

TRATAMIENTO DEL ABUSO SEXUAL CON EMDR

Anabel Gonzalez y Dolores Mosquera

EMDR therapy has achieved an extense international recognition as treatment of choice for PTSD. Its use has been extended to a broaden field of pathologies. From the EMDR perspective, symptoms are considered to feed on previous traumatic experiences, and the patient's problems resolution will be achieved throughout the processing of this dysfunctionally stored information, that becomes reconsolidated as an ordinary memory. The standard EMDR procedure includes not only the processing of past events, but also the processing of present situations and future scope.

In order to use EMDR in sexual abuse cases, it is crucial to differentiate between early abuse (overall intrafamiliar abuse) and single sexual aggression in adulthood. The first situation has more severe consequences and needs modified EMDR procedures oriented to severe traumatization and dissociation. The implementation of this therapy will be illustrated with clinical case examples.

Keywords: EMDR, sexual abuse, trauma, psychotherapy, posttraumatic stress.

Introducción: La terapia EMDR

La terapia EMDR (siglas de desensibilización y reprocesamiento por movimiento ocular) es un abordaje psicoterapéutico que enfatiza la importancia del sistema de procesamiento de información intrínseco del cerebro y cómo se almacenan los recuerdos. Los síntomas actuales se consideran resultado de experiencias perturbadoras previas que no fueron procesadas adecuadamente, y permanecen en un estado específico, es decir, están almacenadas disfuncionalmente (Shapiro, 1995, 2001, 2007 y Solomon y Shapiro, 2008)

La esencia del EMDR es la transmutación de esta información almacenada disfuncionalmente a un modo adaptativo que promueva la salud psicológica. En condiciones naturales, el sistema innato de procesamiento de información (AIP: *Adaptive Information Processing System*, PAI en castellano) asimila las experiencias recientes en redes neurales ya existentes. Estas redes neurales son la base de la percepción, actitudes y conducta. Cuando este sistema funciona de modo adecuado, las experiencias nuevas son asimiladas, integrándose y conectándose con información que esta almacenada en estas redes neurales. Esta conexión con información

previa nos permite dar sentido a la experiencia, nos hace aprender y ayuda a guiarnos en el futuro (Shapiro, 2001).

Pero ante un evento traumático este sistema de procesamiento adaptativo de información (AIP) se bloquea, y en lugar de integrarse la información con el resto de las redes de memoria, esta información permanece almacenada de modo disfuncional. La memoria traumática tiene características diferentes a la memoria ordinaria. Mientras que la memoria ordinaria tiene menos viveza perceptiva y está conectada con el resto de la experiencia, la memoria traumática es incompleta o incoherente; parcializada hacia los detalles que son significativos emocionalmente, amenazantes, nuevos, o, de lo contrario, centrales al individuo. La diferencia entre la memoria traumática y la ordinaria es la que existe entre **revivir** el trauma (igual que allí y entonces) o **recordar** que nos sucedió, pero que ya es pasado.

Estas memorias almacenadas disfuncionalmente estarán conectadas en clusters o racimos, con un evento base primario, más antiguo, al que se asociarán recuerdos de eventos posteriores relacionados (memorias alimentadoras). Circunstancias ambientales pueden actuar como disparadores, activando estas redes traumáticas. Por ejemplo en una víctima de violación se reactiva la vivencia y los recuerdos asociados a la misma cada vez que su pareja la acaricia o cuando alguien o algo le recuerda el trauma.

La terapia EMDR se estructura en base a un protocolo básico en 8 fases. La adecuada conceptualización del caso y la estabilización del paciente abarcan las dos primeras fases, para pasar luego al procesamiento de la información almacenada disfuncionalmente siguiendo un procedimiento estructurado, en el que se integran elementos perceptivos, creencias, emociones y sensaciones físicas, gracias a la introducción de estimulación bilateral del cerebro (ocular, auditiva o táctil). Las últimas etapas definen el cierre de las sesiones y la reevaluación, repitiéndose las fases 3 a 8 para los distintos blancos o dianas seleccionados.

