

Trauma Response Profile:  
Francine Shapiro, Ph.D.,  
B.C.E.T.S.

Joseph S. Volpe, Ph.D., B.C.E.T.S.,  
F.A.A.E.T.S.  
Director, Professional Development

Editor, Trauma Response®

*Francine Shapiro, Ph.D., B.C.E.T.S. is the originator of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Dr. Shapiro is a Senior Research Fellow at the Mental Research Institute in Palo Alto, California. She has trained over 30,000 clinicians internationally. EMDR has been used to treat thousands of trauma survivors worldwide including individuals who have survived rape, sexual molestation, Vietnam combat and natural disasters. Dr. Shapiro is a member of the Editorial Advisory Board for Journal of Traumatology and a member of the "Cadre of Experts" of the American Psychological Association & Canadian Psychological Association Joint Initiative on Ethnopolitical Warfare. She has also served in the Editorial Advisory Groups for Treating Abuse Today and the Journal of Traumatic Stress. She has been invited to lecture around the world and was the recipient of the 1993 Distinguished Scientific Achievement in Psychology Award presented by the California Psychological Association. Her articles have appeared in numerous journals and she is the author of several publications including Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and*

Trauma Response Profile:  
Francine Shapiro, Ph.D.,  
B.C.E.T.S.

Joseph S. Volpe, Ph.D., B.C.E.T.S.,  
F.A.A.E.T.S.  
Director, Professional Development

Editor, Trauma Response®

Francine Shapiro, Ph.D., B.C.E.T.S. es la creadora de EMDR, Desensibilización y Reprocesamiento por el Movimiento de los Ojos. La Dra. Shapiro es Investigador Senior en el Instituto de Investigación Mental en Palo Alto, California. Ella ha entrenado más de 30,000 clínicos a nivel internacional. EMDR se ha usado para tratar miles de supervivientes de trauma en el mundo incluyendo individuos que han sobrevivido a violación, abusos sexuales, combates en Vietnam y catástrofes naturales. La Dra. Shapiro es miembro de la Junta Asesor Editorial en el *Journal of Traumatology* y un miembro del "Cuadro de Expertos" de la *American Psychological Association & Canadian Psychological Association Joint Initiative on Ethnopolitical Warfare*. Ella también ha trabajado en los Grupos Asesores Editoriales por Tratar el Abuso Hoy y el *Journal of Traumatic Stress*. Ella ha sido invitada a dar conferencias en todo el mundo y recibió el 1993 *Distinguished Scientific Achievement in Psychology Award* presentado por la Asociación Psicológica de California. Sus artículos se han publicado en numerosos periódicos y es la autora de varias publicaciones incluyendo Desensibilización y Reprocesamiento por el Movimiento de los Ojos: Principios Básicos, Protocolos y

*Procedures (Guilford Press, 1995), EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma (with Margot Silk Forrest, BasicBooks, 1997) and the forthcoming EMDR and the Paradigm Prism (American Psychological Association Press). Dr. Shapiro is currently serving on the Board of Scientific & Professional Advisors of The American Academy of Experts in Traumatic Stress.*

JSV: I know that you maintain numerous roles as a psychologist, lecturer, researcher and consultant. Can you tell me about your current positions?

FS: I am a senior research fellow at the Mental Research Institute in Palo Alto. In addition, I am Executive Director of the EMDR Institute and President of the EMDR Humanitarian Assistance Programs. The Humanitarian Assistance Program is a global network of clinicians who have dedicated themselves to alleviating suffering by breaking the cycle of violence worldwide. We do pro-bono training and direct intervention when called upon. And I am also a consultant on a number of grants including some by NIMH evaluating EMDR in a variety of forums.

JSV: What made you focus on traumatic stress as a specialty?

FS: It was actually an accident! When I first began developing EMDR and noticed its effects I wanted to test whether it could have positive results within a clinical population. I then reviewed the symptoms that it had worked well with. It seemed like old memories were affected most easily. I then asked the question "what clinical populations had the most

procedimientos (Guilford Press, 1995), *EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress and Trauma (with Margot Silk Forrest, BasicBooks, 1997) and the forthcoming EMDR and the Paradigm Prism (American Psychological Association Press)*. La dr. Shapiro está actualmente en la Junta de *Scientific & Professional Advisors of The American Academy of Experts in Traumatic Stress*.

JSV: Yo sé que usted es a la vez psicóloga, conferenciante, investigadora y consultora. ¿Usted puede hablarme sobre sus actividades actuales?

FS: Soy investigador senior en el Instituto de Investigación Mental en Palo Alto. Además, soy Director ejecutivo del Instituto de EMDR y Presidente de los Programas de Ayuda Humanitarios EMDR. El Programa de Ayuda Humanitario es una red global de clínicos que se han dedicado a aliviar el sufrimiento rompiendo el ciclo de violencia mundial. Nosotros hacemos entrenamientos pro bono (ayuda humanitaria) y la intervención directa cuando sea necesario. Y además soy consultor en varias becas de investigación que incluyen algunas evaluaciones de EMDR por NIMH en una variedad de foros.

JSV: ¿qué le hizo especializarse en el estrés traumático?

FS: ¡En realidad fue por casualidad! Cuando empecé a desarrollar EMDR y noté sus efectos quise probar si pudiera tener resultados positivos en una población clínica. Repasé los síntomas con los que había funcionado bien hasta ese momento. Parecía que era fácil trabajar con los recuerdos. Entonces me hice la pregunta "cuál es la población clínicas que tenía más

difficulties with old memories?" It appeared that rape victims, molestation victims, combat veterans, especially struggled with memories (of their trauma) and posttraumatic stress disorder (PTSD). Thus, I came about it sideways. When we observed the effects of EMDR in that population, it became something that I dedicated my life to.

JSV: As the originator and developer of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), can you provide an overview of how it is used. Also, please describe the way in which this therapeutic intervention evolved?

