



[www.DirectieveTherapie.nl](http://www.DirectieveTherapie.nl)

## Dank voor uw download

U kunt er natuurlijk uit citeren, graag zelfs, maar dan wel met bronvermelding. U mag dit artikel ook ruimhartig verspreiden mits het niet voor commerciële doeleinden is. In die gevallen pas na onze schriftelijke toestemming.

Opname in bloemlezingen en readers moedigen wij aan, maar wel graag eerst even overleggen.

Alle rechten van de artikelen liggen bij  
**de Stichting Cognitie en Psychose.**

Voor alle vragen:  
[info@gedachtenuitpluizen.nl](mailto:info@gedachtenuitpluizen.nl)

# EMDR bij spinnenfobie: twee gevalsbeschrijvingen

Harald Merckelbach en Peter Muris\*

---

## Samenvatting

*Nogal wat auteurs geven hoog op van de effecten die met Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) te behalen zijn bij de behandeling van angststoornissen. Voor een aanzienlijk deel steunen deze loftuigingen op dubieuze casuïstiek, dat wil zeggen casuïstiek waarin de werking van EMDR wordt gedocumenteerd aan de hand van subjectieve en ongevalideerde uitkomstmaten. Dit artikel beschrijft twee spinnenfobische gevallen waarbij eerst EMDR en vervolgens exposure in vivo werd uitgevoerd. Behandelingseffecten werden geëvalueerd met zowel subjectieve als objectieve maten. De resultaten laten zien dat de gunstige effecten van EMDR zich vooral afspelen op het niveau van de subjectief gerapporteerde angst en veel minder spectaculair zijn wanneer het gaat om vermijdingsgedrag. Deze observatie stelt die EMDR-critici in het gelijk die beweren dat positieve zelfrapportage-maten na EMDR niet noodzakelijkerwijze hand in hand gaan met vergelijkbare gedragseffecten.*

## Inleiding

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is een relatief nieuwe therapeutische techniek waarvan wordt beweerd dat ze uitzonderlijk goed werkt bij de behandeling van bepaalde angstklachten (bijv. de post-traumatische stress-stoornis; PTSS). Grofweg behelst EMDR het volgende: cliënten nemen een aversieve ervaring in gedachten en onderwijl voeren ze ritmische oogbewegingen uit in het horizontale vlak. Onder invloed van deze oogbewegingen zou de aversieve ervaring haar pathogene karakter verliezen en alsnog adequaat worden verwerkt (Shapiro, 1989a, 1989b, 1991a, 1991b).

Sinds de introductie van EMDR in 1989 heeft deze techniek gestaag aan terrein gewonnen. Dat wordt onder andere duidelijk uit het aantal therapeuten dat een EMDR-training heeft gevolgd. Alleen al in de Verenigde Staten werd dat eind 1994 op negenduizend geschat (Shapiro, 1994a). De opmars van EMDR blijkt voorts uit het feit dat Shapiro in maart 1994 de Scientific Achievement Award van de California Psychological Association in ontvangst mocht nemen. Ten slotte neemt het aantal publikaties over EMDR stormenderhand toe (zie voor een overzicht Merckelbach et al., 1994). Daarbij valt vooral op dat EMDR niet langer uitsluitend wordt toegepast bij cliënten met PTSS, maar ook geschikt wordt geacht voor de behandeling van seksuele dysfuncties (Wernik, 1993), nachtmerries (Pellicer, 1993), dwangneuroses (Rosenthal, 1993), intrusies (Puk, 1991), dissociatieve stoornissen (Tudor, 1994) en fobieën (Ten Broeke & De Jongh, 1993; p. 248 e.v.). Shapiro (1994b) suggereert dat EMDR een positieve uitwerking kan hebben bij al die vormen van psychopathologie waarin

---

\* HARALD MERCKELBACH is verbonden aan de vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie van de Rijksuniversiteit Limburg. Correspondentieadres: Postbus 616, 6200 PETER MURIS is verbonden aan de vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie van de Rijksuniversiteit Limburg. Correspondentieadres: Postbus 616, 6200

traumatische of aversieve herinneringen een sleutelrol spelen. Veel van de bovenaangehaalde studies lijken deze opvatting te ondersteunen. Een tweetal kanttekeningen verdient in dit verband echter aandacht. Ten eerste gaat het bij deze studies zonder uitzondering om gevalsbeschrijvingen. De goede reputatie van EMDR is überhaupt in niet geringe mate gebaseerd op anekdotisch materiaal. Hoe indrukwekkend dat materiaal ook mag zijn, het kan nooit als substituuut voor gecontroleerd onderzoek fungeren. Uiteindelijk moet gecontroleerd onderzoek uitmaken of EMDR effecten sorteert die uitstijgen boven de meer gangbare behandelingsmethoden (bijv. exposure). In het geval van PTSS bestaan er inmiddels resultaten van goed gecontroleerde studies naar EMDR. Deze studies laten zien dat er op dit moment weinig reden is om te geloven dat EMDR beter werkt dan de meer traditionele gedragstherapeutische interventies (Boudewyns et al., 1993; Pitman et al., 1993; Jensen, 1994).