La estimulación bilateral activa y facilita la conexión entre la información relacionada con la experiencia traumática y el resto de las experiencias almacenadas en las redes neurales, integrando por lo tanto los recuerdos traumáticos con información adaptativa y funcional para el paciente. Por ejemplo una mujer abusada desde niña por su padre puede desarrollar la creencia de que es culpable, que no es digna, etc. Durante la sesión de EMDR puede tener el insight que la lleva a entender lo ocurrido y a cambiar esta creencia. A menudo la paciente con un tratamiento EMDR logra cambiar la perspectiva, llegando a la conclusión que *“tenía 3 años cuando ocurrió el abuso y por lo tanto no podía protegerme, Era mi padre el responsable de lo que estaba haciendo; él era el adulto, yo era una niña normal de 3 años, por lo tanto creo y siento ser digna”*. Como vemos, el relato de la paciente refleja que la memoria traumática inicial (fragmentada, sin palabras, sólo elementos perceptuales no integrados) se ha convertido en memoria semántica, declarativa (puede hablar sobre lo que sucedió) lo que se corresponde con los hallazgos

neurobiológicos sobre cómo funciona EMDR (Siegel, 2002; van der Kolk, 2002; Stickgold, 2002).

EMDR en el trastorno por estrés postraumático (TEPT)

EMDR es una terapia orientada al tratamiento del trauma, aunque su aplicación se ha ido extendiendo a muy distintas patologías. En los últimos años su eficacia ha sido avalada por un gran número de estudios empíricos y hoy en día está reconocida como una terapia de elección para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático. En diversas Guías Clínicas se ha reconocido como una terapia efectiva y se considera un tratamiento de Categoría A (fuertemente recomendados) para el tratamiento del trauma (American Psychiatric Association, 2004; Bleich, Kotler, Kutz & Shalev, 2002; Chambless y cols, 1998; CREST, 2003; Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2004; Foa, Keane & Friedman, 2000; INSERM, 2004; National Institute for Clinical Excellence, 2005; Therapy Advisor, 2004; United Kingdom Department of Health, 2001)

Varios metaanálisis revisan los estudios disponibles concluyendo que EMDR es de eficacia igual o superior a terapias de orientación cognitivo-conductual (Bisson & Andrew, 2007; Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005; Davidson & Parker, 2001; Seidler & Wagner, 2006), sobre todo cuando es aplicado adecuadamente (Maxfield & Hyer, 2002). En algunos estudios se apunta a una de las ventajas de EMDR: una mayor eficiencia y rapidez (Van Etten y Taylor, 1998).

Diversos estudios randomizados avalan la eficacia de esta terapia en el trastorno de estrés postraumático en diversas poblaciones (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund & Muraoka, 1998; Abbasnejad, Mahani & Zamyad, 2007; Ahmad, Larsson, Sundelin-Whalsten, 2007; Chemtob, Nakashima & Carlson, 2002; Cvtek, 2008; Hogberg y cols, 2007; Hogberg y cols, 2008; Ironson, Freund, Strauss & Williams, 2002; Lee, Gavriel, Drummond, Richards & Greenwald, 2002; Marcus, Marquis & Sakai, 1997; Marcus, Marquis & Sakai, 2004; Power, McGoldrick, Brown y cols, 2002; Scheck, Schaeffer & Gillette, 1998; Shapiro, 1989; Soberman, Greenwald & Rule, 2002; Taylor y cols, 2003; Vaughan, Armstrong, Gold, O'Connor, Jenneke & Tarrier, 1994; Van der Kolk, Spinazzola, Blaustein, Hopper, Hopper, Korn & Simpson, 2007; Wanders, Serra & de Jongh, 2008; Wilson, Becker & Tinker, 1995; Wilson, Becker & Tinker, 1997)

El abuso sexual

La prevalencia de los abusos sexuales parece ser mucho mayor de lo que se pensaba anteriormente, especialmente entre los pacientes psiquiátricos (Jacobson, 1989). Diversos estudios en diferentes países han encontrado una la tasa de incesto padre-hija de alrededor del 1-3% (Draijer, 1990; Russell, 1986; Finkelhor, 1979; Wyatt, 1985).

