

Revista Brasileña de Psicodrama  
Versión impresa ISSN 0104-5393 Versión online ISSN 2318-0498  
Rev. Sujetadores. Psicodrama vol.24 no.2 São Paulo dic. 2016  
<http://dx.doi.org/10.15329/2318-0498.20160022>  
Fuente: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-53932016000200009&script=sci\\_abstract&tlng=es](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-53932016000200009&script=sci_abstract&tlng=es)

## ARTÍCULOS DE REFLEXIÓN

# Trastorno por estrés postraumático: noticias, tratamiento y psicodrama

Rosa Cukier

Sociedad de Psicodrama de São Paulo (SOPSP). Email: [rosacukier@uol.com.br](mailto:rosacukier@uol.com.br)

## RESUMEN

El estudio de las reacciones humanas al trauma ha crecido sustancialmente en los últimos años, abarcando no solo a los histéricos de Freud, sino también a los combatientes, sobrevivientes de desastres naturales y víctimas de abuso infantil y violencia doméstica. Como resultado de la expansión del campo de trabajo, surgieron innumerables terapias nuevas, cada una reclamando mayor eficiencia y velocidad que la otra, haciendo que los terapeutas de las antiguas escuelas psicodinámicas parezcan dinosaurios anticuados sin recursos útiles para lidiar con estos problemas. Este artículo tiene como objetivo mostrar las contribuciones contemporáneas de colegas psicodramatistas internacionales para hacer frente a situaciones de estrés postraumático, así como estimular el desarrollo de estudios controlados estadísticamente que puedan mostrar la riqueza de nuestras herramientas teóricas y prácticas.

**Palabras clave:** trastorno por estrés postraumático, psicodrama, evaluación terapéutica.

## INTRODUCCIÓN

El estudio de las reacciones humanas al trauma ha crecido sustancialmente en los últimos años, abarcando no solo a los histéricos de Freud, sino también a los sobrevivientes de guerras y tragedias naturales, así como a las víctimas de abuso infantil y violencia doméstica. Se ha logrado una mayor comprensión del funcionamiento del cerebro humano en situaciones extremas (Cukier, 2004) y, a pesar de los diferentes orígenes del trauma, los síntomas resultantes tienen enormes similitudes entre sí: estados disociativos, fragmentación de la personalidad, trastornos afectivos y de ansiedad, somatizaciones, tendencias suicidas, pensamientos e imágenes intrusivas, repetición de situaciones de peligro y maltrato personal, pesadillas, insomnio, etc.

Se sabe que las terapias verbales son deficientes (Van der Kolk, 2002) en estas circunstancias, ya que la corteza prefrontal no funciona correctamente en el momento del trauma, registrando sensaciones en lugar de cogniciones. Las terapias corporales son de hecho las más indicadas, y el Psicodrama, como sabemos, es una de las más antiguas.

Por otro lado, debido a la expansión del campo de trabajo, surgieron numerosas terapias nuevas, cada una reclamando mayor eficiencia y rapidez que la otra, haciendo que los terapeutas de las antiguas escuelas psicodinámicas, incluido el Psicodrama, parezcan dinosaurios anticuados sin ninguna utilidad.

Este artículo tiene como objetivo mostrar las contribuciones contemporáneas de colegas psicodramatistas internacionales para hacer frente a situaciones de estrés postraumático, así como estimular el desarrollo de estudios controlados estadísticamente que puedan mostrar la riqueza de nuestras herramientas teóricas y prácticas.

## **I. ESTUDIOS ESTADÍSTICOS SOBRE LA EFECTIVIDAD TERAPÉUTICA EN EL ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO**

Una breve revisión de los estudios estadísticos de los últimos años sobre la eficacia terapéutica de los diversos enfoques para el estrés postraumático señala, a primera vista, una ligera ventaja de los enfoques EMDR: desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund & Muraoka, 1998) y CBT (Bryant, 1999), especialmente si ambas técnicas están adaptadas para enfocarse en el trauma (Jonathan et al., 2007).

