

# **EMDR SE BASA EN UN MODELO TRAUMA-DISOCIACIÓN DE TRASTORNOS MENTALES**

**Colin A. Ross, M.D.**

The Colin A. Ross Institute for Psychological Trauma

1701 Gateway, #349

Richardson, TX 75080 USA

Phone: 972-918-9588

FAX: 972-918-9069

E-mail: [rossinst@rossinst.com](mailto:rossinst@rossinst.com)

Palabras clave: desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular; trauma, disociación.

**Resumen.** El autor presenta una serie de argumentos del porque el reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular (EMDR por sus siglas en inglés: Eye Movement Desensitization and Reprocessing) se basa en un modelo trauma-disociación de trastornos mentales. El modelo de EMDR es consistente con las teorías trauma-disociación de Pierre Janet, el modelo BASK de disociación de Braun y la teoría de disociación estructural, la cual es una elaboración reciente de las ideas de Janet. Los procedimientos terapéuticos del EMDR son consistentes con los modelos de tres etapas de psicoterapia para trauma, y EMDR puede utilizarse en el tratamiento de trastornos disociativos complejos sin modificaciones significativas. El autor sugiere que la literatura con los resultados del tratamiento con EMDR puede considerarse como literatura sobre el tratamiento de la disociación inducida por trauma.

El reprocesamiento y desensibilización a través del movimiento ocular (EMDR) fue desarrollado por Francine Shapiro (2001). El tratamiento EMDR es utilizado ampliamente y está aprobado como un tratamiento basado en la evidencia para el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT; ver American Psychiatric Association , 2004; Bisson & Andrew, 2007).

La asociación profesional del EMDR en Norte América es la Asociación Internacional de EMDR ([www.emdria.org](http://www.emdria.org)) y el instituto principal de entrenamiento es el Instituto EMDR ([www.emdr.com](http://www.emdr.com)). Otras Organizaciones de EMDR incluyen EMDR Europa ([www.emdr-europe.org](http://www.emdr-europe.org)) y EMDR Iberoamérica ([www.emdriberoamerica.org](http://www.emdriberoamerica.org)).

El propósito del presente trabajo es argumentar que EMDR se basa en un modelo de trauma-disociación de trastornos mentales. EMDR es útil para tratar un amplio rango de trastornos mentales (Solomon & Shapiro, 2008) porque, desde la perspectiva de este modelo psicoterapéutico, se pueden tratar muchas conductas y síntomas diferentes. Shapiro (2001, page 11-13) dice que, “se han reportado resultados terapéuticos positivos con EMDR en un amplio rango de poblaciones, como se documenta en el siguiente caso y estudios controlados.” Posteriormente ella hace referencia a estudios sobre TEPT, fobias, trastornos de pánico, duelo, dependencia química y adicción al juego, ansiedad de desempeño, trastornos somatoformos y trastornos de personalidad.

Lo que se trata con EMDR es el trauma no metabolizado, en forma de afecto disociado, memorias y otro contenido psíquico, como establece Shapiro (2001, página 3): “De acuerdo al modelo de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos, el cual guía la práctica del EMDR, podemos decir que este evento ha sido insuficientemente procesado y estos pensamientos, emociones y reacciones físicas que automáticamente surgen, pueden influir inapropiadamente en nuestras percepciones y acciones.”

Desde mi punto de vista, EMDR es consistente con la teoría trauma-disociación de Pierre Janet (1965; 1977), con el modelo de disociación BASK (Braun, 1988a; 1988b) y con los modelos contemporáneos basados en Janet como la teoría de la disociación estructural (Van der Hart, Nijenhuis, and Steele, 2006).

De acuerdo a Janet, el trauma resulta en sentimientos y recuerdos intolerables que después se desconectan -disocian- del self ejecutivo adulto y se almacenan en compartimentos separados, en donde se conservan sin procesar y sin metabolizar. Los síntomas surgen porque la disociación es incompleta e imperfecta; sentimientos, memorias y sensaciones irrumpen en el self (yo) ejecutivo desde el compartimento disociado resultando en flashbacks, síntomas psicósomáticos, estados de terror, hiper-activación y un amplio rango de síntomas de muchas secciones de DSM IV TR o CIE. El tratamiento involucra la reintegración del material disociado para que sea procesado y dominado. Una vez que esto es logrado, los síntomas de intrusión no ocurrirán más. El modelo de Janet es básicamente lo mismo que el modelo EMDR declarado por Shapiro (2001). Aquí estoy discutiendo el modelo de trastornos mentales inherentes en EMDR, no las técnicas de tratamiento específico.

