



[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 en non-specifieke motivering: een casuïstisch verhaal

Nelleke Huson en Kees van Wijk\*

---

## Samenvatting

*Dit artikel beschrijft het bewust gebruikmaken van non-specifieke factoren en suggesties bij de behandeling met Eye Movement Desensitization and Reprocessing van een vrouw met hardnekkige somatoforme klachten.*

## Inleiding

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) werd eind jaren tachtig geïntroduceerd door de Amerikaanse psychologe Shapiro (1989) als een nieuwe en krachtige methode voor de behandeling van psychotrauma's. De procedure is eenvoudig: de therapeut vraagt de patiënt zich de traumatische gebeurtenis helder voor de geest te halen met de daarbij behorende cognitie of overtuiging (bijvoorbeeld 'Ik ben machteloos'), de emoties en de lichamelijke spanningsreacties. Vervolgens biedt hij een afleidende stimulus aan door de patiënt te vragen zijn vinger te volgen die hij in een horizontale lijn op een afstand van ongeveer dertig centimeter voor het gezicht van de patiënt heen-en-weer beweegt. Andere voorbeelden van dergelijke stimuli zijn ritmische, bilaterale tonen en links-rechts alternerende aanraking van de handen, maar meestal wordt de heen-en-weer gaande vingerbeweging gebruikt. Na het aanbieden van de afleidende stimuli wordt de patiënt gevraagd het beeld los te laten en diep adem te halen, waarna de therapeut de ervaringen met de patiënt bespreekt.

Er zijn aanwijzingen dat EMDR minstens even effectief is als imaginaire exposure (Vaughan et al., 1994), veelal sneller werkt en minder belastend is voor de patiënt en therapeut (zie Pitman et al., 1996). Ten Broeke en De Jongh (1993) komen op grond van onderzoeksresultaten tot de conclusie dat deze behandelmethode een veelbelovende bijdrage aan de behandeling van posttraumatische stress-stoornissen (PTSS) kan leveren. Meer recent beschouwden Spector en Read (1999) vijftien experimentele studies. Zij concludeerden dat EMDR een effectieve vorm van psychotherapie is, vooral bij eenmalig trauma. Wel wijzen zij erop dat niet duidelijk is of EMDR het beter doet dan cognitieve therapie of exposure, waarvan de werkzaamheid al langer vaststaat. De rol van oogbewegingen en lateralisatie blijft controversieel en een direct verband tussen de theoretische uitgangspunten en de veronderstelde psychologische en neurologische veranderingen moet nog worden aangetoond (Van Trier, 2000).

Bij de hierna beschreven behandeling is door de therapeut een aantal elementen aan het oorspronkelijke protocol van Shapiro toegevoegd en benadrukt, om de motivatie van de patiënte en daarmee de kans van slagen van de behandeling te verhogen.

---

\* DRS. N. HUSON is werkzaam als GZ-psycholoog bij GGZ Delfland en Altrecht Geestelijke gezondheidszorg. Correspondentieadres: Stadhouderslaan 98, 3116 HT Schiedam.  
DRS. K. VAN WIJK is als psycholoog/psychotherapeut verbonden aan GGZ Delfland.

## Casus

### *Patiënte*

Mevrouw Somers is een 62-jarige, alleenwonende weduwe. Zij meldt zich op de polikliniek vanwege op het eerste gezicht merkwaardig aandoende klachten. Elk jaar, van augustus tot en met april (de periode dat ze zwanger was van haar dochter, 35 jaar geleden) heeft ze last van hevige pijnen die lijken op weeën. Haar bekkenbodem is dan 'slap' en ze heeft last van urineverlies, een enkele keer verliest ze ontlasting. In het begin van de maanden met pijn staat haar gezicht vol zwarte haren, die in een enkele dag verschijnen. De waarneming van zwarte haren lijkt eerder het gevolg van overmatige inspectie van de huid van haar gezicht en de grote zorgen die mevrouw Somers zich dan maakt over haar gezondheid, dan dat sprake is van psychotische belevingen. De klachten bestaan negentien jaar en zijn volgens de patiënte begonnen na een hypnotherapie sessie. Zij had toen last van 'gillende pijn over het hele lichaam', waarvoor zij behandeling vroeg. Over de periode van haar zwangerschap vertelt ze dat ze een zwangerschapsvergiftiging en kraamvrouwenkoorts had en dat ze 'erg slecht gelegen heeft'. Bovendien moest haar dochtertje de eerste weken in de couveuse, omdat ze te vroeg geboren was. Mevrouw Somers heeft deze periode als traumatisch beleefd, onder meer door de bejegening van het ziekenhuispersoneel.

