

TRAUMA, DISOCIACIÓN Y PSICODRAMA



Anabel
González

Anabel González Vázquez

Psiquiatra y Psicoterapeuta

Coordinadora del Programa de Trauma y Disociación en el Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario de A Coruña.
Clínica y Supervisora de la Asociación EMDR España.

En este capítulo vamos a hablar de la aplicación del psicodrama de orientación moreniana al trabajo con pacientes con traumatización severa, y entre ellos de modo particular los que presentan sintomatología disociativa importante. Describiremos brevemente las consecuencias psicopatológicas de las experiencias traumáticas tempranas, crónicas, graves e interpersonales en el niño y el futuro adulto. Se comentarán también las características básicas de la orientación del psicodrama de Moreno. Los pacientes con trastornos disociativos y traumatización severa pueden beneficiarse enormemente del trabajo con este tipo de grupos, pero para ello son necesarias diversas adaptaciones en la dinámica grupal. Se expondrán muy brevemente algunas experiencias del trabajo con grupos de orientación psicodramática dentro del Programa de Trauma y Disociación.

Las consecuencias de la traumatización severa

Los eventos traumáticos generan secuelas psicológicas en muchas ocasiones prolongadas, aunque el papel del trauma en la psicopatología ha sido periódicamente reconocido y negado entre la comunidad científica. El estudio de la disociación como fenómeno postraumático resurge en las últimas décadas (Bliss, 1980; Coons,

1980; Greaves, 1980), a raíz de las secuelas observadas en los soldados que volvían de las grandes guerras y del interés en las situaciones de maltrato intrafamiliar. A lo largo de los 80 se han iniciado y desarrollado programas clínicos, investigaciones y formaciones sobre el trauma y la disociación, a medida que los profesionales y el público comenzaron a entender los paradigmas postraumáticos y los tratamientos se hicieron más elaborados (Chu & Bowman, 2000).

Las oscilaciones entre el reconocimiento y la negación del papel de las experiencias traumáticas en la personalidad y la psicopatología se remontan al siglo XIX cuando diversos autores relacionados con el desarrollo del psicoanálisis comienzan a describir sus teorías sobre el desarrollo de los problemas psicológicos. Pierre Janet (1907) es uno de los autores que desarrollan el concepto de disociación sobre el que se asientan propuestas actuales como la teoría de la disociación estructural (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006). Freud propone en *La Etiología de la Histeria* (1896) una relación entre abuso sexual infantil y enfermedad mental, de lo que posteriormente se desdijo para defender que los relatos de las pacientes sobre experiencias de abuso intrafamiliar eran construcciones fantaseadas. La psiquiatra de Harvard, Judith Herman (1992) señaló la posible relación entre este cambio radical en la propuesta de Freud y la presión de la sociedad victoriana de su época ¿Cómo defender que los respetables padres de las pacientes que atendía, generalmente mujeres de clase alta, habían sido capaces de atrocidades semejantes? Esta afirmación de Freud alimentó probablemente la negación de la realidad y relevancia de los abusos por los profesionales de la salud mental en décadas posteriores.

Las grandes guerras generaron en la sociedad un impacto que iba más allá de las bombas definiéndose el concepto de neurosis de guerra o shell shock (Myers, 1915). La guerra de Vietnam puso en marcha además un movimiento colectivo que enlazó con los cambios revolucionarios de los años 70. Nadie podía negar que muchos de los jóvenes que volvieron de la guerra habían cambiado para siempre y partiendo de esta evidencia se desarrolló el concepto de trastorno de estrés postraumático (Van der Kolk, Weisaeth & Van der Hart, 1996).

También entre los años 60 y 70 el movimiento feminista destaca la importancia de la violencia contra mujeres y niños. Judith Herman y Christine Courtois hablan sobre la realidad del incesto (Herman, 1981; Courtois, 1988) y la psiquiatra Lenore Terr describió los efectos del trauma psicológico en los niños y sus secuelas a lo largo del tiempo, dibujando los efectos diferenciales de la traumatización aguda y crónica (Terr, 1991).

