

# Diagnostiek en behandeling van posttraumatische-stressstoornis (PTSS) bij mensen met een verstandelijke beperking

*Validering van een klinisch interview en onderzoek naar de toepasbaarheid en effectiviteit van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)-therapie*

L. Mevissen, R. Didden en A. de Jongh

## 1 Inleiding

Psychische stoornissen komen bij mensen met een verstandelijke beperking (VB) 2 tot 4 keer vaker voor dan bij mensen zonder een VB (Cooper, 2007; Einfeld et al., 2011).

### Beleid & Management

Dit artikel behandelt de problematiek van PTSS bij mensen met een verstandelijke beperking en doet in het bijzonder verslag van studies om PTSS te diagnosticeren en te behandelen bij deze groep. De resultaten laten hoopvolle uitkomsten zien.

Het artikel steunt op het proefschrift van Liesbeth Mevissen-Renckens (2017) *Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder in individuals with intellectual disabilities* (UvA, 21-2-2017); zie ook NTZ 43-1 (maart 2017). Het artikel is relevant voor psychologen, orthopedagogen, artsen en psychiaters in het algemeen en in het bijzonder voor hen die betrokken zijn bij behandeling van gedragsproblematiek. WB

Tijdige diagnostiek en behandeling van psychische stoornissen is van belang om langdurig persoonlijk lijden en hoge zorgkosten te voorkomen.

Posttraumatische-stressstoornis (PTSS) is bij mensen zonder een VB een veel voorkomende en goed onderzochte psychische stoornis waarvoor al geruime tijd valide en betrouwbare diagnostische instrumenten beschikbaar zijn evenals bewezen effectieve psychotherapeutische behandelmethoden (Vermetten et al., 2012; World Health Organization, 2013). Bij mensen met een VB staat het onderzoek naar deze psychische aandoening nog in de kinderschoenen. Uit een literatuuronderzoek uit 2010 naar gepubliceerde studies over PTSS bij mensen met een VB bleek dat prevalentiecijfers over PTSS bij mensen met een VB ontbraken, dat niet bekend was op welke wijze PTSS zich bij deze doelgroep manifesteert en dat er nog geen studies waren gedaan naar behandelmethoden voor PTSS bij deze

doelgroep (Mevisen & De Jongh, 2010). Uit onderzoek was al wel bekend dat mensen met een VB vaker dan gemiddeld worden blootgesteld aan potentieel traumatische gebeurtenissen (Focht-New et al., 2008; Hatton & Emerson, 2004) en dat een lagere intelligentie het natuurlijke verwerkingsproces na het meemaken van zulke ervaringen bemoeilijkt (McNally & Shin, 1995). Sinds onze review uit 2010 hebben we een aantal studies uitgevoerd. De drijfveer daartoe was tweeledig: enerzijds de aanname dat PTSS een onder-gediagnosticeerde en onder-behandelde psychische stoornis onder mensen met een VB is en anderzijds de relatief brede wetenschappelijke basis van, en positieve praktijkervaringen met, Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) ten aanzien van deze doelgroep. Het betreft de volgende studies (1) 10 systematische gevalsbeschrijvingen om de toepasbaarheid van EMDR te onderzoeken bij kinderen en volwassenen met een VB (licht, matig of ernstig) die potentieel traumatische gebeurtenissen hadden meegemaakt en bij wie sprake was van emotionele- en gedragsproblemen; (2) de validering van een klinisch interview, de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS*, om PTSS te diagnosticeren bij kinderen en jongeren met een lichte VB of zwakbegaafdheid en (3) een gecontroleerde gevalsstudie naar het effect van behandeling van PTSS met EMDR bij een kind en een adolescent met een lichte VB.

We staan allereerst stil bij wat bekend is over PTSS bij mensen zonder een VB. Vervolgens bespreken we de bevindingen van onze eerste studie waarin we onderzochten hoe PTSS bij mensen met een VB zich manifesteert en hoe PTSS bij deze doelgroep kan worden vastge-

steld (validering van de *ADIS-C-LVB* sectie PTSS), en van onderzoek naar de toepasbaarheid en effectiviteit van de behandeling van PTSS met EMDR bij mensen met een VB. In de conclusie en aanbevelingen belichten we het belang van tijdige opsporing en behandeling van PTSS en geven we adviezen voor vervolgonderzoek. Daarbij schenken we ook aandacht aan het gegeven dat EMDR steeds vaker wordt toegepast in de behandeling van andere vormen van trauma- en stressorgerelateerde psychopathologie dan PTSS.

## 2 PTSS en de behandeling van PTSS bij mensen zonder VB

Uit onderzoek blijkt dat naar schatting 5% tot 10% van de volwassenen ooit in zijn of haar leven een PTSS ontwikkelt (Kessler et al., 2005). Onder kinderen wordt de gemiddelde prevalentie van PTSS geschat op 16% (Alisic, 2014). Ten aanzien van het in 2013 verschenen classificatiesysteem DSM-5 (APA, 2013) geldt dat PTSS de meest voorkomende en meest onderzochte psychische stoornis is van de in totaal zes psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen.<sup>1</sup>

De DSM-5 (APA, 2013) definieert PTSS als volgt. Er is sprake van blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding

<sup>1</sup> Het DSM-5 hoofdstuk Psychotrauma- en stressorgerelateerde stoornissen bestaat uit: reactieve hechtingsstoornis, ontremd-sociaalcontactstoornis, posttraumatische-stressstoornis (inclusief de posttraumatische-stressstoornis bij kinderen van 6 jaar en jonger), acute stressstoornis, aanpassingsstoornis (waarbij kan worden gespecificeerd naar de symptomen die op de voorgrond staan in de vorm van sombere stemming, angst, gedrag, of combinaties daarvan) en andere gespecificeerde psychotrauma- of stressorgerelateerde stoornis.

of seksueel geweld. Als gevolg daarvan heeft de persoon (langer dan een maand) veel last van zich opdringende pijnlijke herinneringen aan de gebeurtenis, worden prikkels vermeden die met de schokkende gebeurtenis samenhangen, en is er sprake van verhoogde arousal en reactiviteit, en van negatieve veranderingen in cognities en stemming. Deze gevolgen belemmeren het dagelijks functioneren. De DSM-5 kent een apart PTSS subtype voor kinderen van 6 jaar en jonger. Specifiek voor dit subtype is dat de criteria rekening houden met het ontwikkelingsstadium waarin een kind zich bevindt. De aanpassingen hebben betrekking op de omschrijving van de gebeurtenis(sen) waaraan het kind is blootgesteld en het aantal symptomen waaraan moet worden voldaan om de diagnose PTSS te kunnen stellen.

PTSS gaat vaak samen met andere problemen en stoornissen, zoals lichamelijke ziekten, misbruik van alcohol en drugs, stemmings- en angststoornissen en een verhoogd risico op suïcide en herhaald slachtofferschap (Pietrzak et al., 2012). Bij kinderen belemmert PTSS de verdere ontwikkeling op zowel emotioneel, sociaal en cognitief als op lichamelijk gebied en PTSS heeft een negatieve invloed op de schoolprestaties (Alisic et al., 2011).