FS: Well, it started out, actually as a technique for alleviating anxiety. At least that's the way that I thought about it because I came from a primarily behavioral background. But as we explored it and refined it over time, it became clear that desensitization of anxiety was only a by-product of what was going on. What we were really looking at was "reprocessing" which actually means an active learning process. Thus, the individual might be disturbed by a particular event, and we viewed it as being stored in the brain in a form similar to how the perceptions were initially encoded. The natural information processing that was necessary to take it to resolution appeared to have been "knocked off-line" because of the disturbance. So when we use EMDR, we access the earlier events that are problematic and we stimulate the processing system. We make sure that the information continues moving toward adaptive resolution. What is useful is learned, stored with appropriate affect and able

dificultades con los recuerdos"? Por lo visto eran las víctimas de violación, las víctimas de abusos, los veteranos de combate, que sufrían sobre todo con los recuerdos (de su trauma) y el trastorno por estrés postraumático (PTSD). Por lo tanto, me llegó por casualidad. Cuando observamos los efectos de EMDR en esa población, se convirtió en algo a lo que he dedicado mi vida.

JSV: Como creadora de EMDR, ¿puede usted darnos una descripción global de cómo se usa? ¿También, por favor describa la manera de cómo esta intervención terapéutica evolucionó?

FS: Bien, realmente empezó como una técnica para aliviar la ansiedad. Por lo menos ésa es la manera en que yo lo pensé porque vengo de una formación principalmente conductual. Pero cuando nosotros lo exploramos y lo refinamos con el tiempo, quedó claro que esa desensibilización de la ansiedad era sólo un derivado de lo que estaba pasando. Lo que realmente estábamos viendo era "el reprocesamiento" que en realidad significa un proceso de aprendizaje activo. Así, la persona podría perturbarse por un suceso particular, y nosotros vimos como se almacenaba en el cerebro en una forma similar a cómo las percepciones fueron codificadas inicialmente. La información natural procesada que era necesaria tomar para la resolución parecía haber sido apartada debido a la perturbación. Así cuando usamos EMDR, logramos acceder a los sucesos más tempranos que son problemáticos y estimulamos el sistema de procesamiento. Nos aseguramos que la información logra llegar a una resolución adaptativa. Lo que es útil es aprendido, almacenado apropiadamente y con la capacidad

to guide the person appropriately in the future. What is useless, the negative self-talk, painful emotions, physical arousal, are simply discarded. It's a natural outcome of the dynamic learning. The individual not only desensitizes anxiety, but goes through any number of emotions such as guilt, anger, sadness and rage that typical psychotherapy is unable to touch (e.g., exposure therapies are not usually helpful for guilt issues or anger issues). EMDR promotes learning - very rapid learning. The person not only moves to a level of appropriate emotion, but takes on the appropriate level of insight and understanding of what had occurred to them. The individual can then make the associations that are necessary to resolve the issues. What you're really looking at is individual growth. It's not solely about taking away pathology or taking away overt symptoms, but also self-enhancement. It is important to consider that many disorders that bring a person into a psychologist's office are the product of earlier experiences. It doesn't have to be the large "T" Trauma of a rape or a combat experience but can be the small "t" trauma of childhood humiliations or abandonment. What we look for in the use of EMDR is where the clients are stuck - what earlier experiences are contributing to their problem, and what positive elements need to be incorporated for them. EMDR can also catalyze enhancement of positive affects, positive beliefs, and positive behaviors. So we actually look at the full spectrum of the clinical picture.

para guiar a la persona adecuadamente en el futuro. Lo que es inútil, las autoconcepciones negativas, las emociones dolorosas, la sobreexcitación nerviosa, están simplemente descartadas. Es un resultado natural del aprendizaje dinámico. El individuo no sólo desensibiliza la ansiedad, sino que atraviesa un montón de emociones como la culpa, enojo, tristeza y rabia que la psicoterapia típica es incapaz de tocar (por ejemplo, las terapias de la exposición no son normalmente útiles para problemas de culpa o problemas de enfado). EMDR produce un aprendizaje, un aprendizaje muy rápido. La persona no solo consigue un ajuste emocional, sino también una comprensión y entendimiento de lo que le pasó. El individuo puede hacer las asociaciones que sean necesarias para resolver los problemas. Lo que usted realmente está viendo es crecimiento individual. No es sólo quitar la patología o quitar los síntomas, sino una automejora.. Es importante considerar que muchos trastornos que llevan a una persona al psicólogo son producto de las experiencias más tempranas. No tiene que ser la gran "T", el Trauma de una violación o una experiencia de combate, pero puede ser una "t" pequeña", el trauma de humillaciones de la niñez o el abandono. Lo que buscamos en el uso de EMDR es donde los clientes tienen el problema - qué experiencias más tempranas están contribuyendo a su problema, y qué elementos positivos necesitan ser incorporados. EMDR también puede catalizar la mejora de los afectos positivos, las creencias positivas, y las conductas positivas. De manera que nosotros trabajamos todo el espectro del cuadro clínico.

JSV: I have read that EMDR has had more published case reports and controlled research to support its use than any other method used to treat trauma. If this is the case, then why do you suppose there has been such controversy among trauma researchers and clinicians about using EMDR?

FS: I think it developed after a 1989 publication. When I published the first controlled study in 1989, I was reporting positive effects with the application of only one session. Yet PTSD had been looked at as extremely resistant to any treatment. There were no controlled studies at the time that I submitted mine for publication. When it was published, it came out with two other studies on various other methods which showed very moderate or minor results, with 12 - 15 sessions of treatment. So it just didn't seem possible that EMDR could achieve what we were indicating that it could do. So a split between "science" and "practice" evolved, because clinicians learned it and used it and became very enthusiastically vocal about it, while the science had not yet caught up. The controversy arose between the enthusiasm of the clinicians and the lack of other research about it. However, over the past 10 years, there have been more controlled studies supporting EMDR than any other method of intervention for trauma. The standard of EMDR PTSD treatment is that 84-90% no longer have civilian PTSD in the equivalent of three 90 minute sessions (e.g., Marcus et al., 1997; Rothbaum, 1997; Scheck et al., 1998; Wilson et al., 1995,1997).

JSV: He leído que EMDR ha publicado más informes de casos de investigación controlada para apoyar su uso que cualquier otro método que trate el trauma. Si es el caso, entonces por qué usted cree que ha habido tal controversia entre investigadores del trauma y clínicos a cerca de la aplicación de EMDR?

