

EMDR u lečenju posttraumatskog stresnog poremećaja kod ratnih zarobljenika

Zoran Ilić

Sažetak

Iskustvo zatvaranja i izloženosti psihofizičkoj torturi predstavlja stres najvišeg intenziteta, koji u velikom procentu dovodi do posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP), i ima tendenciju hronifikacije. U okviru programa pomoći žrtvama torture u Centru za rehabilitaciju žrtava torture -IAN Beograd primenjujemo kognitivno bihejvioralnu metodu desenzitizacije i reprocesiranja brzim pokretima očiju (Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR), koja se pokazala uspešnom u lečenju i predstavlja deo integrativne terapijske procedure. U radu je izložen teorijski koncept ovog metoda uz neke specifičnosti rada sa žrtvama torture kao i prikaz slučaja.

UVOD

Metoda desenzitizacije i reprociranja pokretima očiju -EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

Godine 1987. je otkrivena, a 1989. promovisana nova psihoterapijska tehnika desenzitizacije brzim pokretima očiju (Shapiro, 1989). Ova, u osnovi bihevioralna tehnika, a kasnije, uvođenjem kognitivnog reprociranja, i bihevioralno-kognitivni metod zasnovan je na principu metoda recipročne inhibicije (posebno sistematske desenzitizacije i skrivene desenzitizacije - "*imaginal flooding*"). Ona inkorporira iskustvo i drugih terapijskih modaliteta: psihodinamski (rano iskustvo i sadržaj snova), značaj telesnih senzacija (na telo orijentisana terapija), osnaženja klijenta (na klijenta centrirana terapija) kao i sistemski pristup do konačne integracije efekata terapije (interaktivna terapija) (Shapiro & Forest, 1997; Shapiro, 2000).

EMDR je, uprkos velikom broju studija i istraživanja, još uvek kontroverzna metoda. Od kada je otkrivena do danas je u svetu edukovano više od 25 000 kliničara i oni su, zahvaljući svesnosti empirijske efikasnosti i brzine delovanja na simptome posttraumatskog stresnog poremećaja (PTSP) (Perkins & Rouanzoin, 2002), vrlo često postali nekritični zagovornici ove metode. Sa druge strane, najveće zamerke protivnika metode dolaze zbog pseudonaučnih objašnjenja načina delovanja, precenjivanja značaja pokreta očiju, nepotpunih i često metodološki neutemeljenih istraživanja, neselektivnog korišćenja metode u velikom broju psihijatrijskih poremećaja i komercijalizacije metode (Herbert et al., 2000).

Najveći broj radova o svim psihoterapijskim metodama u lečenju posledica traumatskih događaja ipak dolazi u oblasti primene EMDR. To je uslovalo da je Međunarodno društvo za studije traumatskog stresa označilo EMDR kao efikasan modalitet u lečenju PTSP (Chemtob., Tolin, van der Kolk & Pitman, 2000), a neke druge studije su pokazale bolju efikasnost od drugih psihoterapijskih modaliteta u lečenju PTSP-a (Van Etten & Taylor, 1998). Tri kontrolisane studije pokazuju eliminaciju dijagnoze PTSP-a kod 77 do 90% civila posle 3-7 seansi (Lee C. et al., 2002; Marcus, Marquis & Sakai, 1997; Rothbaum, 1997). Druge studije pokazuju značajnu redukciju PTSP simptoma posle 2 do 3 seanse aktivnog tretmana (Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002; Scheck, Schaeffer. & Gillette 1998; Wilson, Becker & Tinker, 1995), a u studijama praćenja održava se dobra remisija u 84% slučajeva i posle 15 meseci (Wilson, Becker & Tinker, 1997). Ipak, vrlo često je neophodan veći broj seansi, pa tako Carlson i sar. (1998) postižu eliminaciju dijagnoze PTSP kod vijetnamskih veterana posle 12 seansi.