Ten tweede: zelfs als gevalsbeschrijvingen zijn de meeste EMDR case-studies nauwelijks passabel. Dat heeft te maken met het gegeven dat in veel van deze studies effecten werden gedocumenteerd met subjectieve en niet-gestandaardiseerde maten (bijv. Subjective Units of Disturbance; SUD). Dat soort maten kunnen gevoelig zijn voor 'demand characteristics' en 'experimenter bias'. Het belangrijkste probleem in dit verband is dat tijdens een EMDR-procedure de therapeut doorgaat met het uitlokken van laterale oogbewegingen *totdat* de cliënt een behoorlijke verbetering rapporteert op de SUD-schaal. Het valt dan niet uit te sluiten dat veranderingen op die schaal meer indicatief zijn voor de neiging van de cliënt om de therapeut te behagen dan voor een feitelijke vermindering van de klachten (zie voor een gedetailleerde uitwerking van deze punten: Lohr et al., 1992; Herbert & Mueser, 1992; Acierno et al., 1994a; Merckelbach, 1993).

In de literatuur lopen de meningen sterk uiteen over de behandelingsmogelijkheden die EMDR biedt bij enkelvoudige fobieën. Aan de ene kant beweert Marquis (1991) op grond van wat losse observaties dat enkelvoudige fobieën redelijk succesvol te behandelen zijn met EMDR. Deze mening is ook te vinden bij Ten Broeke en De Jongh (1993). Daar tegenover staan de gevalsbeschrijving van Acierno et al. (1994b) en de gecontroleerde studie van Sanderson en Carpenter (1992). In het geval van Acierno et al. (1994b) ging het om een fobie voor onder andere duisternis. Noch op zelfrapportage-maten, noch op gedragsmaten bleek EMDR hier nog enig substantieel effect te sorteren. Exposure in vivo had een dergelijke uitwerking wel. Bij Sanderson en Carpenter ging het voornamelijk om spinnenfobici. Zij vergeleken EMDR met imaginaire confrontatie en vonden geen aanwijzingen dat EMDR superieur is. Shapiro (1993) trekt de bevindingen van deze studie in twijfel op grond van de volgende overweging: 'The researchers were not trained in EMDR' (p. 11). Een soortgelijk voorbehoud kan bij de gevalsstudie van Acierno et al. (1994b) worden gemaakt. Uit de beschrijving die deze auteurs geven van hun EMDR-behandeling wordt duidelijk dat zij een onvolledige procedure hebben gevolgd (d.w.z. de 'reprocessing'-component ontbrak in hun behandeling; zie onder).

In dit artikel worden twee spinnenfobische gevallen beschreven. In beide gevallen werd eerst een tamelijk volledige EMDR-procedure en later exposure uitgevoerd. De therapeut die het EMDR-onderdeel voor zijn rekening nam (P.M.) had speciaal voor deze gelegenheid een workshop van Shapiro gevolgd. Bij de evaluatie van EMDR werd niet alleen afgegaan op SUD's, maar ook op goed gevalideerde maten als de Spider

Phobia Questionnaire (SPQ; Klorman et al., 1974) en de Behavior Approach Task (BAT; zie bijv. De Jong et al., 1993). De hier gepresenteerde resultaten zijn niet zo zeer bedoeld om de werkzaamheid van EMDR – of het gebrek daaraan – te documenteren.<sup>1</sup> De inzet van deze casuïstiek is eerder methodisch van aard: hoe verhouden maten als SUD's zich tot meer objectieve indices als SPQ en BAT? Hebben die critici gelijk als zij beweren dat gunstige effecten van EMDR op bijvoorbeeld SUD's niet noodzakelijk hand in hand gaan met de scores op meer gestandaardiseerde instrumenten (zie bijv. Lohr et al., 1992)?

## **Methode**

### ***Clënten***

Beide cliënten waren vrouwen en meldden zich aan bij het Spinnenproject van de vakgroep Differentiële en Experimentele Psychologie. In ruil voor hun deelname aan lopend onderzoek kregen ze gratis behandeling. Cliënt 1 (24 jaar) was sinds haar achtste levensjaar bang voor spinnen. Haar angst was geleidelijk aan groter geworden en had uiteindelijk een invaliderende vorm aangenomen: ze vermeed tuinen en verlangde dat de wc en de auto op spinnen werden nagekeken. Ze kon niet zonder angst onder een deurpost lopen. De antwoorden van deze cliënt op de Phobic Origin Questionnaire (POQ; Öst & Hugdahl, 1981) lieten zien dat diverse conditionerende ervaringen (bijv. met spinnen getreiterd worden), alsook modeling (bijv. schoolvriendinnen waren bang voor spinnen) en negatieve informatie (bijv. een akelige film over spinnen) een rol speelden in de etiologie van haar fobie.

