



rijksuniversiteit
groningen

JEUGDHULP 
FRIESLAND

MASTERTHESIS

EMDR en/of speltherapie als traumaverwerkingsmethode: bij wie en wanneer?

Greetje Hettinga

Masterthesis Orthopedagogiek PAMA5166
Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen
Rijksuniversiteit Groningen
Eerste begeleider: Jana Knot-Dickscheit
Tweede beoordelaar: Wendy Post
Aantal woorden: 8565

Jeugdhulp Friesland, Leeuwarden
Contactpersoon: Freya Hornyák

Januari 2022

Greetje Hettinga
S2928922

m.i.hettinga@student.rug.nl

Samenvatting

EMDR en/of speltherapie als traumaverwerkingsmethode: bij wie en wanneer?

Aanleiding. Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) kan ontstaan door het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen, zoals (dreigende) verwaarlozing, mishandeling of geweld.

Traumaverwerking voor kinderen met een PTSS is belangrijk om blijvende ontwikkelingsachterstanden te voorkomen. Bij kinderen wordt gekozen tussen EMDR, speltherapie of een combinatie van deze traumaverwerkingsmethoden. De bewezen effectiviteit en de efficiëntie indiceren een theoretische voorkeur voor EMDR, maar in de praktijk wordt voor sommige kinderen alsnog gekozen voor speltherapie of een combinatie.

Methode. Dit beschrijvende onderzoek geeft meer duidelijkheid over bij welke kinderen en in welke situaties gekozen wordt voor EMDR en/of speltherapie op basis van bestaande theorie en interviews met behandelaren. **Resultaten.** Belangrijke criteria bij EMDR zijn voldoende cognitieve vaardigheden, concentratie, werkgeheugen, het hebben van een duidelijk target en een koppeling tussen de gebeurtenis en het gedrag. De aanwezigheid van depressieve stoornissen, bipolaire stoornissen, suïcidaliteit, middelengebruik en -afhankelijkheid en psychotische problemen gelden als exclusiecriteria. Speltherapie is geschikt voor kinderen die niet of moeilijk kunnen praten, sociaal-emotionele problemen of problemen in interactie met anderen ondervinden, weinig zelfvertrouwen hebben of angst voor controleverlies hebben. Daarnaast is speltherapie geschikt om te werken aan emotieregulatievaardigheden. Voor kinderen met depressieve stoornissen, suïcidaliteit, psychotische problemen, onvoldoende verbeeldingskracht of kinderen die niet in staat zijn tot symbolisch spel is speltherapie daarentegen geen geschikte behandeling. Een combinatie van methoden wordt toegepast wanneer een kind terugkerende spelthema's laat zien, wanneer bepaald klachtgedrag blijft bestaan of als voorbereiding op EMDR bij kinderen met onvoldoende emotieregulatievaardigheden. Meestal worden de therapieën niet gelijktijdig toegepast om overbelasting van het kind te voorkomen. **Aanbevelingen.** De onderzoeksresultaten leveren een bijdrage aan de discussie over de afwegingen wat betreft de inzet van traumaverwerkingsmethoden bij kinderen met een PTSS.

Abstract

EMDR or play therapy as trauma treatment method: with whom and when?

Introduction. Post-traumatic stress disorder (PTSD) can result from experiencing major events, such as (threatening) neglect, abuse or violence. Trauma treatment for children with PTSD is important to prevent permanent developmental delays. For children the options for trauma treatment are EMDR, play therapy or a combination of these methods. The proven effectiveness and efficiency indicate a theoretical preference for EMDR, while in practice play therapy or a combination of therapies are still used. **Methods.** This descriptive study provides clarity about for which children and in which circumstances EMDR and/or play therapy is chosen based on existing theory and interviews with practitioners. **Results.** Important criteria when applying EMDR are sufficient cognitive skills, concentration, working memory, having a clear target and a link between the event and the behavior. The presence of depressive disorders, bipolar disorders, suicidality, substance use and dependence and psychotic problems are considered as exclusion criteria. Play therapy is suitable for children who have difficulty speaking, experience social-emotional problems or problems interacting with others, have low self-confidence or fear loss of control. In addition, play therapy is suitable for working on emotion regulation skills. Play therapy is not suitable for children with depressive disorders, suicidality, psychotic problems, insufficient imagination, or children who are incapable of symbolic play. A combination of methods is used when a child shows recurring themes while playing, when certain complaint behaviors persist or as a preparation for EMDR in children with insufficient emotion regulation skills. Usually the therapies are not applied simultaneously to avoid overloading the child. **Recommendations.** Based on the research findings, discussion can be held about the considerations in choosing a trauma treatment method for children with PTSD

Inhoudsopgave

1.	Inleiding en theoretisch kader	5
2.	Methode.....	9
	2.1 Onderzoeksontwerp.....	9
	2.2 Participanten.....	9
	2.3 Onderzoekinstrumenten.....	9
	2.4 Procedure.....	10
	2.5 Analyse.....	10
3.	Resultaten	13
3.1	Kenmerken van de participanten	13
3.2	EMDR	13
	3.2.1 Efficiëntie en bewezen effectiviteit	13
	3.2.2 Targets en koppeling gedrag	14
	3.2.3 Verhalenmethode.....	14
	3.2.4 Betrekken gezinssysteem.....	15
	3.2.5 Verbaliseren en emoties	16
	3.2.6 Middelengebruik en psychische problemen	16
	3.2.7 Koppeling theorie	17
3.3	Speltherapie	18
	3.3.1 Kindvriendelijkheid.....	18
	3.3.2 Concentratie en verbeeldingskracht	19
	3.3.3 Emoties reguleren.....	20
	3.3.4 Koppeling theorie	20
3.4	Combinatie	22
	3.4.1 Terugkerende spelthema's.....	22
	3.4.2 Blijvend klachtgedrag.....	22
	3.4.3 Speltherapie ter voorbereiding	23
	3.4.4 Gelijktijdigheid en belastbaarheid.....	23
	3.4.5 Koppeling theorie	23
4.	Conclusie en discussie.....	25
5.	Literatuur	30
	Bijlage 1 – Overzicht inclusiecriteria, exclusiecriteria en doelgroepkenmerken o.b.v. theorie	34
	Bijlage 2 – Interviewschema	35
	Bijlage 3 – Codeboek	37
	Bijlage 4 – Informatiebrief behandelaren.....	39
	Bijlage 5 – Toestemmingsformulier behandelaren.....	40

1. Inleiding en theoretisch kader

Een posttraumatische stressstoornis (PTSS) kan ontstaan door het meemaken van ingrijpende gebeurtenissen, zoals (dreigende) verwaarlozing, mishandeling of geweld. Het kan ook ontstaan als iemand getuige is geweest van ingrijpende gebeurtenissen terwijl belangrijke anderen deze ervaren. Het is afhankelijk van de persoon en van de omgeving of hij/zij een PTSS ontwikkelt (Cohen et al., 2000; Jonson-Reid & Wideman, 2017). Dit heeft onder andere te maken met karaktereigenschappen, mentale draagkracht, eerdere ervaringen en sociale steun. Uit onderzoek blijkt dat gemiddeld ongeveer 36% van de kinderen een PTSS krijgt na het meemaken van een ingrijpende gebeurtenis (Stallard, 2006). Daarbij moet worden vermeld dat leeftijd een belangrijke factor is. Voor adolescenten is dit percentage namelijk 27% en voor kleuters 39%. Een PTSS kenmerkt zich door een aantal symptomen: herbelevingen, vermijdingsreacties, sterke prikkelbaarheid en negatieve veranderingen in cognities en stemming (American Psychiatric Association, 2014). Deze symptomen houden langere tijd aan en belemmeren het dagelijkse functioneren. Het verwerken van een trauma is belangrijk om blijvende ontwikkelingsachterstanden te voorkomen (Felitti et al., 1998; Pynoos et al., 2006).

Er zijn verschillende traumaverwerkingsmethoden beschikbaar voor kinderen met een PTSS. Veelgebruikte methoden zijn traumagerichte cognitieve gedragstherapie (TG-CGT) en Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) (Beer & de Roos, 2012). Bij TG-CGT wordt een kind bewust gemaakt van de negatieve gedachten en gevoelens met als doel deze te veranderen en te controleren (Cohen et al., 2006). De behandeling is gericht op het verbeteren van de copingvaardigheden van het kind (Cohen et al., 2011). Een kind wordt stapsgewijs blootgesteld aan de traumatische ervaring, zodat uiteindelijk de heftige reactie afneemt (Fitzgerald & Cohen, 2012). Om de gedachten en het gedrag te controleren is het noodzakelijk dat een kind een bepaald cognitief niveau heeft en in staat is zich verbaal te uiten (Grave & Blissett, 2004). Voor sommige (jonge) kinderen is het echter (nog) lastig om woorden te geven aan hun ervaringen, gevoelens en emoties. Voor die kinderen is TG-CGT daardoor geen passende traumaverwerkingsmethode (Dush et al., 1989; McCart et al., 2006).

EMDR daarentegen is voornamelijk non-verbaal van aard en dat maakt deze methode juist wel geschikt voor kinderen die zich onvoldoende verbaal kunnen uiten (Mevissen et al., 2011). Bij EMDR worden de herinneringen aan de traumatische ervaring bewust opgeroepen. Het is de bedoeling sterk aan de ervaringen te blijven denken, terwijl er ondertussen een afleidende stimulus geboden wordt (Shapiro, 2017). Een veelgebruikte stimulus is het snel

heen en weer bewegen van vingers voor het gezicht waarbij het de bedoeling is dat de cliënt deze blijft volgen met de ogen. Door de herinneringen in gedachten vast te houden en tegelijkertijd de stimulus te verwerken, vervaagt het beeld van de nare ervaring en verliest de herinnering de emotionele lading (Shapiro & Maxfield, 2002). Bij jonge kinderen wordt vaak gebruikgemaakt van trommelen op de handen of benen als stimulus (Schlattmann, 2006). Het is niet noodzakelijk dat een kind actieve herinneringen heeft aan de traumatische ervaring. Er kan gebruikgemaakt worden van de herinneringen van de ouders als een kind zelf onvoldoende herinneringen heeft, door middel van bijvoorbeeld de verhalenmethode van Lovett (1999). Deze methode kan ook gebruikt worden bij kinderen met een preverbaal trauma (Went, 2014). Een preverbaal trauma kan ontstaan als een kind een ingrijpende gebeurtenis meemaakt op een leeftijd waarop hij of zij nog niet verbaal kan communiceren. Bij de verhalenmethode vertellen belangrijke volwassenen, meestal ouders, over de traumatische gebeurtenis, waardoor de herinnering bij het kind geactiveerd wordt. EMDR kan dus ingezet worden bij zowel heel jonge kinderen als volwassenen (Shapiro, 2017). Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de aanwezigheid van voldoende cognitieve vaardigheden, concentratie en werkgeheugen belangrijke criteria zijn voor de toepassing van EMDR (Gunter & Bodner, 2008; Van den Berg, 2010). De aanwezigheid van depressieve stoornissen, bipolaire stoornissen, suïcidaliteit, middelengebruik en -afhankelijkheid en psychotische problemen worden als exclusiecriteria voor een EMDR-behandeling gehanteerd (Meyerbröker et al., 2019; Ronconi et al., 2014; Van den Berg, 2010).

