

**El Tratamiento de los Recuerdos Traumáticos en Pacientes con Trastornos Disociativos Complejos.**

**Parte dos de dos.**

Onno van der Hart

Departamento de Psicología Clínica y Salud, Psicología, Universidad de Utrecht

Holanda

Kathy Steele

Metropolitan Psychotherapy Associates

Atlanta, Georgia

&

Ellert Nijenhuis

Centro principal de Referencia de Trauma, Mental Health Care Drenthe,

Assen, Holanda

Datos de contacto:

Onno van der Hart, Ph.D.

Department of Clinical and Health Psychology, Utrecht University

Heidelberglaan 1, 3584 CS Utrecht, the Netherlands

Tel. 31 (20) 253-1785

FAX 31 (20) 253-4718

Email: o.vanderhart@uu.nl

Existen varias formas de abordar la síntesis guiada, dependiendo de las habilidades del terapeuta y las necesidades de cada paciente. Algunos pacientes trabajan más efectivamente sintetizando memorias con ciertas partes presentes, mientras que otras partes están en un lugar seguro y no atendiendo a la síntesis. Otros pacientes encuentran más efectivo sintetizar con todas las partes presentes en un momento dado.

Si es posible, es útil preparar al paciente explorando cognitivamente el contenido general de la memoria traumática, incluyendo su inicio y su final, así como los aspectos particulares que son más amenazadores, conocidos como *semillas patogénicas* (Van der Hart et al., 2006/2008) o *puntos calientes* (Brewin, 2003). Frecuentemente es mejor hacerlo con aquellas partes disociadas que pueden reportar la memoria desde una postura despersonalizada sin evocar re-experiencias. Así las partes que no están todavía preparadas para participar pueden ir a su lugar seguro, previo a la discusión cognitiva del evento. Aparte del contenido, la planeación se focaliza en decisiones acerca de que partes deben participar inicialmente, por ejemplo, parte(es) que contienen aspectos de la memoria traumática, partes con las que puede ser compartida la memoria traumática, y partes que pueden desempeñar un rol de ayuda -ofreciendo valentía, estructura o confort- durante o directamente después de la síntesis. Conocer el principio y el final de los eventos traumáticos es particularmente de ayuda para prevenir que los pacientes de queden “atorados a la mitad” durante la síntesis guiada (cf., Sachs & Peterson, 1996).

Sin embargo, hay muchos pacientes para los cuales esas partes observadoras no están disponibles o no son capaces de contener adecuadamente el afecto. Pacientes que son incapaces de compartir objetivamente contenido previo a la síntesis, pueden ser preparados ayudando a todas las partes a explorar los peores escenarios: “¿Qué es lo peor que puedes imaginar que tendrías que enfrentar en relación a lo que recuerdes?”; “Si eso sucede, ¿cómo podríamos ambos abordarlo?”; ¿Qué otras cosas podrías encontrar difícil de lidiar?”

Por lo que el abordaje de tratamiento debe incluir “reunir” a las partes disociadas, mientras la terapeuta facilita primero un fuerte sentimiento de conexión y empatía entre ellas (ej. Sugiriendo estar cerca y tomarse de las manos, de la misma forma que una familia muy amorosa y cercana debe lamentar algo, o sugerir que cada parte encuentre su posición comfortable de cercanía-distancia con otras partes, o instruir al paciente para juntar la punta de sus dedos como metáfora de las partes acercándose). Se pueden dar sugerencias de recursos adicionales, como notar que cada parte disociada tiene sus fortalezas particulares (relacionadas a la acción particular (sub)sistema que media sus acciones), que estar juntas hace a cada parte más fuerte, que cada parte puede compartir sus fortalezas con las otras y también aprovechar las fortalezas de las otras partes. Entonces, sugerencias para conectarse con el presente seguro y con el terapeuta pueden ser hechas, y una lenta introducción de la memoria traumática puede comenzar, con frecuentes recordatorios a las partes disociadas a permanecer juntas y en el presente.

