



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

Dilemma's voor de therapeut

De behandeling van een onder doodsb bedreiging verkrachte vrouw

Johan Vanderlinden en Marc Van Bellinghen*

Samenvatting

In dit artikel wordt de behandeling beschreven van een vrouw met een ernstige eenmalige traumatische ervaring. Na een moeizame start waarbij de cliënte aanvankelijk psychiatrisch-psychotherapeutisch wordt begeleid, komt er een spectaculaire verbetering na één sessie EMDR. Deze verbetering houdt echter slechts tijdelijk stand, onder meer omdat cliënte zich plotseling erg bedreigd voelt ten gevolge van een gerechtelijke beslissing. Deze tijdelijke terugval illustreert hoe de maatschappelijke en juridische context bijdragen aan het verwerken van ernstige traumatische gebeurtenissen. Tot slot volgt een reflectie op allerlei therapeutische dilemma's bij planning van deze traumabehandeling.

Het traumatische voorval

Nadat ze in de vroege namiddag na afloop van haar werk thuis was gekomen, werd mevrouw Peeters gedurende een paar uur in gijzeling gehouden door een onbekende man die haar huis was binnengedrongen. Hij bedreigde de 26-jarige vrouw met een mes en revolver. De inbreker dwong haar zich te ontkleden en zich op handen en voeten te verplaatsen en dreigde voortdurend dat hij haar zou doden. Hij suggereerde hierbij onder andere dat hij haar zou ophangen, elektrocuteren, wurgen of de keel zou opensnijden. Uiteindelijk werd ze vastgebonden op haar bed en verkrachtte hij haar. De vrouw vertelt hierover dat zij toen wegzweefde uit haar lichaam en van op een afstand toekeek naar wat er gebeurde. Zelf voelde ze op dat moment niets. Na ongeveer twee uur van vernederingen, doodsb bedreigingen en verkrachting verdween de man.

Mevrouw Peeters bleef panisch van angst alleen achter, maar slaagde er toch in zichzelf te bevrijden. Ze contacteerde de burens met de boodschap dat ze geconfronteerd was geweest met een inbreker. De politie was snel ter plaatse en na een intensieve speuractie kon de dader binnen korte tijd worden opgepakt en in voorarrest worden gezet.

Na het voorval ontwikkelt de vrouw meteen allerlei posttraumatische stressreacties. Als ze alleen thuis is, verstijft ze van angst. Met hulp van familie wordt ervoor gezorgd dat ze nooit alleen is. Buitenhuis is ze steeds op haar hoede en screent ze iedereen op straat. 's Nachts kan ze haast niet meer slapen, ze is constant op haar hoede en hoort voortdurend vreemde geluiden in huis. Overdag voelt ze zich meer en meer uitgeput;

* DR. J. VANDERLINDEN is als psycholoog-psychotherapeut verbonden aan de dienst eetstoornissen van het Universitair Psychiatrisch Centrum K.U. Leuven, campus Kortenberg (België) en als academisch consultant aan de Faculteit Psychologie, afdeling Psychopathologie en Psychodiagnostiek van de K.U. Leuven. E-mail: johan.vanderlinden@uc-kortenberg.be. DR. M. VAN BELLINGHEN, kinder- en jeugdpsychiater, diensthoofd kinder- en jeugdpsychiatrie, OLV Ziekenhuis Aalst, campus Asse. Met dank aan Ad de Jongh voor het overleg bij de planning van de behandeling.

noodgedwongen stopt ze met werken. Beelden van de traumatische gebeurtenis blijven door haar hoofd spoken.

De eerste behandeling: ondersteuning, blootstelling en schrijven

Uiteindelijk ontwikkelt mevrouw Peeters paniekaanvallen en belandt ze op de urgentiedienst van een algemeen ziekenhuis waar een psychiatrisch consult plaatsvindt. Na een kort verblijf in het ziekenhuis wordt een ambulante behandeling gestart bij een psychiater in de buurt. In een eerste fase wordt vanuit een empathisch-ondersteunende houding vooral psycho-educatief gewerkt. De diagnose van acute stressstoornis, evoluerend naar een posttraumatische stressstoornis (PTSS) wordt met de cliënte en haar man uitvoerig besproken. Mevrouw wordt aangemoedigd haar verhaal te doen, zich de gebeurtenissen te herinneren en haar emoties hierover te ventileren en te delen. Tegelijkertijd worden afspraken gemaakt om het vermijdingsgedrag – zoals het niet alleen thuis durven zijn – zo snel mogelijk af te bouwen. Tevens wordt een psycholoog¹ om advies gevraagd in verband met de mogelijkheid voor een EMDR-behandeling.