Voor de behandeling van PTSS worden internationaal twee therapieën als 'evidence-based' en als eerste keus beschouwd: *Trauma-Focussed Cognitive Behavioral Therapy* (TF-CBT) en *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) therapie (WHO, 2013). TF-CBT is een behandelvorm die uitvoerig is beschreven en op effectiviteit onderzocht bij kinderen en volwassenen. TF-CBT bestaat

doorgaans uit een combinatie van gedrags-therapeutische en cognitieve technieken, als psycho-educatie, exposure of blootstelling, aanleren van vaardigheden, en cognitieve en stressreducerende technieken. EMDR is een geprotocolleerde behandelmethode die wordt beschouwd als een empirisch gevalideerde behandelmethode voor PTSS bij volwassenen (Foa et al., 2000; World Health Organization, 2013). Uit een meta-analyse (Rodenburg et al., 2009) en Nederlands onderzoek (Diehle et al., 2014) is komen vast te staan dat EMDR ook bij kinderen en jongeren een effectieve behandelmethode is voor PTSS. Er is een aangepast EMDR protocol voor kinderen en jongeren, met procedures die zijn afgestemd op verschillende cognitieve ontwikkelingsleeftijden met inbegrip van baby's en peuters (Beer & De Roos, 2012) (Zie ook: kader EMDR therapie).

### 3 PTSS en EMDR-therapie bij mensen met een VB

#### 3.1 Toepasbaarheid van EMDR bij psychotrauma: 10 gevalsbeschrijvingen

De eerste stap in ons onderzoek was een explorerende studie, bedoeld als aanvulling op de zeer geringe literatuur over manifestaties van posttraumatische stress en de behandeling van posttraumatische stress bij mensen met een VB. Dat resulteerde in tien systematische gevalsbeschrijvingen over behandeling bij posttraumatische stress bij zowel kinderen als volwassenen met respectievelijk een lichte VB (Mevissen, Lievegoed, & De Jongh, 2011), een matige VB (Mevissen, Lievegoed, Seubert, & De Jongh, 2011) of een ernstige VB (Mevissen et al., 2012). De methode die we daarvoor gebruikten was EMDR omdat deze door de doel-

groep het meest gemakkelijk lijkt te worden geaccepteerd.

De participanten in deze studies lieten voorafgaande aan de behandeling gedrags- en emotionele problemen zien, de meesten sinds vele jaren en een aantal van hen had eerder al andere interventies ondergaan, waaronder speltherapie en/of medicamenteuze behandeling of een vorm van ouderbegeleiding. Alle participanten hadden een of meer schokkende gebeurtenissen meegemaakt zoals huiselijk geweld, een verkeersongeluk, seksueel misbruik, een ingrijpende medische behandeling of de dood van een geliefd persoon. Bij de behandeling werd gebruik gemaakt van de Nederlandse versie van het EMDR standaardprotocol voor kinderen, waarbij de instructies werden gebruikt die aansloten bij de ontwikkelingsleeftijd van het kind of de volwassene met een VB (zie kader EMDR therapie).

De belangrijkste bevindingen waren dat EMDR therapie toepasbaar was ongeacht de kalenderleeftijd of de ernst van de VB. In alle gevallen waren de emotionele- en gedragsproblemen na behandeling verdwenen en in op één na alle gevallen (een vrouw met een ernstige VB en kenmerken van een autismespectrum stoornis) bleven de resultaten behouden tijdens follow-up na 6 weken tot 32 maanden. Ongeacht de leeftijd en de ernst van de VB kwamen het type schokkende gebeurtenissen die de participanten hadden meegemaakt, en de meeste symptomen die in de loop van de EMDR therapie verdwenen waren, overeen met de ten tijde van dit onderzoek geldende DSM-IV-TR criteria voor PTSS. Dat de participanten ook een opvallende verbetering in

stemming lieten zien na EMDR therapie en een afname of volledig verdwijnen van agressieve uitbarstingen, blijkt in overeenstemming te zijn met enkele nadien in de DSM-5 doorgevoerde wijzigingen. Aan de drie PTSS symptoomclusters van de DSM-IV-TR (herbelevingen, vermijding en hyperarousal) is namelijk in de DSM-5 een vierde symptoomcluster toegevoegd: “negatieve veranderingen ten aanzien van gedachten en gevoelens”. Daarnaast zijn aan het symptoomcluster hyperarousal de volgende gedragskenmerken toegevoegd: “roekeloos of zelfdestructief gedrag en prikkelbaar gedrag en woede-uitbarstingen (met weinig of geen aanleiding) gewoonlijk tot uiting komend in verbale of fysieke agressie jegens mensen of voorwerpen”.

### 3.2 ADIS-C-LVB-sectie PTSS

De bevindingen uit de literatuurstudie en de 10 systematische casusbeschrijvingen over posttraumatische stress en de toepasbaarheid en effecten van behandeling met EMDR bij mensen met een VB vormden de basis voor een vervolgstudie naar hoe PTSS zich bij mensen met een VB presenteert en hoe PTSS bij hen op betrouwbare wijze kan worden vastgesteld. In dit kader ontwikkelden en valideerden wij een semi-gestructureerd klinisch interview, de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS*, bestaande uit een kind- en ouderversie. Hiermee kan bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 6 tot 18 jaar met een IQ tussen 50 en 85, PTSS worden gediagnosticeerd volgens de criteria van zowel de DSM-IV als de DSM-5. We beschrijven allereerst het instrument en presenteren vervolgens de belangrijkste resultaten van deze studie.

## EMDR therapie

### *De EMDR procedure*

Aan het begin van de EMDR procedure wordt de cliënt gevraagd om de meest nare of meest intrusieve herinnering in gedachte op te roepen en zich te concentreren op een aantal elementen ervan: op het momenteel meest indringende (stilstaande) beeld (ook wel 'targetbeeld' genoemd) en op de bijbehorende disfunctionele negatieve gedachte over zichzelf (de zogenaamde 'negatieve cognitie'), en op de bijbehorende emotie en lichamelijke spanning. Als het geheugenennetwerk waarin de traumatische ervaring ligt opgeslagen optimaal geactiveerd is, wordt een afleidende taak ingezet. Dat is bij voorkeur het maken van oogbewegingen: de therapeut beweegt zijn vingers op ooghoogte van de cliënt heen en weer en vraagt de cliënt om deze beweging met de ogen te volgen, terwijl het hoofd wordt stilgehouden. De cliënt wordt aangemoedigd om te ervaren en te ondergaan wat spontaan in het bewustzijn opkomt. De therapeut bewaakt de voortgang van het proces en vraagt daartoe regelmatig wat er bij de cliënt opkomt. Dit gebeurt net zolang totdat de targetherinnering neutraal aanvoelt en bovendien hierbij de vooraf gekozen gewenste functionele gedachtegang ('positieve cognitie') volledig geloofwaardig aanvoelt (*Validity of Cognition* (VOC)=7 op een schaal van 1 = niet geloofwaardig tot 7 = volledig geloofwaardig). Deze procedure verloopt in

acht stappen (zie Oppenheim et al., 2015; Shapiro, 2001).