FS: Creo que se desarrolló después de una publicación en 1989. Cuando publiqué el primer estudio controlado en 1989, sólo informé de los efectos positivos con la aplicación de una sola sesión. Todavía el PTSD aparecía como sumamente resistente a cualquier tratamiento. No había ningún estudio controlado en el momento que yo publiqué el mío. Cuando fue publicado, salió con otros dos estudios sobre otros métodos que mostraron resultados muy moderados o menores, con 12 - 15 sesiones de tratamiento. Así que apenas no parecía posible que EMDR pudiera lograr lo que nosotros estábamos indicando que pudiera hacer. Así empezó una escisión entre "la ciencia" y "práctica", porque los clínicos lo aprendieron y usaron y hablaron con mucho entusiasmo de él, mientras la ciencia no se había puesto al día todavía. La controversia se levantó entre el entusiasmo de los clínicos y la falta de otra investigación sobre el método. Durante los últimos 10 años, ha habido estudios más controlados validando el método EMDR sobre cualquier otro método de intervención para el trauma. El estándar de EMDR para el tratamiento de PTSD en civiles es que 84-90% dejan de tener PTSD en el equivalente de tres sesiones de 90 minutos (Marcus et al., 1997; Rothbaum, 1997; el Scheck et al., 1998; el Wilson et al., 1995,1997).

JSV: What educational background and training does one need to utilize EMDR? What are the consequences of inadequate training?

FS: Well, we only train licensed clinicians or students who are supervised by licensed clinicians. It is not a simple technique. It is a complex integrative method or approach to psychotherapy that attends to the entire clinical picture. If someone inadequately trained provides treatment, the client may be brought to access earlier memories that are disturbing, and be re-traumatized by them. Training, whether it is done through the universities or through private workshops, always involves practice sessions where the individual is closely supervised. Clinicians should make sure that any training they attend is authorized by the EMDR International Association. It is an independent, non-profit, professional association that sets standards for EMDR training and practice.

JSV: Have you observed the by-product of inadequate preparation?

FS: Yes. Originally, I had people sign agreements not to train until they were, themselves, approved as trainers. That's because after I had taught two workshops in California, I began to hear of clients who claimed to be hurt by the procedure. We tracked down the practitioners and discovered that people who had taken the training were now teaching their own version of it to massage therapists and hypnotherapists! The method was not being used in accordance with the appropriate clinical precautions and procedures. For instance, a clinician was working with partners of abuse

¿JSV: Qué formación y entrenamiento se necesitan para poder utilizar EMDR? ¿Cuáles son las consecuencias de un entrenamiento inadecuado?

FS: Bien, nosotros sólo entrenamos a clínicos autorizados o estudiantes que son dirigidos por clínicos autorizados. No es una técnica fácil. Es un método integrador complejo o aproximación de psicoterapia que implica a todo el cuadro clínico. Si alguien ha sido entrenado inadecuadamente puede provocar que el cliente acceda a los recuerdos antes de lo debido, lo que le puede hacer retraumatizarse. El entrenamiento, tanto si se hace a través de las universidades o a través de los talleres privados, siempre comprende sesiones de práctica dónde el individuo es supervisado estrechamente. Los clínicos deben asegurarse que cualquier entrenamiento al que asisten es autorizado por la Asociación Internacional EMDR. Es una asociación profesional independiente, sin ánimo de lucro, que fija las normas para los entrenamientos y práctica de EMDR

¿JSV: Ha observado el resultado de preparación inadecuada?

FS: Sí. Originalmente, yo hacía firmar a las personas la condición de no entrenar hasta que ellos mismos fueran aceptados como entrenadores. Esto fue porque después de entrenar en dos talleres en California, yo empecé a oír hablar de clientes que reclamaban por haber sido dañados por el procedimiento. ¡Después de rastrear entre los practicantes descubrimos que las personas que habían sido entrenadas daban después su propia versión a masajistas e hipnoterapeutas! El método no se estaba aplicando de acuerdo con las precauciones y procedimientos clínicos apropiados. Por ejemplo, un médico estaba trabajando con compañeros de víctimas de abuso

victims and he was recommending to the husbands of sexual assault victims that their wives get EMDR treatment. A couple of the men said "I'll never let my wife go anywhere near that (EMDR) - she had the worst week of her life - she nearly ended up in the hospital." As it turned out, some hypnotherapists had simply accessed the earlier memory, tried to process it through, but didn't know what to do in order to bring it to resolution because they hadn't been trained appropriately. Some of the problem involves misinformation about EMDR that leads people to think that is all about "waving your hand in front of a person's face," when it is very much not that. EMDR is an integrated approach that incorporates aspects of all of the major psychotherapies in a unique combination. And, in addition, it has an aspect of stimulation which can be either eye movements or hand taps or auditory tones. But the use of that stimulation is part of an integrated method. It is not a stand-alone technique. The problem is, because of all the media hype and misinformation, that people think all you need to do is just have a person follow your fingers with their eyes and that's supposed to take it to completion, but it certainly is not the case.

And unfortunately, many so-called "eye movement techniques" have been launched which are trying to capitalize on EMDR's popularity. Just because someone puts the words "eye movement" in the name, doesn't make it EMDR.

Unless clinicians check with the EMDR International Association to make sure the training is authorized, they may be seriously misled.

y él estaba recomendando a los maridos de víctimas de asalto sexual que sus esposas siguieran un tratamiento de EMDR. Algunos de los hombres dijeron "yo nunca permitiré a mi mujer hacer a este tratamiento (EMDR) – ya que ella tuvo la peor semana de su vida y casi terminó en el hospital." Resulta que algunos hipnoterapeutas habían accedido a los recuerdos más tempranos, intentando procesarlos, pero no supieron qué hacer para resolverlos porque ellos no habían sido entrenados correctamente. Algunos de los problemas vienen de la mala información sobre EMDR que lleva a las personas a pensar que solo se trata de "pasar su mano delante de la cara de una persona" cuando es mucho más que eso. EMDR es una aproximación integrada que incorpora aspectos de la mayoría de psicoterapias en una única combinación. Y, además, tiene un aspecto de estimulación que puede ser tanto movimientos oculares, como palmadas con la mano o tonos auditivos. Pero el uso de esa estimulación es parte de un método integrado. No es una técnica autosuficiente. El problema es, debido a la desinformación, que las personas piensan que todo lo que necesitan hacer es simplemente seguir sus dedos con sus ojos y se supone que con eso se consigue resolverlo todo, pero no es ciertamente el caso. Desgraciadamente, se han lanzado muchas técnicas llamadas "movimiento oculares" que están intentando capitalizar la popularidad de EMDR. Simplemente porque alguien pone las palabras "movimiento oculares" en el nombre, no hace EMDR. A menos que los clínicos verifiquen con la EMDR Asociación Internacional para asegurarse que el entrenamiento es autorizado, ellos pueden ser seriamente engañados.