*Síntesis Guiada:* La esencia de la síntesis guiada es que la terapeuta guía a las partes disociadas involucradas, en una serie de experiencias intensivas cortas, en las que los aspectos disociados de la memoria traumática son evocados y compartidos entre esas partes. La síntesis es un esfuerzo de reactivación colaborativa y controlada por el paciente y el terapeuta. No se necesitan compartir todos y cada uno de los detalles de la memoria traumática. Lo que es esencial compartir son las *semillas patogénicas*, por ejemplo, los aspectos más amenazadores de la experiencia traumática, que la paciente ha evitado a toda costa. Las Partes Emocionales involucradas comparten sus experiencias respectivas del evento traumatizante entre ellas, así como con otras partes específicas – generalmente pero no siempre incluyendo PAN (s). Hay discusión y acuerdos entre la paciente y la terapeuta, sobre que dominios de vida (trabajo, ser padres), y que partes disociadas relacionadas deben de ser protegidas de la experiencia de síntesis, si esto es necesario y posible.

Sin embargo, para algunos pacientes, el trabajo de la Fase I ha sido suficiente, de tal suerte que todas las partes disociadas pueden participar en la síntesis simultáneamente.

Para que la síntesis tenga éxito, es necesario que el nivel de perturbación de la paciente no sea muy alto, y que tanto paciente como terapeuta tengan suficiente control: Pánico, cambios, y re-disociación de la memoria traumática, deben de ser prevenidos. Para este fin, la terapeuta debe explicar que el trauma no debe de ser re-experimentado como el evento abrumador original, por ejemplo: *no se necesita y no se debe de revivir*. En su lugar, la perturbación debe de ser modulada, por ejemplo, empleando alguna versión de la Escala de Unidades Subjetivas de Perturbación (SUDS, Wolpe, 1969). Las partes disociadas son posteriormente instruidas para “solo experimentar lo que sea necesario saber, entender y sanar.” Esfuerzos para mantener a la paciente enraizada en el presente y conectada al terapeuta son esenciales para el éxito de la síntesis guiada. Durante la sesión de síntesis, es de ayuda redirigir con cierta regularidad la atención del paciente a sus experiencias corporales y al sonido de la voz del terapeuta, poniendo distancia del contenido de la memoria, para apoyar la regulación y la orientación en el presente. También es de ayuda tomar breves periodos de descanso de la síntesis durante la sesión. En ellos, la paciente es animada a relajarse (“Puede dejar ir toda la tensión, respirar suave y profundamente, sabiendo que está a salvo en este tiempo y espacio”). La paciente (y todas las partes involucradas en la síntesis) son animadas a hacer contactos relacionales con la terapeuta. Las sugerencias hipnóticas para distorsión temporal, como experimentar la síntesis más corta y los descansos más largos, puede ser de ayuda. Varias sugerencias e imaginación para sanar pueden ser ofrecidas hacia el final de la síntesis.

La síntesis puede hacerse de forma completa y rápida o de forma muy gradual, dependiendo de las preferencias y capacidades integrativas del paciente.

*Síntesis guiada rápida.* Van der Hart et al. (1993) describieron una variante rápida de la síntesis. Durante una preparación meticulosa, con una parte observadora de la personalidad se construye un relato objetivo que incluye las semillas patogénicas. Este relato se divide en segmentos, cada uno acompañado de un número (de uno a cinco, o de uno a diez). El terapeuta cuenta, y con cada cuenta relata al paciente una semilla sucesiva de la memoria traumática, animando a las partes involucradas a compartir sus respectivas experiencias parciales con las otras. Todas estas experiencias abarcan la memoria traumática completa. Entre cada segmento, la terapeuta sugiere un descanso, en el cual la paciente regula su respiración y es arraigada en el presente. Cuando se ha terminado una ronda, la terapeuta puede preguntar qué porcentaje de toda la memoria traumática ha sido compartido y qué aspectos aún permanecen sin ser compartidos. Si aún existe material sin compartir, se puede negociar otra ronda.

*Síntesis guiada fraccionada.* Este es un abordaje más gradual en el que la síntesis de una memoria traumática, o una serie de memorias traumáticas, es dividida en un cierto número de pequeños pasos, que pueden abarcar algunas o muchas sesiones (Fine, 1993; Huber, 2003; Kluft, 1988, 1990a, 1994; Sachs & Peterson, 1996; Van der Hart et al., 1993, 2006/2008).

Este abordaje es indicado cuando la capacidad integrativa y la tolerancia a la ansiedad de la paciente son muy limitadas, pero la tarea de integrar una memoria traumática específica parece inevitable (Kluft, 1990a). Las variaciones de la síntesis guiada fraccionada son ilimitadas. Por ejemplo, inicialmente la síntesis puede ser limitada a los aspectos sensorimotrices, seguida en subsecuentes rondas por los aspectos emocionales y las cogniciones (Ogden et al., 2006). La síntesis debe ser limitada a una dimensión sensorial por vez, como miedo, dolor, o enojo, o puede involucrar la experiencia que comparta una sola Parte Emocional, o un segmento específico de tiempo de la experiencia traumática, etc.