### **Breve descripción de los procedimientos EMDR.**

EMDR es un tratamiento con un protocolo de 8 fases, en donde las fases 4 a la 6, involucran el movimiento ocular u otras formas de estimulación bilateral. Las fases de EMDR son:

- Historia del cliente y Planeación del tratamiento.
- Preparación.
- Evaluación.

- Desensibilización.
- Instalación.
- Chequeo corporal.
- Cierre.
- Reevaluación

En términos de la psicoterapia del trauma de tres etapas (Courtois y Ford, 2009), las fases 1 y 2 del EMDR corresponden a la Etapa 1 (formación de una alianza del tratamiento, sentar las bases, seguridad, desarrollo de habilidades, educación sobre el modelo de terapia). Las fases 3 a 6 del EMDR corresponden a la Etapa 2 (procesamiento activo del trauma) y las fases 7 y 8 de EMDR corresponden a la Etapa 3 (consolidación, resolución). La fase 3 de EMDR involucra procedimientos técnicos específicos del EMDR para determinar los componentes de la memoria elegida como blanco/diana, así como establecer medias de base para las reacciones de los clientes al proceso durante las fases 4 a la 6. Más de la toma del historial y evaluación se hacen en la fase 1, la cual también incluye la identificación de los blancos/dianas del EMDR para futuras fases del tratamiento.

El protocolo del tratamiento EMDR involucra una mezcla de principios y técnicas de varias escuelas de terapia, entre las que destacan las terapias cognitivo-conductual, protocolos de exposición, teoría de sistemas, principios psicodinámicos, conciencia plena (Mindfulness) y terapias experienciales (Shapiro y Forest, 1997; Shapiro, Kaslow, y Maxfield, 2007). Los procedimientos del EMDR para la *instalación* empleados en la fase 5, dan como resultado el remplazo de las creencias negativas e inexactas derivadas del trauma, por creencias más exactas, adaptativas y positivas.

El resultado de la instalación es el mismo que el que se da en la terapia cognitiva pero el procedimiento terapéutico es diferente. En la terapia cognitiva, hay un análisis lógico y filosófico de creencias negativas y la evidencia a favor y en contra de ellas y una conversación extensa con el terapeuta.

En comparación, en EMDR las creencias positivas se instalan por el fortalecimiento de las conexiones con las redes de memoria positiva y el incremento de la generalización de los afectos positivos dentro de la red de memoria asociada/ligada, lo cual puede llevarse a cabo a través del movimiento ocular, táctil o escucha dicotómica. En EMDR hay menos terapia verbal en la fase de *instalación*, que lo que hay en terapias cognitivas.

Como Shapiro declara (2001, página 73), “La fase de instalación inicia una vez que el nivel emocional del cliente sobre el evento elegido como blanco ha bajado a 0 en la escala SUD. En este punto la terapeuta le pide al cliente que mantenga en su mente la creencia positiva mas apropiada junto con la memoria/blanco. Posteriormente, el terapeuta continua con las series de movimiento ocular hasta que el índice de creencia positiva alcance 7 en la escala de VOC (Validez de Creencia).”

De manera similar, la desensibilización que se realiza en la Fase 4 del EMDR, se asemeja en cierto grado a tratamientos clásicos de exposición para TEPT, pero es diferente en otros grados. La exposición clásica involucra el inundar a la persona con recuerdos de trauma hasta que se acostumbren y se de la desensibilización. En EMDR, el grado de exposición es menor y la teoría es diferente: la exposición clásica se basa en la teoría del aprendizaje mientras que la desensibilización en EMDR se basa en un *modelo de procesamiento de información a estados adaptativos*. Como Shapiro (2001, página 23) describe al comparar EMDR directamente con exposición terapéutica directa, “EMDR ofrece un método alternativo para el tratamiento que no necesita exposición prolongada a

estímulos que producen ansiedad elevada y aun así desensibiliza el evento traumático rápidamente... no se mantiene la atención al incidente, como en terapias estándar y la cantidad de exposición necesaria en EMDR aparentemente es mucho menor.”