Aparte de estos traumas evidentes, en la infancia la percepción de amenaza procede más de las señales emocionales y afectivas y de la accesibilidad del cuidador que del nivel real de peligro físico o el riesgo para la supervivencia (Schuder & Lyons-Ruth, 2004). Estas situaciones basadas en la incapacidad del cuidador para modular la desregulación afectiva del niño se han denominado “traumas ocultos”.

En el trastorno por estrés postraumático se produce una alternancia entre activación y entumecimiento que reflejan una desregulación del sistema nervioso autónomo y entre la reviviscencia del trauma y la evitación del mismo. El individuo trata de seguir con su vida, “dejando atrás” los recuerdos dolorosos, pero sólo consigue hacerlo de modo “aparentemente normal” (Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006).

Pero algunos autores han destacado que los síntomas del TEPT sólo son adecuados para describir las consecuencias de eventos traumáticos aislados, pero que no incluyen la mayoría de las características que se derivan del maltrato y negligencia tempranos, graves y crónicos, proponiendo el concepto de TEPT complejo (Herman, 1992) o Trastornos de Estrés Extremo (DESNOS: Van der Kolk et al, 2005). Se describen en estos pacientes síntomas de desregulación emocional y de los impulsos, problemas de atención y conciencia, alteraciones en la forma en que el individuo se ve a sí mismo, a los perpetradores y al

resto de la gente. Incluso el significado que dan a sus vidas y sus expectativas de futuro se ven profundamente condicionados por sus experiencias. Muchas de las manifestaciones postraumáticas se expresan a nivel corporal.

El extremo más grave de la sintomatología postraumática es la disociación (González, 2010) proponiendo algunos autores la disociación de la personalidad como el mecanismo psicopatológico por el que el trauma da lugar a la sintomatología (Van Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Los pacientes con trastornos disociativos presentan amnesias remotas o recientes, desconexión de sus cuerpos, sus emociones, sus acciones o su yo, no están en sintonía con el mundo ni con los demás, y su self está fragmentado, dividido en distintas partes o estados mentales, sin una integración ni una regulación de lo que ocurre en su interior ni de sus interacciones con el mundo. Pero la alteración en la disociación va más allá de los síntomas.

Los pacientes disociativos pueden presentar una fachada de normalidad aparente a veces muy elaborada o presentarse con un aspecto más disfuncional y desorganizado, consecuencia del conflicto interno y de una baja eficiencia mental (Van Van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). De modo característico la comunicación es indirecta, ambivalente y contradictoria presentando desafíos complejos para establecer una relación terapéutica (Gonzalez & Mosquera, 2012). Los trastornos disociativos presentan como aspecto nuclear el entrapamiento en relaciones perniciosas (Laddis, 2010), lo que hace el contexto grupal especialmente indicado para estos pacientes, pero también especialmente complejo.

El psicodrama moreniano y el trabajo con pacientes severamente traumatizados

En 1914, Moreno publicó *Invitación a un encuentro*, donde describe este elemento central de su planteamiento psicodramático:

“Un encuentro de dos, ojo a ojo, cara a cara, y cuando estés cerca te arrancaré los ojos y me los pondré en lugar de los míos, y tú me arrancarás mis ojos y te los pondrás en lugar de los tuyos, y luego te miraré con tus ojos y tú me mirarás con los míos”. Esta posibilidad ofrece a los supervivientes de trauma intrafamiliar temprano una oportunidad de reparar aspectos centrales de su experiencia. Sin embargo, las dificultades en la vinculación están en la base de los trastornos disociativos (Liotti, 1999). Los cuidadores primarios no sólo no fueron una base segura para el niño, sino que eran la fuente directa de la amenaza. El apego se desarrolla estrechamente ligado a reacciones defensivas, y toda relación es vivida como amenazante, tanto más cuanto mayor es la intimidad y la cercanía. La experiencia grupal puede resultar aterradora para una persona con esta historia de grave trauma relacional. Algunos pacientes no consiguen superar su intensa fobia al apego cuando se les plantea la posibilidad de una terapia de grupo, y muchos de los que lo consiguen es sólo a través de la seguridad del vínculo con el terapeuta individual y su presencia al menos en las sesiones iniciales del grupo. A algunos sólo les anima a participar la promesa de que el grupo será estructurado e informativo y que no se verán obligados a hablar ni a participar si no lo desean.

