Academische Werkplaats Autisme

vernieuwen door verbinden

EMDR

bij kinderen, jongeren en volwassenen met autisme: een overzicht van aandachtspunten en mogelijke aanpassingen



Academische Werkplaats Autisme

Jarymke Maljaars, Barbara Schot, Nele Verschaeren, Tina Jacobs, Marijke Van Imschoot en Ilse Noens

©

mei 2022

KU LEUVEN

UPC KU LEUVEN

indigo vzw
INTERDISCIPLINAIRE GROEP VOOR ONTWIKKELINGSPROBLEMEN

ZORGGROEP MULTIVERSUM
IEDER VERHAAL TELT

Inhoudsopgave

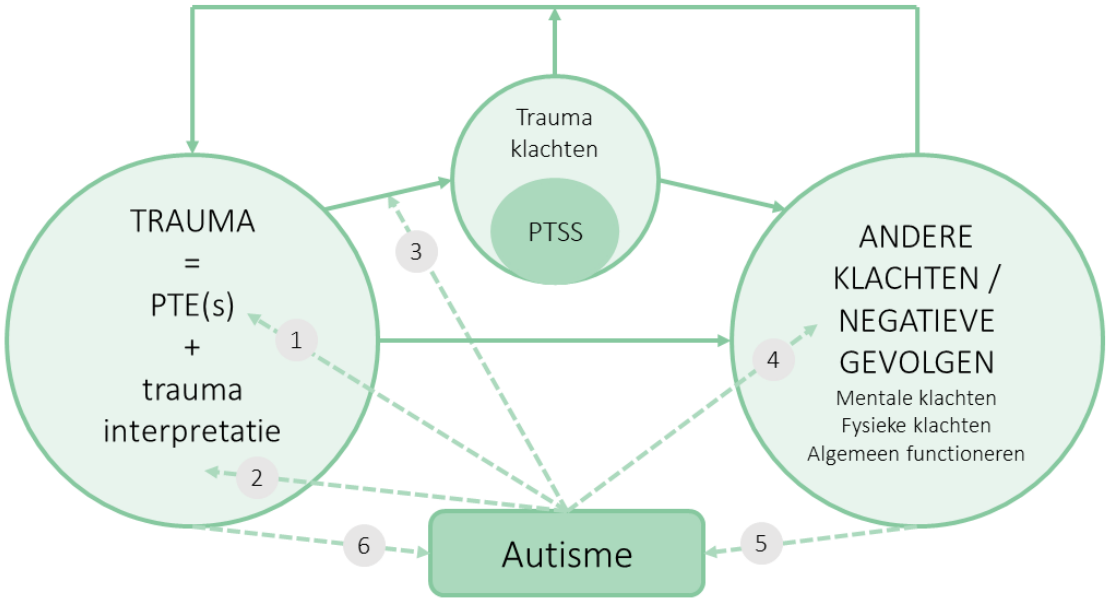
Lijst met gebruikte afkortingen 3
1. Achtergrond 4
2. Algemene aanpassingen en aandachtspunten in toepassing van EMDR bij personen met autisme 6
3. Aanpassingen per fase in toepassing van EMDR bij personen met autisme 10
3.1 Fase 1 – Anamnese 10
3.2 Fase 2 – Stabilisering en voorbereiding 13
3.3 Fase 3 – Assessment 18
3.4 Fase 4 – Desensitisatie 20
3.5 Fase 5 – Installatie 22
3.6 Fase 6 – Lichaamsscan 23
3.7 Fase 7 – Positief afsluiten 23
3.8 Fase 8 – Herevaluatie 24
4. Referenties 27
5. Bijlagen 29
Bijlage 1: Voorbeeld visuele tijdslijn 29
Bijlage 2: Herkennen van traumaklachten bij non-verbale personen 30
Bijlage 3: Voorbeeld visualisering psycho-educatie rond trauma 32
Bijlage 4: Links naar bestaande filmpjes rond trauma en EMDR 36
Bijlage 5: Voorbeeld signaleringsplan 37
Bijlage 6: Voorbeeld noodplan 40
Bijlage 7: Tekening lichaamsscan 41
Bijlage 8: Voorbeeld gebruik verhalenmethode 42
Bijlage 9: Voorbeeld script voor *mental video check* 45

Lijst met gebruikte afkortingen

BLS	Bilaterale Stimulatie
DITS	Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren (Mevissen, Didden, & De Jongh, 2018)
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
NC	Negatieve Cognitie
PC	Positieve Cognitie
RDI	Resource Development and Installation
SEO-V	Schaal voor Emotionele Ontwikkeling van mensen met een verstandelijke beperking – Verkort (Morisse, Sappok, Deneve & Došen, 2017)
SUD	Subjective Units of Distress
VB	Verstandelijke Beperking
VOC	Validity of Cognition

1. Achtergrond

Personen met autisme zijn extra kwetsbaar voor trauma en het ervaren van traumaklachten (Hoover, 2015; Kerns et al., 2015; Rumball, 2019; Rumball et al., 2020). Traumaklachten of een post-traumatische stressstoornis worden vaak niet herkend en behandeld bij autistische personen (Kerns et al., 2015).



Figuur 1. Transactioneel model van trauma, trauma(gerelateerde) klachten en autisme (Bron: Kerns et al., 2015, p. 3481).

Uit onderzoek is gebleken dat personen met autisme vaker worden blootgesteld aan potentieel traumatische ervaringen (PTEs) en ook vaker meerdere traumatische gebeurtenissen meemaken in vergelijking met de algemene populatie (o.a. Hoover, 2015; Kihldahl et al., 2019). Met name fysieke mishandeling en seksueel misbruik lijken vaker voor te komen (o.a. Kihldahl et al., 2019; Rumball et al., 2020) (1). Autistische personen maken ook geregeld situaties mee die zij als traumatisch ervaren, maar die niet voldoen aan de criteria van trauma zoals beschreven in de DSM-5. Deze zogenaamde 'kleine t trauma's' kunnen echter ook leiden tot PTSS. Voorbeelden hiervan zijn: pestervaringen, verlies van belangrijke personen of huisdieren, ervaringen gerelateerd aan mentale gezondheidsproblemen of sociale situaties (o.a. Rumball et al., 2020) (2). In de literatuur worden tal van hypothesen geformuleerd waarom het aannemelijk is dat personen met autisme een verhoogd risico hebben op het ontwikkelen van traumaklachten en PTSS na het meemaken van een schokkende gebeurtenis, zoals de aanwezigheid van angstverhogende factoren (o.a. overgevoeligheid voor bepaalde prikkels, zich niet goed begrepen voelen), kwetsbaarheid op het vlak van emotie- en spanningsregulatie, blijven hangen in negatieve gedachten, of het gebruik van maladaptieve copingstrategieën (zoals onderdrukken, vermijden) (o.a. Kerns et al., 2015; Rumball et al., 2020) (3). Afhankelijk van het cognitieve niveau en de taalvaardigheden kan de aard van de traumaklachten vergelijkbaar zijn met de algemene populatie of kan er sprake zijn van andere klachten of negatieve gevolgen. Denk hierbij aan bijkomende mentale gezondheidsproblemen (zoals angststoornis, depressie), het ontstaan van of een toename in bepaalde gedragsproblemen (zoals agressie, zelfverwondend gedrag), slaap- en eetproblemen, verminderde zelfredzaamheid, fysieke klachten (zoals buikpijn, extreme vermoeidheid) of suïcidale gedachten of gedrag (o.a. Hoover & Romero, 2019; Kerns et al., 2015; Mehtar & Mukkades, 2011) (4). Er is soms ook een directe of indirecte impact op bepaalde autismekenmerken ten gevolge van het trauma, zoals een toename van sociale problemen of een verhoogde prikkelgevoeligheid (o.a. Hoover & Kaufman, 2018; Kihldahl et al., 2019) (5,6).

In de algemene populatie is er sterke evidentie voor de toepassing van *Eye Movement Desensitisation and Reprocessing* (EMDR) in de behandeling van traumaklachten (o.a., Beer, 2018; Lewis et al., 2020; NICE, 2018). EMDR is een vorm van traumatherapie (Shapiro, 1989) waarbij het emotioneel activeren van de herinnering aan een traumatische gebeurtenis wordt gecombineerd met bilaterale stimulatie (BLS; o.a., oogbewegingen, tappen, klikjes/piepjes). EMDR bestaat uit 8 fasen. Fase 1 is gericht op het in kaart brengen van nodige informatie. Fase 2 vormt een voorbereiding op de emotieregulatie en de BLS gedurende het proces. In de fasen 3-7 ligt de focus op het actief oproepen, desensitiseren en verwerken van de herinneringen. In fase 8 vindt een evaluatie plaats van de behandeling.

Er is nog niet veel onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de toepassing van EMDR bij autistische personen (Lobregt-van Buuren et al., 2020). Er zijn verschillende casestudies beschikbaar die de toepassing van EMDR bij enkele personen met autisme (meestal in combinatie met een verstandelijke beperking (VB)) beschrijven (o.a. Barol & Seubert, 2010; Kosatka & Ona, 2014; Mevissen et al., 2011; Ipci et al., 2017). In 2019 is een eerste gecontroleerde studie gepubliceerd, waaruit blijkt dat EMDR bij autistische volwassenen (zonder VB) kan leiden tot een afname van traumaklachten (Lobregt-van Buuren et al., 2019).

EMDR kan worden toegepast bij cliënten van verschillende leeftijden en met verschillende niveaus van functioneren. Binnen EMDR wordt gewerkt met een gestructureerd protocol, maar is er ook ruimte voor aanpassingen op maat van de cliënt. De groep personen met autisme betreft een zeer diverse groep, onder andere op het vlak van cognitieve vaardigheden, sociaal-communicatieve vaardigheden en prikkelgevoeligheid. Afhankelijk van het individuele profiel wordt de aanpak bepaald: in hoeverre kan het standaardprotocol worden gevolgd of zijn er bepaalde aanpassingen nodig (Leunink & Spuijbroek, 2017).

Dit document heeft tot doel om de gebruikte aanpassingen en aandachtspunten bij de toepassing van EMDR bij personen met autisme te verzamelen en overzichtelijk weer te geven. Hierin zijn zowel aanpassingen en aandachtspunten die geschikt zijn voor de verschillende leeftijden (kinderen, jongeren en volwassenen) als verschillende niveaus van functioneren (met en zonder VB) opgenomen. Om te komen tot dit overzicht is gebruik gemaakt van een combinatie van literatuurstudie, documentenanalyse en analyse van casuïstiek. De beschikbare literatuur en documenten zijn thematisch geanalyseerd met behulp van NViVo en aangevuld met thema's gebaseerd op de klinische ervaring van de betrokken EMDR-therapeuten. De verschillende aanpassingen zijn door de betrokken EMDR-therapeuten voorzien van verdere uitleg en concrete voorbeelden.

De volgende literatuur en documenten zijn meegenomen in de analyse:

1. Earl, R. K., Peterson, J. L., Wallace, A. S., Fox, E., Ma, R., Pepper, M., & Haiddar, G. (2017). Trauma and autism spectrum disorder: A reference guide. University of Washington Bernier Lab. Gedownload via:
2. Fisher, N., van Diest, C., Leoni, M., & Spain, D. (2022). Using EMDR with autistic individuals: A Delphi survey with EMDR therapists. *Autism.* https://doi.org/10.1177/13623613221080254
3. Leunink, E., & Spuijbroek, P. (2017). EMDR bij kinderen met autisme. In R. Beer & C. de Roos (Red.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 245-271). Leuven: Lannoo Campus.
4. Lievegoed, R., Mevissen, L., Leuning, E., Backer-van Ommeren, T., Hopster, M., Teeken, V., van den Berg, W., Spuijbroek, P., Schipper, B., Westra, J., & H. Hagen (2013). *Richtlijnen en tips voor EMDR behandeling bij autismespectrumstoornissen.* Gedownload via: https://www.emdr.nl/wp-content/uploads/2019/10/Nlversie-richtlijnen-en-tips-november-2013.pdf
5. Paulson, S. (no date). *EMDR and autism.*
6. Rymen, L. (2020). *Autisme en de toegankelijkheid van traumabehandeling* [Eindwerk psychotraumatologie]. Brussel: BIP vzw & Vrije Universiteit Brussel.

2. Algemene aanpassingen en aandachtspunten in toepassing van EMDR bij personen met autisme

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
2.1 Therapeut			
Kennis van en ervaring met de doelgroep [2,4-6]	Altijd	• Het is nodig om ervaring te hebben met behandeling bij personen met autisme om voldoende te kunnen inspelen op de specifieke noden van de doelgroep. • Wanneer je zelf als therapeut nog geen of weinig ervaring hebt met personen met autisme, is het belangrijk om een supervisor te hebben met ervaring. • Zorg ervoor dat je op de hoogte blijft van relevante ontwikkelingen in praktijk en onderzoek rond de toepassing van EMDR bij personen met autisme.	• Bijvoorbeeld: de communicatie afstemmen, rekening houden met prikkelgevoeligheid, etc. Zie onder andere de verschillende aanpassingen / aandachtspunten in dit document. • Wees flexibel en creatief: pas waar nodig de behandeling aan en speel in op de noden van de cliënt tijdens het proces. Durf af te wijken van het standaardprotocol indien nodig. • Neem deel aan intervisie/supervisie met andere therapeuten die werken met de doelgroep. • Op de website van de Academische Werkplaats Autisme is een overzicht te vinden van EMDR-therapeuten die met cliënten met autisme werken (zie: https://awautisme.files.wordpress.com/2022/05/20220520-inventaris-emdr-therapeuten-autisme.pdf)
Vaste therapeut	Vaak	• Werk met een vaste therapeut. Dit zorgt voor meer voorspelbaarheid en het gemakkelijker opbouwen van een therapeutische relatie.	• Aangezien er vaak aanpassingen nodig zijn op het standaardprotocol, is overdracht van de ene naar de andere therapeut moeilijker.
Investeren in therapeutische relatie [2]	Vaak	• Door op een duidelijke en voorspelbare manier te werken, wordt sneller een vertrouwensband opgebouwd tussen de therapeut en de cliënt. • Zorg dat je een duidelijk beeld hebt van sterktes en aandachtpunten bij de cliënt en dat je voldoende afgestemd bent hierop vooraleer aan fase 3 te starten.	• Zie 2.4 'Duidelijkheid en voorspelbaarheid' voor meer informatie. • Zie 3.1.2 'Bevragen extra informatie' voor meer informatie.
Kennis van en ervaring met kinder-protocol EMDR [4,6]	Soms	• Gebruik (delen van) het kinderprotocol (soms ook bij volwassenen).	• De instructies in het kinderprotocol zijn korter en concreter.
2.2 Context betrekken			
Samenwerken met het netwerk [1-6]	(Bijna) altijd	• Betrek ouder(s) of andere belangrijke steunfiguren, zowel in de voorbereiding als tijdens de EMDR-behandeling, bij kinderen of personen met VB. Ook bij jongeren en volwassenen is het zinvol om ouders, partner, begeleiders of andere belangrijke steunfiguren te betrekken in de verschillende fasen. • Ondersteun ouders of andere belangrijke steunfiguren goed voor, tijdens en na de behandeling. Wanneer nodig, kan ook eerst EMDR-therapie worden toegepast bij de ouder of andere belangrijke steunfiguur. Op deze manier zal de ouder/steunfiguur beter in staat zijn om de cliënt op een goede manier te ondersteunen in het gehele proces. • Let op: wanneer bepaalde personen het trauma veroorzaakten of hier deel van	De rol van ouders en steunfiguren kan variëren, ze kunnen onder andere: • Informatie geven over de cliënt en traumatische gebeurtenis(sen) (informatie over levenslijn, mogelijke triggers, …). • Meedenken in welke aanpassingen nodig zijn. • Helpen om gevoelens en gedachten van de cliënt te verwoorden. • Helpen in het toepassen van emotieregulatie-strategieën / het inschakelen van hulpbronnen. • Helpen observeren van veranderingen in emotionele reacties / klachten en het helpen om ervaringen met en effecten van de behandeling te verwoorden. • Ondersteuning bieden aan de cliënt tijdens en buiten de sessies bij reacties op de behandeling. • Wanneer de verhalenmethode wordt gebruikt (zie 3.4.1 'Oproepen herinnering - Verhalenmethode')

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
		uitmaakten, worden andere belangrijke steunfiguren ingezet.	worden ouders of andere belangrijke steunfiguren actief ingezet in de uitvoering van de behandeling. Voorbeeld: *Voordat gestart kon worden aan de EMDR-therapie bij een jongen met ernstige VB met autisme in verband met traumatische ziekenhuiservaringen, is eerst EMDR met de moeder gedaan. De moeder reageerde aanvankelijk heel emotioneel bij het praten over de ziekenhuiservaringen. Aangezien bij deze jongen gewerkt moest worden met de verhalenmethode was het belangrijk dat moeder eerst zelf op een rustige manier kon vertellen over de gebeurtenissen, zodat ze ook een stabiele steunfiguur voor haar zoon kon zijn tijdens de EMDR-therapie.*
2.3 Tempo en duur			
Langer therapieproces [2,4]	Vaak	• Neem voldoende tijd voor het therapieproces.	Om verschillende redenen kan het therapieproces bij personen met autisme langer duren: • De anamnese kan langer duren vanwege een vaak complexe traumageschiedenis en/of de extra informatie die bevraagd moet worden (zie 3.1 'Fase 1 - Anamnese'). • Er is vaak een langere voorbereiding (fase 2) nodig (zie 3.2. 'Fase 2 - Stabilisering en voorbereiding'). • Er komen soms meerdere kleine t trauma's naar boven tijdens het therapieproces (zie 3.1.1 'Opsporen traumatische gebeurtenis(sen)'). • Er dient explicieter aandacht te worden besteed aan generalisatie (zie 3.8 'Fase 8 - Herevaluatie').
Duur sessie aanpassen [3]	Soms	• Kort de duur van de sessie in.	• Bij cliënten met VB en jonge kinderen is het vaak niet haalbaar om langer dan 30 minuten achtereen te werken. • Bij andere cliënten is het belangrijk om regelmatig na te gaan hoeveel de persoon aankan. Bij voorkeur probeer je wel zover mogelijk in het proces te raken.
Mogelijkheid bieden om te pauzeren [3,4]	Soms	• Las tussendoor korte pauze in of bied de mogelijkheid om hiervoor te kiezen.	• De mogelijkheid tot keuze voor een pauze vergroot het gevoel van controle. Wanneer deze mogelijkheid bestaat, zorgt dit vaak al voor voldoende rust en vertrouwen, waardoor het in de praktijk niet/nauwelijks nodig is. Voorbeeld: *Bij een jongen met autisme, ADHD en tics werd omwille van de tics af en toe een pauze ingelast. De pauze was telkens zeer kort, maar gaf de mogelijkheid om even met de benen te schoppen en grimassen te trekken, zodat hij zich daarna weer op de behandeling kon focussen.*
Tempo aanpassen [3]	Soms	• Pas je tempo aan.	• Sommige cliënten met autisme hebben een trager tempo (verwerking en/of reactie).
2.4 Duidelijkheid en voorspelbaarheid			
Zorgen voor een voorspelbare invulling van sessie [1-2,4-6]	Vaak	• Spreek af op een vaste tijd en een vaste plaats. • Werk met een vaste agenda voor de sessies. Je kunt hierbij ook de verschillende fasen vooraf zoveel als mogelijk verduidelijken. • Zorg voor een vast begin en einde van de sessie (bv. dezelfde vragen/vast ritueel).	• Het verloop van de sessie kan bijvoorbeeld bij de start van iedere sessie op een whiteboard of A4 worden geschreven / getekend. Als er een nieuw punt bijkomt / er een punt wegvalt, kan dit worden aangeduid en uitgelegd. Het kan ook helpend zijn om de agenda alvast voorafgaand aan de sessie door te sturen.