De acuerdo a este modelo, EMDR trabaja reconectando los circuitos neuronales que contienen el trauma (y sus creencias negativas) con redes neuronales en el cerebro ampliamente distribuidas, adaptativas y flexibles. Shapiro (2001, página 30) describe el modelo de Procesamiento de Información a Estados Adaptativos al decir, “parece ser que hay un balance neurológico en un sistema fisiológico distinto que permite que la información sea procesada a una “resolución adaptativa. Por resolución adaptativa me refiero a que se hacen conexiones con asociaciones adecuadas y la experiencia se utiliza constructivamente por el individuo y es integrada a un esquema positivo emocional y cognitivo.”

La analogía básica es la de limpiar un herida para que el proceso de sanación natural del cuerpo se pueda llevar a cabo. EMDR remueve el bloqueo que evita que el proceso de sanación natural del cerebro haga su trabajo. El esfuerzo activo del terapeuta es menor durante la sanación porque los procesos naturales de sanación del cerebro se hacen cargo y llevan a cabo su trabajo. También, como procedimiento, la exposición clásica no involucra estimulación bilateral. La descripción de Shapiro acerca del procesamiento de información a estados adaptativos, es que resulta en la integración de material traumático a través de la formación de conexiones y asociaciones saludables. Esto implica que previo al EMDR el material fue desconectado y disociado (no asociado), por lo que argumento que EMDR se basa fundamentalmente en un modelo trauma-disociación.

EMDR se basa en un modelo amplio de trastornos mentales y adicciones. Es un modelo de recuperación del trauma de tres etapas (aunque está dividido en 8 fases), y en ese sentido, se asemeja a la corriente principal de modelos de tratamientos para el trauma (Courtois y Ford, 2009). Adicionalmente, EMDR involucra un “protocolo de tres vertientes” el cual se enfoca en el pasado, presente y futuro. EMDR es explícitamente y completamente un modelo de trauma y por lo tanto se asemeja a tratamientos estándar para trastornos disociativos complejos (Ross, 1997; Ross y Halpern, 2009; Nijenhuis y Van der Hart, 2011a; 2011b; Steele, Van der Hart, y Nijenhuis, 2009; Van der Hart, Nijenhuis, y Steele, 2006). En EMDR los eventos traumáticos se dividen en las categorías de “T grande o mayúscula” y “t pequeña o minúscula”. Los eventos de T grande se parecen a aquellos requeridos en el criterio A del DSM-IV-TR para TEPT (American Psychiatric Association, 1994), mientras que los eventos con t pequeña implican eventos de vida perturbadores, que de todos modos son traumáticos para el niño: como dice Shapiro (2001, página 55), “a pesar de que el trauma es designado con “t pequeña” para denotar su naturaleza ubicua/omnipresente para este tipo de experiencias, el niño no siente que los eventos sean “pequeños”. Ciertamente, la humillación durante la niñez puede considerarse como un equivalente evolutivo del ser cortado/aislado de la manada.” Por lo tanto, la definición de un evento traumático es mucho más amplia en EMDR que en los criterios del DSM-IV para TEPT, pero es consistente con las definiciones de trauma en literatura de trastornos disociativos (Ross, 1997; Ross y Halpern, 2009). Tanto traumas con T grande como t pequeña pueden resultar en la disociación de los componentes del trauma y ambos pueden ser blancos de los procedimientos EMDR.



### **El modelo de Disociación del Trauma Subyacente en EMDR**

Como teoría de disociación del trauma en general, EMDR explícitamente se basa en un modelo de trauma de T grande/ t pequeña: “La experiencia clínica indica que muchas patologías, incluyendo algunos tipos de depresión, se forjan por experiencias tempranas... que varían de incidentes críticos fácilmente identificados como violaciones y asaltos, hasta interacciones negativas, aparentemente inocuas con familia, compañeros, extraños u otros que han dejado un efecto negativo prolongado.” (Shapiro, 2001, p.5).