Een andere traumaverwerkingsmethode is speltherapie. Deze methode wordt voornamelijk bij kinderen ingezet in de leeftijd van ongeveer vier tot twaalf jaar (Bartelink, 2012). Ook voor speltherapie is het non-verbale karakter kenmerkend en dat maakt het geschikt voor kinderen die zich onvoldoende verbaal kunnen uiten (Bratton et al., 2005). Het spel dient als het ware als communicatiemiddel, waarmee het kind zijn of haar gevoelens, gedachten en ervaringen kan uiten (Prins et al., 2011). Met uiteenlopend speelgoed en expressiemateriaal kan een kind over de traumatische ervaring 'vertellen' door het uit te beelden (Groothoff et al., 2009). Door middel van spel wordt gewerkt aan het begrijpen van de situatie en het herkennen van de eigen emoties (Hellendoorn, 2005). Speltherapie is geschikt voor kinderen die niet of moeilijk kunnen praten, kinderen met problemen in interactie met anderen, kinderen met weinig zelfvertrouwen en kinderen met angst voor controleverlies (Bartelink, 2012; Collie et al., 2006; Groothoff et al., 2009; Schouten, 2020). Voor kinderen met onvoldoende verbeeldingskracht of kinderen die niet in staat zijn tot

symbolisch spel is speltherapie daarentegen geen geschikte behandeling (Cattanach, 2003). Daarnaast gelden net als bij EMDR depressieve stoornissen, suicidaliteit en psychotische problemen als exclusiecriteria voor speltherapie (Schouten, 2020). Een meta-analyse van Bratton et al. (2005) waarin 93 onderzoeken (en in totaal 3248 kinderen) zijn opgenomen, laat zien dat de gemiddelde leeftijd van de kinderen die speltherapie hebben gevolgd 7.0 jaar is en dat deze groep voor twee derde uit jongens bestaat. In de laatste decennia is er echter steeds meer aandacht voor behandelingen voor jonge kinderen om ernstigere geestelijke gezondheidsproblemen te voorkomen (U.S. Public Health Service, 2000). Het is daarom denkbaar dat speltherapie nu vaker wordt ingezet bij jongere kinderen. Mogelijk is de gemiddelde leeftijd daardoor verder gedaald in de afgelopen jaren. Een overzicht van de beschreven inclusiecriteria, exclusiecriteria en doelgroepkenmerken van EMDR en speltherapie op basis van de hier gepresenteerde theorie is te vinden in bijlage 1.

De effectiviteit van EMDR en speltherapie als traumaverwerkingsmethode is eerder onderzocht. Zo is door verschillende onderzoeken aangetoond dat EMDR een effectieve en efficiënte methode is bij het behandelen van kinderen met een PTSS (Rodenburg et al., 2009; de Roos et al., 2011; Shapiro, & Maxfield, 2002). Volgens een meta-analyse van Leblanc en Ritchie (2001) is de effectiviteit van speltherapie gelijk aan die van andere behandelmethoden voor kinderen. In een recentere meta-analyse, waarin bovendien ruim dubbel zo veel onderzoeken zijn verwerkt, wordt de effectiviteit van speltherapie echter niet bekrachtigd (Bratton et al., 2005). Volgens Bratton et al. (2005) zijn veel onderzoeken naar speltherapie van onvoldoende methodologische kwaliteit. Er is bijvoorbeeld een te kleine steekproef onderzocht of er is niet gebruikgemaakt van een controlegroep. Dat maakt dat speltherapie in de wetenschap minder populair is als traumaverwerkingsmethode vergeleken met andere therapieën, zoals EMDR.

Naast de bewezen effectiviteit van EMDR is het belangrijk te noemen dat een behandeling met EMDR snel aanslaat (Hornsveld & Berendsen, 2009). In vergelijking met andere traumaverwerkingsmethoden zijn bij EMDR relatief weinig sessies nodig (Beer & de Roos, 2004). In een onderzoek van Puffer et al. (1998) bleek één EMDR-sessie al voldoende voor meer dan de helft van de kinderen, terwijl bij speltherapie gemiddeld zestien sessies nodig zijn (Bartelink, 2012). Naast dat de snelle klachtvermindering prettig is voor het kind en zijn of haar ouders, betekent dit ook dat EMDR een goedkopere behandelmethode is dan speltherapie.

Behalve de inzet van een van beide therapieën, kunnen de twee therapievormen ook met elkaar gecombineerd worden door ze achtereenvolgend of juist gelijktijdig toe te passen. Er is nog onvoldoende onderzoek gedaan om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit van een combinatie van speltherapie en EMDR bij kinderen (Pampinella, 2020). Het onderzoek van Breed (2013) is positief over het integreren van beide methoden, omdat het behandelproces op die manier vertraagd kan worden. Volgens dit onderzoek kan dat geschikt zijn voor kinderen voor wie EMDR te snel of te overweldigend is. De keuze voor een combinatie wordt instinctief gemaakt volgens het onderzoek. Er zijn dus (nog) geen inclusiecriteria, exclusiecriteria of doelgroepkenmerken bekend wat betreft de toepassing van een combinatie van EMDR en speltherapie.

Jeugdhulp Friesland is een organisatie die behandelingen biedt aan kinderen met een PTSS. Bij (jonge) kinderen die verbaal (nog) niet sterk genoeg zijn, maakt de behandelaar een keuze tussen EMDR en speltherapie. Daarnaast kan dus ook gekozen worden voor een combinatie van beide therapievormen. Uit de praktijk blijkt dat de keuze voor de therapievorm vaak subjectief is (F. Hornyák, manager behandelingen, persoonlijke communicatie, 7 oktober 2020). Daarom is vanuit Jeugdhulp Friesland de vraag naar voren gekomen naar meer informatie over deze doelgroep en de argumenten voor de keuze voor een specifieke behandelmethodes of een combinatie van behandelmethoden.

De bewezen effectiviteit in combinatie met de kortere behandelduur indiceren een theoretische voorkeur voor EMDR als traumaverwerkingsmethode voor kinderen met een PTSS. In de praktijk wordt voor sommige kinderen echter alsnog gekozen voor speltherapie of voor een combinatie van beide therapieën. Dit onderzoek richt zich op de inclusiecriteria, exclusiecriteria en doelgroepkenmerken bij de toepassing van EMDR, speltherapie of een combinatie van beide. Zo wordt duidelijker bij welke doelgroep en in welke situaties al dan niet gekozen wordt voor een bepaalde behandeling. Daarnaast wordt inzicht verkregen in het handelen van de professionals binnen Jeugdhulp Friesland en nagegaan of dit handelen conform de literatuur is. Dit draagt bij aan professionalisering en optimalisering binnen de organisatie en aan effectievere hulpverlening. In dit onderzoek staat daarom de volgende onderzoeksvraag centraal:

Welke inclusie-/exclusiecriteria en doelgroepkenmerken worden binnen Jeugdhulp Friesland onderscheiden door de behandelaars wat betreft de toepassing van EMDR, speltherapie of een combinatie van beide als traumaverwerkingsmethode bij kinderen met een PTSS en in hoeverre komen deze overeen met de theorie?

2. Methode

2.1 Onderzoeksontwerp

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruikgemaakt van bestaande literatuur en kwalitatieve onderzoeksmethoden. Dit onderzoek heeft een explorerend karakter en is beschrijvend van aard. Het heeft als doel meer duidelijkheid te krijgen over bij welke doelgroep en in welke situaties al dan niet gekozen wordt voor EMDR en/of speltherapie als traumaverwerkingsmethode.

De gegevens zijn verkregen bij één organisatie, namelijk Jeugdhulp Friesland. Er is gebruikgemaakt van semigestructureerde interviews. Tijdens de interviews is ingegaan op de inclusiecriteria, exclusiecriteria en doelgroepkenmerken die gehanteerd worden door de behandelaren bij de keuze voor de toepassing van EMDR, speltherapie of een combinatie van beide. Vervolgens is gekeken in hoeverre de inclusiecriteria, exclusiecriteria en de doelgroepkenmerken die de behandelaren genoemd hebben, overeenkomen met de criteria en doelgroepkenmerken op basis van de theorie (bijlage 1). Daarmee is een antwoord gegeven op de onderzoeksvraag.

2.2 Participanten

De interviews zijn afgenomen bij zes behandelaren die werkzaam zijn bij Jeugdhulp Friesland als EMDR-therapeut of speltherapeut en die traumatherapie geven aan kinderen met een PTSS. Er zijn drie speltherapeuten werkzaam bij Jeugdhulp Friesland. Omdat dit een overzichtelijke groep is, zijn deze drie speltherapeuten allen geïncludeerd. Om het onderzoek behapbaar te houden, is ervoor gekozen om evenveel EMDR-therapeuten te includeren. Bij Jeugdhulp Friesland zijn twaalf EMDR-therapeuten werkzaam. Voor dit onderzoek zijn behandelaren geselecteerd die een EMDR-vervolgopleiding hebben gedaan en actief zijn in het uitvoeren van EMDR-behandelingen. Zes van de twaalf behandelaren voldoen aan deze criteria. In samenspraak met de contactpersoon binnen Jeugdhulp Friesland (F. Hornyák) zijn van deze zes behandelaren drie behandelaren geselecteerd. Deze drie behandelaren zijn benaderd voor deelname en geïncludeerd in het onderzoek.

2.3 Onderzoeksinstrumenten

Voor het afnemen van de interviews bij de behandelaren is gebruikgemaakt van een semigestructureerd interviewschema (bijlage 2). Er is gekozen voor een semigestructureerd interviewschema, omdat dit de interviewer ruimte geeft om te reageren of dieper in te gaan op onderwerpen die aan bod komen. Dit past bij het explorerende karakter van dit onderzoek.

Tijdens de interviews zijn de argumenten en ervaringen van behandelaren met betrekking tot de doelgroep en de keuze van traumaverwerkingsmethoden uitgediept.

Voor de analyse van de interviews is gebruikgemaakt van een codeboek (bijlage 3). De codes zijn opgesteld aan de hand van informatie uit bestaande literatuur en aangevuld met informatie uit de interviews. Wanneer tijdens het coderen van de transcripten andere relevante onderwerpen of concepten naar voren kwamen dan in de literatuur beschreven, zijn deze als nieuwe codes aan het codeboek toegevoegd.