JSV: A while back I had spoken with Jeff Mitchell and George Everly about the reactions of emergency care workers, police officers and firefighters who are first "on the scene" of an accident or crime. What are your observations of the responses of these individuals to such events as motor vehicle accidents, bombings or other catastrophic experiences?

FS: I think part of the problem is that the "front-line" providers tend to compartmentalize and often pride themselves on their stoicism. However, sometimes the load just gets so heavy that the compartments start leaking, and they start breaking down. This was observed with the Oklahoma City bombing. People who had been doing that type of work for years were devastated because, for the first time, they were seeing these little baby body bags being taken out. Many of the responders erroneously believed that they had not "done enough." Others saw their own children's faces transposed on top of the victims. These types of experiences can be devastating because the images, at a certain point, end up remaining with these folks. As caretakers who feel they have failed, the pain can be overwhelming. Accumulated inappropriate feelings of guilt take their toll.

I think that as a society, we have to start really taking care of our front-line providers. I know that after the Oklahoma City bombing, for instance, many of the teams that originated in California simply resigned upon their return. They just couldn't take it any more. I think that there needs to be more done in terms of care for these professionals.

JSV: No hace mucho he hablado con Jeff Mitchell y George Everly sobre las reacciones de trabajadores de emergencia, agentes de policía y bomberos que son los primeros "en la escena" de un accidente o crimen. ¿Cuáles son sus observaciones de las respuestas de estas personas a tales sucesos como accidentes de tráfico, bombardeos u otras experiencias catastróficas?

FS: Creo que parte del problema es que los servicios de emergencia en la "línea de fuego" tienden a compartimentar y a sentirse orgullosos de su estoicismo. Sin embargo, a veces la carga es tan fuerte que los compartimientos empiezan a deshacerse, y a hundirse. Esto se observó con el bombardeo de Oklahoma City. Personas que han trabajado durante años en este tipo de cosas, se han sentido devastados porque por primera vez en su vida vieron los sacos mortuorios de bebés. Muchos encuestados creyeron erróneamente que no habían "hecho bastante." Otros vieron las caras de sus propios niños transpuestas encima de las víctimas. Estos tipos de experiencias pueden ser devastadoras porque las imágenes, hasta cierto punto, terminan permaneciendo con estas gentes. Como servicios de emergencia que sienten que han fallado, el dolor puede ser abrumador. La acumulación de sentimientos inapropiados de culpabilidad tiene un coste personal. Creo que como sociedad, deberíamos cuidar al personal de nuestros servicios de emergencias. Sé que después del bombardeo de Oklahoma City, por ejemplo, muchos de los equipos originarios de California simplemente dimitieron de sus trabajos al regresar. No aguantaban más. Creo que allí se necesitaba haber hecho más para cuidar a estos profesionales.

Their experiences are equivalent to going out and fighting a Vietnam war day after day after day and we're just not giving them enough care and protection.

JSV: Unfortunately, many are fighting a "personal" war as a consequence of their effort to help others. Although you alluded to this earlier, I believe that an assumption of EMDR is that the alteration in the memories of traumatic events is facilitated by repeated eye movements. What do you suspect is the mechanism responsible for the improvements that are reported with clients successfully treated with EMDR?

FS: Again, the thing to emphasize is that the eye movements are only one component of this intervention that brings together aspects of psychodynamic therapy, cognitive therapy, behavioral, experiential and body-oriented therapy. All of these are part of EMDR's approach and each of these aspects have a contribution. As far as the stimulation itself (which can be eye movements, handtaps, or audiotones), the use of it began with my observation of the effects of eye movement on disturbing thoughts. It turns out it wasn't the first time that observation had been made. There were a series of experiments by Antrobus in the 1950's that also found that eye movements were associated with a shift in cognitive content. However, the question "Why?" is still unanswerable. Recently, there was a study done in England which tested the hypothesis that the stimulation was disrupting the visio-spatial template. In that experiment, they found that eye movements were most effective, but hand taps were also effective.

Sus experiencias son equivalentes a ir y luchar en la guerra de Vietnam día tras día y no estamos dándoles bastante cuidado y protección.

JSV: Desgraciadamente, muchos están luchando una "guerra personal" como consecuencia de su esfuerzo por ayudar a otros. Aunque usted aludió a esto antes, yo creo que la premisa de EMDR es que el cambio de los recuerdos de eventos traumáticos se hace más fácil gracias a los movimientos oculares. ¿Qué mecanismo cree que es responsable de la mejoría de los clientes tratados con EMDR?

FS: De nuevo, hay que enfatizar que los movimientos oculares son sólo un componente de esta intervención que reúne aspectos de terapia psicodinámica, cognoscitiva, conductual, experiencial y la terapia cuerpo-orientada. Todos éstos son parte del acercamiento de EMDR y cada uno de estos aspectos tiene su contribución. En lo que concierne a la propia estimulación (qué puede ser movimientos de ojos, taping, o auditivos), su uso empezó con mi observación de los efectos de movimientos oculares en pensamientos perturbadores. Resulta que no era la primera vez que se hizo esta observación. Había una serie de experimentos de Antrobus en los '50 que también descubrió que los movimientos de ojos estaban asociados con un cambio en el contenido cognoscitivo. Sin embargo, la pregunta "Por qué?" todavía no se puede contestar. Hay un estudio reciente hecho en Inglaterra que probó la hipótesis de que el estímulo estaba rompiendo el esquema viso-espacial. En ese experimento, descubrieron que los movimientos oculares eran muy eficaces, pero también lo era el taping.

The thing to keep in mind is that we're at a point right now that is similar to the historic use of antibiotics. People first started using antibiotics and found that they could see it work but couldn't figure out why. There simply is not enough knowledge in the field of biology in order to determine its mechanism. So, some of the work that had been conducted by Andrade indicates that it could be a disruption of the visio-spatial template. Other individuals have talked about the "orienting mechanism" -that is a conditioning process that brings a sense of comfort in the present while being able to observe the material from the past. Some work by van der Kolk is showing differences in brain structures that are lit up before and after EMDR treatment. So it's a very exciting time. There are different investigations going on, but it is still very much a "black box."

And really, it's impossible to describe any form of psychotherapy on that type of neurological level, but we'll see what opens up in the next ten years.

JSV: I am very interested in the research on the association between traumatic events and the hippocampus. It certainly is exciting yet so many unknown variables remain.

FS: Yes, and the thing to keep in mind is that there is a long way to go before we have any definitive answers. For instance, there has been talk over the last few years that you get hippocampal shrinkage with prolonged traumatic stress. That was causing a number of people to turn around and tell chronic combat veterans that there was nothing that they could do for them because the damage was permanent.

Lo que debemos tomar en consideración es que volvemos ahora mismo a un punto similar al uso histórico de antibióticos. Las personas primero empezaron usando los antibióticos y encontraron que funcionaban pero no podían deducir por qué. No hay bastante conocimiento simplemente en el campo de la biología para determinar su mecanismo. Así que, alguno de los trabajos dirigidos por Andrade indica que pudiera ser una ruptura de la esquema viso-espacial. Otras personas han hablado sobre el "mecanismo de orientación" - ése es un proceso condicionado que trae una sensación de confort en el presente mientras puedes observar cosas del pasado. Algunos trabajos de van der Kolk están mostrando las diferencias en estructuras del cerebro que se estimulan antes y después del tratamiento de EMDR. Así que es un momento muy interesante. Aún están haciendo diferentes investigaciones, pero todavía es una "caja negra".

Y realmente, es imposible describir cualquier forma de psicoterapia a ese nivel neurológico, pero ya veremos lo que viene en los próximos diez años.

JSV: Estoy muy interesado en la investigación en la asociación entre los sucesos traumáticos y el hipocampo. Es muy emocionante que aún haya tantas variables desconocidas.

FS: Sí, y lo que hay que tener en cuenta es que hay un largo camino antes que tengamos cualquier respuesta definitiva. Se ha hablado por ejemplo, durante los últimos años que el hipocampo disminuye si está sometido a un estrés traumático prolongado. Por esta causa se dijo a veteranos de combate crónicos que no se podía hacer nada ya que el daño era permanente.

But further research has indicated that the hippocampal shrinkage was not necessarily permanent. What dies off, in fact, may be dendrites, not the axons. Moreover, we are now learning that brain cells are able to be generated. I think that over these next few years, we'll have a better understanding of neurobiological processes. I think we also have to be very careful not to make pre-judgements, especially ones that seem to tell people that they're "never" going to be any better. Some directors of V.A. PTSD units have brought back vets they previously failed with and have successfully treated them with EMDR. If, instead, they had been influenced by the preliminary biological data, those vets would still be suffering.

JSV: Traumatic stressors are quite diverse and go well beyond the devastating effects of large-scale disasters and catastrophes. The American Academy is, in fact, especially interested in looking at day-to-day traumatic experiences such as chronic illness and domestic violence. Can EMDR be used effectively to treat such survivors who need to manage a cascade of overwhelming emotions on a regular basis?

FS: Well, the goal is not so much to have to manage overwhelming emotions, but to get rid of them. That is the goal of EMDR treatment. As I said previously, by accessing earlier memories and allowing them to be processed, learning is able to take place. The old information is learned and essentially stored with the appropriate emotion. This guides the person in the future. Negative emotions, physical sensations and painful beliefs are let go.

Pero la investigación ha indicado que el encogimiento del hipocampo no era necesariamente permanente. Qué se extingue, de hecho, pueden ser dendritas, no el axón. Es más, nosotros estamos aprendiendo ahora que esas células del cerebro pueden ser regeneradas. Creo que durante estos próximos años, tendremos una mejor comprensión de los procesos neurobiológicos. Creo que debemos ser cuidadosos en no tener prejuicios, sobre todo aquellos que parecen decirles a las personas que ellos nunca van a mejorar. Algunos directores de V.A. de las unidades de PTSD han vuelto a ver a veteranos con los que fracasaron previamente y los han tratado con éxito con EMDR. Si, en cambio, ellos se habieran dejando influir por los datos biológicos preliminares, esos veteranos todavía estarían sufriendo.

JSV: Los estresores traumáticos son bastante diversos y van bien más allá de los efectos devastadores de desastres de gran potencia y catástrofes. De hecho la Academia Americana tiene especial interés en considerar las experiencias traumáticas diarias como la enfermedad crónica y violencia doméstica. ¿Se puede utilizar EMDR de forma efectiva para tratar a estos supervivientes que necesitan manejar una cascada de emociones aplastantes de forma regular?

FS: Bien, la meta no es tanto tener que manejar las emociones aplastantes, sino librarse de ellas. Eso es el objetivo del tratamiento de EMDR. Como dije previamente, accediendo a los recuerdos más tempranos y permitiendo procesarlos, se puede aprender. Los viejos recuerdos salen a la luz y esta vez son almacenados con la emoción apropiada. Esto guía a la persona en el futuro. Las emociones negativas, sensaciones físicas y creencias dolorosas se van.

When you're using EMDR, you're not only dealing with those earlier memories and getting them "unstuck" (i.e., out of the system so that they're no longer pushing the negative emotions and negative behaviors), but you're also continuing the treatment. The goal is ultimately to take on positive affect and positive behaviors. The idea is not simply to return someone to a state where they are no longer overtly suffering, but to take them to a higher plateau of functioning. Chronic illness is debilitating in many ways. EMDR would be used to deal with physical pain, any underlying psychological stressors, present sense of self, maximizing potentials, etc. For victims of domestic violence, EMDR would be used to address a realistic appraisal of the present situation, psychological factors contributing to the problem, increasing resources and appropriate behaviors, etc.-in addition to reprocessing the memories of the violence which might be causing overt PTSD symptoms. It is extremely important to address the entire clinical picture and liberate the person into being able to make the best choices for the future.

JSV: Essentially, you mean assist the victim in becoming a survivor and ultimately, a thriver?

FS: That's it...that's right.

JSV: I know that you began to address this point earlier, but I was wondering about which things you believe are in need of greater investigation at this time in the area of traumatic stress?

Cuando usted está usando EMDR, no sólo está tratándose de esos recuerdos más tempranos y está consiguiendo desalojarlos (es decir, fuera del sistema para que ya no estén impulsando las emociones y conductas negativas), pero usted sigue con el tratamiento. Todo esto para conseguir finalmente emociones positivas y conductas positivas. La idea no es simplemente retornar a alguien a un estado dónde ya no sufra, sino llevarlos a un nivel superior de funcionamiento. La enfermedad crónica debilita de muchas maneras. Se usaría EMDR para tratar el dolor físico, cualquier estresor psicológico subyacente, el sentido presente de yo, aumentando al máximo los potenciales, etc., Para las víctimas de violencia de género, se usaría EMDR para tener una apreciación realista de la situación presente, factores psicológicos que contribuyen al problema, recursos crecientes y conductas apropiadas, etc. - además de reelaborar los recuerdos de la violencia que podrían estar causando los síntomas de PTSD. Es sumamente importante dirigirse el cuadro clínico entero y capacitar a la persona en tomar las mejores decisiones para el futuro.

¿JSV: Esencialmente, usted quiere decir ayudar a la víctima a ser un superviviente y finalmente, estar cada día mejor?

FS: Eso es correcto.

¿JSV: Sé que usted comentó este punto antes, pero me estaba preguntando sobre qué cosas cree usted que se necesita una investigación mayor en este momento en el área de estrés traumático?

FS: Well, we have to determine what makes 'normal' processing take place. We need to know what happens to the brain when the individual is 'stuck' in their processing of information (e.g., dysfunctionally stored memories). Such investigation can facilitate more robust treatment. Of course, it's very exciting to determine what is going on internally, but I'd like to see more of the research geared toward making the treatments that we are using more applicable across the board to clients with a variety of pathologies. It is also essential that research incorporate appropriate levels of clinical validity, treatment fidelity, and a large enough subject pool in order to make the studies valid. Many studies exist in our field that completely fail to guide the practicing clinician because they have no relation to the real world. A partnership between practicing clinicians and research academics is essential if our field is going to progress.

JSV: As you are aware, The American Academy of Experts in Traumatic Stress is a multidisciplinary organization with more than 200 areas of specialization represented. The Academy recognizes that traumatic events are an unfortunate part of the human experience that professionals and workers from many fields work with on a regular basis. What do you see as the major advantage of an organization such as the Academy that is dedicated to increasing awareness and, ultimately, improving the quality of intervention with survivors of such events across such an eclectic group?

FS: Bien, deberíamos determinar que ocurre durante un “proceso normal”. Necesitamos saber lo que pasa al cerebro cuando la persona está 'bloqueado' en su procesamiento de información (por ejemplo, el almacenamiento disfuncional de recuerdos). Tal investigación puede facilitar un tratamiento más potente. Claro, es muy excitante determinar qué está pasando internamente, pero me gustaría ver más investigación orientada a hacer los tratamientos más aplicables a los clientes con una variedad de patologías. También es esencial que la investigación tenga niveles apropiados de validez clínica, fidelidad del tratamiento, y un grupo suficiente de sujetos para hacer estudios válidos. Hay muchos estudios que fallaron en orientar al clínico porque no tienen ninguna relación con mundo real. Un acuerdo entre clínicos prácticos e investigadores académicos es esencial para progresar en nuestro campo.

JSV: Como usted sabe, La Academia Americana de Expertos en Estrés Traumático es una organización multidisciplinaria con más de 200 áreas de especialización representadas. La Academia reconoce que los sucesos traumáticos son una parte desgraciada de la experiencia humana que los profesionales y trabajadores de muchos campos trabajan a menudo. ¿Cuál ve como la mayor ventaja de una organización como la Academia que se dedica a incrementar el conocimiento y, finalmente, a mejorar la calidad de intervención con los supervivientes de este tipo de sucesos?

FS: I think that such an eclectic membership is a very great strength. It allows for the cross-pollination of work and ideas that have been effective in many of the different areas and disciplines. Being able to bring together the "best and the brightest" (as the Academy does) in order to work on a better understanding of traumatic stress and, most importantly, how to advance clinical applications is a strength. The fostering of educational outreach is also essential. Educating communities and individuals after a traumatic incident is essential because many people are out there suffering with symptoms and thinking that they're simply "crazy" or "over-reacting." We know there is a much higher incidence of chemical and alcohol abuse in a traumatized population. They are clearly trying to self-medicate themselves because they don't know there are fruitful alternatives. We need to let them know that what they're going through are normal responses, and they do need help, and that they can be assisted. If through representatives of the Academy's diverse populations we can generate greater educational outreach and assist with making clinical applications more robust, then I think this organization can do a wonderful service to humanity.

JSV: With regard to the effects of traumatic exposure on children, what recommendations could you give to support personnel who regularly respond to and intervene on behalf of children exposed to traumatic incidents (e.g., gang and school violence, domestic violence, shootings)?

FS: Creo que una gran variedad de miembros es una gran fuerza. Permite la fertilización de trabajo e ideas que ha sido eficaz en muchas áreas diferentes y disciplinas. Pudiendo reunir el "mejor y el más brillante" (como la Academia hace) para trabajar en entender mejor el estrés traumático y, lo más importante, cómo hacer avanzar las aplicaciones clínicas La promoción del trabajo social también es esencial. Educar las comunidades y a las personas después de que un incidente traumático es esencial porque muchas personas están sufriendo síntomas y piensan que están sencillamente "locos" o "exagerando" Sabemos que hay una incidencia muy superior de abuso de drogas y alcohol en una población traumatizada. Ellos están intentando auto-med icarse porque no saben que hay alternativas válidas. Nosotros debemos hacerles entender que lo que les está pasando son reacciones normales, y que necesitan ayuda, y que pueden ser ayudados. Si a través de la diversidad de los miembros la Academia, podemos abarcar una asistencia educativa mayor y podemos ayudar a hacer aplicaciones clínicas más potentes, entonces creo que esta organización puede hacer un servicio maravilloso a la humanidad.

JSV: Con respecto a los efectos de exposición traumática en los niños, qué recomendaciones podría dar para apoyar al personal que a menudo trata a los niños expuestos a incidentes traumáticos (por ejemplo, bandas y violencia escolar, violencia doméstica, los tiroteos)?

FS: I think it's extremely important to have support groups and methods like EMDR available to children on a regular basis. I think that if we look at the level of violence in the school systems, we should recognize that we must intervene at an early stage. We're not only helping to alleviate the pain of the victim, but we're also potentially assisting in stopping further violence. It's important that the children who have not only been victims, but witnesses of violence be treated. Support personnel should make sure that the need for support groups and individual therapy is emphasized, along with a relationship between all the care-givers. Kendall Johnson has a wonderful book called Trauma in the Lives of Children that can serve as an excellent guide. Intervening at an early age can increase the individual's resiliency and remove the toxic effects of violence. If we don't do that, then we're simply going to see the violence continue. Those children who have engaged in violence are ones who are also hurting. We all know there is a cycle of violence that needs to be stopped.

JSV: Although it's taken some time, we're discovering more and more about the effects of secondary traumatic stress on caregivers. What advice do you have for those who treat trauma survivors? Are there any suggestions that you could offer to help buffer caregivers from becoming traumatized and/or overwhelmed through their efforts to assist others?

FS: Creo que es sumamente importante tener grupos de apoyo y métodos como EMDR disponibles para los niños de manera regular. Creo que si miramos el nivel de violencia en los sistemas escolares, debemos reconocer que hay que intervenir en una fase temprana. Nosotros no sólo estamos ayudando a aliviar el dolor de la víctima, sino también estamos ayudando potencialmente al detener la extensión de la violencia. Es importante para los niños que tanto han sido víctimas, como testigos de violencia sean tratados. El personal de apoyo debe recalcar la importancia de la necesidad de grupos de apoyo y terapia individual, junto con una relación entre todos los cuidadores. Kendall Johnson tiene un libro maravilloso llamado "Trauma in the Lives of Children" que puede servir como una guía excelente. Interviniendo a una edad temprana pueden aumentar la resiliencia del individuo y pueden quitar los efectos tóxicos de violencia. Si nosotros no lo hacemos, entonces veremos como continua la violencia. Esos niños que son violentos fueron también heridos anteriormente. Todos sabemos hay un ciclo de violencia que necesita ser detenido.

JSV: Aunque se tarda algún tiempo, estamos descubriendo cada vez más los efectos del estrés traumático secundario en los cuidadores. ¿Qué aconseja usted a los que tratan a los supervivientes de trauma? ¿Hay alguna sugerencia que podría ofrecer para ayudar a los cuidadores antes de traumatizarse y/o estar agobiados por sus esfuerzos para ayudar otros?

FS: I think that there are a number of things to consider. First and foremost is to remember that a common problem is to think you haven't done enough. It's the downside of the compassion that brought you into the field. Caregivers often push themselves to the brink because they don't put themselves on the priority list. For that reason, it is important to have personal support. Have people that you are able to talk to and that you're able to count on in order to normalize the reactions that you may go through. Continue to get your own personal help if you need to because there is no way that you can help other people if you're not taking care of yourself. Sometimes it simply becomes like Chinese water-torture with one experience after another building up and it's very important that clinicians and caregivers, in general, do not look at themselves as "iron people" who do not need help. I always recommend to people trained in EMDR that they have a group of people that they can speak to on a regular basis.

I suggest that they make sure that they are taking care of themselves physically and emotionally. Take all the advice that they would be giving to their own clients and make sure that they get their own personal work at intervals in order to clear out the residue of what they've been working with over the years.

JSV: In the years that you have been involved in treating trauma survivors, do any specific events stand out in your memories that you believe have influenced you personally and professionally?

FS: Creo que hay varias cosas a considerar. En primer lugar hay que recordar que uno de los problemas común es pensar que usted no ha hecho lo suficiente. Es el inconveniente de la compasión que lo lleva a trabajar en este campo. Los cuidadores siguen a menudo hasta agotarse porque ellos no se ponen en la lista de prioridades. Por esa razón, es importante tener apoyo personal. Es importante tener personas con las que pueda hablar y con quien puedes contar para normalizar las reacciones que usted pueda tener. Intenta conseguir ayuda propia personal si cuando la la necesite porque de ningún modo puede ayudar a otras personas si usted no está cuidando de sí mismo.. A veces simplemente es como la tortura china del agua acumulando una experiencia tras otra y es muy importante que clinicos y cuidadores, en general, no se crean supermán " y que no necesitan ayuda. Yo siempre recomiendo a las personas entrenadas en EMDR que ellos tengan un grupo de personas con quien puedan hablar regularmente. Yo sugiero que se cuiden a sí mismos físicay emocionalmente. Que se autoapliquen todos los consejos que darían a sus propios clientes y se aseguren que siguen su propio trabajo personal de vez en cuando para limpiar las toxinas de lo que ellos han estado trabajando durante los años.

¿JSV: Durante los años que usted ha estado tratando a los supervivientes de trauma, qué suceso destacaría en sus recuerdos que cree que le ha influido personal y profesionalmente?

FS: I think the primary one was my treatment earlier on of a combat veteran. During that time, I was first developing EMDR and I wanted to see whether it would work with the trauma population. I ended up going to a V.A. Outreach Center to explore the possibility and discovered that there were men there my age who were still suffering from the war, 25 years later. It was a revelation to see the amount of suffering that was still going on. And the first combat veteran that I worked with really exemplified this suffering. He had been drafted. He said that he went because that was what he was "supposed to do." He was "supposed to serve God, supposed to serve country, and went there in order to save lives." He reflected on his effort to protect his own platoon and finding that in order to preserve life, he had to take it. To take care of his own men, he had to go against all of his religious teachings : He had this incredible dilemma as a 19 year old boy. Twenty-five years later, he tried to commit suicide because of the pain of who he might have killed and because of the guilt associated with the children that he might have harmed. In the five sessions we worked together, I saw him put it all to rest. I saw him come alive. He taught me about the nobility beneath all of the suffering. But then I looked around and saw the numbers of people that were still suffering in that way. I just dedicated myself (as one of my colleagues, who was a combat veteran himself, had) to "bringing them home again." These men have still not been brought home. We even have World War II vets who are coming into treatment with retirement age suddenly triggering PTSD symptoms.

FS: Creo que lo más importante fue mi primer tratamiento con un veterano de combate. Durante ese tiempo, yo estaba desarrollando EMDR y yo quise ver si funcionaría con población traumatizada. Yo fui a un V.A. Outreach Center para explorar la posibilidad y descubrí que allí había hombres de mi edad que después de 25 todavía estaban padeciendo la guerra. Fue una revelación ver que todavía padecían mucho. Y el primer veterano de combate con que yo realmente trabajé demostró este sufrimiento. Él había sido llamado a filas. Dijo que fue porque eso era lo que se suponía que "tenía que hacer". "Se suponía que él debería servir a Dios, se suponía que debería servir a su país, y fue allí por ahorrar las vidas." Él se esforzó en proteger su propio pelotón y descubrió que para conservar la vida, él tenía que quitarla a otros.. Para cuidar de sus propios hombres, él tenía que ir contra todas sus creencias religiosas: Cuando era un chico de 19 años, tenía este increíble dilema. Veinticinco años después, él intentó suicidarse debido al dolor de a quién él podía haber matado y por la culpa asociada con los niños que él podría haber dañado. En las cinco sesiones en que trabajamos juntos, yo vi como integaba todo. Vi como volvió a vivir.. Él me enseñó la nobleza bajo todo el sufrimiento. Y ví toda la gente que todavía estaban sufriendo de esa manera. Yo me dediqué (como uno de mis colegas que él mismo era veterano del combate) a "traerles de nuevo a casa". Estos hombres todavía no han sido traídos a casa. Igualmente tenemos veteranos de la Segunda Guerra Mundial que llegan al tratamiento a la edad de la jubilación cuando de repente activan los síntomas de PTSD.

The fact is they are often being told (like many Vietnam combat vets) that "there is nothing that we can do for you - you're going to have to live with it." I think that this is an absolute, utter shame. It has to stop. The truth is that articles have been published reporting complete elimination of symptoms using EMDR with W.W.II and Korean War vets. And there is a controlled study with Vietnam combat veterans (Carlson et al.,1998) which found that after 12 sessions of EMDR, 75% no longer had PTSD.

No one is expendable. We need to work together in order to figure out how to help all of them.

JSV: As a member of the Board of Scientific & Professional Advisors of The American Academy of Experts in Traumatic Stress, are there any suggestions or concluding comments that you could offer to our members with regard to assisting survivors of traumatic stress?

FS: One of the things that I mentioned before is that you can't help other people if you're not taking care of yourself. I think that regular professional support groups and personal work are important for anyone in that position. I also think that it is important that we not let anyone get lost. It doesn't matter how long they've been suffering. There's still hope for them now. Moreover, I believe that we have to go beyond treating overt symptoms and help clients leave our office able to lead healthy lives. This means being able to love and bond and have joy in their life, not simply just living without having a flashback or no longer having intrusive thoughts.

El hecho es que muy a menudo se les dice que no hay nada que hacer y que tendrán que vivir con ello (como pasó con los veteranos de Vietnam). En mi opinión es algo inaceptable que se debería parar. Se han publicado artículos comentando que con el tratamiento de EMDR se puede eliminar por completo los síntomas de los veteranos de Corea y la Segunda Guerra Mundial. También existe un estudio controlado con los veteranos de Vietnam en el que se encontró que después de 12 sesiones de EMDR, el 75% no tenían más los síntomas de PTSD. Nadie es prescindible. Necesitamos trabajar juntos para conseguir la fórmula para ayudar a todos.

JSV: Como miembro del Board of Scientific & Professional Advisors of The American Academy of Experts in Traumatic Stress, ¿podrían ofrecer a nuestros miembros algunas sugerencias para el cuidado de supervivientes de estrés traumático?

FS: Una de las cosas que he mencionado anteriormente es que no puedes atender a la gente mientras no cuides a ti mismo. Creo que con un apoyo de grupos profesionales y trabajo personal es de suma importancia para este tipo de trabajo. También creo que no debemos dejar sufrir a la gente. No importa el tiempo que lleve sufriendo, siempre hay esperanza para ellos ahora mismo. Sobre todo creo que debemos ir más allá del tratamiento de los síntomas y conseguir que nuestros clientes salgan de nuestra consulta capaces de vivir una vida más sana. Esto significa ser capaz de amar y crear relaciones y tener alegría en su vida, no simplemente vivir sin tener flashbacks o no tener más pensamientos intrusivos.

And finally, I'd say it's important to remember that the work that we're doing has very far-reaching consequences. It's not just about ending the pain of the victim, but we're also helping to stop the man-made violence in the world. I think that the EMDR Humanitarian Assistance Program that we have has shown, that as a global network of clinicians, we can make a difference.

Jsv: Francine, you certainly gave our members something very interesting to think about. As far as people who are interested in getting more information, what is your website address?

FS: The Humanitarian Assistance Program is in the process of launching its own website, for now it's available through the EMDR Institute at [www.emdr.com](http://www.emdr.com) and the EMDR International Association is [www.emdria.org](http://www.emdria.org).

Para terminar, es important recordar que el trabajo que estamos haciendo tiene consecuencias de gran amplitud. No se trata sólo de acabar con el sufrimiento de la víctima sino también ayudamos en parar la violencia humana en el mundo. Creo que el Programa de Asistencia Humanitaria EMDR ha demostrado que teniendo una red global de clínicos podemos conseguir la diferencia.

Jsv: Francine, sin duda has ofrecido a nuestros miembros algo muy interesante que nos hará reflexionar. En el caso en que la gente desee obtener más información, ¿cuál es su web?

FS. La página web de HAP (Humanitarian Assistance Program) es: [www.hap.com](http://www.hap.com), y más información se puede conseguir a través de las webs [www.emdr.com](http://www.emdr.com) y la de la Asociación Internacional EMDR es [www.emdria.org](http://www.emdria.org).

(En España, se está trabajando en la web [www.emdr-es.com](http://www.emdr-es.com)).

## Referenced Articles

- Andrade, J., Kavanagh, D., & Baddeley, A. (1997). Eye-movements and visual imagery: A working memory approach to the treatment of post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 209-223.
- Armstrong, M.S., & Vaughan, K. (1996). An orienting response model of eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 21-32.
- Carlson, J.G., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L., & Muraoka, M.Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.
- Levin, P. Lazrove, S., & van der Kolk (1999). What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) by Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 159-172.
- MacCulloch, M.J., Feldman, M.P. & Wilkinson, G. (1996). Eye movement desensitisation treatment utilizes the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post traumatic stress disorder: A theoretical analysis. *British Journal of Psychiatry*, 169, 571-579.
- Marcus, S. , Marquis, P. & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy*, 34, 307-315.
- 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.
- Shapiro, F. (1999). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 35-67.
- Wilson, D., Silver, S.M, Covi, W., & Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27 , 219-229.
- Wilson, S.A., 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.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.

[Return to The American Academy of Experts in Traumatic Stress Homepage](#)

[Go to SCHOOLCRISISRESPONSE.COM](#)