Toen haar man in 1986 overleed en zij van de huisarts Oxazepam voorgeschreven kreeg, weet zij de depressie waarin zij vervolgens terecht kwam aan het gebruik van de benzodiazepinen. Hierdoor kreeg zij een 'explosie aan lichamelijke klachten'. Deze konden toentertijd goed bestreden worden door met de Oxazepam te stoppen en haar elke veertien dagen vitamine B-injecties te geven. Mevrouw gebruikt deze nog steeds.

Ze heeft goed over haar hulpvraag nagedacht. Ten tijde van de aanmelding heeft mevrouw Somers de ergste pijnperiode achter de rug. In januari van het volgend jaar wil ze op reis naar India (mevrouw is erg geïnteresseerd in esoterische literatuur, vooral oosterse geneeskunde). Ze vraagt nu om hypnose, om ervoor te zorgen dat haar reis ongestoord kan verlopen. Ze is van mening dat de periode van acht à negen maanden te maken heeft met de zwangerschap, nu 35 jaar geleden. Ter nadere informatie van de intaker geeft zij twee bladzijden met een uitvoerige beschrijving van de lichamelijke verschijnselen, die hier en daar nogal bizar aandoen. Mevrouw Somers is een vriendelijke, goed verzorgde, ietwat chic aandoende dame, die haar verhaal opgewekt en gemakkelijk vertelt. Haar taalgebruik is beeldend en ze legt veel nadruk op de beleving van haar klachten, kennelijk in een poging de intaker goed te doordringen van de ernst ervan. Het is onduidelijk wat de functie van de klachten is. Blijkbaar zijn er onverwerkte emoties die samenhangen met haar verleden. Mogelijk worden deze vertaald in lichamelijke klachten.

### *Behandeling*

De EMDR-behandeling wordt uitgevoerd volgens een protocol dat bestaat uit acht stappen (De Jongh & Ten Broeke, 1998; Shapiro, 1995; zie ook Scharwächter 2001, elders in dit nummer). De procedure is kort samengevat als volgt:

- 1 Bepalen van het op dit moment meest dramatische beeld van de traumatische herinnering.

- 2 Het vinden van een zogenaamde negatieve, disfunctionele overtuiging die hierop betrekking heeft.
- 3 Het formuleren van een positieve, tegengestelde overtuiging.
- 4 Het bepalen van de emotie die samengaat met het beeld en de plaats in het lichaam waar die emotie het sterkst wordt gevoeld.
- 5 Concentratie door de patiënt op de negatieve cognitie en de lichamelijke belevingen die daarmee gepaard gaan, waarna zij met haar ogen de hand van de therapeut volgt die snel heen-en-weer beweegt, meestal in een horizontale lijn voor het gezicht (ook andere bilaterale stimuli zijn bruikbaar, zie inleiding). Vervolgens vertelt de patiënt wat er in haar opkwam, hetgeen het uitgangspunt vormt voor de volgende serie handbewegingen.
- 6 Als de patiënt aangeeft dat de spanning voldoende is gedaald, wordt het beeld, samen met de positieve cognitie, blootgesteld aan enkele series oogbewegingen tot de positieve cognitie 'waar' aanvoelt.
- 7 Er wordt gecontroleerd of ergens in het lichaam nog spanning aanwezig is. Deze wordt op dezelfde manier behandeld.
- 8 Bij de afsluiting krijgt de patiënt nog enige raadgevingen, zoals het bijhouden van een dagboek, waarvan de gegevens in een volgende sessie kunnen worden gebruikt.