La terapeuta debe de estructurar la síntesis en segmentos cortos, por ejemplo de cinco, en lugar de diez, cada uno acompañado por sugerencias para descansar, respirar y conectarse con la terapeuta. La síntesis guiada fraccionada puede también hacerse junto con entrenamiento en relajación y calma (Kluft, 1990a; Van der Hart & Spiegel, 1993). Finalmente, se pueden hacer sugerencias para compartir afecto de forma muy gradual o lenta a lo largo del tiempo, por ejemplo, 5% del total del afecto relacionado a una memoria traumática específica por día (Kluft, 1990b).

La Síntesis graduada puede también llevarse a cabo con EMDR y amplio uso de SUDS (e.g., Gelinás, 2003; Twombly, 2000). De hecho, cuando el marco cognitivo y las preparaciones descritas arriba son aplicadas, EMDR puede ser un abordaje efectivo para la síntesis.

*Contención.* En general, cualquier aspecto no compartido de la memoria traumática que permanece después de una sesión, debe de ser trabajado en la siguiente sesión. Se toman precauciones para que la memoria no abrume al paciente entre sesiones, por ejemplo, guardándola en una bóveda de banco, o haciendo que las partes disociadas acuerden no compartirlas entre ellas entre sesiones. Sin embargo, es frecuentemente útil tener sesiones de procesamiento cognitivo intercaladas entre sesiones de síntesis guiada, pues el paciente necesita tiempo y apoyo para personalizar la experiencia traumática, así como para enfrentar temas de la vida cotidiana. La paciente debe de recibir estímulo por el duro y colaborativo trabajo realizado. Sugerencias para estar comfortable y manejar los sentimientos entre sesiones son esenciales.

*Toma de conciencia (“darse cuenta”) guiada.* La síntesis sola no es suficiente para la integración. Para que la memoria traumática se convierta totalmente en una memoria autobiográfica narrativa, debe de estar asumida, reconocida.

Hemos mencionado arriba que ese “darse cuenta” consiste de dos tipos de acciones mentales: personificación y presentificación (Janet, 1904, 1928; Van der Hart et al., 1993, 2006/2008).

La toma de conciencia involucra más trabajo cognitivo y afectivo, particularmente dolor y aflicción por lo que fue y lo que no puede ser. Cuando el paciente puede mantener estas acciones de alto nivel referentes a una memoria traumática, puede permanecer en el presente al dar la narrativa del evento traumático, sin revivirlo o despersonalizarse. Tomar conciencia involucra un tremendo trabajo afectivo y cognitivo de muy alto nivel, particularmente aflicción, conduciendo a la aceptación de lo que es, y la capacidad de cambiar y adaptarse al presente.

Una vez que se ha hecho suficiente trabajo en la Fase 2 para permitir al paciente ganar una alta capacidad integrativa, y la fobia a la memoria traumática no está en primer plano, se puede iniciar al trabajo de Fase 3. Generalmente hay movimiento espontáneo hacia atrás y adelante en esta fase, conforme la paciente generalmente tiene un mayor deseo de “seguir con su vida” en el presente. Gozo y alivio acerca del progreso, se alternan con dolor renovado acerca de las pérdidas sufridas, conforme la toma de conciencia crece. Terapia para dolor y aflicción es un abordaje esencial durante todas las fases, pero particularmente en las Fases 2 y 3, cuando ocurre la toma de conciencia total sobre las pérdidas. Sin embargo, al paso del tiempo, los episodios de dolor decrecen gradualmente en intensidad y duración. “Los sobrevivientes llegan a entender y aceptar que la pérdida es una parte inevitable del trauma, y que en última instancia, es una tarea de toda la vida asimilar el flujo y reflujo de re-experienciar sufrimiento con ecuanimidad” (Van der Hart et al., 1993, p. 173).

#### Ejemplo de Caso.

El siguiente ejemplo de caso ilustra el más amplio y rápido abordaje a la síntesis.