Ongeveer een maand na het traumatische voorval vindt bij de psycholoog een nieuw intakegesprek plaats om de mogelijkheid en zin van een EMDR-behandeling te taxeren. De cliënte vertelt dat ze tot het traumatische voorval nooit klachten heeft gekend en nooit behoefte heeft gehad aan psychologische begeleiding. Ze groeide op in een harmonisch gezin, studeerde, huwde en genoot volop van haar leven. Het klinische interview bevestigt de diagnose van PTSS met voortdurende herbelevingen (flashbacks en nachtmerries), het vermijden van de situaties en stimuli die verband houden met het trauma en een verhoogde alertheid en arousal met als gevolg onder andere slaapproblemen, depressieve stemming, angstgevoelens en lichamelijke uitputting.

Er wordt overwogen om te starten met een ‘eye movement desensitization and reprocessing’ (EMDR-)behandeling (Shapiro, 1995; De Jongh & Ten Broeke, 2004). EMDR werd eind jaren tachtig van de vorige eeuw door de Amerikaanse psychologe Francine Shapiro geïntroduceerd als een nieuwe en krachtige methode voor de behandeling van psychotrauma. Kenmerkend onderdeel van deze behandeling is dat de cliënt gevraagd wordt een traumatische herinnering (het beeld dat de situatie het meest kenmerkt, met de daaraan verbonden cognities, affect en somatische reacties) in gedachten te nemen, waarna een afleidende stimulus wordt aangeboden. Het bekendst en meest gebruikt zijn de afleidende oogbewegingen: de therapeut vraagt de cliënt met de ogen zijn handbewegingen te volgen.

Toch wordt bij mevrouw Peeters beslist nog even af te wachten vooraleer te starten met een EMDR-behandeling. Immers, het vreselijke trauma heeft zich nog maar één maand geleden voorgedaan, en de ervaring is zo afschuwelijk geweest dat de huidige reacties als normaal bestempeld kunnen worden. Gesuggereerd wordt dat de normale verwerking van dergelijke traumatische voorvallen langere tijd in beslag kan nemen. Wel wordt afgesproken dat mevrouw Peeters een dagboek zal bijhouden en haar gedachten en gevoelens zal opschrijven (Lange et al., 2003). Gedurende een zestal weken is er een wekelijkse communicatie via e-mail tussen de cliënte en de psycholoog. Hier volgen enkele fragmenten daaruit.

Maandag 6 juni

Heel slecht geslapen, nare dromen en gedachten, slecht ingeslapen. Ging vandaag proberen thuis te blijven, maar na deze slechte nacht kon ik het niet aan. Heb dan maar mijn strijk bij mijn ouders gedaan. Voelde me de hele dag eigenlijk niet op mijn gemak, de gedachten van 's nachts lieten mij de hele dag niet los.

Vrijdag 10 juni

Mijn man is nu voor een uurtje weg en ik blijf alleen achter thuis. Blijf toch heel alert en hoor elk geluid. Ik kijk behoorlijk veel naar buiten (tijdens het typen) om te zien of hij niet afkomt.

Maandag 13 juni

Politiemensen zijn vandaag geweest om de veiligheid van ons huis te controleren en tips te geven om het veiliger te maken. Dat ons huis iets veiliger kan vind ik geen probleem, maar ik heb wel last als de mensen beginnen over overmatig beveiligen (camera's, infrarood licht, enz.). Mijn kinderen wil ik niet laten opgroeien in een burcht, en dat wil ik zelf ook niet.

PS. Het houden van mijn 'dagboek' werkt echt verslavend en 'k zou het niet meer kunnen missen!

Maandag 17 juli (ongeveer één maand later)

Mijn energie kan precies niet op; vanmorgen heb ik de badkamers gekuist, mijn huis op orde gebracht, mijn was opgehangen en gesorteerd, enz. Ik voelde mij echt goed, weer eens op mijn gemak in ons eigen huis en in de tuin, hoe zalig... Ik heb een heel tof weekend gehad waar er precies geen plaats was voor nare gedachten en angsten. Maar eens ik alleen ben is het weer anders.