2.4 Procedure

Voorafgaand aan het benaderen van de behandelaren en het verzamelen van de gegevens is toestemming verkregen van de Ethische Commissie van de Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen. Vervolgens is de relevante informatie over het onderzoek met de geselecteerde behandelaren gedeeld via een email met een informatiebrief (bijlage 4). Aan de hand daarvan hebben zij een beslissing gemaakt over de deelname. Voorafgaand aan het interview is de behandelaar gevraagd een toestemmingsformulier (bijlage 5) te ondertekenen. De interviews zijn middels videobellen afgenomen. Vooraf aan het interview is nogmaals uitleg gegeven over het onderzoek en het interview en is de vrijwillige aard, vertrouwelijkheid en anonimiteit benadrukt. Met toestemming van de geïnterviewde is een geluidsopname van het interview gemaakt, zodat deze na afloop getranscribeerd kon worden. Na het transcriberen zijn de geluidsopnames gewist van de opnameapparatuur. Namen van personen of organisaties, plaatsen en andere persoonsgegevens zijn gepseudoniseerd verwerkt zodat deze niet herleidbaar zijn. De transcripten zijn ter controle voorgelegd aan de behandelaren. Vervolgens hebben zij de mogelijkheid gekregen opmerkingen te maken, aanvullingen te geven en waar nodig fouten te corrigeren. De opnames en gepseudoniseerde transcripten zijn opgeslagen op de beveiligde schijf van de Rijksuniversiteit Groningen en alleen in te zien door de onderzoeker en de thesisbegeleider.

2.5 Analyse

De interviews zijn getranscribeerd en vervolgens gecodeerd met behulp van het softwareprogramma Atlas.ti. Er is gebruik gemaakt van zowel deductieve als inductieve codering. Vooraf aan de analyse is een aantal codes aangemaakt op basis van de theorie. Wanneer tijdens het analyseren van de interviews andere relevante onderwerpen of concepten naar voren kwamen dan in de literatuur beschreven, zijn deze als nieuwe codes aan het codeboek toegevoegd. Na afloop van het coderen van de interviews zijn de codes geordend en

waar nodig hernoemd of samengevoegd. Alle transcripten zijn achteraf nogmaals bestudeerd om te controleren of er geen coderingen ontbraken en om waar nodig nieuwe codes toe te voegen aan de fragmenten. De definitieve codes zijn opgenomen in het codeboek (bijlage 3).

De analyse is uitgevoerd aan de hand van drie thema's. Deze thema's komen voort uit de onderzoeksvraag en betreffen de inzet van EMDR, de inzet van speltherapie en de inzet van een combinatie van beide therapievormen. Het eerste thema gaat over de ervaringen van de behandelaren en hun argumenten voor of tegen de toepassing van EMDR als traumaverwerkingsmethode. Hierin worden ook de inclusiecriteria, exclusiecriteria en doelgroepkenmerken die bekend zijn uit de theorie meegenomen. De codes die bij dit thema horen zijn *cognitief, concentratie, werkgeheugen, middelengebruik, kosten, bewezen effectief, efficiëntie, snelheid, duidelijk target, betrekken gezinssysteem, koppeling gebeurtenis-gedrag* en *verhalenmethode*. Met dit thema en bijbehorende codes is geprobeerd meer duidelijkheid te geven over bij welke kinderen en in welke situaties al dan niet gekozen wordt voor EMDR.

Het tweede thema gaat over de toepassing van speltherapie als traumaverwerkingsmethode. Hiertoe behoren de ervaringen en argumenten van de behandelaren voor of tegen de toepassing van speltherapie als traumaverwerkingsmethode. Ook hier worden weer de inclusiecriteria, exclusiecriteria en doelgroepkenmerken die bekend zijn uit de theorie meegenomen. De codes die bij dit thema horen zijn *praten, onzekerheid, angst controleverlies, interactieproblemen, verbeeldingskracht, kindvriendelijkheid, emotieregulatie* en *beleving kind*. Met dit thema en bijbehorende codes is geprobeerd meer duidelijkheid te geven over bij welke kinderen en in welke situaties behandelaren speltherapie als traumaverwerkingsmethode inzetten of juist niet.

Het derde thema betreft de inzet van een combinatie van speltherapie en EMDR en de argumenten en ervaringen van de behandelaren daarmee. Wederom wordt wat bekend is uit de theorie meegenomen, zij het beperkt op dit gebied. Dit thema betreft de ervaringen van de behandelaren en hun argumenten voor of tegen de inzet van een combinatie van therapievormen. Onder dit thema vallen de codes *terugkerend spelthema, ondersteuning, onvoldoende resultaat, belasting, ontspannen, voorbereiding emotieregulatie* en *gelijktijdigheid*. Met dit thema is geprobeerd duidelijkheid te geven op de vraag waarom en wanneer een combinatie van traumaverwerkingsmethoden geschikt is.

Tabel 1 geeft een overzicht van de thema's en bijbehorende codes. De interviews zijn per thema geanalyseerd en er is nagegaan wat er in de interviews over de verschillende

thema's en codes naar voren is gekomen. Vervolgens is dit naast de theorie gelegd om te kijken in hoeverre dit met elkaar overeenkomt. Hiermee is onderzocht of de ervaringen en argumenten van de behandelaren conform de literatuur zijn.

Tabel 1: Overzicht thema's en codes

Thema	Codes
EMDR	Cognitief
	Concentratie
	Werkgeheugen
	Middelengebruik
	Kosten
	Bewezen effectief
	Efficiëntie
	Snelheid
	Duidelijk target (type I trauma)
	Betrekken gezinssysteem
	Koppeling gebeurtenis-gedrag
Verhalenmethode	
Speltherapie	Praten
	Onzekerheid
	Angst controleverlies
	Interactieproblemen
	Verbeeldingskracht
	Kindvriendelijkheid
	Emotieregulatie
	Beleving kind
Combinatie	Terugkerend spelthema
	Ondersteuning
	Onvoldoende resultaat
	Belasting
	Ontspannen
	Voorbereiding emotieregulatie
	Gelijktijdigheid

3. Resultaten

3.1 Kenmerken van de participanten

In totaal zijn zes behandelaren van Jeugdhulp Friesland geïnterviewd: drie EMDR-therapeuten en drie speltherapeuten. In dit resultatenhoofdstuk worden de drie EMDR-therapeuten aangeduid met behandelaar 1, 2 en 3 en de drie speltherapeuten met behandelaar 4, 5 en 6. In deze beschrijving van de participanten worden echter alleen uitspraken gedaan over de kenmerken van de groep EMDR-therapeuten en de groep speltherapeuten als geheel. Om herleidbaarheid te voorkomen, worden geen kenmerken gekoppeld aan de individuele behandelaren. Hier is voor gekozen, omdat de EMDR-therapeuten geselecteerd zijn door de contactpersoon binnen de organisatie en daarnaast omdat alle speltherapeuten die werkzaam zijn bij Jeugdhulp Friesland geïnccludeerd zijn. Bovendien is het totale aantal geïnterviewde behandelaren beperkt.

De therapeuten verschillen op een aantal punten van elkaar. Ten eerste is er een verschil in opleidingsniveau. De speltherapeuten zijn minimaal hbo-geschoold en de EMDR-therapeuten hebben minstens een wo-opleiding gevolgd. Ten tweede verschilt het aantal kinderen dat een therapeut in behandeling heeft en het aantal uur per week dat besteed wordt aan EMDR dan wel speltherapie. Zo verzorgen alle drie EMDR-therapeuten ten tijde van het interview EMDR-behandelingen voor vier kinderen in acht uur per week. De speltherapeuten behandelen tussen de elf tot zestien kinderen in meer dan twintig uur per week. Bij de speltherapeuten is het geven van de therapieën vaak de kerntaak, terwijl de EMDR-therapeuten vaker ook andere bezigheden hebben zoals een regiebehandelaarschap of het verzorgen van andere therapieën. Ten derde hebben twee van de drie speltherapeuten aangegeven ook buiten Jeugdhulp Friesland werkzaam te zijn bij andere organisaties of als vrijgevestigde speltherapeut. Tenslotte zijn er verschillen in werkervaring. De geïnterviewden hebben tussen de een en meer dan twintig jaar werkervaring.

3.2 EMDR

3.2.1 Efficiëntie en bewezen effectiviteit

Uit de interviews komt een aantal voordelen naar voren ten gunste van EMDR als traumaverwerkingsmethode. Zo geven de behandelaren aan dat EMDR een snellere verwerkingsmethode is vergeleken met speltherapie (1, 2, 4). Behandelaar 1: “Ja,

speltherapie duurt gewoon veel langer”. De therapeuten zijn zich ervan bewust dat daardoor de kosten van een behandeling middels EMDR gedrukt worden (2, 4). De EMDR-therapeuten noemen EMDR efficiënter dan speltherapie en de meest bewezen behandeling (1, 2).

3.2.2 Targets en koppeling gedrag

Daarnaast is in de interviews naar voren gekomen dat het bij EMDR van belang is om duidelijke *targets* te hebben waarop de behandeling wordt ingezet (1, 2, 4). Een *target* is een duidelijke herinnering of een duidelijk plaatje van de traumatische situatie. Bij EMDR is het belangrijk dat er een duidelijke koppeling is tussen het klachtgedrag, zoals herbelevingen en vermijding, en de gebeurtenis (behandelaar 3). Er moet een gedragsverandering hebben plaatsgevonden bij het kind na de traumatische gebeurtenis. Een EMDR-therapeut (2) vertelt: *“Ik zou echt als er een hele duidelijke gebeurtenis is geweest en daarna gedragsverandering van het kind en er zijn traumasignalen, dan moet je altijd EMDR doen.”*

Zij benadrukt daarbij de bewezen efficiëntie en de snelle klachtvermindering bij EMDR: *“Ik vind het dan zonde als mensen daar te lang mee bezig zijn in de speltherapie om die [targets] te ontrafelen, omdat het gewoon sneller kan.”*

Behandelaar 2 waarschuwt echter dat EMDR risicovol kan zijn als er geen duidelijke link is tussen het klachtgedrag en de gebeurtenis. Dit is omdat een kind met de verhalenmethode mogelijk nieuwe (schadelijke) herinneringen opslaat in zijn of haar geheugen. In dat geval heeft speltherapie de voorkeur. Bij speltherapie heeft het kind namelijk zelf de ruimte om te komen met de onderwerpen die spelen bij hem of haar en om uiting te geven aan wat hij of zij heeft ervaren. Die manier sluit beter aan bij hoe het kind het heeft beleefd in plaats van suggesties te geven die misschien niet kloppen, vertelt ze. *“Want is het nou traumatisch voor degenen die erbij waren, maar was het ook traumatisch voor het kind? Dat weet je gewoon niet.”*

3.2.3 Verhalenmethode

Bij EMDR kan gewerkt worden met herinneringen van het kind zelf of met herinneringen van een volwassene door middel van de verhalenmethode (1, 2). De verhalenmethode wordt voornamelijk bij jonge kinderen ingezet en/of als er sprake is van een preverbaal trauma (1, 2).