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
			• Als de agenda iedere sessie zoveel als mogelijk gelijk is, dan ontstaat er een routine. Voorbeeld: *Een meisje met autisme wilde graag op voorhand afspreken hoe vaak de BLS zou worden aangeboden. Dit is echter moeilijk, omdat je therapeut zelf wilt beslissen hoe lang het nodig is om door te gaan. Met haar is daarom een bepaald aantal met een marge van 5 afgesproken. Dit bood haar voldoende rust.*
Duidelijke afspraken maken [3,4]	Vaak	• Maak afspraken duidelijk en expliciet.	• Bijvoorbeeld rond de manier van contact opnemen, de mogelijkheid tot vragen stellen, wat te doen bij het ervaren van na-effecten van de therapie, … Voorbeeld: *Bij een cliënt met autisme waarbij aanraking een enorme trigger is, expliciet afgesproken dat hij tijdens de sessie niet aangeraakt wordt.*
Zelf controle geven [2-4,6]	Vaak	• Geef controle over het proces bij cliënten die gespannen zijn of die binnen hun trauma een gevoel van machteloosheid en controleverlies hebben ervaren. Controle hebben over het proces geeft meestal rust. • Geef vooraf voldoende duidelijkheid over welke stappen ze kunnen verwachten en waarom die worden genomen, zodat het gemakkelijker wordt om verder te gaan in het proces. • Probeer vooral in het begint veel controle aan de cliënt te geven. Naarmate het proces vordert, zal dit waarschijnlijk minder nodig zijn. Wanneer cliënten de neiging hebben om te vermijden, is het wel belangrijk om meer directief te zijn.	• Spreek vooraf af hoe ze kunnen aangeven dat ze even willen stoppen of pauzeren. Door geregeld aan te geven dat ze altijd ‘stop’ kunnen zeggen of een alternatief daarvoor gebruiken, zoals een rood blokje of ander afgesproken teken. Je kan ook gebruik maken van een fysiek aanwezige afstandsbediening (‘stop’, ‘pauze’, ‘terugspoelen’). Indien nodig kan de ouder of steunfiguur ingeschakeld worden om dit aan te geven. • Bij gebruik van EMDR-kit: laat de cliënt zelf kiezen welke instellingen voor de lichtbalk (kleur, aantal, bewegingen lampjes, …), koptelefoon (toonhoogte, volume, …), buzzers (intensiteit, …) het meest geschikt zijn. • Gevoel van controle geven door te vragen of je iets mag doen, bijvoorbeeld: ‘Vind je het goed dat ik de lichtbalk neerzet?’, ‘Wil je al eens oefenen met de buzzers?’, of ‘Ben je klaar om te starten?’. • Laat de cliënt zelf kiezen welke manier van stabilisatie of positief afsluiten van de sessie het meest geschikt is. • Geef expliciet ruimte en toestemming om vragen te stellen.
2.5 Communicatie			
Meest geschikte communicatie-strategie bepalen [1-6]	Altijd	• Ga na welke verbale instructies wel/niet begrepen worden en in hoeverre er sprake is van letterlijk taalbegrip. • Bekijk of en hoeveel visuele ondersteuning er nodig is.	• Het gebruik van een directieve en duidelijke communicatiestijl, zorgt ervoor dat de boodschap sneller en beter begrepen wordt. Gebruik bijvoorbeeld minder open vragen. Bij sommige personen wordt het gebruik van metaforen best vermeden. Bij andere personen kan het soms wel helpend zijn om metaforen te gebruiken, maar is het wel belangrijk om af te toetsen of dit juist wordt begrepen. • Bij kinderen en jongeren wordt vrijwel altijd visuele ondersteuning gebruikt (bijvoorbeeld: dingen opschrijven, tekenen, pictogrammen, *social scripts*, …). Soms kan het ook helpend zijn om dingen voor te doen in plaats van uit te leggen. Wanneer een ouder of steunfiguur aanwezig is, kan deze als model fungeren om te tonen wat je gaat doen

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
			(bijvoorbeeld moeder als model gebruiken om te laten zien wat BLS is). • Formuleer voorzichtig als de cliënt snel het gevoel heeft te falen of het fout te doen. Geef voldoende positieve bevestiging tijdens de sessies.
Aansluiten bij taalgebruik (bewoordingen) van cliënt [1-4,6]	Altijd	• Gebruik de bewoordingen van de cliënt, zo kunnen misverstanden voorkomen worden. • Check of de cliënt veelvoorkomende termen en instructies op een juiste manier begrijpt.	• Let op: sommige cliënten geven het niet snel zelf aan als ze iets niet begrijpen, verduidelijking of hulp nodig hebben. Als dit moeilijk is, is het belangrijk om hier aandacht aan te besteden en af te spreken hoe ze dit kunnen vragen (bijvoorbeeld een woord of teken afspreken of een kaart gebruiken die ze kunnen neerleggen op tafel). Voorbeeld: *Er ontstond miscommunicatie bij het bevragen van traumatische ervaringen, omdat de cliënt met autisme het woord trauma enkel koppelde aan natuurrampen en verkeersongelukken. Op een ander moment bleek dat voor haar 'somber' absoluut niet hetzelfde was als verdrietig (want bij somber huil je niet). In de verdere behandeling hebben we samen met de cliënt en de ouder steeds gezocht naar het best passende woord om dingen te omschrijven.*
Verbale en non-verbale input beperken / eenvoudig houden [2,4]	Vaak	• Probeer uitleg, vragen en opdrachten kort en duidelijk te formuleren. Beperk omslachtig taalgebruik. • Let op dat cliënten niet afgeleid of overspoeld raken door te veel verbale of non-verbale input. Vraag eventueel na of ze van bepaalde dingen last hebben.	

3. Aanpassingen per fase in toepassing van EMDR bij personen met autisme

3.1 Fase 1 – Anamnese

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
3.1.1 Opsporen traumatische gebeurtenis(sen)			
Veel aandacht nodig voor (vaak complexe) traumageschiedenis [2,5,6]	Altijd	• Bevraag verschillende situaties en klachten expliciet. • Geef aandacht aan kleine t trauma's. • De relatie tussen trauma en traumaklachten is niet altijd duidelijk. • Gedurende de behandeling komt er vaak extra of nieuwe informatie bij. Geef hier ruimte voor en pas je behandeling hierop aan. • Let op: ook wanneer trauma en traumaklachten geen aanmeldingsreden zijn, is het belangrijk om hier aandacht aan te besteden.	• Mensen met autisme hebben een grotere kans op het meemaken van (meerdere) potentieel traumatische ervaringen. Naast grote T trauma of type A trauma (volgens criteria van DSM-5), zijn er vaak veel kleine t trauma's, zoals pestervaringen, verlies van belangrijke personen of huisdieren, …, die ook kunnen leiden tot traumaklachten. Ook andere situaties, zoals sensorische overprikkeling en bepaalde sociale situaties, kunnen als traumatisch worden ervaren. • Het kan helpend zijn om een klinisch interview (bijvoorbeeld DITS[1]) of een vragenlijst (bijvoorbeeld CRIES-13 (kinderen en jongeren) of LEC-5 en PCL-5 (volwassenen)) af te nemen om de gebeurtenissen en traumaklachten systematisch te bevragen. Het concreet overlopen van verschillende situaties en klachten geeft vaak een completer beeld. • Hou er rekening mee dat de definitie van trauma of traumatisch voor iemand heel beperkt kan zijn, kies daarom ook voor andere bewoordingen, zoals 'nare ervaringen', 'moeilijke situaties' of 'stressvolle dingen'. Geef eventueel zelf enkele concrete voorbeelden en vraag of ze dit of soortgelijke dingen hebben meegemaakt. • Bevraag, zeker bij kinderen en jongeren, ook de ouders of andere belangrijke steunfiguren. De ouder/steunfiguur kan fungeren als brugpersoon voor verandering in de thuissituatie. Voorbeeld: *In een kennismakingsgesprek met een jonge vrouw met stressklachten, geeft zij aan geen trauma te hebben meegemaakt. Als we de volgende sessie de DITS afnemen en verschillende specifieke gebeurtenissen overlopen, blijkt dat zij een niertransplantatie op jonge leeftijd heeft doorgemaakt. Als we deze situatie heel concreet bespreken, blijkt dat ze heel veel angsten heeft gehad gedurende de hospitalisatie en dat ze nu nog steeds angst heeft om opnieuw zoveel pijn te ervaren.*
Visuele tijdslijn maken [2-4,6]	(Bijna) altijd	• Maak een visuele tijdslijn. Een visuele tijdslijn kan helpend zijn om een goed beeld te krijgen van de traumageschiedenis. • Omschrijf de gebeurtenissen zo kort mogelijk met steekwoorden. Het is niet	• De tijdslijn kan geschreven zijn, eventueel aangevuld met tekeningen of foto's (zie bijlage 1). • Negatieve gebeurtenissen kunnen in het rood genoteerd worden en positieve gebeurtenissen in groen.

[1] DITS(-LVB): Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren (Mevissen, Didden, & De Jongh, 2018): een klinisch interview waarmee een PTSS kan worden vastgesteld. Dit instrument is oorspronkelijk ontwikkeld voor gebruik bij kinderen en volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Trauma's en andere negatieve levensgebeurtenissen en de daaraan gerelateerde klachten worden systematisch bevraagd met concrete taal en visuele ondersteuning. Dit maakt het instrument ook geschikt voor gebruik bij kinderen en volwassenen met autisme zonder verstandelijke beperking (Mevissen, 2021). Er is zowel een kind-, ouder- als volwassenversie online beschikbaar: https://www.accare.nl/child-study-center/kennisdomein/dits-lvb.

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
		nodig om tijdens de anamnese uitgebreid op de gebeurtenissen in te gaan. • Plaats ook positieve gebeurtenissen op de tijdslijn. Deze helpen om een breder beeld te krijgen (hulpbronnen), te relativeren en kunnen zorgen voor een positieve afsluiting.	• Tijdslijn + gebeurtenissen kunnen uitgebeeld worden aan de hand van duplopoppetjes. Dit kan bijvoorbeeld gebruikt worden om cliënten met VB actief bij het gesprek met ouders of andere steunfiguur te betrekken.
Niet altijd in staat om zelf over gebeurtenis te vertellen [1,4,6]	Soms	• Bevraag de ouder(s) of andere steunfiguren. Personen met VB of personen met (ernstige) communicatieproblemen zijn niet altijd in staat om zelf over de gebeurtenis te vertellen. • Voor sommige kinderen of volwassenen is het moeilijk om zelf de relatie tussen gebeurtenis(sen) en de klachten te leggen. Ook dit kan bij ouders of andere steunfiguren bevraagd worden.	• Gebruik de DITS-ouderversie[1]. • Zie bijlage 2 voor een overzicht van mogelijke traumaklachten bij non-verbale personen. Voorbeeld: *Na een telefoongesprek van een bezorgde moeder over haar volwassen dochter, komt moeder de volgende keer mee op consultatie. Zij geeft aan dat de stageperiode voor haar dochter enorm moeilijk verlopen is. De dochter belde elke dag wenend naar moeder en gaf aan niet meer te functioneren. De jonge vrouw zelf kon dit niet zonder moeder aangeven in de sessie.*
Verzamelen van concreet materiaal [1]	Soms	• Verzamel concreet materiaal rond de gebeurtenis (passend bij sensorisch profiel) in functie van het oproepen van de herinnering (zie 3.3.1 'Targetselectie' en 3.4.1 'Oproepen herinnering'). Met name bij personen met VB of bij kinderen / jongeren die een beperkt verbeeldend vermogen hebben of wanneer ze door het vertellen over de gebeurtenis niet voldoende getriggerd worden, is het belangrijk om te zoeken naar andere materialen.	• Denk hierbij aan foto's (van bepaalde personen, plaatsen, voorwerpen, gebeurtenis) of voorwerpen (die doen denken aan bepaalde persoon, plaats of gebeurtenis), bijvoorbeeld turnschoenen om herinnering aan turnles op school op te roepen. Voor andere personen kunnen bepaalde geluiden, aanrakingen of geuren dan weer helpend zijn om bepaalde herinneringen op te roepen. Voorbeeld: *De jonge vrouw die een enorm moeilijke stage-ervaring achter de rug had, neemt tijdens de sessie haar beoordelingsformulier mee voor de verwerking. Zij heeft dit verslag tot op dat moment nog niet kunnen lezen.*
3.1.2 Bevragen extra informatie De onderstaande zaken kunnen bij iedereen bevraagd worden, maar worden in deze richtlijnen benadrukt, omdat ze vaker bij personen met autisme voorkomen of een belangrijk aandachtspunt vormen bij deze doelgroep. Bovendien is het belangrijk om bepaalde zaken expliciet te bevragen, omdat personen met autisme dit soms niet spontaan vertellen of niet weten dat dit relevant is om te vertellen.			
Ontwikkelingsniveau	Altijd	• Krijg zicht op het ontwikkelingsniveau op diverse domeinen (cognitief, sociaal-emotioneel, communicatief, …) om goed te kunnen afstemmen tijdens de therapie.	• Gebruik eventueel bepaalde diagnostische instrumenten om het ontwikkelingsniveau in kaart te brengen.
Emotieregulatie	Altijd	• Bevraag het herkennen en reguleren van emotie. Is de cliënt zelf in staat tot emotieherkenning en -regulatie of is hier hulp bij nodig? • Ook bij verbaal sterke cliënten waar dit misschien overbodig lijkt: het voelen van gevoelens in het lichaam of het alert zijn op lichaamssignalen (eerste tekenen van spanning/angst) worden vaak niet goed herkend, wanneer de cliënt eerder rationaliseert. • Emotieregulatieproblemen zijn geen contra-indicatie voor EMDR, maar vragen wel extra aandacht in de stabilisatie.	• Nuttige vragen hierbij zijn: 1) Kennis van emoties: In hoeverre kan een cliënt verschillende emoties benoemen en omschrijven? 2) Emotieherkenning: In hoeverre herkent een cliënt emoties (bang, boos, verdrietig, blij) bij zichzelf? 3) Uitdrukken van emoties: Hoe drukt een cliënt emoties uit (verbaal/non-verbaal)? 4) Is het mogelijk om verschillende gradaties binnen emoties aan te geven bij zichzelf (op schaal 0 – 10 / visualiseren door middel van kleuren, grootte of afbeeldingen)? 5) Wat gebeurt er als een cliënt een score 9 of 10 heeft? Wat voelt / doet een cliënt dan? Wat zorgt voor een hoge score (trigger)? Wat helpt om van dat nare gevoel af te komen (emotieregulatie)?