Voor kinderen en jongeren is de procedure vereenvoudigd en afgestemd op de kalenderleeftijd van het kind (Beer & de Roos, 2012; Beer & de Roos, in druk). Zo wordt bijvoorbeeld aan kinderen met een kalenderleeftijd tussen 4 en 8 jaar gevraagd om het targetbeeld te tekenen in plaats van het met woorden te beschrijven. Vragen met betrekking tot de negatieve en positieve cognitie worden bij kinderen jonger dan 5 jaar achterwege gelaten. De mate van spanning die het targetbeeld oproept (stap 5, zie boven) kan worden weergegeven op een concrete en gevisualiseerde manier, bijvoorbeeld door middel van plaatjes van gezichten of 'smiley's' of door de handen te spreiden. Wanneer EMDR wordt toegepast bij kinderen jonger dan 3 jaar is de verhalenmethode (Story Telling; Lovett, 1999) geschikt. Kenmerkend voor deze methode is dat de ouders of opvoeders van het kind in het bijzijn van de therapeut en het kind het verhaal van de traumatische gebeurtenis vertellen met als doel daarmee de herinnering te activeren en deze vervolgens van zijn emotionele lading te ontdoen ('desensibiliseren'). Het verhaal heeft een positief begin, maar gaandeweg worden steeds meer details toegevoegd met betrekking tot wat het kind zag, hoorde, voelde (emotioneel, fysiek) en dacht. Ook afbeeldingen, tekenin-

gen, voorwerpen en lichamelijke aanraking kunnen actief worden ingezet om de herinnering aan de schokkende gebeurtenis te helpen activeren. Terwijl het verhaal wordt verteld wordt een afleidende taak aangeboden. Het verhaal, dat altijd positief wordt afgesloten, wordt herhaald totdat het verhaal geen enkele spanning meer oproept bij het kind.

Als kinderen moeite hebben met het uitvoeren van oogbewegingen kan de afleidende taak op een voor het individu passende wijze worden aangepast (Beer & de Roos, 2012; Beer & de Roos, in druk). Een manier om dat te doen is stickers op de vingers te plakken of vingertoppen te gebruiken, omdat dit het volgen met de ogen voor het kind gemakkelijker maakt. Als oogbewegingen helemaal niet lukken, kan het kind een geluidsdrager met koptelefoon gebruiken waarbij afwisselend in het ene en het andere oor tonen worden gepresenteerd. De therapeut kan ook afwisselend tikken op de handen of de knieën, of 'trileitjes' gebruiken waarbij afwisselend links en rechts een trilling in de handen wordt gevoeld.

### ***Theoretisch kader en werkingsmechanisme van EMDR***

EMDR is een vorm van psychotherapie die uitgaat van de hypothese dat disfunctioneel opgeslagen herinneringen aan de basis lig-

gen van psychopathologie. Deze veronderstelling vormt de basis van het *Adaptive Information Processing* model (Shapiro, 2012). Het veranderingsproces dat zich tijdens de EMDR behandeling voltrekt lijkt grotendeels verklaarbaar op basis van de Werkgeheugentheorie. Doordat het werkgeheugen of korte-termijn-geheugen maar een beperkte capaciteit heeft, kan de aver-sieve herinnering die in het begin van de EMDR procedure wordt geactiveerd, niet in al haar intensiteit in het geheugen worden gehouden als tegelijk ook een tweede taak, zoals het maken van oogbewegingen, moet worden uitgevoerd. In experimentele studies (zie o.a. Engelhard et al., 2011) is aangetoond dat het tegelijkertijd uitvoeren van een werkgeheugen belastende taak ervoor zorgt dat de herinnering langzamerhand wordt ervaren als minder emotioneel en levendig. Vervolgens worden de geactiveerde disfunctionele geheugenrepresentaties gekoppeld aan en gecorrigeerd door neurale netwerken met 'gezonde' kennisbestanden. Na een goed verlopen verwerkingsproces zijn de disfunctionele geheugenrepresentaties getransformeerd tot functionele geheugenrepresentaties, die in het lange termijn geheugen zijn opgeslagen (Baddely, 2012). Het disfunctionele gedrag dat volgde als de oorspronkelijke herinnering getriggerd werd, zal in de toekomst achterwege blijven.

In de literatuur tot 2010 werd gesuggereerd dat PTSS zich bij mensen met een VB anders zou kunnen presenteren dan bij mensen zonder een VB. Zo zouden ook 'life-events', minder extreme gebeurtenissen die niet onder het strikte (A) criterium voor trauma vallen, bij mensen met een VB tot PTSS klachten kunnen leiden. Verder werd verondersteld dat de posttraumatische stressklachten er anders zouden kunnen uitzien en a-typisch zijn. In de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS* is daarom een grote verscheidenheid aan potentieel traumatische gebeurtenissen opgenomen (zowel type A trauma als life events), evenals een brede range van symptomen. Bij de afname van het interview werden de meegemaakte gebeurtenissen op een tijdlijn gevisualiseerd om het uitvragen van daaraan gerelateerde symptomen te vergemakkelijken. Na voltooiing van de tijdlijn werd het kind of de jongere gevraagd aan te geven welke gebeurtenis nog het ergste of het naaste is om aan te denken. Nadat de symptomen waren uitgevraagd werd een zogenaamde thermometer gebruikt. Het kind werd gevraagd de thermometer aan te wijzen die het best past bij de mate waarin het leven van het kind door de klachten wordt beperkt (interferentie score: 0 = helemaal niet beperkt, 8 = heel erg beperkt).

Uit het validatieonderzoek is gebleken dat de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS* geschikt en kindvriendelijk is (Mevissen et al., 2014) en een goede convergente validiteit en een goede interrater betrouwbaarheid heeft (kindversie:  $\kappa = .81$ , range: .38 - 1,  $M = .81$ ,  $SD = 0.16$ ) (Cicchetti, 1994; Mevissen, Didden, Korzilius, & De Jongh, 2016). In de eerstgenoemde pilotstudie werd het klinisch interview bij 15 kinderen afgenomen en in de andere studie werden 80

kinderen en hun ouders of verzorgers geïnterviewd. Hieronder zetten we de belangrijkste bevindingen met betrekking tot de manifestatie van posttraumatische stress bij deze kinderen en jongeren met een LVB op een rij.

- Kinderen en jongeren die waren blootgesteld aan een type A traumatische gebeurtenis bleken een grotere kans te hebben om een PTSS te ontwikkelen dan degenen die geen type A trauma hadden meegemaakt. Het meemaken van alleen negatieve 'life events' ging bij geen van de participanten samen met de ontwikkeling van een PTSS. Dit pleit derhalve niet voor het oprekken van het A criterium;
- De uitingvormen van PTSS stemden overeen met de PTSS symptomen die in de DSM-IV-TR en de DSM-5 beschreven worden. Het DSM-5 PTSS subtype voor kinderen van 6 jaar en jonger is geschikt voor kinderen en jongeren met een ontwikkelingsleeftijd van 6 jaar of jonger. PTSS manifesteert zich bij deze doelgroep niet anders (a-typisch) dan bij kinderen en jongeren zonder een LVB;
- Kinderen en jongeren die aan de PTSS criteria voldeden hadden meer potentieel traumatische gebeurtenissen meegemaakt dan degenen die niet aan de criteria voldeden. Dat komt overeen met bestaande kennis over het cumulatief effect van trauma;
- Kinderen en jongeren die aan de PTSS symptoomcriteria voldeden bleken in hun dagelijks leven meer hinder van de meegemaakte ingrijpende gebeurtenissen te ervaren dan degenen die niet aan de criteria voldeden;
- Er waren geen significante verschillen tussen de onderzoeksresultaten voor deelne-

mers met een IQ 50-70 en die van deelnemers met een IQ 70-85, zowel wat betreft de betekenis van het A-criterium voor trauma als de mate van blootstelling aan potentieel traumatische gebeurtenissen en de ervaren last in het dagelijks leven;