Cuando el abuso sexual ocurre en la infancia los recuerdos pueden haber sido

“borrados” (disociados). Aunque hay algunos autores escépticos respecto a la veracidad de los recuerdos traumáticos recuperados en la edad adulta o durante la terapia (Holmes, 1990; Ceci, Loftus, Leichtman & Bruck 1994), un importante volumen de estudios avalan la frecuencia de “olvido” en casos de abuso sexual. Dependiendo de si hablamos de una amnesia completa o parcial los datos de prevalencia varían desde un 59% (Briere y Conte, 1993), a 38% (Williams, 1994), hasta un 26% (Herman & Schatzow, 1987) y 19% (Loftus, Polonsky, y Fullilove, 1994).

Estos recuerdos pueden “recuperarse” durante la psicoterapia (Albach, Moormann y Bermond, 1996; Albach & Everaerd, 1992). Diversos autores han mostrado una actitud escéptica hacia estos recuerdos recuperados. Albach & Everaerd (1992) señalan diversas razones para este escepticismo. Los argumentos del siglo XIX para esta incredulidad giraban en torno a la “respetabilidad” de los posibles abusadores, restando credibilidad a las víctimas. Más tarde Freud cambia su primera teoría traumática de la histeria por el análisis de los procesos intrapsíquicos de la paciente, probablemente influido por la presión social de su época. En 1990, donde el foco principal de atención se centró en que las afirmaciones de las pacientes podían ser consecuencia de la sugestión de sus terapeutas, generalmente bajo hipnosis, creado así falsos recuerdos (Loftus 1993).

Pese a que las argumentaciones sobre falsas memorias de abuso están profundamente arraigadas entre los profesionales, los estudios empíricos ofrecen una evidencia creciente de que en su mayoría los recuerdos recuperados son verídicos y pueden en muchas ocasiones confirmarse por informaciones externas. Janet (1889), Herman y Schatzow (1987), Van der Hart (1991) y Whitfield (1995) así como muchos otros llamados los terapeutas del trauma sostienen que las afirmaciones de los pacientes se basan en recuerdos de acontecimientos reales, que habían sido “olvidados”, y que se “recuperaban” luego. Algunos de ellos incluso sostienen que el éxito del tratamiento depende de la recuperación de estos recuerdos (Bass y Davis, 1988; Claridge, 1992; Courtois, 1992; Frederickson, 1992; Gelinias, 1983; Olio, 1989).

La actitud del terapeuta ante un paciente que desvela un abuso sexual ha de ser respetuosa y cuidadosa. Los trabajos anteriormente citados han de hacernos pensar que un recuerdo recuperado de abuso sexual no debe ser puesto sistemáticamente bajo sospecha. Pero es cierto que una exploración muy dirigida puede modificar un recuerdo o inducir al paciente a sacar conclusiones prematuras o erróneas. El manejo de esta situación requiere una particular posición y acompañamiento por parte del terapeuta (Van der Hart & Nijenhuis, 1999)

EMDR en Abuso Sexual

Todo lo descrito anteriormente ha de ser tenido en cuenta a la hora de aplicar EMDR en casos de abuso sexual. En un paciente sin una historia traumática grave,

la conceptualización del caso con EMDR puede hacerse con un protocolo de tratamiento estándar ya que clínicamente se presenta como un trastorno de estrés postraumático. En pacientes con un abuso sexual que ocurre inmerso en una historia de trauma temprano, crónico y grave, el manejo de la terapia con EMDR habrá de incluir modificaciones en el procedimiento.