Como el modelo de psicopatología de Janet (1965; 1977), EMDR se basa en una disociación estructural en la que el afecto traumático, la creencia y la memoria se almacenan en un compartimento disociado de la psique. En la elaboración de la teoría de Janet por Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006), el compartimento disociado es requerido para contener una parte del yo o estado del ego con un sentido subjetivo de su propia identidad separada. Este requerimiento no se presenta en el modelo de procesamiento de la información a estados adaptativos del EMDR, pero se puede acomodar fácilmente dentro de él. Efectivamente, la presencia de un niño interno herido es frecuentemente notada por los terapeutas EMDR: “se postula que el trauma es disfuncionalmente almacenado en una forma errónea de sistema de memoria, es decir, en un sistema de memoria implícita/motora en lugar de un sistema de memoria explícita/narrativa... La memoria disfuncionalmente almacenada aún tiene dentro de sí algunas de las percepciones sensoriales y pensamientos que estuvieron ahí durante el evento. Esencialmente, la perspectiva de la infancia está encerrada en su propio lugar y provoca que la persona perciba el presente desde un punto de vista similar a la deficiencia que hubo en el pasado. . . Los clientes. . . puede caer en la

entonación de la infancia cuando hablan de sus experiencias tempranas. " (Shapiro, 2001, p. 4).

---

Dentro de la teoría de la disociación estructural (Van der Hart, Nijenhuis, y Steele, 2006), "caer en la entonación de niño" podría describirse como un cambio del yo ejecutivo adulto, la *parte aparentemente normal de la personalidad* (PAN), al niño interno herido o *parte emocional de la personalidad* (PEP). Dentro de la teoría de la disociación estructural, el TEPT se debe a la intrusión de sentimientos, recuerdos, sensaciones, activación y creencias disociados, de una PEP en una PAN. Las intrusiones se alternan de una forma oscilante y recurrente con el opuesto: retirada del afecto, memoria, activación, sensación y creencia fuera de la PAN hacia la PEP. La retirada resulta en la constelación de síntomas de amnesia/parálisis del criterio del DSM-IV para TEPT (American Psychiatric Association, 1994), mientras que la intrusión resulta en síntomas de flashbacks, pesadillas, sobresalto y activación. En EMDR, se piensa que ocurre lo mismo; pero no se le conoce como disociación estructural y los compartimentos no se llaman PAN y PEP.

El vocabulario de la teoría de disociación estructural y EMDR es algo diferente, pero el modelo fundamental es igual en ambos. La única diferencia significativa es que la disociación estructural, como lo enunció Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006), requiere la presencia de una PEP, mientras que EMDR la permite, pero no la requiere. EMDR reconoce implícitamente la PEP, mientras que en la disociación estructural, la PEP y PAN son explícitamente sellos del modelo.

En mi opinión el requerimiento de una PEP limita innecesariamente el rango de aplicaciones de la teoría de la disociación estructural. Me parece que, así como en EMDR, intrusiones de trauma disociado (T grande y t pequeña) pueden ocurrir de un

compartimento que no alberga una PEP. Esto todavía me parece disociación estructural, si no requerimos una PEP como parte de la definición de disociación estructural.

EMDR también es consistente con el modelo de disociación BASK de Braun (1988a; 1988b), en la que los componentes disociados del trauma pueden consistir en conducta, afecto, sensación o conocimiento (cognición). El modelo BASK fue diseñado para organizar el pensamiento y el tratamiento del trastorno de identidad disociativo/trastorno de personalidad múltiple (TID/TPM), pero también el espectro completo de trastornos relacionados con trauma y disociación. Como en EMDR, el modelo BASK permite y acomoda la presencia de una PEP pero no la requiere. Shapiro (2001, p. 321) está de acuerdo con este punto de vista: “La alineación terapéutica de los componentes del blanco/diana en EMDR parece consistente con el modelo BASK de disociación (conducta, afecto, sensación, conocimiento) postulado por Braun. Se ha conjeturado que los recuerdos traumáticos insuficientemente procesados se almacenan en fragmentos. Si es así, es posible que los procedimientos de EMDR sirven para forjar las conexiones apropiadas entre los varios fragmentos del material traumático y facilitan el almacenamiento de información en el sistema de memoria narrativa (o explícita).”