Cliënt 2 was sinds haar zevende jaar bang voor spinnen. Ze durfde het huis niet te poetsen en op de zolder of in de kelder kwam ze nooit. De POQ suggereerde dat in de etiologie van haar fobie vooral modeling-ervaringen belangrijk waren (bijv. zusje was ook bang voor spinnen).

### ***Meetinstrumenten***

De cliënten ondergingen eerst EMDR en daarna een exposure in vivo-behandeling. Op drie momenten werd een SPQ, alsmede een BAT afgenomen: voor de EMDR, vlak na de EMDR en na de exposure. De SPQ is een betrouwbare en goed gevalideerde vragenlijst die angst voor spinnen meet. De lijst bestaat uit 31 items (bijv. 'Ik ben banger voor spinnen dan voor elk ander dier') waarvan moet worden aangegeven of ze al dan niet van toepassing zijn. Hoe hoger de score, hoe banger men is (maximale score: 31). Bij de BAT moet de cliënt het gevreesde object (i.c. spin) zo dicht mogelijk benaderen. De BAT bestaat uit acht hiërarchisch geordende stappen, variërend van 1 'Loop naar de spin toe' tot 8 'Laat de spin over je hand lopen'. Hoe lager de BAT-score, hoe sterker het vermijdingsgedrag.

### ***Behandeling***

De EMDR-behandeling werd uitgevoerd volgens het protocol dat Shapiro speciaal voor enkelvoudige fobieën heeft ontwikkeld (Shapiro, 1994c). Een dergelijke behandeling

richt zich op de volgende ervaringen: de allereerste confrontatie met het fobisch object (i.c. spin), de meest aversieve confrontatie met het fobisch object, de meest recente ervaring en een toekomstige ervaring met het fobisch object. Vanwege de beschikbare tijd (1 uur) werden alleen de drie laatstgenoemde ervaringen aan een EMDR-procedure onderworpen. Bij elke ervaring werden de volgende stappen gezet: allereerst formuleerde de cliënt de negatieve en positieve cognities behorende bij de betreffende ervaring (bijv. 'Ik ben zwakker dan de spin'; 'Ik ben iemand die de spin onder controle heeft'). Vervolgens beoordeelde de cliënt de geloofwaardigheid van de positieve cognitie (de zgn. Validity of Cognition: VOC) aan de hand van een zeven-puntsschaal (1 = 'helemaal niet geloofwaardig'; 7 = 'zeer geloofwaardig'). Daarna beschreef de cliënt de lichamelijke sensaties behorende bij de ervaring en scoorde zij de mate van spanning die de ervaring oproep op een tien-puntsschaal (SUD), waarbij 1 stond voor 'helemaal niet gespannen' en 10 voor 'zeer gespannen'. Ten slotte riep de cliënt het beeld, de negatieve cognitie en de emoties van de betreffende ervaring zo goed mogelijk op. Zodra de cliënt aangaf dat zij hierin slaagde werd de eerste serie van oogbewegingen uitgevoerd. Het ging daarbij telkens op 24 horizontale saccades die door handbewegingen van de therapeut werden uitgelokt. Na elke serie rapporteerde de cliënt kort welke gedachte, welk beeld of welk gevoel er in haar opkwam. Indien het negatief gechargeerd materiaal betref werden opnieuw oogbewegingen geïnitieerd. Bij een neutraal (d.w.z. niet aan spinnen gerelateerd) beeld of gevoel werd de cliënt verzocht terug te keren naar de oorspronkelijke (aversieve) ervaring en een SUD-score (1-10) te rapporteren. Zolang de SUD-score hoog bleef, werd de cliënt verzocht de ervaring opnieuw in gedachte te brengen en initieerde de behandelaar een nieuwe serie oogbewegingen. Bij de (volgens de cliënt) laagst mogelijke SUD-score werd de positieve cognitie geïnstalleerd (de zgn. 'reprocessing'-procedure), dat wil zeggen: de cliënt werd andermaal verzocht de oorspronkelijke (aversieve) ervaring op te roepen en daarbij te denken aan de eerder geformuleerde, positieve cognitie. Dit ging gepaard met het uitvoeren van laterale oogbewegingen, waarna de cliënt een VOC-score noemde. Deze gang van zaken werd zo lang herhaald totdat een maximale VOC-score werd bereikt (zie voor een uitvoeriger beschrijving van EMDR: Ten Broeke & De Jongh, 1993).