Vrijdag 21 juli

's Avonds was ik behoorlijk moe en we zijn vroeg gaan slapen. Ik had weer last van flashbacks en opeens dacht ik aan morgen en kreeg ik een beeld dat ik uit de living kwam en daar kreeg ik een beeld van het gezicht van de dader (dezelfde die ik steeds terugzie) maar dan enorm vergroot. Ik voelde me zo klein en zo weerloos. Ik werd precies de grond ingeboord en dat gaf een akelig gevoel.

Alhoewel het af en toe wat beter gaat (zie voorlaatste dagboekfragment) en mevrouw Peeters het schrijven in haar dagboek als een grote steun en hulp ervaart, blijft het leven toch gepaard gaan met een grote lijdensdruk. Daarom wordt ongeveer drie maanden na het traumatische voorval in gezamenlijk overleg beslist de EMDR-behandeling op te starten.

De EMDR-behandeling

Tijdens de taxatiesessie wordt de meest aversieve herinnering als uitgangspunt van de behandeling gekozen.

De voorbereiding verloopt vlot.

- 1 Als *beeld* kiest de cliënte het beeld en gelaat van de man zoals ze dat zag op het moment dat ze zich omdraaide in de wasplaats.
- 2 De *cognitie* die het best bij dit beeld past en ook nu nog voortdurend actueel is en haar regelmatig zeer beangstigt, is: 'Ik ben onveilig en in gevaar'.
- 3 *Affecten en somatische sensaties*. Wanneer ze terugdenkt aan het beeld en denkt dat ze in gevaar is, begint haar hart te bonzen, haar buik trekt helemaal samen; ze beschrijft een harde bol in haar buik.
- 4 Het *spanningsniveau* (de 'subjective units of discomfort' ofwel SUD) beoordeelt ze maximaal als 10.
- 5 Er wordt haar gevraagd om een *nieuwe cognitie* te bedenken en ze kiest: 'Ik ben veilig'. De geloofwaardigheid daarvan beoordeelt ze op een schaal van 1 (voelt erg ongelofwaardig aan) tot 7 (voelt zeer geloofwaardig aan) als 1: bijzonder ongelofwaardig dus.

Tijdens een volgende sessie, die ongeveer een tweetal uur in beslag neemt, start de EMDR-procedure waarbij mevrouw Peeters uitgenodigd wordt te denken aan het nare beeld van de man in de wasplaats en de daaraan verbonden cognitie ('ik ben onveilig') en affect en somatische reacties in gedachten te nemen. Als afleidende stimulus worden de oogbewegingen gebruikt en aan mevrouw wordt gevraagd met haar ogen de handbewegingen van de therapeut te volgen.

Aanvankelijk komt er niet zoveel naar boven. Na de oogbewegingen worden voornamelijk allerlei lichamelijke sensaties gemeld, zoals 'sneller ademen', 'zware benen' en 'hoofdpijn'. Na zo'n twintig oogbewegingen evalueert de therapeut voor het eerst het SUD-niveau en de patiënt geeft als cijfer een 9; een lichte daling. Op de vraag wat maakt dat ze nog altijd een 9 scoort, antwoordt ze dat ze zich nog steeds niet veilig voelt en hij haar nog steeds iets kan doen. Ze wordt uitgenodigd zich hierop te concentreren en er wordt verder gegaan met de oogbewegingen. Er komen meer en meer emoties naar boven, die de cliënte blijft vertalen in lichamelijke sensaties: 'tranen en hoofdpijn', 'tranen en sneller ademen', 'samentrekking van spieren in nek'... Na nog eens tien sets van oogbewegingen volgt een volgende evaluatie van het spanningsniveau en zij geeft als cijfer een 8; een lichte daling, maar nog steeds voelt zij zich niet veilig in haar huis. De daling zet zich gestaag voort. Na een uur of twee met in totaal ongeveer 120 oogsets is het spanningsniveau gedaald tot 1. Het beeld van de man is haast helemaal verdwenen: 'heel wazig en alleen nog een flits, juist een puntje'.