“Voor kinderen van nul tot vier is het heel lastig om daar echt actieve herinnering aan te hebben, tenminste in woorden. Kinderen hebben natuurlijk vaak wel herinneringen fysiek in hun lijf hè, dus zonder dat ze zich realiseren kunnen zij op een plek die hen doet herinneren

op fysiek niveau op onbewust niveau, kunnen ze best wel stress ervaren, maar ze kunnen daar dan geen woorden aan geven.” (Behandelaar 2)

Als er een koppeling is tussen de klachten en de gebeurtenis en er zijn volwassenen die het verhaal goed weten en kunnen vertellen, is de verhalenmethode een geschikte manier om het trauma te behandelen (1, 2). Dit heeft dan de voorkeur boven speltherapie, omdat EMDR sneller werkt. Als er echter geen volwassenen zijn die het verhaal kennen, is de verhalenmethode niet geschikt. Behandelaar 1 vertelt dat zij in een bepaald traject EMDR met de verhalenmethode heeft geprobeerd, maar dat ze is overgegaan op speltherapie. Dit is gebeurd, omdat het niet lukte het verhaal helder te krijgen met het (pleeg)gezin.

3.2.4 Betrekken gezinssysteem

De relatie met het gezinssysteem wordt ook als een belangrijk aspect gezien bij de therapie (1, 2, 3, 5). Behandelaar 2 licht dit toe: *“Je kan trauma's prima voor een stuk met de cliënt oplossen, maar bij kinderen moet je het systeem erbij betrekken.”* Als de relatie met ouders goed is, kan je dat versterken en gebruiken in EMDR. *“Het voordeel van EMDR is dat je het samen met het gezinssysteem doet, dus dat [...] doordat je het samen doet, dus kind en de ouders, je de hechtingsrelatie bevordert.”* Bij de verhalenmethode is het betrekken van de (pleeg)ouders of andere belangrijke volwassenen een integraal onderdeel, maar ook bij reguliere EMDR-therapie kan het gezinssysteem goed betrokken worden, volgens behandelaar 2.

“En vaak is dat dan niet de mishandelende ouder, maar die mishandelende ouder wordt wel betrokken in het delen van het verhaal, zodat die ouder zich wel kan verontschuldigen ten opzichte van het kind en het kind aan die ouder kan vertellen wat het met hem heeft gedaan.”

Deze EMDR-therapeut geeft wat betreft de betrokkenheid van ouders het voorbeeld van een kind en zijn moeder die tegelijkertijd een touwtje vasthouden tijdens de therapie, zodat hij weet dat hij verbonden is met haar. De moeder zat achter hem en kon bij stressvolle momenten het touwtje aantrekken om op die manier laten weten dat ze bij hem was. Over het betrekken van het gezinssysteem zegt deze behandelaar: *“Als het even kan, vind ik dat je alle moeite moet doen”*. Als de relatie met ouders moeizaam is, probeert behandelaar 2 de relatie en het contact te herstellen. Zij vindt het herstellen van de hechtingsrelatie minstens net zo belangrijk als het verwerken van het trauma.

3.2.5 Verbaliseren en emoties

Behandelaar 2 benoemt het volgende nadeel van EMDR als traumaverwerkingsmethode:

“Het is natuurlijk toch een soort cognitieve vorm van therapie, waarbij je ook wel verbaal iets in huis moet hebben om in ieder geval aan te kunnen geven van wat er is gebeurd.”

Het gaat om het oproepen van de emotie en woorden kunnen daarbij helpen. Behandelaar 2 benadrukt het belang van psycho-educatie om kinderen hun emoties te laten durven voelen.

“Niet langer wachten dan noodzakelijk, want [...] door het niet te behandelen, blijven de klachten juist bestaan en worden ze alleen maar erger en dan krijg je kinderen die gaan dissociëren of depressief worden. Ja, dan kan je een behandeling voor depressie inzetten, maar je moet eigenlijk verder zoeken naar de oorzaken.” (Behandelaar 2)

Zij voegt daaraan toe dat er gebruik gemaakt kan worden van *blind to therapist*. Dat houdt in dat het kind weet wat er gebeurd is, maar het niet hardop zegt, omdat hij of zij er zo ontregeld door wordt. EMDR kan op die manier ook worden toegepast als het kind de gebeurtenis in gedachten heeft, maar niet uitspreekt. *“Dat zie je vooral bij seksueel misbruik, dat soort meisjes vinden dat gewoon te naar om hardop te zeggen, dan hoeft dat ook niet perse.”* Het is met deze methode dus niet noodzakelijk dat het verhaal opnieuw verteld wordt en dat maakt het cliëntvriendelijk. Het gaat erom dat een kind emoties kan en durft te voelen.

“Dus het is niet zo dat jij zoals bij exposure dat je gewoon de hele verkrachting opnieuw moet vertellen en beleven, waardoor je er heel lang in blijft. Dan is een therapie natuurlijk ook dat je gaat ervaren dat die emoties gewoon wegzakken, dus dat je daar controle over kunt krijgen, maar dat is natuurlijk nog veel enger.”

3.2.6 Middelengebruik en psychische problemen

Een van de EMDR-therapeuten (3) noemt ernstig middelengebruik als mogelijke belemmering voor de behandeling, zonder dat ze daar zelf ervaring mee heeft.

“En bijvoorbeeld bij heel ernstige drugs- en alcoholgebruik dan vraag ik me ook af of het dan handig is om in te zetten. [...] Ik heb nog niet een casus gehad waarbij het speelde waardoor ik dacht het kan niet ingezet worden, maar ik zou me wel kunnen voorstellen dat wanneer het echt heel fors is dat je daar dan eerst ook op moet inzetten, op die verslaving.”

Behandelaar 1 geeft daarnaast aan dat het lastig is een behandeling te verzorgen “als het kind heel erg psychotisch is”, omdat het hebben van contact noodzakelijk is voor de behandeling. Tegelijkertijd benadrukt zij dat het ook een overlevingsmechanisme kan zijn van een kind. Waar anderen weglopen of juist boosheid laten zien, kan dissociëren ook een manier zijn om met een moeilijke situatie om te gaan.

“Nou, weet je wat het is, het is soms ook zo’n glijdende schaal. Nou, wat ik net zei dat een kind psychotisch van de wereld raakt, bijvoorbeeld, maar als een kind bijvoorbeeld wel in het dagelijks leven even afwezig is vanwege situaties die ze meemaakt, dan is dat juist het overlevingsmechanisme, dus dan moet je wel goed kijken van wat betekent dit gedrag voor dit kind?”

3.2.7 Koppeling theorie

Vanuit de theorie is een aantal aspecten naar voren gekomen dat belangrijk is bij de toepassing van EMDR. Een deel daarvan is in de interviews met behandelaren van Jeugdhulp Friesland teruggekomen. Hieronder valt het belang van het hebben van voldoende cognitieve vaardigheden, maar ook de afwezigheid van middelenafhankelijkheid en psychotische problemen. Daarnaast stellen zowel de behandelaren als bestaande theorieën dat EMDR geschikt is voor kinderen die zich onvoldoende verbaal kunnen uiten. De efficiëntie van bewezen effectiviteit van EMDR als traumaverwerkingsmethode is ook zowel in de theorie als in de interviews naar voren gekomen. Het belang van het hebben van voldoende concentratie en werkgeheugen is niet genoemd door de EMDR-behandelaren in tegenstelling tot wat beschreven is in de theorie. Ook de aanwezigheid van depressieve of bipolaire stoornissen is niet als exclusiecriteria naar voren gekomen in de interviews met behandelaren.

Tegelijkertijd zijn door de behandelaren ook andere aspecten genoemd die niet in de gebruikte wetenschappelijke literatuur zijn gevonden. Zo wordt het belang van een duidelijk *target* en een koppeling tussen de gebeurtenis en het gedrag in de interviews benadrukt door de behandelaren, terwijl dat niet op die manier naar voren komt in de theorie. Ook de waarschuwing die een behandelaar geeft over het risico van het opslaan van nieuwe (schadelijke) herinneringen, is niet naar voren gekomen in de theorie waar dit onderzoek gebruik van heeft gemaakt. Verder wordt ook de waarde van het betrekken van het gezinssysteem bij reguliere EMDR-therapie niet zo expliciet genoemd in de theorie. Tabel 2 geeft een overzicht van de besproken aspecten en laat daarbij zien of deze in de theorie en/of de interviews naar voren zijn gekomen.

Tabel 2: Overzicht EMDR-aspecten uit theorie en interviews

Onderwerp	Theorie	Interviews
Cognitieve vaardigheden	X	X
Concentratie	X	-
Werkgeheugen	X	-
Depressieve stoornissen	X	-
Suïcidaliteit	X	-
Middelengebruik/-afhankelijkheid	X	X
Psychotische problemen	X	X
Efficiëntie	X	X
Bewezen effectiviteit	X	X
Duidelijk target	-	X
Koppeling gebeurtenis-gedrag	-	X
Verbale vermogens	X	X
Risico EMDR	-	X
Betrekken gezinssysteem	-	X

3.3 Speltherapie

3.3.1 Kindvriendelijkheid

Uit de interviews is naar voren gekomen dat de behandelaars (4, 5, 6) speltherapie als een kindvriendelijke therapie zien, omdat spelen over het algemeen heel natuurlijk is voor een kind. In de speltherapiekamer kunnen kinderen zelf bepalen hoe en waarmee ze willen spelen (4, 5, 6). Dat maakt dat een kind veel controle heeft over de situatie.

“Ik denk dat een groot succes van speltherapie is dat een kind heel veel kan bepalen, want die mag kiezen waarmee die wil spelen, die mag ook kiezen of als die iets anders wil spelen, dus daarmee krijgt hij eigenlijk heel veel regie en op andere momenten krijgt hij dat niet. [...] En daarmee wordt het kind gehoord en gezien en dat gehoord en gezien worden is denk ik essentieel” (Behandelaar 5)

Kinderen met angst voor controleverlies kunnen met behulp van speltherapie leren om anderen, bijvoorbeeld de speltherapeut of de ouders, langzamerhand weer te vertrouwen (behandelaar 5). Speltherapie gaat vooral om de beleving van de kinderen. Behandelaar 4

vertelt: *“Het hoeft niet eens altijd te zijn wat in de werkelijke wereld gebeurt, maar wel wat het kind beleeft.”* Het is niet noodzakelijk dat er een duidelijke gebeurtenis helder is (1, 4), omdat het kind tijdens de speltherapie de ruimte krijgt om zelf te kiezen welke thema's hij of zij uitspeelt. Behandelaar 4 vertelt over een kind: *“Ik kan in haar spel, door de tijd heen, heel goed zien dat er hele erge dingen zijn gebeurd”*. Dat maakt het ook geschikt voor traumatische ervaringen die wijdverbreider of ongrijpbaarder zijn (1, 4).

“Ik weet dat ze een poos met haar zusje op straat gezworven heeft, dat is feitelijk bekend. Maar wat er daadwerkelijk gebeurd is, dat zal ik nooit helemaal weten.”

(Behandelaar 4)

Daarnaast noemt behandelaar 6 dat ze bij de kinderen ziet dat *“omdat het een hele ongedwongen manier is, waarin je het kind heel veel volgt, dat ze heel snel thuiszijn en het eigenlijk altijd leuk vinden”*. Dat bekrachtigt de kindvriendelijkheid van deze therapievorm. Kinderen vinden het meestal leuk in de spelkamer en zijn niet heel bewust met de therapie bezig, terwijl ze wel degelijk bezig zijn met het verwerken van een trauma.