De twee cliënten ontvingen een exposure in vivo-behandeling van het type beschreven door Öst (1989). Deze behandeling bestaat uit een sessie (2 tot 2.5 uur) die neerkomt op hiërarchische blootstelling aan het fobische object (i.c. spin) in combinatie met modelleren door de therapeut. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat deze behandeling bij dierfobieën in meer dan 90 procent van de gevallen effectief is (Öst, 1989).

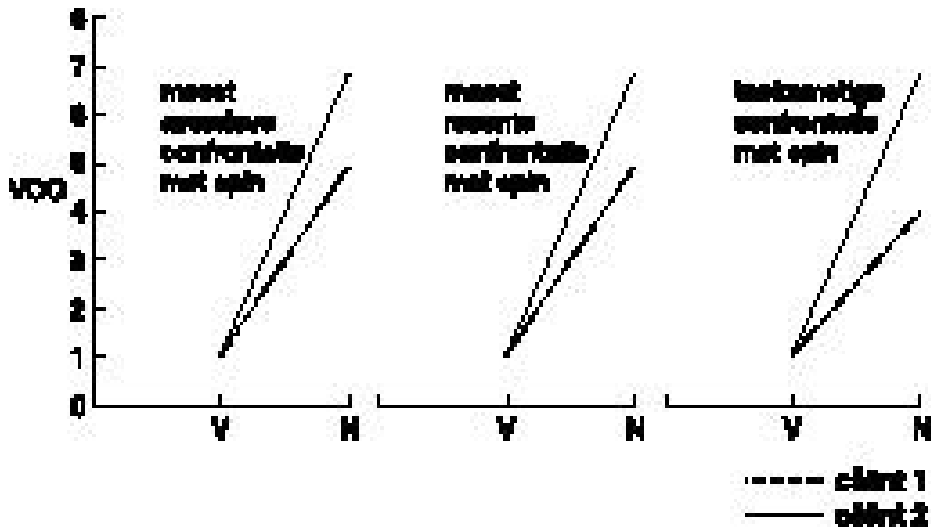
EMDR en exposure in vivo werden door verschillende therapeuten uitgevoerd. De tijd tussen beide interventies bedroeg circa dertig minuten. De therapeuten waren niet betrokken bij SPQ- en BAT-metingen.

De reden om de methodische kwestie die in de inleiding werd aangestipt aan de hand van deze twee cliënten nader te onderzoeken is simpel: beide cliënten vertoonden onder invloed van EMDR een exemplarische verandering in hun SUD- en VOC-scores.

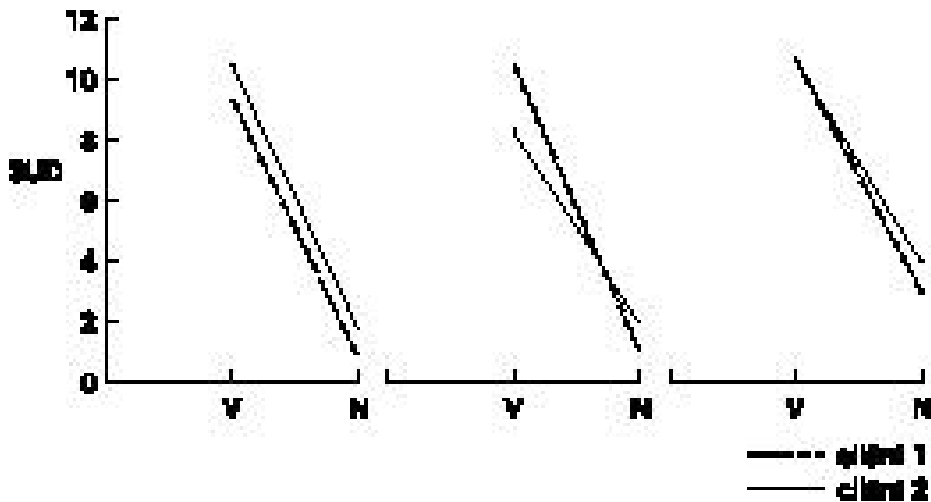
## Resultaten

Figuur 1 en 2 laten zien dat de EMDR-procedure bij beide cliënten gepaard ging met dalende SUD- en stijgende VOC-scores. Dit betekent niets anders dan dat de cliënten

rapporteerden dat de ervaringen minder aversief werden en uiteindelijk makkelijker te verbinden waren met positieve cognities.