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
			6) In hoeverre wordt een cliënt snel overspoeld door emoties?
Psychiatrische problemen	Altijd	• Wees alert voor en vraag naar psychiatrische problemen.	• Denk hierbij aan depressieve kenmerken, angsten, psychotische kenmerken, dissociatie of zelfbeschadiging. • Aangezien traumaklachten/PTSS bij personen met autisme samenhangen met een verhoogde kans op suïcidaliteit, is het belangrijk om te vragen naar suïcidale gedachten/gedrag in het verleden en heden.
Medicatiegebruik [4-6]	Altijd	• Vraag naar het medicatiegebruik. • Stem af met de behandelend psychiater/andere arts.	• Het gebruik van bepaalde medicatie (met name met sederende werking) kan interfereren met de therapie. • Bespreek de impact van de medicatie op het afremmen van emotie (en de haalbaarheid van traumabehandeling) en het vermijden van veranderingen in medicatie tijdens de periode van de traumabehandeling.
Netwerk en steunfiguren	Altijd	• Bevraag hoe het netwerk eruit ziet.	• Mogelijke vragen: Wie kan de persoon rondom de sessie ondersteunen? Indien nodig, wie kan als steunfiguur aanwezig zijn tijdens de sessies? Wie kan de persoon brengen/halen? Voorbeeld: *Een jongere met autisme had zijn ouders nodig om hem te motiveren om naar de sessies te komen. Tijdens de sessie zorgde de aanwezigheid van de ouder voor rust en hielp de ouder om de vragen en instructies te verduidelijken. In de thuissituatie vervulden de ouders een belangrijke rol in het traumasensitief opvoeden.*
Prikkelverwerking [2,5]	Altijd	• Bevraag of observeer mogelijke over- of ondergevoeligheid voor bepaalde prikkels: o In functie van de behandelruimte: pas de omgeving aan waar nodig. o In functie van BLS: welke prikkels worden als (niet) storend ervaren? Hoe voorkom je overprikkeling of onderprikkeling tijdens BLS? o In functie van triggers voor trauma: een ander kanaal (bijv. geuren of tactiele prikkels) kan soms beter werken (bij jonge kinderen of personen met VB) o In functie van regulatie/relaxatie: welke prikkels worden als ontspannend ervaren.	• Let op verschillende soorten prikkels, zoals visueel, auditief, tactiel, geur, smaak, vestibulair, … • Maak eventueel gebruik van een vragenlijst rond sensorische prikkelverwerking. Voorbeeld: *Bij een volwassene met autisme met een overgevoeligheid voor visuele prikkels (licht wordt als pijnlijk ervaren), is gekozen voor het gebruik van auditieve BLS via koptelefoon.* Voorbeeld: *Bij een cliënt met autisme en verstandelijke beperking was het omwille van de prikkelgevoeligheid hard zoeken naar de manier waarop BLS kon worden aangeboden. Tactiele BLS was te intens en bedreigend. Een koptelefoon werd geassocieerd met gamen. In eerste instantie was er weinig aandacht voor een vorm van visuele BLS. Een filmpje met een balletje dat heen en weer ging trok wel de aandacht en van daaruit kon uiteindelijk de overstap naar het gebruik van de lichtbalk worden gemaakt.*
Sterktes en specifieke interesses [2,5]	Altijd	• Bevraag of let op specifieke interesses: o In functie van relatie met trauma: bv. ergens obsessief mee bezig zijn, omdat het beangstigend is. o In functie van regulatie/relaxatie en het installeren van hulpbronnen: bv. wat helpt om te ontspannen? Zie 3.2.3	Voorbeeld: *Een meisje met een interesse voor artificiële intelligentie en robotica, was veel bezig met van alles opzoeken en lezen over dit thema, maar dit resulteerde in grote angst om in het dagelijks leven hiermee geconfronteerd te worden (onrealistische ideeën).*

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
		'Hulpbronnen installeren – Alternatieve stabilisatieoefeningen'.	
Voorstellings-vermogen in kaart brengen [3,4,6]	Vaak	• Breng het voorstellingsvermogen in kaart of probeer hier zicht op te krijgen door bepaalde vragen te stellen.	• Personen met autisme kunnen soms moeite hebben met het zich visueel voorstellen van een beeld of film van de gebeurtenissen. • Check of iemand bijvoorbeeld een beschrijving kan geven van hun huis of iemand beeldend kan vertellen over een leuke herinnering.
Ontbreken van adaptieve informatie / disfunctionele opvattingen [6]	Vaak	• Bevraag en/of observeer de aanwezigheid van adaptieve informatie en het voorkomen van disfunctionele opvattingen.	• Het ontbreken van adaptieve informatie (bijvoorbeeld: dat emoties er altijd mogen zijn, dat emoties bepaalde functies hebben, en bepaalde reacties heel normaal zijn) of disfunctionele opvattingen kunnen de voortgang van de therapie bemoeilijken. Het kan bijvoorbeeld het switchen van NC naar PC belemmeren of iemand kan in een blokkade of gedachteloop geraken. Voorbeeld: *Een jongen met VB was mishandeld door zijn broer na drugsgebruik. Hij was ervan overtuigd dat drugs alleen door 'boeven' worden gebruikt die in de gevangenis moeten, dus zijn broer moest ook naar de gevangenis. Voorafgaand aan de EMDR is daarom eerst meer informatie over drugs gegeven, om deze redenering te 'ontkoppelen'.*
Gehechtheid	Soms	• Bevraag dit thema wanneer iemand gekend is met (mogelijke) hechtingsproblemen.	• Mogelijke vragen: Omschrijf je relatie met je ouders? Hoe werd er vroeger thuis met emoties/moeilijke momenten omgegaan? Wat was je reactie vroeger als je boos / verdrietig werd? • Als het thema vertrouwen-wantrouwen speelt, is het extra belangrijk om voorspelbaar te zijn en voldoende tijd te nemen om basisveiligheid in de relatie met de cliënt te installeren.
3.1.3 Duur			
Indien nodig spreiden over meerdere sessies [2,5]	Vaak	• Spreid deze fase over meerdere sessies bij een complexte voorgeschiedenis, communicatieproblemen en in functie van de benodigde aanvullende informatie (zie hierboven).	• Trauma en klachten helder krijgen, ordenen ten behoeve van aanpak, bijkomende informatie bevragen: het is vaak nodig om dit in meerdere sessies op te splitsen (vooral bij kinderen/jongeren en/of complex trauma). • Daarnaast is het vaak zinvol om naast de cliënt ook een andere steunfiguur (bijv. ouder/partner) te bevragen. • Wanneer het netwerk een actieve rol speelt, bijvoorbeeld als steunfiguur tijdens de sessie bij personen met VB of kinderen/jongeren is het ook belangrijk om eventuele eigen trauma en klachten bij de steunfiguur in kaart te brengen (en indien nodig eerst te behandelen).

3.2 Fase 2 – Stabilisering en voorbereiding

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
3.2.1 Informatie EMDR			
Concrete uitleg rond trauma, indien nodig met visuele ondersteuning [2-6]	Altijd	• Leg concreet uit wat trauma is. Let hierbij op dat de uitleg wordt aangepast aan het ontwikkelingsniveau en het taalgebruik van de cliënt.	• Leg concreet uit wat trauma is aan de hand van een tijdslijn, de meegemaakte gebeurtenis(sen), de werking van het brein en de traumaklachten. Het is belangrijk om hierbij duidelijk de link te leggen

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
		• Gebruik visuele ondersteuning. • Leg uit wat triggers zijn en ga op zoek naar specifieke triggers. • Psycho-educatie rond dit thema helpt om een gemeenschappelijk taal te creëren en deels te normaliseren of te verontschuldigen.	tussen de gebeurtenis(sen) in het verleden en de huidige klachten. Je kan hierbij gebruik maken van tekeningen (zie voorbeeld in bijlage 3) of ondersteunende afbeeldingen (bijvoorbeeld de praatkaarten van *Behind Behavior*, zie: https://behindbehaviour.nl/praatkaartjes/ of Yben Casteleyn https://www.ybecasteleyn.be/product/traumakaarten-digitale-set-van-20-stuks/). Let op: de termen 'reptielenbrein', 'zoogdierenbrein' en 'mensenbrein' kunnen soms verwarrend zijn. • Geef uitleg rond de *Window of Tolerance*. Dit kan ondersteund worden met tekeningen tijdens de uitleg (zie bijlage 3) of je kan hierbij bestaande plaatjes gebruiken, of een boekje (https://www.graviant.nl/the-window-of-tolerance.html), of een filmpje (bijv. https://www.youtube.com/watch?v=U8gLstY6dYc. • Leg uit wat triggers zijn (zie bijlage 3) en ga samen op zoek naar specifieke triggers voor de cliënt. Vraag bijv. naar situaties waarin ze buiten hun 'raampje' gaan / in het 'rood' gaan, waarin ze omschreven gevoelens herkennen, fel/prikkelbaar reageren, ... Bevraag wat ze in deze situaties zien, horen, voelen, ruiken, … Wanneer het moeilijk is om dit te herkennen en te benoemen, kun je een opdracht meegeven, zodat ze kunnen noteren wat de aanleiding is / in welke situaties deze gevoelens ervaren worden.
Concrete uitleg EMDR, indien nodig met visuele ondersteuning [3-6]	Altijd	• Leg concreet uit hoe EMDR werkt. Let hierbij op dat de uitleg wordt aangepast aan het ontwikkelingsniveau en het taalgebruik van de cliënt. • Gebruik visuele ondersteuning of doe dingen concreet voor om ervoor te zorgen dat de informatie goed begrepen wordt.	• Leg concreet uit waarom EMDR helpend kan zijn en hoe het precies in zijn werk gaat. Leg telkens heel concreet uit wat de volgende stap gaat zijn én waarom. Aan de ene kant is het belangrijk om wat langer stil te staan bij het waarom (vragen hierrond hebben zeker niet altijd te maken met vermijding), maar aan de andere kant ook niet onnodig veel ruimte voor discussie laten en op tijd overgaan naar gewoon ervaren wat het geeft. • Gebruik bijvoorbeeld de EMDR-pictogrammen (https://emdrmagazine.nl/2016-11/EM11_Interview_Plaatje_bij_het_praatje_Petra_Spuijbroek.pdf), teken het verloop van de EMDR, of toon filmpjes met uitleg over trauma en/of EMDR (zie overzicht in bijlage 4) of geef een brochure met uitleg mee (zie https://www.emdr.nl/folders/). • Bij gebruik van bestaand materiaal, zoals filmpjes, is het belangrijk om op voorhand expliciet uit te leggen wat er bij hen anders is / zal zijn (bijvoorbeeld aard van trauma of andere vorm van BLS). • Bespreek, wanneer het voor de cliënt moeilijk is om in te schatten met wie en op welke manier het passend is om informatie te delen over de traumatische ervaring(en), wat ze met wie kunnen delen.
Informeren over mogelijke	Altijd	• Geef uitleg aan cliënt zelf (indien mogelijk) en aan ouders/steunfiguur over mogelijke (vertraagde) effecten van EMDR.	• In sessie kan er soms weinig merkbaar zijn aan de cliënt, terwijl er in de periode daarna bepaalde

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
(vertraagde) effecten van EMDR [3,6]			veranderingen in gedachten, gevoelens of gedrag zichtbaar worden. • Geef uitleg over wat ze kunnen verwachten en spreek af wat ze kunnen doen om zich beter te voelen (zie 3.2.3 'Hulpbronnen installeren').
3.2.2 Versterken draagkracht, stabiliteit en emotieregulatie			
Inschatten en indien nodig opbouwen van draagkracht [3,4,6]	Altijd	• Zorg voor voldoende draagkracht bij de cliënt zelf en de omgeving. De context moet namelijk voldoende sterk zijn om de cliënt op te vangen als de cliënt het moeilijk heeft naar aanleiding van de therapie.	• Vraag naar de dagbesteding, gezinssituatie / leefsituatie en steunfiguren. Indien nodig: eerst netwerk uitbreiden en/of versterken. • Vraag bij volwassenen ook naar hun programma en financiële situatie om in te schatten of er voldoende tijd en middelen zijn om de behandeling te kunnen uitvoeren. Voorbeeld: *Het is bijvoorbeeld niet verstandig om EMDR te starten bij: een jongere die recent in een nieuwe leefgroep verblijft, waar deze (nog) geen vaste steunfiguren heeft, een kind waarbij bepaalde gezinsleden een rol spelen in het trauma terwijl het kind nog bij dit gezinslid woont, een jong kind waarvan de oma recent overleden is waardoor moeder, de belangrijkste steunfiguur, geen kalm brein heeft, of een jongere of volwassene die net druk bezig is met examens, met een verhuis of een nieuwe baan, waardoor men teveel afgeleid is van traumaverwerking.*
Inschatten en indien nodig opbouwen van stabiliteit en emotieregulatie [1-6]	Altijd	• Zorg voor voldoende stabiliteit en emotieregulatiestrategieën bij de cliënt en ouder/steunfiguur. Zie uitleg bij emotieregulatie (zie 3.1.2 'Bevragen extra informatie - Emotieregulatie'). Indien problemen ervaren worden bij het uitvragen, kan eerst hierrond gewerkt worden (zie verder 3.2.3 'Hulpbronnen installeren').	• Vraag naar regulerende activiteiten en hobby's • Affecteducatie: geef uitleg rond verschillende basisemoties (bang, boos, verdrietig), de functie van emoties, *window of tolerance* en mogelijke reacties bij te bang/boos (*fight-flight-freeze*). • Gebruik visualisaties om emoties te identificeren (bijv. emotiekaarten of emotiewiel) • Werk met registratieopdracht aan de hand van GGGGG (gebeurtenis, gewaarwording in lichaam, gedachte, gevoel, gedrag). • Werk met stoplichtmodel, spanningsthermometer of signaleringsplan: groen (= goed), oranje (= spanning loopt op) en rood (= ik ben in nood). Hoe herken je dit en wat kun je doen om de spanning te laten zakken? Zie ingevuld voorbeeld in bijlage 5. Dit kan zowel tijdens de sessies als thuis worden ingezet.
3.2.3 Hulpbronnen installeren			
Haalbaarheid installeren veilige plek [2-4,6]	Soms	• Het is niet voor iedereen haalbaar om een veilige plek te installeren, bijvoorbeeld omdat de persoon er geen voorstelling van kan maken of deze veilige plek niet wil gebruiken uit angst om deze ook onaangenaam te maken. • Zoek naar en zet in op andere stabilisatieoefeningen (zie hieronder), als het installeren van een veilige plek niet haalbaar is.	• Soms helpt het om te kiezen voor een andere bewoording, zoals kalme / fijne / rustige plek of een plek waar je tot rust kan komen of dit breder te trekken naar een hele positieve herinnering. • Het beeld van de veilige plek kan ook ondersteund worden met concreet materiaal, zoals een tekening, een foto of een concreet voorwerp dat verwijst naar een veilige plek. Voorbeeld: *Een man met autisme nam bij het oproepen van de veilige plek (schrijven aan eigen bureau) telkens een pen in de hand. Een jongen met autisme gebruikte een foto van de geitenstal en een*

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
			dekentje met geitengeur voor de veilige plek (thuis in de geitenstal). Voorbeeld*: Een jonge vrouw met autisme geeft tijdens het zoeken naar een veilige plek aan dat ze niet wil denken aan een fijn beeld van op vakantie. Zij geeft aan dat dit rust brengt, maar ze wil hier nu niet aan denken, omdat ze schrik heeft dat dit anders ook negatief wordt. We proberen te zoeken naar een andere plek of een zelfverzonnen plek, maar dit begrijpt te niet. We kiezen ervoor om daarom te werken met alternatieve stabilisatie-oefeningen.*
Alternatieve stabilisatie-oefeningen [1-3,6]	(Bijna) altijd	• Geef concrete handvaten aan de cliënt en de omgeving voor moeilijke momenten. Deze technieken bieden meer vaardigheden en vertrouwen in het omgaan met (hevige) emoties. Deze situaties worden zo ook meer voorspelbaar en controleerbaar. • Stabilisatieoefeningen kunnen gerelateerd zijn aan specifieke interesses of specifieke sensorische voorkeuren van de persoon.	• Zoek technieken die helpend zijn voor de cliënt: o relaxatie die past bij persoon (actieve of ontspannende relaxatie): bijvoorbeeld bepaalde muziek luisteren, wandelen, touwtje springen of *stimming*; o ademhalingsoefeningen (zie hieronder); o ontspanning in specifieke belangstelling, bijvoorbeeld gamen of kijken naar en vertellen over auto's, verzameling favoriete voorwerpen meebrengen; o rustgevende sensorische voorwerpen of activiteiten, bijvoorbeeld geurolie of met vingers door strijkparels gaan. • Met betrekking tot ademhalingsoefeningen: begin hiermee thuis te oefenen vanaf de intake (ongeveer 15 minuten per dag: achter elkaar of opgesplitst in kleinere blokjes; alleen of samen met een steunfiguur). Deze oefeningen werken namelijk alleen als je lichaam er mee vertrouwd is. Wanneer de cliënt hier nog geen ervaring mee heeft, is het beter om in te zetten op 'sturende ademhalingsoefeningen' in plaats van 'observerende ademhalingsoefeningen'. Bij sturende oefeningen is het duidelijker wat er verwacht wordt, houdt de cliënt de controle en raakt de cliënt niet in de war van wat het wel of niet moet voelen. Ook hoeven de ogen niet dicht; iets wat vaak als onprettig wordt ervaren. Het kan helpend zijn om hierbij gebruik te maken van een app. • Betrek indien mogelijk de steunfiguur in het aanleren en toepassen van de technieken, bijvoorbeeld in het toepassen van de *butterfly hug*. • Start eventueel met een flashforward ten aanzien van angst voor heftige emoties tijdens EMDR.
Noodplan	(Bijna) altijd	• Zorg voor een noodplan. Het is vaak geruststellend dat er een noodplan is, zeker wanneer de cliënt snel doorschiet in emoties of bang is dat het mis kan gaan. De cliënt moet zich daar niet voor schamen. Normaliseer de reacties. Dit noodplan kan ook buitenom de sessies in de thuissituatie worden ingezet.	• Het noodplan betreft een eenvoudige concretisering van wat te doen bij oranje/rode fase van het signaleringsplan (zie 3.2.2 'Versterken draagkracht, stabiliteit en emotieregulatie - Inschatten en indien nodig opbouwen van stabiliteit en emotieregulatie'). • Zoek en kies max. 3 technieken (zie 3.2.3 'Hulpbronnen installeren – Alternatieve stabilisatieoefeningen') die helpend zijn voor de cliënt. Visualiseer de verschillende technieken in een 'noodplan' (zie voorbeeld in bijlage 6) of maak nog concreter door een doosje te maken met