Er wordt een volgende sessie gepland voor het verder installeren van de positieve cognitie. Enkele dagen na deze sessie stuurt mevrouw Peeters de volgende mail:

Het is niet te geloven, maar je hebt mijn leven veranderd. Ik kan nu overal in huis zonder angst, de badkamers kuisen is geen probleem en een was insteken is een fluitje van een cent. De angsten zijn er quasi niet meer, soms nog wel aanwezig, maar niets vergeleken met vroeger en ik heb er ook controle over, ik ga niet in paniek een andere kamer in, maar blijf verder doen met wat ik bezig ben... Zelfs de keukendeur blijft al openstaan als het mooi weer is zoals gisteren en vandaag...

Bij de volgende sessie, een dikke week later, bevestigt de cliënte haar positieve verhaal uit de e-mail. Zij voelt zich in haar huis nu volkomen veilig en kan zich overal vrij bewegen. De cognitie 'ik ben veilig' is voor haar volledig geloofwaardig. Er wordt verder contact gehouden via e-mail en ze wordt verder psychotherapeutisch begeleid door de psychiater².

Justitie, terugval en verdere afloop

Bepaalde acties van politie en gerecht hebben mede bijgedragen tot heling. De politie is snel opgetreden en heeft na een intensieve speuractie de dader snel kunnen inrekenen. Mevrouw Peeters is van deze acties steeds uitvoerig op de hoogte gebracht. Na een viertal maanden volgt het proces en de cliënte wordt door de psychiater aangemoedigd dit proces bij te wonen. Tevens is afgesproken dat mevrouw Peeters tijdens het proces een persoonlijke boodschap voorleest, oog in oog met de dader, om op deze wijze het vreselijke voorval definitief af te sluiten. De dader wordt schuldig bevonden en krijgt een jarenlange gevangenisstraf. Mevrouw Peeters meldt dat ze nu het gevoel heeft dat de nachtmerrie definitief achter de rug is. Gedurende verscheidene maanden verloopt alles hierna vlekkeloos. Ze gaat ook weer aan het werk.

Drie maanden later krijgt mevrouw Peeters echter acuut een terugval na het lezen van een brief waarin de onderzoeksrechter meldt dat de beschuldigde in beroep gaat tegen zijn straf. Bovendien raakt ze erg gepreoccupeerd met de implicaties van de Belgische Wet Lejeune. Deze wet stelt dat misdadigers na het uitzitten van de helft van hun straf reeds kunnen vrijkomen. Hierdoor zijn plotseling alle onveiligheidsgevoelens teruggekeerd. Mevrouw Peeters is radeloos en zegt te vrezen dat het nooit voorbij zal gaan. De contacten met de psychiater worden geïntensifieerd en parallel daaraan wordt weer met de EMDR-behandeling begonnen. De psychiater acht haar werkonbekwaam en ze stopt weer met werken.

Mevrouw Peeters kiest bij de EMDR-behandeling als beeld wederom 'de man voor haar in de wasplaats', als gedachte 'ik ben onveilig', als lichamelijke sensatie 'een krop in de keel en spanning in de buik'. Het spanningsniveau is ongeveer 5 à 6 (op een schaal van 1 tot 10) en de geloofwaardigheid van de gedachte 'ik ben veilig' wordt beoordeeld als 5 op een schaal van 1 tot 7. Deze tweede EMDR-sessie verloopt veel vlotter dan de eerste sessie, en na een dertigtal sets oogbewegingen is de spanning weer gedaald tot de laagste score: 1.

Mevrouw vertelt tijdens de sessie spontaan: 'Ik krijg het beeld niet meer voor mij. Soms is het er nog een beetje vaag, maar dan flitst het weer onmiddellijk weg.' Nadien wordt nog de positieve gedachte 'Ik ben veilig' middels een vijftiental sets oogbewegingen geïnstalleerd en mevrouw Peeters beoordeelt de geloofwaardigheid van deze gedachte met een score van 7 (de hoogste score), volledig geloofwaardig dus.

Een bodyscan (een soort imaginaire reis door het lichaam) levert geen enkele spanning meer op. Drie maanden later functioneert mevrouw Peeters nog steeds normaal en is ze symptoomvrij.

Nabeschuiving

Bij het plannen van deze behandeling werden we met allerlei therapeutische vragen en dilemma's geconfronteerd. In deze behandeling werden namelijk verschillende traumabehandelingstechnieken aangeboden: psycho-educatie, opvang door politiediensten, blootstelling aan het traumatisch voorval, stoppen van vermijdingsgedrag, schrijfp opdrachten en EMDR-behandeling.

