

Andrea Gea Espinosa

**EL TRAUMA COMPLEX RELACIONAL A LA PRIMERA
INFÀNCIA I L'AFECTACIÓ A LA VINCULACIÓ DE
DONES ADULTES**

TREBALL DE FI DE MÀSTER

Dirigit per Aida Rovira Moix

MÀSTER EN PSICOLOGIA GENERAL SANITÀRIA

Departament de Psicologia



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona, 2024

El treball de fi de màster "El trauma complex relacional a la primera infància i l'afectació a la vinculació de dones adultes" recull informació de tres casos clínics reals en què s'exposen dades personals confidencials. Tot i que les participants han signat els corresponents acords de participació per poder ser incloses i exposades en el treball, el present document no podrà ser compartit de forma completa per salvaguardar la confidencialitat.

Seguidament, trobareu la versió confidencial del treball excloent el contingut dels casos clínics; per aquest motiu, us trobareu alguns buits al llarg del document per tal de continuar sent fidels a l'índex exposat a continuació, no essent aquests un error de format, sinó corresponents a l'eliminació d'informació pertinent als casos.

Taula de Continguts

Introducció	3
Fonamentació Teòrica	3
Trauma Psicològic	3
Aferrament	7
Intervenció del Trauma Complex	9
Cas M.	12
Presentació del Cas	12
Avaluació.....	14
Anàlisi Funcional	16
Hipòtesis Diagnòstiques, de Manteniment i d'Origen	18
Objectius d'Actuació	18
Tècniques de Tractament	19
Resultats Aconseguits.....	22
Discussió	23
Seguiment.....	24
Cas A.	25
Presentació del Cas	25
Avaluació.....	27
Anàlisi funcional	28
Hipòtesis Diagnòstiques, de Manteniment i d'Origen	28
Objectius d'Actuació	30

Tècniques de Tractament	31
Resultats Aconseguits.....	34
Discussió	38
Seguiment.....	39
Cas L.	40
Presentació del Cas	40
Avaluació.....	42
Anàlisi Funcional.....	42
Hipòtesis Diagnòstiques, de Manteniment i d'Origen	42
Objectius d'Actuació	44
Tècniques de Tractament	45
Resultats Aconseguits.....	50
Discussió	52
Seguiment.....	53
Anàlisi de les Limitacions del Treball	53
Conclusions i Propostes de Millora	54
Referències.....	55
Annexes	61

Introducció

El present treball exposa, mitjançant l'estudi del procés terapèutic de tres casos clínics abordats des d'un model integrador, com el trauma complex relacional al llarg de la infància afecta la vinculació a l'edat adulta en dones, totes elles amb simptomatologia ansiosa-depressiva relacionada amb la presència de trets de Trastorns de Personalitat (TP). Donada la simptomatologia en comú, a continuació s'explicarà la fonamentació teòrica comuna a tots tres casos.

Fonamentació Teòrica

Trauma Psicològic

La primera vegada que es va parlar de trauma com un espectre de símptomes que promouen canvis en l'àmbit emocional, biològic i fisiològic després d'una situació estressant, va ser amb els veterans de la I Guerra Mundial, el qual van denominar neurosi traumàtica (Kardiner, 1941; com citat en van der Kolk, 2015). Aquest conjunt de símptomes reflecteix el diagnòstic que actualment recull el DSM-5-TR com a Trastorn per Estrès Posttraumàtic (TEPT)¹, el qual parla de situacions traumàtiques puntuals (American Psychiatric Association, 2022); la resposta emocional que desencadena es coneix com a trauma "T".

Existeixen també els traumes "t", que es produeixen com a resultat d'una problemàtica estressant o traumàtica d'àmplia durada o acumulativa on la víctima no pot fugir, essent l'etapa infantil la més comuna per desenvolupar-se, donat que els infants no disposen d'eines suficients, sobretot si les experiències adverses succeeixen al nucli familiar (van der Kolk, 2015). Els traumes "t" són els que

¹ Els criteris diagnòstics del TEPT recollits al DSM-5-TR es troben a l'Annex A.

coneixem com trauma complex (TEPT-C), el qual el DSM-5-TR etiqueta com a Altres traumes i estressors especificats. Trastorn relacionat²; altres autors l'han anomenat Trastorn Traumàtic del Desenvolupament (TTD)³ quan les condicions ocorren a l'etapa infantojuvenil (Gayá et al., 2014).

Com el DSM-5-TR recull els traumes "t" en una categoria massa àmplia, ens basarem en el CIE-11 (Organització Mundial de la Salut, 2019/2021), el qual separa el TEPT i el TEPT-C, sent la principal diferència simptomatològica que el TEPT-C presenta desregulació, autoconcepte negatiu i alteracions interpersonals no únicament en presència de l'estímul estressor, sinó generalitzant-se a altres estímuls (Cloitre et al., 2013; van der Kolk et al., 2019). A la Taula 1 (Annex D) es comparen els criteris d'ambdós trastorns.

Actualment, el TEPT com a diagnòstic té una prevalença del 3,5%, essent més alta en poblacions exposades a situacions traumàtiques com catàstrofes naturals o conflictes bèl·lics (Martín et al., 2022). En general, el sexe femení és més vulnerable, sent quasi el 50% més prevalent (APA, 2022). Tot i que la sensibilitat a patir un esdeveniment traumàtic que desencadeni un TEPT pot esdevenir a qualsevol edat, la vulnerabilitat augmenta quan menys edat té la persona, convertint-se en dues variables inverses (van Assche, 2020).

Segons les dades conegudes sobre el desenvolupament de traumes (Cloitre et al., 2013), les situacions que s'identifiquen com potencialment traumàtiques són l'abús infantil de tipus sexual o físic (30,1%), l'exposició a un desastre natural o situació bèl·lica (19,9%) i la mort d'una persona propera (10,3%).

² L'explicació d'aquesta categoria diagnòstica exposada al DSM-5-TR es troba a l'Annex B.

³ La proposta de criteris diagnòstics d'aquest trastorn es troba a l'Annex C.

A causa de la variabilitat de símptomes associats al TEPT-C, ens podem trobar diagnòstics equivocats, sobretot en població infantojuvenil (van der Kolk et al., 2019); així mateix, algunes de les comorbiditats presents amb aquest trastorn poden ser conseqüents d'aquest. Com es veu en l'estudi de van der Kolk et al. (2019), el TTD presenta comorbiditat amb trastorns conductuals (Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat, Trastorn de Conducta, Trastorn Negativista Desafiant) i afectius (Trastorn d'Ansietat per Separació, Trastorn d'Ansietat Generalitzada (TAG), Trastorn de Depressió Major (TDM) i Trastorn de Pànic). En població adulta, el TEPT-C és comòrbid amb TDM, TAG, problemes de control de la ira i altes taxes de dissociació (Murphy et al., 2021), així com amb el Trastorn Límit de la Personalitat (TLP) (Cloitre et al., 2013). La vulnerabilitat a desenvolupar un TEPT augmenta si la persona ja presenta un altre trastorn prèviament (APA, 2022).