- Er werden positieve correlaties gevonden tussen het aantal PTSS symptomen en de scores op de Child Behavior Checklist waarbij de correlaties voor internaliserende problemen hoger waren dan die voor externaliserende problemen;
- Ofschoon de participanten niet vooraf op trauma waren geselecteerd kon bij 20% tot 38% van hen (afhankelijk van welke DSM werd gebruikt en het feit of het de scores van de kindversie dan wel die van de opvoederversie van het interview betrof) een PTSS diagnose worden gesteld. Dit wijst in de richting van een hoge prevalentie van PTSS onder kinderen en jongeren met een LVB die bij GGZ-instellingen en andere voorzieningen zijn aangemeld.

Bij de uitvoering van beide studies kwamen we een grote weerstand tegen onder hulpverleners om mensen met een VB en hun ouders of verzorgers/begeleiders op trauma te bevragen, zelfs onder professionals in de specialistische geestelijke gezondheidszorg. De angst leeft dat een interview over schokkende ervaringen emotioneel overweldigend en mogelijk zelfs risicovol voor hen zou kunnen zijn in die zin dat ze opnieuw 'getraumatiseerd' zouden kunnen worden. Een onterechte angst zo bleek want geen van de participanten ontregelde.

In een recenter onderzoek ten slotte (Didden et al., manuscript in voorbereiding) is de

*ADIS-C-LVB-sectie PTSS* aangepast en gevalideerd voor volwassenen met een IQ 50-85. De bevindingen afkomstig van een tot nu toe geanalyseerde steekproef van 97 participanten komen op hoofdlijnen overeen met de hierboven beschreven studie. Ook in deze steekproef waren de prevalentiecijfers voor PTSS hoog: 39% voldeed aan de DSM-IV-TR criteria voor PTSS, 37% voldeed aan de DSM-5 criteria en 32% aan de criteria van zowel de DSM-IV-TR als DSM-5. Dossieronderzoek bij dezelfde cliënten wees uit dat bij slechts 2% van hen eerder een PTSS was vastgesteld, een opvallend laag aantal vergeleken met het prevalentiecijfer in de steekproef.

### **3.3 Gecontroleerde gevalstudie naar het effect van EMDR op (symptomen van) PTSS**

De beschikbaarheid van de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS* als betrouwbaar en valide instrument om een PTSS volgens de DSM-IV en DSM-5 te kunnen vaststellen verbeterde de mogelijkheden om onderzoek te doen naar het effect van behandeling met EMDR op een PTSS bij kinderen en jongeren met een lichte VB. Behalve het gebrek aan een goed meetinstrument kenden de onder 3.1 besproken gevalbeschrijvingen ook andere tekortkomingen. Zo was er voor de start van de behandeling slechts een basislijnmetering gedaan en kon er dus niet worden gecontroleerd voor natuurlijk herstel in de loop van de tijd. Ook waren er geen betrouwbaarheidsmetingen verricht en werden niet altijd follow-up gegevens verzameld. In onze volgende studie hebben we deze tekortkomingen in aanmerking genomen door bij de effectmeting (1) de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS* te gebruiken, (2) data te verzamelen



met behulp van een (*non-concurrent*) *multiple baseline across subjects design* (Kazdin, 2011) waarin meerdere voormetingen zijn verricht, (3) de *interrater* betrouwbaarheid te bepalen aan de hand van video-opnamen, en (4) een follow-up meting te doen 6 weken na afloop van de behandeling. We zullen eerst de studie beschrijven en vervolgens de belangrijkste resultaten ervan presenteren (zie ook Mevissen, Didden, & de Jongh, 2016; Mevissen, Didden, Korzilius, & De Jongh, in press).

Participanten waren een kind en een jeugdige met een lichte VB die voldeden aan zowel de DSM-IV als de DSM-5 criteria voor PTSS, gemeten met de kind-versie van de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS*. Willem was 10 jaar oud (IQ 66) en Roos was 18 jaar oud (IQ 67). Beiden woonden thuis in een eenoudergezin. De reden voor de verwijzing naar een polikliniek van een ggz-instelling waren emotionele en gedragsproblemen. Willem liet agressief gedrag zien, was rusteloos en niet in staat om vriendschappen met leeftijdsgenoten aan te gaan. Roos kreeg conflicten met jeugdzorg nadat ze was bevalen van een kind waardoor professionele hulp werd belemmerd. Haar problemen met het reguleren van emoties werden als een risicofactor gezien voor de veiligheid en ontwikkeling van haar baby.

De traumatische gebeurtenissen die de participanten hadden meegemaakt werden met de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS* uitgevraagd. Het viel niet uit te sluiten dat participanten tijdens het verloop van de studie zouden worden blootgesteld aan nieuwe potentieel traumatische gebeurtenissen die een invloed zouden hebben op de metingen van de PTSS sympto-

men. Daarom werd aan de participanten bij elke volgende meting gevraagd of er nieuwe potentieel traumatische gebeurtenissen hadden plaatsgevonden. De start van de basislijnen verschilde tussen de participanten. De participanten werden willekeurig toegewezen aan de verschillende basislijnen en postinterventiemetingen. Hierdoor kon het effect van tijd en de start van de interventie gescheiden worden. Er werden maximaal 4 sessies EMDR van 60 minuten aangeboden. Willem en Roos kregen ieder een eigen therapeut (willekeurig) toegewezen. De behandeling werd afgesloten indien de participant aan elk van de gebeurtenissen op de tijdlijn kon terugdenken zonder daarbij enige spanning te voelen. Tijdens de behandeling werden PTSS symptomen direct voorafgaand aan elke sessie gemeten. Het interval tussen de eerste en tweede basislijnmeting was een week bij Willem en vijf weken bij Roos. De start van EMDR vond plaats na drie respectievelijk vier basislijnmetingen. Tussen de tweede basislijn en laatste sessie van de postinterventiefase vonden de metingen wettelijk plaats. Bij Willem werden de PTSS symptomen negen keer gemeten in plaats van tien keer omdat de EMDR therapie kon worden afgerond na drie in plaats van vier sessies aangezien alle onverwerkte herinneringen waren aangepakt.

Van vijf van de negentien willekeurig gekozen interviews werden de antwoorden op elke vraag over PTSS symptomen door een tweede observator gescoord. Het gemiddelde percentage overeenkomst was 95 ( $SD = 21.2$ ; range 0-100), wat wees op een uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Cichetti, 1994).