Een eerste vraag is dan ook welke therapeutische ingrediënten nuttig zijn geweest in de behandeling. We legden deze vraag ook voor aan mevrouw Peeters en zij bevestigde onze indruk dat de doorbraak in de behandeling pas op gang kwam na de EMDR-sessie. We stellen ons hierbij de vraag waarom de EMDR-behandeling in het geval van mevrouw Peeters zo effectief was? In feite is nog steeds niet veel bekend over de werkzame elementen in de EMDR-procedure. Onderzoek heeft inmiddels aangetoond dat de oogbewegingen in feite totaal overbodig zijn en hetzelfde therapeutisch effect bereikt kan worden bij het alternerend links-rechts aanbieden van geluiden of lichamelijke prikkels. Als het niet de oogbewegingen zijn die de techniek efficiënt maken, wat is het dan wel? Allereerst wordt er vermoedelijk maximaal gebruikgemaakt van de kracht van suggestie, zoals eerder al gesuggereerd werd door de psycholoog Richard McNally (1999). In een 'vergelijkend historisch onderzoek' beschreef hij op cynische wijze 'de opvallende gelijkenissen tussen de geschiedenis van het mesmerisme en de geschiedenis van EMDR'. Mevrouw Peeters had uitvoerig gelezen over de EMDR-behandeling en zij had zeer grote verwachtingen dat de behandeling haar probleem zou kunnen oplossen. Ook de steun van haar echtgenoot, die cliënte bij elke afspraak vergezelde, is zeker nuttig en belangrijk geweest in het genezingsproces. Ook hij koesterde hoge verwachtingen over de EMDR-aanpak.

De kracht van suggestie zal, naast het feit dat ook de politiediensten degelijk werk hadden afgeleverd en de dader opgesloten zat, zeer zeker een rol hebben gespeeld in de EMDR-behandeling van mevrouw Peeters, maar er is vermoedelijk meer aan de hand. Inmiddels bestaat meer dan voldoende wetenschappelijke evidentie die de werkzaamheid van EMDR ondubbelzinnig aantoonst (De Jong & Ten Broeke, 2003). We willen hier graag een leertheoretische visie naar voren schuiven, waarbij de procedure (het denken aan één significant beeld van het trauma in combinatie met cognities en lichamelijke sensaties) beschouwd kan worden als een vorm van exposure. In deze visie kunnen oogbewegingen beschouwd worden als een soort hypnotiserende afleiding, waardoor na verloop van tijd, het oorspronkelijke beangstigende beeld niet langer de angst en paniekreacties zal oproepen. Het werkzame ingrediënt is hierbij de uitdoving door gewenning aan angstige stimuli. Bovendien wordt het denken aan het

oorspronkelijke traumatische beeld steeds gevolgd door de oogbewegingen, wat resulteert in afleiding van de herinnering aan de gebeurtenis.

Bij EMDR worden taken aangeboden die zorgen dat de herinneringen vervagen. Door cliënten juist heel vaak met het oorspronkelijke traumabeeld te confronteren, gevolgd door de afleidende oogbewegingen, zouden nieuwe associaties in het geheugen kunnen worden aangeleerd en vastgelegd. Ook onze cliënte gaf spontaan aan dat de herinnering almaar vervaagde en er uiteindelijk niet meer was. Maar leertheoretici suggereren dat er naast de uitdoving van de angstreacties ook contraconditionering plaatsvindt. Korrelboom en Ten Broeke (1998) introduceren onder verwijzing naar Lang (1985) het begrip contraconditionering als het werkzame mechanisme bij de verwerking van trauma's. Volgens deze visie zou de behandeling eruit moeten bestaan de codering van het trauma in het geheugen te wijzigen. Bij contraconditionering wordt nieuwe, met het trauma onverenigbare informatie toegevoegd aan het bestaande emotionele netwerk, waardoor de oorspronkelijke traumabeelden niet langer de posttraumatische stressreacties oproepen.