Pel que fa a la neurobiologia del trauma, si la persona presenta un trauma T, el seu cos reacciona quan percep un estímul codificat pel cervell com a semblant, ja que el circuit d'alerta i de por està defectuós (hipersensibilitzat), promovent un estat d'hiperalerta que actua com si estigués revivint el trauma, i activa el cos per respondre d'una forma similar al moment traumàtic real (van der Kolk, 2015); tot i que les respostes són variades, s'enquadren en tres categories segons els recursos personals i la tendència apresada d'activació del sistema nerviós autònom (SNA): fugir, lluitar o paraitzar-se (van der Kolk, 2015). En el TEPT-C l'estat d'hiperalerta és constant, promovent que sense cap estímul semblant s'identifiqui qualsevol com a amenaçant, fent que algunes estructures cerebrals no tornin a un estat basal (Förster et al., 2021). Si el TEPT-C esdevé des de la infància (TTD), pot provocar problemes en el desenvolupament cerebral i conseqüències

psíquiques adverses (van der Kolk, 2015). El SNA és determinant en tot aquest procés de resposta, essent l'hipotàlem una estructura clau, estructura responsable també de l'aferrament amb els cuidadors (Hernández, 2017).

Qui decideix el tipus de resposta i si l'estímul és perillós, situació en què s'hiperactiva (activant així el circuit d'estrès, afectant indirectament el sistema immune) i desactiva les funcions cerebrals superiors causant la desregulació emocional i el pensament irracional, és l'amígdala (Hernández, 2017). Aquesta avalua la informació que prové del tàlem, el qual la rep dels òrgans sensorials o de l'hipocamp (en funció del tipus d'alerta), per comparar-la amb experiències prèvies emmagatzemades. En persones que han viscut un fet traumàtic l'hipocamp està hipoactiu i reduït de mida, promovent buits de memòria del moment traumàtic i que la informació que arriba a l'amígdala no pugui ser comparada i predomini la hiperactivació (Förster et al., 2021).

Altres estructures que es troben involucrades en el circuit de la por, estretament vinculat al trauma (Förster et al., 2021), es troben hipoactives causant una desregulació emocional (còrtex cingulat anterior), disminuint els processos del pensament (còrtex prefrontal) i dificultant la interocepció (ínsula); aquesta última estructura també pot estar hiperactivada, provocant reaccions de dissociació o d'hiperreactivitat emocional (Hernández, 2017).

Anatòmicament i de forma general, quan hi ha trauma (tant en la vivència com en els flashbacks) l'hemisferi dret es troba activat amb una resposta automàtica donada pels records sensorials, alhora que l'hemisferi esquerre resta inactiu, per això es tenen problemes per trobar una lògica al succés i per posar en paraules les emocions i els pensaments associats. Com l'hemisferi dret i les estructures del sistema límbic són les primeres a desenvolupar-se i l'àrea de Broca

esdevé disfuncional, es pot dir que la majoria dels traumes són de caràcter preverbal, dificultant així la seva intervenció (van der Kolk, 2015).

Aferrament

Les teories del desenvolupament destaquen la influència biològica i genètica en el temperament, però també s'ha de tenir en compte l'impacte de l'ambient en la modulació epigenètica (Seligman, 2021). Aquests canvis es donen durant tot el cicle vital, sent més vulnerable el període de desenvolupament del sistema nerviós cerebral (estadi perinatal-inici de l'edat adulta), especialment durant la primera infància per la plasticitat i la neurogènesi (Hernández, 2017).

En aquesta etapa, la Teoria de l'Aferrament (Bowlby, 1969, 1988; Ainsworth et al., 1978) destaca la importància dels cuidadors com els primers models de vinculació que ens marquen la forma de relacionar-nos amb el món i com el percebem (Bowlby, 1969; Ainsworth, 1989, com citat en Loizaga, 2016). En aquest aspecte, la conducta no verbal és clau pel desenvolupament maduratiu sa, relacionada amb l'activació de l'infant i promoguda per les sensacions físiques (Hernández, 2007).

El treball d'aquests dos autors i altres aportacions posteriors, van definir aquesta vinculació com a aferrament, entenent-se avui en dia com la primera relació que desenvolupa i integra un esquema intern de treball inter i intrapersonal (Bowlby, 1969; Loizaga, 2016), que serveix com a model per les consegüents relacions al llarg del cicle vital (Wrobel et al., 2022). D'aquesta forma s'entén que si es viuen experiències adverses durant la infància, augmenta la vulnerabilitat a experimentar-ne d'altres similars (Main & Weston, 1981; com citat en Bowlby, 1988) i afecta el desenvolupament psíquic i cerebral (van Assche et al., 2020). Actualment, les formes de vinculació es resumeixen en quatre tipus d'aferrament:

Aferrament segur: Aquesta vinculació, present en el 50-60% dels infants, implica una relació amb cuidadors disponibles i respectuosos que promouen l'autonomia, resultant en una resposta coherent a l'estrès (Loizaga, 2016).

Aferrament insegur-evitatiu: Els infants rebutgen el contacte dels cuidadors per evitar el patiment, ja que aquests s'han mostrat absents o insensibles davant les seves necessitats. Aquesta estratègia de negar una necessitat promou dificultats emocionals i relacionals (Ainsworth et al., 1978) i canvis interns similars a l'ansietat (Sanchis & Botella, 2007). La prevalença és d'un 15%.

Aferrament insegur-ambivalent: Infants que es mostren insegurs quan els cuidadors desapareixen, buscant constantment la seva atenció amb dependència excessiva per la inconsistència dels cuidadors (Loizaga, 2016). És el tipus d'aferrament menys prevalent (9%) i promou respostes excessives descontrolades causades per la hipersensibilitat a senyals ambivalents.

Aferrament desorganitzat: Estudis posteriors van defensar que hi havia aquesta darrera categoria que barreja els dos tipus d'aferrament insegur. Inclou cuidadors absents o excessivament autoritaris davant les necessitats de l'infant, essent les situacions traumàtiques familiars la base de la criança (Loizaga, 2016). Té una prevalença general del 8-15% i és més freqüent al sexe masculí.

Un aferrament segur a la infància no eximeix patir una situació traumàtica, però actua com a factor protector en el processament d'aquest (van der Kolk, 2015; Förster et al., 2021). Generalment, el tipus d'aferrament amb els cuidadors determina les relacions posteriors, però podem tenir diferents tipus d'aferrament amb persones distintes; aquest també pot canviar rere experiències vitals, com pot ser un fet traumàtic (Wrobel et al., 2022). Així mateix, la modificació d'un

aferrament insegur a un altre més funcional, pot ser facilitada per relacions satisfactòries amb figures d'aferrament segur o de resiliència (Benlloch, 2020).

Quan un individu pateix una situació traumàtica, queda bloquejat en mode supervivència, provocant que la capacitat de vincular-se es vegi damnificada (Wrobel et al., 2022). Si aquesta succeeix a la primera infància (TTD) afecta a tot el sistema de vinculació, promovent un aferrament insegur (Gayá et al., 2014); en el cas del TEPT-C, si aquest es desenvolupés passada l'adolescència i la persona partís d'un aferrament segur, podria canviar, diferint així del TETP, el qual no implicaria una modificació explícita d'aquest (Sanchis & Botella, 2007).