Om de kans op succes bij mevrouw Somers te vergroten, besluit de therapeut een aantal elementen toe te voegen en te benadrukken. Uitgangspunt hierbij is om haar in een zodanige positie te brengen dat verandering wel moet volgen. In het voorgesprek, waarin de hulpvraag van patiënte centraal staat (hypnotherapie), wordt haar EMDR voorgesteld als een 'nieuwe' therapie met krachtige resultaten, die gericht is op 'verwerking van herinneringen, gedachten en angsten'. Mevrouw wordt uitgelegd hoe de behandeling zal verlopen en er wordt lang stilgestaan bij de rationale van de oogbewegingen. Hiertoe gebruikt de therapeut de van Shapiro afkomstige parallel met de REM-slaap, die tot functie zou hebben dagelijkse gebeurtenissen op een natuurlijke wijze te verwerken. De suggestie daaronder is dat het kunstmatig opwekken van oogbewegingen een soort snelkookpaneffect heeft, waardoor ook langbestaande traumatische herinneringen snel verwerkt kunnen worden.

Vervolgens wordt aan mevrouw Somers duidelijk gemaakt welke responsen van haar worden verwacht en hoe ze zich tijdens de EMDR-sessies moet gedragen. De therapeut vertelt haar dat nare gedachten en herinneringen bij de meeste mensen verdwijnen na enkele sets oogbewegingen en dat het vervagen van de beelden een normale, te verwachten reactie is en een teken dat de verwerking op gang is gekomen. Ook hoort zij dat bij de meeste mensen meer positieve gedachten naar boven komen over zichzelf in relatie tot de traumatische herinnering. Dit wordt geïllustreerd aan de hand van enige voorbeelden. Ten slotte krijgt ze een artikel uit een damesblad met succesverhalen, geschreven door Ten Broeke, mee naar huis.

Om de kans van slagen van de therapie verder te vergroten, houdt de therapeut mevrouw Somers de volgende *double-bind* voor: 'Het is gebleken dat de behandeling het best aanslaat bij mensen die echt van hun klachten afwillen', gevolgd door enkele fictieve voorbeelden van mensen die dit blijkbaar niet wilden (dat zij dit 'echt' wilde had ze de therapeut inmiddels in diverse toonaarden duidelijk gemaakt). Ook wordt in navolging van Shapiro duidelijk gemaakt dat het de eigen hersenen zijn, die de genezing tot stand brengen en de patiënt zelf degene is die daarover beslist – de invloed van de therapeut hierop is minimaal.

De duur van de therapie wordt beperkt tot drie sessies. Mevrouw Somers hoort dat het geen zin heeft langer door te gaan, als op het eind van de derde sessie de belangrijkste veranderingen niet hebben plaatsgevonden. Bij het zogenaamde desensitisatieproces zelf vraagt de therapeut voortdurend naar wat er verandert of veranderd is – hiermee uiteraard suggererend dat er iets verandert. (Shapiro vraagt hier voornamelijk naar ‘wat er opkomt, wat er gebeurt, wat er door je heen gaat’.) De SUD’s (een subjectieve angstscore die kan variëren van 0 tot 10, zie Scharwächter, 2001, elders in dit nummer) worden vaker nagevraagd dan in het oorspronkelijke protocol. Mevrouw Somers leert zo al snel dat ze de sessie kan beëindigen door te zeggen dat de SUD’s afnemen.

Een laatste, niet onbelangrijke factor, is de houding van de therapeut. Deze stelt zich op als facilitator van het proces, geeft aan dat hij ook niet goed begrijpt hoe EMDR werkt en toont zich blij verrast met de veranderingen die de patiënte meldt. Samen verbazen ze zich erover dat het toch wonderlijk is dat zulke veranderingen het gevolg zijn van zo’n simpele procedure. Deze naïeve opstelling van de therapeut betreffende de te verwachten resultaten ondervangt mogelijk eventuele weerstand van de patiënte in relationeel opzicht en is bedoeld als een metacomplementaire manoeuvre (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1974).

Mevrouw Somers krijgt een samenvatting van het bovenstaande op schrift mee naar huis om thuis nog een rustig te kunnen lezen.