Mirar al otro con sus propios ojos está dificultado además por las graves dificultades de mentalización en los individuos con historia grave de trauma (Bateman & Fonagy, 2004). Sólo es posible este tipo de mirada cuando los cuidadores primarios han podido mirar al niño con lo que Daniel Siegel denomina *mind sight* (2011), dándose cuenta de lo que siente de modo sintónico e intuitivo. Podemos pensar que desarrollar esta capacidad de mirar al otro ha de ser parte central del trabajo grupal, pero pensemos en un individuo rescatado tras perderse en

un territorio hostil, que lleva muchísimo tiempo sin comer adecuadamente. Aunque es evidente que está desnutrido y por tanto necesita alimentarse, darle directamente agua y comida puede hacerle enfermar o incluso morir. El proceso ha de ser muy gradual y cuidadosamente estudiado para que su organismo pueda asimilar los nutrientes y adaptarse a la nueva situación. En cierto modo sus sistemas son tan vulnerables como los de un bebé, a quien hay que introducir los diversos tipos de alimentos en función de su etapa evolutiva. Nadie le daría un filete a un recién nacido, del mismo modo una experiencia grupal dejada a su proceso espontáneo, puede sobrepasar de un modo inasumible las capacidades de individuos emocionalmente y vincularmente deprivados y dañados. La introducción a la experiencia grupal ha de ser enormemente cuidadosa y progresiva, desde intervenciones más estructuradas que aporten al participante más sensación de control, predictibilidad y seguridad hasta experimentos donde los individuos van atreviéndose a desarrollar su potencial y se relacionan y funcionan de modo más flexible.

Otro concepto clave en la propuesta de Moreno es el de espontaneidad creadora (Moreno, 1959, 1967; Blatner, 1997). Del juego espontáneo entre la madre y el hijo, surge primer acto creador. Esta espontaneidad natural disminuye según Moreno por factores biográficos afectando posteriormente a las posiciones emocionales, racionales y conductuales. La terapia será para Moreno la recuperación de la espontaneidad. El trauma temprano y la disociación como su expresión más extrema, pueden ser entendidos como el opuesto de la espontaneidad. Los pacientes traumatizados están fijados a un obstáculo que no pueden superar, el trauma es para Janet (1889) el ejemplo más representativo de lo que él define como “ideas fijas” y del “automatismo psicológico”. En la

disociación estructural de la personalidad que deriva del trauma, una parte de la mente del individuo (su parte emocional) se queda bloqueada en una respuesta defensiva, que permanece en una forma primitiva, caracterizada por la rigidez y la tendencia a la repetición (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006). Desde este punto de partida, la recuperación de la espontaneidad puede ser un largo camino, que el paciente ha de ir recorriendo de modo paulatino. Si confundimos objetivo con proceso, esto es, si creemos que la espontaneidad en el psicodrama de Moreno significa fiarnos del proceso que va surgiendo en el paciente, el contenido traumático puede empujar al individuo a una reactuación del mismo que no es en absoluto creadora y espontánea, que no es por tanto curativa, sino una repetición improductiva y muchas veces retraumatizante del escenario inicial.

Los conceptos de matriz indiferenciada y matriz social de Moreno (1961a) cobran particular sentido en los pacientes que han crecido en entornos traumáticos donde esta primera simbiosis con la madre y la posterior diferenciación del self no pueden realizarse. Fantasía y realidad no son tan evidentemente diferentes para estos individuos, evolutivamente estancados en estadios muy tempranos, interfiriendo así en la posibilidad de representar en el espacio psicodramático desde un “como si”. Yo y el otro, el mundo interno y el mundo externo, un pensamiento y un acto, allí y entonces y aquí y ahora, todo está mezclado en una amalgama indiferenciada. Estas diferenciaciones que pueden ser en otros individuos evidentes, han de ser señaladas y explicadas de modo explícito en los supervivientes de trauma crónico y temprano. La experiencia de nuestros grupos con este tipo de pacientes es que una etapa previa de trabajo psicoeducativo aporta cambios extraordinariamente positivos cuando se incorporan al grupo de perfil psicodramático.