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
			daarin kaartjes met de technieken of voorwerpen die aan de technieken herinneren.
RDI, hulpkaarten RDI en ankers [2-4,6]	Soms	• Gebruik RDI, hulpkaarten en ankers als er angst is om te starten met EMDR. • Probeer de uitleg zo concreet mogelijk te maken.	• Gebruik termen die begrijpelijk zijn voor de cliënt, zoals positieve eigenschap/vaardigheid/kracht of iets wat ze kunnen of durven om te zoeken naar de juiste hulpbron. • Gebruik concrete voorbeelden (kracht, durf, …) en laat de cliënt kiezen welke eigenschap ze nu nodig hebben. • Gebruik hulpkaarten bij de uitleg in de vorm van zelfgemaakte afbeeldingen of bestaande afbeeldingen (verkrijgbaar via: www.silverkit.nl/rdi). • Gebruik de informatie uit de voorgeschiedenis van de cliënt om geschikte hulpbronnen te bepalen. Je kunt bijvoorbeeld specifieke interesses (hoe ze zich dan voelen) of fantasiefiguren (bijvoorbeeld superhelden) inzetten als hulpbronnen. • Spreek een concreet 'anker' af om de hulpbron op te roepen, bijvoorbeeld een gebaar (duim en wijsvinger tegen elkaar). Bij cliënten met autisme kan het soms helpend zijn om te kiezen voor een bepaalde lichaamshouding of het vastnemen van een afgesproken voorwerp (bijvoorbeeld steentje in hand).
3.2.4 Oefenen lichaamsscan			
Extra oefenen met lichaamsscan	Soms	• Oefen met het signaleren van verschillende lichaamssignalen / gewaarwordingen. Sommige cliënten met autisme vinden het moeilijk om de eigen lichaamssignalen goed te voelen, te differentiëren of te verwoorden.	• Geef meer concrete uitleg over het verschil tussen algemene lichamelijke signalen (bijv. spierpijn) of spanning die optreedt in reactie op het opgeroepen beeld. • Laat aan de hand van progressieve relaxatie ervaren wat het gevoel van spanning/ontspanning is. • Geef een observatieopdracht mee rond het opmerken van bepaalde lichaamssignalen (bijv. 3x per dag even stilstaan bij wat je voelt in je lichaam + noteren). • Laat op een blad met figuur van een mens aanduiden waar ze spanning/ontspanning voelen (zie bijlage 7). • Maak samen met de cliënt een checklist voor met lichaamssignalen die bij hen gelinkt zijn aan spanning. Gebruik deze checklist bij de lichaamsscan.
3.2.5 Test bilaterale stimulatie			
Zoeken naar juiste bilaterale stimulatie [2-6]	Altijd	• Probeer een brede range aan BLS uit om de meest geschikte vorm en hoeveelheid van BLS te bepalen. • Vinger-/oogbewegingen: voor veel kinderen of personen met VB is dit moeilijk of moeilijk vol te houden. Ook volwassenen kunnen hier moeite mee hebben. • Zoek naar alternatieven of een combinatie van alternatieven. Het is heel wisselend per persoon wat werkt.	• Probeer verschillende opties rond wat (1 of meerdere) en hoe (volume, sterkte en tempo) uit en laat de cliënt kiezen. Als therapeut in de gaten houden of cliënt niet overprikkeld geraakt of in controlerend brein blijft (zeker bij rationele personen), voeg in het laatste geval een stimulus toe. o Tappen: werkt voor kinderen en personen met VB vaak beter, maar sommige personen vinden tactiele aanraking of te dichtbij komen moeilijk. o Buzzers: voor sommigen is het geluid dat deze maken te overprikkelend (dan eventueel in

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
			combi met hoofdtelefoon of intensiteit op laagste stand) o Piepjes (hoofdtelefoon; indien gewenst gebruik laten maken van eigen hoofdtelefoon of oortjes) o Andere opties, zoals: lichtbalk, bewegingen erbij maken (tappen met benen of V-step maken), … o Online EMDR-tools, zoals apps of YouTube filmpje met visuele en/of auditieve BLS. Zie voor meer informatie: https://emdrtherapieonline.nl/gratis-tools-emdr-traumabehandeling/
Voldoende oefenen met bilaterale stimulatie [3-5]	Altijd	• Besteed voldoende tijd aan het oefenen. Het oefenen zorgt voor duidelijkheid en voorspelbaarheid. De cliënt dient vertrouwd te worden met de BLS.	• In eerste stap kan het ook helpend zijn om de BLS eerst voor te doen bij iemand anders, bijvoorbeeld de ouder, om zo te laten zien wat het precies is en dat het ok is.

3.3 Fase 3 – Assessment

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
3.3.1 Targetselectie			
Beperkte instructie bij *target* selectie gebruiken [4]	Vaak	• Gebruik korte en concrete instructies.	• Gebruik bij voorkeur de instructies van het kinder- en jeugdprotocol, ook bij volwassenen.
Moeite met visueel beeld [2]	Soms	• Het lukt niet altijd om een visueel beeld op te roepen of te omschrijven. • Ga door zonder visueel beeld als het niet lukt om deze op te roepen en/of te omschrijven.	• Vraag naar een letterlijke omschrijving, bijv. wat de persoon zou zien als ze naar een foto kijken of een video die stilstaat. • Vraag naar concrete elementen: Wat zie je? Wat hoor je? Wat ruik je? Of laat over de gebeurtenis vertellen. • Gebruik andere sensorische modaliteiten als target, bijvoorbeeld een bepaalde geur of een bepaald voorwerp (zie 3.1.1 ‘Opsporen traumatische gebeurtenis(sen) - Verzamelen van concreet materiaal’).
Niet altijd starten met meest ingrijpende gebeurtenis [2-4,6]	Soms	• Start met een minder ingrijpende gebeurtenis om te wennen aan het protocol en bij angst voor het effect van EMDR. Soms helpt echter het voorspelbaar maken van het verloop en de werking van EMDR al voldoende en is dit niet nodig.	• Indien mogelijk, bepaal in overleg hoe je dit gaat aanpakken. Geef aan dat je het liefst start met het meest ingrijpende. Als ze dat niet zien zitten / niet aandurven, laat de cliënt dan beslissen welke target ze wel zien zitten. Zo kan er vertrouwen in het proces worden opgebouwd.
3.3.2 NC en PC			
Concrete opties NC en PC aanbieden [2,4-6]	Vaak	• Biedt 2 of meer concrete opties aan op basis van hun verhaal.	• Voor sommige personen met autisme is het moeilijk om zelf een NC of PC aan te dragen. Personen met autisme maken geregeld de keuze voor het gevoel van machteloosheid of rond zelfbeeld (ik ben niet ok / slecht). Het aanbieden van concrete opties die het best passen bij het verhaal van de cliënt kan helpend zijn om een NC en PC te kiezen.
Niet mogelijk om NC en PC te bepalen [2,5]	Soms	• Sla het bepalen van NC en PC over bij personen met VB en jonge kinderen, omdat dit te moeilijk is. Ook bij personen die moeite hebben met veel verbale uitleg of waarvoor het kiezen van een NC of PC te moeilijk, te	• Formuleer de PC minder sterk, bijvoorbeeld: ‘Ik begin te denken dat ik sterk ben’ in plaats van ‘Ik ben sterk’. • Let op dat je hier niet te veel tijd aan besteedt wanneer de cliënt moeite heeft om te kiezen,

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
		abstract of te afleidend lijkt, kan dit worden overgeslagen. • Het kan ook gebeuren dat de PC pas gedurende het proces naar boven komt.	omdat het naar hun gevoel juist moet zijn. Vraag hen dan naar welke optie in de buurt komt of een beetje waar voelt voor hen. Ga door zonder NC of PC, als dit te moeilijk blijkt te zijn. • Bij sommige cliënten met autisme stijgt het spanningsniveau snel. Het is bij deze cliënten belangrijk om niet te lang te wachten met het aanbieden van BLS. Het bepalen van NC of PC werkt dan enkel afleidend.
3.3.3 SUD en VOC			
Aangepaste vraag gebruiken [3,4]	Soms	• Pas de bewoording van de vragen bij SUD en VOC aan. Een andere bewoording kan soms helpen om de vraag beter te kunnen beantwoorden.	• Voor sommige cliënten is het gemakkelijker om: o te vragen naar wat ze 'vinden' in plaats van wat ze 'voelen'; o enkel een globale actuele SUD te bepalen; o niet naar een cijfer te vragen, maar enkel te laten aangeven of het plaatje nog spanning oproept of dat ze er neutraal naar kunnen kijken of te vragen naar verminderen van klachten in het dagelijks leven en/of verandering van gevoel.
Aangepaste schaal gebruiken [1-4,6]	Vaak	• Gebruik aangepaste schalen naast of in plaats van cijfers. Dit kan geschikt zijn voor personen die moeite hebben met het kiezen van een cijfer of die overmatig precies willen zijn (op zoek gaan naar het juiste kommagetal).	• Laat de mate aangeven met bepaalde afstand tussen de handen, een visuele weergave (bijvoorbeeld met gezichtsuitdrukkingen, thermometer, stoplicht) of laat kiezen tussen bepaalde verbale omschrijvingen (bijv. heel erg, minder, nauwelijks of minder, hetzelfde, meer). • Visuele ondersteuning kan zelf gemaakt worden of is bijvoorbeeld te vinden op: www.silverkit.nl
Niet mogelijk om SUD en VOC te bepalen [2,5]	Soms	• Sla het bepalen van SUD en VOC over bij personen met VB, jonge kinderen of personen die veel moeite hebben om deze vragen te beantwoorden. • Observeer hoe je hun spanningsniveau kunt lezen en gebruik deze informatie om te evalueren hoe het met de cliënt gaat tijdens de sessie.	• Wees alert voor lichaamssignalen en bevraag de ouder of andere steunfiguur. Voorbeeld: *Bij de behandeling van een meisje met autisme en verstandelijke beperking was het niet mogelijk om aan haar te vragen of de spanning zakt. Daarom werd extra gelet op lichaamssignalen, zoals minder spierspanning, beter stil kunnen zitten, minder verbale onrust. Bovendien werd in de week na de sessie bij de ouders via e-mail gevraagd naar wat ze merken aan eventuele verandering in het gedrag in het leven van alledag.*
3.3.4 Plaats lichaamssensaties			
Hulp bieden bij lokaliseren spanning [2,4]	Vaak	• Vraag gericht door waar de persoon (nog) spanning ervaart. Vaak voelen cliënten met autisme spanning in het hoofd. • Wees alert voor sensorische overprikkeling.	• Vraag door lokalisatie in hoofd: 'Waar dan nog?'. Dan komt er soms toch nog een andere plaats bij, bijvoorbeeld borstkas of buik/maag. • Vraag gericht naar andere lichaamsdelen, zoals de borstkas en de buik/maag. Geef aan dat ze ook mogen aanwijzen of hun hand leggen op waar ze ergens spanning voelen. • Maak gebruik van de tekening van een mens om aan te duiden waar spanning wordt ervaren (zie bijlage 7).

3.4 Fase 4 – Desensitisatie

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
Oefensessie	Soms	• Wanneer er angst/stress is om te starten of de persoon zich veel zorgen maakt over of het wel gaat werken, kun je starten met een 'oefensessie'.	• Door aan te geven dat het een oefensessie is, wordt de drempel verlaagd en de druk eraf gehaald. • Als therapeut kun je deze sessie gebruiken om verschillende aanpassingen uit te proberen.
3.4.1 Oproepen herinnering			
Tijd geven	Soms	• Geef tijd om de herinnering op te roepen. Dit kan soms iets langer duren.	• Wanneer enkel tijd geven niet voldoende is, kan je vragen om specifieke elementen te omschrijven (Wat zie je? Wat hoor je? Wat ruik je?) of vragen om over de gebeurtenis te vertellen.
Andere (concrete) triggers gebruiken [2-4]	Soms	• Gebruik alternatieve triggers, wanneer de cliënt een beperkt taalbegrip of een beperkt voorstellingsvermogen heeft, wanneer het spanningsniveau te laag blijft of wanneer de cliënt de neiging heeft om te vermijden.	• Denk hierbij aan: bepaald object of foto tonen of een tekening laten maken (of iemand maakt de tekening voor de cliënt). Andere opties zijn: tactiele prikkels, auditieve prikkels, bepaalde geuren, … (zie 3.1.1 'Opsporen traumatische gebeurtenis(sen) – Verzamelen van concreet materiaal'). Voorbeeld: *Bij de toepassing van EMDR bij een jongen met autisme en verstandelijke beperking is gebruikt gemaakt van de verhalenmethode rond een traumatische ervaring op de bus. Het verhaal werd ondersteund met foto's en aanrakingen (van oren, middel en voeten) om de herinnering op te roepen en spanning te triggeren* (zie voorbeeld in bijlage 8). Voorbeeld: *Bij een jonge vrouw met autisme en verstandelijke beperking met een verleden van veel hospitalisaties werd gebruik gemaakt van foto's en YouTube filmpjes over ziekenhuizen.*

Hulp bieden bij overgang scherpstellen naar BLS	Soms	• Bied hulp bij de overgang van scherpstellen naar BLS. Sommige cliënten zijn te veel bezig met het proces of hebben moeite met het combineren van het vasthouden van het plaatje/blijven denken aan de situatie waarmee begonnen is en het volgen van BLS. Cliënten kunnen hierdoor stress en ongemak ervaren.	• Stel de cliënt in eerste instantie gerust, probeer verder te gaan en kijk wat er komt.
			• Ga eventueel een paar keer terug naar het beeld en probeer opnieuw.
			• Indien nodig:
			  ○ Andere BLS proberen of BLS verhogen, zodat cliënt minder ruimte heeft om na te denken over het proces;
			  ○ Inzetten van extra ondersteuning om het plaatje vast te houden (zie 3.4.1 'Oproepen herinnering - Andere (concrete) triggers gebruiken').