Se habla de terapia cognitiva (Judith, 2001), terapia cognitivo-conductual (Courtney et al., 2011), terapia cognitivo conductual centrada en el trauma (Cohen et al., 2000), en definitiva, los enfoques se van haciendo cada vez más específicos para los trastornos que estudian y van creando protocolos especiales con técnicas que provienen de fuentes no específicas.

La Terapia Somática (SE) tiene pocos estudios estadísticos, pero está comenzando a obtener evidencia. Gina Ross (Brom, Ross, Lawl y Lerner, 2015), en un estudio aún no publicado, comparó a 63 personas en terapia somática con un grupo de control en lista de espera, ambos grupos diagnosticados con trastorno de estrés postraumático (TEPT.) según los criterios del DSM-IV. El análisis estadístico mostró que tanto el trastorno de estrés postraumático como los síntomas de depresión disminuyeron de manera estadísticamente significativa en el grupo de tratamiento y permanecieron iguales en el grupo de control.

La terapia de exposición, ya sea imaginaria o en vivo, es una técnica, entre otras, del método EMDR. Una revisión de 2012 muestra amplias estadísticas a favor de este método (Rauch, Eftekhari y Ruzek, 2012), y pocas sesiones parecen necesarias para el alivio de síntomas complejos (Richards, Lovell y Marks, 1994). Otros estudios recientes postulan que el método no es mágico e incluso puede empeorar los síntomas y volver a traumatizar a los pacientes (Bunmi, 2009; Lee & Cuijpers, 2015).

Desde su descubrimiento, EMDR ha sido considerado uno de los tratamientos de elección para el PTSD (trastorno de estrés postraumático). Su gran novedad -estimulación bilateral de los ojos, oídos o piel, para reunificar el lenguaje de los hemisferios cerebrales-, a su vez, no está probada ser eficaz (McNally, 1999; Pitman, Orr, Altman, Longpre, Poiré & Macklin, 1996).

Las evaluaciones estadísticas de la eficacia de las psicoterapias interpersonales y las psicoterapias psicodinámicas a largo plazo con estrés postraumático son más escasas, pero arrojan resultados positivos (Ulrich et al., 2006). Un estudio que compara la terapia

interpersonal con la terapia de exposición para pacientes depresivos concluye que la exposición no siempre es beneficiosa y que la terapia interpersonal es más efectiva en algunos casos (Markowitz et al., 2015). Otro trabajo concluye que no existen diferencias significativas entre la terapia cognitiva y la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento de los veteranos de guerra (Ofir et al., 2015).

Respecto al Psicodrama, las estadísticas son aún más escasas. Un metanálisis basado en 25 estudios experimentales, con diferentes patologías, arroja un resultado muy positivo si se compara con los grupos de psicoterapia en general. Las técnicas de inversión de roles y del doble fueron las intervenciones más efectivas (Kipper y Ritchie, 2003). La investigación empírica indica que la psicoterapia vivencial puede ser muy efectiva en el tratamiento del estrés postraumático (Elliot et al., 1996, 1998).

Como puede verse, las controversias no son pocas en este ámbito. Se deben tomar decisiones complejas sobre el diseño del estudio: qué método estadístico usar, cómo estandarizar el muestreo, ventajas y desventajas de usar grupos de control, evaluaciones antes y después de los tratamientos, metanálisis para generalizaciones más seguras y, finalmente, estudios longitudinales que prueben la permanencia del éxito terapéutico.

A pesar de esto, los métodos terapéuticos científicamente probados se consideran más efectivos y terminan siendo más recomendados, especialmente a la luz de las políticas de salud pública que favorecen los resultados a corto plazo. Así, las terapias menos estudiadas en el tratamiento del PTSD, incluido el psicodrama, acaban siendo desechadas.

## **II. ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO Y PSICODRAMA**

El trauma interrumpe y hace imposible la respuesta de defensa del cuerpo, congelando las funciones cognitivas y dejando al cuerpo aterrorizado, sin posibilidad de defensa. Las terapias verbales son ineficaces por lo que se necesita una movilización del cuerpo para intentar restaurar la potencia muscular y restablecer las funciones cognitivas.