### *Uitvoering van de EMDR behandelingen*

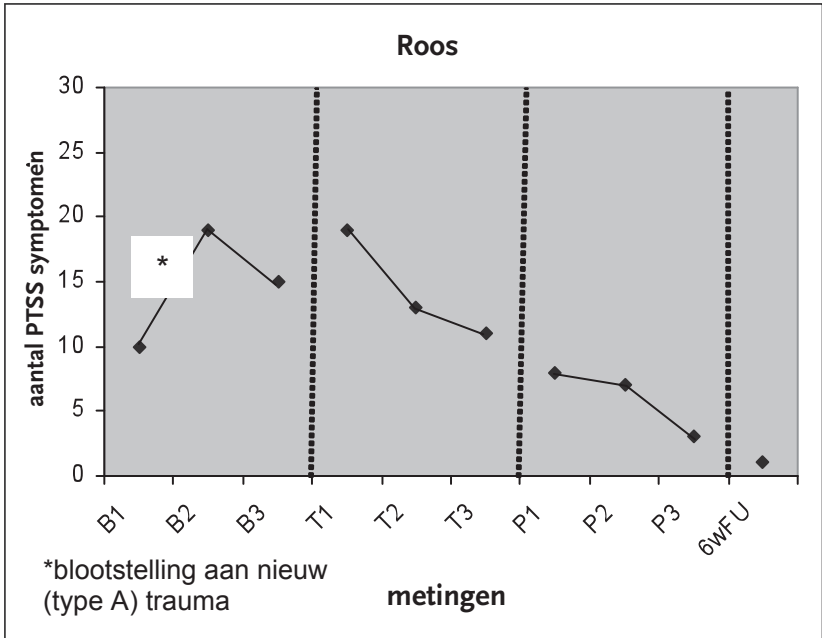
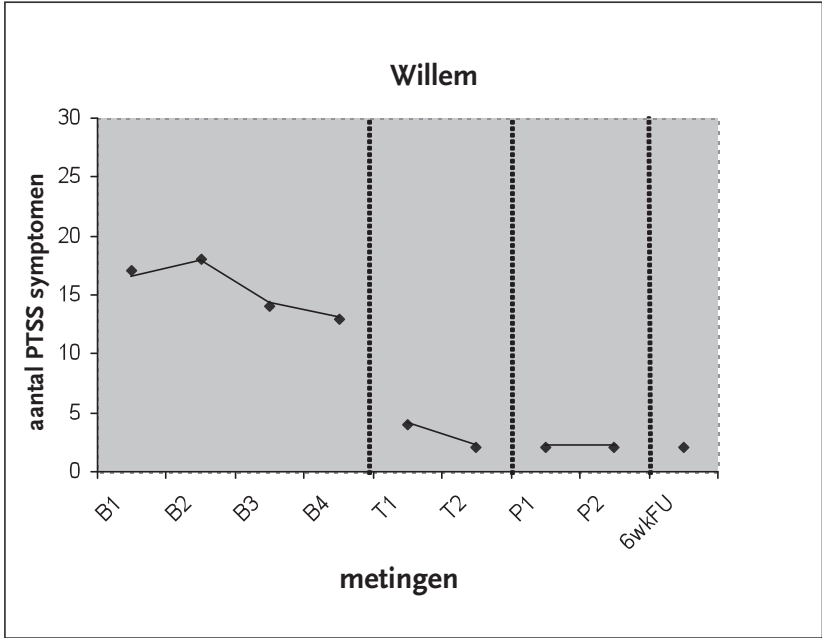
Voor elke gebeurtenis op de tijdlijn gaven beide participanten een *Subjective Units of Disturbance* (SUD) score die aangaf hoe naar het was om aan deze gebeurtenis terug te denken, op een schaal van 0 (helemaal niet) tot 10 (zo naar als maar kan). De herinneringen van de gebeurtenissen die nog het meest naar waren werden het eerst behandeld. Voor Willem waren dat de herinneringen waar zijn stiefvader bij betrokken was: niet buiten mogen spelen, bij de keel gegrepen, geschopt en in het gezicht geslagen en het getuige zijn van geweld tussen ouders. Roos had bij de start van de EMDR therapie het meeste last van een recent bericht dat haar oma, waar ze veel van hield, ongeneeslijk ziek was. Zij kreeg dat bericht tussen de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> baseline meting. Deze herinnering werd het eerst behandeld en daarna achtereenvolgens de herinnering aan dat jeugdzorg haar kind van haar afnam en haar dwong hulp te accepteren, de herinnering aan haar vader die al het geld pakte en voor lange tijd verdween, die aan de dood van een geliefd familielid, aan het gepest worden door leeftijdgenoten omdat ze zo jong een kind gekregen had en aan een gewelddadige ruzie tussen haar en haar moeder naar aanleiding van onenigheid over de opvoeding van haar kind. Bij Willem en Roos werd het EMDR protocol toegepast dat aansloot bij hun ontwikkelingsleeftijd van respectievelijk ongeveer 7 jaar en 10 jaar. Voor Willem moest de beoordeling van de VOC (zie kader EMDR) worden weggelaten omdat hij de instructie daarvan niet begreep. Bij beiden konden de oogbewegingen worden ingezet als afleidende taak.

### *Effect van de behandeling*

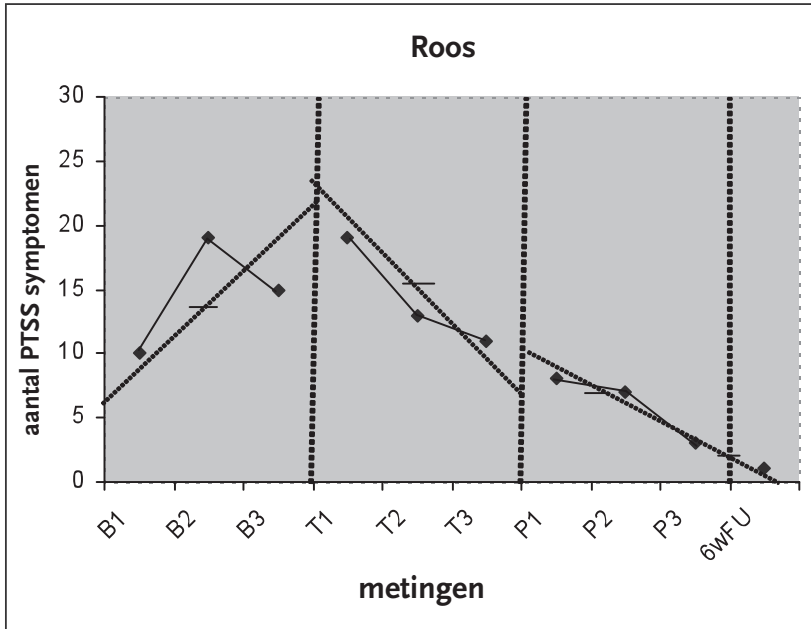
Voor beide participanten verminderde het aantal PTSS-symptomen als gevolg van de EMDR-therapie. Na afloop van de therapie voldeden beide participanten niet meer aan de criteria voor PTSS. Dit resultaat bleef gehandhaafd tijdens de follow-up 6 weken na de behandeling. Het verloop van de PTSS symptomen bij beide participanten wordt getoond in figuur 1.