Existeix una relació entre el TEPT-C i els tipus d'aferrament insegur, sent més prevalent l'aferrament desorganitzat (van der Kolk, 2015). Tal com aquestes persones creixen, poden presentar comportaments hetero i autoagressius vinculats a la desregulació emocional que causa el trastorn (Nieto & López, 2016).

Intervenció del Trauma Complex

El tractament del TEPT-C és molt complex per la simptomatologia associada que comporta, així com per la desconfiança que presenta qui ho pateix, ja que el seu mapa intern va integrar a la primera infància una resposta negativa o insuficient, fent del món un lloc insegur (Wrobel et al., 2022). És per això, que el primer aspecte a tenir en compte i que cal treballar és l'aliança terapèutica (van der Kolk, 2015), fent que el cervell de la usuària sigui capaç de confiar en nosaltres i promovent un aferrament segur.

Rere aquest primer objectiu, tot i que cada intervenció és individualitzada, existeixen una sèrie d'objectius comuns per tots els casos: millorar l'autopercepció i l'autoregulació cognitiva, conductual, afectiva i relacional (van der Kolk et al., 2019). Tal com exemplifiquen els casos clínics del present treball, la intervenció

efectuada segueix un model integrador personalitzat segons el perfil de cada usuària, incorporant tècniques de diversos enfocaments explicats a continuació. S'ha de tenir present que la teràpia pot ser paral·lela a la intervenció psicofarmacològica (Burback et al., 2024).

Una de les intervencions efectives és la Teràpia Cognitiu Conductual (TCC) focalitzada en el trauma (Bisson et al., 2007), efectiva per qualsevol edat. Inclou tècniques de tractament com la psicoeducació que ajuda a posar ordre i començar a entendre la situació per part del pacient (Nieto & López, 2016), tècniques de relaxació que ajuden a controlar la simptomatologia ansiosa associada, l'expressió i regulació emocional, disminuïdes ambdues en persones amb TEPT-C, així com l'exposició amb dessensibilització sistemàtica (van der Kolk, 2015).

D'altra banda, donat que la teràpia familiar obre el focus i engloba també l'entorn de la persona, és de gran utilitat en el TEPT-C per aconseguir sanar el seu concepte relacional, enfocant-se en els mantenidors i detonants del problema, així com en els factors que promouran la resiliència de la persona (Moreno, 2014). Inclou tècniques com la cadira buida (explicada en el Cas L.), sistemes de família interna (IFS; explicada al Cas A.), i acostuma a incorporar aspectes de la teràpia narrativa (Botella & Feixas, 1998/2008).

La teràpia més utilitzada actualment és la dessensibilització i reprocessament per moviments oculars (EMDR), que consisteix en l'estimulació bilateral sensorial mitjançant moviments oculars o tapping mentre el pacient es concentra en el fet traumàtic i el seu cervell va connectant la informació fragmentada pel trauma per reprocessar-la i dessensibilitzar-la, baixant la intensitat emocional vinculada als records (Shapiro, 2010/2018).

L'EMDR consta de 8 fases (explicades a l'Annex E); les primeres se centren en el recull d'informació, i a partir de la fase de dessensibilització i reprocessament el procediment es repeteix per cada trauma a treballar (van der Kolk, 2015). Poden haver-hi dos inicis de treball: el record més antic o el més pertorbant; aquest últim es troba analitzant cada record que explica la pacient amb una escala de distrès (SUD) valorant de l'1 al 10 la seva pertorbació actual (Shapiro & Brown, 2019). Segons la tècnica (Shapiro, 2010), els fets valorats amb $SUD < 5$ representa que el cervell els ha solucionat i reprocessat; són els records que superen una puntuació de 5 els que són sensibles de ser tractats, essent $SUD \geq 8$ aquells que condicionen la persona actualment. L'EMDR també instaure recursos i creences funcionals associades, valorades mitjançant l'escala de credibilitat VOC [1-7].

Finalment, s'està començant a popularitzar una nova tècnica, la reorientació cerebral profunda (DBR), focalitzada en el tractament del trauma preverbal (a nivell del tronc encefàlic) en la seqüència neurofisiològica que succeeix en el fet traumàtic (Kearney et al., 2023), resultant en les fases OT(S)A: Orientació al passat (recordar el fet traumàtic); prendre consciència de la Tensió que es produeix a les parts mogudes pel col·licul superior (ulls, front o clatell); atenció a la resposta fisiològica donada pel locus coreus (Shock); atenció a les respostes Afectives causada per la substància grisa periaqüeductal. Com especifica Merker (2013; com citat en Kearney et al., 2023), el primer pas de DBR és orientar-se al present mitjançant *grounding*, el qual activa les mateixes estructures anomenades a través d'una visualització guiada. Un cop realitzat el *grounding*, s'inicia el treball del trauma seguint el protocol OT(S)A. Aquesta tècnica permet centrar-se en les sensacions fisiològiques deixant en segon pla l'aspecte emocional, dificultant així un possible desbordament de la pacient (Kearney et al., 2023).

Anàlisi de les Limitacions del Treball

Donada la limitació d'espai del treball es dificulta l'explicació de totes les tècniques emprades en detall, havent de focalitzar-ho en els aspectes que treballen el trauma de forma particular; per la qual cosa, per analitzar els resultats obtinguts s'ha de tenir present que en tractar altres objectius, estant tot vinculat, les millores de la simptomatologia traumàtica i els canvis significatius no provenen únicament de les tècniques emprades pel treball del trauma.

D'altra banda, donat que el procés terapèutic del TEPT-C és llarg a causa del treball a fer sobre cada fet traumàtic i la simptomatologia associada, no ha sigut possible visualitzar la totalitat de la teràpia; així com en els casos de A. i L., el fet que la teràpia ja estigués avançada en el moment de començar a entrar a

les sessions, no ha permès apreciar l'avenç terapèutic amb tanta claredat com si hagués sigut experiencial.

Conclusions i Propostes de Millora

Com es pot apreciar en els resultats de tots tres casos, les tècniques emprades pel tractament del TEPT-C han sigut efectives, mostrant com l'EMDR presenta avantatges tant per la dessensibilització del record i el reprocessament d'aquest, com per instaurar recursos que faciliten l'aplicació d'altres tècniques, com són REC o l'exposició, les quals també són de gran utilitat per tractar la simptomatologia ansiosa-depressiva associada (Burback et al., 2024). Així mateix, és necessari destacar que l'aliança terapèutica és un dels factors més importants per aconseguir aquesta millora, ja que transforma el terapeuta en una figura d'aferrament segur, la qual es pot anar generalitzant (van der Kolk, 2015).

Encara que l'EMDR i el BDR són tècniques innovadores, s'ha comprovat la seva efectivitat sobre d'altres intervencions, tot i que sempre es recomana una intervenció integradora i individualitzada. Nogensmenys, hi falten encara estudis sobre el TEPT-C i les tècniques més funcionals, ja que encara no hi ha un consens sobre les categories diagnòstiques a les diverses edats, dificultant la seva detecció i promovent així diagnòstics erronis i, per tant, intervencions no adequades.