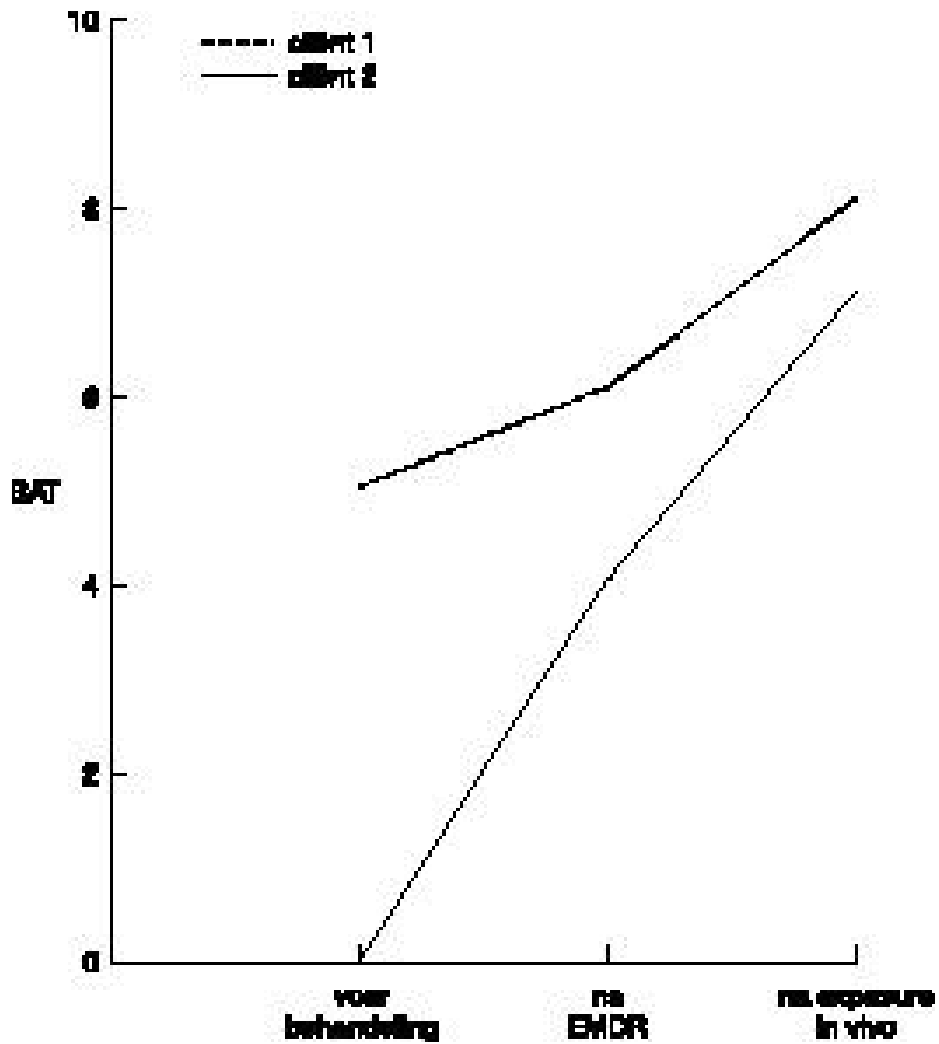


Figuur 1 VOC-scores van beide cliënten voor (V) en na (N) de EMDR-procedure.