Naast de vraag hoe de werkzaamheid van de EMDR-procedure verklaard kan worden, werden we bij de behandeling van mevrouw Peeters geconfronteerd met een ander therapeutisch dilemma, met name de vraag omtrent de timing: wanneer kan de EMDR-procedure of een andere traumabehandelingstechniek het beste worden toegepast? Is het aangewezen dit onmiddellijk na het traumatisch voorval te plannen of is het beter even te wachten zoals wij uiteindelijk beslisten? Is het verantwoord dit vreselijke trauma onmiddellijk weg te vegen uit het geheugen of is het zinnvoller de cliënte even de tijd te gunnen om te lijden, en erkenning en steun voor dit lijden te krijgen van familie, nabestaanden en politiediensten? Is het misschien niet juist goed om even te wachten om te zien of de normale verwerking van dit gebeuren kan plaatsvinden? We legden deze vraag ook voor aan mevrouw Peeters. Zij bevestigde ons dat het goed was dat ze toch even de tijd had gekregen om slachtoffer te zijn en zich bewust te worden van wat haar was overkomen voordat ze aan de EMDR-procedure was begonnen. De weken voorafgaand aan de EMDR-behandeling kreeg ze veel aandacht, steun en erkenning voor wat haar was overkomen en dit langs allerlei kanalen (echtgenoot, werkgever, familie, vrienden, politiediensten, onderzoekers, enzovoort) en dit was voor haar toch echt belangrijk. Bovendien had het wachten de hoop dat het beter zou gaan met deze aanpak alleen maar versterkt.

Een ander dilemma was de vraag of patiënte al dan niet het proces moest bijwonen. Mevrouw Peeters had zelf de wens oog in oog te staan met de dader en een persoonlijke boodschap te mogen voorlezen als een soort afscheidsritueel van haar traumatische gebeurtenis. In haar eigen perceptie van genezing zou ze pas 'echt' genezen zijn wanneer ze de confrontatie met de dader aankon. We vonden dit een zinvolle gedachte en aldus geschiedde.

Een laatste opmerking betreft de verantwoordelijkheid van het gerechtelijke systeem in dit genezingsproces. Zowel slachtoffer als behandelaars werden hier geconfronteerd met de destructieve invloed van het gerechtelijke systeem in het therapeutisch proces. Een opvallende terugval kwam er toen de brief werd geopend met de boodschap dat de dader in beroep ging tegen zijn straf. Hierbij ontstond bij onze cliënte ook de angst dat de Wet Lejeune zou kunnen toegepast worden. Deze wet van 31 mei 1888 voorziet in een voorwaardelijke invrijheidsstelling van gedetineerden. Een gedetineerde mag

om deze gunstmaatregel verzoeken als hij een derde van zijn veroordeling heeft uitgezeten. Mits aan een aantal voorwaarden is voldoen kan de dader dus vroegtijdig vrijkomen. Dit is vaak een nachtmerrie voor de slachtoffers, bijvoorbeeld omdat die vrezen dat de dader zich zal komen wreken.

Ook dit aspect verdient een kritische evaluatie, maar dan in politieke kringen!

Abstract

This article describes the treatment of a woman who was victim of a severe traumatic experience. Since a psychotherapeutic and psychiatric approach only resulted in a small amelioration, an EMDR session was planned resulting in a spectacular improvement. The improvement however was temporarily undone when the woman received a judicial notice stating that her offender was taking the case to Supreme Court. This setback illustrates how social and judicial context attributes to the processing of extreme traumatic experiences. The article concludes with a reflection on the therapeutic dilemmas concerning this trauma treatment.

Noten

- 1 Deze psycholoog is de eerste auteur, Johan Vanderlinden.
- 2 Deze psychiater is de tweede auteur, Marc Van Bellinghen.

Referenties

- Jong, A. de, & Broeke, E. ten (2003). *Handboek EMDR*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Korrelboom, C.W., & Broeke, E. ten (1998). Trauma, geheugen en contra-conditionering van de UCS-representatie. *Directieve therapie*, 18, 217-236.
- Lang, P.J. (1985). The cognitive psychophysiology of emotion: fear and anxiety. In: A.H. Tuma & J.D. Maser (eds.), *Anxiety and the anxiety disorders*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Ven, J.-P. van de, Schrieken, B., & Emmelkamp, P.M.G. (2003). INTERAPY. A controlled randomized trial of the standardized treatment of posttraumatic stress through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(5), 901-909.
- McNally, R. (1999). EMDR and Mesmerism: a comparative historical analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(1-2), 225-236.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedures*. New York: Guilford Press.