Verhalenmethode gebruiken [2-4]	Soms	• Gebruik de verhalenmethode. De verhalenmethode (Lovett, 1999 / Lovett, 2015) is in principe bedoeld voor preverbaal trauma. De methode wordt ook ingezet bij personen met VB (zie o.a. Mevissen et al., 2011/2012). • Ook bij cliënten zonder VB kunnen vergelijkbare strategieën worden ingezet, bijvoorbeeld wanneer de cliënt niet in staat is om zelf over de gebeurtenis te vertellen, niet meer goed weet wat er gebeurd is of geen samenhangend verhaal kan vertellen.	• Voor meer informatie over de verhalenmethode, zie: de Roos en Beer, 2017 (zie voorbeeld in bijlage 8) • Gebruik strategieën gebaseerd op de verhalenmethode waarbij de cliënt een actievere rol krijgt: ○ Opstellen van een verhaal samen met ouders en de cliënt (cliënt vragen om bevestiging, vragen naar extra input en aan de cliënt zelf vragen waar het naarste stuk zit); • Samen met de cliënt uitschrijven van het verhaal.
3.4.2 Aanbieden bilaterale stimulatie			
Duur BLS aanpassen [2,5,6]	Soms	• Maak de BLS:	

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
		○ korter, bijvoorbeeld bij cliënten met beperkte aandachtsspanne. Het is ook mogelijk om te starten met korte sets en daarna deze uit te breiden. ○ langer, bijvoorbeeld wanneer iemand hoog in *arousal* zit. • Eventueel keuze / controle geven over de lengte van de sets.	
BLS niet onderbreken bij bevragen associaties [4,6]	Soms	• Bied doorlopende BLS aan wanneer stoppen zorgt voor verwarring / uit proces raken.	
3.4.3 Bevragen associaties			
Standaardvragen concreter maken	Soms	• Maak de standaardvragen concreter.	• De standaardvragen 'Wat komt er op? Wat merk je? En nu?' zijn vrij breed. • Vraag bijvoorbeeld naar: Komt er een gedachte? Komt er een gevoel? Zo ja, welk(e)? Wat voel je in je lichaam?
Rekening houden met tragere informatie-verwerking [2,3,5]	Soms	• Geef voldoende tijd om de associaties na BLS te verwoorden.	• Wanneer er onvoldoende tijd wordt gegeven voor associaties, kan er verwarring ontstaan wat het proces hindert. • Herhaal de associaties om te helpen in het proces.
3.4.4 Reacties			
Alert voor over- of onderactivatie en oog hebben voor subtiele lichamelijke reacties [4,5]	Altijd	• Soms kan er snel sprake zijn van over- of onderactivatie, terwijl dit aan de buitenkant moeilijk zichtbaar is. • Let op subtiele lichamelijke reacties. Zeker bij kinderen en personen met VB, want ze hebben vaak minder/geen associaties, dus het is moeilijker om hun proces te volgen. • Observeer ook goed bij jongeren en volwassenen die moeite hebben met het zelf waarnemen en verwoorden van lichamelijke reacties.	• Het is soms moeilijk om iets van lichamelijke reacties te zien, vanwege bijvoorbeeld een beperkte mimiek of beperkt gebruik van lichaamstaal. • Observeer subtiele veranderingen in onder andere ademhaling, spierspanning, motorische activiteit, gezichtsuitdrukking, gezichtskleur, oogbewegingen, … • Vraag achteraf naar wat een ouder of andere belangrijke steunfiguur die aanwezig is bij de sessie heeft gemerkt. • Koppel eventueel achteraf terug dat je spanning zag, bijvoorbeeld 'Ik zag dat je moeilijker adem kreeg' of 'Ik zag dat je schouders gespannen waren' en vraag na of ze dit zelf ook gevoeld hebben.
Checken emotionele reactie [5]	Vaak	• Bevraag bij *back to target* expliciet de emotionele reacties als je niets waarneemt of wanneer de cliënt fel in het hoofd blijft zitten en weinig voeling heeft met het lichaam.	• Vraag bijvoorbeeld: Wat merk je nu? Wat ervaar je nu? Wat voel je nu? Voelt het anders dan ervoor (voor de BLS)? Vraag ook naar lichamelijke sensaties die in fase 3 genoemd zijn / uit *target* plan. • Bij geobserveerde lichamelijke reacties: benoem wat je ziet en denkt en check of dit klopt. • Bevraag (achteraf) een ouder of andere belangrijke steunfiguur die aanwezig is bij de sessie.
Inzetten informatieve *interweaves* [4]	Soms	• Zet *interweaves* in bij het ontbreken van bepaalde adaptieve informatie of bepaalde dysfunctionele opvattingen (zie ook 3.1.2 'Bevragen extra informatie - Ontbreken adaptieve informatie/dysfunctionele opvattingen').	• Geef informatie/psycho-educatie rond bepaalde ontbrekende informatie, zoals functies van emoties, passende verantwoordelijkheid, *fight/flight/freeze*. Normaliseer passende reacties, behoeften en ervaringen. • Bevraag en daag dysfunctionele opvattingen uit en nodig uit om andere standpunten te overwegen. • Bij gekende disfunctionele opvattingen of ontbreken van bepaalde kennis kan hier ook al in de voorbereidende fase op worden ingespeeld.

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
			• Wees directief bij het inzetten van interweaves om verwarring/zich niet begrepen voelen te voorkomen.
Hulp bieden in toepassen emotie-regulatiestrategieën [5]	Soms	• Bied hulp bij het toepassen van de eerder besproken en aangeleerde hulpbronnen (zie 3.2.3 'Hulpbronnen installeren').	• Zet het noodplan in en help dit toepassen (zie 3.2.3 'Hulpbronnen installeren - Noodplan').
Rekening houden met tragere informatie-verwerking [3,5]	Soms	• Houd rekening met een tragere informatie-verwerking. SUD zakt soms niet of minder snel door tragere informatieverwerking.	• Bij sommige cliënten wordt het effect pas enkele uren of dagen na de sessies merkbaar. Geef dan bijvoorbeeld de mogelijkheid om tussentijds via e-mail of telefonisch contact op te nemen. • Vraag aan het begin van de volgende sessie opnieuw naar de SUD. Het is mogelijk dat een SUD in de tussentijd toch gezakt is. • Plan sessies kort na elkaar in om eventuele hevige reacties achteraf snel te kunnen opvangen of formuleer deze mogelijkheid als optie (indien nodig).
Rekening houden met generalisatieproblemen [2]		• Houd rekening met generalisatieproblemen.	• Geef extra aandacht aan de transfer naar het dagelijks leven. Zie 3.8 'Fase 8 - Herevaluatie - Extra aandacht voor transfer naar dagelijks leven'.

3.5 Fase 5 – Installatie

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
3.5.1 SUD en VOC			
Extra aandacht aan identificeren PC [2]	Soms	• Geef extra aandacht aan het identificeren van de PC, als dit in een eerdere fase nog niet gelukt is.	• Biedt 2 of meer concrete opties aan op basis van hun verhaal.
Niet mogelijk of moeilijk om SUD en/of VOC te bepalen [2,5]	Soms	• Sla het bepalen van de SUD en/of VOC over bij personen met VB, jonge kinderen, of andere personen die moeite om deze vraag goed te begrijpen en/of te beantwoorden.	Alternatieve werkwijzen ten aanzien van SUD: • Herhaal om te focussen op de situatie waarmee men begonnen is en check de spanning. Het kan zinvol zijn om bij jongeren en volwassenen hierbij het kinderprotocol te gebruiken. • Probeer een andere vraagstellingen uit en zoek naar een vraagstelling die begrepen wordt, bijvoorbeeld: "Kan je dit plaatje zien zonder dat er iets in je lichaam verandert?" of "Kan je naar dit plaatje kijken: hoe is/voelt dat voor jou?". • Gebruik vereenvoudigde vragen en visuele ondersteuning: zie voorbeelden genoemd bij 3.3.3 'SUD en VOC' of laat dit bijvoorbeeld beoordelen aan de hand van een verkeerslicht (rood-oranje-groen). • Observeer en bevraag (cliënt en/of context) of lichamelijke spanning vermindert en/of gedrag verandert. • Bevraag in volgende sessie of klachten gerelateerd aan *target*/herinnering afnemen. Alternatieve werkwijzen ten aanzien van VOC: • Probeer een andere vraagstelling uit, bijvoorbeeld: "Als je naar het plaatje/de situatie kijkt waarmee we begonnen zijn – heb je dat? – in welke mate klopt het dat het voelt dat je dit aankan/dat je er wel mag zijn/dat je …? A) klopt niet, B) klopt een

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
			beetje, C) klopt bijna helemaal, D) klopt helemaal?". Gebruik hierbij de taal van de cliënt. • Laat VOC weg, als dit te moeilijk is.
VOC 7 wordt niet bereikt	Soms	• Vanuit zwart-wit denken of onzekerheid is het voor sommige personen moeilijk om het cijfer 7 toe te kennen aan VOC: 'perfectie bestaat niet', 'ik weet toch niet 100% zeker of ik het ga aankunnen' of 'het kan geen 7 zijn, want ik kan dit of dat nog niet'.	• Pas de vraagstelling aan: vraag naar 'nu' en leg uit wat je er specifiek mee bedoelt. Dit is men name belangrijk wanneer de cliënten bijvoorbeeld geen 7 kunnen toekennen, omdat ze bang zijn dat het hen in de toekomst nog kan overkomen of ze nog bepaalde vaardigheden missen. • Een verhoging van het cijfer is belangrijker dan een absolute 7. • Pak eventuele *blocking beliefs* (bijv. 'ik heb autisme, dus dat gaat mij nooit lukken') eerst aan, alvorens deze VOC tot 7 te krijgen.

3.6 Fase 6 – Lichaamsscan

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
Concrete instructies geven [5]	Vaak	• Geef concrete instructies wanneer een persoon moeite heeft met het maken van de verbinding tussen hoofd en lichaam (en daardoor misschien te snel 'ja, het is goed' zeggen of niet goed weten wat te moeten voelen of zeggen). Meestal is hier in de voorbereidende fase al aandacht aan besteed (zie 3.2.4 'Oefenen lichaamsscan'). • Vraag door of check of het gaat over lichaamssensaties of emoties. Dit kan soms moeilijk zijn om te onderscheiden.	• Vraag naar 'iets voelen in het lichaam' in plaats van spanning en vraag vervolgens door om het te kunnen onderscheiden van andere lichaamssignalen (bijvoorbeeld: een zere voet) of een positief gevoel (bijvoorbeeld: zich sterker voelen). Probeer indien nodig verschillende formuleringen uit: Voel je spanning? Wat merk je? Voel/merk je iets ongewoons in je lichaam? Bij deze laatste formuleringen is het wel belangrijk om te checken of dit iets negatiefs of positiefs is. • Bevraag enkele concrete sensaties die voor de cliënt relevant zijn, bijvoorbeeld hoe het is met ademhaling, spanning in de schouders, druk op de borst, onrust in de benen, … • Gebruik eventueel visuele ondersteuning: bijvoorbeeld een plaatje van het lichaam waarop ze met rode stift kunnen aangeven waar ze iets / spanning in hun lichaam voelen (zie bijlage 7). • Zorg ervoor dat je zelf ook goed observeert of de cliënt nog spanning ervaart.
Lichaamsscan vaste invulling geven [5]	Vaak	• Voer dit telkens op een vergelijkbare manier uit, eens de geschikte instructies en manier van werken gevonden zijn, om de voorspelbaarheid te vergroten en eventuele verwarring te voorkomen.	

3.7 Fase 7 – Positief afsluiten

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
Positieve en voorspelbare invulling [2-4,6]	Altijd	• Neem voldoende tijd voor de afronding. • Zorg voor een ontspannende en positieve afsluiter. • Spreek van tevoren af hoe de sessie wordt afgesloten en doet dit telkens op dezelfde manier.	• Voor sommige personen is het helpend om aan het eind niet te veel meer te moeten praten. Afronden met een vaste activiteit kan dan gemakkelijker zijn. Laat, indien mogelijk, de cliënt zelf kiezen hoe ze de sessie graag willen afsluiten.

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
		• Bied duidelijke informatie over wat te verwachten en wat te doen na de sessie.	• Pak de visuele tijdslijn er opnieuw bij om de positieve ervaringen onder de aandacht te brengen. • Berg concreet materiaal dat gebruikt is, zoals foto's of voorwerpen, op in een doosje of kistje tot de volgende sessie. Voorbeeld: *De sessie wordt afgesloten met samen een spel spelen / gamen of het luisteren naar eigen muziek met koptelefoon.*
Bevragen wat cliënt geleerd heeft [2]	Vaak	• Vraag naar wat de cliënt geleerd heeft. Pas indien nodig de formulering aan of koppel eigen ervaringen terug. • Vraag aan de ouder of steunfiguur wat ze gemerkt hebben, wanneer de cliënt zelf niets opmerkt, bij jonge kinderen of personen met VB.	• Gebruik een aangepaste formulering, bijvoorbeeld: Heb je het afgelopen uur iets waardevols / goeds / fijns / zinvols / nieuws over jezelf ontdekt? Zo ja, wat? • Wanneer het antwoord negatief geformuleerd is, is het belangrijk om dit positief te herformuleren. • Wanneer een cliënt het moeilijk vindt om een antwoord te formuleren, kun je ook concrete suggesties doen aan de hand van dingen die je gehoord of gemerkt hebt. Soms komt een cliënt dan alsnog zelf met iets. • Soms kan het helpend zijn om dat wat ze hebben geleerd op een kaartje te schrijven om nog eens te kunnen lezen en vast te houden tot de volgende afspraak. Leg kaartjes klaar die ze kunnen meenemen.
Veilige plek of andere stabilisatieoefening gebruiken [4]	Vaak	• Gebruik de veilige plek indien mogelijk (zie ook 3.2.3 'Hulpbronnen installeren – Haalbaarheid installeren veilige plek'). • Gebruik alternatieven, bijvoorbeeld het laten vertellen over favoriet onderwerp of laten uitvoeren van favoriete activiteit.	• Het kan helpen om altijd naar dezelfde veilige plek te gaan en dit niet telkens opnieuw in vraag te stellen. Je kunt dan de opdracht geven om naar diezelfde plek te gaan. • Als dat niet of onvoldoende werkt: op andere manier positief lichamelijk gevoel opwekken, bijvoorbeeld door ontspanningsoefeningen of een ontspannende activiteit (zie 3.2.3 'Hulpbronnen installeren – Alternatieve stabilisatieoefeningen'). Bijvoorbeeld het laten vertellen over favoriet onderwerp of het laten uitvoeren van een favoriete activiteit, bijvoorbeeld: gamen, spelletje spelen, weetvragen *Trivial Pursuit*, vogels tekenen, trampoline springen, muziek luisteren, spelen met kinetisch zand, …

3.8 Fase 8 – Herevaluatie

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
Extra aandacht voor evaluatie periode tussen sessies [2,5]	(Bijna) altijd	• Maak tijd om de cliënt te laten vertellen over de afgelopen week / periode sinds laatste sessie. • Check of er andere positieve of negatieve veranderingen opgemerkt worden (naast de oorspronkelijke klachten).	• Toets aan het begin van de volgende sessie af of er na de vorige sessie nog nieuwe zaken zijn opgekomen (vragen, associaties, antwoorden, …). Soms is hier veel tijd voor nodig. • Vraag naar veranderingen op het vlak van onder andere gedrag, emotieregulatie, stress en slaap. • Vraag naar impact op dagelijks functioneren en levenskwaliteit.
Concreet bevragen afname oorspronkelijke klachten [2]	(Bijna) altijd	• Eindig de therapie niet te abrupt. Zit nog eens rustig samen om verschillende zaken goed te bevragen en te bespreken.	• Vraag expliciet naar de veranderingen in de verschillende oorspronkelijke klachten. Welke klachten zijn wel/niet verminderd door EMDR?

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
		• Wanneer er weinig emotionele reacties zichtbaar zijn, kan het effect vooral worden afgeleid uit de klachtenvermindering in plaats van emotionele reacties.	• Wat als bepaalde klachten niet (volledig) verdwenen zijn: kijk welke mogelijke triggers en stressvolle gebeurtenissen hierin een rol spelen. • Als ze zelf niets gemerkt hebben, is het mogelijk om te vragen of er mensen in hun omgeving iets opgemerkt en tegen hen gezegd hebben. Of bevraag zelf de belangrijke steunfiguren, zoals een ouder of partner. Wat hebben zij opgemerkt. • Geef zelf terug wat je aan veranderingen geobserveerd en gehoord hebt. Voorbeeld: *Een jongen met autisme werd aangemeld, omdat hij op school niet meer naar de wc durfde gaan omwille van een pestsituatie jaren geleden. Na verwerking van de herinnering, gaf hij aan dat hij hier nu niet meer over nadenkt en gewoon naar de wc gaat indien nodig.*
Extra aandacht voor transfer naar dagelijks leven [6]	Vaak	• Geef extra aandacht aan de transfer naar het dagelijks leven. Het risico bestaat dat het effect van de behandeling bij personen met autisme niet voldoende generaliseerd wordt naar situaties buiten de therapie.	• De transfer kan bevorderd worden door expliciet te benoemen (bijv. welke concrete situaties en plaatsen nu ook weer veilig zijn) en door in de dagelijkse situaties (bijv. thuis, op school, op het werk) bepaalde oefeningen uit te voeren om ook daar spanningsontlading te ervaren. Voorbeeld: *Een jongen met autisme en VB heeft een traumatische ervaring opgedaan in de bus. Na de EMDR-therapie tapt zijn moeder op zijn schouders telkens wanneer hij langs de bus loopt om hem tot rust te brengen.*
Extra ondersteuning bij *exposure* na *future template*	Vaak	• Geef extra ondersteuning bij *exposure* na gebruik van de *future template*. Ten behoeve van generalisatie bij angstproblematiek is het goed om de cliënt na gebruik van de *future template* goed te ondersteunen bij de *exposure* oefeningen. Het bedenken van een *exposure* opdracht vraagt verbeeldingsvermogen en dit is soms moeilijk. Ook het plannen van wanneer en waar de oefening uitgevoerd gaat worden vraagt expliciete aandacht. Het kan helpend zijn om hier ook ouders, begeleiders of andere belangrijke steunfiguren bij te betrekken.	• Het kan zinvol zijn om bij kinderen en jongeren in deze fase contact te hebben met de school of leefgroep. Zij kunnen dienen als ondersteuning bij het vormgeven en uitvoeren van de *exposure* oefening. Als de oefening plaats heeft in deze context, kunnen zij het proces dan ter plekke begeleiden met de afspraken die voor die cliënt gemaakt zijn. • Wanneer voor een cliënt het uitvoeren van de *future template* moeilijk is, kan met de *mental video check* gewerkt worden. Dit is vaak gemakkelijker (zie volgende stap).
Extra aandacht voor triggers en toekomstige gebeurtenissen en gebruik *mental video check*	Vaak	• Bespreek heel concreet wat te doen bij nieuwe triggers of toekomstige gebeurtenissen. • Er speelt soms anticipatie-angst of vermijding bij confrontatie met bepaalde situaties of personen in het dagelijks leven. Hoewel er bij de persoon met autisme tijdens de sessie de SUD van 0 en VOC van 7 kan zijn, kan dit in een dagelijkse situatie weer gemakkelijk verslechteren. Dit kan bijvoorbeeld gerelateerd zijn aan angst (niet weten wat te verwachten of hoe te reageren, overprikkeling) of faalervaringen uit het verleden. Besteed ook hierbij expliciet aandacht aan generalisatie naar het dagelijks leven.	• Werk een stappenplan uit. • Bekijk of er nog aanvullende vaardigheden aangeleerd dienen te worden, bijvoorbeeld een assertiviteitstraining of het oefenen van bepaalde (sociale) vaardigheden (bijvoorbeeld via rollenspel / *modeling*). • Indien nodig kan aan de hand van een *mental video check* (zie voor meer informatie bijvoorbeeld: de Jongh et al., 2018; https://psycho-trauma.nl/wp-content/uploads/2015/08/Werkwijze-Flashforward-en-Mental-Video-Check.pdf) met de nieuwe kennis (zie voorgaande stap) de toekomstige situatie worden doorlopen. Wanneer er spanning ervaren wordt: ogen openen en BLS toepassen. Het in gedachten doorlopen van deze toekomstige gebeurtenissen kan ervoor zorgen dat

