

Reparatie van mislukte hechting met EMDR

Antonio Madrid

Susan Skolek

Russian River Counselors

Francine Shapiro

Mental Research Institute

Vertaling: **Johan Eland**

Samenvatting

Moeder-kind hechting is een intens emotionele band tussen moeder en kind die vaak ontstaat tijdens de zwangerschap en doorgaat na de geboorte. Langdurige fysieke scheiding van het kind of een traumatische verstoring kan soms dit proces belemmeren en leiden tot een gebrek aan hechting. Veel medische procedures en ziekten kunnen een scheiding veroorzaken tussen moeder en kind en de hechting beïnvloeden. Andere oorzaken van emotionele scheiding zijn wat moeilijker te identificeren. Niettemin, moedertrauma is geïdentificeerd als zo'n emotionele scheiding die de hechting kan verstoren. Dit artikel illustreert de toepassing van de eye movement desensitization and reprocessing (emdr) bij de therapie van hechtingsproblemen die gerelateerd zijn aan trauma's. emdr is een integratieve psychotherapie die gebruik maakt van een gestandaardiseerde acht-fasen benadering en is een breed geaccepteerde behandelingstechniek van trauma's. Toch is meer onderzoek nodig, dit geval suggereert dat emdr een doeltreffende en efficiënte behandelwijze van hechtingsproblemen is. Sleutelwoorden: hechting, moeder-kind-hechting, eye movement desensitization en reprocessing.

1. Theoretische en onderzoeksbasis

Moeder-kind hechting is beschreven als een intense fysieke, emotionele en spirituele band tussen moeder en kind. Deze verbinding leidt tot een complexe interactie waarin deze sterke unie wederzijds uitgedrukt, gewaardeerd en versterkt word.

Onmiddellijk na de geboorte gaan moeder en kind door een reeks gedragingen waarin voorkomen: wederzijds aanstaren, aanraken, strelen, snuffelen en kussen. (Klaus & Kennell, 1976). Deze moeder-kind band is de basis voor de latere hechtingen en vormt de basis voor zijn of haar gevoel voor eigenwaarde. (Klaus & Kennell, 1982) Het lijkt erop dat de kracht en rijkdom van deze band bepalend is voor het vermogen van het kind om gedurende zijn hele leven verbintenissen te vormen en te onderhouden.

Moeders die geen degelijk vroeg contact hebben met hun kinderen gedragen zich anders dan moeders die dat wel hebben. In veel studies van de afgelopen dertig jaar zijn de negatieve gevolgen van scheiding onderzocht en beschreven. Klaus en zijn medewerkers (1972) vergeleken het gedrag van twee groepen moeders: één groep had geregeld contact waarbij scheiding (behalve voor kort contact voor identificatie om 6-12 uren na de geboorte. En een tweede groep had extra contact (Een uur contact met de blote baby binnen drie uur na de geboorte plus vijf aanvullende contacturen elk dag gedurende dagen. Na een maand vergeleken met de controle groep lieten de extra contact moeders meer rustgevend, strelend en oog in oog contact tijdens het voeden zien. Na een jaar kalmeerden de extra contact moeders hun kind meer tijdens lichamelijk onderzoek.

Sousa en medewerkers (1974) gaven een extra contactgroep vroeg en doorlopend contact door de wieg te plaatsen naast de moeder. Een normale routinegroep kreeg na de geboorte slechts een glimp van de baby te zien waarna een scheiding volgde van 12 tot 24 uur. Daarin hadden moeder en kind elke 3 à 4 uur een half uurtje contact.

Na twee maanden gaf 77 procent van de extra contact moeder nog steeds de borst tegenover 27 procent van de normale routine moeders. Johnson (1976) vond vergelijkbare resultaten: Na twee maanden gaven vijf van de zes vroege contact moeders nog steeds borstvoeding. Slechts één van de zes late contactmoeders deed dat ook.

De Chateau (1976) ontdekte dat extra contactmoeders (Die niet gescheiden waren van hun kinderen) bijna altijd hun nieuwgeborene op hun linkerarm droegen. Moeders die, ten opzichte van de normale routine, 24 uur of meer van hun kind gescheiden werden droegen hun baby daarentegen aan de rechterkant en hadden minder algemeen contact.

De onderzoekers zagen een derde van de normale routinemoeders hun kind onhandig met de handen dragen in plaats van op de arm.

Na drie maanden extra keken de extra contact moeders liever en kusten hun kind vaker. Ook verschoonden ze hen minder en gaven vaker borstvoeding. Na drie maanden glimlachten en lachten de kinderen meer en huilden minder.

O'Connor, Vietze, Sherrod, Sandler, en Altemeier (1980) deden een studie met moeders met een laag inkomen. Zij gaven een groep extra contactmoeders gedurende twee dagen per dag zes aanvullende uren met hun kind. Bij de normale routine groep werd het contact beperkt tot 20 minuten per vier uur voor de voeding. Bij een controle na zeventien maanden ontdekten ze onder de normale routine baby's meer misbruik, verwaarlozing, verlating, en niet organisch veroorzaakt falen om te gedijen.

In een Thais ziekenhuis, waar veel baby's door hun moeder verlaten worden, werd het systeem van rooming-in ingevoerd.

Dit houdt in dat moeder en kind samen één kamer delen. Het resultaat van dat intensieve vroege contact was dat de verlating van nieuwgeborenen van 33 per 10.000 geboorten binnen een jaar verminderde tot één op de 10.000 geboorten. (Kennell & Klaus, 1998.)

De auteurs beweren dat als zulk vroeg contact en rooming-in in Rusland, op de Filipijnen en in Costa Rica geïntroduceerd zou worden er vergelijkbare resultaten behaald zouden worden.

Uit deze en andere onderzoeken mag geconcludeerd worden dat moeders die weinig contact met hun baby hebben en moeders met veel contact hun kind verschillend behandelen.

Hoewel de gedragingen subtiel zijn, kan ongehecht zijn waargenomen worden, vooral als een therapeut weet waarop hij moet letten.

Hoewel de termen soms door elkaar gebruikt worden refereert "bonding" meestal aan de emotionele band van ouders aan het kind terwijl "hechting" daarentegen in het algemeen de band van het kind aan de ouders aanduidt. (Kennell & Klaus, 1998, p. 4).