“En dat werkt dus fantastisch, want je ziet heel vaak als kinderen dan weer terugkomen bij de ouders in de wachtkamer, dat die dan zoiets hebben van ‘nou wat heb je gespeeld?’ en dat ze dan echt iets zoiets hebben van ‘ja weet ik eigenlijk niet’. Dan zijn het soms hele beladen dingen waar ze mee bezig zijn geweest.” (Behandelaar 6)

“Dus [EMDR] is een veel meer confronterende manier en spel is veel meer een verhullend in spel bij het kind passende manier, maar minder verbaal ook. Want ik ga niet tegen het kind in de spelkamer helemaal vertellen wat hij allemaal heeft meegemaakt in zijn leven.” (Behandelaar 5)

3.3.2 Concentratie en verbeeldingskracht

Uit de interviews is naar voren gekomen dat een bepaalde mate van concentratie nodig is om speltherapie te kunnen laten slagen. Een speltherapeut (6) vertelt daarover:

“Ik heb laatst getwijfeld nog bij een kind [...] en dat meisje kon eigenlijk de aandacht niet richten. Het was twee tellen en dan wilde ze weer wat anders. En toen had ik wel zoiets van goh ja dit vind ik wel heel erg moeilijk om hier dan iets mee te kunnen.”

Bovendien is het van belang dat een kind moet kunnen spelen (1, 4, 5). Het is daarbij belangrijk dat een kind verbeeldingskracht heeft (4, 6). Dat maakt dat het niet altijd geschikt is voor kinderen met een autismespectrumstoornis, omdat zij daar moeite mee hebben (1, 4).

Tegelijkertijd moet het kind ook niet te veel in zijn of haar eigen fantasie zitten, waarbij hij of zij bijna psychotisch is. Het is volgens behandelaar 5 niet geschikt om dan speltherapie te geven: *“Als de verbinding met de werkelijkheid er niet is, dan komt het ook niet goed, denk ik. [...] Dan is het volgens mij niet een goed idee om dan speltherapie te gaan geven.”*

Bij verbeeldingskracht speelt leeftijd een belangrijke rol, aangezien het voor oudere kinderen soms een stuk lastiger is om nog echt te spelen (1, 3, 5, 6).

“Maar sommige kinderen [...] van elf of van tien of van twaalf, die vinden dat saai of kinderachtig en die willen dan bijvoorbeeld knutselen of dingen maken.” (Behandelaar 5)

Daarom is het belangrijk om altijd aan te sluiten bij de interesses van het kind. Als een kind wat ouder is en niet meer zo goed kan spelen, maar wel houdt van schilderen of sporten, zou gekeken moeten worden naar een passende therapie, zoals bijvoorbeeld creatieve therapie of psychomotore therapie (3, 5, 6).

3.3.3 Emoties reguleren

Met speltherapie kunnen kinderen leren hun gevoelens en emoties onder controle te krijgen en te uiten (2, 3, 4, 6). Een speltherapeut (6) vertelt daarover dat ze veelal kinderen ziet *“die dan heel onzeker, bijna niet weten wie ze zelf zijn, hoe ze in hun vel zitten, geen idee hebben van gevoelens: wat voel ik nou eigenlijk?”*. Daarnaast worden kinderen met sociaal-emotionele problematiek en kinderen die moeite hebben in interactie met anderen genoemd door de behandelaren (2, 4, 5).

“[Kinderen] die bijvoorbeeld moeilijk vriendjes maken of geen aansluiting vinden bij klasgenootjes. Of juist heel teruggetrokken en vlak zijn. Dat je merkt dat je anders bent dan anderen en dat je dat lastig vindt. Faalangstig, sociaal onhandig, niet mee kunnen komen op school, gepest worden...” (Behandelaar 5)

3.3.4 Koppeling theorie

Bestaande theorieën geven een aantal inclusie- en exclusiecriteria voor de toepassing van speltherapie als traumaverwerkingsmethode. Zo is speltherapie geschikt voor kinderen die niet of moeilijk kunnen praten over herinneringen en emoties, kinderen met problemen in interactie met anderen, kinderen met weinig zelfvertrouwen en kinderen met angst voor controleverlies. Al deze aspecten zijn teruggekomen in de interviews met de behandelaren. Daarentegen is speltherapie volgens de theorie geen geschikte behandeling voor kinderen met onvoldoende verbeeldingskracht of kinderen die niet in staat zijn tot symbolisch spel. Ook dat wordt ook gezien en genoemd door de behandelaren. Hetzelfde geldt voor de aanwezigheid

van psychotische problemen. De aanwezigheid van depressieve stoornissen of suïcidaliteit worden in de literatuur als exclusiecriteria gezien, maar zijn niet genoemd door de behandelaren.

Verder dragen de behandelaren een aantal aspecten aan in de interviews die niet naar voren kwamen in de gebruikte literatuur. Zo blijkt uit de interviews dat het voor de behandelaren niet noodzakelijk is dat er een duidelijke gebeurtenis helder is. De therapie hoeft namelijk niet op een bepaalde gebeurtenis toegespitst te worden, omdat een kind zelf thema's aandraagt en omdat het draait om de beleving van het kind. Daarnaast komt uit de interviews duidelijk naar voren dat speltherapie een geschikte manier is om te leren emoties te reguleren en dat het geschikt is voor kinderen met sociaal-emotionele problemen. Ten slotte is door een behandelaar genoemd dat een bepaalde mate van concentratie nodig is voor speltherapie. Ook dit is niet naar voren gekomen in de gebruikte literatuur over speltherapie. Tabel 3 geeft een overzicht van de besproken aspecten en of deze in de theorie en/of in de interviews naar voren zijn gekomen.

Tabel 3: Overzicht speltherapie-aspecten uit theorie en interviews

Onderwerp	Theorie	Interviews
Verbale vermogens	X	X
Interactieproblemen	X	X
Zelfvertrouwen	X	X
Angst voor controleverlies	X	X
Verbeeldingskracht	X	X
Leeftijd	X	X
Depressieve stoornissen	X	-
Suïcidaliteit	X	-
Psychotische problemen	X	X
Duidelijke target niet vereist	-	X
Leren emoties reguleren	-	X
Concentratie	-	X

3.4 Combinatie

3.4.1 Terugkerende spelthema's

Bij een aantal kinderen wordt een combinatie van EMDR en speltherapie ingezet. Uit de interviews blijkt dat dit niet vooraf, maar meestal gedurende het traject wordt bepaald (1, 2, 3, 4, 5, 6). Een van de manieren waarop de combinatie gemaakt kan worden is door een kind in een speltherapietraject een of meer EMDR-sessies te laten volgen. De speltherapeuten vertellen dat sommige kinderen steeds met hetzelfde onderwerp of dezelfde gebeurtenis blijven komen in de therapiekamer (1, 2, 4, 5, 6). Er is dus sprake van een duidelijk *target*.

“Misschien kan het hem helpen om die eerste heftige lading van alles wat de verkleinen, zodat er wat meer ruimte komt, ook voor het aan te gaan.” (Behandelaar 5)

De emotionele lading kan door middel van EMDR op een snelle manier van die gebeurtenis gehaald worden, terwijl het bij speltherapie veel langer zou duren (2, 5, 6). Behandelaar 2 geeft het volgende advies:

“Dan kan je er tien weken over doen om het uit te spelen een keer in de week, maar ik zou dan zeggen als het zo'n duidelijke target is met zo'n duidelijke link tussen de klachten, schakel even een EMDR-therapeut in die, of met de Lovett-methode of met het kind zelf als die wat ouder is, dat trauma opruimt en dan gewoon weer door naar speltherapie.”

Mogelijk is dit voldoende voor het kind en anders kan na de EMDR-sessie(s) het speltherapietraject vervolgd worden. De kinderen zijn dan vaak ontspannener in de speltherapie en klaar om de overige thema's te behandelen. *“Je merkt dat ze dan ontspannener zijn in hun houding.”* vertelt behandelaar 6.

3.4.2 Blijvend klachtgedrag

Een andere manier om de therapieën met elkaar te combineren is door speltherapie na afloop van EMDR in te zetten. Het is mogelijk dat na het behandelen van de *targets* met EMDR bepaald klachtgedrag blijft bestaan (1, 6). De inzet van speltherapie kan dan nuttig zijn, omdat kinderen daar de mogelijkheid krijgen om zelf met thema's te komen die (nog) bij hen spelen. Behandelaar 3 benadrukt dat ze de combinatie waarbij eerst EMDR en later speltherapie wordt ingezet het meest logisch zou vinden, *“omdat EMDR eerstekeus-behandeling is”*.

3.4.3 Speltherapie ter voorbereiding

Ook kan speltherapie ingezet worden voorafgaand aan EMDR. Bij speltherapie kunnen kinderen leren hun gevoelens en emoties onder controle te krijgen en te uiten. Op die manier kan speltherapie dienen als voorbereiding op EMDR (2, 4, 6):

“Soms doen wij eigenlijk ook alleen het stukje voorwerk voordat het kind naar EMDR kan. Dan ben je bezig met inderdaad ontspannen aanwezig zijn, de aandacht kunnen richten en dan over die affecten kunnen praten. Hoe voel ik mij hierin, daarin, in bepaalde situaties?”
(Behandelaar 4)

Door eerst speltherapie in te zetten, zijn kinderen “steviger” en kunnen ze makkelijker door naar EMDR (behandelaar 4).

3.4.4 Gelijktijdigheid en belastbaarheid

Meestal worden de therapieën niet gelijktijdig gegeven, zodat het kind (en het gezin) niet te veel belast wordt (behandelaar 5). De therapieën kunnen namelijk veel spanning opleveren (2, 5). Voor sommige kinderen is het echter juist fijn om de therapieën tegelijkertijd te volgen. Behandelaar 1 benoemt een kind dat *“de ene dag bij mij EMDR had en dan had hij de volgende dag speltherapie.”* Ze vertelt dat dit kind de confrontaties die hij onderging tijdens de EMDR-sessies de volgende dag verder kon uitspelen in een vertrouwde omgeving bij de speltherapeut.

“En het was ook heel mooi, als je dat dossier in kan kijken, is om te zien van dat wat hij doorleefde, zeg maar, bij mij met de EMDR dat je dat effect heel mooi in zijn spel zag”
(Behandelaar 1)

Uit de interviews blijkt dat de speltherapeuten het EMDR-proces ook kunnen ondersteunen. Behandelaar 1 vertelt: *“We hebben met elkaar afgesproken op het moment dat zij een traumatische ervaring uitspeelt, dat de speltherapeut er dan ook een opname van gaat maken of foto of wat dan ook, die ik dan meteen kan gebruiken als naar plaatje voor de EMDR.”* Op die manier wordt het effect van een combinatie van therapieën groter.

Uit de interviews blijkt dus dat de behandelaren ervaringen hebben met verschillende (volgordes van) combinaties. Zo wordt EMDR als tussentraject van speltherapie genoemd, speltherapie als vervolg op EMDR en ten slotte EMDR als vervolg op speltherapie.