En la matriz familiar la incorporación de los roles parentales, filiales y fraternales van a construir la familia interna del sujeto. Cada rol puede considerarse, como señala Moreno, como una unidad de acción (Moreno, 1965). Barberá y Población consideran el rol como un sistema compuesto de componentes biológicos, instintivos, afectivos, emocionales, actitudinales, conductuales, valores, etc... Cuando estos roles se generan a partir de personajes de un medio familiar extremo, contradictorio, caótico, amenazante o negligente, esa “familia interna” se convierte en un campo de batalla caracterizado por el conflicto. El concepto de roles psicodramáticos presenta ciertos paralelismos con el de partes disociativas desarrollado por la teoría de la disociación estructural (Van der Hart, Nijenhuis y Steele, 2006), que aporta un concepto interesante para adaptar el trabajo psicodramático a los pacientes con alto grado de disociación: el de las fobias disociativas. En el individuo severamente traumatizado la disociación se mantiene en parte por la presencia de una serie de fobias: al apego, a las acciones mentales, a las partes disociativas... siendo la fobia nuclear la fobia al trauma. También la vida normal y el futuro despiertan a veces reacciones fóbicas: para alguien que nace rodeado de amenaza e inseguridad, las relaciones, la intimidad, el cambio y la vida normal dan miedo. Así en los grupos del Programa de Trauma y Disociación, estos pacientes presentan numerosas conductas evitativas, les cuesta enormemente jugar determinados roles, incluso escuchar cualquier propuesta. En algún caso varios pacientes pasaron toda la experiencia grupal sin participar y probablemente sin asimilar la participación de otros. El empleo de intervenciones iniciales más estructuradas y el uso sistemático de caldeamientos dirigidos minimizó drásticamente este tipo de situaciones en las ediciones más recientes del grupo psicodramático de nuestro programa.

El trabajo con la escena latente y la escena manifiesta es otra de las propuestas de trabajo psicodramático. Partiendo de una situación representada en base a lo planteado por el protagonista, se busca la conexión con una escena anterior, más significativa. En el caso de los pacientes con trauma complejo y disociación, la aproximación al trauma ha de ser cuidadosamente graduada. Si bien las primeras propuestas terapéuticas para la disociación estaban basadas en desvelar y trabajar el trauma, con un componente catártico importante, se fue viendo desde diversas orientaciones de psicoterapia, que acceder a los contenidos perturbadores prematuramente podía ser no solo inefectivo, sino retraumatizante y desbordante para los sujetos (Chu & Bowman, 2000). En la actualidad el modelo de consenso para el trabajo con el trauma, que trasciende a los enfoques teóricos individuales, propone que la traumatización severa requiere un proceso de estabilización previo al trabajo con los contenidos traumáticos (Courtois & Ford, 2009).

Esta precaución respecto a la aproximación al trauma puede ponerse en cuestión desde el trabajo grupal en base a la aparente necesidad de algunos supervivientes de hablar de la experiencia. Estos sujetos con alta tendencia a mostrar al grupo sus peores experiencias pueden fácilmente convertirse en protagonistas, aunque probablemente no representen la verdadera latencia grupal, en un grupo con altos niveles de fobia a los contenidos traumáticos. La verdadera latencia grupal puede no ser evidente debido a los altos niveles de disociación y a la dificultad de esos pacientes para decir que no y manifestarse de forma directa y abierta (Gonzalez & Mosquera, 2012). Esta tendencia a hablar de lo sucedido puede responder a una necesidad saludable de buscar apoyo social para afrontar una experiencia dolorosa, por parte de personas que pueden haber vivido circunstancias similares, y por lo tanto entender mejor que nadie lo que la