“Forjar conexiones apropiadas entre varios fragmentos de material traumático” es lo mismo que integrar estados disociados del ego, partes del yo, estados de identidad, personalidades alternas o PEPs. Se necesitan reconectar cosas solamente si fueron desconectadas o disociadas. En EMDR, de acuerdo a la hipótesis que presento en este documento, los “varios fragmentos” pueden ser PEPs, pero también pueden ser elementos del modelo BASK que no tienen una sensación subjetiva de si mismos.

### **Lineamientos del tratamiento EMDR para trastornos disociativos**

No hay lineamientos del tratamiento EMDR para cáncer, osteoartritis o neumonía. ¿Por qué? EMDR no es un tratamiento sensible o efectivo para ese tipo de problemas. Esto es un supuesto que estoy haciendo; no conozco a nadie que haya afirmado que EMDR puede usarse en el tratamiento del cáncer, osteoartritis o neumonía. Sin embargo, hay lineamiento de tratamiento EMDR para trastornos disociativos. ¿Por qué? Porque EMDR es un tratamiento sensible y efectivo para trastornos disociativos, en la experiencia de terapeutas calificados. Cierto, no hay estudios controlados o prospectivos del tratamiento EMDR para trastornos disociativos. Espero que dichos estudios se lleven a cabo en un futuro, mientras tanto no tengo duda alguna de que EMDR es efectivo para trastornos disociativos.

¿Por qué?

Hay varias razones por las que sostengo esta opinión. Primero, EMDR es consistente con los lineamientos del tratamiento de tres etapas de la literatura general sobre trauma y de la literatura de los trastornos disociativos. Por lo tanto, es consistente con el componente de trauma de cualquier modelo trauma-disociación. En segundo lugar, y más importante, el propósito de EMDR es el integrar los elementos disociados del trauma para resolver el ciclo de intrusión-retirada. EMDR es un modelo de recuperación-sanación que tiene como meta la resolución y la remisión a largo plazo, Por lo tanto, no importa cual sea el diagnóstico, EMDR se enfoca en sanar la estructura psicológica disociada. El tratamiento EMDR es siempre un tratamiento de la disociación, aun cuando un trastorno disociativo no se haya diagnosticado.

En este sentido, EMDR es similar al modelo BASK de Braun (1988a; 1988b). El modelo BASK se aplica a alguien que ha sido diagnosticado con un trastorno disociativo

(amnesia- disociación del conocimiento), pero también a alguien con un trastorno de conversión (parálisis de conversión- una disociación de la conducta, anestesia de conversión-una disociación de sensación).

El modelo BASK también se aplica para alguien con un trastorno de control de impulsos como un trastorno intermitente explosivo, en el que hay una intrusión repentina de afecto disociado (rabia). Tanto EMDR como el modelo BASK pueden aplicarse a un amplio rango de trastornos del DSM IV TR o CIE cuando todos son conceptualizados como basados en una disociación subyacente de conducta, afecto, sensación o conocimiento.

Esto es similar a la lógica del modelo de disociación estructural de Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006). Dentro de la teoría de disociación estructural, el TEPT es un ejemplo de disociación estructural tanto como lo es el trastorno de identidad disociativa. Muchos trastornos diferentes de DSM IV TR o CIE se pueden basar en la disociación estructural, aún si están clasificados como trastornos de ansiedad, psicóticos o de personalidad. Por ejemplo, en mi opinión, los subgrupos de individuos que cumplen los criterios DSM-IV TR para esquizofrenia, tienen un subtipo disociativo de esquizofrenia consistente con la teoría de la disociación estructural (Ross, 2004). En dichos casos, las alucinaciones auditivas surgen de las PEPs igual que los hacen en el Trastorno de Identidad Disociativo (TID), y la esquizofrenia es una respuesta al trauma al igual que el TEPT y TID.

Una tercera razón por la cual considero que el EMDR se basa en un modelo trauma-disociación, es el hecho de que hay lineamientos de EMDR para trastornos disociativos (Shapiro, 2001). El propósito de los lineamientos del EMDR es primariamente recomendar una evaluación completa con mediciones estandarizadas de disociación;

sugerir que el terapeuta tenga experiencia en el tratamiento de trastornos disociativos y EMDR; y para tener cuidado de no entrar a la fase 4 del EMDR, o muy temprano o muy agresivamente.