Mehanizam delovanja EMDR

Postoji mnogo spekulacija oko mehanizma delovanja ove kontroverzne, ali delotvorne metode. Navode se: indukcija REM faze sna; istovremena bihemisferična aktivacija; mehanizam dualne pažnje i mehanizam kontrauslovljavanja³. Jedno od najprihvatljivijih objašnjenja mehanizma delovanja zasniva se na terapijskom stimulisanju ubrzane obrade informacija (Accelerated Information Processing Model) fiziološkom sistemu koji pod normalnim okolnostima obrađuje informacije do njihovog adaptivnog razrešenja i integriše iskustvo kako bi se moglo koristiti u budućnosti (Lipke, 1992). Kada se trauma dogodi, ovaj sistem ne funkcioniše adekvatno, ostavljajući informacije u neurobiološkoj stazi, odnosno u uznemirujućoj neobrađenoj formi.

Traumatski događaj je toliko fiziološki i neurološki uznemirujući da na neki način oštećuje sposobnost nervnog sistema da obradi informacije do stanja njihovog adaptivnog razrešenja, tako da percepcije, emocije, verovanja i značenja ostaju "zaključani" u nervnom sistemu. Doživljava je "zamrznut" (zatvoren, učauren) i senzorna memorija biva duboko utisnuta zbog čega prisećanje na događaj izaziva snažne senzacije i njegovo ponovno proživljavanje.

Sanjanje predstavlja, na izvestan način, obradu informacija, a REM faza spavanja predstavlja fiziološki mehanizam uspostavljanja ravnoteže između ekscitacija i inhibicija u centralnom nervnom sistemu (CNS). REM faza sna tako "otvara" CNS, reprogramira mozak, omogućava učenje novog

materijala i obrađuje informacije. Indukovani brzi pokreti koji se koriste u EMDR teoretski bi odgovarali pokretima očiju u toku REM faze sna, čime, moguće, ubrzavaju i dovršavaju obradu do tada "zamrznutog" traumatskog iskustva. Psihološka napetost opada, stvara se doživljaj distance prema traumatskom doživljaju i on biva inkorporiran u iskustvo. Negativne misli o događaju (kao što je iracionalna krivica ili sl.) ponovo se obrađuju i instaliraju se pozitivna uverenja. Jedno od objašnjenja je i da stimulacija brzih pokreta očiju uzrokuje inhibiciju pridruženog refleksnog mehanizma koji se javlja kod sisara u situacijama opasnosti i čime dolazi do fiziološkog preusmerenja i pojačanja doživljaja bezbednosti.

Pretpostavlja se da je uz pomoć EMDR metode ulazi u nodus "zamrznutog" sećanja preko jednog od četiri kanala: slika sećanja traumatskog događaja, emocija, kognicija ili telesnih senzacija u vezi sa događajem. Međutim, neurofiziološki mehanizam restitucije i ponovnog uspostavljanja ravnoteže ostaje još uvek nepoznat.

U toku primene EMDR tehnike zapažen je efekat trenutne generalizacije, odnosno, pored sećanja koje lečimo uspešno se desenzitizuju i sva slična sećanja. Na primer, u toku tretmana žrtve nasilja uz najtraumatičnije iskustvo istovremeno se gubi i indukovanje anksioznosti vezano za druge epizode nasilja.

Prednost ove tehnike je i u tome što kliničar ne mora da bude upoznat sa svim detaljima događaja, čime se izbegava njegovo opterećenje i sindrom izgaranja koji se neretko javlja u psihoterapiji traumatizovanih osoba.

PROCEDURA

Primena EMDR tehnike sadrži osam faza: anamneza pacijenta i planiranje tretmana, priprema pacijenta, procena, desenzitizacija, instalacija, skeniranje tela, zatvaranje i reevaluacija.

1. Anamneza pacijenta i planiranje tretmana

EMDR metoda zahteva spremnost i motivisanost i stabilnost pacijenta. Neophodna je pažljiva procena telesnog zdravlja (odsustvo epilepsije, oftalmoloških bolesti, evaluiranje ranijih srčanih i disajnih problema), registrovanje disocijativnih epizoda u prošlosti, kao i uspostavljanje dobrog odnosa sa pacijentom. Kliničar u ovoj fazi određuje specifične "mete" (traumatične događaje) i redosled kojim će biti ponovo obrađene.