*El caso de Donna.*

Donna (no es su nombre real) era una paciente de 39 años con depresión crónica, DDNOS, y TEPT complejo. Sus síntomas involucraban inhabilidad para recordar el(los) eventos traumáticos alrededor de los cuatro años, y persistentes experiencias somato sensoriales que incluían muecas estereotipadas, agitar su cabeza frenéticamente de atrás hacia adelante, escupir y tener arcadas de náuseas, dolor insoportable en su cara y cabeza, y despertar en su closet gritando de pánico. Previamente había pasado por cinco años de intensiva terapia expresiva y catártica sin éxito y con una descompensación significativa a lo largo del tiempo, en la terapia era animada a revivir esas experiencias con la esperanza de recuperar memorias eidéticas. Cuando ella inició la terapia con uno de los autores, el centro del tratamiento fue una combinación de manejo de medicamentos, psicoeducación referente a disociación y la naturaleza de las memorias traumáticas, y trabajo intensivo en evitación fóbica de acciones mentales y partes disociadas, que no habían sido previamente identificadas. A través de evaluaciones se revelaron síntomas de DDNOS, y una vergüenza extrema acerca de la existencia de partes internas, que ella no había compartido con su terapeuta previo. Donna estaba convencida que estaba loca y era débil por haber “fallado” en terapia. Estas creencias substitutas y su tendencia a auto-atacarse y retirarse cuando sentía vergüenza fueron trabajadas vigorosamente, con una cuidadosa atención en la construcción de una relación terapéutica sana. Ella era inteligente y curiosa, y encontraba la biblioterapia de mucha ayuda, particularmente la referente a la psicobiología de la traumatización. La psicoeducación y la lectura redujeron significativamente su vergüenza y miedo hacia sus partes disociadas y sus experiencias internas. Gradualmente, Donna se volvió más funcional en su vida diaria, y llegó a la conclusión de que no tenía que saber exactamente qué sucedió para poder resolver su pasado. Sin embargo continuaba teniendo episodios sintomáticos.

En preparación para el trabajo con memorias traumáticas, Donna incrementó su toma de conciencia y aceptación de tres partes internas: una niña aterrada con dolor severo, una niña “muerta”, y una adolescente cínica y enojada. Ella tenía un lugar seguro interno consistente en una casa de playa con una habitación especial para cada parte y un pórtico en el que las partes se podían reunir. El terapeuta le dio instrucciones para practicar imaginándose ese lugar seguro por la mañana y por la tarde, acompañada de relajación progresiva y música relajante que ella escogiera.

Las sesiones de síntesis guiada, se intercalaron con más sesiones cognitivas, focalizándose en la experiencia y creencias de cada una de las tres partes, iniciando con la adolescente y moviéndose a las más jóvenes. Las sesiones generalmente iniciaban con una inducción hipnótica formal y relajación profunda. El terapeuta instruía a Donna para que entrara a su lugar seguro y checara a cada parte. En una serie de sesiones, el terapeuta la invitó a ir a la habitación de la niña “muerta” y a sentarse con ella calladamente, a gradualmente acercársele, tomar su mano y hablarle suavemente. El terapeuta sugirió que viera a través de la ventana a varios animales jugando y aprendiendo cómo hacer cosas que les ayudarían a sobrevivir: recolectando comida, jugando a luchar, etc. Entre ellos se encontraba una pequeña zarigüeya, cuyo trabajo era practicar a hacerse la muerta. Donna (con su conocimiento psicobiológico de la defensa del colapso) vio con fascinación como la zarigüeya “moría” y regresaba a la vida una y otra vez. Esto sugería que una vez que la niña “muerta” sintiera que estaba a salvo, también podría volver a la vida.

La técnica de progresión en el tiempo se usó para sugerir a la niña muerta moverse a través del inicio, el medio y el final de cualquier cosa que le hubiese pasado, y experimentar los minutos, las horas, los días, los meses, los años y las décadas de seguridad entre lo que pasó y ahora.

Donna espontáneamente se soltó llorando y diciendo, “¡Pobre niña pequeña. Lo siento. Ahora estás a salvo conmigo. Ahora te puedo cuidar. No me había dado cuenta que estabas atrapada antes de que terminara lo que sucedió!” Esa parte niña se movió un poco, y después de varios meses, en verdad “volvió a la vida” y a la experiencia de estar en el presente.