Restando el aspecto del EMDR, estos lineamientos son los mismos que aquellos en la literatura de trastornos disociativos. Aparte de todas estas precauciones, el trabajo básico del EMDR es el mismo con personas con TID que con personas sin TID. Previa a la desensibilización activa y el reprocesamiento, se debe trabajar en un sistema de comunicación, cooperación y co-conciencia, pero una vez que esto es alcanzado, el EMDR procede de la misma manera como lo hace con casos que no tienen TID.

Esto es por una razón fundamental: EMDR se basa en un modelo trauma-disociación. Es por eso que puede utilizarse tan rápidamente en el tratamiento de TID, una vez que el trabajo necesario de las Fases 1 y 2 se haya realizado. No se requieren modificaciones fundamentales porque el EMDR es inherentemente adecuado para el tratamiento de disociación estructural; que es para lo que fue diseñado.

Creo que esta manera de ver el EMDR y los modelos trauma-disociación podría ser muy beneficiosa para el campo de trastornos disociativos por dos razones; amplía las herramientas terapéuticas para el tratamiento de TID; y hace que la literatura resultante del tratamiento de EMDR sea para trauma y disociación. Debido a que hay cierta escasez de resultados de estudios del tratamiento de trastornos disociativos (Brand, Classen, McNary, & Parin, 2009; Ross, 2005), sería útil el poder citar la literatura sobre EMDR como evidencia para el tratamiento efectivo del trauma y disociación. Por supuesto, todavía es necesario contar con resultados de estudios del tratamiento EMDR para trastornos disociativos diagnosticados.

## **Conclusiones**

En este documento, se presentan argumentos de que el EMDR se basa en un modelo trauma-disociación de trastornos mentales. El modelo del EMDR se compara y contrasta con el modelo BASK, la teoría de la disociación estructural y con los protocolos de tres etapas para psicoterapia del trauma. El autor apunta la necesidad de estudios con resultados del tratamiento EMDR para trastornos disociativos diagnosticados.

## Referencias.

American Psychiatric Association. (2004). *Practice guidelines for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington, VA: Author.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4<sup>th</sup> ed.* Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 18(3): CD003388.

<http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD003388.pub3>

Brand, B.L., Classen, C.C., McNary, S.W., & Parin, Z. (2009). A review of dissociative disorder treatment studies. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 646-654.

Braun, B.G. (1988a). The BASK (behavior, affect, sensation, knowledge) model of dissociation. *Dissociation*, 1(1), 4-23.

Braun, B.G. (1988b). The BASK model of dissociation, Clinical applications. *Dissociation*, 1(2), 16-23.

Courtois, C., & Ford, J.D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders. An evidence-based guide*. New York: Guilford Press.

Janet, P. (1965). *The major symptoms of hysteria*. New York: Hafner (Original work published 1907).

Janet, P. (1977). *The mental state of hysterical*. Washington, DC: University Publications of America (Original work published in 1901).



Nijenhuis, E.R.S., & Van der Hart, O. (2011a). Dissociation in trauma: A new definition and comparison with previous formulations. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 416-445.

Nijenhuis, E.R.S., & Van der Hart, O. (2011b). Defining dissociation in trauma. *Journal of Trauma and Dissociation*, 12, 469-473.

Ross, C.A. (1997). *Dissociative identity disorder. Diagnosis, clinical features, and treatment of multiple personality* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: John Wiley.

Ross, C.A. (2004). *Schizophrenia. Innovations in diagnosis and treatment*. New York: Haworth Press.

Ross, C.A. (2005). A proposed treatment outcome study of trauma model therapy and dialectical behavior therapy.

Ross, C.A., & Halpern, N. (2009). *Trauma model therapy. A treatment approach for trauma, dissociation, and complex comorbidity*. Richardson, TX: Manitou Communications.

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

Shapiro, F., & Forrest, M. (1997). *EMDR. The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*. New York: Basic Books.

Shapiro, F., Kaslow, F.W., & Maxfield, L. (2007). *Handbook of EMDR and family therapy processes*. New York: John Wiley.

Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanism of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325.

Steele, K., Van der Hart, O., & Nijenhuis, E.R.S. (2009). The theory of trauma-related structural dissociation of the personality. In P.F. Dell & J.A. O’Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 239-258). New York: Routledge.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Chronic traumatization and the theory of structural dissociation of the personality*. New York: Norton.