Een gebrek aan bonding is anders dan een hechtingsstoornis. Volgens Bowlby (1978) wijst een bondingsfalen op een gebrek van gevoelens bij de moeder. Bondingproblemen zijn niet gecategoriseerd in de DSM.

Bonding begint meestal tijdens de zwangerschap en neemt toe na de geboorte.

Vooraf het eerste uur na de geboorte lijkt zeer waardevolle tijd in het bondingsproces (Kennel & Klaus, 1998) maar de moederliefde komt niet altijd bij elke moeder onmiddellijk bij de geboorte.

Een flink percentage moeders rapporteert dat ze zich pas later, soms zelfs een week, voor het eerst gebonden voelde aan hun baby.

Mislukte bonding komt meestal door een langdurige fysieke scheiding na de geboorte of een emotionele scheiding door traumatische gebeurtenissen.

Dit laatste kan gebeuren doordat het kind in de intensive care van de kraamafdeling gehouden wordt als de moeder ziek is en niet kan zorgen voor de baby. Dat geldt ook als de moeder tijdens de bevalling onder algemene narcose was of als ze eerder naar huis gestuurd is zonder de baby.

Geadopteerde kinderen vallen, begrijpelijkerwijs, ook vaak in deze categorie.

Moeders zijn extreem veerkrachtig en kunnen een scheiding vaak goed doorstaan maar als dat niet lukt is sprake van een bondingsprobleem.

Een fysieke scheiding is gemakkelijk vast te stellen maar een emotionele scheiding kan ook een bron van bondingsproblemen zijn en is niet zo gemakkelijk waar te nemen.

Een emotionele scheiding kan worden veroorzaakt door een traumatische gebeurtenis die de moeder zo krachtig ervaart dat die emoties wedijveren met verstorend werken op bondingsgevoelens.

Als een moeder, bij voorbeeld vlak voor de bevalling, haar vader verliest zal het haar moeilijk vallen te hechten aan haar baby. Dat zal ook het geval zijn als haar man haar kort voor de bevalling verlaten heeft voor een andere vrouw.

De waarschijnlijkheid van een goede hechting vermindert na een gebeurtenis als een overlijden in de familie, verhuizing naar een andere stad, verlating door de man, een recente miskraam, een abortus, ontrouw door de echtgenoot of ziekte van een naaste relatie. (Klaus, Kennell, & Klaus 1995; Madrid, Ames, Horner, Brown, & Navarrette, 2004).

Klaus & Kennell (1976) rapporteren dat nadelige gevolgen als de moeder iets traumatisch overkomt binnen twee jaar rond de geboorte. Ook stellen ze (Kennell & Klaus, 1998) vast dat ouders meestal maar kunnen hechten aan één kind tegelijk. Ingeval van een meerling kan dat negatief uitpakken.

Als een moeder niet gehecht is zal ze haar therapeut vaak vertellen dat er vanaf het begin iets mis was met het kind. Dat het nooit aanhalig of knuffelig is. Ze kan dan zeggen dat het kind nooit eigen werd of niet van haar houdt.

Anderen zullen opvoedingsproblemen zien of als teken dat de moeder niet weet hoe ze met haar kind moet omgaan. Vaak heeft het kind krampen of is het moeilijk te troosten. Soms zal een moeder openhartig verklaren niets te voelen voor haar kind terwijl ze best anders wil. Dit gebrek aan moederlijke gevoelens is vaak de kern van de falende hechting.

2. Gevalsbeschrijvingen en presentatie van klachten

Lucile, wier naam en identiteit we uit privacy overwegingen hebben veranderd is een typisch voorbeeld van de 75 gevallen van hechtingsproblemen die behandeld werden door de eerste twee auteurs. Ze was verwezen door een student die bekend was met ons werk.

Lucile was moeder van een vijfjarige dochter. Haar klacht was dat ze het niet leuk vond moeder te zijn. In haar eigen woorden: "Mijn dochter haalt me omlaag en vernedert me aldoor. We irriteren elkaar. Ik vind het niets eens prettig bij haar in de buurt te zijn. Lucile was teleurgesteld omdat ze had uitgekeken naar het moederschap. Ze schudde ongelovig haar hoofd: Haar leven als moeder was verschrikkelijk.

Lucile's vriend, de student, zorgde voor bemoediging door haar te verzekeren dat haar gevoelens heel normaal waren voor moeders die een moeilijke zwangerschap en geboorte hadden meegemaakt. Lucile had altijd het gevoel gehad dat het haar fout was. Maar nu begon ze te geloven dat het kwam door dingen die buiten haar controle om gebeurden.

3. Geschiedenis

Toen ze haar zwangerschap, bevalling en de periode na de geboorte beschreef, werden de oorzaken van het gebrek aan moederlijke gevoelens duidelijk. Het was een geplande zwangerschap maar bijna alles ging per ongeluk en met veel stress gepaard. Ze woonde met haar man in een kleine stad die ze erg prettig vond en waar ze intieme vrienden had. In haar eerste kwartaal werd haar man overgeplaatst naar een stad ruim 1200 kilometer weg waar ze niemand kenden. Lucile werd al misselijk en bleef dat tot de bevalling. De hele periode van negen maanden was ze doorlopend misselijk en braakte elke dag. Daarom moest ze in bed en onder medisch toezicht blijven. Ze beschreef de zwangerschap als "één lange nachtmerrie".

De bevalling was zwaar en duurde vijfendertig uur. Een keizerssede was uiteindelijk nodig. Toegetakeld en uitgeput kon Lucile zich niet herinneren of ze haar kind zelfs maar gezien had. Ze wist niet eens of het een jongen of meisje was. Ze viel in slaap en drie uur later vroeg ze naar haar baby. Daarop werd niet gereageerd. Ze mocht van de verpleging haar kind niet zien. Pas uren daarna brachten ze het kind bij haar. Ze kon zich nu nog herinneren dat ze toen dacht: "Hier klopt iets niet, ik voel er helemaal niets bij." Nog voor ze het ziekenhuis verliet kreeg Lucile te horen dat ze suikerziekte had en daarvoor behandeld moest worden. Ze ging naar huis, fysiek ellendig en depressief. Ze herinnert zich nog dat ze over haar leven en de baby nadacht: "Wat heeft dit allemaal voor nut?" Na vijf maanden kreeg ze antidepressiva die uiteindelijk hielpen tegen haar acute depressie. Maar toch: ze voelde dat ze het hele eerste jaar volkomen verloren had.

