verbeteringen stabiel, zoals

Behandeling? Hoe eerder hoe beter; te laat is het nooit



Deze foto is illustratief

verminderd als een andere behandelmethode was ingezet, of als er geen behandelaanbod was gedaan. Uitgebreider onderzoek is zeker zinvol om het effect beter te onderzoeken. Bij een groter onderzoek zou je tevens naar het effect bij verschillende typen trauma kunnen kijken: is er verschil in effectiviteit van deze behandeling bij eenmalig trauma, meervoudig trauma of chronisch trauma?

Ondanks de beperkingen van dit onderzoek lijkt deze vorm van behandeling, indien geïndiceerd, effectief voor kinderen uit een brede leeftijdsrange. Ook hier zou nog verder onderzoek naar gedaan kunnen worden met cliënten uit verschillende leeftijdsgroepen. Het is bijvoorbeeld zinvol te onderzoeken in hoeverre adolescenten nog kunnen profiteren van deze behandelmethode. Hierbij is wel de verwachting dat er een breder behandelaanbod nodig zal zijn.

Immers, hoe jonger de behandeling kan starten, des te minder zal het gedrag al als gewoonte geworteld zijn in het kind. De resultaten van dit onderzoek tonen dat het tijdens de indicatiestelling belangrijk is de vroege ontwikkeling van kinderen goed uit te vragen en daarbij alert te zijn op eventueel prenataal trauma (dus al tijdens de zwangerschap), perinataal trauma en trauma in de leeftijd van nul tot vier jaar, als mogelijke oorzaken van de problematiek. Behandeling van deze problematiek blijkt significante verbetering van de klachten te geven en zal daarmee toename van de problematiek kunnen voorkomen. Deze behandeling is kortdurend en effectief en daarmee ook kostenbesparend voor de ggz. Het belangrijkste is uiteraard dat het emotioneel welbevinden van kind en ouders hierdoor verbetert. Dus: heb oog voor

preverbaal trauma en zet indien nodig traumabehandeling in. Hoe eerder hoe beter, maar het is nooit te laat. ●

Kernreferenties

- Kolk, Bessel van der (2022). Traumasporen in lichaam, brein en geest. Uitgeverij Mens!
- Lovett, J (1999). Small wonders. Healing childhood trauma with EMDR.
- De Roos C, en Beer R (2017). EMDR-verhalenmethode: traumaverwerking bij preverbaal trauma. In: Handboek EMDR bij kinderen en jongeren, blz 125-140.

De volledige literatuurlijst is beschikbaar via kaponline.nl