La eficacia de EMDR en casos de adultos abusados sexualmente en la infancia ha sido avalado por estudios empíricos (Edmond, Rubin & Wambach, 1999; Parnell, 1999) mostrando una mayor eficacia de EMDR frente al tratamiento habitual. En víctimas de violación los resultados son muy buenos con muy pocas sesiones (Rothbaum, 1997). Los supervivientes refieren una mayor resolución del trauma con EMDR frente a terapia ecléctica (Edmond, Sloan & McCarty, 2004). En comparación con Terapia Cognitivo Conductual EMDR muestra mayor eficiencia, precisándose aproximadamente la mitad de sesiones que con TCC (Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Dolatabadim & Zand, 2004; Rothbaum, Astin & Marsteller, 2005). La eficacia del tratamiento con EMDR se mantiene a los 18 meses de seguimiento (Edmond & Rubin, 2004)

Además de lo anterior, resulta prometedor, aunque se trate de un estudio aislado, que se hayan encontrado resultados positivos en abusadores sexuales (Ricci, Clayton & Shapiro, 2006; Datta & Wallace, 1994). Teniendo en cuenta que muchos abusadores sexuales tienen su propia historia de abuso, estudios en desarrollo (Fernandez y cols) trabajan usando como dianas de EMDR estas memorias del abuso temprano, maltrato o negligencia sufridos por los abusadores, tras lo cual parecen entender de dónde vienen sus tendencias y ser más capaces de empatizar con sus víctimas, uno de los objetivos de los abordajes clásicos con abusadores sexuales (Hanson & Bussiere, 1998)

Aparte del tratamiento de un abuso o agresión sexual que cumple criterios de trastorno de estrés postraumático (TEPT), en el que el tratamiento con EMDR ha demostrado una alta eficacia, hay dos situaciones específicas, que pueden ser tratadas efectivamente con EMDR, pero requieren consideraciones particulares. Una es cuando los recuerdos de abuso sexual no eran accesibles para el paciente y surgen en la sesión de terapia o posteriormente a ella. Dado que EMDR es una terapia muy poco directiva la posibilidad de que sea el terapeuta el que sugiere o induce al paciente es muchísimo más baja que en otras orientaciones terapéuticas. El terapeuta pregunta únicamente al paciente, en medio de la cadena de asociaciones, “qué te viene”. Es difícil pensar que este comentario tan neutral pueda ser el causante de recordar un evento tan traumático como un abuso. Esto ocurre incluso en casos que acuden por una situación que no parece tener relación con abusos (por ejemplo una fobia). Una vez accesibles, estos recuerdos y evaluados los recursos de regulación emocional del paciente, pueden ser procesados con el procedimiento estándar de EMDR.

Otra situación particular es la presencia de psicopatología postraumática grave

como trastornos disociativos, trastornos conversivos, trastorno límite de personalidad o trastornos por somatización. Estos casos pueden ser tratados de modo efectivo con EMDR, pero precisan modificaciones en el plan terapéutico y en el protocolo de aplicación, de cara a garantizar que el procesamiento del trauma se haga después de una adecuada estabilización del paciente. Esta área está en desarrollo y habrá de ser evaluada en profundidad, aunque hay algunos estudios (Korn & Leeds, 2002) que presentan resultados positivos.

Caso 1. Estrés postraumático simple.

Mujer de 34 años que acude a consulta tras una violación por parte de un desconocido. No presenta antecedentes de historia traumática previa grave.

La paciente refiere que la parte peor del recuerdo de la violación es la imagen de la cara del violador. Pensando en esa imagen aun meses después se dice: *“estoy en peligro”*. La creencia positiva, a la que apenas da validez inicialmente sería *“estoy segura”*. El nivel de perturbación que le produce inicialmente es muy alto y se asocia a una sensación de presión en la garganta (el agresor la tenía cogida por el cuello durante la violación).

Durante el procesamiento EMDR la paciente refiere diversos momentos del abuso, llegando a focalizar positivamente, sin ninguna intervención por parte del terapeuta, al momento en que la agresión acabó y al apoyo que recibió de su familia y sus amigos.