2. Priprema pacijenta

Neophodno je pripremiti pacijenta da zadrži dvostruku svesnost trenutne bezbednosti uz istovremeno evociranje disfunkcionalnog materijala iz prošlosti. U ovoj fazi objašnjavaju se osnovi teorije i testiraju pokreti očiju (pravac koji najviše odgovara pacijentu). U ovoj fazi kliničar, zajedno sa pacijentom istražuje pitanje sekundarne dobiti .

3. Procena

U ovoj fazi kliničar određuje komponente ciljanog sećanja i određuje osnove mernih procena reakcija na proces terapije izraženih u skalama koje će biti kasnije opisane. Posle opisa relevantnih elemenata traumatskog događaja, određuje se ciljna, najtraumatičnija slika događaja; zatim negativna samoprocena vezana za događaj koja predstavlja verbalizaciju uznemirjućeg afekta; identifikuje se pozitivna kognicija kao verbalizacija željenog stanja i njen nivo na skali validnosti kognicije (VOC); imenuju se negativna osećanja i validira njihov intenzitet na skali Subjektivnih jedinica uznemirenja (SUD), lokalizuje se mesto najjačeg telesnog uznemirenja kada se misli o događaju (Wolpe, 1990).

4. Desenzitizacija

U ovoj fazi se klijentu indukuju specifični, brzi pokreti očiju (ili bilo koji repetitivni alterišući pokreti, kao što je, na primer, lupkanje po nadlanicama ili auditivna stimulacija) uz istovremeno koncentrisanje pacijenta na mentalnu predstavu traumatskog iskustva. Setovi pokreta očiju se ponavljaju dok god traje procesiranje traumatskog događaja, bez obzira na to koji od kanala sećanja je otvoren. Reprocesiranje je završeno kad se SUD nivo redukuje na 0.

5. Instalacija pozitivne kognicije (pozitivnog uverenja)

Fokus u ovoj fazi je instaliranje i povećanje snage pozitivne kognicije koje je pacijent izabrao u zamenu za postojeću negativnu procenu sebe u toku događaja. Instalacija pozitivne kognicije se takođe obavlja setovima pokreta očiju i to tako što pacijent simultano drži u svesti najtraumatičniju sliku i pozitivnu kogniciju.

6. Skeniranje tela

U ovoj fazi se pristupa se imaginativnom skeniranju celog tela kako bi se lokalizovala preostala somatizovana anksioznost i ona desenzitizovala. Pozitivan efekat tretmana se evaluira i na telesnom nivou, jer se posle traumatskog događaja funkcionalno sećanje pohranjuje u sistemu deklarativne memorije, dok se telesne senzacije specifične za stanje smeštaju u sistem nedeklarativne memorije.

7. Zatvaranje

Pacijent se mora vratiti u stanje psihofizičke ravnoteže bez obzira da li je ponovna obrada kompletirana. Ukoliko je reprocesiranje nepotpuno, odnosno u toku cele seanse nije izvršena potpuna obrada traumatskog događaja (tj. zaostao je izvestan nivo uznemirenja ili pozitivna kognicija nije u potpunosti instalirana), moraju se primeniti neke od tehnika uspostavljanja samokontrole ili relaksacije.

8. Reevaluacija

Osma faza tretmana, reevaluacija se implementira na početku svake nove seanse. Kliničar traži od pacijenta da se ponovo vrati na ranije obrađen materijal i utvrdio da li su efekti tretmana očuvani. Kliničar odlučuje da za novu metu EMDR prihvati neki drugi sadržaj tek kada je ranije tretiran traumatski događaj potpuno integrisan. Faza reevaluacije je merilo uspešnosti tretmana.

SPECIFIČNOSTI RADA SA ZAROBLJENICIMA, ŽRTVAMA TORTURE

U Centru za rehabilitaciju žrtava torture je do sada EMDR metodom tretirano više od 60 klijenata. Detaljni podaci kao i rezultati istraživanja uspešnosti metode će biti izneti na drugom mestu.

Najveći broj klijenata je bio tretiran EMDR metodom samo jednom, u nekoliko slučajeva dva i tri puta, a samo jedan klijent je bio tretiran četiri puta. Ukupan broj psihoterapijskih seansi za većinu klijenata je bio 8. Trajanje EMDR seansi (od treće do sedme faze) je bilo od 20 minuta do 1 sat. Broj nekompletnih EMDR seansi je bio svega tri i tada bi se seansa završavala relaksacijom klijenta. Razloge možemo tražiti u izrazitoj glavobolji koja nije prestajala ni nakon promene pravca ni frekvencije sakada ni nakon promene vrste bilateralne stimulacije (zvuk, tapkanje).