Bij Willem leken de basislijnmetingen op het eerste gezicht een licht dalende trend in de gegevens weer te geven. Echter, wanneer de regels van Lane en Gast (2014) voor de beoordeling van stabiliteit binnen de condities erop werden toegepast (*criterion stability envelope*  $\geq 80\%$  binnen de  $+ \text{ of } - 25$  procent van de mediaan) kon de basislijn ( $B_1 = 17$ ,  $B_2 = 18$ ,  $B_3 = 14$ ,  $B_4 = 13$ ) als 'stabiel' worden beschouwd (dat wil zeggen:  $100\%$  binnen  $15.5 + 3.9 = 19.4$  en  $15.5 - 3.9 = 11.6$ ). Het gemiddeld aantal PTSS symptomen in de verschillende fasen was: 15.5 [range 13-18] (basislijn), 3 [range 2-4] (behandeling), en 2 [range 2-2] (na de behandeling en follow-up). Na de eerste sessie vond een substantiële afname van het totaal aantal PTSS symptomen plaats. Deze afname bleek stabiel te zijn gebleven na behandeling en eveneens bij follow-up 6 weken later.

Bij Roos nam tijdens de basislijn het aantal PTSS symptomen substantieel toe nadat zij was geconfronteerd met een nieuw type A trauma. Het gemiddeld aantal PTSS symptomen in elk van de onderscheiden fasen was: 14.7 [range 10 – 19] (basislijn), 14.5 [range 11 – 19] (behandeling) en 4.8 [range 1 – 8] (na de behandeling en bij follow-up). Volgens de richtlijnen van Lane and Gast (2014) werd de



Figuur 1: Totaal aantal PTSS symptomen (max = 30) van participanten. Scores tijdens baseline (B), tijdens behandeling (T), na behandeling (P) en bij follow-up (FU) [fasen gescheiden door verticale lijnen]



Figuur 2: Trend inschatting tijdens basislijn (B), tijdens behandeling (T), en na behandeling (P) & follow-up (FU) [fasen gescheiden door verticale lijnen]

'split-middle method of trend estimation' toegepast. De eerste helft, tweede helft en middelste score voor elke fase waren respectievelijk 10, 15 en 12.5 (basislijn), 19, 11 en 14.5 (behandeling), en 7.5, 2 en 4.75 (na de behandeling tot follow-up). De resultaten wezen op een verslechterende trend in het functioneren van de deelnemer tijdens de basislijn (verklaard door het optreden van een nieuw type A traumatische gebeurtenis), een sterke verbeterende trend tijdens de behandeling en een minder sterke verbeterende trend na de behandeling en bij de follow-up. Figuur 2 toont de trendlijnen binnen de verschillende fasen.

Beide participanten konden de behandeling goed aan. Er was geen sprake van negatieve bij-effecten en ze bleven gemotiveerd om de

behandeling af te maken. De last die ze in het dagelijks leven van de nare gebeurtenissen hadden nam tijdens de behandeling snel af: bij Willem was de interferentiescore al na twee sessies van 8 (maximum) tot 0 (minimum) gedaald; bij Roos daalde deze score in 4 sessies van 5 naar 0. Willem was in de eerste plaats blij dat hij sinds jaren geen nachtmerries meer had en weer goed kon slapen. Zijn buitenproportionele boosheid was verdwenen, hij voelde zich rustiger en vrolijker, kon beter overweg met andere kinderen, en kon op school beter opletten. Roos was minder snel geïrriteerd als haar kindje lastig was. Ze accepteerde hulp bij de opvoeding, was weer positief gestemd en kreeg zin om in haar vrije tijd leuke dingen te doen. Roos was niet meer steeds op haar hoesde, zei dat ze de dingen meer op zich af kon

laten komen en dan keek hoe ze een probleem zou kunnen oplossen. Ook was ze blij dat ze geen last meer had van buikpijn.

#### 4 Conclusies en aanbevelingen voor praktijk en onderzoek

De resultaten van de onderzoeken die we de afgelopen jaren hebben uitgevoerd met betrekking tot diagnostiek en behandeling van PTSS bij mensen met een VB – een terrein dat in 2010 nog onontgonnen was – zijn in verschillende opzichten relevant voor de zorg aan deze doelgroep.

Anders dan vaak wordt gedacht als het om verschijningsvormen van psychische stoornissen bij deze doelgroep gaat, vonden wij geen aanwijzingen dat PTSS zich anders (a-typisch) manifesteert dan bij mensen met een gemiddelde begaafdheid. Dat bleek uit valideringsstudies van de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS*, die zowel bij kinderen en jongeren (vanaf 6 jaar) als bij volwassenen met een IQ 50-85 zijn uitgevoerd. Met de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS*, een semigestructureerd interview, beschikken we over een instrument waarmee we een PTSS volgens de DSM-IV en de actueel geldende DSM-5 kunnen vaststellen. Dit is van groot belang omdat we weten dat mensen met een VB vaker dan gemiddeld worden blootgesteld aan potentieel traumatische gebeurtenissen en zij bovendien vanwege hun beperkte cognitieve en adaptieve vaardigheden minder mogelijkheden hebben om zulke ervaringen op een natuurlijke en/of adequate wijze te verwerken. De kans om een PTSS te ontwikkelen is daarom extra groot. Dit zagen we terug in onze willekeurig gekozen steekproeven van cliënten uit de ggz en andere instellingen waarbij we

globaal genomen bij een op de drie een PTSS konden vaststellen. Zelden echter maakte diagnostiek of behandeling van trauma deel uit van de gestelde hulpvraag bij deze cliënten en zelden was in de dossiers van deze cliënten een eerder gestelde PTSS diagnose terug te vinden. Dat is verontrustend. Op de eerste plaats omdat PTSS een stoornis is die het dagelijks leven ontwricht en ernstig persoonlijk lijden veroorzaakt. Als een PTSS niet (tijdig) wordt onderkend en niet wordt behandeld is de kans groot dat op de langere termijn bijkomende problemen zoals lichamelijke ziektes, verslavingsproblemen en delinquent gedrag ontstaan. Deze gaan weer gepaard met extra hoge zorgkosten. Onderdiagnostiek van PTSS is ook verontrustend omdat PTSS een stoornis is die effectief behandeld kan worden. TF-CBT of EMDR zijn de daarvoor aangewezen methoden. Onze studies lieten zien dat EMDR goed toepasbaar is bij mensen met een VB als een versie van het kind- en jeugdprotocol wordt gebruikt die aansluit bij de ontwikkelingsleeftijd van de persoon. Met de effectstudie die we deden bij een kind en jeugdige met een licht VB vonden we eerste aanwijzingen voor de effectiviteit van EMDR voor de behandeling van PTSS bij deze doelgroep.

Waar zou de opvallende onderdiagnostiek en onderbehandeling van PTSS mee kunnen samenhangen, anders dan dat er tot voor kort geen instrument was om een PTSS vast te stellen? Bij de uitvoering van onze studies werden we geconfronteerd met een wijd verbreide sterke terughoudendheid onder hulpverleners om met mensen met een VB te communiceren over potentieel traumatische gebeurtenissen die ze zouden kunnen hebben meegemaakt.