persona experimenta. Pero la compulsión a contar (o representar) puede también estar basada en dos fenómenos patológicos. Por un lado, los pacientes pueden desear hablar del tema desde una profunda desconexión. Su parte aparentemente normal no se da cuenta de lo mucho que todavía le afecta la experiencia, o no es consciente de determinados aspectos de la misma. Desde este estado mental que se valió de la desconexión y la anestesia para seguir adelante con la vida, el paciente quiere ir deprisa, ir directo a lo nuclear, dejarlo salir, o investigar cuando hay un componente de amnesia. Si nos dejamos engañar por esta falta de conciencia profunda de las consecuencias del trauma, podemos dejar ir al paciente a un territorio donde se sentirá desbordado y nuevamente dañado por una experiencia que sobrepasa su capacidad de afrontamiento. El otro fenómeno patológico es que el paciente tienda a hablar desde el sufrimiento psicológico pero no desde la emoción profunda: la persona se está peleando con lo que sucedió, preguntándose “¿cómo puede alguien hacer algo así?”, reclamando al mundo por la injusticia sufrida, pero es un hablar sin elaboración, sin verdadera toma de conciencia. Desde este plano, incluso la representación dramática es una reedición donde nada evoluciona, es la historia traumática que se repite de modo literal delante de testigos, sin ninguna ganancia en espontaneidad ni en creatividad. Representar un suceso no lo convierte en una representación psicodramática. Además de estos aspectos relativos al participante que necesita mostrar el trauma al resto de miembros del grupo, la resonancia negativa de esta información en los demás miembros del grupo, muchos de ellos con marcadas fobias a los contenidos traumáticos, obliga a un manejo cuidadoso de este material. En uno de los grupos iniciales del Programa de Trauma y Disociación se pidió a los pacientes en la primera sesión que dibujasen lo que querían mostrar a los demás ese primer día. Una de las participantes hizo un dibujo muy explícito de cómo su padre

abusó sexualmente de ella en su infancia. Observar este dibujo produjo reacciones de ansiedad y la necesidad de salir de la sala de terapia en varios de sus compañeros. Para la paciente que había hecho el dibujo, esta sesión no aportó beneficios clínicos significativos. Contrariamente, en grupos posteriores donde se cuidó mucho de no trabajar directamente sobre las historias de abuso temprano, los pacientes trabajaron estos contenidos en mucha mayor profundidad y de modo mucho más productivo, como parte de otras sesiones grupales.

El grupo como protagonista y la movilización grupal activa. El trauma se asocia a las respuestas pasivas. Cuando las respuestas defensivas proactivas (lucha/huida) son posibles, el individuo no se traumatiza (Levine, 1997). El trauma es una situación de shock inescapable, y se asocia a la sensación de indefensión y de impotencia. Cuando hacer frente a la amenaza o poner distancia no es posible (algo intrínseco a la traumatización intrafamiliar en la infancia), sólo la congelación, el colapso y la sumisión son posibles, todas ellas son defensas caracterizadas por la inmovilización. Introducir movimiento desde el inicio de la sesión, promover y propiciar respuestas activas de movilización en los ejercicios propuestos (Blatner, 1999), favorecer la participación de todos los miembros del grupo en los caldeamientos y las representaciones, ayuda a descongelar y desbloquear las respuestas proactivas, imprescindibles para la evolución saludable del individuo. Aunque el trabajo basado en un protagonista representante de la latencia grupal forma parte de las propuestas de trabajo, y ayuda a acercar la intervención a las situaciones cotidianas de los participantes, con frecuencia se proponen dinámicas grupales sociodramáticas (Moreno, 1961b) introduciendo elementos más simbólicos como dibujos o esculturas, donde todos los participantes intervienen al menos en algún momento.

El uso de yo auxiliares y elementos intermediarios. En la escena manifiesta o sistema formal de la dramatización los yo auxiliares ocuparán el lugar de personajes externos y en la escena latente simbolizarán roles del sistema interno de la mente del protagonista. La presencia de yo auxiliares y el uso de elementos concretos (Lopez y Población, 1997, 2012): títeres, telas, dibujos... permite distanciar al paciente de lo representado y adquirir una meta-perspectiva. Esto potencia la capacidad reflexiva, y evita el “sumergirse en los elementos mentales y fusionarse con ellos”, algo especialmente relevante en estos pacientes (Gonzalez y Mosquera, 2012). La participación de los miembros del grupo en las representaciones realizando funciones de yo auxiliar ha de ser manejada teniendo en cuenta la capacidad de los participantes para diferenciarse de lo representado.