El psicodrama fue una de las primeras terapias corporales y su única desventaja es que tiene un cuerpo teórico que no se evalúa estadísticamente. Con esta inquietud por sistematizar el trabajo psicodramático y mostrar su efectividad, Kellerman & Hudgins (2010) recogieron, en un magnífico libro, las sugerencias técnicas de varios autores para trabajar con el estrés postraumático.

Kellerman (1992) muestra seis estrategias con técnicas psicodramáticas que son extremadamente adecuadas para trabajar con los síntomas del estrés postraumático:

1 y 2 - La simple dramatización de eventos traumáticos permite simultáneamente: a) que el paciente revise los eventos dolorosos en un ambiente seguro; y b) reprocesar cognitivamente lo sucedido, esta vez sin el entumecimiento que suele ocurrir durante el trauma.

3 - La catarsis emocional ayuda a drenar los residuos emocionales de la situación traumática original.

4 - La realidad adicional de la dramatización en terapia, expande el mundo interno del paciente, agregando nuevas acciones.

5 - El trabajo relacional ayuda a prevenir el aislamiento frecuente en pacientes traumatizados.

6 - El sociodrama socializa el dolor individual, promueve acciones colectivas y la redefinición de hechos traumáticos, además de transformar el rol de víctima en el de sobreviviente.

Blatner, Bouza & Espina Barrio (en Kellermann & Hugins, 2010) destacan las dificultades en la elaboración del duelo (de personas, partes del cuerpo, roles del pasado, etc.) en personas traumatizadas. Blatner enfatiza que la persona en una situación de pérdida grave oscila entre estados adultos de aceptación de la realidad y estados más regresivos e infantiles, en los que niega y se comporta como si pudiera cambiar lo sucedido.

Propone la técnica del "encuentro final", mediante la realidad adicional que permite la silla vacía: "Imaginemos que esta persona (o su pierna, su grupo) pudiera volver, y que tú pudieras hablarle. ¿Qué le dirías?" El director puede hacer tres conjuntos de preguntas, quien debe, en la entrevista, ayudar al paciente a responder de manera detallada, en lugar de superficial y vaga: ¿Qué teníamos en común? ¿Qué significaste para mí? ¿Qué significué para ti?

Bouza & Espina Barrio, por su parte, llaman la atención sobre el psicodrama antropológico, que busca recuperar los ritos de paso ligados a la muerte (muerte en casa, velatorio, exaltación de los muertos, llanto, etc.). Nuestra cultura occidental, además de evitar enfrentarnos a la muerte, nos ofrece catástrofes colectivas, como las guerras, que banalizan la importancia de la vida humana.

Marcia Karp (en Kellermann & Hugins, 2010), trabajando con víctimas de tortura y violación, habla sobre la importancia de un terapeuta cariñoso, empático y extremadamente protector para no volver a traumatizar a la víctima. En una sesión de grupo, por ejemplo, pida a los demás participantes que le den la espalda y eviten mirar al protagonista avergonzado.

Su enfoque prioriza nuevas visualizaciones y verbalizaciones para reprocesar cognitivamente y afectivamente la experiencia traumática. Busca empoderar al paciente, dándole el control de la escena traumática y permitiéndole modificarla según sea necesario. Luego se usa la realidad adicional para representar las situaciones de la forma en que el paciente quisiera que ocurrieran, e incluso para experimentar si, de hecho, hubieran sido más efectivas.

Marcia también usa la inversión de roles para concluir conversaciones que no sucedieron y proporcionar una imagen más completa de lo que la gente pensó en la escena traumática. Finalmente, busca restaurar roles previos al trauma, reemplazados por el rol de víctima indefensa, y reavivar la esperanza y la potencia del paciente.

Anne Bannister (1997), psicodramatista y terapeuta de teatro inglesa, trabajó intensamente con niños maltratados. En el artículo "Prisioneros de la familia: psicodrama con niños maltratados" (en Kellermann & Hugins, 2010), evalúa y demuestra la efectividad de 20 sesiones de psicodrama grupal para eliminar los síntomas del estrés postraumático. Utiliza todos los instrumentos técnicos del Psicodrama, destacando la técnica del espejo, para que el niño vea la escena interpretada por títeres, la inversión de roles con títeres, el uso de fantasías y la libre interpretación de viñetas dramáticas propuestas por los niños o por el terapeuta mismo, al estilo de un "Jornal Vivo" (Moreno, 1973).