En otra serie de sesiones, el terapeuta instruyó a Donna a tomar una sola gota de experiencia de la parte niña aterrorizada y sufriente, por ejemplo, el dolor físico, los movimientos estereotipados, los sentimientos de pánico. El terapeuta le sugirió poner esa gota en una taza de té caliente, humeante y relajante. Conforme sorbía el té y sentía el calor bajando a través de su cuerpo, esta gota fue absorbida y su cuerpo se ajustó a ella, como si fuera medicina homeopática, que Donna empleaba frecuentemente. Conforme se hizo más tolerante a lo largo de varias sesiones, se pudieron añadir más gotas al té. Además, a Donna y su parte niña, se les preguntó del mejor “antídoto” para un síntoma en particular. Por ejemplo, las muecas estereotipadas y el escupir requirieron un enjuague bucal relajante con sabor a naranja dulce; el dolor en la cabeza requirió una almohada suave, una tela fría sobre sus ojos y “mucho descanso.” De esta forma, cada experiencia pudo ser completada. Donna comenzó a aceptar y tomar conciencia de las experiencias de su parte niña, aún sin una clara memoria de lo que había sucedido. Conforme hizo esto, esa parte comenzó a estar más dispuesta a interactuar con Donna a lo largo del tiempo, menos fijada en la memoria traumática, y más presente. A pesar de que esta parte se mantuvo no verbal, fue claro que sus experiencias traumáticas se resolvieron. En el curso de dos años, Donna integró sus tres partes disociadas, y sus síntomas intrusivos disminuyeron completamente. Ella creía que probablemente fue raptada en una guardería cuando tenía 4 años, pero está tranquila de no tener un recuerdo claro. Ella regresó al trabajo totalmente funcional después de cuatro años de tratamiento.

## Conclusiones.

La presencia de memorias traumáticas – opuestas a memorias autobiográficas, narrativas de eventos abrumadores- indica una organización disociativa de la personalidad.

Esta organización involucra al menos una parte emocionalmente insensible y evasiva, que está focalizada en las actividades de la vida diaria, y al menos una parte fijada en el trauma, y en los patrones defensivos de los mamíferos, cuando reaccionan a una amenaza real o percibida. El tratamiento de memorias traumáticas es una fase difícil de la terapia, que requiere de suficiente capacidad integrativa de la paciente. Debe de ser precedido por una fase cuidadosa y profunda, de construcción de habilidades emocionales y de vida, que fortalezca a las Partes Aparentemente Normales para funcionar en la vida cotidiana, y contenga a las Partes Emocionales que están interfiriendo con el funcionamiento. Posteriormente, varias fobias relacionadas con trauma son sistemática y gradualmente abordadas, incluyendo la fobia al apego y a la pérdida del apego, particularmente en relación a la terapeuta; la fobia a las acciones mentales; y la fobia a las partes disociadas de la personalidad. Esta fase inicial puede ser corta, larga, o la meta final del tratamiento, dependiendo del funcionamiento global mental y conductual de la paciente con el tiempo. Una vez que las metas de la Fase 1 se han alcanzado, el tratamiento de las memorias traumáticas puede iniciar.

La esencia del tratamiento de las memorias traumáticas es su integración, junto con una creciente integración de la personalidad del individuo, incluyendo su sentido de sí mismo a lo largo del tiempo y contextos. Dicha integración requiere el desarrollo y ejecución de varias acciones mentales nuevas, por ejemplo, síntesis y toma de conciencia, ésta última involucra la personificación y la presentificación. La síntesis guiada es la exposición sistemática, rápida o fraccionada, de partes seleccionadas de la personalidad, a memorias traumáticas, promoviendo la síntesis de estas memorias y previniendo la re-disociación u otras formas de evitación mental.

Las partes disociadas que son seleccionadas involucran Partes Emocionales que contienen la memoria traumática (ejemplo, la parte que revive el evento traumático), y las partes que –en el juicio colaborativo de terapeuta y paciente- necesitan integrar la memoria y tienen la capacidad integrativa para hacerlo. La intervención se debe de lograr dentro de los límites de la capacidad integrativa de las partes disociadas involucradas. La síntesis no es suficiente para la integración, pues se requiere más trabajo hacia la toma de conciencia de la memoria traumática. Varias técnicas, hipnóticas y no hipnóticas, apoyan estas nuevas acciones integrativas.