4. Beoordeling

Een vraag die vaak een ongehechtheid blootlegt is: "Hoe voelde het om voor het eerst je baby vast te houden?" Gehechte moeders antwoorden meestal dat ze opgetogen waren, het spannend vonden, geroerd waren of anderszins vol van fantastische emoties. Moeders die niet gehecht zijn, zeggen dat ze bang waren, onzeker over wat te doen, het onbegrijpelijk vonden en verbaasd dat dit nu haar baby was of dat ze anderszins verre van uitbundig waren. Sommigen zeggen dat ze zich helemaal niets herinneren.

Hoewel het antwoord op deze vraag een ongehechte moeder en kind kunnen identificeren, is voor een doeltreffende behandeling aanvullende informatie nodig. We gebruiken daarom de volgende vragenlijst om gebeurtenissen te ontdekken die verbonden zijn met hechtingsproblemen. Dat soort ervaringen werden door Pennington (1991) *Niet-hechten-gebeurtenissen* genoemd.

Niet-hechten-gebeurtenissen

Fysieke scheiding

- Moeder was gescheiden van het kind kort voor of na de geboorte
- Moeder had een erg zware bevalling
- Kind was ziek bij de geboorte
- Intensive care of couveuse

- Moeder was onder narcose tijdens de bevalling
- Moeder was erg ziek na de bevalling
- Moeder was gescheiden van de baby in de eerste maandag
- Kind is geadopteerd
- Andere bijzondere scheiding

Emotionele scheiding

- Moeder had emotionele problemen tijdens de zwangerschap
- Moeder had emotionele problemen na de geboorte
- Moeder maakte een overlijden in de familie mee binnen twee jaar na de geboorte
- Moeder had een miskraam binnen twee jaar na de geboorte
- Ernstige huwelijksproblemen
- Moeder was tijdens de geboorte verslaafd aan alcohol of drugs
- Moeder verhuisde kort voor of na de geboorte
- Moeder had ernstige financiële problemen
- Ongewenste zwangerschap
- Kind is deel van een meerling
- Andere gebeurtenis die kan interfereren in de hechting

5. Gevals conceptualisering

Hypnose is eerder geïdentificeerd als methode om een verbroken moeder-kind hechting te repareren in de behandeling van kinderastma. (Madrid et al., 2004; Madrid, Ames, Skolek, & Brown, 2000; Madrid & McPhee, 1985; Madrid & Pennington, 2000. Doordat trauma's vaak de oorzaak zijn van niethchting is emdr (emdr; Shapiro, 2001) ook een natuurlijke en effectieve therapeutische techniek om de verstoorde hechting te repareren. Emdr kan gebruikt worden om moedertrauma's op te lossen en de moeder-kind interacties te verbeteren (Lovett, 1999; Shapiro & Forrest, 1997; Shapiro & Maxfield, 2003; Tinker & Wilson, 1999). Dit artikel beschrijft een specifieke hechtingstherapie met emdr.

Als integratieve psychotherapie wordt emdr gezien als een effectieve behandeling van posttraumatische stress stoornis (ptsd) (Bleich, Kotler, Kutz, & Shaley, 2002; Chemtob, Tolin, van der Kolk, & Pitman, 2000; Clinical Resource Efficiency Support Team, 2003; Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2004), met gerandomiseerde studies ter ondersteuning van haar doeltreffendheid (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, & Muraoka, 1998; Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Dolatabadim, & Zand, in press; Lee, Graviel, Drummond, Richards, & Greenwald, 2002; Marcus, Marquis, & Sakai, 1997; Power et al., 2002; Rothbaum, 1997; Scheck, Schaeffer, & Gilette, 1998; Soberman, Greenwald, & Rule, 2002; Wilson Becker, & Tinker, 1997; Wilson, Tinker, & Becker, 1995; zie voor beoordelingen ook Maxfield & Hyer, 2002; Perkins & Rouanzoin, 2002; Shapiro, 2001). Het adaptieve informatie verwerking (adaptive information processing: aip) model is het theoretisch raamwerk achter emdr en voorziet in een verklaring van het effect van traumatische ervaringen op het functioneren ervan (Shapiro, 2001).

Het aip model beschrijft een leerproces waarbij nieuwe ervaringen verbonden worden met soortgelijke ervaringen in het geheugen om ze tot een logisch geheel te maken. In aanvulling het smeden van passende associaties om verstoringen tot een acceptabele oplossing te brengen is een van de functies van informatieverwerking.

Echter, het intens affectieve, begeleidend trauma kan dit proces verstoren en de traumatische ervaring apart in het geheugen opnemen, inclusief de bijbehorende gedachten, emoties en sensaties. Daarna kunnen soortgelijke ervaringen dit materiaal activeren, nachtmerries, flashbacks en opdringende gedachten veroorzaken die verbonden zijn met ptsd, of met negatieve gevoelens, sensaties en overtuigingen die horen bij andere klinische klachten (Shapiro, 2001, 2002).

In de termen om trauma's te definiëren, onderscheidt het aip model "groot-t" en "klein-t" trauma's. Groot-t gebeurtenissen zijn die criteria a gebeurtenissen die leiden tot een ptsd diagnose. Ze zijn gemakkelijk als traumatisch te herkennen en bevatten soms geweld, natuurrampen en verkeersongelukken. Bij klein-t" trauma's daarentegen komen kleine gebeurtenissen voor als vernedering, afwijzing en verwaarlozing die het informatie verwerkende proces negatief kunnen beïnvloeden. Veel soorten scheiding en verlies, hoewel die nooit het niveau van criteria a bereiken, kunnen toch beschouwd worden als traumatisch en als negatieve invloed op de moederzorg.