Aanpassingen / aandachtspunten	Nodig	Uitleg	Concrete voorbeelden
			de angst en vermijding verminderen, omdat men eerst niet goed wist wat te doen/zeggen. • Tijdens de *mental video check* kan ook expliciet aandacht besteed worden aan bepaalde obstakels die kunnen opduiken en kan er geoefend worden hoe er met deze obstakels kan worden omgegaan. Bijv. wanneer gewerkt wordt rond de situatie 'een examen doen', kan worden geoefend met wat je moet doen als je de eerste vraag niet weet. • Als het voor de cliënt moeilijk is om zelf 'een filmpje in het hoofd af te spelen', kan er vooraf samen een script/verhaal gemaakt en opgeschreven worden (zie bijlage 9). Het verhaal kan vervolgens door de cliënt zelf of door de therapeut verteld worden. Er is vaak meer tijd nodig voor de voorbereiding van het verhaal voor de *mental video check.* Geef zelf informatie of concrete opties voor gedrag / reacties in bepaalde situaties. Hou hierbij rekening met dingen die moeilijk zijn voor de cliënt, bijvoorbeeld hulp vragen, andere oplossingen bedenken, overprikkeling, …

4. Referenties

Barol, B. I., & Seubert, A. (2010). Stepping stones: EMDR treatment of individuals with intellectual and developmental disabilities and challenging behavior. *Journal of EMDR Practice and Research, 4*, 156-169. https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.4.156

Beer, R. (2018). Efficacy of EMDR therapy for children with PTSD: A review of literature. *Journal of EMDR Practice and Research, 12,* 177-195. http://dx.doi.org/10.1891/1933-3196.12.4.177

de Jongh, A., ten Broeke, E., de Roos, C., & Hornsveld, H. (2018). *Werkwijze voor flashforward en mental video check.* Geraadpleegd via: https://psycho-trauma.nl/wp-content/uploads/2015/08/Werkwijze-Flashforward-en-Mental-Video-Check.pdf

de Roos, C., & Beer, R. (2017). EMDR-verhalenmethode: traumaverwerking bij preverbaal trauma. In: R. Beer & C. de Roos (Red.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 125-140). Leuven: Lannoo Campus.

Hoover, D. W. (2015). The effects of psychological trauma on children with autism spectrum disorders: A research review. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders, 2,* 287-299. https://doi.org/10.1007/s40489-015-0052-y

Hoover, D. W. & Kaufman, J. (2018). Adverse childhood experiences in children with autism spectrum disorder. *Current Opinion in Psychiatry, 31,* 128-132. https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000390

Hoover, D. W. & Romero, E. M. G. (2019). The Interactive Trauma Scale: A web-based measure for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49,* 1686-1692. https://doi.org/10.1007/s10803-018-03864-3

Ipci, M., Inci, S. B., Ardiç, Ü. A., & Ercan, E. S. (2017). A case of Asperger syndrome with comorbidity of posttraumatic stress disorder and selective mutism: Significant remission with the combination of aripiprazole and eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Clinical Psychopharmacology, 37*, 109-110. https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000627

Kerns, C. M., Newschaffer, C. J., & Berkowitz, S. J. (2015). Traumatic childhood events and autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 45*, 3475-3486. https://doi.org/10.1007/s10803-015-2392-y

Kihldahl, A. N., Bakken, T. L., Iversen, T. E., & Helverschou, S. B. (2019). Identification of post-traumatic stress disorder in individuals with autism spectrum disorder and intellectual disability: A systematic review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 12,* 1-25. https://doi.org/10.1080/19315864.2019.1595233

Kosatka, D., & Ona, C. (2014). Eye movement desensitization and reprocessing in a patient with Asperger's disorder: Case report. *Journal of EMDR Practice and Research, 8*, 13-18. https://doi.org/10.1891/1933-3196.8.1.13

Leunink, E., & Spuijbroek, P. (2017). EMDR bij kinderen met autisme. In: R. Beer & C. de Roos (Red.), *Handboek EMDR bij kinderen en jongeren* (pp. 245-271). Leuven: Lannoo Campus.

Lewis, C., Roberts, N., Andrew, M., Starling, E., & Bisson, J. (2020). Psychological therapies for post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 11*(1). https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1729633

Lobregt-van Buuren, E., Sizoo, B., Mevissen, L., & De Jongh, A. (2019). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy as a feasible and potential effective treatment for adults with Autism Spectrum Disorder (ASD) and a history of adverse events. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 49*, 151-164. https://doi.org/10.1007/s10803-018-3687-6

Lobregt-van Buuren, E., Mevissen, L., & De Jongh, A. (2020). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy in children and adults with autism. In F. R. Volkmar (Ed.), *Encyclopedia of autism spectrum disorders*. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-6435-8_102388-1

Lovett, J. (1999). *Small wonders. Healing childhood trauma with EMDR.* New York: The Free Press.

Lovett, J. (2015). *Trauma-attachment tangle: Modifying EMDR to help children resolve trauma and develop loving relationships.* New York: Routledge.

Mehtar, M. & Mukkades, N. M. (2011). Posttraumatic stress disorder in individuals with diagnosis of autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders, 5,* 539-546. https://10.1016/j.rasd.2010.06.020

Mevissen, L., Didden, R., & De Jongh, A. (2018). *DITS-LVB Handleiding. Diagnostisch Interview Trauma en Stressoren – Licht Verstandelijke Beperking.* Accare Child Study Center. Geraadpleegd via: https://www.accare.nl/childstudycenter/opleidingen/bijscholing/dits-lvb/aanvragendocumenten-dits-lvb

Mevissen, L., Lievegoed, R., & De Jongh, A. (2011). EMDR treatment in people with mild ID and PTSD: 4 cases. *Psychiatric Quarterly, 82,* 43-57. https://doi.org/10.1007/s11126-010-9147-x

Mevissen, L., Lievegoed, R., Seubert, A., & De Jongh, A. (2012). Treatment of PTSD in people with severe intellectual disabilities: A case series. *Developmental Neurorehabilitation, 15*, 223-232. https://doi.org/10.3109/17518423.2011.654283

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2018). *Post-traumatic stress disorders: NG116.* https://www.nice.org.uk/guidance/ng116/resources/posttraumatic-stress-disorder-pdf-66141601777861

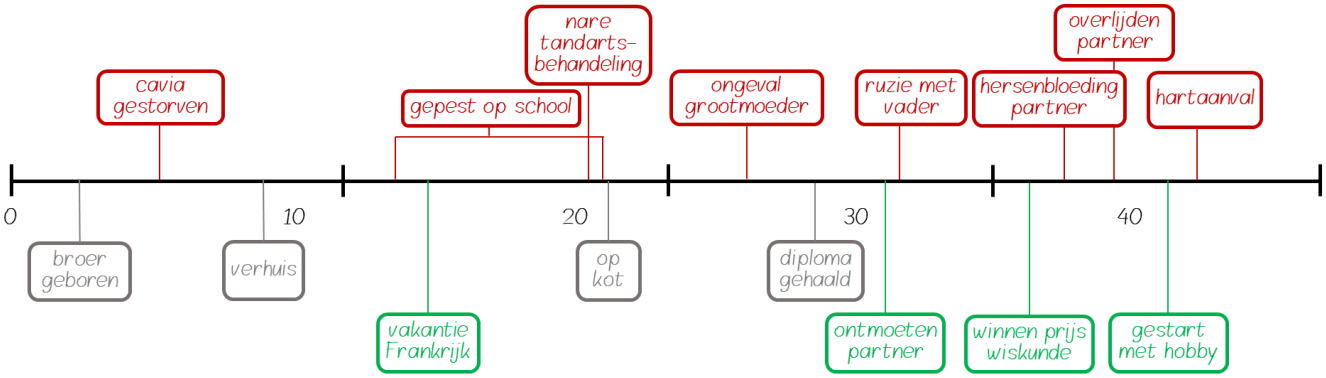
Rumball, F. (2019). A systematic review of the assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in individuals with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 6,* 294-324. https://doi.org/10.1007/s40489-018-0133-9

Rumball, F., Happé, F., & Grey, N. (2020). Experience of trauma and PTSD symptoms in autistic adults: Risk of PTSD development following DSM-5 and non-DSM-5 traumatic life events. *Autism Research, 13*, 2122-2132. *https://doi.org/10.1002/aur.2306*

Rumball, F., & Spain, D. (2020). Post-Traumatic Stress Disorder. In: E. Chaplin, D. Spain, & J. McCarthy (Eds.), *A clinician's guide to mental health conditions in adults with autism spectrum disorders* (pp. 147-165). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

5. Bijlagen

Bijlage 1: Voorbeeld visuele tijdslijn



Bijlage 2: Herkennen van traumaklachten bij non-verbale personen

Bron: Rumball, F., & Spain, D. (2020). Post-Traumatic Stress Disorder. In: E. Chaplin, D. Spain, & J. McCarthy (Eds.), *A clinician's guide to mental health conditions in adults with autism spectrum disorders* (pp. 147-165). London, UK: Jessica Kingsley Publishers.

Assessment of post-traumatic stress disorder in minimally verbal or non-verbal individuals with autism spectrum disorder

As impairments in communication are a feature of ASD, with 63% of individuals meeting criteria for a language disorder (Levy et al., 2010) and 50% meeting criteria for alexithymia (Hill, Berthoz and Frith, 2004), individuals may struggle to report internal states due to difficulties articulating their thoughts and feelings (i.e. a comorbid ID or alexithymia), the clinician will predominantly rely on subjective inferences (by informants and clinician) of the behavioural features of PTSD (see Table). Research has shown that when clients are unable to report symptomatology, or are non-verbal, informants are often only able to reliably report on observable behaviours and not on affect, cognition or physiologically based symptoms (Matson et al., 1997).

Table. *Behavioural features of post-traumatic stress disorder in the assessment of non-verbal individuals or those with significant impairments in communication.*

PTSD symptom (DSM-5)	Assessment in non-verbal clients
Trauma exposure (Criterion A)	Requires an informant to be aware that the trauma has occurred; for example, sudden unexpected death of a close relative or physical signs of abuse or assault.
Flashbacks (Criterion B)	Behavioural signs that the individual is dissociating from their current environment (e.g. unresponsiveness and/or seeming to respond to stimuli that are not physically present), which have begun or worsened since the trauma, may indicate a possible flashback, particularly when this behaviour appears to be consistently triggered by stimuli that could act as trauma-reminders. Flashbacks, as internal states, cannot be diagnosed with any degree of certainty, however, as this requires conjecture.
Nightmares (Criterion B)	Distressed waking in the night that has begun or worsened since the trauma. However, again as an internal state, one cannot ascertain the trauma-related nature of the nightmare itself.
Emotional and/or physical distress to trauma reminders (Criterion B)	Screaming, jumpiness, self-harm or distressed facial expressions on exposure to particular conversational topics, TV programmes/content, people (e.g. specific ethnicities, men), places (e.g. school, a particular road) or objects (e.g. fire, water, belts). The trauma-specific nature of emotional distress is key to this diagnostic criterion, in order to differentiate from other forms of avoidance that may relate to phobias or anxiety.
Avoidance of trauma reminders (Criterion C)	Walking away, putting hands over ears or closing eyes on exposure to particular conversational topics, TV programmes/content, people (e.g. specific ethnicities, men), places (e.g. school, a particular road) or objects (e.g. fire, water, belts). The trauma-specific nature of emotional distress is key to this diagnostic criterion, in order to differentiate from other forms of avoidance that may relate to phobias or anxiety.
Negative affect (Criterion D)	Tearfulness, fearfulness, anger/aggression that has begun or worsened since the trauma.
Decreased interest in activities (Criterion D)	A reduction in or refusal to participate in activities that has begun or worsened since the trauma.
Difficulty experiencing positive affect (Criterion D)	Reduction or lack of laughter, smiling, affection or other positive interactions with others that has begun or worsened since the trauma.
Alterations in arousal and reactivity (Criterion E): *Irritability or aggression* *Risky or destructive behaviour* *Hypervigilance* *Heightened startle reaction* *Difficulty concentrating* *Difficulty sleeping*	As behaviourally observable symptoms, all of Criterion E PTSD features can be assessed by careful observation and informant report. However, symptoms must have begun or worsened since the trauma.
Symptoms last for more than one month (Criterion F)	Symptoms must have been present for at least one month.
Symptoms create distress or functional impairment (e.g.	There must have been a deterioration in functioning since the trauma.

social, occupational) (Criterion G)	
Symptoms are not due to medication, substance use or other illness (Criterion H)	Symptoms must not be due to side effects of medication or a change in medication that coincided with trauma exposure, or a physical or genetic disorder, and they must not be solely explained by ASD and/or ID features, or better explained by another mental or physical health condition.

While the symptoms outlined in the table can, at least partially, be assessed by careful observation and informant reporting, there are other PTSD symptoms relating to cognitions, appraisals and internal states that are far more difficult to assess in individuals with limited communication skills. These include:

- trauma exposure (Criterion A): traumatic events that have been covered up or have no visible signs (e.g. abuse or assault that has not been witnessed and for which no physical marks are visible)
- specific intrusive thoughts of the trauma (Criterion B)
- avoidance of trauma-related thoughts or emotions (Criterion C)
- inability to recall key features of the trauma (Criterion D)
- overly negative thoughts and assumptions about oneself or the world (Criterion D)
- exaggerated blame of self or others for causing the trauma (Criterion D)
- feeling isolated (Criterion D).

As such, the diagnosis of PTSD in individuals with communication impairments or no verbalisations is more challenging and may result in false negatives when insufficient criteria are reported to facilitate a clear diagnosis. In such contexts, clinicians need to consider more individualised ways of helping clients to describe their experiences and symptoms.

Bijlage 3: Voorbeeld visualisering psycho-educatie rond trauma

Waarom visualiseren?

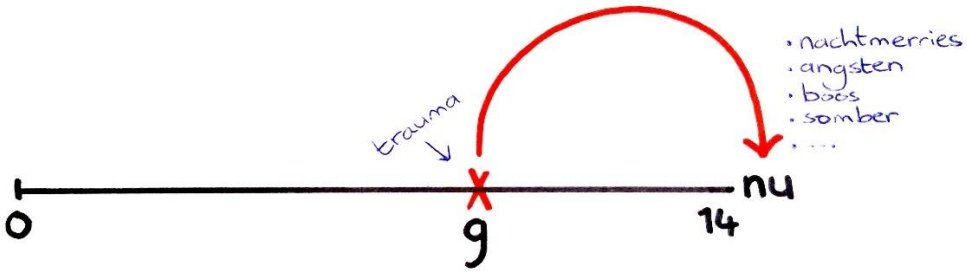
- Duidelijkheid: Door informatie in beeld te brengen, wordt de inhoud ontdaan van (onnodige) details / bijzaken en daarmee verhelderd en versimpeld. De focus ligt op de hoofdzaak en het geeft overzicht. Zeker wanneer iemand gespannen is, blijft verbale informatie vaak minder goed hangen.
- Aandacht: Wanneer er bij een uitleg getekend wordt, dan trek je automatisch de aandacht naar het gesprek.
- Tempo: Het tekenen vertraagt het tempo van de uitleg. De informatie kan zo gemakkelijker worden begrepen en het kan spanningsverlagend werkend. Op deze manier creëer je ook meer ruimte voor vragen.
- Duur: De informatie blijft beter en langer hangen. Door de informatie op papier mee naar huis te geven wordt de generalisatie gemakkelijker en is de kans een stuk groter dat de informatie onthouden wordt en een plek krijgt in het dagelijks leven van de cliënt.

Hoe visualiseren?

- Kies een manier die past bij de cliënt: maak gebruik van geschreven taal, tekeningen, prenten, foto's, …
- Tekenen: Het is niet nodig om goed te kunnen tekenen om dit toch in te zetten tijdens de sessie. Het gaat erom dat de ander begrijpt wat je probeert weer te geven. Je kan de ander laten raden wat het moet voorstellen, dit werkt activerend. Serieuze gesprekken krijgen ook vanzelf een wat meer luchtige lading, omdat je samen kunt lachen om de tekeningen die een beetje 'mislukken'.

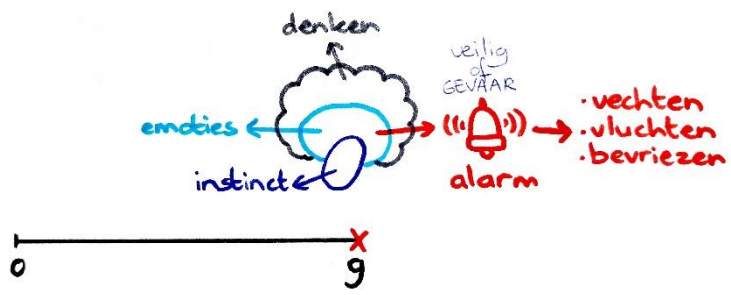
Voorbeeld visualisering trauma:

1. Trauma en huidige klachten



Je hebt nu vaak last van nachtmerries, angsten, snel boos worden en somber zijn [*specifieke traumaklachten en traumagerelateerde klachten*]. Toen je 9 jaar was heb je een schokkende gebeurtenis meegemaakt. Je bent hard in elkaar geslagen [*specifieke traumatische gebeurtenis(sen)*], dat was heel heftig [*bewoording van cliënt gebruiken: moeilijk, heftig, traumatiserend, …*] voor jou. We noemen dat ook wel een trauma. Ik ga proberen om je uitleggen hoe het komt dat je daar nu nog steeds last van hebt.