Como ilustró el ejemplo del caso, la preparación y ejecución de la síntesis guiada, deben de ser hecha a la medida de cada paciente. Algunos pacientes necesitan una planeación y ejecución cuidadosa y detallada, por ejemplo, aquellos con extensiva traumatización y extrema disociación. Otros pacientes, frecuentemente menos extensivamente traumatizados y con menos partes disociadas distintas, no necesitan ser preparados de esta forma, y frecuentemente no necesitan ese nivel de trabajo detallado. Para estos pacientes, debe de haber una discusión interna, de que parte de la memoria traumática va a ser el centro de la siguiente sesión, y durante la síntesis guiada se da mucho menos énfasis a contenidos específicos a ser compartidos. El entrenamiento de la terapeuta y sus preferencias también deben de jugar un rol en la elección de técnicas terapéuticas. Por ejemplo, algunos terapeutas prefieren EMDR en lugar de las varias formas de síntesis guiada descritas arriba (e.g., Fine & Berkowitz, 2001; Forgash & Copeley, 2008; Gelinas. 2003). Otros terapeutas, que están familiarizados con EMDR y síntesis guiada, deben de dejar la opción al paciente. De hecho, hay pacientes que pueden alternar sus preferencias, dependiendo de la memoria y sus necesidades en ese momento. Sin embargo, en todas las instancias, el paciente y la terapeuta reflexivamente deciden que partes deben o no deben participar en la preparación y la síntesis guiada.

Finalmente, algunos comentarios en el uso de la hipnosis en el tratamiento de memorias traumáticas en pacientes con historia de traumatización crónica y disociación compleja deben de hacerse. Muchos de estos sobrevivientes están caracterizados por una habilidad a ser hipnotizados moderada o alta, así como con una tendencia hacia una absorción intensa e involucramiento imaginario, al que naturalmente acuden cuando son confrontados con memorias traumáticas. De hecho, al reactivar memorias traumáticas, el mensaje dado durante la experiencia traumática, puede considerarse como una sugestión hipnótica maligna. Las capacidades de la paciente y sus tendencias hacia la absorción, imaginación y disociación, pueden ser usadas para fomentar la integración. Sugerencias para lugares seguros imaginarios, lugares de reunión internos, y bóvedas de banco para contener memorias traumáticas son buenos ejemplos. Algunas otras técnicas pueden ser efectivas para proporcionar estructura y contención. Por ejemplo, la capacidad integrativa de los pacientes puede ser apoyada añadiendo límites de tiempo durante la síntesis, iniciando una ronda con la palabra “¡Inicia!” y terminando con la palabra “¡Detente!,” haciendo un recuento de lo sucedido entre ronda y ronda, haciendo sugerencias para relajarse, recuperarse, y distorsión de tiempo en los descansos entre rondas. Por lo tanto, definitivamente hay un sitio para técnicas hipnóticas en el tratamiento de individuos crónicamente traumatizados, incluyendo el tratamiento de memorias traumáticas.