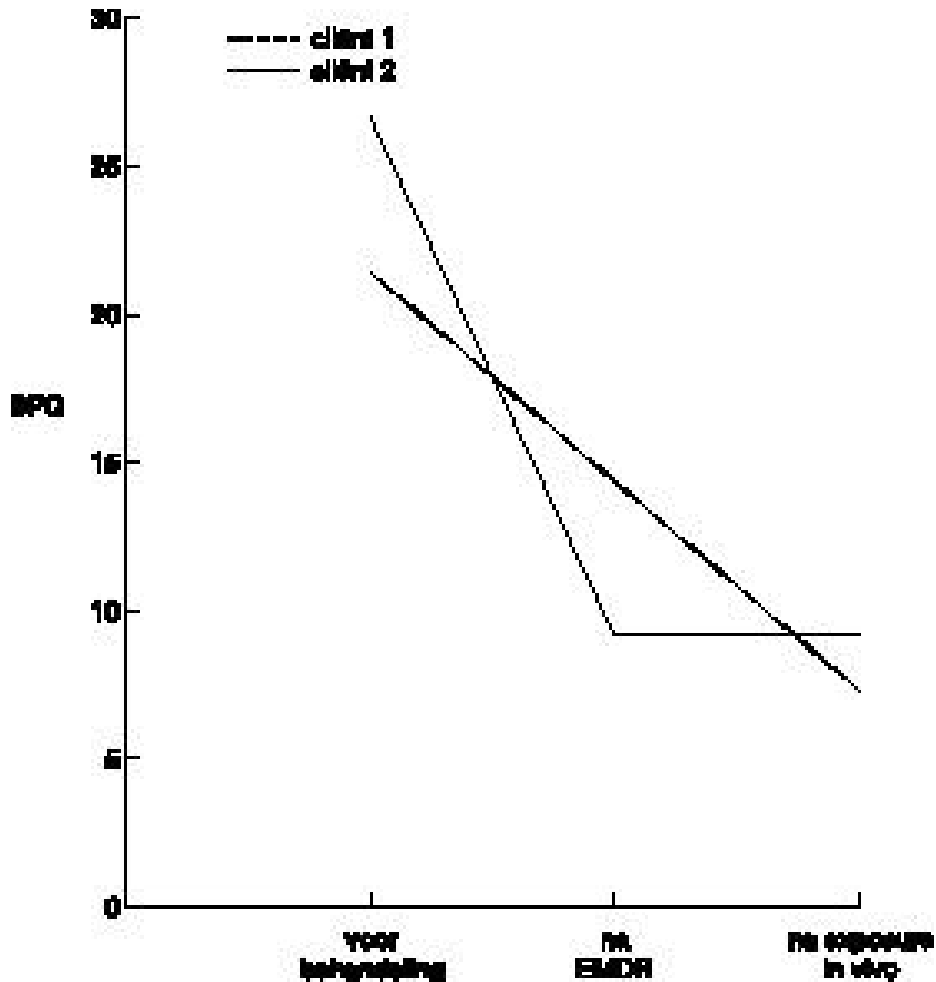


Figuur 2 SUD-scores van beide cliënten voor (V) en na (N) de EMDR-procedure.

SPQ- en BAT-gegevens worden in figuur 3 en 4 getoond.



*Figuur 3* BAT-scores van de twee cliënten gemeten voor behandeling, na EMDR en na exposure in vivo.



*Figuur 4 SPQ-scores van de twee cliënten gemeten voor behandeling, na EMDR en na exposure in vivo.*

Wat de SPQ betreft valt op dat beide cliënten na EMDR een behoorlijke afname vertoonden. Bij cliënt 2 daalde de SPQ met maar liefst zeventien punten; bij cliënt 2 bedroeg de daling zeven punten. Bij cliënt 1 leidde exposure tot een verdere daling van de SPQ met zeven punten; cliënt 1 liet onder invloed van exposure geen additionele SPQ-daling zien.

Met betrekking tot de BAT valt op dat cliënt 1 voor de EMDR-behandeling tot stap 5 kwam ('Raak de spin met het potlood aan'), na EMDR een winst boekte van slechts één stap (stap 6: 'Gooi de spin uit de pot en doe hem in de bak') en *pas na* de exposure de spin daadwerkelijk aanraakte (stap 8: 'Laat de spin over je hand lopen'). Bij cliënt 2 is een vergelijkbaar patroon waarneembaar. Voor EMDR kwam haar BAT-score niet boven de 1 uit (d.w.z. durft spin in de pot niet te benaderen); na EMDR bereikte ze stap 4 ('Draai deksel van de pot') en *pas na* exposure raakte ze de spin daadwerkelijk aan (stap 7: 'Raak de spin met je vinger aan').



## Discussie

Zet EMDR zoden aan de dijk bij de behandeling van enkelvoudige fobieën? Studies waarin die vraag positief wordt beantwoord (bijv. Marquis, 1991; Ten Broeke & De Jongh, 1993) hebben als tekortkoming dat ze in hoge mate leunen op scores op de SUD (spanning die geïmagineerde ervaring met zich meebrengt) en de VOC (geloofwaardigheid van de positieve cognitie). Het gaat hier om zelfrapportage-maten die potentieel vatbaar zijn voor 'demand characteristics' en 'experimenter bias' (zie Acierno et al., 1994a; Lohr et al., 1992; Herbert & Mueser, 1992). Daarnaast is er door critici (bijv. Herbert & Mueser, 1992) terecht op gewezen dat SUD-dalingen en VOC-stijgingen *onderdeel uitmaken* van de EMDR-procedure. Oogbewegingen worden zolang herhaald totdat de SUD een dieptepunt en de VOC een hoogtepunt bereiken. Om dan vervolgens met deze SUD-dalingen en VOC-stijgingen gunstige therapie-effecten te documenteren grenst aan een tautologische bewijsvoering.

Studies waarin wordt betwijfeld dat EMDR een waardevolle bijdrage kan leveren aan de behandeling van enkelvoudige fobieën (bijv. Acierno et al., 1994b; Sanderson & Carpenter, 1992) vallen op door een gebrekkig uitgevoerde EMDR-procedure. Afgaande op hun beschrijvingen lieten zowel Acierno et al. (1994b) als Sanderson en Carpenter (1992) de meer cognitieve component (d.w.z. het 'installeren' van positieve cognities) van EMDR achterwege. Dat maakt hun teleurstellende bevindingen minder overtuigend.