Siguiendo el protocolo EMDR, al volver al recuerdo lo ve cada vez más borroso y con más distancia, reflejando el cambio que se está produciendo de una memoria traumática (recuerdos fragmentados, de gran riqueza sensorial) a una memoria ordinaria. La sesión termina con un recuerdo que se experimenta como mucho más lejano *“ya se acabó, quiero recuperar mi vida”* sin ninguna perturbación a nivel emocional ni somático. Tras esta sesión la paciente ya no presentó flashbacks ni pesadillas y recuperó un buen nivel de funcionamiento. Se requirieron algunas sesiones más centradas en otros blancos (el juicio, traumas “t” previos), pero la intervención abarcó en conjunto 8 sesiones de terapia, y tras un tiempo de seguimiento la paciente continuaba asintomática. Una vez finalizado el procesamiento, la paciente recordaba el hecho (el EMDR no borra los recuerdos), pero lograba recordarlo sin las emociones que la agobiaban antes y con una creencia positiva, sintiéndose segura.

Caso 2. Un recuerdo de abuso sexual “recuperado” en terapia. Traumatización compleja.

Paciente de 28 años, con trastorno límite de personalidad y trastorno disociativo.

Es derivada a consulta tras un intento de suicidio. Refiere que no tiene control sobre sí misma, que se autolesiona para *“desconectar”*, *“sentir que existe”* y *“volver a la realidad”*. Dice que *“todos los hombres son unos cerdos”*. En ocasiones tras

salir, beber y consumir cocaína se despierta sin recordar qué ha pasado la noche anterior. A veces recuerda que se “acuesta con hombres”, refiere que es para “castigarles”, que ahí es “ella la que tiene el control”. La paciente presenta conductas promiscuas y de riesgo frecuentes. Cuando acude a terapia tiene pareja estable pero desconfía de él y se vuelve “paranoica”, *“veo cosas donde no las hay, no sé cómo me aguanta”*. Actitud sexual activa, disfruta con el sexo y no refiere problemas destacables en esta área. No obstante su pareja dice que en ocasiones, tras mantener relaciones sexuales, ella se pone en postura fetal como “ida” y él se siente un “cerdo violador”. La paciente necesita depilarse de manera compulsiva, no soporta tener pelo en sus partes íntimas y en ocasiones se hace daño aunque no entiende por qué lo hace.

La paciente no tiene recuerdos de la infancia y tiene dificultades para rellenar las escalas de valoración por “no saber qué contestar”. Como diana para trabajar seleccionamos una escena de agresión (paliza severa) por parte de su expareja (con orden de alejamiento por malos tratos). Considera que esta relación le ha afectado mucho aunque explica que antes de eso ya tenía problemas “siempre me he sentido insegura”, “nunca he podido confiar en los hombres”. El procesamiento de EMDR se bloquea porque la paciente presenta síntomas disociativos y pierde la orientación al presente. Tras esta sesión acude a consulta muy desestabilizada, con ganas de cortarse y hacerse daño porque “necesita desconectar y bloquear sus pensamientos”. Explica que durante una discusión con su padre éste se acerca a ella para tranquilizarla con un abrazo y la paciente estalla, llamándole “abusador” y “cerdo”. También comenta que cree que se ha estado haciendo cortes y consumiendo drogas “para no pensar” y que durante este tiempo se ha acordado de varias situaciones de abuso con su padre, siendo una de las primeras cuando él está en la bañera y la llama para que vaya *“cuando voy, me enseña su pene y me quedo bloqueada, no recuerdo más pero sé que hay más cosas, me doy asco”*. También recuerda *“cómo se acostaban juntos mientras yo estaba en cama con ellos, me sentía muy incómoda y me hacía la dormida”*

