

El acceso a lo traumático en la psicoterapia y en el psicodrama . La técnica del Floating Back y el ICES

Ldo. Rafael González Méndez.

C/Velázquez 124 28006 Madrid

915642745

Trauma: del griego tryma : herida

Psíquico: del griego Psique: alma

Trauma psíquico: herida del alma.

Trauma y psicoanálisis.

El trauma en la etiopatogenénesis de la enfermedad psíquica ha sufrido grandes altibajos. Ha sido en ocasiones muy importante y en otras denostado.

En la corriente psicoanalítica Freud comienza, en su primera etapa, dando mucha relevancia a lo traumático y en concreto a los abusos sexuales. Pero posteriormente y seguramente por la incredulidad y la no aceptación de sus coetáneos; olvidar el abuso y por ende el trauma, y abogar por que estos eran fantasías de los propios pacientes.

En la “fenomenología de la histeria” 1893 publicada junto a Joseph Breuer, dicen que “los histéricos sufren principalmente de recuerdos”. Refiriéndose a recuerdos que se han quedado fijados en la memoria, y que son de índole traumática. Por lo tanto, resaltan que en parte los recuerdos traumáticos son indelebles al paso del tiempo. Quedan fijados y activos años tras años. Insensibles al paso del tiempo. Y estos recuerdos traumáticos se activan con muchos elementos actuales. Están actualizados, y presentes en la vida diaria del sujeto cuando circunstancias, por desplazamiento o condensación, son ligadas al recuerdo traumático.

En ese mismo artículo Freud y Breuer dicen que cuando la persona encuentra una expresión física adecuada que alivie la carga emocional producida por el hecho traumático, por ejemplo en la venganza o la expresión de la rabia, pueden superar el trauma.

De ahí la importancia de las terapias de acción, del psicodrama especialmente, para la elaboración y superación de lo traumático. Al permitir esa expresión física adecuada que libera la carga emocional reprimida.

Pero Freud en 1895, renuncia a creer a su histérica y adopta el concepto de fantasía sexual para evitar el reconocer la alta incidencia de abusos sexuales intra-familiares que ya existían en ese momento en la sociedad vienesa. Y esta no aceptación le impide seguir analizando el trauma de abuso sexual como un hecho real, pasando a tomarlo como fantasía y desvirtuando la importancia de lo traumático en el acontecer psíquico y en el surgimiento de la patología.

Ferenczi es el que en diversos artículos posteriores le dice y dice a la sociedad psicoanalítica de entonces, la necesidad de volver a trabajar y analizar lo traumático. (Confusión de lenguas entre el adulto y el niño. 1933). Las escenas traumáticas y su impacto en la psique del sujeto. Y además le dice, la necesidad de utilizar técnicas activas, imposición de manos u otras, para acceder a lo traumático, pues solo la asociación libre de por sí se evita el acceso al trauma.

En los últimos años las investigaciones de F.Shapiro, Onno van der Hart, Bessel A. van der Kolk y otros, hablan de la importancia del trauma en el desarrollo psíquico y en especial en la aparición del trastorno por estrés posttraumático T.E.P.T. Considerando además que el trauma va a estar en el origen de muchos de los trastornos psicológicos.

Chu 1998 establece como el trauma ha sido generador de diversas patologías y está asociado a la aparición de trastornos de ansiedad, afectivos de tipo depresivo, trastornos alimentarios, conductas autodestructivas etc.

La incidencia de los abusos psicológicos, físicos y sexuales en las familias actuales es elevadísimo. Algunas estadísticas hablan de que uno de cada cuatro niños ha sido víctima de algún tipo de abuso. La incidencia de abusos sexuales en la población de niñas de América y Europa menores de 15 años, es de un 20 por ciento. Estos abusos físicos sexuales y psicológicos tienen repercusión en la patología mental y son considerados eventos traumáticos.

Es por tanto que el trauma ha de ser considerado factor etiopatogénico en el enfermar, y su elaboración y reprocesamiento elementos fundamentales para la cura.

Hemos por tanto de hacer hincapié en el diagnóstico y estudio, en la fase de anamnesis, de los eventos traumáticos y acceder a ellos de una forma lo más rápida y eficaz posible, a la hora de la cura.

En la actualidad se están desarrollando diversos métodos terapéuticos que inciden y se centran en elaborar lo traumático. Son las terapias centradas en el trauma y el

psicodrama orientado a l reconocimiento y elaboración de lo traumático va a adquirir una importancia capital.