## References

- Beere, D.B., Simon, M.J., & Welch, K. (2001). Recommendations and illustrations for combining hypnosis and EMDR in the treatment of psychological trauma. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 43(3-4), 217-231.
- Boon, S. (1997). The treatment of traumatic memories in DID: Indications and contraindications. *Dissociation*, 10, 65-80.
- Brewin, C.R. (2003). *Posttraumatic stress disorder: malady or myth?* New Haven: Yale University Press.
- Brown, D.P., & Fromm, E. (1986). *Hypnotherapy and hypnoanalysis*. Hillsdale, NJ: L. Erlbaum Associates.
- Brown, D., Schefflin, A.W., & Hammond, D.C. (1998). *Memory, trauma treatment, and the law*. New York: W.W. Norton & Co.
- Chu, J.A. (1998). *Rebuilding shattered lives: The responsible treatment of complex posttraumatic stress and dissociative disorders*. New York: Guilford Press.
- Courtois, C. (1999). *Recollections of sexual abuse: Treatment principles and guidelines*. New York: W.W. Norton & Co.
- Fanselow, M.S., & Lester, L.S. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. In R.C. Bolles & M.D. Beecher (Eds.), *Evolution and learning* (pp. 185-212). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fine, C.G. (1993). A tactical integrationalist perspective on the treatment of multiple personality disorder. In R.P. Kluft & C.G. Fine (Eds.), *Clinical perspectives on multiple personality disorder* (pp. 135-153). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Fine, C. G., & Berkowitz, A. S. (2001). The wreathing protocol: The imbrication of hypnosis and EMDR in the treatment of dissociative identity disorder and other dissociative responses. *Eye Movement Desensitization Reprocessing. American Journal of Clinical Hypnosis, 43*(3-4), 275-290.
- Forgash, C., & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy*. New York: Springer.
- Fraser, G. A. (1991). The dissociative table technique: A strategy for working with ego states in dissociative identity disorder and ego-state therapy. *Dissociation, 4*, 205-213.
- Gelinas, D. J. (2003). Integrating EMDR into phase-oriented treatment for trauma. *Journal of Trauma & Dissociation, 4*(3), 91-135.
- Hammond, D.C., & Cheek, D. B. (1988). Ideomotor signaling: A method for rapid unconscious exploration. In D. C. Hammond (Ed.), *Hypnotic induction and suggestion: An introductory manual* (pp. 90-97). Des Plaines, IL: American Society of Clinical Hypnosis.
- Herman, J.L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Horevitz, R., & Loewenstein, R.J. (1994). The rational treatment of multiple personality disorder. In S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Dissociation: Clinical and theoretical perspectives* (pp. 289-316). New York: Guilford.
- Huber, M. (2003). *Wege der Traumabehandlung: Trauma und Traumabehandlung, Teil 2*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Janet, P. (1898). Traitement psychologique de l'hystérie. In A. Robin (Ed.), *Traité de thérapeutique appliquée*. Paris: Rueff. (a) Also in P. Janet (1911), *L'état mental des hystériques*, 2nd. ed. (pp. 619-688). Paris: F. Alcan.
- Janet, P. (1898). *Névroses et idées fixes*, Vol. 1. Paris: Félix Alcan. (b)

- Janet, P. (1904). L'amnésie et la dissociation des souvenirs par l'émotion. *Journal de Psychologie*, 1, 417-453.
- Janet, P. (1907). *The major symptoms of hysteria*. London & New York: Macmillan.
- Janet, P. (1919). *Les médications psychologiques* (3 vols.). Paris: F. Alcan. English edition: *Psychological healing* (2 vols.). New York: Macmillan, 1925. Reprint: Arno Press, New York, 1976.
- Janet, P. (1928). *L'évolution de la mémoire et de la notion du temps*. Paris: A. Chahine.
- Janet, P. (1935). Réalisation et interprétation. *Annales Médico-Psychologiques*, 93, 329-366.
- Janet, P. (1945). La croyance délirante. *Schweizerische Zeitschrift für Psychologie*, 4, 173-187.
- Kluft, R. P. (1988). On the treatment of the older patient with multiple personality disorder: "Race against time" or "make haste slowly"? *American Journal of Clinical Hypnosis*, 30, 257-266.
- Kluft, R. P. (1990). The fractionated abreaction technique. In C. D. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions* (pp. 527-528). New York: W. W. Norton & Co. (a)
- Kluft, R. P. (1990). The slow leak technique. In C. D. Hammond (Ed.), *Handbook of hypnotic suggestions* (pp. 529-530). New York: W. W. Norton & Co. (b)
- Kluft, R. P. (1993). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation*, 6, 145-161.
- Kluft, R.P. (1994). Applications of hypnotic interventions. *HYPNOS*, 21, 205-223.
- Kluft, R. P. (1996). Treating the traumatic memories of patients with dissociative identity disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153(Festschrift Suppl.), 103-110.
- Kluft, R. P. (1997). On the treatment of traumatic memories: Always? Never? Sometimes? Now? Later? *Dissociation*, 10, 80-90. (a)

- Kluft, R. P. (1997). The initial stages of psychotherapy in the treatment of multiple personality disorder. *Dissociation, 10*, 145-161. (b)
- Kluft, R.P. (1999). An overview of the psychotherapy of dissociative identity disorder. *American Journal of Psychotherapy, 53*, 289-319.
- Kluft, R.P. (2006). Dealing with alters: A pragmatic clinical perspective. *Psychiatric Clinics of North America, 29*, 281-304.
- Krakauer, S.Y. (2001). *Treating dissociative identity disorder: The power of the collective heart*. Philadelphia: Brunner Routledge.
- Lang, P.J. (1995). The emotion probe: Studies of motivation and attention. *American Psychologist, 50*, 372-385.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization* (pp. 297-317). New York: Guilford.
- Myers, C.S. (1940). *Shell-shock in France 1914-18*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Nijenhuis, E.R.S. (2004). *Somatiform dissociation: Phenomena, measurement, and theoretical issues*. New York: Norton.
- Nijenhuis, E.R.S., & Den Boer, J.A. (2009). Psychobiology of chronic traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality. In P.F. Dell, & J. O'Neil (Eds.), *Dissociation and dissociative disorders: DSM-IV and beyond* (pp.337-365). New York/London: Routledge.