De hier gepresenteerde gevalsbeschrijvingen hebben niet de pretentie om een antwoord te geven op de vraag of EMDR zinvol is bij de behandeling van enkelvoudige fobieën. Deze kwestie kan alleen aan de hand van gecontroleerd onderzoek worden opgehelderd. Een belangrijk punt dat deze gevalsbeschrijvingen wél duidelijk maken betreft de eerder aangestipte discussie rondom de validiteit van SUD- en VOC-scores. Meer specifiek laat de bovenbeschreven casuïstiek zien dat een dramatische daling van SUD-scores en een dito stijging van VOC-scores *niet* noodzakelijkerwijze hun vertaling vinden in een spectaculaire vooruitgang op de BAT. Anders gezegd: ook al bereikt men met EMDR een maximaal resultaat in termen van afnemende spanning en toenemende geloofwaardigheid van positieve cognities, dan nog biedt dat geen garantie dat de cliënt in staat is om contact met de fobische stimulus te tolereren.

Men zou in dit verband twee dingen kunnen tegenwerpen. Ten eerste dat de EMDR-effecten niet beperkt bleven tot SUD- en VOC-veranderingen, maar ook werden gesuggereerd door SPQ-dalingen. Ten tweede, dat de vergelijking tussen EMDR en exposure niet evenwichtig was omdat aan EMDR minder tijd werd besteed (ca. 1 uur) dan aan exposure (ca. 2 uur). Beide kanttekeningen zijn niet erg overtuigend. Wat het eerste punt betreft valt nog steeds vol te houden dat de SPQ-dalingen een gevolg waren van de bij de cliënten aanwezige neiging om op een consistente manier SPQ-scores in overeenstemming te brengen met SUD- en VOC-veranderingen. De tweede kanttekening gaat voorbij aan de in de literatuur vaak geopperde claim dat EMDR-resultaten uiterst snel en binnen één sessie tot stand komen. Precieze richtlijnen voor de duur van zo'n sessie ontbreken, ofschoon Shapiro (1989) het in haar casusbeschrijving heeft over vijftig minuten. Voorts zij nogmaals herhaald dat het bij de bovenbeschreven gevallen ging om cliënten die tijdens de EMDR-procedure blijk gaven van een exemplarische verandering in SUD's en VOC's.

In meer algemene termen raakt de hier samengevatte discussie aan een uitgangspunt dat vrij gangbaar is in moderne emotie-theorieën, namelijk de gedachte dat emoties als angst zich in drie verschillende domeinen afspelen: subjectieve gevoelens, gedrag en fysiologische reacties (zie bijv. Hugdahl, 1981). Het is voorstelbaar dat therapeutische effecten zich beperken tot één van die domeinen (bijv. subjectief gerapporteerde angst). Voor zover het om enkelvoudige fobieën gaat zou men willen dat van zo'n beperking geen sprake is en dat eventuele behandelingseffecten zich tenminste uitstrekken tot het gedragsdomein. Vermijdingsgedrag vormt immers het *kernsymptoom* van de enkelvoudige fobieën.

Resumerend kan het volgende gesteld worden. In de hier beschreven casuïstiek werden twee spinnenfobici eerst met EMDR en daarna met exposure in vivo behandeld. Afgaande op de bij EMDR gebruikelijke subjectieve maten (SUD en VOC) was sprake van een zeer succesvolle behandeling. Dat succes werd ook gesuggereerd door de afname op een andere zelfrapportage-maat voor spinnenangst, namelijk de SPQ. Dit kwam echter veel minder tot uiting op een cruciale gedragstest voor fobische vermijding. Het was de exposure in vivo-behandeling die residuele fobische vermijding elimineerde. Deze observaties ondersteunen de redenering van critici als Acierno et al. (1994a), Lohr et al. (1992) en Herbert en Mueser (1992) dat bij het documenteren van EMDR-effecten niet volstaan mag worden met subjectieve maten als SUD en VOC.

---

### **Abstract**

*Two spider phobics were first treated with Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and then received an exposure in vivo session. Results showed positive effects of EMDR, but also suggest that it is especially self-report measures that are sensitive to EMDR. Improvement on a behavioral measure was less pronounced and exposure was necessary to eliminate residual avoidance behavior. This observation confirms the position of those EMDR critics who point out that emdr effects should be documented with objective and standardized evaluation instruments.*

### **Noot**

- 1 Of een spinnenfobie beter te behandelen is met EMDR dan met exposure was onderwerp van een gecontroleerde studie die door beide auteurs onlangs werd afgesloten. De hier beschreven cliënten maakten deel uit van de steekproef waarop deze gecontroleerde studie is gebaseerd.