Hoewel het vermogen van moeder om te hechten aan haar kind op veel verschillende manieren beïnvloed kan worden, kan een getraumatiseerde moeder het moeilijk vinden om passend te reageren op de noden van haar kind. (Hesse & Main, 1990, 2000). Meer nog dan zorgend en verplegend te reageren op een op baby's gehuil zal deze moeder, reageren met angst, vrees, boosheid droefheid of verstoordheid. Als de moeder vaak op die manier reageert is het aannemelijk dat het kind daarop fysiek en psychologisch reageert. (Hesse & Main, 1999, 2000; Perry, 1997; Schore, 1994; Shapiro & Forrest, 1997; Shapiro & Maxfield, 2003; Siegel, 1999, 2002; Van der Kolk, 2002).

De verwerking van het trauma met een emdr-behandeling kan haar verlichten en vrijmaken om passend te reageren en haar kind de juiste zorg te geven.

Latere behandeling van kinderen met hechtingsproblemen is ook belangrijk als het niet spontaan verbetert door de nieuwe dyadische interactie.

Emdr is een achtfasen behandeling die gebruik maakt van gestandaardiseerde procedures en protocollen. Die zijn ontworpen om de informatieverwerking mogelijk te maken en om de disfunctionerende traumatische herinnering te verbinden met meer passende informatie in andere geheugennetwerken.

Tijdens de emdr behandeling zijn alle aspecten van het geheugen, inclusief beeld, cognities, gevoelens en lichamelijke sensaties, tegelijkertijd toegankelijk. Op hetzelfde moment focust de patiënt met een vorm van dubbele aandacht zoals bilaterale oogbewegingen, klanken of handgeklap.

Nadat de patiënt is gesuggereerd om "wat dan ook te laten gebeuren" wordt een patiëntgericht vrij associatieproces gebruikt om hem verdere informatie te ontlokken.

Verschillende studies onderzochten diverse hypothesen over de rol van de oogbewegingen in het therapeutisch proces. De geconstateerde afname van arousal, emoties en levendigheid van herinneringen wordt verklaard als resultaat van een kunstmatige oriëntatiereactie. (Barrowcliff, Gray, Freeman, & MacCulloch, in press; Barrowcliff, Gray, MacCulloch, Freeman, & MacCulloch, 2003).

Anderen veronderstellen een direct effect op het visueel ruimtelijk beeld van het werkgeheugen (Andrade, Kavanagh, & Baddeley, 1997; Kavanagh, Freese, Andrade, & May, 2001; Sharpley, Montgomery, & Scalzo, 1996; Van den Hout, Muris, Salemink, & Kindt, 2001).

De toegang tot meer informatie tijdens de emdr wordt toegeschreven aan verwerking van informatie door de rem-slaap (Shapiro, 1989, 2001; Stickgold, 2002). Enig empirisch bewijs dat deze stelling steunt is gevonden. (Christman, Garvey, Propper, & Phaneuf, 2003; Kuiken, Bears, Miall, & Smith, 2001-2002).

De oogbewegingen, en andere manieren om duale aandacht in emdr te stimuleren, zijn gebed in de context van een uitgebreide behandeling van acht gestandaardiseerde fasen. (Shapiro, 2001).

De emdr therapeut begint met het vaststellen of de patiënt klaar is voor behandeling en het identificeren van de juiste doelen. (Fase 1: Patiënt's geschiedenis).

Dan krijgt de patiënt de vereiste voorlichting en wordt hij voorbereid op de mogelijke intensiteit van de behandeling (Fase 2: Voorbereiding).

Als het doel toegankelijk is voor verwerking wordt er op een gestructureerde manier de relevante componenten geïdentificeerd, inclusief beeld, cognities, emoties en sensaties (Fase 3: Beoordeling).

Meting van de patiënt's nood (subjective units of distress. sud) en cognitieve meting (validity of cognition; voc) worden vastgesteld om de patiënt's vooruitgang te monitoren. (a) Voorbijgebeurtenissen, (b) huidige triggers, en (c) toekomstige sjablonen zijn de doelen voor verwerking.

Dit verwerken gebeurt in Fase 4 tot 6 (Desensitization, installatie en body scan, zie Shapiro, 2001, voor een volledige uitleg van de fasen).

In een geval van niet-hechten, neemt de therapeut als doel de niethechten gebeurtenis of belemmering van de hechting en focust daarop tijdens de verwerkingsfasen.

Bij voorbeeld, als de vader van de moeder een maand voor de bevalling overlijdt wordt haar in de beoordelingsfase gevraagd te focussen op zijn dood, een beeld te maken dat representatief is voor die tijd tezamen met de negatieve zelfovertuiging (bijvoorbeeld Ik kan nu geen moeder zijn), de alternatieve zelfovertuiging (bijvoorbeeld ik heb liefde in mijn hart voor de baby), de negatieve emotie (bijvoorbeeld droefheid) en de fysieke sensatie (bijvoorbeeld "in mijn borst zit een koude steen").

Basismetingen worden verkregen van de emotionele verstoring (0-10 sud scale) en de verkregen validiteit van de positieve cognitie (1-7 voc).

Tijdens de verwerking wordt een set van oogbewegingen (of andere bilaterale stimulansen) ingesteld volgens de gestandaardiseerde emdr procedures en protocollen totdat het verdriet niet langer gevoeld wordt. (b.v. sud van 0 of 1 van de tien.) en de positieve cognitie wordt gevoeld als 'compleet waar'. (i.e. voc 7). Elke gebeurtenis die de hechting belemmert wordt op die manier verwerkt. Bij voorbeeld, eerst het overlijden van de vader, dan de ziekte van het kind en vervolgens de overplaatsing naar een intensive care kraamkliniek, de thuiskomst zonder baby, en daarna de kritiek van haar moeder. De gebeurtenissen in het verleden zijn verwerkt als ze geen negatieve cognities of emoties meer oproepen. Bij de moeder zullen tijdens het verwerkingsproces nieuwe inzichten en emotionele verschuivingen ontstaan. Moeders zijn vaak verrast door de intensiteit van de emoties die worden opgeroepen in dit deel van de therapie. Begrijpelijk want zij verbergen vaak hoe verschrikkelijk ze zich voelen door de verstoring van de geboorte van hun kind. We hoorden moeders zeggen: "Ik was vergeten hoe erg ik me voelde, nu is het duidelijk waarom dat zo moeilijk voor me was."