Les intervencions exposades segueixen un model integrador i personalitzat per cada cas, el qual resulta molt eficient en els casos de TEPT-C, ja que la simptomatologia present està relacionada i, al treballar un aspecte, s'obtenen millores en altres. Així mateix, els tres casos no han sigut tractats pel mateix terapeuta, pel que ens trobem amb diverses formes de treballar; tot i seguir el model integrador, l'explicació i aplicació de les tècniques emprades i els resultats

aconseguits, poden veure's esbiaixats pel tarannà dels professionals i la forma de vincular-se amb els pacients.

En forma de proposta, donat que el present treball exposa com influeix el TEPT-C viscut des de la primera infància al vincle adult, en forma d'aferrament insegur, seria interessant afegir l'aliança i la modificació de l'aferrament a un de tipus segur als objectius terapèutics, focalitzant més sessions en aquest aspecte per tal que la persona pugui generalitzar-ho a relacions externes a la consulta.

Referències

Ainsworth, M.D., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum.

American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th edition, text reviewed). doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

Benlloch, S. (2020). Teoría del Apego en la Práctica Clínica: Revisión teórica y Recomendaciones. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 169-189. doi.org/10.33898/rdp.v31i116.348

Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., & Foote, J. (1994). *Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)*. APA PsycTests. doi.org/10.1037/t02080-000

Bisson, J.I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 190, 97-104. doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402

Botella, L., & Feixas, G. (1998/2008). *Teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol. 1: Attachment*. New York: Basic Books.

Bowlby, J. (1988). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós Ibérica.

Burback, L., Brémault-Phillips, S., Nijdam, M.J., McFarlane, A., & Vermetten, E. (2024). Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A State-of-the-art Review. *Current Neuropharmacology*, 22(4), 557-635. doi.org/10.2174/1570159X21666230428091433

Cloitre, M., Garvert, D.W., Brewin, C.R., Bryant, R.A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European journal of psychotraumatology*, 4(1), 20706. doi.org/10.3402/ejpt.v40i0.20706

Company, V., Feixas, G., Muñoz, D., & Montesano, A. (2012). *El genograma en terapia familiar sistémica*. Universitat de Barcelona.

Crespo, M., Gómez, M.M., & Soberón, C. (2017). *EGEP-5. Evaluación Global de Estrés Postraumático*. Madrid: TEA Ediciones.

Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L.A., Botella, L., Cobella, S., González, E., Bados, A., Garcia-Grau, E., & López-González, M.A. (2012). La Versión Española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Revista de psicoterapia*, 23(89), 109-135.

Förster, K., Danzer, L., Redlich, R., Opel, N., Grotegerd, D., Leehr, E.J., Dohmm K., Enneking, V., Meinert, S., Goltermann, J., Lemke, H., Waltemate, L., Thiel, K., Behnert, K., Brosch, K., Stein, F., Meller, T., Ringwald, K., Schmitt, S., ... Dannlowski, U. (2021). Social support and hippocampal volume are negatively

associated in adults with previous experience of childhood maltreatment. *Journal of psychiatry and neuroscience*, 46(3), 328-336. doi.org/10.1503/jpn.200162

Gayá, C., Molero, R.J., & Gil, M.D. (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (TTD). *INFAD - International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(3), 375-383. doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v3.515

García, F., & Gonzalo, M. (2001). *Autoconcepto Forma 5 [AF5: Self-concept from 5] (2nd edition)*. Madrid: TEA Ediciones.

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R., & Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), 1006-1011. doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007

Hernández, M. (2017). *Apego y psicopatología: la ansiedad y su origen. Conceptualización y tratamiento de las patologías relacionadas con la ansiedad desde una perspectiva integradora*. Bilbao: Desclee De Brouwer.

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2), 139-156.

Hoekstra, R.A., Vinkhuyzen, A.A.E., Wheelwright, S., Bartels, M., Boosman, D.I., Baron-Cohen, S., Posthuma, D., & van der Sluis, S. (2010). The construction and Validation of an Abridged Version of the Autism-Spectrum Quotient (AQ-Short). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(5), 89-96. doi.org/10.1007/s10803-010-1073-0

Kearney, B.E., Corrigan, F.M., Frewen, P.A., Nevill, S., Harricharan, S., Andrews, K., Jetly, R., McKinnon, M.C., & Lanius, R.A. (2023). A randomized controlled trial of Deep Brain Reorienting: a neuroscientifically guided treatment

for post-traumatic stress disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 14(2). doi.org/10.1080/20008066.2023.2240691

Loizaga, F. (2016). *Evaluación del apego-attachment y los vínculos familiares: Instrumentos para el diagnóstico familiar en la infancia y adolescencia*. Madrid: Editorial CCS.

Lord, C., Rutter, M., DiLavore, P.C., Risi, S., Gotham, K., & Bishop, S.L. (2015). *Escala de Observación para el Diagnóstico del Autismo – 2. Manual (Parte I): Módulos 1-4*. (T.Luque, adaptadora). Madrid: TEA Ediciones.

Martín, V., Pejenaute, E., López, P., & López, J. (2022). Trastorno por estrés postraumático. *FMC - Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 29(8), 416-421. doi.org/10.1016/j.fmc.2021.05.007

Millon, T., Grossman, S., & Millon, C. (2018). *MCMII-IV. Inventario clínico multiaxial de Millon-IV*. Pearson Clinical.

Moreno, A. (2014). *Manual de Terapia Sistémica. Principios y herramientas de intervención*. Desclée De Brouwer.

Murphy, D., Karatzias, T., Busuttil, W., Greenberg, N., & Shelvin, M. (2021). ICD-11 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and Complex PTSD (CPTSD) in Treatment Seeking Veterans: Risk factors and comorbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 56, 1289, 1298. doi.org/10.1007/s00127-021-02028-6

Nieto, I., & López, M.C. (2016). Abordaje integral de la clínica del trauma complejo. *Clínica Contemporánea*, 7(2), 87-104. doi.org/10.5093/cc2016a7

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019/2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. <https://icd.who.int/browse11>.

Poza, I., Cales J.M., & Escarabajal, M.D. (2023). Silla vacía: La realidad proyectada. *Revista de Psicoterapia*, 34(124), 165-174. doi.org/10.5944/rdp.v34i124.35689

Prins, A., Bovin, M.J., Kimerling, R., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., Pless, A., & Schnurr, P.P. (2022). *Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) [Measurement instrument]*. U.S. Department of Veterans Affairs.

Sanchis, F., & Botella, L. (2007). Apego y sintomatología depresiva en la adolescencia: su relación con los acontecimientos vitales. *Revista de Psicoterapia*, 18(72), 17-56.

Schartw, R.C., & Sweezy, M. (2021). *Terapia sistemas de familia interna (IFS)*. Eleftheria.

Seligman, S. (2021). *Las relaciones en el desarrollo: Primera infancia, intersubjetividad y apego*. Eleftheria.