El caldeamiento ha de estar orientado a dos aspectos claves: aportar seguridad, que permita disminuir en los pacientes regular el nivel de activación hasta situarlos dentro de lo que se ha denominado ventana de tolerancia emocional (Ogden & Minton, 2000). Un individuo con una gran activación o en estado de entumecimiento no recibe información ni está en condiciones de interaccionar, siendo imposible el procesamiento productivo de la información. La seguridad se consigue con la predecibilidad, la calidez, firmeza y contención del director psicodramático y el respeto a las posibilidades de cada participante. Otro elemento clave del caldeamiento es la movilización (Blatner, 1999), la introducción de la acción que promueve respuestas activas en el inicio de la sesión. El bloqueo característico de las respuestas proactivas hace necesario una mayor promoción de la movilidad en el grupo, dado que esta capacidad de movilización y flexibilidad es menos

probable que surja espontáneamente. Una vez desbloqueado a través del caldeamiento y las propuestas de trabajo grupal, su evolución se facilita.

Otro elemento importante de las sesiones ha de ser la ligereza y el componente lúdico. El trauma es denso, pesado, de tono trágico y oscuro. Los largos silencios iniciales pueden favorecer esta dimensión de tragedia, y bloquear la participación del grupo, o potenciar la tendencia a “sumergirse” en los contenidos traumáticos. El trabajo con una escena traumática de alta intensidad emocional puede convertirse en una densa oscuridad a la que ninguna luz puede llegar y en la que nada nuevo puede crecer. El sentido del humor, el juego, la ligereza, estimulan otras redes neurales de una infancia que no fue posible en el allí y entonces, pero que sigue presente como posibilidad. Es un nuevo comienzo, es otra banda sonora para la misma historia. Es la verdadera creatividad y espontaneidad propuesta por Moreno como núcleo del cambio (Blatner & Blatner, 1997). Estas experiencias basadas en el disfrute, el juego, la diversión, pueden ser introducidas desde el espacio psicodramático y enlazan a nivel profundo con partes de la personalidad del paciente que quedaron estancadas en periodos evolutivos tempranos. El trabajo terapéutico consiste en que el paciente pueda rescatar a esos niños internos que aún continúan viviendo en el tiempo del trauma. A través de la mirada del grupo, la persona será capaz de mirarse por dentro con una mirada nueva y reencontrarse consigo mismo.