Se continúan usando procedimientos de EMDR, pero esta vez diferentes al protocolo standard: se instalan recursos (incluyendo orientación a la realidad, ejercicios de co-consciencia, etc) y se aborda la fragmentación mental combinando el procesamiento EMDR con el trabajo con partes disociativas (procesamiento de fobias disociativas, procedimiento modificado de la mesa disociativa, etc). Tras una fase de preparación incluyendo estas intervenciones específicas, se comienzan a procesar los eventos traumáticos que incluyeron muchos traumas “t” relacionados con la relación de apego con los cuidadores primarios y diversos traumas “T” como el abuso sexual. A lo largo de este proceso la paciente consigue dejar de autolesionarse, de consumir drogas y a estar más en contacto con la realidad.

Durante una de las sesiones de EMDR la paciente recordó que la madre había reconocido que “sabía que pasaban cosas pero que ella no podía hacer nada porque

dependía de él emocionalmente y económicamente”. Esto lo había mencionado la madre mucho tiempo después, hablando de problemas familiares y la paciente lo había registrado en la memoria. Durante la sesión de EMDR conectó esta información y fue positivo porque le dio la pauta de lo que pasaba y de la complejidad y la gravedad de lo que ocurría en la familia.

Al finalizar la terapia la paciente está asintomática y su capacidad para establecer relaciones interpersonales adecuadas ha mejorado notablemente. Su funcionamiento en diversas áreas es más adaptado y su satisfacción global es mucho mayor. Puede narrar su historia entendiendo cómo afectó a su vida, y aprendiendo de ello, pero sin que condicione sus decisiones en el presente. Tiene una perspectiva positiva y esperanzada sobre su futuro.

Conclusiones

EMDR es una terapia que ha demostrado su eficacia en casos de abuso sexual. La aplicación de los procedimientos habrá que adaptarla al tipo de trauma que presenta el paciente, habiendo de manejarse procedimientos modificados en los casos de traumatización compleja. La terapia EMDR trabaja sobre el recuerdo del trauma y lo procesa, contribuyendo a elaborar las emociones y las creencias negativas. Por lo tanto supone un aporte importante al campo de la psicoterapia y del trauma psíquico.

La terapia EMDR ha obtenido reconocimiento internacional como tratamiento de elección para el trastorno de estrés postraumático, aunque su utilización se ha extendido a numerosas patologías. Desde EMDR se entiende que el origen de los síntomas está en experiencias traumáticas previas que se almacenan en el cerebro de una manera disfuncional. La resolución de los problemas presentes del paciente se consigue a través del procesamiento de las memorias traumáticas, que se reconsolidarán como memorias ordinarias. El procedimiento estándar incluye no sólo el procesamiento de eventos pasados, sino también de las situaciones presentes y la proyección de futuro.

Para su aplicación específica en casos de abuso sexual es preciso tener en cuenta si se trata de un abuso temprano y/o prolongado, sobre todo un abuso sexual intrafamiliar, ya que las consecuencias en este caso van más allá de un estrés postraumático simple, como ocurre en un episodio aislado de agresión sexual en un paciente con una historia previa sin elementos de traumatización grave temprana.

En este artículo se ejemplificará con casos clínicos la aplicación diferencial en ambos casos.

Palabras clave: EMDR, abuso sexual, trauma, psicoterapia, estrés postraumático.