Psicodrama y trauma

El psicodrama como técnica activa y orientada al análisis y representación de lo traumático va ser un instrumento privilegiado para la cura.

En psicodrama psicoanalítico siempre hemos trabajado con dos escenas: la manifiesta y la latente. Ver Martínez bouquet, Kesselmann

La escena manifiesta es aquella que el protagonista pide representar. Y la latente aquella que por el desarrollo de los soliloquios, doblajes de los otros miembros del grupo, etc., y las intervenciones del director ; va a apareciendo y provocando un giro, un surgimiento de otra escena: la latente. Que abre un acceso a lo inconsciente, a lo no dicho y que amplía la conciencia del protagonista cuando aparece.

La escena latente ha buscado aspectos inconscientes. Sobre todo de las vicisitudes de la relación objetal, (Fairbairn). Pero no se ha centrado en la búsqueda de lo traumático. Al igual que en tiempos freudianos el trauma ha sido dejado de lado.

En la escena latente se ha dado importancia a que aparezcan aspectos reprimidos del sujeto, elementos no expresados y esto ha ayudado a un ensanchamiento del yo, una riqueza y expansión del mismo. Pero aun así, la escena latente en pocas ocasiones accede de una forma fácil y eficiente a lo traumático.

En psicodrama el trauma ha sufrido los mismos avatares que en el desarrollo del psicoanálisis. El trauma ha sido un elemento olvidado, a veces ocultado por las vicisitudes del complejo de Edipo. O difuminado en favor de las características del tipo de relación de objeto predominante. No ha sido tenido en cuenta como tal, como trauma real existente y almacenado en la memoria en sus diversa formas... Así la escena latente no accede más que en muy contadas ocasiones a lo traumático.

Es importante pues retomar los aspectos traumáticos en la escena latente para ello propongo la siguientes técnicas: desarrollo del ices y la técnica de flotar hacia el pasado.

Para desarrollar estas técnicas creo necesario hablar del almacenamiento de lo traumático.

Almacenamiento de lo traumático

Lo traumático según las últimas investigaciones parece que posibilita la emisión de la hormona cortisol que hace que los recuerdos se almacenen de forma disfuncional, en la memoria implícita , seguramente a nivel de amígdala. Ver vander kolk.

Este almacenamiento disfuncional, no operativo, hace que la escena traumática esté siempre activa y se dispare por elementos cualesquiera asociados a ellas. Éstos

elementos disparadores de lo almacenado en la amígdala se llaman triggers en inglés, y hacen que se disparen las mismas emociones, sensaciones físicas e ideas sobre uno mismo que están almacenadas en el momento traumático y saltan y aparecen en la conciencia con estímulos distintos y variados cercanos a lo inicial

Este tipo de almacenamiento lo vamos a llamar almacenamiento en la memoria implícita. Que va estar muy cerca de concepto de inconsciente, y su funcionamiento va a ser parecido. No va tener lógica y va a funcionar con las leyes del inconsciente y del proceso primario, sobre todo con la condensación y el desplazamiento.

La memoria implícita almacena los recuerdos las sensaciones y las emociones ligadas al trauma. Y estas se reactivan con estímulos próximos o asociados a él. La Memoria implícita va ser, según Siegel, 1999, la memoria que incluye la memoria somática, memoria perceptual, emocional y comportamental. La memoria implícita está desprovista de un sentido de sí misma y del tiempo. También denominada memoria no-declarativa. Partes de las memorias estado-dependientes pueden estar disociadas en este sistema de memoria y almacenadas de un modo disfuncional.

Pongamos algunos ejemplos para comprenderlo mejor:

Así un veterano de la guerra de Afganistán, que sufrió un trauma por las muertes de sus compañeros en un ataque de helicóptero. Diez años después va a reaccionar de la misma forma que entonces: con pánico exacerbado, dificultad de respirar, temblores y dolor intenso de cabeza. Cuando escucha el sonido de una lavadora en el centrifugado. Estimulo éste que le hace recordar los sonidos de las aspas del helicóptero en su trauma.

Las sensaciones, los sonidos, las vivencias en el momento del ataque han sido almacenadas en una red disfuncional, a nivel de amígdala y no de cortex, lo que hace que esa red este siempre activa y se dispare con estímulos asociados. Por desplazamiento, condensación o condicionamientos de segundo orden a la situación primera. El sonido de la lavadora dispara la red traumática reactivando la misma sintomatología. Lo que estaba en el pasado se reactiva y se hace presente. Las leyes de tiempo no están presentes.