Deze opnieuw gewekte herinnering aan het trauma en de latere verwerking worden vaak als zuiverend en bevrijdend ervaren – een perfecte eerste stap in de richting van een betere relatie met haar kind.

Als alle niethachten gebeurtenissen zijn opgeruimd en de huidige verstoringen aan de orde zijn geweest, dan is het nieuwe geboorte model klaar om gewekt te worden. De moeder is al begonnen met het verbeelden een nieuwe geboorte tijdens de eerste sessies. Als dat het geval is hoeft ze alleen maar daarop voort te borduren. Zoniet dat moet een toekomst-model gemaakt worden door haar te vragen zich die in fasen te verbeelden, hoe de geboorte zou moeten gaan zonder het trauma, en te rapporteren hoe echt het lijkt. Dat wordt dan bekrachtigd door een serie korte sets oogbewegingen.

Als de moeder een bepaald stuk of beeld niet “echt” voelt dan hebben we meestal daarmee ontdekt dat er nog een trauma of iets anders onverwerkt is. Ze wordt dan gevraagd daar heen te gaan en dat alsnog volledig op te ruimen. Als dat gebeurd is kan ze teruggaan naar de verbeelding van de nieuwe geboorte. Vervolgens vraagt de therapeut de moeder de hele geschiedenis mee te brengen naar het heden. Moeders rapporteren dan vaak dat ze nu weten hoe het gevoeld moet hebben om op deze manier te bevallen.

De patiënt wordt gevraagd tussen de sessies een dagboek bij te houden om meer doelen te identificeren en te behandelen (Afsluitingsfase). De eindfase van de behandeling, de evaluatie, vindt plaats aan het begin van elke volgende sessie, waarbij de therapeut bepaalt of de behandeling heeft geholpen.

6. Verloop van behandeling en beoordeling van de vooruitgang

Een paar maanden na de geboorte van haar dochter, begon Lucile aan een ondersteunende therapie want hoewel ze voelde dat ze de vruchten plukte van de behandeling en zich beter voelde, meende ze toch dat de band met haar dochter niet hechter geworden was.

Toen ze begon aan de therapie voor het hechtingprobleem was ze voorbereid op een behandeling die zich speciaal zou richten op de hechting. De theorie van de moeder-kind hechting was haar uitgelegd en dat bekrachtigde wat ze al gehoord had van haar vriend. Haar was verteld dat onmiddellijk contact belangrijk is voor het vestigen van moederlijke gevoelens en dat dat werd belemmerd door haar scheiding van haar dochter. Ze was ook emotioneel gescheiden door haar misselijkheid, de moeilijkheden door de verhuizing, de zware bevalling en haar ziekte daarna. Hechting was onder die omstandigheden niet mogelijk. Dit overtuigde haar dat het niet haar schuld was en dat zoiets bij elke moeder zou gebeuren.

Vervolgens werd het verloop van de therapie en vier doelen vastgesteld: a; De verhuizing; b. De zwangerschap en de misselijkheid; c. De bevalling; d. Het postnatale herstel.

Terwijl de eerste sessie focust op de geschiedenis van de cliënt en de probleemidentificatie is het focus van de tweede sessie vooral gericht op het met emdr verwerken van de verhuizing en de zwangerschap.

Ze herinnert zich het liggen op de bank; het ziek zijn; en de afwezigheid van vrienden en familie. Ze herinnert zich ook de heimwee, haar verschrikkelijke buien, en de erge eenzaamheid. Het verdriet en de eenzaamheid werden teruggebracht tot een sud level van 0 tot 1 en het restant van de sessie focust op de ernstige ziekte. Hoewel ze de moeilijke zwangerschap verwerkte in ongeveer 20 minuten, verlaagde haar sud niveau niet veel. Enkele afsluittechnieken (Fase 7) werden gebruikt om haar te stabiliseren en haar werd gevraagd een dagboek bij te houden van alles dat haar dwarszat.

Bij de derde sessie, was Lucile's sud peil over de verhuizing nog steeds 0-1. De rest van de sessie werd besteed aan fysieke moeilijkheden van de zwangerschap. Lucile riep het ziekzijn terug en het besef dat het niemand ene moeder interesseerde dat ze erg ziek was. Ze erkende dat het een zware periode voor haar was en dat ze het erg moeilijk vond van iets te houden dat die ziekte had veroorzaakt. Ze ervoer hopeloosheid en herhaalde een paar keer dat ze graag een fijne zwangerschap wilde meemaken. Deze zaadjes van een alternatieve zwangerschap werden zorgvuldig gecultiveerd door haar te vragen hoe ze dat dan voor zich zag. Ze besteedde de nodige tijd om dat te verbeelden.

Aan het begin van de vierde sessie vertelde Lucile dat de relatie met haar dochter door wat voor oorzaak dan ook verbeterd was. We controleerden de sud niveaus van de verhuizing (A) en de zwangerschap (D). Meer emdr was gebruikt voor de zwangerschap en in het bijzonder de herinneringen aan het ziekzijn op de bank, en aan de 36 uur durende bevalling, inclusief de herinneringen aan de martelende pogingen te bevallen, de baby in stress en de verschrikkelijk slechte medische zorg.

De overtuiging dat haar ervaringen overeenkomsten hadden met martelingen in concentratiekampen vatte post bij haar. Tenslotte was het sud-peil van haar gedachten aan het ziekzijn tijdens de zwangerschap verminderd tot 0-1. Desondanks bleven de overige doelen de herinneringen aan de ziekte na de bevalling, de nachtmerrie in de eerste nacht thuis en het gebrek aan medische nazorg.

In de vijfde sessie rapporteerde Lucile dat ze een paar goede weken had gehad en dat de relatie met haar dochter na elke sessie verbeterde. Het sud peil van haar herinneringen aan de zwangerschap was 5 en 4 voor de herinnering aan de bevalling. Twee sets oogbewegingen voor elk waren genoeg om ze terug te brengen tot 0. Nu werd gefocust op het deel na de bevalling zoals haar eenzaamheid en de moeilijkheid van het gebrek aan vrienden.

Lucile herinnert zich dat ze het haatte om moeder te worden en voelde sterk dat haar moeilijke zwangerschap en bevalling toch ergens goed voor moest zijn. Opnieuw was het ziekzijn (bv de suikerziekte) het thema. Lucile vraagt zich af of ze de rest van haar leven moet boeten. Terug aan het werk was een ander thema. Haar postpartum sud daalde evenwel tot 0-1.