- Nijenhuis, E.R.S., Van der Hart, O., & Steele, K. (2002). The emerging psychobiology of trauma-related dissociation and dissociative disorders. In H. D'haenen, J.A. den Boer & P. Willner (Eds.), *Biological psychiatry* (pp. 1079-1098). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York/London: Norton.
- Panksepp, J. (1998). *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York/Oxford: Oxford University Press.
- Putnam, F. W. (1989). *Diagnosis and treatment of multiple personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Putnam, F.W. (1997). *Dissociation in children and adolescents: A developmental perspective*. New York: Guilford.
- Ross, C. A. (2000). Re: The effects of hypnosis on dissociative identity disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 298-299.
- Ross, C. A. (1989). *Multiple personality disorder: Diagnosis, clinical features and treatment*. New York: John Wiley.
- Sachs, R. G., & Peterson, J. A. (1996). Memory processing and the healing experience. In L. K. Michelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of dissociation* (pp. 475-498). New York: Plenum.
- Siegel, D. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford.
- Steele, K., & Colrain, J. (1990). Abreactive work with sexual abuse survivors: Concepts and techniques. In M.A. Hunter (Ed.), *The sexually abused male* (Vol. 2, pp. 1-55). Lexington, MA: Lexington Press.

- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2001). Dependency in the treatment of complex posttraumatic stress disorder and dissociative disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*, 2(4), 79-116.
- Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Phase-oriented treatment of structural dissociation in complex traumatization: Overcoming trauma-related phobias. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(3), 11-53.
- Twombly, J. H. (2000). Incorporating EMDR and EMDR adaptations into the treatment of clients with dissociative identity disorder. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(2), 61-80.
- Van der Hart, O., & Brown, P. (1992). Abreaction re-evaluated. *Dissociation*, 5, 127-138.
- Van der Hart, O., Brown, P., & Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's treatment of posttraumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 379-396.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2008). *El yo atormentado: La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer. (Original publication: *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. New York/London: Norton.)
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K., & Brown, D. (2004). Trauma-related dissociation: Conceptual clarity lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 906-914.
- Van der Hart, O. & Spiegel, D. (1993). Hypnotic assessment and treatment of trauma-induced psychoses: The early psychotherapy of H. Breukink and modern views. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 41, 191-209.
- Van der Hart, O., & Steele, K. (1999). Reliving or reliving childhood trauma?: A commentary on Miltenburg and Singer (1997). *Theory & Psychology*, 9, 533-540.

Van der Hart, O., & Steele, K. (2000). The integration of traumatic memories versus  
abreaction: Clarification of terminology. *ISSD News*, 18(2), 4-5.

Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic  
memories: Synthesis, realization, and integration. *Dissociation*, 6, 162-180. (See also  
www.trauma-pages.com).

Wolf, D.P. (1990). Being of several minds: Voices and versions of the self in early childhood.  
In D. Cicchetti & M. Beeghly (Eds.), *The self in transition: Infancy to childhood* (pp.  
183-212). Chicago, IL: Chicago University Press.

Wolpe, J. (1969). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

#### Table 1: Phase-Oriented Treatment: Overcoming Trauma-Related Phobias

##### *Phase 1: Symptom reduction and stabilization*

- Overcoming the phobia of attachment and attachment loss, particularly with the therapist
- Overcoming the phobia of mental actions (e.g., inner experiences such as feelings, thoughts, sensations, wishes, fantasies)
- Overcoming the phobia of dissociative parts of the personality (ANP and EP)

##### *Phase 2: Treatment of traumatic memories*

- Overcoming attachment phobias related to the perpetrator(s)
- Overcoming attachment phobias in EPs related to the therapist
- Overcoming the phobia of traumatic memories

##### *Phase 3: Personality integration and rehabilitation*

- Overcoming the phobia of normal life
- Overcoming the phobia of healthy risk taking and change

- Overcoming the phobia of intimacy, including sexuality and body image.