Quizás uno de los trabajos más creativos que utiliza el psicodrama para tratar el estrés postraumático es el de la Dra. Kate Hudgins (Hudgins & Toscani, 2013), una psicóloga estadounidense. Ella cree que el psicodrama clásico puede volver a traumatizar al paciente y fomentar la disociación. Por este motivo, creó un modelo experimental de Psicodrama denominado Modelo Espiral Terapéutico - MTE (Modelo Espiral Terapéutico - TSM), cuyo principal objetivo es garantizar la seguridad y la continencia de los sobrevivientes de traumas.

Durante el caldeamiento emplea lo que llama “roles prescritos”. Estos son roles positivos que el paciente resalta y se da cuenta antes de comenzar a trabajar en la escena traumática. Son de tres tipos: funciones restauradoras, papeles de contención, y papeles de observación.

En la dramatización, usa varios recursos de seguridad: primero, el protagonista cuenta la escena traumática, luego observa y presencia a los Yo-auxiliares interpretando la escena y, más tarde, él mismo interpreta el papel.

Las dramatizaciones de escena abierta (Cukier, 1992) se tipifican según el nivel de estrés que proporcionan al paciente, y el director guía al protagonista a través de un grado creciente de dificultades.

La técnica del doble “contenedor” se utiliza para evitar la disociación. Un Yo-auxiliar se coloca al lado del protagonista, brindándole apoyo emocional y verbal para enfrentar las escenas traumáticas. La técnica del "átomo social de roles antes y después del trauma", basada en el trauma, también es muy interesante y útil, ya que muestra cómo los roles normales en la vida del paciente son socavados y reemplazados por los creados por las estructuras defensivas y la internalización del trauma.

De todos modos, hay muchos colegas que utilizan el psicodrama en el estrés postraumático, de forma creativa, dinámica y eficiente. Tyan Dayton (2011), por ejemplo, tiene un modelo para reparar el trauma relacional. Este autor tiene un libro completo de juegos y gestión técnica centrado en el estrés postraumático grupal.

Nuestros colegas extranjeros ya se han dado cuenta de que necesitamos ganar visibilidad a nivel estadístico. Esto se hace mediante la estandarización de técnicas y su aplicación, la formación de directores y el diseño de estudios estadísticos, cuantitativos y longitudinales.

### **III. CONCLUSIÓN Y SUGERENCIAS**

El psicodrama tiene muchos recursos técnicos hábiles para tratar el trastorno de estrés postraumático, muchos de los cuales han sido probados y utilizados ahora por otras categorías terapéuticas, más adeptas, sin embargo, a la validación estadística de su marca.

Necesitamos aprender a hacer lo mismo. Mi sugerencia, después de leer detenidamente los textos de nuestros colegas extranjeros, es:

1. Dar formato a una forma de atención terapéutica que pueda ser probada estadísticamente, sin excluir la espontaneidad del terapeuta y del paciente, que es nuestra marca;
2. Trabajar en equipo multidisciplinario, recogiendo casos por patología y, con la ayuda de estadísticos, diseñar seguimientos longitudinales que demuestren nuestra eficacia terapéutica.

Para concluir, enumeraré algunas técnicas que ya se han descrito y que, sin duda, pueden ayudar a los pacientes traumatizados. Son ellas:

### **A) En las entrevistas iniciales:**

- Fusionar una escucha “continente” con preguntas suaves que crean armonía, seguridad y un sentido de normalidad.
- Explicar al paciente cómo funciona el cerebro humano en situaciones traumáticas, para legitimar sus síntomas, crear una lógica donde antes había caos y devolverle la esperanza. Después de todo, ya hemos aprendido de las terapias cognitivas que cambiar los pensamientos negativos tiene el poder de cambiar las configuraciones emocionales y los comportamientos posteriores.
- Después de las entrevistas verbales, proponer la experiencia del Átomo Social antes del trauma y del Átomo Social después del trauma, mapeando la pérdida de roles y relaciones y creando una agenda para la terapia.

### **B) Durante el caldeoamiento:**

- El caldeoamiento debe configurarse estratégicamente para marcar las habilidades positivas del paciente, los lugares en la vida donde es fuerte y las personas, instituciones, recursos espirituales que lo apoyan. Kate Hudgins ya nos ha demostrado que esta característica protege a los pacientes de la retraumatización y la disociación.

### **C) Durante la dramatización:**

- Montaje y elaboración cognitivo-emocional de la escena traumática - con sucesivas aproximaciones a la acción: primero el paciente cuenta, luego mira la escena interpretada por los Yo-auxiliares; finalmente protagoniza la escena. Este cuidadoso ensamblaje asegura que el caldeoamiento se desarrolle sin problemas, de superficial a profundo, de actual a antiguo. El paciente controla el drama, modifica el papel de los Yo-auxiliares, tiene el control que le fue arrebatado en el trauma original.
- Uso del juego de roles con exposición del paciente a la escena temida o la escena deseada con todos los roles que incluye. Esta es nuestra versión de la técnica de exposición cuya efectividad está bien evidenciada en estudios estadísticos.
- En la fase reparadora final, buscar los recursos que el paciente necesita para empoderarse y realizar el trabajo de duelo necesario para que la escena, la relación o la despedida puedan lograr un cierre digno.
- Utilice la interpolación suplementaria de la realidad y la resistencia para asegurar la potencia del paciente. De las psicoterapias somáticas aprendemos que una acción defensiva fue enterrada en el cuerpo, por sumisión forzada. Presenta a superhéroes, hadas y princesas, amigos.

Los héroes musculosos de la humanidad pueden, en un momento mágico, descongelar el cuerpo oprimido y sorprender al paciente con una fuerza que creía inexistente.

- Finalizar siempre el drama con una escena centrada en el futuro y en la recuperación de tareas, roles y vida social que devuelvan al paciente la percepción de ser un heroico superviviente de su propio destino, ya no una víctima pasiva e indefensa.

#### **D) Comentarios:**

- Brindar un largo intercambio de experiencias que permita a la audiencia, al Yo-auxiliar y al terapeuta compartir sus experiencias traumáticas e incluir al protagonista en un grupo de personas que, como él, sobreviven heroicamente.

Personalmente, he estado usando Psicodrama durante años con pacientes traumatizados. He escrito mucho sobre abuso infantil, trastornos narcisistas y limítrofes, disociación, adicciones y no tengo dudas sobre la efectividad de nuestra técnica. Durante los últimos diez años, he seguido felizmente los resultados de la neurociencia que valoran y validan las técnicas experienciales en psicoterapia. Creo que este es nuestro momento, ¡pero tenemos que hacer nuestra parte!

#### **RECONOCIMIENTO**

Un agradecimiento especial a Cecilia Zylberstajn por su asistencia en la investigación.

#### **REFERENCIAS**

1. Bannister, A. (1997). *The healing drama: Psychodrama and dramatherapy with abused children*. London: Jessica Kingsley Publishers.
2. Brom, D., Ross, G., Lawl, C., & Lerner, K. (2015). *First randomized controlled outcome study on the use of somatic experiencing for PTSD: Preliminary data analysis*. Recuperado de <https://beyondthetraumavortex.wordpress.com/2015/07/22/first-randomized-controlled-outcome-stud/>
3. Bryant, R. A. (1999). Treating acute stress disorder: An evaluation of cognitive behavioural therapy and supporting counseling techniques. *American Journal of Psychiatry*, 156,1780-1786. Doi: 10.1176/ajp.156.11.1780
4. Bunmi, O. (2009, May). The cruelest cure? Ethical issues in the implementation of exposure-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice* (Impact Factor: 1.33), 16(2),172-180. Doi: 10.1016/j.cbpra.2008.07.003
5. Carlson, J. G., Chemtob, C. M., Rusnak, K., Hedlund, N. L., & Muraoka, M. Y. (1998, January). Eye movement desensitization and reprocessing (EDMR) treatment for combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1),3-24.
6. Cohen, J. A. et al. (2000). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11),1202-1223.
7. Courtney, L. B. et al. (2011). History of cognitive-behavioral therapy (CBT) in youth. *Child Adolesc Psychiatr Clin. N Am.*, 20(2),179-189. Doi: 10.1016/j.chc.
8. Cukier, R. (1992). *Psicodrama bipessoal: Sua técnica, seu paciente e seu terapeuta*. São Paulo: Ágora.

9. Cukier, R. (2004). Fundamentos do psicodrama: A importância da dramatização. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 12(1),143-150.
10. Dayton, T. (2011). *Relational trauma repair: An experiential model for working with PTSD*. Interlook. New York: Inc. Publisher.
11. Elliot, R. et al. (1996). A process-experiential approach to post-traumatic stress disorder. In R. Hutter et al. (Orgs), *Client-centered and experiential psychotherapy: A paradigm in motion*. Frankfurt: Lang.
12. Elliot, R. et al. (1998). Process-experiential therapy for posttraumatic stress difficulties. In L. S. Greenberg, J. Watson, & G. Lietaer (Orgs.), *Handbook of experiential psychotherapy*. Nova York: Guilford Press.
13. Hudgins, K. & Toscani, F. (2013). *Healing world trauma with the therapeutic spiral model, psychodramatic stories from the frontlines*. London/Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
14. Jonathan, I. et al. (2007, January). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder, systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190(2),97-104. Doi: 10.1192/bjp.bp.106.021402
15. Judith, S. B. (2001, February). *Why distinguish between cognitive behavior therapy and cognitive behavior therapy?* Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. The Beck Institute Newsletter.
16. Kellerman, P. F. (1992). *Focus on psychodrama*. London: Jessica Kingsley Publishers.
17. Kellerman, P. F. , & Hudgins , M. K. (2010). *Psicodrama do trauma: O sofrimento em cena*. São Paulo: Ágora.
18. Kipper, D. A., & Ritchie, T. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: A meta-analysis. *Group Dynamics Theory Research and Practice* (Impact Factor: 0.88), 7(1),13-25. Doi: 10.1037/1089-2699.7.1.13
19. Lee, C. W. , & Cuijpers, P. (2015). What does the data say about the importance of eye movement in EMDR? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(1),226-228. Doi: 10.1016/j.jbtep.2013.10.002
20. Markowitz, J. C. et al. (2015, May). Is exposure necessary? A randomized clinical trial of interpersonal psychotherapy for PTSD. *Am. J. Psychiatry*, 172(5),430-440. Doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14070908. Epub 2015 Feb 13
21. McNally, R. J. (1999). Research on Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a treatment for PTSD. *PTSD Research Quarterly*, 10(1),1-7.
22. Moreno, J. L. (1973). *O teatro da espontaneidade*. São Paulo: Summus.
23. Ofir, L. et al. (2015). Cognitive-Behavioral therapy and psychodynamic psychotherapy in the treatment of combat-related post-traumatic stress disorder: A comparative effectiveness study. *Clinical Psychology & Psychotherapy* (Impact Factor: 2.59), 07. Doi: 10.1002/cpp.1969. Source: PubMed .
24. Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poiré, R. E., & Macklin, M. L. (1996, Nov.-Dec.). Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry*, 37(6),419-429.
25. Rauch, S. A., Eftekhari, A., & Ruzek, J. (2012). Review of exposure therapy: a gold standard for PTSD treatment. *J Rehabil Res Dev*, 49(5),679-687. Doi: <http://dx.doi.org/10.1682/JRRD.2011.08.0152>.
26. Richards, D. A., Lovell, K., & Marks, I. M. (1994). Post-traumatic stress disorder: evaluation of a behavioral treatment program. *J. Trauma. Stress*, 7(4),669-680. Doi: 10.1007/BF02103014

27. Ulrich, S. et al. (2006, June). Results of psychodynamically oriented trauma - focused inpatient treatment for women with complex posttraumatic stress disorder (PTSD) and borderline personality disorder (BPD). *Bulletin of the Menninger Clinic*, 70,125-144. Doi: 10.1521/bumc
28. Van der Kolk, B. (2002). Beyond the talking cure. Somatic experience and subcortical imprints in the treatment of trauma. In F. Shapiro (Ed.), *EMDR and an integrative psychotherapy approach* (pp. 57-83). Washington, DC: American Psychological Association.