Lucile was nu klaar voor het imagineren van de nieuwe geboorte. In feite was ze al begonnen met rudimentaire beelden aan het eind van de twee voorgaande sessies. Haar was gevraagd het eerste gezonde kwartaal te verbeelden en te waarderen tussen a en f. Ze gaf aan dat het 'heel echt' was en waardeerde het met een a.

Twee sets van zeven oogbewegingen waren nodig om deze herinnering te bevestigen.

Ook imagineerde ze een nieuw tweede kwartaal. Dat was maar een c in werkelijkheid.

Ze verwerkte, in tranen, met emdr de gebeurtenissen uit die tijd. Opnieuw, beweerde Lucile dat het zo moeilijk was iets lief te hebben dat haar zo erg ziek gemaakt had. Zo voelde het ook dat haar meest naasten haar geen enkele steun hadden gegeven toen ze die nodig had en dat de manier waarop de dokter zich gedragen had ook niet behulpzaam was. Aan het eind van de verwerking was Lucile's sud peil verminderd tot 0.

Vervolgens verwerkte ze het derde kwartaal, de nieuwe ervaring was nu een 'a' voor het echtheidsgevoel. Het derde kwartaal had verstoringen als maagzuur en andere fysieke ongemakken. Met drie sets oogbewegingen werden deze herinneringen teruggebracht tot een sud niveau van 0. Nu kon ze het derde kwartaal perfect verbeelden met de goede beelden en gevoelens. Nu zag ze haar gezonde baby en waardeerde ze dat beeld met een 'a' voor het echtheidsgevoel. Alles overziend was dit een succesvolle sessie voor het installeren

van de nieuwe geboorte. Elke verstoring had een oorzaak en werd vlot verwerkt. Dat bood haar de gelegenheid de werkelijkheid van een nieuwe geboorte te voelen.

Lucile startte de zesde sessie met het vertellen van twee aanwijzingen dat de hechtingstherapie werkte. Op de eerste plaats vertelde ze dat ze voor het eerst sinds de geboorte van haar dochter dit deel van het jaar niet depressief was. Ze vertelde dat bepaalde dingen definitief veranderd waren en dat haar dochter was veranderd van “een noodzakelijke verplichting tot de liefde van mijn leven”. De rest van de sessie werd besteed aan controle om te zien of er niets vergeten was. De sud niveaux voor alle drie kwartalen, bevalling, geboorte en de eerste drie maanden waren nog steeds 0 en het model van de nieuwe zwangerschap en geboorte voelde echt (een ‘A’) Luciles nieuwe herinnering aan de geboorte was dat ze ‘er zo uit floepte, ik haar borstvoeding gaf en dat ze bij me sliep”.

7. De controle

Drie weken na de laatste sessie vertelde Lucile dat ze in staat was zonder wrok te denken aan de zwangerschap en geboorte. Ook meldde ze dat de relatie met haar dochter zich verder ontwikkeld had met warme gevoelens en dat haar dochter nu de liefde van haar leven was. Ze had haar vriend de student het hele verhaal verteld en kon zich er meer van herinneren dan ooit tevoren. Nadat ze haar verhaal gedaan had kwam haar dochter naar haar toe en ze starden elkaar lange tijd in de ogen. Allebei waren vol van deze ervaring. Controle van de doelen behorend bij de verhuizing, de zwangerschap en de keizerssnede leerde dat de verwerking had doorgezet. Toch bleek de volgende paar maanden dat de geboorte zich wat problematisch had ontwikkeld. Verdere emdr doelen waren de gebeurtenissen geweest die gerelateerd waren aan de diabetes, het haten van het moederschap, eenzaamheid, het gebrek aan vrienden, het hervatten van werk na achttien maanden en de wens gewaardeerd te worden. De enige klacht die nu nog restte was vermoeidheid. Lucile had alle genoemde onderwerpen terug tot sud 0-1 en herhaalde dat dit sinds de geboorte van haar dochter de eerste winter was zonder depressiviteit. Ze voelde dat de therapie klaar was omdat ze nu wist wat het was om van haar dochter te houden. Zes maanden later stuurde ze bedankkaart waarop ze schreef: “Dank voor de hulp bij het veranderen van mijn leven. En mijn dochter bedankt je ook. Beste wensen, Lucile”.

Een jaar na afloop van de therapie zochten we contact met haar en ze liet weten: “Het gaat heel goed met ons Ik voel nog steeds dat we nu echt, definitief gehecht zijn. Laatst zei mijn dochter: Mama Ik zijn wel drie van jou willen hebben. Als er dan een verloren ging had ik er nog twee over.’ Ze zegt altijd van zulke dingen. En als ze in haar eentje zit te spelen is ze vaak aan het zingen of neuriën. Ik voel dat ze een echt blij kind is.”.

8. Suggesties en aanbevelingen voor klinici en studenten.

Als de oorzaken van de hechtingsproblemen bekend zijn kan EMDR een effectieve en efficiënte behandelingsoptie zijn. Het is een natuurlijke gang van zaken voor moeders om zich te hechten aan hun baby en zolang er geen grote belemmering is zal dat ook altijd gebeuren. (Klaus en Kennell, 1982). Als het niet gebeurt, is er waarschijnlijk iets, verstorends voorgevallen.

Het opsporen van wat het hechtingsproces heeft verstoord is gemakkelijk voor een goed getrainde therapeut. De hechtingsbelemmeringen zijn meestal beperkt tot fysieke en emotionele scheidingen tijdens de zwangerschap, geboorte of de periode na de bevalling. Als de niethetengebeurtenis is geïdentificeerd biedt emdr een unieke combinatie van procedures om het trauma te verwerken en in te bouwen een nieuw e en positieve

geboorte. Als dat eenmaal gebeurd is voelt de moeder zich automatisch beter over haar kind.

Eerder onderzoek wees uit dat hoe jonger het kind is des te gemakkelijker de therapie. (Madrid et al, 2000). Dat komt doordat het kind automatisch reageert op moeders positieve houding.