Referencias Bibliográficas

- Abbasnejad, M. Mahani, K. N. & Zamyad, A. (2007). Efficacy of “eye movement desensitization and reprocessing” in reducing anxiety and unpleasant feelings due to earthquake experience. *Psychological Research*, 9(3-4), 104-117.
- Ahmad A, Larsson B, Sundelin-Whalsten V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nord J Psychiatry*, 61, 349-54.
- Albach, F, Moormann, P y Bermond, B. (1996). Memory recovery of Childhood Sexual Abuse. *Dissociation*. Vol IX, N° 4.
- Albach, F. & Everaerd, W. (1992). Post-traumatic stress symptoms in victims of childhood incest. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 4, 143-151.
- American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines
- Bass, E. & Davis, L. (1988). *The courage to heal: A guide for women survivors of child sexual abuse*. New York: Harper & Row.
- Bisson, J. & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 3. Art. No: CD003388. DOI: 10.1002/14651858.CD003388.pub3.
- Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I. & Shalev, 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 in the community*. Jerusalem, Israel.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L. & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227.
- Briere, J. & Conte, J. (1993). Self-reported amnesia for abuse in adults molested as children. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 21-31. Briere, J. & Runtz, M. (1987). Post-sexual abuse trauma. Data and implications for clinical practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 367-379. Williams, 1994
- Carlson, J., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L & Muraoka, M.Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.
- Ceci, S. J., Loftus, E. F., Leichtman, M. & Bruck, M. (1994). The possible role of source misattributions in the creation of false beliefs among preschoolers. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 42, 304-320.
- Claridge, K (1992). Reconstructing memories of abuse: A theory based approach. *Psychotherapy*, 29, 243-252.
- Courtois, C.A. (1992). The memory retrieval process in incest survivor therapy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 1, 15-32.
- CREST (2003). *The management of post traumatic stress disorder in adults. A publication of the Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety*, Belfast.
- Cvtek, R. (2008). EMDR treatment of distressful experiences that fail to meet the criteria for PTSD. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 2-14.
- Chambless, D.L. et al. (1998). Update of empirically validated therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chemtob, C.M., Nakashima, J. & Carlson, J.G. (2002). Brief-treatment for elementary school children with disaster-related PTSD: A field study. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 99-112.
- Datta, P. C. & Wallace, J. (1994, May). *Treatment of sexual traumas of sex offenders using Eye Movement Desensitization and Reprocessing*. Paper presented at the 11th annual symposium in Forensic Psychology, San Francisco, CA.
- Davidson, P.R. & Parker, K.C.H. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 305-316.
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense (2004). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management Of Post-Traumatic Stress*. Washington, DC. Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense. Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04.
- Draijer, N. (1990) *Seksuele traumatisering in de jeugd. Gevolgen op lange termijn van seksueel misbruik van meisjes door verwanten. [Sexual traumatization in childhood. Psychiatric sequelae of childhood incest]*. Amsterdam: SUA.