### ***EMDR–1<sup>e</sup> sessie***

De eerste sessie verschijnt mevrouw Somers opgewonden en enigszins gespannen. Ze kijkt uit naar deze nieuwe behandeling. Ze begint met nogmaals de ernst van haar lichamelijke klachten te benadrukken en staat lang stil bij de elk jaar gedurende negen maanden terugkerende ‘barensweeën’. Samen met de therapeut besluit ze dat de meest traumatische herinnering, die volgens haar ten grondslag aan de klachten ligt, het moment betreft waarop ze liggend op bed naar haar pasgeboren dochttertje werd gebracht, die in een couveuse lag en aan veel slangetjes verbonden was. Ze herinnert zich daarbij de kinderarts die op minachtende toon tegen haar zei: ‘Kijk, dit is wat je ter wereld hebt gebracht.’ Als disfunctionele cognitie hiermee samenhangend beschrijft ze onmacht, met als gewenste cognitie een gevoel van kracht en zelfvertrouwen. De SUD-score bedraagt 10. De EMDR-procedure verloopt gladjes. Mevrouw Somers ziet verschillende scènes voor haar geestesoog verschijnen en weer verdwijnen. Onder meer herinnert ze zich dat ze, toen ze eenmaal weer thuis was en haar dochttertje nog in het ziekenhuis verbleef, het gevoel had dat ze helemaal geen kind had gekregen. Ze beschouwt dit als een belangrijke ontdekking. Tijdens de volgende set oogbewegingen vraagt ze zich af of ze misschien daardoor elk jaar de bevalling overdoet en tijdens de volgende set of het feit dat ze binnenkort oma hoopt te worden, haar zal bevrijden van deze opgedrongen herbelevingen. Terwijl ze hiermee bezig, is voelt ze ‘het verdriet uit haar buik wegzakken’ en voelt ze moeheid in haar armen en benen. Deze moeheid maakt bij de volgende set plaats voor een vredig gevoel, waarbij ze het beeld ziet van een mooie boom. Een en ander gaat gepaard met boeren en winden, voor mevrouw Somers een teken dat een belangrijke schoonmaak in haar lichaam plaatsvindt. Ze sluit af met een rustig, aangenaam gevoel over haar hele lichaam en ziet er ontspannen uit.

## ***EMDR-2<sup>e</sup> sessie***

De volgende sessie vertelt mevrouw Somers dat ze na afloop een warme golf door haar lichaam voelde gaan, die enkele dagen aanhield. Ze sliep goed. Na twee dagen voelde ze wel krampen, maar in veel mindere mate dan voorheen. Ook voelde ze 'steken in haar hoofd'. De therapeut zegt dat hij hierop had gehoopt en dat dit een teken is dat de EMDR aanslaat en voorspoedig verloopt. Uit haar dagboek blijkt dat ze geen nieuwe beelden heeft gekregen die onderwerp van behandeling zouden kunnen zijn. Omdat ze aangeeft dat ze nu veel vroeger dan gebruikelijk de trekkingen in haar rug voelt die meestal aan de 'weeën' voorafgaan, wordt overeengekomen om deze sessie te beginnen met het focussen op de 'rugbanen waar de weeën zitten'. Mevrouw Somers kiest als ermee samenhangende disfunctionele cognitie de overtuiging dat ze zich groot moet houden en haar gevoelens niet mag uiten. Ze zou zichzelf toestemming willen geven haar emoties te tonen. Vanaf de eerste set oogbewegingen lijkt dit goed te lukken. Mevrouw Somers wordt erg verdrietig en huilt langdurig. Ze heeft diverse lichamelijke gewaarwordingen die in snel tempo verschuiven. De therapeut duidt dit als lichamenlijk opgeslagen herinneringen. Na de derde set oogbewegingen voelt ze zich meer ontspannen. Ze zegt een vredig gevoel te hebben en een prettig en beetje raar gevoel rondom haar hart. De pijn van de trekkingen in haar rug is dan verdwenen. Mevrouw Somers is er nu van overtuigd dat ze zich mag laten gaan. Er is geen overgebleven spanning meer in haar lichaam en ze is erg tevreden. Zelf verklaart ze dit succes door erop te wijzen dat ze zich 'helemaal heeft overgeleverd aan de therapie', waarvoor ze uiteraard complimenten ontvangt.