Shapiro, F. (2010). *EMDR: Desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. Editorial Pax México.

Shapiro, R., & Brown, L.S. (2019). Eye movement desensitization and reprocessing therapy and related treatments for trauma: An innovative, integrative trauma treatment. *Practice Innovations*, 4(3), 139-155. doi.org/10.1037/pri0000092

Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, A., Elicer, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M., & Pascual, J.C. (2013). Validation of the Spanish version of de Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry* 13, 1317. doi.org/10.1186/1471-244X-13-139

Van Assche, L., Van de Ven, L., Vandenbulcke, M., & Luyten, P. (2020). Ghosts from the past? The association between childhood interpersonal trauma,

attachment and anxiety and depression in late life. *Aging & mental health*, 24(6), 898-905. doi.org/10.1080/13607863.2019.1571017

Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.

Van der Kolk, B. A. (2015). *The body keeps the score: brain, mind, and body in the healing of trauma*. Penguin Books.

Van der Kolk, B.A., Ford, J.D., & Spinazzola, J. (2019). Comorbidity of developmental trauma disorder (DTD) and post-traumatic stress disorder: findings from the DTD field trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1), 1562841. doi.org/10.1080/20008198.2018.1562841

Wrobel, A.L., Russell, S.E., Jayasinghe, A., Lotfaliany, M., Turner, A., Dean, O.M., Cotton, S.M., Diaz-Byrd, C., Yocum, A.K., Duval, E.R., Ehrlich, T.J., Marshall, D.F., Berk, M., & McInnis, M.G. (2022). Attachment insecurity partially mediates the relationship between childhood trauma and depression severity in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 145(6), 591-603. doi.org/10.1111/acps.13419

Zanarini, M.C., Vujanovic, A.A., Parachini, E.A., Boulanger, J.L., Frankenburg, F.R., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17(6), 568-573. doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355

Zigmond, A.S., & Snaith, R.P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandivanica*, 67(6), 361-370. doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Annexes

Annex A. Trastorn d'Èstrès Posttraumàtic (TEPT)	62
Annex B. Altres traumes i estressors especificats. Trastorn relacionat	67
Annex C. Trastorn de Trauma del Desenvolupament (TTD)	68
Annex D. Resum dels Criteris CIE-11	71
Annex E. Protocol terapèutic EMDR.....	71
Annex F. Qüestionaris pretractament	73
Annex G. Trastorn Límit de la Personalitat	77
Annex H. Trastorn Narcisista de la Personalitat.....	78
Annex I. Trastorn Obsessivocompulsiu	79
Annex J. Trastorn Obsessivocompulsiu de la Personalitat	81

Annex A. Trastorn d'Estrès Posttraumàtic (TEPT)

Els criteris diagnòstics del TEPT al DSM-5-TR (American Psychiatric Association Publishing, 2022, pp 301-313), exposen diferents criteris en majors de 6 anys i d'altres per 6 anys o inferiors, ambdós exposats a continuació.

Els següents criteris s'apliquen a adults, adolescents i nens majors de 6 anys.

A. Exposició a la mort real o amenaçada, lesions greus o violència sexual en una (o més) de les següents formes:

- A.1. Experimentar directament els esdeveniments traumàtics.
- A.2. Ser testimoni, en persona, de l'esdeveniment o esdeveniments tal com van ocórrer altres.
- A.3. Assabentar-se que els esdeveniments traumàtics li van ocórrer a un familiar o amic proper. En casos de mort real o amenaça de mort d'un familiar o amic, l'esdeveniment ha d'haver sigut violent o accidental.
- A.4. Experimentar una exposició repetida o extrema a detalls aversius dels fets traumàtics (p.ex. socorristes que recullen restes humanes).

Nota: El criteri A4 no s'aplica a l'exposició mitjançant medis electrònics, televisió, pel·lícules o imatges, excepte que aquesta exposició estigui relacionada amb el treball.

B. Presència d'un (o més) dels següents símptomes d'intrusió associats amb els esdeveniments traumàtics, iniciant després que ocorregueren els fets traumàtics:

- B.1. Records angoixants recurrents, involuntaris i intrusius dels fets traumàtics.

Nota: En nens més grans de 6 anys, poden ocórrer jocs repetitius en els quals s'expressen temes o aspectes del fet(s) traumàtic(s).

B.2. Somnis angoixants recurrents en els que el contingut i/o l'afecte del somni estan relacionats amb el/els esdeveniment(s) traumàtic(s).

Nota: En els nens, poden haver-hi somnis esgarrifosos sense contingut reconeixible.

B.3. Reaccions dissociatives (p.ex. escenes retrospectives) en les que l'individu sent o actua com si els esdeveniments traumàtics fossin recurrents. (Aquestes reaccions poden ocórrer en un continu, sent l'expressió més extrema una pèrdua total de consciència de l'entorn actual).

Nota: en els nens, la recreació específica del trauma pot ocórrer en el joc.

B.4. Angoixa psicològica intensa o prolongada davant l'exposició a senyals internes o externes que simbolitzen o s'assemblen en un aspecte dels fets traumàtics.

B.5. Reaccions fisiològiques marcades a senyals internes o externes que simbolitzen o s'assemblen a un aspecte dels fets traumàtics.

C. Evitació persistent d'estímul associats amb els esdeveniments traumàtics, començant després que ocorregueren els fets traumàtics, com ho demostra un o ambdós dels següents:

C.1. Evitació o esforços per evitar records, pensaments o sentiments angoixants sobre o estretament associat amb el fet(s) traumàtic(s).

C.2. Evitació o esforços per evitar recordatoris extrems (persones, llocs, converses, activitats, objectes, situacions) que despertin records,

pensaments o sentiments angoixosos sobre els fets traumàtics o estretament associats a ells.

D. Alteracions negatives en les cognicions i l'estat d'ànim associades amb el(s) fet(s) traumàtic(s), que comencen o empitjoren després del fet(s) traumàtic(s) ocorregut(s), com ho demostren dos (o més) dels següents:

D.1. Incapacitat per recordar un aspecte important del fet(s) traumàtic(s) (típicament degut a amnèsia dissociativa i no a altres factors com lesió al cap, alcohol o drogues).

D.2. Creences o expectatives negatives persistents i exagerades sobre un mateix, els altres o el món.

D.3. Cognicions persistents i distorsionades sobre la causa o les conseqüències dels fets traumàtics que porten l'individu a culpar-se a si mateix o a la resta.

D.4. Estat emocional negatiu persistent (p.ex. por, horror, ira, culpa o vergonya).

D.5. Interès o participació marcadament disminuïts en activitats.

D.6. Sentiments de desafecció o estranyament a la resta.

D.7. Incapacitat persistent per experimentar emocions positives.

E. Alteracions marcades en l'excitació i la reactivitat associades amb els fets traumàtics, que comencen o empitjoren després que ocorregueren els fets traumàtics, com ho demostren dos (o més) dels següents:

E.1. Comportament irritable i brots d'ira (amb poca o cap provocació) típicament expressada amb agressió verbal o física vers persones o objectes.

E.2. Comportament imprudent o autodestructiu.