En otro paciente, una discusión con un jefe le va a recordar al trauma que de pequeño tuvo cuando su padre le amenazaba con un castigo por no hacer los deberes. Ahora con su jefe, se repiten las sensaciones y emociones almacenadas en la amígdala, en la memoria implícita, reactivándose y produciendo el mismo miedo, impotencia y rabia que entonces.

Un último ejemplo: En un hombre el abandono de la pareja, va a despertar emociones inconcebibles desde el punto de vista real. Despierta tremendos lloros, y una tristeza abismal que no corresponde al hecho real de la separación de su mujer. Dado que en el momento actual está contento y aliviado de que se haya ido, incluso

tiene una nueva pareja, pero la pérdida de su ex mujer activa una memoria traumática, la de los abandonos de su madre, y una situación de indefensión sentida en la niñez ante los castigos de esa misma madre. Estos sentimientos están activados y vivos y actualizados al producirse el abandono actual no tan importante pero que dispara el surgimiento de lo traumático.

Lo traumático se activa con los disparadores, triggers actuales.

Estos triggers a veces disparan recuerdos que han sido reprimidos, olvidados o disociados de la conciencia, Disparan a veces lo inaccesible por tan reprimido o disociado que esta. Ya que los mecanismos de disociación y represión también actúan en lo traumático con una simple ecuación cuanto más doloroso ha sido el trauma mas reprimido es. o mas disociación provoca. Pero de como acceder a las escenas disociadas y reprimidas hablaremos en otro capítulo. Por ahora solo señalarlo.

Pensemos ahora en ¿cómo se almacenan esos recuerdos traumáticos disfuncionales? ¿Y en cómo podemos acceder a ellos?

I.C.E.S.

Imágenes, Creencias, Emociones y Sensaciones. Pandemónium de almacenamiento. Pandemónium de la cura

Podemos decir que el almacenamiento en la memoria se realiza a través de un sistema de clasificación por distintos elementos. Que los recuerdos son almacenados en distintos ficheros conectados e interrelacionados pero a los que accedemos por ficheros. Estos ficheros van a estar almacenados

Por imágenes que llamaremos I.

Por las creencias con las que se ve el protagonista, C.

Por las emociones que están en la escena: E.

Y por las sensaciones físicas que se producen, S.

A este conjunto de ficheros le vamos a llamar el ICES: conjunto de imagen creencias emociones y sensaciones, con las que es almacenado el recuerdo traumático

Quizás esta forma de almacenamiento sea solo un constructo teórico, pero lo cierto que que ese pandemónium nos sirve para acceder a los recuerdos traumáticos de una forma muy certera y muy eficaz. En psicodrama, y en otro tipo de terapias verbales y no verbales.

El Ices van a ser como los raíles de un tren que nos va a llevar directamente a la touchstones memories, a la piedra angular donde se implanta ese tipo de recuerdos. Por lo tanto si tenemos un elemento en la personalidad que es disfuncional, por

ejemplo no valgo podemos coger ese raíl ver algún elemento más del ices, por ejemplo que sensación física le acompaña y desde ahí vamos a poder rastrear las distintas situaciones recuerdo donde se instauró ese sentimiento. Vamos a tener acceso a todas las memorias donde está archivado ese ices, esa idea de no valgo y esa sensación física. si tenemos algún rasgo de lo nos va a conducir al pasado a las otras memorias disfuncionalmente almacenadas.

Si tenemos algún aspecto disfuncional esos raíles nos van a conducir a la memoria donde se instauraron esos elementos en definitiva al trauma y vamos a poder acceder a él. El ICES se va a convertir por tanto, en un instrumento de acceso a lo traumático muy operativo.

Si tenemos por tanto una emoción disfuncional, sensaciones anómalas, creencias sobre nosotros que nos distorsionan, nos hacen sufrir y no se corresponden a con la realidad actual, podemos inferir que ese ices está anclado en el pasado en alguna memoria disfuncional no digerida, almacenada disfuncionalmente y debemos rastrearla, reprocesarla para convertirla en funcional.

En psicodrama vamos a tener todo eso en la escena manifiesta: el protagonista va a tener sensaciones, o ideas de sí mismo, y emociones disfuncionales en la escena manifiesta y si utilizamos el ices en esa escena podremos rastrear el otro tiempo, la otra escena del pasado, de tipo traumático donde se anclaron esos elementos, ices, anómalos.