### **Referenties**

- Acierno, R., Hersen, M., Hasselt, V.B. van, Tremont, G., & Meuser, K.T. (1994a). Review of the validation and dissemination of eye movement desensitization and reprocessing: A scientific and ethical dilemma. *Clinical Psychology Review*, 14, 287-299.
- Acierno, R., Tremont, G., Last, C., & Montgomery, D. (1994b). Tripartite assessment of the efficacy of eye movement desensitization in a multi-phobic patient. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 259-276.
- Boudewyns, P.A., Stwertka, S.A., Hyer, S.A., Albrecht, J.W., & Sperr, E.V. (1993). Eye movement desensitization for PTSD of combat: A treatment outcome pilot study. *The Behavior Therapist*, 16, 2-7.

- Broeke, E. ten, & Jongh, A. de (1993). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): praktische toepassingen en theoretische overwegingen. *Gedragstherapie*, 26, 233–254.
- Herbert, J.D., & Muesser, K.T. (1992). Eye movement desensitization: A critique of the evidence. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 169–174.
- Hugdahl, K. (1981). The three-systems-model of fear and emotion. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 75–85.
- Jensen, J.A. (1994). An investigation of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for posttraumatic stress disorder (PTSD) symptoms of Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 25, 311–325.
- Jong, P.J. de, Arntz, A., & Merckelbach, H. (1993). The startle probe response as an instrument for evaluating exposure effects in spider phobia. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 15, 301–316.
- Kleinknecht, R.A., & Morgan, M.P. (1992). Treatment of posttraumatic stress disorder with eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 43–49.
- Klorman, R., Weerts, T.C., Hastings, J.E., Melamed, G.B., & Lang, P.J. (1974). Psychometric description of some specific fear questionnaires. *Behavior Therapy*, 5, 401–409.
- Lohr, J.M., Kleinknecht, R.A., Conley, A.T., Cerro, S.D., Schmidt, J., & Sonntag, M.E. (1992). A methodological critique of the current status of eye movement desensitization (EMDR). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 159–167.
- Marquis, J.N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 187–192.
- Merckelbach, H. (1993). 'Eye movement desensitization': kanttekeningen bij De Jongh en Ten Broeke. *Directieve Therapie*, 13, 171–177.
- Merckelbach, H., Hogervorst, E., Kampman, M., & Jongh, A. de (1994). Eye movement desensitization heeft geen effect op de emotionele reactiviteit van normale proefpersonen. *Gedragstherapie*, 27, 33–49.
- Öst, L.G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1–7.
- Öst, L.G., & Hugdahl, K. (1981). Acquisition of phobias and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 439–447.
- Pellicer, X. (1993). Eye movement desensitization treatment of a child's nightmares: A case report. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 73–75.
- Puk, G. (1991). Treating traumatic memories: A case report on eye movement desensitization procedure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 149–151.
- Pitman, R.K., Orr, S., Altman, B., Longpre, R.E., Poire, R.E., & Lasko, N.B. (1993). *A controlled study of eye movement desensitization/reprocessing treatment for post-traumatic stress disorder*. (Paper presented at the annual meeting of the American Psychiatric Association) Washington, DC.
- Rosenthal, T.L. (1993). To soothe the savage breast. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 439–462.
- Sanderson, A., & Carpenter, R. (1992). Eye movement desensitization versus image confrontation: A single-session crossover study of 58 phobic subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 269–275.
- Shapiro, F. (1989a). Eye movement desensitization: A new treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211–217.
- Shapiro, F. (1989b). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199–223.
- Shapiro, F. (1991a). Eye movement desensitization and reprocessing; A cautionary note. *The Behavior Therapist*, 14, 8.
- Shapiro, F. (1991b). Eye movement desensitization & reprocessing procedure: From EMD to EMD/R. A new treatment model for anxiety and related traumata. *The Behavior Therapist*, 14, 133–136.
- Shapiro, F. (1994a). International update. *EMDR Network Newsletter*, 1, 1–4.
- Shapiro, F. (1994b). EMDR: In the eye of a paradigm shift. *The Behavior Therapist*, 17, 153–156.
- Shapiro, F. (1994c). *Persoonlijke mededeling*.
- Tudor, T. (1994). Healing the heart: EMDR in post-unification MPD therapy. *EMDR Network Newsletter*, 1, 8–9.
- Wernik, U. (1993). The role of the traumatic component in the etiology of sexual dysfunctions and its treatment with eye movement desensitization procedure. *Journal of Sex Education and Therapy*, 19, 212–222.