U našem Centru izbor pacijenata za primenu EMDR metode su više određivali kriterijumi isključivanja i kontraindikacije. U većini slučajeva klijenata koji su zatražili pomoć u našem Centru smo se odlučili za EMDR metod zbog empirijski dokazane efikasnosti, praktičnosti u radu sa velikim brojem klijenata, brzine delovanja na tvrdokorne intruzivne simptome PTSP, koji su u nekim slučajevima trajali i 11 godina kao i prevencije burn-out sindroma kliničara u radu sa najteže traumatizovanom populacijom. Sa druge strane, prisustvo komorbiditetnih poremećaja, npr. depresije ili alkoholizma, često smo odlagali

primenu EMDR metode uz prethodnu primenu psihofarmaka ili prethodnog lečenja alkoholizma. Međutim, u nekoliko slučajeva smo se odlučili za primenu EMDR metode i kod teških organskih poremećaja kao što je multipla skleroza (sa dobrim rezultatima redukcije simptoma PTSP, pre svega intruzivnih) tako da smo u terapiju uključivali i sve one sa relativnim kontraindikacijama. Apsolutne kontraindikacije su, tako, bile pre svega fokusirane oko redukovanih kognitivnih sposobnosti kao posledica trajnih kognitivnih oštećenja koje su onemogućivale prosto razumevanje naloga od strane kliničara.

Pre svakog EMDR tretmana obavljena je dijagnostička procedura baterijom testova Centra čime je verifikovana ili opovrgnuta klinička dijagnoza PTSP-a. Upitnik o vrstama mučenja je davao orijentaciju o vrstama traumatskih iskustava u logoru, međutim, pošto je upitnik pokrивao samo traume u toku zarobljenštva od pacijenata je pre primene metode traženo da navede i traume u toku celog života čime se sticao uvid u prethodna traumatska iskustva. To je bilo neophodno za planiranje tretmana, a pripremali smo se i na mogućnost da u toku EMDR seanse pacijent otvori i ove traume. Ovo se nekoliko puta dogodilo, naročito u toku instaliranja pozitivne kognicije, kada je bilo neophodno desenzitizovati i primarne traumatske događaje koji su bili prepreka uspešnoj kognitivnoj restrukturaciji.

Veći broj pacijenata je došao u naš Centar bez informacija o mogućnosti pozitivnih terapijskih efekata u lečenju postojećeg PTSP, uglavnom sa izraženom tercijernom dobiti (pribavljanje izveštaja za invalidske komisije, ekspertiza za pravne svrhe itd.). Više puta nam je uspelo da pozitivno motivišemo čak i ove pacijente da prihvate lečenje.

Uspešnost EMDR, kao i drugih psihoterapijskih metoda u velikoj meri zavisi od motivacije pacijenata, a sekundarna dobit i trajno prihvatanje uloge žrtve predstavljao je najveću prepreku procesu lečenja. U tu svrhu se delotvornim pokazalo određivanje ciljeva i definisanja problema u svim oblastima života, a ne samo u oblasti zdravlja: poslu i karijeri, finansijama, porodici, partnerskom odnosu, prijateljstvu i socijalnom životu i duhovnosti. Istovremeno, pacijent se bodrio da prepozna dosadašnje uspehe u svim oblastima kao i da prepozna unutrašnje snage, svoje pozitivne osobine i oslonce koji će mu pomoći da povрати samopoštovanje.