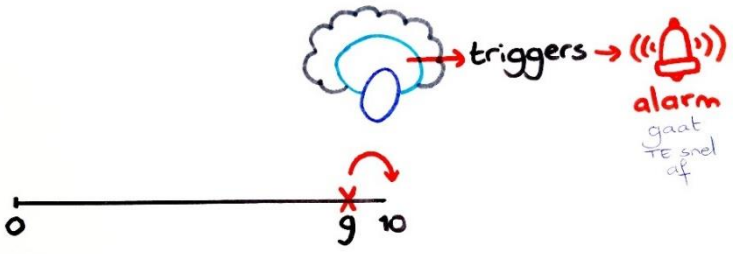
2. Brein tijdens trauma



We gaan even terug in de tijd. Toen je 9 jaar was heb je een schokkende gebeurtenis meegemaakt. Wat gebeurde er toen in jouw brein/hersenen in je hoofd? We kunnen je brein verdelen in 3 delen. Het eerste deel, het instinctieve deel, zorgt voor de dingen die automatisch gaan in jouw lichaam. Je hoeft daar niet over na te denken, bijvoorbeeld over je ademhaling en je hartslag. Het tweede deel gaat over je emoties, hoe je je voelt. En het derde deel gaat over het denken.

Tijdens die gebeurtenis voelde je je niet veilig: er was gevaar. Ons lichaam reageert dan automatisch, je instinct is actief. Je alarmbel gaat af en je lichaam wil vechten, vluchten of bevriezen. Op dat moment kan je niet meer goed denken. Dat is normaal in een onveilige situatie. Wat je toen hebt meegemaakt is anders opgeslagen in je brein dan een herinnering aan een niet schokkende gebeurtenis.

3. Alarmbel en triggers

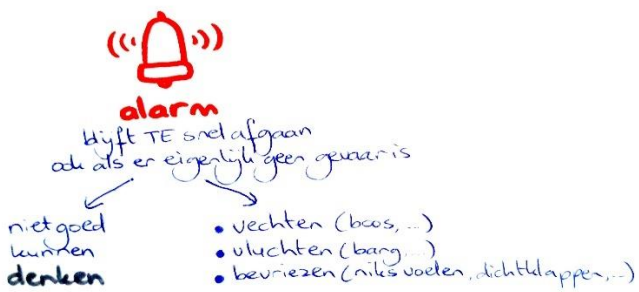


Doordat de herinnering niet goed is opgeslagen, komt deze steeds plotseling tevoorschijn en wordt je overspoeld met gevoelens als deze herinnering naar boven komt. Jouw alarmbel blijft TE actief, ook al is de schokkende gebeurtenis voorbij. Hoe lang dat duurt, is moeilijk te voorspellen. Jij hebt daar nu nog last van.

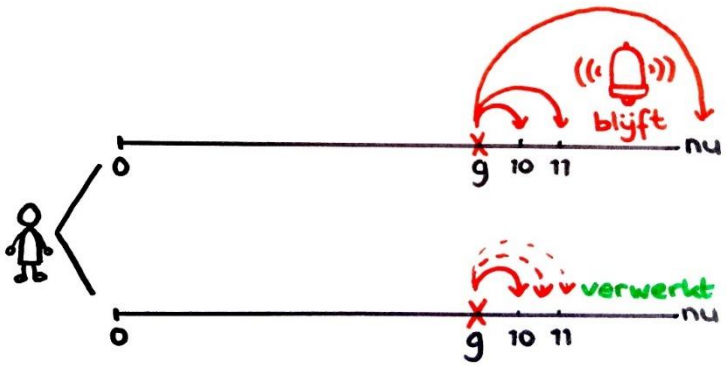
Je alarmbel gaat te snel af bij bepaalde ‘triggers’. Triggers zijn dingen die met TOEN te maken hebben, maar NU niet gevaarlijk zijn, bijvoorbeeld het horen van een bepaalde stem, het ruiken van een bepaalde geur of het zien van iemand met een petje [*specifieke triggers benoemen*]. Die triggers doen jou denken aan de gebeurtenis van toen. Je alarmbel gaat eigenlijk te snel af, terwijl het niet nodig is. Je bent dan continue alert, ook als er geen gevaar is. Die alarmbel maakt je lichaam steeds klaar om te vechten, vluchten of te bevriezen, ook als er geen gevaar is. Soms heb je zelf niet goed door wat er gebeurt en voel je je boos, bang of zenuwachtig.

[zie tekeningen hieronder voor wat extra verduidelijking bij de termen ‘triggers’ en ‘alarmbel’]



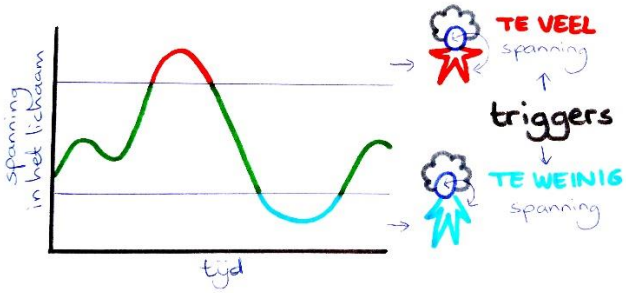


4. Vervolg



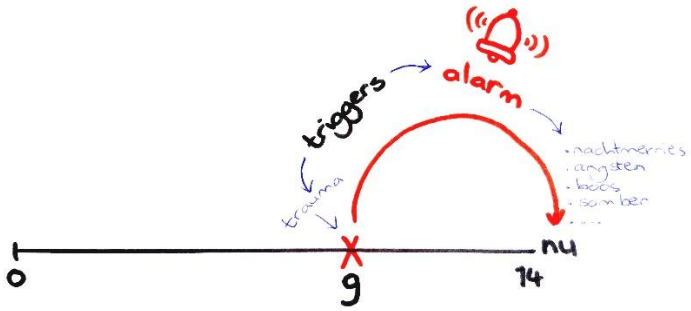
Dat kan op twee manieren verder gaan. Dit blijft steeds duren (tot nu) of het wordt steeds minder. Als de herinnering goed verwerkt wordt, worden de alarmbel en het brein weer rustig. Als de herinnering niet goed verwerkt wordt, blijft je alarmbel te snel afgaan. Het is dus belangrijk dat je de herinnering goed verwerkt. Dit kunnen we doen met EMDR.

5. Window of tolerance



We voelen een bepaalde spanning in ons lichaam. Soms is dat ok, dan zit het binnen dit raampje (groen).
Bij een bepaalde trigger kan je op verschillende manier reageren.
Je alarmbel gaat af en je brein stuurt signalen naar je lichaam en je lichaam stuurt signalen van spanning naar je brein.
Er kunnen twee dingen gebeuren: je lichaam raakt te gespannen (rood) of heel slap (blauw).
Dan komen we buiten ons raampje en is het niet ok.

6. Traumabehandeling



Dus we hebben gezien dat triggers jou telkens weer doen herinneren aan de schokkende gebeurtenis. Je alarmbel blijft te snel afgaan, ook als er geen gevaar is. Dit zorgt ervoor dat je nu last hebt van nachtmerries, angsten, snel boos worden en je somber voelen.

De vraag is nu: Hoe kunnen we je alarmbel weer goed laten werken?

We gaan daarom samen het volgende doen:

1) We gaan werken aan rustig worden in denken. Het is belangrijk dat je weet wat de triggers zijn en wat je kunt doen om binnen je raampje te blijven. Hiervoor maken we samen een noodplan: wat werkt er voor jou om rustig te worden [*zie voorbeeld in bijlage 6*]?
2) We gaan oefenen om te ontspannen door ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen en voldoende bewegen.
3) We gaan EMDR gebruiken om jouw brein terug rustig te maken. Als je alarmbel goed werkt, dan werken alle delen van je brein weer goed samen.

Bijlage 4: Links naar bestaande filmpjes rond trauma en EMDR

- EMDR Belgium - Uitleg over trauma voor kinderen en adolescenten: https://www.youtube.com/watch?v=_GpXFxhVL3Y&t=4s
- Vereniging EMDR Nederland - Hoe werkt EMDR? Een animatie: https://www.youtube.com/watch?v=FubVAveULcU&t=1s
- Tim en het wonder EMDR - Wat is trauma en EMDR: https://www.youtube.com/watch?v=I4HM1fCQeqY
- Vereniging EMDR Nederland - Hier kunt u zien hoe EMDR in zijn werk gaat bij een 8-12 jarige: https://www.youtube.com/watch?v=N9zLRIWHaT4&t=1s
- Vereniging EMDR Nederland - Hier kunt u zien hoe EMDR in zijn werk gaat bij een 12-18- jarige: https://www.youtube.com/watch?v=1wrKTh1YxvA
- Vereniging EMDR Nederland - EMDR: eerste-keuze behandeling voor de gevolgen van psychotrauma (volwassenen): https://www.youtube.com/watch?v=IEWE1IwFnRM
- Lentis - Hoe werkt EMDR therapie?: https://www.youtube.com/watch?v=YhtBPvqitRg
- NHS & Media co-op - Trauma and the brain (in het Engels): https://www.youtube.com/watch?v=4-tcKYx24aA ; zie: https://www.youtube.com/watch?v=t3q2O6oPjjU&t=1s (voor een kort gedeelte uit deze animatie met Nederlandse ondertiteling)

Bijlage 5: Voorbeeld signaleringsplan

Enkele opmerkingen vooraf:

- Een signaleringsplan heeft als doel om meer zicht te krijgen op het spanningsniveau van de cliënt en wat te doen om het spanningsniveau te doen zakken. Dit is bedoeld voor de cliënt zelf (indien mogelijk) en voor de belangrijke steunfiguren.
- Gebruik niet te veel verschillende kleuren en niet te veel tekst. Gebruik indien nodig ook afbeeldingen om de strategieën te verduidelijken. Indien nodig, kun je ook maar voor twee categorieën kiezen (ok en niet ok, goed en niet goed). Kies voor een invulling die passend is bij de cliënt, bijvoorbeeld:



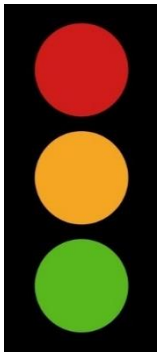
Kleuren



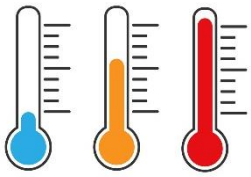
Smileys



Duimpjes



Stoplicht



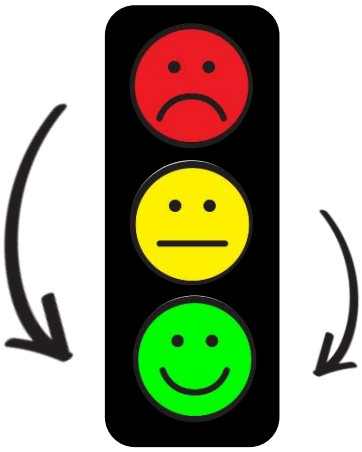
Thermometers

- Stel het plan op samen met de cliënt (indien mogelijk) en het netwerk. Op school, thuis of binnen de therapie kunnen er verschillende omschrijvingen en manier van aanpak (helpende strategieën) nodig zijn. Het model blijft bij voorkeur hetzelfde qua vormgeving.
    - Bekijk eerst in hoeverre de cliënt in staat is om de 'groene' fase bij zichzelf te herkennen. Als de cliënt het moeilijk vindt om gevoelens te herkennen, differentiëren of benoemen, is het belangrijk om vooral te omschrijven welk gedrag aan de buitenkant merkbaar is ('Wat zie je aan jouw lichaam? Wat merk je in jouw gedrag?'). Dit kan de cliënt ook bij zichzelf observeren. Een andere optie is om te vragen naar bepaalde situaties waarin dit vaak voorkomt.
    - Vervolgens kan de stap gemaakt worden naar de rode fase.
    - Wanneer de cliënt voldoende in staat is tot differentiatie tussen rood-oranje-groen kan ervoor gekozen worden om ook de tussenfase verder uit te werken. Als dit te moeilijk is, blijft het bij twee fasen.
    - Wat helpt om van rood / oranje naar groen te gaan? Noteer max 3 opties voor de verschillende situaties. Bespreek welke van de opties helpen, met wie, waar en hoe lang.
    - Let op: dit is geen statisch plan, zowel de gevoelens, het gedrag als de best passende strategieën kunnen doorheen de tijd veranderen. Het is belangrijk om dit plan geregeld te evalueren en waar nodig aan te passen. Ook kan het zijn dat het eerst niet mogelijk is om een oranje fase uit te werken en op een later moment wel. Wanneer de *window of tolerance* verbreedt is het soms mogelijk om gaandeweg ook een oranje fase toe te voegen.
- Aandachtspunten bij oranje:
    - Vaak is snel ingrijpen bij eerste signalen nodig als de stress snel oploopt.
    - Doe niet te snel een beroep op zelfregulatie (overvraging → verminderd zelfvertrouwen, faalangst), maar roep netwerk ook op tot co-regulatie.
    - Soms geen of weinig tijd tussen groen en rood / tussen trigger en vlucht-/vecht-/bevriesreactie:
        - Preventief: Inzetten op wegnemen / voorkomen van triggers of bepaalde situaties.
        - Reactief: Zoeken naar manier om zo snel als mogelijk weer te zakken / in groen te geraken.
- Gebruik *window of tolerance* voor de cliënt en/of het netwerk zelf om informatie te geven over spanningsniveau van de cliënt.
    - Klein raam → groter raam:

- Hoe kan druk worden verminderd (bv. toevoegen van relaxatie of rustmomenten, ademhalingsoefeningen)? Hoe kunnen we waken voor overvraging? Waar kunnen we overprikkeling verminderen?

- Trauma:
  - Breng triggers / situaties in kaart die zorgen voor vlucht-/vecht-/bevries-reactie.
  - Hoe hiermee om te gaan? Wegnemen triggers/situaties; traumabehandeling; exposure (met hulp).

Voorbeeld 1.



	**Wat voel je?** 'NEE-gevoel': • boos • paniek • geen controle	**Wat merk je in je gedrag (voor jezelf en anderen)?** • roepen / schelden • wenen	**Wat heb ik nodig?** • naar fijne plek sturen • samen ademhalingsoefening doen • iets drinken
	**Wat voel je?** 'TUSSEN-gevoel': • onrust • buikpijn • alleen willen zijn • anderen lastig vinden	**Wat merk je in je gedrag (voor jezelf en anderen)?** • niet stil kunnen zitten • klagen • prikkelbaar reageren • terugtrekken op kamer	**Wat kun jij zelf doen?** • stressbal • tekenen • zingen **Wat kunnen anderen doen?** • naar fijne plek sturen • samen ademhalingsoefening doen
	**Wat voel je?** 'JA-gevoel': • kalm • fijn • oké	**Wat merk je in je gedrag (voor jezelf en anderen)?** • rustig reageren • bezig zijn	Er is niets nodig, je bent ok!