- E.3. Hipervigilància.
 - E.4. Resposta de sobresalt exagerada.
 - E.5. Problemes de concentració.
 - E.6. Alteració de la son.
- F. La duració de l'alteració (Criteris B, C, D i E) és superior a 1 mes.
- G. L'alteració causa malestar clínicament significatiu o deteriorament social, ocupacional o altres àrees importants del funcionament.
- H. L'alteració no es pot atribuir a altres efectes fisiològics d'una substància o una altra afectació mèdica.

Per a nens de 6 anys i menors, consulti els criteris corresponents a continuació.

- A. En nens de 6 anys o menys, exposició a mort real o amenaçada, lesions greus o violència sexual en una o més de les següents formes.
- A.1. Experiència directa dels fets traumàtics.
 - A.2. Ser testimoni, en persona, dels fets tal com els hi va passar a altres, especialment als cuidadors principals.
 - A.3. Saber que els fets traumàtics li van ocórrer a un dels pares o figura cuidadora.
- B. Presència d'un (o més) dels següents símptomes d'intrusió associats amb els fets traumàtics, començant després que ocorregueren els fets traumàtics:
- B.1. Records angoixosos recurrents, involuntaris i intrusius dels fets traumàtics.
- Nota:** Els records espontanis intrusius poden no semblar necessàriament angoixants i poden expressar-se com una recreació del joc.

B.2. Somnis angoixants recurrents en els quals el contingut i/o l'afecte del somni estan relacionats amb el(s) fet(s) traumàtic(s).

Nota: Potser no és possible determinar si el contingut aterridor està relacionat amb el fet traumàtic.

B.3. Reaccions dissociatives en les quals el nen sent o actua com si els successos traumàtics fossin recurrents. (Aquestes reaccions poden succeir en un continu, essent l'expressió més extrema la pèrdua total de la consciència de l'entorn present). La recreació específica del trauma pot ocórrer en el joc.

B.4. Angoixa psicològica intensa o prolongada davant l'exposició a senyals internes o externes que simbolitzin o s'assemblin a un aspecte dels fets traumàtics.

B.5. Reaccions fisiològiques marcades als recordatoris del fet(s) traumàtic(s).

C. Un (o més) de els següents símptomes, que representen l'evitació persistent dels estímuls associats amb el(s) fet(s) traumàtic(s) o alteracions negatives en les cognicions i l'estat d'ànim associat amb l'esdeveniment traumàtic, ha d'estar present, començant després del fet traumàtic o empitjorant després del fet(s):

Evitació persistent d'estímuls

1. Evitació o esforços per evitar activitats, llocs o recordatoris físics que despertin records del fet traumàtic.
2. Evitació o esforços per evitar persones, converses o situacions interpersonals que despertin records del fet traumàtic.

Alteracions negatives en les cognicions

3. Augment substancial de la freqüència d'estats emocionals negatius.
 4. Interès o participació marcadament disminuïts en activitats significatives, incloent-hi la restricció del joc.
 5. Comportament socialment retret.
 6. Reducció persistent en l'expressió d'emocions positives.
- D. Alteracions en l'excitació i la reactivitat associades amb els fets traumàtics, que comencen o empitjoren després que ocorregueren els fets traumàtics, com ho demostren dos (o més) dels següents:
- D.1. Comportament irritable i brots d'ira (amb poca o cap provocació) típicament expressats com agressió verbal o física cap a persones o objectes (incloent-hi rebequeries extremes).
 - D.2. Hipervigilància.
 - D.3. Resposta de sobresalt exagerada.
 - D.4. Problemes de concentració.
 - D.5. Alteració del son.
- E. La duració de pertorbació és superior a 1 mes.
- F. La pertorbació causa malestar clínicament significatiu o deteriorament en les relacions amb els pares, germans, companys o altres cuidadors o el comportament escolar.
- G. L'alteració no es pot atribuir als efectes fisiològics d'una substància o altre estat mèdic.

Annex B. Altres traumes i estressors especificats. Trastorn relacionat

A continuació s'expressen les característiques diagnòstiques exposades al manual DSM-5-TR (American Psychological Association, 2022) quant a la categoria "Altres traumes i estressors especificats. Trastorn relacionat".

Aquesta categoria inclou les presentacions en les quals predominen els símptomes característics d'un trastorn relacionat amb el trauma i l'estrès que causin malestar clínicament significatiu o deteriorament social, ocupacional o altres àrees importants del funcionament, però no compleixen amb els criteris complets de qualsevol dels trastorns de la classe diagnòstica de trastorns relacionats amb el trauma i l'estrès. Les especificacions més comunes d'aquesta categoria són:

1. Trastorns similars als d'adaptació amb retard d'inici tardà dels símptomes que succeeixen més de 3 mesos després del factor estressant.
2. Trastorns similars a l'adaptació amb una duració prolongada de més de 6 mesos sense una durada prolongada del factor estressant.
3. Resposta persistent al trauma amb símptomes similars al TEPT.
4. Atac de nervis.
5. Altres síndromes culturals.

Annex C. Trastorn de Trauma del Desenvolupament (TTD)

A continuació es recull la proposta estudiada per diversos autors des del 2009 sobre els possibles criteris diagnòstics del TTD orientat a l'àrea infantojuvenil (Gayá et al., 2014; van der Kolk, 2005, com citat en van der Kolk, 2015).

A. Exposició. El nen o adolescent ha experimentat o ha sigut testimoni de múltiples o prolongats episodis adversos durant un període de com a mínim un any a partir de la infància o de l'adolescència primerenca, incloent-hi:

- A.1. Experiència directa de repetits i greus episodis de violència interpersonal o present en ells; i
- A.2. Alteracions significatives en els cuidadors de protecció com a resultat dels canvis repetitius de cuidador principal; separació repetitiva del

cuidador principal, o exposició a un maltractament emocional greu i persistent.

B. Desregulació afectiva i fisiològica. El nen presenta unes competències normatives del desenvolupament disminuïdes relacionades amb la regulació de l'activació, incloent-hi almenys dues de les següents:

B.1. Incapacitat de modular, tolerar o superar estrats d'afectes extrems (per exemple, por, ira, vergonya), incloses rebequeries perllongades i extremes, o immobilització.

B.2. Alteració en la regulació de les funcions corporals (per exemple, alteracions persistents de son, de l'alimentació i de l'eliminació; reactivitat exagerada o insuficient al tacte i als sons; desorganització durant transicions rutinàries).

B.3. Consciència disminuïda/dissociació de sensacions, emocions i estats corporals.

B.4. Capacitat reduïda per descriure emocions o estats corporals.

C. Desregulació de l'atenció i la conducta. El nen presenta unes competències normatives de desenvolupament reduïdes en relació amb l'atenció sostinguda, l'aprenentatge o el maneig de l'estrès, incloent-hi almenys tres de les següents:

C.1. Preocupació per una amenaça, o capacitat reduïda de percebre l'amenaça, inclosa la mala interpretació dels senyals de seguretat i de perill.

C.2. Capacitat disminuïda d'autoprotecció, incloent-hi la incursió de riscos extrems o cerca d'emocions extremes.