Dat was zelfs het geval onder professionele hulpverleners in de specialistische ggz. De onderliggende angst voor her-traumatisering bleek onterecht want participanten – ofschoon in een aantal gevallen geëmotioneerd – ontgelden niet als bij hen het klinisch interview werd afgenomen. Dat PTSS zo weinig wordt gediagnosticeerd lijkt niet alleen een kwestie van niet naar trauma durven vragen maar ook een kwestie van niet aan trauma denken als er sprake is van emotionele en gedragproblemen. Dit fenomeen is te begrijpen als we kijken naar de aard van de vier DSM-5 PTSS symptoomclusters: zich opdringende pijnlijke herinneringen aan de gebeurtenis, vermijding van prikkels die met de schokkende gebeurtenis samenhangen, verhoogde arousal en reactiviteit, en negatieve veranderingen in cognities en stemming. Als er niet wordt nagegaan of er in het geval van emotionele- en gedragsproblemen sprake is geweest van eerdere blootstelling aan een of meerdere potentieel traumatische gebeurtenissen kunnen bepaalde symptomen van PTSS afzonderlijk of in combinaties gemakkelijk ten onrechte worden geïdentificeerd als kenmerken van een andere stoornis. Hierbij kunnen we bijvoorbeeld denken aan ADHD, autisme, een gedragsstoornis, angststoornis, stemmingsstoornis of psychotische stoornis. Soms wordt verondersteld dat de problemen gewoon horen bij of een uiting zijn van de verstandelijke beperking zelf of men constateert dat de discrepantie tussen het sociaal-emotioneel ontwikkelingsniveau en het cognitief ontwikkelingsniveau de oorzaak is van de problematiek.

Mensen met een IQ 50-85 vormen een grote minderheid in de geestelijke gezondheidszorg

en een deel maakt gebruik van het hulpaanbod in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Wij adviseren deze instellingen om hun beleid aan te passen door professionals te scholen in hoe zij PTSS met de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS* (tijdig) kunnen herkennen, diagnosticeren en met EMDR of met een andere daartoe geïndiceerde therapie behandelen. In het kader van zo'n tijdige opsporing van traumagerichte problematiek is het aan te bevelen om voor de toekomst een snel af te nemen screeningsinstrument voor PTSS te ontwikkelen en te valideren. Wat de behandeling van PTSS betreft is het nodig om het aantal gecontroleerde studies naar de effectiviteit van EMDR uit te breiden. Ten aanzien van dit punt is het verheugend vast te stellen dat er momenteel op verschillende instellingen onderzoeksprojecten lopen naar de effecten van EMDR bij mensen met een LVB. Onderzoek en praktijk kunnen zich in de toekomst ook richten op interventies om een trauma-sensitieve leefomgeving te creëren (zie ook Coppens & Van Kregten, 2012; Struik, 2016). Ook traumabehandeling voor gezinsleden moet geboden kunnen worden als dat nodig is voor de traumabehandeling van de persoon met een VB zelf of voor een gezonde verdere ontwikkeling nadat de PTSS behandeld is (zie ook Mevissen & Ross, 2014).

We hebben onze studies toegespitst op PTSS. Een belangrijke andere mogelijkheid is een verbreding van zowel het gebruik van de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS* als diagnostisch instrument, als een verbreding van het toepassingsgebied van EMDR als behandelmethode naar andere combinaties van blootstelling aan ingrijpende gebeurtenissen en daaraan gerelateerde klachtenpatronen dan PTSS al-

leen. EMDR therapie is immers een psychotherapeutische behandeling die niet alleen bedoeld is voor de behandeling van PTSS, maar voor een grote verscheidenheid aan psychische stoornissen, afkomstig van een breed scala aan traumatische en andere negatieve levensgebeurtenissen (Shapiro, 2001, 2014). De *ADIS-C-LVB-sectie PTSS* bevat een uitgebreide gebeurtenissensectie met niet alleen gebeurtenissen van het type A trauma, maar ook andere negatieve levensgebeurtenissen. Bovendien bevat dit klinisch interview een uitgebreide sectie met symptomen die het gevolg kunnen zijn van het meemaken van zulke gebeurtenissen. Dit instrument lijkt daarom bijzonder geschikt om ook stoornissen met andere gebeurtenis-symptomen-combinaties dan enkel PTSS te kunnen vaststellen waaronder de overige in de DSM-5 opgenomen psychotrauma en stressorgerelateerde stoornissen. Toekomstig onderzoek met betrekking tot EMDR therapie voor andere stoornissen dan PTSS is in het bijzonder belangrijk omdat voor mensen met een VB ook voor andere vormen van psychopathologie effectieve psychotherapeutische behandelmethoden nagenoeg ontbreken en hard nodig zijn.

Zowel de valideringsstudie van de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS* als de effectstudie naar de EMDR behandeling van PTSS hadden betrekking op personen met een lichte VB (IQ50-85). Het onderzoek naar PTSS onder kinderen en volwassenen met een IQ<50 bleef beperkt tot een systematische casusbeschrijving van behandeling met EMDR bij personen die traumatische gebeurtenissen hadden meegemaakt. Gezien de bevindingen uit deze studie en de aanpassingen in de DSM-5, met name

de toevoeging van een PTSS subtype voor kinderen van 6 jaar en jonger, is het aannemelijk dat PTSS zich ook bij personen met een ernstiger verstandelijke beperking niet afwijkend (a-typisch) presenteert maar op een manier die in overeenstemming is met de cognitieve ontwikkelingsleeftijd van de betreffende persoon. Bij personen met een ontwikkelingsleeftijd van 6 jaar of jonger voor wie de kindversie van de *ADIS-C-LVB-sectie PTSS* te moeilijk is bevelen we aan om in afwachting van verder onderzoek vooralsnog gebruik te maken van de ouerversie om de traumageschiedenis en de daaraan gerelateerde klachten in kaart te brengen. Wat de behandeling van traumagerelateerde klachten betreft blijkt uit de casusbeschrijvingen dat EMDR ook toepasbaar is bij mensen met een matige of ernstige VB en dat er in de praktijk positieve effecten op de klachten zijn gezien. Ook hier is gebruik gemaakt van de versie van het kind- en jeugdprotocol dat aansloot bij de geschatte ontwikkelingsleeftijd van de persoon. Het is aannemelijk dat om vergelijkbare redenen er ook bij mensen met een ernstiger VB sprake is van onderdiagnostiek en onderbehandeling van PTSS en andere trauma- en stressorgerelateerde stoornissen. Het wetenschappelijk onderzoek bij deze doelgroep staat echter nog volledig in de kinderschoenen. Hier ligt een grote uitdaging voor de toekomst. NTZ

#### Auteurs

*Dr. Liesbeth Mevissen* is als klinisch psycholoog en onderzoeker werkzaam bij Accare, centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, divisie intensieve zorg te Smilde.

Prof.dr. Robert Didden is als gz-psycholoog en onderzoeker werkzaam bij Trajectum, een SGLVG instelling te Zwolle. Hij is als bijzonder hoogleraar verbonden aan het Behavioural Science Institute en de vakgroep Orthopedagogiek van de Radboud Universiteit te Nijmegen.

Prof.dr. Ad de Jongh is gz-psycholoog, en is als bijzonder hoogleraar angst- en gedragsstoornissen verbonden aan de Universiteit van Amsterdam. Daarnaast is hij honorary professor aan de School of Health Sciences van Salford University, Manchester en aan het Institute of Health and Society van de University of Worcester. Daarnaast maakt hij deel uit van de directieraad van de PTSS kliniek PSYTREC in Bilthoven.