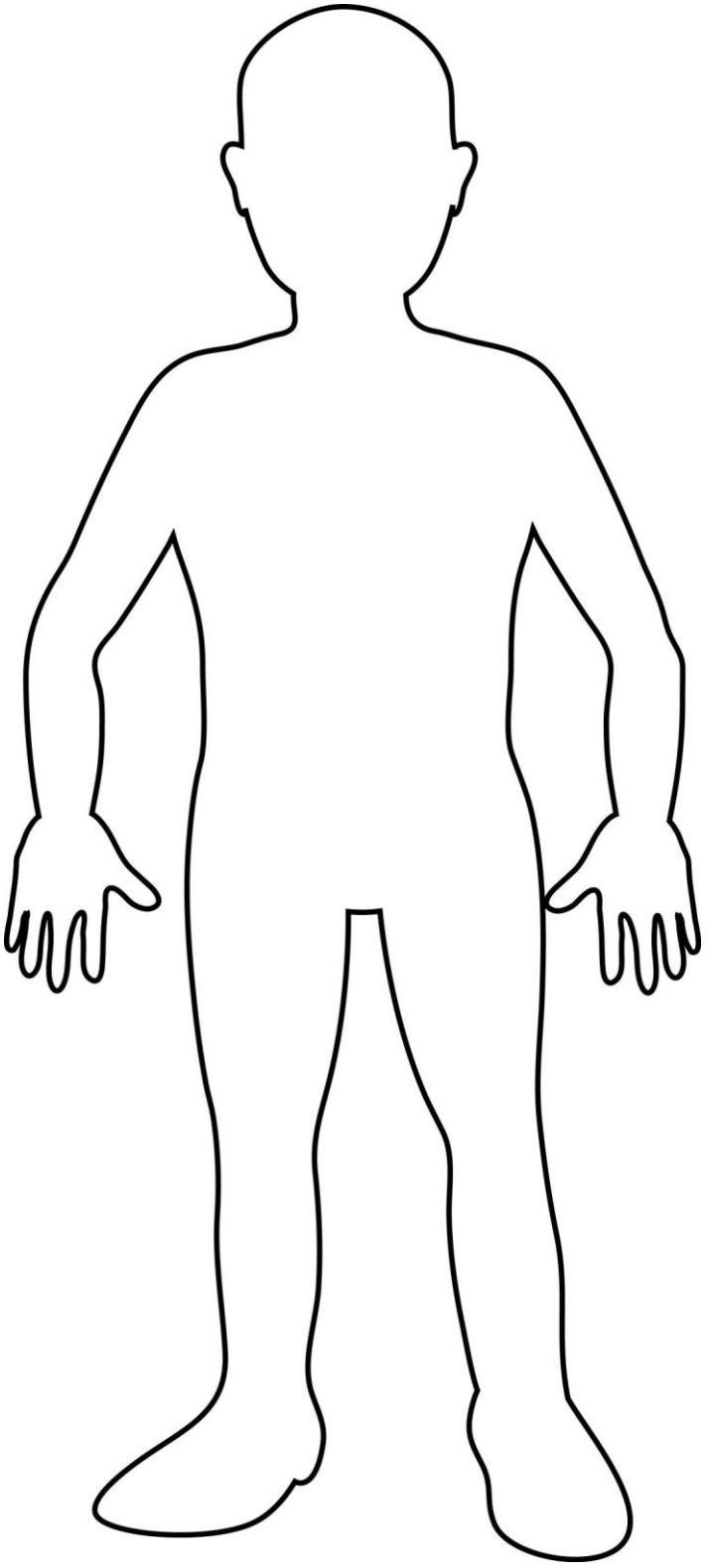
Voorbeeld 2:

	**Wat zien we in jouw gedrag?** • gespannen lichaamshouding • veel vragen stellen • trekken aan haren • 'ijsberen'	**Wat heb ik nodig?** • samen 'butterfly hug' doen • samen een wandeling maken • in bad gaan
	**Wat zien we in jouw gedrag?** • ontspannen lichaamshouding • neuriën	Er is niets nodig, je bent ok!

Bijlage 6: Voorbeeld noodplan



Bijlage 7: Tekening lichaamsscan



Bijlage 8: Voorbeeld gebruik verhalenmethode

Korte casusomschrijving

Om privacy redenen is de onderstaande casusomschrijving en het verhaal op verschillende punten aangepast, worden er fictieve namen gebruikt en zijn er andere vergelijkbare foto's gezocht om te illustreren hoe de verhalenmethode bij deze casus is toegepast.

Sam is een jongen van 15 jaar met autisme en een matige verstandelijke beperking. Sam spreekt in losse woorden. Sam verblijft van maandag tot en met vrijdag in een voorziening. In het weekend woont hij bij zijn ouders en oudere zus.

Sam is vorig jaar door de buschauffeur die hem naar de voorziening bracht mishandeld. De buschauffeur heeft hem een lange periode uitgescholden en daarnaast ook geregeld fysiek pijn gedaan door hard aan zijn oren te trekken en in zijn armen te knijpen. Sam wil niet meer met de bus mee en durft ook niet meer in de buurt van de bussen te komen. Bij het woord 'bus' wordt hij onrustig en bij het horen van de naam van de buschauffeur schiet hij in paniek. Wanneer hij in de buurt van de bus komt, zien we veel spanning in zijn lichaam en probeert hij weg te lopen. Verder vertoont Sam druk en onrustig gedrag, is hij vaak angstig, heeft hij meer moeite met veranderingen en heeft hij last van nachtmerries.

Er is bij Sam gebruik gemaakt van de verhalenmethode. Voordat er gestart is met EMDR bij Sam is eerst onderzocht of ouders niet ook getraumatiseerd zijn door hetgeen hun zoon is aangedaan. Het is namelijk belangrijk dat de ouder het verhaal kan vertellen zonder overspoeld te worden door emoties. Vervolgens is eerst EMDR bij moeder toegepast. De ouders hebben daarna samen met de therapeut het verhaal geschreven. Het verhaal start met het wekken van de aandacht van de cliënt (hier bijvoorbeeld door iets positiefs over de persoon te vertellen), zodra de aandacht er is, wordt er verder gegaan met het verhaal. Tijdens de sessies heeft mama het verhaal voorgelezen en toonde ze de bijbehorende foto's, terwijl papa zorgde voor de tactiele triggers. Als bilaterale stimulatie is er gekozen voor tappen door de therapeut in combinatie met een koptelefoon met piepjes. Er zijn drie sessies nodig geweest om de klachten te verminderen.

Foto	Verhaal	Tactiele triggers
	Ter introductie: Sam, je bent hier omdat er iets vervelends is gebeurd op de bus. We gaan een verhaal vertellen om te zorgen dat het niet meer vervelend voor je is. Het verhaal gaat over de bus en Annick.	
	Het verhaal gaat over Sam. Sam is een lieve en sportieve jongen. Hij houdt van rijden met de gocart en trampoline springen.	
	Sam is graag thuis, hier woont hij in het weekend.	

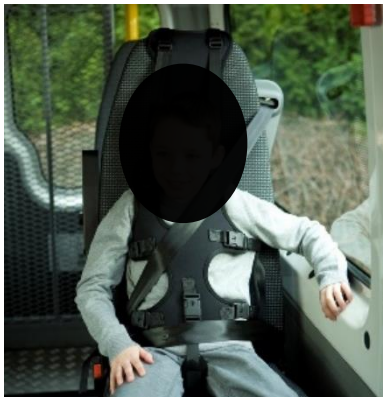
Foto	Verhaal	Tactiele triggers
	Door de week gaat Sam naar Landlust *[naam voorziening]*.	
	Sam ging met de bus naar Landlust. Met Annick *[naam buschauffeur]*. Jij wilde niet met de bus mee. Je stampte, liep weg en hield je vast aan de verwarming. En mama zette je dan op de bus. In de bus was je met je hoofd aan het bonken, je was misschien heel bang. Je was met je voeten aan het trappen, dus moest je je schoenen uitdoen.	*Voorhoofd aanraken.* *Schoenen aanraken en veters lostrekken.*
	Annick trok aan jouw oren en kneep in jouw armen. Je had veel pijn. Ze zei dat je niet mee mocht op de bus als je stout doet.	*Oren aanraken.*
	Omdat je zo wild werd in de bus moest je in een riem. Misschien was je heel erg bang en geschrokken. Het bleef maar doorgaan.	*Middel aanraken.*
	Maar Sam is geen stoute jongen. Sam is een flinke en slimme jongen, want je hebt het tegen papa en mama gezegd. Zo konden zij jou helpen.	

Foto	Verhaal	Tactiele triggers
	Toen waren papa en mama heel boos op Annick. Zij mag jou geen pijn doen.	
	Papa en mama vonden dat het moest stoppen. Dat is nu gebeurd. Nu ben je veilig. Nu is het met A voorbij. Nu kan Sam rustig langs de bus wandelen. Sam hoeft niet meer bang te zijn als papa en mama hem aanraken. Papa en mama doen jou geen pijn.	
	Nu brengt mama Sam naar [naam voorziening] met de auto. Als alles in orde is, mag Sam weer terug mee op de bus met een nieuwe chauffeur.	
	Sam is een slimme en flinke jongen! Sam mag alles tegen papa en mama vertellen. Papa en mama willen jou helpen. Papa en mama zijn trots op Sam, je bent onze dikke vriend!	

Bijlage 9: Voorbeeld script voor *mental video check*

Mental video check

Ten behoeve van generalisatie en integratie is de *mental video check* een praktische oefening binnen het EMDR-proces. De *mental video check* komt in aanmerking als er sprake is van vermijdingsreacties vanwege anticipatieangst. Pas deze toe als alle relevante herinneringen en een eventuele *flash forward* SUD 0 geworden zijn. Stel met de cliënt (indien nodig in samenwerking met een belangrijke steunfiguur) vast welke (aan behandelde herinnering(en) gerelateerde situaties de cliënt nog vermijdt of met veel spanning doorstaat. Maak een hiërarchie; indien er meer situaties zijn die de cliënt vermijdt, selecteer dan de situatie die de cliënt het meest vermijdt. De procedure kan herhaald worden, zo nodig, voor alle situaties.

Om na te gaan of er aspecten/triggers zijn die zodanig veel spanning oproepen dat ze de cliënt zouden kunnen verhinderen om de toekomstige situatie aan te gaan, dan laat je de cliënt in verbeelding en met gesloten ogen, door de wenselijke toekomstige situatie gaan. De cliënt vertelt daarbij hardop wat hij/zij ziet. Wanneer het voor de cliënt moeilijk is om spontaan zelf dit verhaal te vertellen, kan dit ook eerst samen met de cliënt worden voorbereid. Het script kan indien nodig eerst worden uitgeschreven. Er kan eventueel voor gekozen worden om het verhaal door de therapeut of belangrijke steunfiguur te laten voorlezen. De cliënt vertelt het verhaal of luistert naar het verhaal met gesloten ogen. Wanneer de cliënt spanning ervaart tijdens een bepaald punt in het verhaal, opent de cliënt de ogen en wordt BLS toegepast. Achteraf kunnen situaties ook nog verder geoefend worden aan de hand van een rollenspel.

Casus Eva

Aan het eind van het EMDR-proces blijkt dat Eva in bepaalde sociale situaties nog veel spanning ervaart of deze situaties vermijdt:

- *Stage:* Op haar stage durft Eva geen hulp te vragen aan de stagebegeleider. Als ze een opdracht afgewerkt heeft, dan weet ze niet hoe ze verder moet gaan. Ze blijft dan wachten. De stagebegeleider noemt haar passief.
- *Pauzes op school:* Op school weet Eva niet goed hoe ze zich kan gedragen tijdens de pauzes. Ze vindt het moeilijk om het gesprek aan te gaan met haar vriendinnen.

Stage

Eerst bespreken we hoe ze zelf de situatie denkt te kunnen aanpakken. Eva heeft hier zelf geen ideeën. Ik vraagt haar om na te denken over hoe anderen het op de stage aanpakken. Eva zegt dat zij na een opdracht gewoon met iets anders beginnen, maar dat zij niet goed kan inschatten, wat ze dan het best kan doen. Ik stel voor dat ze ook naar de stagebegeleider kan gaan en vragen wat ze kan doen. Dit vindt Eva erg spannend.

We bespreken verschillende mogelijke scenario's en bekijken wat de meest wenselijke toekomstige situatie zal zijn. Voor Eva is dit het scenario waarbij ze naar de stagebegeleider toe gaat en aan haar hulp vraagt. (hulp vragen is moeilijk voor Eva omdat een reactie onvoorspelbaar is en omdat ze in het verleden geregeld negatieve feedback kreeg op vragen) Uiteraard kan dit ene scenario ook weer op verschillende manieren verlopen, afhankelijk van de reactie van de stagebegeleidster.

- Je gaat naar je stagebegeleider en zegt dat de ene opdracht (bijvoorbeeld tafel dekken) afgerond is en vraagt wat je nu kunt doen.
    - Reactie 1: Er komt een helpend antwoord. De stagebegeleider geeft een andere opdracht.

- Reactie 2: Er komt een niet helpend antwoord. De stagebegeleider geeft aan dat ze nu geen tijd heeft om je vraag te beantwoorden en dat je zelf moet bekijken wat je kan doen.

Vervolgens bespreken we wat een vervolgactie kan zijn op deze reacties.

- Reactie 1: Er komt een helpend antwoord. De stagebegeleider geeft een andere opdracht.
  ➔ Je bedankt de stagebegeleider.
  ➔ Als er nog een onduidelijkheid is, vraag je eerst nog naar: wat, waar, wanneer, met wie en/of hoe lang.
  ➔ Je voert de opdracht uit.
- Reactie 2: Er komt een niet helpend antwoord. De stagebegeleider geeft aan dat ze nu geen tijd heeft om je vraag te beantwoorden en dat je zelf moet bekijken wat je kan doen.
  ➔ Je bedankt de stagebegeleider.
  ➔ Je zegt dat je later terugkomt en je gaat naar het bureau van de stagiaires.

Van dit scenario oefenen we met beide reactiemogelijkheden in de *mental video check*.

We bespreken samen een voorbeeld van hoe je dit verhaal zou kunnen verwoorden. Het is belangrijk dat je het verhaal vertelt alsof je het nu aan het doen bent en wat je daarbij ziet en merkt:

> *"Ik heb de tafels gedekt, mijn taak is klaar en ik zie dat ik nog tijd over heb. Ik weet niet wat ik kan doen. Ik wandel door de gang naar het bureau van Nadia mijn stagebegeleider. Ik zie haar al zitten aan haar bureau. Ik ga voor haar staan en kijk naar haar. Ik zeg dat ik klaar ben met tafeldekken. Direct daarna vraag ik wat ik nu kan doen.*
>
> *Reactie 1: Nadia kijkt me aan en zegt dat ik cliënt Pieter mag ophalen en naar de eetzaal kan brengen. Ik weet wie Pieter is en waar die woont, dus ik kan die gaan halen. Ik zeg 'Oké, dank u!' tegen Nadia. Ik zeg 'Dag' en ga naar Pieter.*
>
> *Reactie 2: Nadia kijkt me aan en zegt dat ze druk bezig is en geen tijd heeft op dit moment. Ze zegt dat ik het zelf maar even moet bekijken. Ik zeg 'Oké, bedankt! Dan kom ik later nog wel even terug.' Ik zeg 'Dag' en wandel door de gang naar het bureau van de stagiaires.*

Eva start met de situatie rond de stage (verhaal + reactie 1). Ze vertelt hardop het bovenstaande verhaal met ogen dicht.

Eerste keer:

> *Ik heb gedaan met tafeldekken in de eetzaal. Ik heb alles gedaan en zie op de klok dat ik nog tijd over heb. Ik weet niet goed wat ik kan doen…* ogen gaan open – BLS – *Ik verlaat de eetzaal en wandel door de gang naar het bureau van Nadia. Ik kom steeds dichterbij…* ogen gaan open – BLS – *Ik stap op de deur af en doe de deur open…* ogen gaan open – BLS – *Ik zie Nadia zitten aan haar bureau. Ik ga op haar af en kijk naar haar…* ogen gaan open – BLS – *Ze kijkt me aan en vraagt wat ik kom doen. Ik zeg dat ik gedaan heb met tafeldekken en ik vraag wat ik nu kan doen. Nadia is even stil en zegt dan dat ik cliënt Pieter mag ophalen en naar de eetzaal mag brengen. Ik bedank Nadia, zeg dag en wandel naar Pieter.*

Tweede keer:

> *Ik heb gedaan met tafeldekken. Ik heb alles gedaan wat ik moest doen en ik heb nog tijd over. Ik weet niet wat ik nu kan gaan doen. Ik ga naar het bureau van Nadia en kom steeds dichter bij de deur van haar bureau. Ik pak de klink...* ogen gaan open – BLS – *Ik doe de deur open. Ik zie Nadia*

aan haar bureau zitten. Ze kijkt ook naar mij… ogen gaan open – BLS – *Nadia vraagt wat ik kom doen. Ik zeg dat ik gedaan heb met tafeldekken en ik vraag wat ik nu kan doen. Nadia denkt even na. Ze zegt dat ik cliënt Pieter mag ophalen en naar de eetzaal mag brengen. Ik bedank Nadia, zeg dag en ga naar Pieter.*

Derde keer:

Ik heb gedaan met tafeldekken in de eetzaal. Ik heb alles gedaan wat ik moest doen en zie op de klok dat ik nog tijd over heb. Ik weet niet wat ik nu kan gaan doen. Ik wandel door de gang naar het bureau van Nadia. Ik kom steeds dichter bij de deur van haar bureau. Ik open de deur en zie Nadia. Ze kijkt naar mij en vraagt wat er is. Ik zeg dat ik gedaan heb met tafeldekken en ik vraag wat ik nu kan doen. Nadia is even stil en zegt dat ik cliënt Pieter mag gaan ophalen en naar de eetzaal mag brengen. Ik bedank Nadia, zeg dag en ga naar Pieter.

Vervolgens oefenen we ook nog eens met de optie dat Eva niet weet wie cliënt Pieter is. Ze moet dan opnieuw 'hulp vragen'. Dit specifieke deel oefenen we op dezelfde manier in een aparte *mental video check*. Daarna oefenen we op dezelfde wijze met de tweede reactie. De spanning zit bij Eva vooral in het naar Nadia toegaan en de vraag te stellen. Deze laatste *mental video check* levert geen spanning meer op.

Nu zetten we de laatste stap met de *future template* rond 'hulp vragen' aan haar stagebegeleider. We maken een stilstaand plaatje van hulp vragen aan Nadia. In welke mate kan je het nu aan om het ook echt te doen? Doordat we met de verschillende opties geoefend hebben, lukt het Eva nu om een stilstaand plaatje te maken van de situatie hulp vragen: 'Nadia aankijken en een vraag stellen'.

Vervolgens plannen we een opdracht om bovenstaande daadwerkelijk te oefenen. Eva is het ermee eens dat (alleen) de stagebegeleidster op de hoogte gesteld mag worden van haar autisme. Op die manier kan Eva in een veilige setting oefenen en kan de stagebegeleidster Eva aanmoedigen om ook andere collega's om hulp te vragen of aan te spreken.