Bij adolescenten ligt dat anders. Doordat zij hun onafhankelijk aan het vergroten zijn zullen ze niet zo positief reageren op moeders nieuwe gevoelens of de band met haar aanhalen. In zo'n geval ontdekten we dat het goed kan zijn de negatieve herinneringen van de adolescent ook te onderzoeken.

Toch denken we dat deze therapie bruikbaar is bij kinderen van alle leeftijden. Wij hebben ze gebruikt bij moeders met volwassen kinderen.

Bij een geval was de moeder hechting verstoord door een auto-ongeluk op weg naar het ziekenhuis toen ze moest bevallen. Ze zag die hele dag haar kind niet. Haar zoon was zijn hele leven een moeilijk kind geweest. Deze vierentwintigjarige zoon verklaarde zijn moeder, terwijl hij niets wist van de therapie die ze zojuist achter de rug had, "Mama, ik wil graag dat je weet dat ik van je hou". Dat was voor het eerst dat ze van hem zo'n uitspraak hoorde sinds hij een klein kind was.

Een belangrijk resultaat van deze therapie is dat als de moeder zich eenmaal aan haar kind gehecht voelt dat kind het onmiddellijk merkt en meestal daarop direct reageert. Zoals voorspeld met interactionele modellen (Kaslow, Nurse, & Thompson, 2002), is een verandering van één lid van het gezin terug te zien bij de andere gezinsleden. De therapie met alleen de moeder wordt ook door het kind gevoeld en het reageert daarop.

Lucile's gevoelens over haar dochter veroorzaakten veranderingen bij haar dochter zonder enige directe therapie of bemoeienis met de dochter. De therapie focuste helemaal op het trauma van Lucile dat verantwoordelijk was voor de verstoring van de oorspronkelijke hechting. Deze trauma's, zoals de therapieën aantonen, bevatten onder meer sombere gevoelens, eenzaamheid, hopeloosheid, misselijkheid en angst, veronachtzaming door medici, familie of burens, de ervaring van een martelende bevalling, lichamelijke ziekten na de bevalling, depressiviteit. Zonder enige twijfel hadden sommige van deze trauma's wortels in haar kindertijd maar in Lucile's geval konden de geboortetrauma's opgelost worden zonder diep te graven in deze gebeurtenissen. Als een nieuwe geboorte niet zou kunnen worden geïmagineerd was het wellicht wel noodzakelijk geweest meer direct in te gaan op haar kindertijd. (Shapiro, 2001, 2002)

De therapie is bijzonder voortvarend als uitvoering van Shapiro's informatieverwerkingsmodel en van Klaus en Kennells theorie van moeder-kind-hechting. Moeders en baby's lijken levende hechtingscomponenten te zijn, wachtend op samenvoeging. Toch blijft goed gecontroleerd onderzoek noodzakelijk, al suggereert dit geval dat emdr een degelijke en efficiënte behandelingsoptie is. In aanvulling daarop mag de hechtingstherapie beschouwd worden als werkzaam bij kleine kinderen als de hechting mislukt en in het bijzonder als de oorzaak van het hechtingsprobleem duidelijk is.

Het lijkt er ook op dat de kinderastma die samenhangt met hechtingsproblemen vatbaar is voor behandeling met emdr. (Madrid et al, 2004)

Opvoedingsproblemen, speciaal met kinderen die het vanaf hun geboorte moeilijk hebben, kunnen vaak vanuit het perspectief van hechtingfalen bekeken, behandeld worden.

Dus, klinici en maatschappelijk werkers en anderen kunnen stappen zetten om uit te zoeken of er postpartum scheidingen, moederlijke verliezen, of andere ervaringen zijn als mogelijke oorzaak van moeder-kind moeilijkheden.

De verwerking daarvan kan de oorzaken van moeilijkheden wegnemen maar ook potentieel pijnlijke jaren van opvoedingsproblemen voorkomen.

Voorts kunnen persoonlijke en sociale gevolgen van dyadische vervreemding vermeden worden bij die kinderen die zijn geïdentificeerd als een hoog risico. Het is onze waarneming dat gedragsproblemen, emotionele moeilijkheden, aandachtsproblemen, astma, en opstandigheid vaak verdwijnen als de hechting is gecorrigeerd.

Wij hebben de hechtingsproblemen in 75 ouder-kind dyade behandeld, gebruikmakend van emdr of hypnose en hadden uitstekende resultaten. Meer onderzoek zou moeten worden gedaan naar gedragscontrolelijsten om deze klinische gegevens te verifiëren.

Voetnoot: 1. We vroegen de moeders een waardering te geven aan de echtheid van hun beelden, van een 'A' voor heel echt tot een 'F' voor heel onecht.

Literatuurlijst

Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A. (1997). Eye-movement and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 209-223.

Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., Freeman, T.C.A., & MacCulloch, M. J. (in press). Eye-movements reduce the vividness, emotional valence and electrodermal arousal associated with negative autobiographical memories. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*.

Barrowcliff, A. L., Gray, N. S., MacCulloch, S., Freeman, T.C.A., & MacCulloch, M. J. (2003). Horizontal rhythmical eye-movements consistently diminish the arousal provoked by auditory stimuli. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 289-302.

Bleich, A., Kotler, M., Kutz, E., & Shaley, A. (2002). A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and the community.

Bowlby, J. (1978). Attachment theory and its therapeutic implications. *Adolescent Psychiatry*, 6, 5-33.

Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing for combatrelated posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 324.

Chemtob, C. M., Tolin, D. F., van der Kolk, B. A., & Pitman, R. K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 139-155, 333-335). New York: Guilford.

Christman, S. D., Garvey, K. J., Propper, R. E., & Phaneuf, K. A. (2003). Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology*, 17, 221-229.
Clinical Resource Efficiency Support Team. (2003). The management of post traumatic stress disorder in adults. Belfast: Northern Ireland Department of Health.

de Chateau, P. (1976). Neonatal care routine: Influences on maternal and infant behavior and on breast feeding. Umea, Sweden: Umea University Medical Dissertations. Department

of Veterans Affairs & Department of Defense. (2004).VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress. Washington, DC: Author.

Hesse, E., & Main, M. (1999). Second-generation effects of unresolved trauma in non-maltreating parents: Dissociated, frightened, and threatening parental behavior. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 482-540.