- Edmond T & Rubin A. (2004). Assessing the long-term effects of EMDR: results from an 18-month follow-up study with adult female survivors of CSA. *Journal Of Child Sexual Abuse. Vol. 13* (1), pp. 69-86.
- Edmond, T., Rubin, A. & Wambach, K. (1999). The effectiveness of EMDR with adult female survivors of childhood sexual abuse. *Social Work Research, 23*, 103-116.
- Edmond, T., Sloan, L. & McCarty, D. (2004) Sexual abuse survivors' perceptions of the effectiveness of EMDR and eclectic therapy: A mixed-methods study. *Research on Social Work Practice, 14*, 259-272.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: The Free Press.
- Foa, E.B., Keane, T.M. & Friedman, M.J. (2000). *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines of the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Frederickson, R. (1992). *Repressed memories: A journey to recovery from sexual abuse*. New York: Simon & Schuster.
- Gelinas, D. (1983). The persisting negative effects of incest. *Psychiatry, 46*, 313-332.
- Hanson, R.K. & Bussiere, M.T. (1998). Predicting relapse: a meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *J. Consulting and Clinical Psychology, 66*, pp. 348-362.
- Herman, J. L. & Schatzow, E. (1987) . Recovery and verification of memories of childhood sexual trauma. *Psychoanalytic Psychology, 4*, 1-14.
- Hogberg, G. et al., (2007). On treatment with eye movement desensitization and reprocessing of chronic post-traumatic stress disorder in public transportation workers: A randomized controlled study. *Nordic Journal of Psychiatry, 61*, 54-61.
- Hogberg, G. et al., (2008). Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitization and reprocessing: Outcome is stable in 35-month follow-up: *Psychiatry Research, 159*, 101-108.
- Holmes, D. (1990). *The evidence for repression: An examination of sixty years of research*. In J.L. Singer (Ed.), *Repression and dissociation*, (pp. 85-102). Chicago: University of Chicago Press. Ceci & Loftus, 1994
- INSERM (2004). *Psychotherapy: An evaluation of three approaches*. French National Institute of Health and Medical Research, Paris, France.
- 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. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 358-368.
- Jacobson, A. (1989). Physical and sexual assault histories among psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry, 146*, 755-758.
- Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Felix Alcan.
- Korn, D. & Leeds, A. (2002). Preliminary evidence of the efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology, 58* (12). 1465-1487.
- 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.
- Loftus, E.F. (1993). The reality of repressed memories. *American Psychologist, 48*, 518-537.
- Loftus, E.F., Polonsky, S. & Fullilove, M. (1994). Memories of childhood sexual abuse: Remembering and repressing. *Psychology of Women Quarterly, 18*, 67-84.
- Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy, 34*, 307-315
- Marcus, S., Marquis, P. & Sakai, C. (2004). Three- and 6-month follow-up of EMDR treatment of PTSD in an HMO setting. *International Journal of Stress Management, 11*, 195-208.
- 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
- National Institute for Clinical Excellence (2005). *Post traumatic stress disorder (PTSD): The management of adults and children in primary and secondary care*. London: NICE Guidelines.
- Olio, KA. (1989). Memory retrieval in the treatment of adult survivors of sexual abuse. *Transactional Analysis Journal, 19*, 93-100.
- Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of adults abused as children*. New York, NY: Norton.
- Power, K.G., McGoldrick, T., Brown, K., et al. (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.
- Ricci, R. J., Clayton, C. A. & Shapiro, F. (2006) Some effects of EMDR treatment with previously abused child molesters: Theoretical reviews and preliminary findings. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 17*, 538-562.

- Rothbaum, B. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder sexual assault victims. *Bulletin of the Meminger Clinic*, 61, 317-334.
- Rothbaum, B.O., Astin, M.C. & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607-616.
- Russell, D.E.H. (1986). *The secret trauma: Incest in the lives of girls and women*. New York: Basic Books.
- Scheck, M., Schaeffer, J.A. & Gillette, C. (1998). Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.
- Seidler, G.H. & Wagner, F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress Studies*, 2, 199-223.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2007). *EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective*. In F. Shapiro, F. Kaslow & L. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 3-36). New York: Wiley.
- 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. 85-122). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- 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.
- Solomon, R & Shapiro, F. (2008). EMDR and the Adaptive Information Processing Model. Potential Mechanisms of Change *Journal of EMDR Practice and Research*, Volume 2, Number 4, pp 315-325.
- Stickgold, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.
- Taylor, S. et al. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330-338.
- Therapy Advisor (2004): www.therapyadvisor.com
- United Kingdom Department of Health. (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline*. London, England.
- Van der Hart, O. & Nijenhuis, E. (1999). Bearing Witness to Uncorroborated Trauma: The Clinician's Development of a Reflective Believe. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol 30. Nº 1. 37-44.
- 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. 57-84). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Van Etten, M. & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Vaughan, K., Armstrong, M.F., Gold, R., O'Connor, N., Jenneke, W. & Tarrier, N. (1994). A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 25, 283-291.
- Wanders, F., Serra, M. & de Jongh, A. (2008). EMDR Versus CBT for Children With Self-Esteem and Behavioral Problems: A Randomized Controlled Trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 180-189.
- Williams, L.M. (1994). Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.
- Whitfield, C.L. (1995). *Memory and abuse. Remembering and healing the effects of trauma*. Florida: Health Communications Inc.
- Wilson, S., Becker, L.A. & 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., Becker, L.A. & Tinker, R.H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment of post-traumatic stress disorder and psychological trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.
- Wyatt, G.E. (1985) The sexual abuse of Afro-American and white-American women in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 9, 507-519.