## ***Evaluatiesessie***

De evaluatiesessie vindt zes weken later plaats. Mevrouw Somers is verdrietig, omdat twee weken eerder haar zus is overleden. Ze praat er rustig over en er wordt lang bij stilgestaan. Als het onderwerp verschuift naar de veranderingen die de EMDR-behandeling heeft opgeleverd, toont ze zich erg tevreden. Het eerste dat haar opvalt, is dat ze ontzettend diep slaapt. Daarnaast voelt ze zich rustig van binnen en regelmatig zelfs gelukkig. De krampen zijn veel minder, maar nog niet helemaal weg. Ze heeft minder pijn in haar lichaam en loopt soepeler. De reumatische klachten waar ze de laatste tijd last van had en een reumatoloog voor consulteerde, zijn verdwenen. Als test heeft ze zich onderworpen aan het kijken naar een tv-programma over een bevalling en ze merkte dat ze geen angst had en rustig kon kijken. Mevrouw Somers concludeert dat er echt iets is veranderd. Ze voelde een verbetering vanaf de eerste EMDR-sessie, die doorzette na de tweede sessie. Ze wijst erop dat ze zelf natuurlijk al veel 'voorwerk' had gedaan door er veel over na te denken. Ook geeft ze aan dat ze het erg belangrijk vindt dat ze zich serieus genomen voelt. De behandeling wordt afgesloten nadat mevrouw Somers en de therapeut zich nog even verbaasd hebben over dat dit toch allemaal mogelijk is en er kennelijk meer is tussen hemel en aarde.

## ***Follow-up***

Na een halfjaar wordt mevrouw Somers uitgenodigd voor de follow-up. In de uitnodigingsbrief staat dat de therapeut onder de indruk is van de resultaten van de behandeling en dat we haar hulp als 'ervaringsdeskundige' inroepen in verband met

de voorbereiding van een artikel over de werking van EMDR. Mevrouw Somers verschijnt op de afspraak en vertelt opgetogen dat ze geen lichamelijke klachten meer heeft. Ze beschrijft gedetailleerd de veranderingen die plaatsvonden na de behandeling. In augustus, de maand waarin elk jaar de zogenaamde 'weeën' beginnen, had ze er maar één week in lichtere mate last van. Eventuele haargroei in haar gezicht werd door haar niet genoemd. Haar verklaring voor de lichte klachten is dat haar lichaam niet vergeten is wat in het verleden met haar is gebeurd, maar door de verwerking door de EMDR-sessies hielden de klachten niet aan. Een week voor het gesprek is haar dochter bevallen van een zoon. Ook dit was een moeizame bevalling. Mevrouw Somers kent hieraan de betekenis toe dat zij eindelijk haar bevalling kan loslaten. De cirkel is doorbroken. Mevrouw Somers voelt zich vol en vredig van binnen en toont zich verdrietig over de mensen die dit gevoel moeten missen. Ze heeft het gevoel dat ze nu pas openstaat voor de echt waardevolle dingen in het leven. Op de vraag wat haar volgens haar geholpen heeft, benadrukt ze het belang van de suggesties (o.a. de uitgebreide voorbereiding op de behandeling), de rituele handelingen (de oogbewegingen) en de nazorg (de follow-up vindt ze erg belangrijk voor de uiteindelijke afsluiting van twintig jaar klachten).

## Beschouwing

Therapeuten die EMDR toepassen, maken meestal gebruik van het behandelprotocol van Shapiro. Dit protocol geeft duidelijkheid voor de therapeut over de te nemen stappen en het structureert de behandeling. Bij voornoemde behandeling is hier bewust op een aantal punten van afgeweken. De bedoeling hiervan was het bestaande protocol op enkele punten zo aan te scherpen, dat suggestieve elementen ingebracht en benadrukt zouden kunnen worden, in een poging de kans op een succesvolle afloop bij deze patiënte te vergroten. De reden hiervoor was de opvatting van de auteurs dat in de oorspronkelijke opzet van Shapiro goed gebruik wordt gemaakt van non-specifieke factoren, die nog wat duidelijker geformuleerd konden worden (bijv. de rationale van de therapie). Daarnaast speelde de persoonlijkheid van de patiënte een grote rol. Ze vraagt in eerste instantie om hypnotherapie. Haar klachtenontwikkeling en haar reacties op eerdere therapieën doen vermoeden dat mevrouw Somers gevoelig is voor suggesties. Het EMDR-protocol leek in aangepaste vorm deze mogelijkheid goed te bieden.

Een enkele opmerking is hier op zijn plaats. Het bewust gebruikmaken van suggesties en non-specifieke factoren kan bij sommigen aanleiding zijn tot vragen van ethische aard. Zo zou men zich kunnen afvragen of bij de eerdergenoemde double-bind, waarbij de relatie wordt gelegd tussen de motivatie van de patiënte en het uiteindelijke therapieresultaat, de verantwoordelijkheid voor de uitkomst van de behandeling niet teveel bij de patiënte wordt gelegd, die dan de 'schuld' krijgt van een eventueel mislukken. Dit laatste is uiteraard niet de bedoeling van de therapeut. Bij deze interventie is gepoogd zo veel mogelijk aan te sluiten bij wat er al is bij de patiënte (namelijk motivatie), om op deze wijze de overtuiging bij haar te doen postvatten dat een positief therapieresultaat welhaast onvermijdelijk is.