Hesse, E., & Main, M. (2000). Disorganization in infant and adult attachment: Description, correlates, and implications for developmental psychopathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48, 1097-1127.

Ironson, G. I., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.

Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Dolatabadim, S., & Zand, S. O. (in press). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.

Johnson, N. W. (1976). Breast feeding at one hour of age. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 1, 12.

Kaslow, F. W., Nurse, A. R., & Thompson, P. (2002). EMDR in conjunction with family systems therapy. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism* (pp. 289-318). Washington, DC: American Psychological Association.

Kavanagh, D. J., Freese, S., Andrade, J., & May, J. (2001). Effects of visuospatial tasks on desensitization to emotive memories. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 267-280.

Kennell, J. H., & Klaus, M. H. (1998). Bonding: Recent observations that alter perinatal care. *Pediatric Review*, 19, 4-12.

Klaus, M. H., Jerauld, R., Kreger, N., McAlpine, W., Steffa, M., & Kennell, J. H. (1972). Maternal attachment: Importance of the first post-partum days. *New England Journal of Medicine*, 286, 460-463.

Klaus, M., & Kennell, J. (1976). *Maternal-infant bonding*. St. Louis: M. V. Mosby.

Klaus, M., & Kennell, J. (1982). *Parent-infant bonding*. St. Louis: M. V. Mosby.

Klaus, M., Kennell, J., & Klaus, P. (1995). *Bonding*. New York: Addison-Wesley.

Kuiken, D., Bears, M., Miall, D., & Smith, L. (2001-2002). Eye movement desensitization reprocessing facilitates attentional orienting. *Imagination, Cognition and Personality*, 21, 3-30.

Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & 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.

Lovett, J. (1999). *Small wonders: Healing childhood trauma with EMDR*. New York: Free Press.

Madrid, A., Ames, R., Horner, D., Brown, G., & Navarrette, L. (2004). Improving asthma symptoms in children by repairing the maternal-infant bond. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 18(3), 221-231.

Madrid, A., Ames, R., Skolek, S., & Brown, G. (2000). Does maternal-infant bonding therapy improve breathing in asthmatic children? *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 15, 90-112.

Madrid, A., & McPhee, M. X. (1985). The treatment of pediatric asthma through maternal infant bonding in hypnosis: II. *The Pre and Perinatal Psychology Journal*, 1(1), 24-28.

Madrid, A., & Pennington, D. (2000). Maternal-infant bonding and asthma. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 14, 279-289.

Marcus, S. V., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.

Maxfield, L., & Hyer, L. A. (2002). The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treatment of PTSD. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 23-41.

O'Connor, S., Vietze, P. M., Sherrod, K. B., Sandler, H. M., & Altemeier, W. A. (1980). Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*, 66, 176.

Pennington, D. (1991). Events associated with maternal-infant bonding deficits and severity of pediatric asthma. Unpublished doctoral dissertation, Professional School of Psychology, San Francisco.

Perkins, B., & Rouanzoin, C. (2002). A critical evaluation of current views regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifying points of confusion. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 77-97.

Perry, B. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the cycle of violence. In J. Osofsky (Ed.), *Children, youth and violence: Searching for solutions* (pp. 124-149). New York: Guilford.

Power, K. G., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Swanson, V., & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring, versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299-318.

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., & 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.

Schore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of self: The neurobiology of emotional development*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

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. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.). New York: Guilford.

Shapiro, F. (2002). Paradigms, processing, and personality development. In F. Shapiro (Ed.), EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism (pp. 3-26). Washington, DC: American Psychological Association.

Shapiro, F., & Forrest, M. S. (1997). EMDR. New York: Basic Books.

Shapiro, F., & Maxfield, L. (2003). EMDR and information processing in psychotherapy treatment: Personal development and global implications. In M. Solomon & D. Siegel (Eds.), Healing trauma (pp. 196-220). New York: Norton.

Sharpley, C. F., Montgomery, I. M., & Scalzo, L. A. (1996). Comparative efficacy of EMDR and alternative procedures in reducing the vividness of mental images. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 25, 37-42.

Siegel, D. J. (1999). The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience. New York: Guilford.

Siegel, D. J. (2002). The developing mind and the resolution of trauma: Some ideas about information processing and an interpersonal neurobiology of psychotherapy. In F. Shapiro (Ed.), EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism (pp. 85-121). Washington, DC: American Psychological Association.

Soberman, G. B., Greenwald, R., & Rule, D. L. (2002). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for boys with conduct problems. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 6, 217-236.

Sousa, P.L.R., Barros, F. C., Gazalle, R. V., Begeres, R. M., Pinheiro, G. N., Menezes, S. T., & Arruda, L. A. (1974). Attachment and lactation. Paper presented at the 15th International Congress of Pediatrics, Buenos Aires.

Stickgold, R. (2002). Neurobiological concomitants of EMDR: Speculations and proposed research. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.

Tinker, R. H., & Wilson, S. A. (1999). Through the eyes of a child: EMDR with children. New York: Norton. van den Hout, M., Muris, P., Salemink, E., & Kindt, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 121-130.

Van der Kolk, B. A. (2002). Beyond the talking cure: Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism (pp. 57-83). Washington, DC: American Psychological Association.

Wilson, S. A., Becker, L. A., & 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.

Wilson, S. A., Tinker, R. H., & Becker, L. A. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.

Personalia

Antonio Madrid, Ph.D., werkt bij de Russian River Counselors, een nonprofit psychologische kliniek in Sonoma County, California. Hij was lid van California's Board of Psychology en verbonden aan de Psychologie faculteit van Universiteit van San Francisco gedurende meer dan 25 jaar.

Susan Skolek, Psy.D., werkt ook bij de Russian River Counselors, in Sonoma County, California. Daarnaast is ze directeur van een drug en alcohol polikliniek in Mendocino County van het Redwood Coast Medical Center.

Francine Shapiro, Ph.D., is senior researcher aan het Mental Research Institute. Ze richtte het EMDR Humanitarian Assistance Programs op (een nonprofit organisatie die hulp coördineert bij rampen en wereldwijd gratis trainingen geeft) en was adviseur voor talloze trauma- en hulporganisaties. Ze schreef talrijke artikelen en drie boeken over EMDR.