¿Cuándo vamos a tomar el Ices? Yo lo tomo cuando la escena manifiesta está activa y percibo que el protagonista está en un momento emocional intenso, cuando la emoción está cargada. También cuando en el desarrollo de la escena el protagonista adquiere una facies especial o realiza algún movimiento inusual. O cuando el paciente expresa alguna idea sobre sí mismo muy denigrante o exagerada. En ese momento le pido un soliloquio sobre la sensación la emoción o lo corporal.

También hay que estar muy atento al discurso del protagonista pues él va a decirlo, casi sin darnos cuenta...”es lo mismo que me decía mi padre”....., “siempre la misma sensación de ahogo”..... O “esta rabia que siempre va conmigo”.... Ese momento donde lo verbaliza va a ser el idóneo para realizar el siguiente paso, la técnica del floating back.

En el ejemplo si el protagonista nos dice trabajar una escena manifiesta donde, por ejemplo discute con su jefe. Al representarla él se va a cargar de una emoción, de unas sensaciones físicas y se va a activar una creencia sobre sí mismo. Y estas van a ser similares a las que se activan en la realidad en la escena con su jefe, este es el gran poder evocador del psicodrama, y al estar activadas nos va a permitir su rastreo en la historia del paciente. En el momento de mayor intensidad emocional, o cuando

aparece alguna manifestación física, dolor movimiento inusual, yo le pido un soliloquio, pero centrado en cualquier parte o en varias del ICES. Y luego. A modo de escena exploratoria realizo la técnica de flotar hacia atrás, de ir hacia atrás en su historia.

Y ahí cojo los raíles que me darán acceso a la memoria, a la escena traumática. Donde se produjo ese ices por primera vez y represento esa nueva escena raíz. El espacio psicodramático, va a posibilitar al protagonista la toma de conciencia, los nuevos insights y la realización de una escena nueva, de lo que no hizo permitiendo la descarga afectiva y la nueva resolución de lo traumático. Janet.

La técnica de Float Back: Flotar hacia el pasado.

Siguiendo los pasos de los autores antes mencionados, En los últimos años he desarrollado una técnica que posibilita, facilita y permite acceder a escenas de índole traumático muy rápida y eficazmente, y dentro del desarrollo de la escena

Se trata de la técnica del floating back o flotar hacia el pasado.

Para ello desarrollo primero la escena manifiesta aquella que pide el protagonista, hago especial hincapié en que los auxiliares representen lo más fidedignamente a los personajes que interviene en la escena desde el punto de vista del protagonista. Para ello le pido al protagonista antes de iniciar la escena que haga de los otros personajes que los represente en unos minutos. Y pido a los yo auxiliares que representen fielmente lo hecho por el protagonista, que represente su tono de voz los gestos etc.

Pido que se desarrolle la escena y cuando esta adquiere intensidad emocional alta o bien intensidad dramática, le pido al protagonista que emoción o sensación o creencia tiene en ese momento le pido el Ices.

Esta técnica se puede desarrollar con una parte con todo el ICES. Así por ejemplo en una escena manifiesta lo más intenso puede ser una emoción, la de rabia por ejemplo, y desde ahí cuando es emoción es más intensa le pido al paciente que reconozca esa emoción al nombre, y vaya hacia atrás en su vida, sí quiere que cierre los ojos, y si no, y que rastree cuando sintió esa emoción por primera vez, o sí no encuentra la primera vez una de las más intensas.

También puede ser que el paciente en ese momento de la escena manifiesta tenga una sensación corporal intensa, o si no le puedo pedir que siente en su cuerpo en ese momento. O a veces tiene un movimiento estenotipiado, característico o inusual le pido que se centre en ese momento y que rastree cuando le empezó por primera vez y rastreo desde la sensación física.

Por ejemplo, un paciente en una escena con su hermano mayor lleno de rabia, comienza a guiñar repetidamente el ojo en un tic poco usual en él pero que en la escena se le acentúa, en ese momento le pido que se centre en esa sensación física en

su ojo y que rastree hacia atrás cuando le empezó este tic, cuando lo tuvo por primera vez y inmediatamente recuerda que fue la primera vez que vio a su hermano acercándose para pegarle a la edad de cinco años, entonces pasamos directamente a representar esa otra escena de los cinco años.

En otras ocasiones el rastreo se hace automáticamente por un encadenamiento de imágenes, estas suelen ser dichas de forma inconsciente por el propio paciente. Pues esto es igual que me recuerda a.... A estos comentarios el director de escena ha de estar muy atento pues son deslizamientos espontáneos de la escena que nos acercan casi siempre a la traumática.

El tema del rastreo por la cognición tiene otras características. En cada escena generalmente al protagonista se le activa una idea negativa de sí mismo. Una creencia ilógica y exagerada del self con un fuerte tono crítico o negativo. Esta creencia negativa tiene su nacimiento en las palabras oídas de los adultos en su infancia, o por introyecciones de aspectos negativos de su entorno o de las figuras o imágenes. Pueden ser fruto de la crítica exacerbada del súper-yo. Estas están comandadas por los fantasmas originarios o por el tipo de vínculos establecidos por el sujeto. Y son creencias que permanecen en el inconsciente del sujeto determinándole una imagen de sí mismo y también todo un trabajo defensivo para que esta creencia no aparezca.

Soy malo, no valgo, no puedo son algunos ejemplos de estas creencias. Se estructuran en la mente del sujeto y hacen proliferar todo un trabajo defensivo para que estas no parezcan o sean compensadas. Así el personaje que se dice no valgo, va a tener esta creencia casi siempre activa en su cerebro. Y va a realizar múltiples estrategias defensivas para que esta idea no aparezca va a intentar ser válido de múltiples maneras pero seguramente con ninguna va a calmar esa voz interna que siempre suspira no vales.

Pero estas creencias la mayor parte de las veces se pueden verbalizar en una frase, referida al sí mismo de carácter negativo por ejemplo, soy malo, no valgo, no soy digno de amor, soy una mierda. No controlo nada

Soy débil, estoy descontrolado, no puedo nada, no sirvo etc. Si la podemos expresar también la podemos rastrear y su origen estará en alguna otra escena de fuerte impacto emocional para el sujeto.

En el momento álgido de la escena podemos pedir esa idea negativa, de índole irracional, primaria que ese activa en ese momento y rastrearla con el floating back: ¿Cuándo fue la primera vez que la dijiste sobre ti mismo,? O donde aprendiste esa idea de ti, o busca cuando se activo por primera vez esa concepción de ti mismo, y le repito la frase que ha dicho.

Cuando ya tengo todo o parte del ices le pido que vaya hacia atrás en el tiempo y mire cuando fue la primera vez que sintió eso , o cuando fue la primera vez que tuvo esa creencia de si mismo o esa sensación física le digo que se permita que le venga cualquier cosa que no hace falta forzarla, que aparecerá sola que no critique la idea que le venga y me a cuenta.

Generalmente el proceso se realiza solo de forma fácil y sencilla y aparece la otra escena. Generalmente esta tiene una carga traumática o cuasi traumática. Y pasamos a representar esa otra escena como la escena latente.

Bibliografía:

- ANZIEU, D.: *El grupo y el inconsciente. Lo imaginario grupal. Colección "Textos y temas psicológicos" N° 53. Biblioteca Nueva, Madrid, España, 2da. edición, 1986.*
2. APPIGNANESI, R Y ZÁRATE, O.: *Freud para principiantes. Era Naciente SRL. Buenos Aires, 2001.*
3. FILGUEIRA, M. y COLS. : *Manual de Formación de la Asociación Española de Psicodrama: Normativa de Acreditaciones, Escuelas y Programa Oficial. Editado por la Asociación Española de Psicodrama (A.E.P.), Madrid, 2009.*
4. KAES, R.: *El psicodrama psicoanalítico de grupo. Amorrortu editores, Buenos Aires 2001.*
5. MARTÍNEZ BOUQUET, C. : *La Ruta de la Creación. Ediciones Aluminé. Barcelona, 2006.*
6. MOCCIO, F., PAVLOVSKY, E., M. BOUQUET, C.: *Psicodrama. Cuando y por qué dramatizar. Ed. Fundamentos, Madrid, 1979.*
7. ROJAS-BERMEDEZ, J.G.: *¿Qué es el psicodrama?. Ed. Celcius, Buenos Aires 1984.*
- 1) Bion, W. R. (1962). *A Theory of Thinking. En: Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis. London: Maresfield.*
- 2) Erikson (1968). *La Identidad Psicosocial. En: Schlein, S. (1994). Un Modo de Ver las Cosas. 600-609. Mexico D. F.: Fondo de Cultura Económica.*
- 3) Foulkes, S. H. (1990). *The Group as a Whole. En: Psyche and Social World. Eds Brown, D., y Zinkin, L. Londres: Routledge.*
- 4) Freud, A. (1980). *El Yo y los Mecanismos de Defensa. Barcelona: Paidós.*
- 5) Freud, S. (1905). *Análisis Fragmentario de una Histeria en: Sigmund Freud Obras Completas Tomo III. 933-1002. Madrid: Biblioteca Nueva*
- 6) Freud, S. (1911). *Los dos principios del funcionamiento mental en: Sigmund Freud Obras*

Completas Tomo V. 1638-1642. Madrid: Biblioteca Nueva

7) Freud, S. (1914). *Introducción al Narcisismo en: Sigmund Freud Obras Completas Tomo VI.* 2017-

2033. Madrid: Biblioteca Nueva

8) Freud, S. (1914). *Introducción al Narcisismo en: Sigmund Freud Obras Completas Tomo VI.* Madrid:

Biblioteca Nueva

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

EMDR is an eight-phase psychotherapy with standardized procedures and protocols that are all believed to contribute to therapeutic effect. This text provides description and clinical transcripts and an elucidation of the guiding Adaptive Information Processing model.

Shapiro, F. (2002). (Ed.). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism.* Washington, DC: American Psychological Association Books.

EMDR is an integrative approach distinct from other forms of psychotherapy. Experts of the major psychotherapy orientations identify and highlight various procedural elements.

Shapiro, F. (2007). EMDR, adaptive information processing, and case conceptualization. *Journal of EMDR Practice and Research*, 1, 68-87.

Overview of EMDR treatment based upon an Adaptive Information Processing case conceptualization. Early life experiences are viewed as the basis of pathology and used as targets for processing. The three-pronged protocol includes processing of the past events that have set the foundation for the pathology, the current triggers, and templates for appropriate future functioning to address skill and developmental deficits.

Shapiro, F. (2006). *EMDR and new notes on adaptive information processing: Case formulation principles, scripts and worksheets.* Camden, CT: EMDR Humanitarian Assistance Programs (<http://www.emdrhap.org>)

Overview of Adaptive Information Processing model, including how the principles are reflected in the procedures, phases and clinical applications of EMDR. Comprehensive worksheets for client assessment, case formulation, and treatment as well as scripts for various procedures.

Shapiro, F. (2012). EMDR therapy: An overview of current and future research. *European Review of Applied Psychology*, 62, 193-195.

Research findings indicate that EMDR therapy and TF-CBT are based on different mechanisms of action in that EMDR therapy does not necessitate daily homework, sustained arousal or detailed descriptions of the event, and appears to take fewer sessions. EMDR is guided by the adaptive information processing model, which posits a wide range of adverse life experiences as the basis of pathology.

Shapiro, F., Kaslow, F., & Maxfield, L. (Eds.) (2007). *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes.* Hoboken, NJ: Wiley.

Using an Adaptive Information Processing conceptualization a wide range of family problems and impasses can be addressed through the integration of EMDR and family therapy techniques. Family therapy models are also useful for identifying the targets in need of processing for those engaged in individual therapy.

Solomon, R. M. & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 315-325.

This article provides a brief overview of some of the major precepts of the Adaptive Information Processing model, a comparison and contrast to its strongly associated with increased risk for psychosis.

Freud .S. Breuer. *Estudios preliminares sobre la histeria. Obras completas.* Madrid.Ed. Biblioteca Nueva.

Francine Shapiro Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing:*

Basic principles, protocols and procedures (2nd ed.). New York: Guilford

Press

Ferenczi (Confusión de lenguas entre el adulto y el niño. 1933). Madrid. 1981 Ed. Espasa Calpe.

Martínez Bouquet, Carlos. *Fundamentos para una teoría del psicodrama.* 1977. Ed. Siglo XXI.

Daniel Valiente. *Psicodrama Psicoanalítico.* Ed. Fundamentos.

Curación emocional. David Servan-Schreiber. Ed. Kairos.

Chu 1998 Dissociative Symptomatology in adults patients with histories of childhood Physical and Sexual Abuse. En trauma , memory and dissociation. Ed. Por Bremmer, J y Marmar, C. APP

Van der Hart, O; Nijenhuis, E, Steele, K. (2008). *El yo atormentado. La disociación estructural y el tratamiento de la trumatización crónica.* Bilbao: Ed. Desclee de Brouwer.

Van der Kolk, B. A., & Van der Hart, O (1991). *The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma.* *American Imago*, 48, 425-454

Fairbairn, W.D. (1952) *Psychoanalytic Studies of the Personality.* London: Routledge.