3.4.5 Koppeling theorie

Uit de theorie is gebleken dat er (nog) onvoldoende onderzoek is gedaan om uitspraken te kunnen doen over de effectiviteit en inclusiecriteria of exclusiecriteria van een combinatie van

EMDR en speltherapie. Wel klinkt er vanuit bestaand onderzoek positief geluid over de toepassing van een combinatie van therapievormen bij kinderen voor wie EMDR te snel of te overweldigend is. Deze theorie sluit aan bij wat een van de behandelaars vertelt over een kind dat de confrontaties van de EMDR-sessies verder kon uitspelen bij de speltherapeut. De behandelaars erkennen dat EMDR zwaar kan zijn voor een kind en uit de interviews wordt duidelijk dat speltherapie ingezet wordt ter voorbereiding op EMDR bij kinderen met onvoldoende emotieregulatievaardigheden. Maar zoals de behandelaars het beschrijven, worden de therapieën meestal niet gelijktijdig gegeven in tegenstelling tot hoe het in bestaande literatuur wordt opgeworpen.

4. Conclusie en discussie

In dit onderzoek is een antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvraag: *Welke inclusie-/exclusiecriteria en doelgroepkenmerken worden binnen Jeugdhulp Friesland onderscheiden door de behandelaren wat betreft de toepassing van EMDR, speltherapie of een combinatie van beide als traumaverwerkingsmethode bij kinderen met een PTSS en in hoeverre komen deze overeen met de theorie?* Het onderzoek heeft een verkennend karakter en heeft als doel meer duidelijkheid te krijgen over bij welke kinderen en in welke situaties al dan niet gekozen wordt voor EMDR en/of speltherapie als traumaverwerkingsmethode. Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van interviews met behandelaren. De aspecten die genoemd worden door de behandelaren komen deels overeen met de theorie. Tegelijkertijd zijn er door de behandelaren aspecten genoemd die niet in de gebruikte wetenschappelijke literatuur zijn gevonden en andersom is een aantal aspecten uit de theorie niet door de behandelaren genoemd.

In de interviews zijn de behandelaren onder andere bevraagd naar hun ervaringen en argumenten voor of tegen de toepassing van EMDR als traumaverwerkingsmethode. Uit zowel de interviews als de theorie blijkt dat EMDR een efficiënte, snelle en goed bewezen behandeling is (Beer & de Roos, 2004; Hornsveld & Berendsen, 2009; Rodenburg et al., 2009; de Roos et al., 2011; Shapiro, & Maxfield, 2002). Wat betreft de toepassing van EMDR wordt door de behandelaren gezien dat het geschikt is voor kinderen die zich onvoldoende verbaal kunnen uiten, maar dat voldoende cognitieve vaardigheden wel vereist zijn voor de behandeling. Dat komt overeen met de theorieën van Mevissen et al. (2011) en Van den Berg (2010). Een van de behandelaren ondersteunt en versterkt dit door te vertellen over de *blind to therapist*-manier, waarbij de focus niet ligt op het woordelijk herhalen van de gebeurtenis maar op het opnieuw oproepen van emoties. Middelengebruik of –afhankelijkheid en de aanwezigheid van psychotische problemen worden als exclusiecriteria genoemd door de behandelaren. Dit sluit ook aan bij de gebruikte theorie (Ronconi et al., 2014; Van den Berg, 2010). Ook komt in de interviews het belang van een duidelijk *target* en een koppeling tussen de gebeurtenis en het gedrag sterk naar voren. Dit wordt deels gesteund door de theorie (Shapiro, 2017). Een duidelijke herinnering en gedragsverandering komt terug in de theorie, maar het lijkt eerder een vanzelfsprekendheid te zijn dan dat het belang daarvan wordt benadrukt. De waarschuwing die een van de behandelaren geeft over het risico van het opslaan van nieuwe (schadelijke) herinneringen is niet naar voren gekomen in de theorie waar

in dit onderzoek gebruik van is gemaakt. Verder is ook de waarde van het betrekken van het gezinssysteem bij reguliere EMDR-therapie niet genoemd in de theorie.

Bovendien is een aantal aspecten vanuit de theorie wat betreft de toepassing van EMDR niet teruggekomen in de interviews met de behandelaren. Zo is bijvoorbeeld voldoende concentratie nodig voor een behandeling middels EMDR volgens Van den Berg (2010). In de interviews is dit niet benoemd door de EMDR-therapeuten, maar wel door een speltherapeut. Ook het belang van voldoende werkgeheugen wordt niet genoemd door de behandelaren, maar komt wel naar voren in de theorie (Gunter & Bodner, 2008). Verder geldt suïcidaliteit als exclusie criterium volgens het literatuuronderzoek van Ronconi et al. (2014). Dit is niet genoemd door de behandelaren. Een ander exclusie criterium volgens dit literatuuronderzoek is de aanwezigheid van depressieve of bipolaire stoornissen. Dit is niet als exclusie criterium naar voren gekomen in de interviews, maar het is wel aangekaart door een behandelaar als mogelijk gevolg van geen (passende) behandeling.

In de interviews zijn de behandelaren ook gevraagd naar hun ervaringen en argumenten wat betreft de toepassing van speltherapie. Zo is naar voren gekomen dat speltherapie geschikt is voor kinderen met minder verbale vermogens, kinderen met problemen in interactie met anderen, kinderen met weinig zelfvertrouwen en kinderen met angst voor controleverlies. Dit komt overeen met wat in de theorie beschreven is (Bartelink, 2012; Collie et al., 2006; Prins et al., 2011; Schouten, 2020). Daarnaast geven de behandelaren aan dat speltherapie geen geschikte behandeling is voor kinderen met onvoldoende verbeeldingskracht of kinderen die niet in staat zijn tot symbolisch spel. Ook dit is in lijn met de theorie (Cattanach, 2003). Wat daarbij aansluit is dat de behandelaren noemen dat speltherapie soms niet geschikt is voor oudere kinderen, omdat spelen minder aansluit bij hun leeftijd. Dat de aanwezigheid van psychotische problemen de speltherapie kan belemmeren, wordt ondersteund door zowel de behandelaren als de theorie (Schouten, 2020). Daarnaast blijkt uit de interviews dat het voor de behandelaren niet noodzakelijk is dat er een duidelijk *target* is. De therapie hoeft namelijk niet op een bepaalde gebeurtenis toegespitst te worden, omdat een kind zelf thema's aandraagt en omdat het draait om de beleving van het kind. Verder komt uit de interviews duidelijk naar voren dat speltherapie een geschikte manier is om te leren emoties te reguleren. Dit is niet expliciet naar voren gekomen in de theorie waar dit onderzoek gebruik van heeft gemaakt. Tenslotte is door een van de behandelaren genoemd dat een bepaalde mate van concentratie nodig is voor speltherapie. Ook dit is niet naar voren gekomen in de gebruikte literatuur over speltherapie. Daarnaast

gelden net als bij EMDR depressieve stoornissen en suïcidaliteit als exclusiecriteria voor speltherapie volgens de theorie van Schouten (2020). De aanwezigheid van depressieve stoornissen en suïcidaliteit zijn niet als exclusiecriteria naar voren gekomen in de interviews met de speltherapeuten.

Ook de argumenten en ervaringen van de behandelaren wat betreft de inzet van een combinatie van EMDR en speltherapie is aan bod gekomen in de interviews. Duidelijk is geworden dat de behandelaren ervaringen hebben met verschillende (volgordes van) combinaties. Uit de interviews blijkt dat meestal pas gedurende het traject wordt bepaald dat EMDR dan wel speltherapie toegevoegd wordt aan de behandeling van een kind. Uit de interviews blijkt dat hiervoor wordt gekozen wanneer een kind terugkerende thema's laat zien tijdens speltherapie of wanneer bepaald klachtgedrag blijft bestaan na het behandelen van de *targets* met EMDR. Ook geven de behandelaren aan dat speltherapie als voorbereiding op EMDR kan worden ingezet bij kinderen die hun gevoelens en emoties onvoldoende kunnen reguleren. De behandelaren vertellen dat het voor sommige kinderen geschikt is om de therapieën tegelijkertijd te volgen. Uit de interviews blijkt echter dat de therapieën meestal niet gelijktijdig worden gegeven, zodat het kind (en het gezin) niet te veel belast wordt. Dit is in strijd met het onderzoek van Breed (2013), waarin beschreven wordt dat het gelijktijdig toepassen van therapieën geschikt is voor kinderen voor wie EMDR te snel of te overweldigend is. De belastbaarheid van het kind wordt volgens hen dus juist groter door speltherapie aan het traject toe te voegen.

Bestaande literatuur heeft een belangrijk onderdeel gevormd als basis van dit onderzoek. Het is belangrijk rekening te houden met het feit dat gebruik is gemaakt van slechts een deel van alle beschikbare literatuur. Belangrijke aspecten voor de traumaverwerkingsmethoden die niet aan bod zijn gekomen in dit onderzoek zijn mogelijk in eerdere studies wel beschreven. Een systematische literatuurreview levert mogelijk meer relevante doelgroepkenmerken, inclusie- en exclusiecriteria op die toegevoegd kunnen worden aan datgene wat in dit onderzoek naar voren is gekomen. Vervolgonderzoek kan op die manier mogelijk bijdragen aan een completer beeld van de doelgroep en de toepassing van de therapieën. Bovendien is verder onderzoek naar (de effectiviteit van) de toepassing van een combinatie van EMDR en speltherapie nodig, omdat bestaande theorie daarover beperkt is.

Een andere beperking van dit onderzoek is het feit dat de informatie verkregen is bij slechts één organisatie, namelijk Jeugdhulp Friesland. Dit heeft consequenties voor de generaliseerbaarheid van de resultaten. Dit betekent dat er voorzichtig moet worden

omgegaan met het doen van algemene uitspraken op basis van het huidige onderzoek. Het is aannemelijk dat vergelijkbaar onderzoek tot andere resultaten leidt bij andere organisaties, zoals gelijksoortige organisaties in andere regio's. Vervolgonderzoek naar dit onderwerp bij andere organisaties is nodig om tot resultaten te komen die breder inzetbaar zijn.

Ook zijn er kanttekeningen te maken bij de steekproef waarvan in dit onderzoek gebruik is gemaakt. Zo is de steekproefgrootte in dit onderzoek beperkt. Er zijn slechts zes behandelaren geïnterviewd. Enerzijds heeft dit te maken met het feit dat binnen Jeugdhulp Friesland maar drie speltherapeuten werkzaam zijn en ervoor gekozen is om een gelijk aantal EMDR-therapeuten te includeren. Anderzijds zorgt dit ervoor dat het onderzoek behapbaar en uitvoerbaar blijft. Bij de interpretatie van de onderzoeksresultaten dient daarnaast rekening gehouden te worden met de selecte inclusie van de EMDR-behandelaren. Dit heeft consequenties voor de validiteit van het onderzoek. Ten slotte moet worden opgemerkt dat EMDR vergeleken met speltherapie nog maar korter als traumabehandelingmethode bij kinderen wordt ingezet. Dit verklaart mogelijk een deel van de verschillen in ervaring tussen de behandelaren. Mogelijk vervolgonderzoek dient bedacht te zijn op deze punten wat betreft de representativiteit van de steekproef en de generaliseerbaarheid van de resultaten.