Pacijenti su često navodili veliki broj traumatskih događaja, kojih su prethodili zarobljavanju i dogodili su se u toku boravka na ratištu, a sećanje na koje se ponavljalo u simptomima nametanja PTSP-a koji je nastao i pre zarobljavanja. Pokazalo se korisnim da se ovaj materijal prvi desenzitizuje ukoliko bi ova sećanja bila frekventni sadržaj sadašnje kliničke slike PTSP-a. U velikom broju slučajeva je EMDR tretman ovih trauma pokazao efekat generalizacije, te je već nakon jedne do dve seanse u značajnoj meri redukovao simptome PTSP i nije bilo neophodno nastavljati EMDR tretman. Ukoliko su sadržaj košmarnih snova (i u mnogo manjoj meri "flashback" epizoda PTSP-a) činili događaji iz logora onda su oni desenzitizovani prvi a efekat generalizacije je bio evidentan te su se redukovali i snovi vezani za boravak na ratištu. U svega dva slučaja je meta EMDR seanse bio košmarni san koji je indirektno bio povezan sa stvarnim događajem. Uglavnom, odluku o izboru mete za EMDR seansu smo prepuštali samim pacijentima bez obzira da li je u pitanju bio rad na težim ili lakšim traumama, ali su pacijenti u većini slučajeva birali sam čin zarobljavanja kao najtraumatičniji događaj, naročito oni koji su izbegli iz Hrvatske posle operacije "Oluja". Ovo se može razumeti tako što su čin zarobljavanja posle nekoliko godina boravka na ratištu doživeli kao čin izdaje i uzaludnosti celokupne dotadašnje borbe, a intenzivirao se istovremeno i strah za porodicu, pogotovo ukoliko su i članovi porodice bili zarobljeni.

U fazi procene najčešće negativne kognicije su bile: "Ja sam bespomoćan" i "Ja sam slab" a pozitivne: "Ja sam jak" i "Ja držim stvari pod kontrolom". Nije bilo većih problema u definisanju pozitivne kognicije.

Sklonost somatizaciji i duži rad na telesnom kanalu u toku desenzitizacije kao i u toku skeniranja tela je uočen kod velikog broja klijenata.

Kod dva klijenta se pojavilo u toku desenzitizacije abreagovanje izraženo kroz hiperventilaciju, mučninu i nagon za povraćanjem, jednom je seansa prekinuta i završena relaksacijom, drugi put je promenom smera pokreta očiju došlo do smirenja.

Skoro svi klijenti su raportirali subjektivno poboljšanje koje je verifikovano i dijagnostičkim instrumentima. Veće poboljšanje se dogodilo kod onih kod kojih su u kliničkoj slici nekomplikovanog PTSP dominirali intruzivni simptomi, manje efekte je EMDR pokazao kod onih koji su dominirali simptomi izbegavanja.

PRIKAZ SLUČAJA

DD, 47 godina, građevinski radnik iz Knina, oženjen, sa četvoro dece, izbeglica u Srbiji od 1996 godine kada je konačno pušten iz logora u Kninu posle 160 dana boravka gde je bio podvrgnut psihofizičkoj torturi. Prethodno je na ratištu proveo 48 meseci. Pacijent se prvi put javio našem Centru za rehabilitaciju žrtava torture februara 2003 godine. Nakon preliminarnog ispitivanja, koje je uključivalo klinički intervju i primenu testova u dijagnostičke svrhe, utvrđeno je postojanje posttraumatskog stresnog poremećaja, i određene su indikacije za psihoterapiju. Uspostavljen je dobra terapijska saradnja u pripreмноj fazi. Pacijent je pokazao izrazitu motivaciju za lečenje jer je u poslednjih 7 godina, koliko traju tegobe, bilo vrlo malo noći bez košmarnih snova koji su bili u vezi sa traumatskim događajima iz perioda boravka na ratištu i zatvoru. Takođe, prilikom zarobljavanja mu je poginuo otac u koloni izbeglica, čemu je pacijent prisustvovao, i ovo je bio jedan od čestih sadržaja košmarnih snova i dnevnih ruminacija.

Izbor prvog događaja koji je desenzitizovan EMDR metodom je prepušten pacijentu i to je, u prvoj EMDR seansi, bila pogibija oca. Ciljna slika je bila trenutak kada pacijent prepoznaje na gomili leševa očevu odeću, sat i upaljač, negativna kognicija (NC) je bila: "Ja sam slab", pozitivna kognicija (PC): "Ja sam jak", VoC=2, osećanje –tuga, SUDs nivo =8, a telesno uzemirenje - u grudima.