C.3. Intents inadaptats d'autorelaxació (per exemple, gronxar-se i altres moviments rítmics, masturbació compulsiva).

C.4. Autolesions habituals (intencionades o automàtiques) o reactives.

C.5. Incapacitat d'iniciar o mantenir un comportament orientat a objectius.

D. Desregulació del jo i relacional. El nen presenta competències normatives de desenvolupament disminuïdes en la percepció de la seva identitat personal i la seva implicació en les relacions, incloent-hi almenys tres de les següents:

D.1. Intensa preocupació amb la seguretat del cuidador o d'altres persones estimades (incloses atencions precoces) o dificultats en tolerar la reunificació amb ells rere la reparació.

D.2. Percepció negativa persistent del jo, incloent-hi autoaversió, impotència, inutilitat, ineficàcia o defectuositat.

D.3. Desconfiança extrema i persistent, desafiament i falta de comportament recíproc en les relacions estretes amb adults o semblants.

D.4. Agressivitat física o verbal reactiva dirigida a semblants, cuidadors o altres adults.

D.5. Intents inapropiats (excessius o promiscus) d'aconseguir un contacte íntim (incloent-hi però limitat a la intimitat sexual o física) o dependència excessiva en semblants o adults per sentir-se segur i afirmat.

D.6. Capacitat disminuïda de regular l'activació empàtica evidenciada per la falta d'empatia o la intolerància a les expressions de malestar dels altres, o resposta excessiva al malestar dels altres.

E. Síntomes de l'espectre posttraumàtic. El nen mostra almenys un símptoma d'almenys dues de les tres categories de símptomes B, C i D del TEPT.

F. Duració de l'alteració (síntomes de TETP, criteris B, C, D i E) de com a mínim 6 mesos.

G. Disminució funcional. L'alteració provoca una alteració o disminució clínicament significativa d'almenys dues de les següents àrees de funcionament:

- Escola
- Família
- Grup d'iguals
- Legal
- Salut
- Professional (pels joves que tenen o busquen un treball, un treball de voluntariat o una formació professional).

Annex D. Resum dels Criteris CIE-11

A la Taula 1 es troben les diferències de criteris diagnòstics del manual CIE-11 entre el TEPT i el TEPT-C (Cloitre et al., 2013; OMS, 2019/2021).

Taula 1

Criteris del TEPT i del TEPT-C segons el CIE-11.

Criteris TEPT	Criteris TEPT complex
Re-experimentació	Re-experimentació
Evitació	Evitació
Sensació d'amenaça	Sensació d'amenaça
	Desregulació afectiva
	Autoconcepte negatiu
	Problemes interrelacionals

Annex E. Protocol terapèutic EMDR

La teràpia EMDR consta de 8 fases (Shapiro & Brown, 2019):

1. *Història i planificació*: Es centra a recollir la informació mitjançant l'entrevista clínica. S'intenta esbrinar què li passa al pacient i amb quins

aspectes estan relacionats, identificant així els traumes T i t, establint així les dianes terapèutiques. En aquesta fase també s'estableixen els objectius terapèutics.

2. *Preparació:* S'instauren recursos d'autoregulació i es potencien mitjançant treball extraterapèutic; aquest recurs acostuma a ser la meditació del lloc segur, però també pot incloure exercicis de relaxació, mindfulness o altres visualitzacions. En aquesta fase també es realitza psicoeducació sobre el trauma i el funcionament del cervell davant d'aquest, per poder també explicar la tècnica EMDR.
3. *Avaluació del record:* Es comença a treballar amb el record més antic o el més pertorbador (a elecció del pacient i acord amb el professional). S'avaluen diversos aspectes relacionats amb la cognició negativa extreta d'aquell record associada a la mateixa persona, les emocions i sentiments que generen aquest pensament en l'actualitat, i la localització corporal d'aquest malestar (somatitzacions físiques), així com es treballa amb la creença positiva que contraposa a la negativa. Alhora, es fa una valoració subjectiva i qualitativa sobre el malestar de la pertorbació (SUD 1-10) i la veracitat amb la qual sent la cognició positiva (VOC 1-7).
4. *Dessensibilització i reprocessament:* S'inicia l'estimulació bilateral en forma de tapping (cops ràpids alterns a les cames o a les espatlles) o en forma de moviment visual per disminuir el malestar del record que el pacient té a la ment, i fent que el cervell connecti diferents parts del record o situacions no processades també traumàtiques o útils per reprocessar-lo. La duració d'aquesta fase esdevé fins que el malestar es redueix en l'escala SUD=0.

5. *Instal·lació:* Instal·lar la creença positiva amb estimulació bilateral (amb tapping lent) en el record original; la duració d'aquesta fase finalitza quan l'escala VOC arriba a una puntuació mínima de 5.
6. *Exploració del cos:* Es realitza una espècie d'escàner corporal per trobar possibles sensacions físiques de malestar; si hi ha alguna significa que no s'ha integrat la informació de forma adequada i s'haurà de continuar treballant amb el record. En cas que les sensacions trobades siguin positives, es reforcen amb estimulació bilateral lenta.
7. *Tancament:* Es valora l'escala SUD i VOC de nou, per tal que l'escala SUD sigui 0 i la VOC 7, el qual significarà que el record ha quedat processat. Es demanarà com a treball entre sessions que anoti qualsevol canvi efectuat quant al pensament i/o sensacions. En cas que les escales avaluades no siguin les esperades, aquesta fase es dirigirà a establir al pacient a través del lloc segur o una altra tècnica d'estabilització.
8. *Reavaluació:* A la següent sessió s'avalua si els efectes aconseguits es mantenen o si han millorat (SUD 0, VOC 7); si és així es passarà a reprocessar un altre record (Fase 3 o 4 segons la forma de fer del terapeuta). En cas contrari, s'hauria de tornar a començar amb el mateix record des de la fase 4.

Annex F. Qüestionaris pretractament

El protocol del centre on s'han atès els casos del present treball especifica l'administració de tres qüestionaris a la primera sessió, EER, SRS i CORE-SFB, aquest últim administrat també a la darrera sessió de seguiment després de l'alta terapèutica com a mesura posttractament. A continuació trobareu els qüestionaris en l'ordre esmentat.