Correspondentie adres: dr. L. Mevissen:  
l.mevissen@accare.nl

## Literatuur

- Alicic, E., Jongmans, M., Wesel, F. van, & Kleber, R. (2011). Building child trauma theory from longitudinal studies: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 31*, 736-747.
- Alicic, E., Zalta, A., Van Wesel, F., Larsen, S., Hafstad, G., Hassanpour, K., & Smid, G. (2014). Rates of post-traumatic stress disorder in trauma-exposed children and adolescents: Meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 204*, 335-340.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR, 4th ed.* Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Baddeley, A. (2012). Working memory: theories, models, and controversies. *Annual Review of Psychology, 63*, 12.1-12.29.
- Beer, R. & De Roos, C. (2012). EMDR bij kinderen en adolescenten: Een nieuw perspectief. In: E. Broeke, A. de Jongh & H. Oppenheim (Red.), *Praktijkboek*

- EMDR. Casusconceptualisatie en specifieke doelgroepen* (pp. 393-421). Amsterdam: Pearson.
- Beer, R. & De Roos, C. (Red.) (in druk). *Handboek EMDR kinderen & jongeren*. Tiel: Lannoo.
- Cooper, S., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., & Allan, L. (2007). Mental ill-health in adults with intellectual disabilities: prevalence and associated factors. *British Journal of Psychiatry, 190*, 27-35.
- Coppens, L., & Van Kregten, C. (2012). *Zorgen voor getraumatiseerde kinderen: een training voor opvoeders. Handboek voor trainers*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Didden, R., Mevissen, L., Korzilius, H., & de Jongh, A. *Assessment of PTSD in adults with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning: Psychometric properties of the adapted ADIS-C section PTSD*. Manuscript in voorbereiding.
- Diehle, J., Schmitt, K., Daams, J., Boer, F., & Lindauer, R. (2014). Effects of psychotherapy on trauma-related cognitions in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Journal of Traumatic Stress, 27*, 257-264.
- Einfeld, S., Ellis, L., & Emerson, E. (2011). Comorbidity of intellectual disability and mental disorder in children and adolescents: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability, 36*, 137-43.
- Foa, E., Keane, T., & Friedman, M. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines for the international society for traumatic stress studies*. New York: Guilford.
- Kazdin, A. (2011). *Single-case research designs. Methods for clinical and applied settings*. Oxford: Oxford University Press.
- Kessler, R., Chiu, W., Demler, O., & Waters, E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry, 62*, 617-627.
- McNally, R., & Shin, L. (1995). Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry, 6*, 936-938.
- Mevissen, L., & De Jongh, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities. *Clinical Psychology Review, 30*, 308-316.
- Mevissen, L., Lievegoed, R., & de Jongh, A. (2011). EMDR treatment in people with mild ID and PTSD: 4 cases. *Psychiatric Quarterly, 82*, 43-57.
- Mevissen, L., Lievegoed, R., Seubert, A., & de Jongh, A. (2011). Do persons with intellectual disability and limited verbal capacities respond to trauma treatment? *Journal of Intellectual and Developmental Disability, 36*, 278-283.



- Mevisen, L., Lievegoed, R., Seubert, A., & de Jongh, A. (2012). PTSD treatment in people with severe intellectual disabilities: A case series. *Developmental Neurorehabilitation*, 15, 223-232.
- Mevisen, L., Barnhoorn, E., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2014). Clinical assessment of PTSD in children with mild to borderline intellectual disabilities: A pilot study. *Developmental Neurorehabilitation*, 17, 16-23.
- Mevisen, L., Didden, R., Korzilius, H., & de Jongh, A. (2016). Assessment of PTSD in children with mild to borderline intellectual disabilities. *European Journal of Psychotraumatology*, 7, 29786.
- Mevisen, L., Didden, R., & de Jongh, A. (2016). EMDR-therapie voor posttraumatische stressstoornis bij kinderen en adolescenten met een licht verstandelijke beperking. Een multiple baseline studie. *Directieve Therapie*, 36, 169-183.
- Mevisen, L., Didden, R., Korzilius, H., & De Jongh, A. (in press). EMDR therapy for PTSD in a child and adolescent with mild to borderline intellectual disability: A multiple baseline across subjects study. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*.
- Pietrzak, R., Goldstein, R., Southwick, S., & Grant, B. (2012). Psychiatric comorbidity of full and partial posttraumatic stress disorder among older adults in the United States: Results from wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 20, 380-390.
- Rodenburg, R., Benjamin, A., de Roos, C., Meijer, A., & Stams, G. (2009). Efficacy of EMDR in children: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 599-606.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles protocols, and procedures*. New York: Guildford Press.
- Shapiro, F. (2012). *Getting past your past. Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*. New York: Rodale.
- Shapiro, F. (2014). The role of eye movement desensitization & reprocessing (EMDR) therapy in medicine: Addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experiences. *The Permanente Journal*, 18, 71-77.
- Struik, A. (2016). *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen (2<sup>e</sup> druk)*. Amsterdam: Pearson.
- Vermetten, E., Kleber, R., & van der Hart, O. (Red.) (2012). *Handboek Posttraumatische stressstoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.
- WHO (2013). *Guidelines for the management of conditions that are specifically related to stress*. Geneva: World Health Organization.

### Samenvatting

Mensen met een verstandelijke beperking (VB) hebben een vergroot risico om een post-traumatische stress stoornis (PTSS) te ontwikkelen. PTSS ontregelt het dagelijks leven en als tijdige onderkenning en behandeling uitblijft kan dat bijkomende stoornissen en hoge zorgkosten tot gevolg hebben. Bij mensen met een VB is PTSS sterk onder gediagnostiseerd en onder behandeld. In de hier beschreven studies werd (a) de “ADIS-C-LVB-sectie PTSS” gevalideerd om PTSS volgens zowel DSM-IV als DSM-5 te kunnen diagnosticeren bij mensen met een LVB (IQ50-85) en werd (b) de toepasbaarheid en effectiviteit van Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapie, een eerste keus behandeling voor PTSS, onderzocht bij mensen met een VB. EMDR blijkt toepasbaar en veilig ongeacht de leeftijd en ernst van de VB en een eerste gecontroleerde gevalstudie geeft aanwijzingen voor de effectiviteit van EMDR op PTSS symptomen bij een kind en een jongere met een LVB.

### Summary

Individuals with intellectual disabilities (ID) have an increased risk of developing a post-traumatic stress disorder (PTSD). PTSD disrupts the individual's life, and without timely identification and treatment it may result in the development of comorbid disorders and elevated costs of care. In individuals with ID PTSD is largely under-diagnosed and under-treated. The studies summarized in the present article describe (a) the validation of the “adapted ADIS-C section PTSD” which can be used to diagnose PTSD according to both the DSM-IV-TR and DSM-5 criteria in individuals with mild ID to borderline functioning (IQ 50 – 85), and (b) the feasibility and effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) therapy, a first-choice treatment for PTSD, in individuals with ID. EMDR therapy proves to be applicable and safe irrespective of the individuals' age and level of ID. The first controlled case study on the treatment of PTSD for individuals with mild ID supports the effectiveness of EMDR therapy in reducing PTSD symptoms in a child and adolescent.