U toku desnzitizacije se uznemirenje nekoliko puta pojačavalo i smanjivalo, telesne senzacije su migrirale da bi na kraju, ipak došlo do potpune desenzitizacije.

Već posle prve EMDR seanse je pacijent raportirao poboljšanje spavanja, ujutro se osećao svežije a preko dana smirenije. Sledeća EMDR seansa je obradila temu zarobljavnja. Ovo je bilo logično jer je zarobljavnje usledilo vrlo brzo nakon smrti oca. Target slika je bila: "Uperena puška nekoliko hrvatskih vojnika"; NC - "Ja sam bespomoćan"; Pozitivna kognicija - "Ja sam jak"; VoC - 2; osećanje – strah; SUDs - 8; i telesno uznemirenje fokusirano na stomak. Ovoga puta cela seansa je trajala kraće, vrlo brzo je došlo do redukcije uznemirenja na nulu i do brzog instaliranja pozitivne kognicije.

Poslednja, treća seansa EMDR je tretirala scenu torture u zatvoru. Target slika je bila "Ja ližem svoju krv sa poda pošto su me tukli", NC - "Ja sam bespomoćan", Pozitivna kognicija – "Ja sam jak", VoC 1, osećanje –strah, SUDs - 9, i telesno uznemirenje fokusirano na grudi. U toku desenzitizacije je osećanje besa zamenilo osećanje straha, telesne senzacije su se premeštale ka rukama i nogama i na kraju u glavi (po delovima tela po koji su tučeni). Uspešno je instalirana pozitivna kognicija i VoC 7 dostignut.

Na retestiranju, posle tri meseca, postignuta je znatna redukcija simptoma PTSP i nastavilo se sa psihosocijalnom rehabilitacijom.

Ovaj rad je posthumno posvećen hrabroj i humanoј Barbari Zelwer, psihologu iz Berklija. Zahvaljujući njenom znanju i nesebičnoј pomoći EMDR je pomogao mnogima u Srbiji.

LITERATURA

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Chemtob, C.M., Tolin, D.F., van der Kolk, B.A. and Pitman RK (2000) Eye movement desensitization and reprocessing. In: Foa, E.A., Keane, T. and Friedman, M.J., (Eds.) *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, pp. 139-154. New York: Guilford Press.
- Herbert, J.D., Lilienfeld, S.O., Lohr, J.M., Montgomery, R.W., O'Donohue, W.T., Rosen, G.M. and Tolin, D.F. (2000) . Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reprocessing: implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review* **20**, 945-971.
- Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L. and Williams, J. (2002) A comparison of two treatments for traumatic stress: A pilot study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology* **58**, 113-128.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. and Greenwald, R. (2002) Treatment of post-traumatic stress disorder: A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Clinical Psychology* **58**, 1071-1089.
- Lipke, H. (1992) *Manual for the teaching of Shapiro's EMDR in the treatment of combat-related PTSD*. Pacific Grove, CA: EMDR Network .
- Marcus, S., Marquis, P. and Sakai, C. (1997) Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy* **34**, 307-315.
- Perkins, B. and Rouanzoin, C. (2002) A critical evaluation of current view regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifying points of confusion. *Journal of Clinical Psychology* **58**, 77-97.
- Rothbaum, B.O. (1997) A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing for posttraumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Menninger Clinic* **61**, 317-334.
- Scheck, M.M., Schaeffer, J.A. and Gillette, C.S. (1998) Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress* **11**, 25-44.
- Shapiro, F. (1989) Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress* **2**, 199-223.
- Shapiro, F. (1997) *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. New York: Basic Books .
- Shapiro, F. (2002) *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington D.C.: American Psychological Association Press.
- Shapiro, F. and Forest, M.S. (1997) *EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma*. New York: Basic Books.
- Van Etten, M.L. and Taylor, S. (1998) Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy* **5**, 126-144.
- Wilson, S.A., Becker, L.A. and Tinker, R.H. (1995) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **63**, 928-937.
- Wilson, S.A., Becker, L.A. and Tinker, R.H. (1997) Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* **65**, 1047-1056.
- Wolpe J. (1990) *The practice of behavior therapy* (4th ed.). New York: Pergamon Press.
- Yehuda, R. (1998) *Psychological Trauma*. Washington: American Psychiatric Press.