Een sterk punt van dit onderzoek is dat de behandelaren gemotiveerd en bereidwillig waren om hun ervaringen te delen. Zij lieten merken geïnteresseerd te zijn in het onderzoek en nieuwsgierig te zijn naar de resultaten. Omdat de interviews middels videobellen zijn afgenomen, kostte het de participanten weinig extra moeite om deel te nemen. Een ander sterk punt is dat de participanten in de gelegenheid zijn geweest om de transcripten na afloop te lezen en opmerkingen te maken, zodat eventuele fouten gecorrigeerd konden worden.

Tijdens de interviews is gebruik gemaakt van een semigestructureerde interviewschema. Dit sloot goed aan bij de verkennende aard van dit onderzoek. Hierdoor kregen de behandelaren ruimte om zelf onderwerpen aan te snijden en het gaf de interviewer ruimte om op bepaalde relevante onderwerpen verder in te gaan. Daarnaast is het belangrijk te noemen dat de opbrengst van de interviews wisselend was. Bepaalde behandelaren gaven in de interviews aanzienlijk meer informatie dan anderen, ondanks een vergelijkbare manier van interviewen door de onderzoeker. Tijdens de interviews werd duidelijk dat enkele behandelaren meer met dit thema bezig zijn, meer ingelezen zijn en meer ervaring hebben dan anderen.

Om een volledig beeld te krijgen van de inclusiecriteria, exclusiecriteria en doelgroepkenmerken bij de toepassing van EMDR en/of speltherapie binnen Jeugdhulp Friesland, wordt aanbevolen gebruik te maken van aanvullend dossieronderzoek. In dit onderzoek kon dit helaas niet verwezenlijkt worden. Door middel van dossieronderzoek kan onderzocht worden of ervaringen en argumenten die door de behandelaren aangedragen zijn, terugkomen in de dossiers of dat daarin juist andere aspecten naar voren komen. Dossieronderzoek levert mogelijk aanvullende informatie op. De onderzoeksresultaten kunnen een bijdrage leveren aan de discussie binnen de organisatie Jeugdhulp Friesland over de afwegingen wat betreft de inzet van traumaverwerkingsmethoden bij kinderen met een PTSS.

5. Literatuur

- American Psychiatric Association (2014). *Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen (DSM-5)*. Nederlandse vertaling van Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Boom.
- Bartelink, C. (2012). *Speltherapie*. Nederlands Jeugd Instituut.
- Beer, R., & Roos, C. de (2004). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) bij kinderen en adolescenten. *Kind En Adolescent*, 25(1), 24–33.
- Beer, R., & Roos, C. de (2012). Diagnostiek van getraumatiseerde kinderen en adolescenten. In: O. van der Hart, R. Kleber, E. Vermetten (red.). *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*. De Tijdstroom.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4), 376-390.
- Breed, H. E. (2013) *Integrating Art Therapy and Eye Movement Desensitization and Reprocessing to Treat Post Traumatic Stress*. LMU/LLS Theses and Dissertations.
- Cattanach, A. (2003). *Introduction to play therapy*. Psychology Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. Guilford Press.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Murray, L. K. (2011). Trauma-focused CBT for youth who experience ongoing traumas. *Child abuse & neglect*, 35(8), 637-646.
- Cohen, J.A., Berliner, L., & Mannarino, A.P. (2000). Treating Traumatized Children. A Research Review and Synthesis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(1), 29-46.
- Collie, K., Backos, A., Malchiodi, C., & Spiegel, D. (2006). Art therapy for combat related PTSD: Recommendations for research and practice. *Art Therapy*, 23, 157-164.
- Dush, D. M., Hirt, M. L., & Schroeder, H. E. (1989). Self-statement modification in the treatment of child behavior disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 106(1), 97-106.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258.
- Fitzgerald, M. M., & Cohen, J. A. (2012). Trauma-focused cognitive behavior therapy for school psychologists. *Journal of Applied School Psychology*, 28(3), 294–315.

- Grave, J., & Blissett, J. (2004). Is cognitive behavior therapy developmentally appropriate for young children? A critical review of the evidence. *Clinical Psychology Review*, 24(4), 399-420.
- Groothoff, E., Jamin, H., & Beer-Hoefnagels, E. de (2009). *Spel in psychotherapie: Theorie, techniek en toepassing*. Koninklijke Van Gorcum.
- 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.
- Hellendoorn, J. (2005). Speltherapie. In: J. Hermanns, C. van Nijnatten, F. Verheij & M. Reuling. (2014). *Handboek jeugdzorg. Deel 2: Methodieken en programma 's*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hornsveld, H.K., & Berendsen, S. (eds.) (2009). *Casusboek EMDR: 25 voorbeelden uit de praktijk*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Jonson-Reid, M., & Wideman, E. (2017). Trauma and very young children. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 477-490.
- Leblanc, M., & Ritchie, M. (2001). A meta-analysis of play therapy outcomes. *Counselling Psychology Quarterly*, 14(2), 149-163.
- Lovett, J. (1999). *Small wonders: healing childhood trauma with EMDR*. Free Press.
- McCart, M. R., Priester, P. E., Davies, W. H., & Azen, R. (2006). Differential effectiveness of behavioral parent-training and cognitive-behavioral therapy for antisocial youth: A meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*, 34(4), 525-541.
- Mevissen, L., Lievegoed, R., Seubert, A., & De Jongh, A. (2011). Do persons with intellectual disability and limited verbal capacities respond to trauma treatment?. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 36(4), 278-283.
- Meyerbröker, K., Emmelkamp, P. M. G., & Merckx, M. (2019). Effectiviteit van EMDR bij andere stoornissen en problemen dan PTSS: Een literatuuroverzicht. *Gedragstherapie*, 52(3), 225.
- Pampinella, L. (2020). *A Generic Qualitative Study on Mental Health Professionals Using Emdr and Play Therapy with Children*. (Doctoral dissertation, Capella University).
- Prins, P. J. M., Bosch, J. D., & Braet, C. (Eds.). (2011). *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Puffer, M. K., Greenwald, R., & Elrod, D. E. (1998). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *The international electronic journal of innovations in the study of the traumatising process and methods for reducing or eliminating related human suffering*, 3 (2), 6.

- Pynoos, R. S., Steinberg, A. M., Schreiber, M. D., & Brymer, M. J. (2006). *Children and Families: A New Framework for Preparedness and Response to Danger, Terrorism, and Trauma*. In L. A. Schein, H. I. Spitz, G. M. Burlingame, P. R. Muskin (Eds.) & S. Vargo (Collaborator), *Psychological effects of catastrophic disasters: Group approaches to treatment*. Haworth Press.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., Roos, C. de, Meijer, A. M., & Stams, G. J. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 29*, 599–606.
- Ronconi, J. M., Shiner, B., & Watts, B. V. (2014). Inclusion and exclusion criteria in randomized controlled trials of psychotherapy for ptsd. *Journal of Psychiatric Practice, 20*(1), 25–37.
- Roos, C. de, Greenwald, R., den Hollander-Gijsman, M., Noorthoorn, E., van Buuren, S., & de Jongh, A. (2011). A randomised comparison of cognitive behavioural therapy (CBT) and eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) in disaster exposed children. *European Journal of Psychotraumatology, 2*, 5694.
- Schlattmann, N. (2006). EMDR en de allerkleinsten: een gevalsbeschrijving. *Tijdschrift voor Kinder-en Jeugdpsychotherapie, 33*, 3.
- Schouten, K. A. (2020). *Trauma-Focused Art Therapy. Individuele, poliklinische beeldende therapie gericht op het verminderen van PTSS klachten (vermijding, arousal en herbeleving) en het versterken van zelfvertrouwen en gevoel van controle bij volwassenen met PTSS*. <https://databank.vaktherapie.nl/download/?id=183960>
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Publications.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2002). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Information processing in the treatment of trauma. *Journal of clinical psychology, 58*(8), 933-946.
- Stallard, P. (2006). Psychological interventions for post-traumatic reactions in children and young people: A review of randomised controlled trials. *Clinical Psychology Review, 26*(7), 895-911.
- U.S. Public Health Service (2000). *Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A national action agenda*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Van den Berg, D. P. G., Van der Vleugel, B. M., & Staring, A. B. P. (2010). Trauma, psychose, PTSS en de toepassing van EMDR. *Directieve therapie, 30*(4), 303-328.

Went, M. A. T. (2014). Ouder-kind-trauma-therapie: een geïntegreerde psychotherapeutische behandeling met emdr voor kinderen met preverbaal trauma. *Gz-Psychologie: Tijdschrift Over Gezondheidszorgpsychologie*, 6(2), 18–24.

Bijlage 1 – Overzicht inclusiecriteria, exclusiecriteria en doelgroepkenmerken o.b.v. theorie

EMDR	<p>Inclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voldoende cognitieve vaardigheden - Voldoende concentratie - Voldoende werkgeheugen <p>Exclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - (Ernstige) depressieve stoornissen - Bipolaire stoornissen - Suïcidaliteit - Middelengebruik en -afhankelijkheid - Psychotische problemen <p>Kenmerken doelgroep:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Geschikt voor zowel heel jonge kinderen als volwassenen
Speltherapie	<p>Inclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niet of moeilijk kunnen praten over herinneringen en emoties - Weinig zelfvertrouwen - Angst voor controleverlies - Problemen in interactie met anderen <p>Exclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Onvoldoende verbeeldingskracht - (Ernstige) depressieve stoornissen - Suïcidaliteit - Psychotische problemen <p>Kenmerken doelgroep:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Voornamelijk in de leeftijd van ongeveer vier tot twaalf jaar - Gemiddelde leeftijd 7.0 jaar - Twee derde van de kinderen is jongen
Combinatie	<p>Inclusiecriteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aanwijzing: geschikt voor kinderen voor wie EMDR te snel of overweldigend is

Bijlage 2 – Interviewschema

Inleiding

- Toestemming opnamerecorder
- Onderzoeksdoel en uitleg
- Vrijwilligheid en vertrouwelijkheid
- Toestemmingsformulier
- Opname + notities + transcript ter controle sturen
- Vragen?