Shapiro (1989) geeft een verklaring voor de werkzaamheid van EMDR in neurofysiologische termen, die nogal ingewikkeld is, waarbij ze gebruikmaakt van een informatieverwerkingsmodel dat geïntroduceerd werd door Bower (1981) en Lang

(1979). Merckelbach (1993) spreekt in dit verband van een 'cryptoneurologische' verklaring en veronderstelt dat door de afwisseling van exposure en afleiding tijdens de EMDR-procedure subtiele vermijdingsresponsen die tijdens de exposure kunnen optreden, hun effectiviteit verliezen. Maar ook deze opvatting lijkt niet geheel de veranderingen die kunnen optreden bij EMDR te verklaren (Van Wijk, 1993). In dit artikel werd vooral naar de bijdrage van suggesties en non-specifieke factoren aan de EMDR-behandeling gekeken. Het is niet onze bedoeling hiermee de werking van EMDR te reduceren tot 'alleen maar' suggestie. Wel wijzen wij op het belang van cognitieve herstructurering. Er is echter nog geen algemeen aanvaard verklarende mechanisme en het is de vraag of dat er ooit zal komen. Op dit moment lijkt het de moeite waard de bestaande therapiepraktijk ook vanuit andere invalshoeken te beschouwen en zo mogelijk aan te passen aan de eigenaardigheden van de patiënt.

---

### Abstract

*This article describes the application of non-specific factors and suggestions to the treatment with Eye Movement Desensitization and Reprocessing of a woman with chronic somatoform complaints.*

### Referenties

- Bower, G.H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Broeke, E. ten, & Jongh, A. de (1993). Een nieuwe behandelingsmethode voor angst en trauma's: Eye movement desensitization and reprocessing. *Directieve Therapie*, 13, 161-170.
- Jongh, A. de, & Broeke, E. ten (1998). Eye Movement Desensitization and reprocessing bij posttraumatische stress-stoornissen. In B.P.R. Gersons & I.V.E. Carlier (red.), *Behandelingsstrategieën bij posttraumatische stress-stoornissen* (pp. 91-101). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Kalmthout, M.A. van (1998). Metatheorieën. In W. Trijsbrug, S. Colijn, E. Collumbien & G. Lietaer, *Handboek Integratieve Psychotherapie. Inventarisatie en perspectief* (pp. 1.1.2-1-1.2-21). Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Lang, P.J. (1979). A bioinformational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Lohr, J.M., & Lilienfeld, S.O., Tolin, D.F., & Herbert, J.D. (1999). Eye Movement and reprocessing: An analysis of specific versus nonspecific treatment factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 185-207.
- Macklin, M., Metzger, L.J., Laasko, N.B., Berry, N.J., Orr, S.P., & Pitman, R.K. (2000). Five-Year follow-up study of eye movement desensitization and reprocessing therapy for combat-related posttraumatic stress disorder. *Comprehensive-Psychiatry*, 42, 24-27.
- McNally, R.J. (1999). EMDR and Mesmerism: A comparative historical analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 225-236.
- Merckelbach, H. (1993). Eye Movement Desensitization: kanttekeningen bij De Jongh en Ten Broeke. *Directieve Therapie*, 13, 172-176.
- Pitman, R.K., Orr, S.P., Altman, B., Longpre, R.E., Poiré, R.E., & Macklin, M.L. (1996). Emotional processing during eye-movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419-429.
- Shapiro, F. (1989). Eye Movement Desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.
- Spector, J., & Read, J. (1999). The current status of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 165-174.



- Trier, J. van (2000). Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR) als behandeling bij posttraumatische stress-stoornis. Een gevalbeschrijving. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 42, 613-617.
- Vaughan, K., Armstrong, M.S., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W., & Tarrrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283-290.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1974). *De pragmatische aspecten van de menselijke communicatie*. Houten/Antwerpen: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Wijk, K. van (1993). Reactie op 'Eye movement desensitization' van Harald Merkelbach. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 13, 391-393.