BIBLIOGRAFIA

- **Bateman, A. & Fonagy, P. (2004).** *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment.* Oxford: Oxford University Press.
- **Blatner, A. (1997).** *Spontaneity.* In *Foundations of Psychodrama: History, Theory & Practice.* New York. Springer.
- **Blatner, A. (1999).** *Psychodramatic methods in psychotherapy.* In D. Wiener (Ed.). *Beyond Talk Therapy: Using Movement and Expressive Techniques in Clinical Practice.* Washington, DC: American Psychological Association Press.
- **Blatner, A., & Blatner, A. (1997).** *The Art of Play: Helping Adults Reclaim Imagination and Spontaneity.* Philadelphia, PA: Brunner/Mazel-Taylor & Francis.
- **Bliss, E. L. (1980).** *Multiple personalities.* *Archives of General Psychiatry,* 37, 1388-1397.
- **Chu, J. A., & Bowman, E. S. (2000).** *Trauma and dissociation: 20 years of study and lessons learned along the way.* *Journal of Trauma & Dissociation,* 1.
- **Coons, P. M. (1980).** *Multiple personality: diagnostic considerations.* *Journal of Clinical Psychiatry,* 41, 300-336.
- **Courtois, C. A. (1988).** *Healing the Incest Wound: Adult Survivors in Therapy.* New York: W.W. Norton & Co.
- **Courtois, C. A., & Ford, J. D. (Eds.) (2009).** *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide.* New York: Guilford Press.
- **Freud, S. (1896).** *The Aetiology of Hysteria.* In J. Strachey (Ed.), *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (Vol. III, 1962, pp. 191-221).* London: Hogarth Press.
- **Gonzalez, A. (2010).** *Trastornos Disociativos: Diagnóstico y Tratamiento.* Ed. Pléyades. Madrid.
- **Gonzalez, A. y Mosquera, M. (2012).** *EMDR y Disociación: El abordaje progresivo.* Ed. Pléyades. Madrid.
- **Greaves, G. B. (1980).** *Multiple personality.* *Journal of Nervous and Mental Disease,* 168, 577- 596.
- **Herman, J. L. (1981).** *Father-Daughter Incest.* Cambridge, MA: Harvard University Press. Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery.* New York: Basic Books.
- **Janet, P. (1889).** *L'automatisme psychologique.* Felix Alcan, Paris (Reprint: Société Pierre Janet, Paris, 1973).
- **Janet, P. (1907).** *The Major Symptoms of Hysteria.* New York: Macmillan Co.
- **Laddis, A. (2010).** *Outcome of crisis intervention for borderline personality disorder and post traumatic stress disorder: a model for modification of the mechanism of disorder in complex post traumatic syndromes.* *Annals of General Psychiatry,* 9:19 doi: 10.1186/1744-859X-9-19
- **Levine, P. (1997).** *Waking the Tiger: Healing Trauma: The Innate Capacity to Transform Overwhelming Experiences.* North Atlantic Books. Berkley, California.
- **Liotti, G. (1999).** *Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology.* In *Attachment disorganization.* Solomon, J and George, C. Ed. Guilford Press, NY. pp: 291-317.
- **López Barberá, E. y Población Knappe, P. (1997).** *La escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia.* Paidós. Barcelona.
- **López Barberá, E y Población Knappe, P (2012):** "Escultura y otras técnicas psicodramáticas aplicadas en psicoterapia (2o edición). Autoedición.
- **Lopez Barberá, E. y Población Knappe, P.** *Apuntes de Psicodrama Moreniano.* Aula de Psicodrama. Clínica Neurociencias/Salud mental. www.grupopsicodrama.com
- **Moreno, J. L. (1914).** *Invitación a un encuentro.* Rev. Daimon.
- **Moreno, J. L. (1971).** *Psychodrama.* In H. I. Kaplan, & B. J. Sadock, (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy,* 460-500. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- **Moreno, J.L (1961a).** *Psicodrama.* Ed. Hormé.
- **Moreno, J.L. (1959).** *Psicoterapia de grupo y psicodrama.* México, Fondo de Cultura Económica, 1959, p. 108
- **Moreno, J.L. (1961b).** *Psicomúsica y Sociodrama.* Hormé. Buenos Aires. Moreno, J.L. (1965). *Psicodrama.* Ed. Hormé. Buenos Aires
- **Moreno, J.L. (1975).** *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama.* Fondo de Cultura Económica. México.
- **Moreno, J.L. (1977).** *El Teatro de la Espontaneidad.* Ed. Vancú. Buenos Aires.
- **Moreno, J.L. (1985).** *Psychodrama. First Volume.* Beacon, N.Y., p.10
- **Myers, C.S. (1915).** *A contribution to the study of shell shock.* *Lancet,* 1, pp. 316-320.
- **Ogden, P. & Minton, K. (2000).** *Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory.* *Traumatology.* Volume VI, Issue 3, Article 3.
- **Población Knappe, P (1997).** *Teoría y práctica del juego en psicoterapia.* Editorial: Fundamentos.
- **Schuder, M & Lyons-Ruth, K. (2004).** "Hidden trauma" in infancy: attachment, fearful arousal and early dysfunction on the stress response system. In Osofsky J, Ed. *Trauma in infancy and early childhood.* NY. Guilford Press. pp 69-104.
- **Siegel, D. (2011).** *Mindsight: La nueva ciencia de la transformación personal.* Paidós Ibérica.
- **Terr, L. C. (1991).** *Childhood traumas: an outline and overview.* *American Journal of Psychiatry,* 148, 10-20.
- **Terr, L. C. (1991).** *Childhood traumas: an outline and overview.* *American Journal of Psychiatry,* 148, 10-20.
- **Van der Hart, O; Nihenhuis, E. & Steele, K. (2006).** *The Haunted Self.* Norton. NY.
- **Van der Kolk, B.A., Weisaeth, L., Van der Hart, O. (1996).** *History of trauma in psychiatry.* In van der Kolk, B.A., McFarlane, A.C., Weisaeth, L. (eds.). *Traumatic Stress.* New York: Guilford Press.
- **Van der Kolk, B; Roth, S; Pelcovitz, D; Sunday, S & Spinazzola, J. (2005).** *Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma.* *Journal of Traumatic Stress, Vol. 18, No. 5, October,* pp. 389-399