Algemene info

- Wat is je functie bij Jeugdhulp Friesland?
- Hoelang ben je al werkzaam bij Jeugdhulp Friesland?
- Wat is je ervaring als EMDR-/speltherapeut? *Therapieachtergrond? Bij JHF of erbuiten? Hoeveel jaar ervaring? Hoeveel kinderen in therapie? Hoeveel uur per week?*

Doelgroep kenmerken

- Kun je een beschrijving geven van hoe jouw doelgroep eruit ziet?
- Zijn er dingen die je opvallen of die vaak voorkomen? Wat maakt dat je dit opvallend vindt? Heb je nog iets anders/een ander aspect dat je opvalt of vaak voorkomt?
- Zie je bepaalde kenmerken vaak terugkomen bij de kinderen?
- Hoe is de achtergrond van deze kinderen?
- Zijn er kenmerken van het trauma die je vaak terug ziet komen?
- Welke factoren zijn volgens jou een belangrijke voorspeller voor succesvolle EMDR/speltherapie?
- Welke factoren werken juist remmend op een positief resultaat?
- Wat is volgens jou het verschil tussen de kinderen van EMDR en speltherapie?
- Komt het wel eens voor dat je op basis van wat je leest over een kind denkt: hij of zij past beter bij EMDR/speltherapie?

Inclusie/exclusie

- Waar kijk je naar/let je op bij een nieuwe therapieaanvraag? Waarop baseer je doorgaans om te bepalen of je wel of niet moet doorgaan met een nieuwe cliënt?
- Voor welke kinderen is EMDR/speltherapie volgens jou geschikt?
 - o Op basis waarvan besluit jij of een kind geschikt is voor EMDR/speltherapie?

- Wat zijn essentiële aspecten volgens jou om de behandeling te laten slagen? *Kind- of systeemfactoren?*
- Welke inclusiecriteria hanteer je?
- Voor welke kinderen is EMDR/speltherapie vvolgens jou minder geschikt?
 - Bij welke kinderen twijfel je of EMDR/speltherapie geschikt is?
 - Bij welke kinderen zie je onvoldoende resultaat?
 - Kun je vertellen waar jij tegenaan loopt bij de kinderen die jij therapie geeft? Welke dingen maken behandeling lastig?
 - Bij welke kinderen zou een andere therapie passender zijn?
 - Welke exclusiecriteria hanteer je?
- Komen de inclusie- en exclusiecriteria die je genoemd hebt overeen met de inclusie-/exclusiecriteria die zijn opgesteld binnen JHF? Volg je die vrij strikt of maak je uitzonderingen? Wanneer?
- Zijn er inclusie- of juist exclusiecriteria die je zou willen toevoegen? Zo ja, welke?

Combinatietrajecten

- Heb jij ook kinderen in therapie gehad die daarna EMDR/speltherapie hebben gekregen?
 - Zijn er bij deze kinderen bepaalde dingen die opvallen?
 - Op basis waarvan besluit je dat een kind daarna nog EMDR/speltherapie nodig heeft?
- Heb je ook kinderen in therapie gehad die eerder EMDR/speltherapie hebben gekregen?
 - Zijn er bij deze kinderen bepaalde dingen die opvallen?
 - Merk je verschil met kinderen die dit niet hebben gehad?
- Zie je bepaalde kenmerken terugkomen bij kinderen die naast EMDR/speltherapie ook EMDR/speltherapie nodig hebben?
- Zijn er ook kinderen die als vervolgtraject EMDR/speltherapie krijgen? Wanneer kies je daarvoor?

Afsluiting

- Zijn er nog belangrijke punten die we niet besproken hebben?

Bijlage 3 – Codeboek

Thema	Codes	
EMDR	Cognitief	Deductief
	Concentratie	Deductief
	Werkgeheugen	Deductief
	Middelengebruik	Deductief
	Kosten	Inductief
	Bewezen effectief	Inductief
	Efficiëntie	Inductief
	Snelheid	Inductief
	Duidelijk target (type I trauma)	Inductief
	Betrekken gezinssysteem	Inductief
	Koppeling gebeurtenis-gedrag	Inductief
	Verhalenmethode	Inductief
	Speltherapie	Praten
Onzekerheid		Deductief
Angst controleverlies		Deductief
Interactieproblemen		Deductief
Verbeeldingskracht		Deductief
Kindvriendelijkheid		Inductief
Emotieregulatie		Inductief
Beleving kind		Inductief
Combinatie	Terugkerend spelthema	Inductief
	Ondersteuning	Inductief
	Onvoldoende resultaat	Inductief
	Belasting	Inductief
	Ontspannen	Inductief
	Vorbereiding emotieregulatie	Inductief
	Gelijktijdigheid	Inductief
	Depressieve/bipolaire stoornissen	Deductief
	Psychotische problemen	Deductief
	Suïcidaliteit	Deductief

Leeftijd	Deductief
Effectiviteit	Deductief
Preverbaal	Inductief
Herhaaldelijk, langdurig (type II trauma)	Inductief
Psychiatrische problematiek	Inductief
Motivatie	Inductief
Veerkracht	Inductief
Wantrouwen	Inductief
Dissociatie	Inductief
ADHD	Inductief
ASS	Inductief
Belasting	Inductief
Overlevingsmechanisme	Inductief
Praktische zaken	Inductief
Psycho-educatie	Inductief
Verwerken	Inductief
Veiligheid	Inductief
PTSS klachten	Inductief
Ontwikkeling(sproblemen)	Inductief
(Vertrouwens)relatie behandelaar	Inductief
Leeftijd	Inductief
Klachtgedrag	Inductief
Steun systeem	Inductief
Stabiliteit	Inductief

Bijlage 4 – Informatiebrief behandelaren



rijksuniversiteit
 groningen

faculteit gedrags- en
 maatschappijwetenschappen

JEUGDHULP
 FRIESLAND

INFORMATIEBRIEF VOOR BEHANDELAREN

Onderzoek speltherapie en/of EMDR als traumaverwerkingsmethode: bij wie en wanneer?

Inleiding

Mijn naam is Greetje Hettinga en ik volg op dit moment de master orthopedagogiek aan de Rijksuniversiteit Groningen. Belangrijke onderdelen van de master zijn de stage en een masterthesis. Ik loop dit jaar stage bij Jeugdhulp Friesland en ik voer daar ook het onderzoek voor mijn masterthesis uit.

Onderzoek

Mijn onderzoek gaat over traumaverwerkingsmethoden voor kinderen met een posttraumatische stressstoornis (PTSS). Bij een aantal kinderen moet de behandelaar van Jeugdhulp Friesland daarvoor een keuze maken tussen EMDR en speltherapie (of een combinatie) als traumaverwerkingsmethode. Het onderzoek heeft als doel meer duidelijkheid te krijgen over bij wie en wanneer gekozen wordt (of juist niet) voor EMDR en/of speltherapie als traumaverwerkingsmethode. Dit draagt bij aan de optimalisering van Jeugdhulp Friesland en zorgt voor effectievere behandelingen voor de kinderen.

Wat vraag ik van u?

Om deze vraag te beantwoorden wil ik onder andere een aantal behandelaren van Jeugdhulp Friesland interviewen die traumabehandeling geven aan kinderen in de vorm van EMDR of speltherapie. Ik zou graag een interview met u afnemen om meer te weten te komen over uw ervaringen met betrekking tot de toepassing van EMDR en/of speltherapie als traumaverwerkingsmethode. Daarbij gaat het erom wanneer en waarom u bij een kind juist wel of niet voor EMDR of speltherapie kiest en de kenmerken die u bij deze kinderen ziet. Het interview wordt videobellend afgenomen en zal ongeveer 45 minuten duren. Tijdens het interview zou ik graag een (geluids)opname maken, zodat ik het na afloop goed kan uitwerken. Als u wilt deelnemen, vraag ik u het toestemmingsformulier te ondertekenen en dan kunnen we een afspraak maken voor de afname van het interview.

Vrijwilligheid

Deelname aan het onderzoek is vrijwillig. U mag zich ten alle tijden onttrekken aan het onderzoek zonder opgaaf van redenen. Uw gegevens zullen uit het onderzoek worden gehaald en worden verwijderd.

Privacy

Uw privacy wordt gewaarborgd. De onderzoeksgegevens worden in mijn masterthesis anoniem gepubliceerd en zijn niet tot u te herleiden. Uw persoonsgegevens blijven vertrouwelijk en worden absoluut niet gedeeld zonder uw toestemming. De onderzoeksdata worden voor een periode van 10 jaar opgeslagen op een beveiligde schijf van de Rijksuniversiteit Groningen en zijn alleen door mij en de onderzoeksbegeleider vanuit de Rijksuniversiteit in te zien.

Contact

Ik hoop u door middel van deze brief voldoende geïnformeerd te hebben. Mocht u nog vragen hebben over dit onderzoek, neem dan gerust contact met mij op via m.i.hettinga@student.rug.nl. Als u interesse heeft in de resultaten van dit onderzoek, kunt u dat via een e-mail aangeven.

Met vriendelijke groet,

Greetje Hettinga

Masterstudent orthopedagogiek, Rijksuniversiteit Groningen

Bijlage 5 – Toestemmingsformulier behandelaren



rijksuniversiteit
 groningen

faculteit gedrags- en
 maatschappijwetenschappen

JEUGDHULP
 FRIESLAND

TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR BEHANDELAREN

Onderzoek speltherapie en/of EMDR als traumaverwerkingsmethode: bij wie en wanneer?

Dit onderzoek wordt door de Rijksuniversiteit Groningen in samenwerking met Jeugdhulp Friesland uitgevoerd. Het onderzoek heeft als doel meer duidelijkheid te krijgen over bij wie en wanneer gekozen wordt (of juist niet) voor EMDR en/of speltherapie als traumaverwerkingsmethode.

De ondergetekende verklaart akkoord te gaan met deelname aan een interview ten behoeve van het onderzoek. Het interview wordt videobellend afgenomen en zal ongeveer 45 minuten duren.

Ik begrijp dat:

- De gegevens die ik deel tijdens het interview anoniem worden verwerkt, zonder herleidbaar te zijn naar mij;
- Alle gegevens voor het onderzoek vertrouwelijk behandeld worden en alleen beschikbaar zijn voor de onderzoeker en de begeleider vanuit de Rijksuniversiteit;
- De verzamelde informatie opgeslagen wordt op een beveiligde schijf van de Rijksuniversiteit Groningen voor een periode van tien jaar;
- Ik mijn medewerking aan dit onderzoek kan stoppen op ieder moment en zonder opgave van reden;
- Als ik meer informatie over het onderzoek wil, nu of in de toekomst, ik me kan wenden tot de onderzoeker (Greetje Hettinga, m.i.hettinga@student.rug.nl).

Ik verklaar dat ik:

- Bereid ben deel te nemen aan een interview ten behoeve van het onderzoek en dat deze informatie verwerkt mag worden in een verslag of wetenschappelijke publicatie;
- De onderzoeker toestemming geef om tijdens het interview een (geluids)opname te maken;
- Geheel vrijwillig aan dit onderzoek meewerk;
- Over het onderzoek ben geïnformeerd en het doel van het onderzoek begrijp.

Handtekening:

Naam:

Datum:



In te vullen door de uitvoerende onderzoeker:

Ik heb via de informatiebrief toelichting verstrekt over de aard, methode en doel van het onderzoek. Ik verklaar mij bereid nog opkomende vragen over het onderzoek naar vermogen te beantwoorden. De deelnemer zal van eventuele voortijdige beëindiging van deelname aan dit onderzoek geen nadelige gevolgen ondervinden.

Handtekening:

Naam:

Datum: