

Schokbrekers in de communicatie met patiënten en hun naasten in de palliatieve fase

Dr. Christien de Jong¹ en drs. Leo Gualthérie van Weezel²

¹vrijgevestigd psycholoog-psychotherapeut te Amsterdam; naast eigen praktijk verbonden aan het Amsterdams Instituut voor Gezins- en Relatietherapie; trainer in bijscholing op het gebied van de communicatie met oncologische patiënten

²psychiater en psychotherapeut; werkzaam bij het Nederlands Kanker Instituut – Antoni van Leeuwenhoek Ziekenhuis; verbonden aan het Amsterdams Instituut voor Gezins- en Relatietherapie

Samenvatting

In dit hoofdstuk worden vier vaardigheden of ‘schokbrekers’ besproken, die de huisarts helpen in gesprek te komen met patiënten over hun naderend levens-einde en de invulling van de palliatieve zorg. De betekenis van deze schokbrekers wordt toegelicht vanuit de hechtingstheorie en het Window of Tolerance.

‘Ik geef het nog lang niet op, dokter!’ Zijn stem klinkt schrill. Op het spreekuur van de huisarts zit Maarten Ploegsma, een 48-jarige gescheiden vader van twee zoons van 12 en 15 jaar. Een jaar geleden verwees de huisarts hem naar het ziekenhuis naar aanleiding van aanhoudende heftige buikpijn. Uit het onderzoek kwam naar voren dat hij een inoperabel coloncarcinoom had met metastasen in de lever. In de periode die volgde, stelde de oncoloog voor te starten met palliatieve chemotherapie, erop gericht de tumorgroei af te remmen. Meneer Ploegsma verdroeg de kuren goed. Hoewel hij wist dat de chemotherapie niet curatief in opzet was, hoopte hij toch, gesterkt door zijn blijvend redelijke condi-

tie, dat de behandeling de tumor kon genezen. Twee maanden geleden bleek de tumor verder te zijn uitgezaaid, nu ook naar de longen. De oncoloog stelde voor te starten met een andere chemokuur en na twee keer te kijken of deze zou aanslaan. Hoewel veel zeker van de kuren, greep meneer Ploegsma het aanbod met beide handen aan, opgelucht dat er ‘nog iets te doen’ was. De huisarts volgde hem in deze periode op de achtergrond, omdat patiënt de oncoloog als zijn belangrijkste aanspreekpunt ervoer.

De afspraak die patiënt nu heeft gemaakt is bedoeld om ook met de huisarts zijn huidige situatie te bespreken. Op de laatste CT-scan bleken de tumoren

weer verder gegroeid. De oncoloog stelde voor te stoppen met de kuren en, mede omdat de conditie van de patiënt is verslechterd, af te zien van verdere systemische behandeling. Hij heeft hem verwezen naar de huisarts.

Bij de heer Ploegsma is dit bericht als een bom ingeslagen. Hij is woedend. Hoe kan de oncoloog de handdoek zo in de ring gooien? Er zijn toch vast nog andere behandelingsmogelijkheden? Hoewel sterk vermagerd en wat benauwd, voelt hij zich nog veel te goed om nu al het hoofd in de schoot te leggen. De heftigheid van zijn reactie en het dringend appel overvallen de huisarts. Hoewel de heer Ploegsma al lang in de praktijk is ingeschreven, kent hij de man nauwelijks. Hoe kan hij deze man helpen de realiteit van zijn naderend levenseinde onder ogen te zien?

Spreken over het levenseinde

Het is voor huisartsen soms moeilijk om met patiënten in gesprek te komen over het naderende levenseinde. De confrontatie met het voortschrijden van de ziekte roept bij patiënten hoop en vrees op. Vooral met patiënten als meneer Ploegsma, die blijven hopen op medische behandelingen die hun ziekte een halt kunnen toeroepen, is het moeilijk de realiteit van hun situatie en de omslag naar palliatieve zorg te bespreken.

In haar al wat oudere onderzoek onder longkankerpatiënten signaleert The hoe moeilijk het is voor patiënten en hun behandelend arts om het levenseinde te bespreken.¹ Ondanks de slechte prognose die deze patiëntengroep heeft, blijkt in de gesprekken tussen patiënt en arts de hoop op de voorgrond te staan. De realiteit van en de vrees voor het naderende levenseinde komen nauwelijks aan bod. De arts vermeldt het langetermijnperspectief (het totale ziekteverloop en de infauste prognose) bij de diagnose en als sprake is van een recidief. In deze gesprekken wordt echter snel overgestapt op het bespreken van de mogelijkheden en kansen van een behandeling. Bij de tussentijdse controles gaat de aandacht voornamelijk uit naar de *korte* termijn en het vooruitzicht van de volgende kuur. Het taalgebruik is vaak optimis-

tisch getint ('de uitslag van het bloed is goed, de kuur is aangeslagen, we gaan voor de volgende behandeling'). Ook patiënten willen niets liever dan hoopvolle informatie horen van hun arts. Ze grijpen het houvast van een behandeling met beide handen aan. Vooral als hun fysieke conditie nog redelijk is, is een slechte prognose extra moeilijk te bevatten. The concludeert dat onze cultuur vooral een cultuur van *herstel* is. Voor het bespreken van de vrees bestaat (nog) geen adequate taal.

Keirse verbindt deze bevinding aan de vlucht die de medische wetenschap in onze westerse samenleving heeft genomen.² Mensen worden steeds ouder en dankzij de medische mogelijkheden kunnen aandoeningen die voorheen al snel tot de dood leidden, nu vaak langdurig worden behandeld. Het onder ogen zien van onze sterfelijkheid is daarmee grotendeels uit ons leven gebannen.

Wij menen dat, ondanks deze verschuivingen, de confrontatie met ons levenseinde nooit goed te verdragen zal zijn. Vos concludeert dat ontkenning als copingstrategie een beschermende functie heeft. In haar studie onderzocht zij het effect van ontkenning op de kwaliteit van leven bij longkankerpatiënten.³ Patiënten die hun ziekte matig of toenemend wisten te ontkennen, bleken minder lichamelijke klachten (zoals moeheid, misselijkheid en braken) en een betere kwaliteit van leven te ervaren dan patiënten met een laag niveau van ontkenning. Medische behandelaars kunnen patiënten steunen door respect te hebben voor de ontkenning en met hen te bespreken wat zij over hun ziekte en behandeling willen horen.

Slort e.a. bevelen de huisarts op grond van hun bevindingen de 'AAA-checklist' aan voor de palliatieve fase: de huisarts is *aanwezig*, maakt ruimte om *actuele* onderwerpen te bespreken en *anticipeert* proactief op diverse scenario's.⁴

Om in gesprek te komen met patiënten in deze fase is het belangrijk een taal te vinden die enerzijds respectvol omgaat met hun hoopvolle verwachtingen, en anderzijds ruimte biedt om het toekomstperspectief te bespreken.

Overgangen in het ziekteproces

Om contact te maken met meneer Ploegsma is het zinvol zijn reactie eerst in de context van

zijn situatie te bekijken. Vaak zien we hoe patiënten en hun naasten vooral tijdens de *overgangen* tussen de verschillende fasen van de ziekte emotioneel ontregelen. Ook bij meneer Ploegsma is dat nu het geval. In het ziekteproces van kanker zijn doorgaans vier fasen herkenbaar: 1) een acute fase, waarin na een eerste vermoeden op kanker diagnostiek plaatsvindt en waar mogelijk (een in opzet curatieve) behandeling plaatsvindt; 2) een chronische fase, die intreedt als de behandelingen zijn afgerond en 3) een palliatieve fase, waarin behandeling aangeboden kan worden gericht op het afremmen van de kanker en het verminderen van de symptomen. Als deze geen meerwaarde meer biedt, treedt een vierde fase in met een palliatief beleid, uitsluitend gericht op de symptomen ten gevolge van de voortschrijdende ziekte.

Zoals het voorbeeld illustreert, is deze overgang voor veel patiënten een moeilijk moment. De angst om de tumor niet meer actief te bestrijden is vaak groot. De gekoesterde hoop op lange overleving moet plaatsmaken voor een oriëntatie op de laatste levensfase. Dit roept heftige reacties op, die we kunnen opvatten als ‘rouw’reacties: angst, ongeloof, ontkenning, boosheid of zelfverwijt (‘had ik maar niet.., dan...’), onderhandelen (d.w.z. zoeken naar andere hoopgevendende alternatieven), of een depressieve reactie. Het zijn normale reacties, die patiënten en naasten doormaken in de aanpassing aan de nieuwe situatie. Copingstrategieën die in een eerdere fase functioneel waren, kunnen in de nieuwe fase niet meer adequaat zijn. Bij meneer Ploegsma zien we hoe hij zich, bij het doormaken van deze overgang, vastgrijpt aan het houvast van actief (be)handelen.

Overigens vinden veel medisch specialisten het vaak lastig de overgang naar een symp- toomgericht palliatief beleid te bespreken. Uit onderzoek blijkt dat een dergelijk beleid van ‘waakzaam afwachten’ niet als een gelijkwaardig alternatief van systemische behandelingen wordt ervaren, ook al leveren deze geen meerwaarde meer op.⁵ Als de medisch specialist bij het staken van de systemische behandeling het gevoel heeft geen hoopvol alternatief te kunnen bieden, kunnen patiënten zich gemakkelijk ‘opgeven’ en ‘in de steek gelaten’ voelen.

Het is dus zaak een dergelijk belangrijke overgang te (her)formuleren als een koerswijziging in het behandelbeleid. Daarin geven

de huisarts (op de voorgrond) en de medisch specialist (op de achtergrond) met de patiënt en zijn naasten invulling aan goede palliatieve zorg, waarbij verlies van hoop plaats maakt voor een ander, voor de patiënt betekenisvol focus.

Verschuivend focus van de hoop

In de aanpassing aan het naderend levens- einde valt op dat de hoop niet verdwijnt, maar de *focus* ervan verschuift.⁶ Vaak gaat deze verschuiving hand in hand met het lichamelijk zieker worden. Patiënten zoals meneer Ploegsma, die zich ondanks hun slechte prognose nog redelijk goed voelen, hopen vaak op meer levenstijd. De slechte prognose is een abstractie die hun is verteld, maar die emotioneel nog geen plaats kan krijgen. Als patiënten lichamelijk achteruitgaan, zien we de aanvankelijke hoop op levenstijd plaatsmaken voor hoop op een goede kwaliteit van leven, een waardig levenseinde of een tijd waarin verbondenheid met belangrijke naasten kan worden vormgegeven. De huisarts kan helpen deze *verschuiving van de hoop* te faciliteren.

Dicht naast de hoop leven de wanhoop en de vrees. Ook bij meneer Ploegsma zijn deze voelbaar. De wanhoop en vrees kunnen betrekking hebben op het afscheid moeten nemen van dierbaren, het niet zien opgroeien van de kinderen, bepaalde symptomen tijdens het stervensproces of de dood zelf. Hoop en vrees zijn twee kanten van dezelfde medaille, waarbij nu eens de hoop, dan weer de wanhoop en de vrees op de voorgrond staan. Soms zien we hoe patiënten en hun naasten hoop en vrees lijken te ‘verdelen’. Is de één vooral hoopvol, dan verwoordt de ander de vrees en wanhoop. Deze dynamiek kan ook ontstaan in de relatie met de huisarts, als deze in reactie op meneer Ploegsma’s behandelwensen zijn zorgen hierover uit. Beter is het eerst de voorliggende hoop of wens van de patiënt te erkennen, en daarna verbinding te maken met de achterliggende gevoelens van vrees en wanhoop. In de laatste paragraaf is hiervan een aantal voorbeelden beschreven.

Verbinding

Hoe kan de huisarts adequaat verbinding maken met emotioneel onregelde patiënten zoals meneer Ploegsma? Twee perspectieven zijn zinvol als achtergrond te gebruiken voor de schokbrekers die we hierna bespreken: de hechtingstheorie en het *Window of Tolerance*.

De hechtingstheorie

De afgelopen decennia is de hechtingstheorie opnieuw onder de aandacht gekomen, vooral door neurobiologisch onderzoek. Al in de jaren zestig van de vorige eeuw beschreven John Bowlby c.s. hoe kinderen in stresssituaties bescherming zoeken bij hun vertrouwde ouderfiguren, aan wie ze zich hebben gehecht.⁷ Als deze aangeboren hechtingsbehoefte adequaat wordt beantwoord, zal het kind zich veilig voelen. Veilige hechting ontwikkelt zich als de ouderfiguren consistent en positief reageren op de stressreacties van het kind: ze nemen het kind op schoot, helpen het woorden te geven aan wat het heeft meegemaakt, erkennen en ordenen deze ervaring. Vanuit deze veilige verbinding durft het kind de schoot weer te verlaten en nieuwe uitdagingen aan te gaan.

Recent neurobiologisch onderzoek onderschrijft hoe belangrijk een vangnet van veilige relaties is in tijden van stress. In het zogeheten *handholding* experiment⁸ ondergaan mensen een fMRI-scan, waarbij zij op onvoorspelbare momenten een schok krijgen. Proefpersonen die tijdens het experiment de hand van hun geliefde partner vasthielden, vertoonden aanzienlijk minder hersenactiviteit dan de proefpersonen die niet werden vastgehouden. Ook het vasthouden van de hand van een goede vriend of vriendin leverde al geruststelling op.

Vanuit dit perspectief is het dus belangrijk om in de palliatieve fase oog te hebben voor het vangnet van verbindingen met belangrijke anderen en deze waar mogelijk te versterken. Behalve de partner, het gezin, de familie en vrienden behoren de medische professionals, de huisarts bij uitstek, tot dit vangnet. Het is van groot belang dat de huisarts met de patiënt een samenwerkingsrelatie weeft, die vertrouwen en veiligheid biedt voor de komende periode. Het kan zijn dat, zoals in het geval van meneer Ploegsma, de relatie met de huisarts nog weinig tot ontwikkeling is gekomen. Dat is natuurlijk meestal het

geval bij nieuwe patiënten of mensen die vrijwel nooit een appèl op de huisarts hebben gedaan. Als deze mensen kanker krijgen, kan een *reset* van de werkrelatie nodig zijn, waarin de huisarts proactief met de patiënt bespreekt hoe zij het contact de komende tijd zullen vormgeven. Ditzelfde kan nodig zijn als de huisarts tijdens de behandelfase weinig contact heeft gehad met de patiënt, om welke reden dan ook.

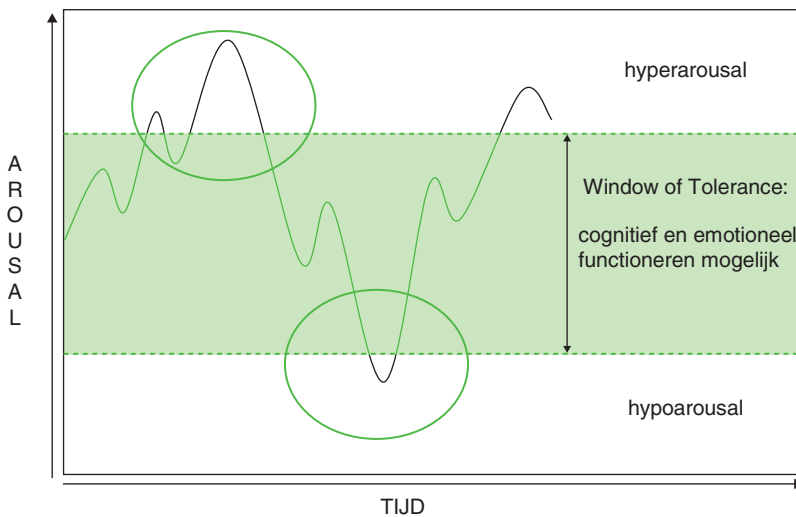
Barsten of breuken in het vangnet vergroten de stress. Als er verwijten jegens de huisarts leven over vermeende fouten in het diagnostisch proces, is het belangrijk expliciet te bespreken hoe de breuk in het vertrouwen kan worden hersteld en wat de patiënt hiervoor nodig heeft. Als het vertrouwen niet kan worden hersteld, kan de huisarts helpen een collega te vinden die de zorg overneemt. Maarten Ploegsma is vooral ontredder over de breuk die hij heeft ervaren in de samenwerking met de oncoloog. Hoewel de oncoloog bij de verwijzing naar de huisarts zorgvuldig heeft gehandeld, voelt patiënt zich door de oncoloog in de steek gelaten. De huisarts zou in dit geval nog eens duidelijk kunnen maken dat de oncoloog op de achtergrond beschikbaar blijft bij het behandelbeleid in de komende periode.

Window of Tolerance

Zoals besproken, is de emotionele reactie van meneer Ploegsma te begrijpen als een rouwreactie op een moeilijke overgang in het ziekteproces. Een verhelderend model in dit verband is het *Window of Tolerance*.⁹

De grafiek laat zien dat mensen emotioneel én cognitief optimaal functioneren binnen een bepaalde bandbreedte van hun emoties. Wanneer de emoties te hoog oplopen, raken de hersenen in een toestand van 'hyperarousal'. Dit is een alarmtoestand, die tot gevolg heeft dat de regie in de hersenen wordt overgenomen door het (lager in de hersenen gelegen) limbisch systeem. Het denkvermogen vanuit de neocortex neemt af, informatie kan niet meer worden verwerkt. Overleven wordt de prioriteit en de primaire overlevingsmechanismen worden geactiveerd: vechten, vluchten of bevriezen. Bij de patiënt in het voorbeeld zien we een vechtreactie.

In een staat van hyper- of hypoarousal zijn emoties niet alleen overspoelend, ook de waarneming van de patiënt van zichzelf en anderen raakt vertekend. Anderen worden



Figuur 1
Window of Tolerance.⁹

eerder als beangstigend of bedreigend beleefd. In de oncologie kunnen behandelingen agressief en ziekmakend zijn. Patiënten kunnen zich in deze context bedreigd of bedreven voelen door de arts die de behandeling voorstelt. De woede van de heer Ploegsma op de oncoloog kan als zodanig worden begrepen.

In de staat van hyper- of hypoarousal is niet alleen het beeld van de ander, maar ook het beeld van zichzelf vaak negatiever. Patiënten kunnen bijvoorbeeld het gevoel krijgen als een nummer behandeld te worden in de relatief anonieme omgeving van het ziekenhuis of, zoals in de overgang die meneer Ploegsma doormaakt, voor de arts niet meer belangrijk te zijn.

Vier schokbrekers in de communicatie

Wil de huisarts verbinding maken met meneer Ploegsma, dan doet hij er goed aan rekening te houden met diens emotionele ontregeling (hyperarousal), waarin hij nog niet kan reflecteren op zijn gevoelens en (nog) geen informatie kan verwerken. Het is zaak hem eerst emotioneel te kalmeren en terug te brengen in zijn *Window of Tolerance*.

Emotionele punctie

De emotionele punctie is bedoeld om de *overload* aan emoties die patiënten doormaken, te laten wegvloeien. Daarmee komen zij weer in hun *Window of Tolerance*, en zijn zij in staat op hun situatie te reflecteren en informatie te verwerken. In de metafoer van de ouder en het kind helpt de huisarts woorden te geven aan de belevingswereld van de patiënt, deze te ordenen en te erkennen in de context van zijn situatie. Door op deze manier verbinding te maken, zal meneer Ploegsma de huisarts als een bondgenoot ervaren, die hem terzijde staat. Zoals een geëmotioneerd kind vaak na enkele minuten al weer van schoot kan, hoeft ook deze fase in het gesprek niet lang te duren. Wel vraagt het van de huisarts de kunst om informatie en adviezen tijdelijk in de wacht te zetten.

De emotionele punctie is elders wel beschreven als 'spuien en ordenen' of de 'emotionele reflectie': de arts vat in eigen woorden de reactie van de patiënt samen, liefst in termen van de gevoelens en de context waarover deze gevoelens gaan. Het is belangrijk geen nieuwe informatie toe te voegen of een oordeel te geven over de reactie van de patiënt. In reactie op meneer Ploegsma zou de huisarts kunnen zeggen:

‘Ik krijg de indruk dat u er enorm van geschrokken bent dat de oncoloog met de chemokuren wil stoppen. Was dat uw houding in de afgelopen periode? Voelt u zich nu door hem erg in de steek gelaten?’

Normaliseren

De huisarts erkent de emotionele reactie van de patiënt als een begrijpelijke, normale reactie op de pijnlijke, abnormale situatie die hij meemaakt. Een normaliserende reactie begint vaak met: ‘Ik maak vaker mee dat... Herkent u dat?’ De emotionele reactie van de patiënt wordt gelegitimeerd en de huisarts nodigt de patiënt uit meer te vertellen over zijn belevingswereld.

Normaliserende opmerkingen zijn vaak prettig om te horen. Ze verlagen de drempel om moeilijke onderwerpen bespreekbaar te maken en valideren de belevingswereld van de patiënt. Ook leggen normaliserende opmerkingen weer verbinding met anderen in soortgelijke situaties. Bovendien laat de huisarts merken dat hij dit soort ervaringen kent: dat geeft een veilig en ter zake kundig gevoel aan de patiënt. In het geval van meneer Ploegsma zou de huisarts kunnen zeggen:

‘Ik maak vaker mee dat mensen die dit bericht krijgen van hun arts, totaal uit het lood geslagen zijn en niet goed weten hoe het verder met hen gaat. Herkent u dat?’

Het kan ook helpen de emotionele reactie van de patiënt te benoemen als een begrijpelijke reactie in het licht van zijn karakter:

‘Ik maak vaker mee dat mensen, die, net als u, vechters zijn en zich lichamelijk nog redelijk goed voelen, verder op zoek willen gaan naar behandelingsmogelijkheden. Ze geven zich niet zomaar gewonnen. Maar die vechtsstand heeft soms ook de functie dat ze niet hoeven te denken aan de tijd die komen gaat. Hoe is dat voor u?’

De veerkracht benoemen in de strijd tegen de ziekte

Zoals gezegd, neigen emotioneel ontredderde mensen negatief over zichzelf te denken. Deze negatieve gedachten maken de wanhoop en angst nog groter. Door waardering uit te spreken voor de krachtige, sterke kanten van patiënten en de wijze waarop zij zich hebben geweerd in de strijd tegen de ziekte, kan de huisarts helpen het zelfbeeld te herstellen. In gesprek met meneer Ploegsma kan de huisarts bijvoorbeeld benoemen:

‘Ik ben er erg van onder de indruk hoe u zich in de afgelopen tijd door de kuren hebt heen geslagen. Dat geeft mij ook veel vertrouwen voor nu: u vindt vast een weg om met deze tegenslag om te gaan.’

Help hoop en vrees verwoorden in een wens in relatie tot de ander

Zoals eerder beschreven, verschuift de focus van de hoop gedurende het ziekteproces. Dit gaat vaak hand in hand met het toenemen van de lichamelijke klachten. Als patiënten zeker worden en de hoop op overleving en genezing niet meer haalbaar lijkt, verschuift hun aandacht naar waarden in hun leven waarmee ze zich nauw verbonden voelen. Bij patiënten zoals meneer Ploegsma, die zich nog niet ziek voelen, lijkt die verschuiving echter nog niet aan de orde. Hij is er nog niet aan toe om bezig te zijn met het naderend afscheid, het verdriet en zijn angsten daaromtrent.

We hebben ook besproken hoe de verbinding met een ander kan helpen om een stressvolle ervaring te verdragen. De huisarts kan helpen de verschuiving van de focus van de hoop in gang te zetten door te vragen naar wensen voor de komende tijd: ‘Wat is voor u de komende tijd belangrijk?’ Hoop en vrees die bij de patiënt leven kan hij helpen te herformuleren in termen van een *wens in relatie tot een belangrijke ander*. Een paar voorbeelden:

‘Dus voor u is het belangrijk dat we de komende tijd kijken welke reële behandelingsmogelijkheden er nog zijn?’

‘Dus voor u is het belangrijk uw kinderen

te laten zien dat u alle mogelijkheden in de behandelingen hebt aangegrepen?’

‘Dus voor u is het belangrijk dat we er in de komende tijd alles aan doen dat u zoveel mogelijk de regie over uw situatie kunt houden? Wat kan ik daarin voor u betekenen?’

Conclusie

In verbondenheid met hun naasten en de betrokken medische behandelaars kunnen patiënten veel aan. Vanuit de concepten van de hechting en het *Window of Tolerance* hebben we vier schokbrekers besproken, die de huisarts kunnen helpen aan te sluiten bij emotioneel ontregelde patiënten. Vanuit deze ‘langszij’ positie kunnen hun aanpassingsreacties betekenis krijgen in de context van hun specifieke situatie. Het vraagt van de huisarts enige durf en oefening om zich de schokbrekers eigen te maken. Het zijn bouwstenen in de ontwikkeling van een samenwerkingsrelatie, waarbij invulling kan worden gegeven aan goede palliatieve zorg.

Literatuur

- 1 The AM. Tussen hoop en vrees. Palliatieve behandeling en communicatie in ziekenhuizen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
- 2 Keirse M. Later begint vandaag. Antwoorden over de laatste levensfase, palliatieve zorg en euthanasie. Tiel: Uitgeverij Lannoo, 2011.
- 3 Vos MS. Ontkenning. In: Haes H de, Gualthérie van Weezel L, Sanderman R (red). Psychologische patiëntenzorg in de oncologie. Handboek voor de professional. Assen: Van Gorcum, 2009.
- 4 Slort W, Pype P, Deveugele M. Communiceren met palliatieve patiënten. Huisarts Wet 2011;54(11):614-7.
- 5 Koedoot CG. Against a sea of troubles. Choosing between palliative chemotherapy and watchful waiting. Dissertatie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2003.
- 6 McIntyre R, Chaplin J. Hope: the heart of palliative care. In: Kinghorn S, Gamlin R (eds). Palliative nursing: bringing comfort and hope. Edinburgh: Bailliere Tindall, 2001:129-45.
- 7 Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1 Attachment. New York: Basic Books, 1969.
- 8 Coan JA, Schaefer HS, Davidson RJ. Lending a hand. Social regulation of the neural response to threat. Psychological science 2006;17(12).
- 9 Ogden P, Minton K. Sensorimotor psychotherapy: one method for processing traumatic memory. Traumatology 2000;VI:3.