Escala de Evaluación de Resultados (EER)

Nombre _____ Edad _____ Sexo _____
 Sesión N.º _____ Fecha _____
 Por favor, indique quién cumplimenta este formulario: Usted ____ Otra persona ____
 Si no es usted, ¿cuál es su relación con esta persona? _____

Piense en esta última semana, incluido el día de hoy, y díganos cómo se ha sentido en las siguientes áreas de su vida. Las marcas a la izquierda indicarán niveles bajos. Las marcas a la derecha indicarán niveles altos. *Si usted cumplimenta este formulario a otra persona, por favor, hágalo desde el punto de vista de él (o ella).*

Individualmente

(Bienestar personal)

|-----|

Con otras personas

(Familia, relaciones próximas)

|-----|

En lo social

(Trabajo, colegio, amistades)

|-----|

En general

(Sensación general de bienestar)

|-----|

International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Traducción española del Dr. Nelson Andrade González

nelson.andrade@edu.uah.es

2013

ESCALA DE PUNTUACION DE LA SESION (SRS)

Nombre consultante:

Nº sesión:

Fecha:

Por favor, evalúe la sesión de hoy colocando una marca en la línea, en el lugar que está más cercano a la descripción que más se adecua a su experiencia

No me senti escuchado, ni comprendido ni respetado	<p style="text-align: center;">Relación:</p> <hr/>	Me sentí escuchado, comprendido y respetado
No trabajamos ni hablamos acerca de lo que yo quería trabajar o hablar	<p style="text-align: center;">Metas y Temática:</p> <hr/>	Trabajamos y hablamos acerca de lo que yo quería trabajar o hablar
El método del terapeuta no se adapta a mi	<p style="text-align: center;">Enfoque o método</p> <hr/>	El método del terapeuta se adapta a mi
Hubo algo que se ignoró en esta sesión	<p style="text-align: center;">En general:</p> <hr/>	En general, la sesión de hoy estuvo bien para mi

International Center for Clinical Excellence

www.scottdmiller.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan

Traducción española del Dr. Nelson Andrade González

nelson.andrade@edu.uah.es

2013



SF-B

Código del centro:	<input type="text"/>	Fase actual	<input type="checkbox"/>
Código del cliente	<input type="text"/>	F Primera sesión de terapia	<input type="checkbox"/>
Nombre o código del psicoterapeuta	<input type="text"/>	D Durante terapia	
Fecha	<input type="text"/>	L Última sesión de terapia	
	<input type="text"/>	Sesión número	<input type="text"/>
A A A A M M D D		(primera sesión de terapia = 001)	

IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.
 A continuación encontrará 18 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días**.
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

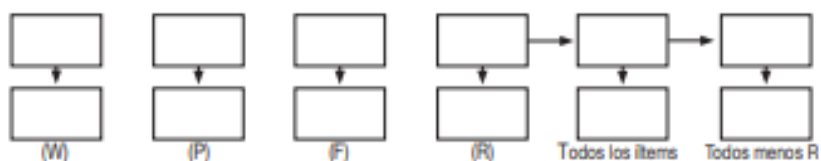
Durante los últimos siete días...

	Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USAR RESPONDA
1 Me he sentido muy sola y aislada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2 He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3 Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
4 Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
5 He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
6 He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
7 Me he sentido satisfecha con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8 Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
9 Me he sentido bien conmigo misma	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
10 La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
11 Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12 Me he sentido agobiada por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
13 He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
14 He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
15 He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
16 He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
17 He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
18 He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P

Puntuación total

Puntuaciones medias

(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)



Annex G. Trastorn Límit de la Personalitat

Tot i que el TLP i el TEPT presenten alta comorbiditat, sovint es fa un diagnòstic erroni de TLP, ja que no es té present el desenvolupament d'un TEPT-C o TTD (Cloitre et al., 2013) en què el trauma esdevé relacional i provoca aquesta característica inestabilitat en les relacions del TLP.

A continuació s'expressen els criteris diagnòstics del Trastorn límit de la personalitat especificats als DSM-5-TR (APA, 2019/2021).

Un patró generalitzat d'inestabilitat de les relacions interpersonals, l'autoimatge i els afectes, i marcada impulsivitat, que comença en l'adultesa primerenca i està present en una varietat de contextos, com ho indiquen cinc (o més) dels següents:

1. Esforços frenètics per evitar l'abandonament real o imaginari. (**Nota:** no inclogui el comportament suïcida o d'automutilació exposat al Criteri 5).
2. Un patró de relacions interpersonals inestables i intenses caracteritzat per l'alternança entre extrems d'idealització i desvaloració.
3. Alternança de la identitat: imatge del jo marcada i persistentment inestable o sentit de si mateix.
4. Impulsivitat en almenys dues àrees que són potencialment nocives (**Nota:** No inclogui el comportament suïcida o d'automutilació exposat al Criteri 5).

5. Comportament, gestos o amenaces suïcides recurrents, o comportament d'automutilació.
6. Inestabilitat afectiva deguda a una marcada reactivitat de l'estat anímic.
7. Sentiments crònics de buit.
8. Ira intensa i inapropiada o dificultat per controlar-la.
9. Ideació paranoide transitòria relacionada amb l'estrès o símptomes severs dissociatius.

Annex H. Trastorn Narcisista de la Personalitat

El manual DSM-5-TR (APA, 2019/2021) exposa que per diagnosticar un Trastorn de personalitat narcisista s'ha de complir el següent.

Un patró generalitzat de grandiositat (en la fantasia o el comportament), necessitat d'admiració i falta d'empatia, que comença a l'adulthood primerenca i està present en una varietat de contextos, com ho indiquen cinc (o més) dels següents:

1. Té una grandiositat, sentit d'importància personal.
2. Està preocupat per fantasies d'èxit il·limitat, poder, brillantor, bellesa o amor ideal.
3. Creu que ell o ella és "especial" i únic i només pot ser entès per, o ha d'associar-se amb, altres persones (o institucions) especials o d'alt estatus.
4. Requereix admiració excessiva.
5. Té un sentit de dret (és a dir, expectatives poc raonables d'un tracte especialment favorable o compliment automàtic de les seves expectatives).

6. És interpersonalment explotador (és a dir, s'aprofita dels altres per aconseguir les seves pròpies metes).
7. Manca d'empatia: no està disposat a reconèixer o identificar-se amb els sentiments i necessitats dels altres.
8. Sovint té enveja dels altres o creu que els altres li tenen enveja.
9. Mostra comportament o actituds arrogants, altives.

Annex I. Trastorn Obsessivocompulsiu

Els criteris del Trastorn Obsessivocompulsiu exposats al DSM-5-TR (APA, 2019/2021) especifiquen que per diagnosticar-se s'han de complir els següents criteris.

A. Presència d'obsessions, compulsions o ambdues:

Les obsessions es defineixen per (1) i (2):

1. Pensaments, impulsos o imatges recurrents i persistents que s'experimenten, en algun moment durant la pertorbació, com intrusius i no desitjats, i que en la majoria dels individus causa marcada ansietat o angoixa.

2. L'individu intenta ignorar o suprimir aquests pensaments, impulsos o imatges, o neutralitzar-los amb algun altre pensament o acció (és a dir, realitzant una compulsió).

Les compulsions es defineixen per (1) i (2):

1. Comportaments repetitius o actes mentals que l'individu se sent impulsat a realitzar en resposta a una obsessió o segons regles que han d'aplicar-se amb rigidesa.
2. Les conductes o actes mentals estan encaminats a prevenir o reduir l'ansietat o angoixa, o prevenir algun esdeveniment o situació temuda; en canvi, aquests comportaments o actes mentals no estan connectats de forma realista, pel que estan dissenyats per neutralitzar o prevenir, o són clarament excessius.

Nota: És possible que els nens petits no puguin articular els objectius d'aquests comportaments o actes mentals.

- B. Les obsessions o compulsions consumeixen molt de temps o causen malestar clínicament significatiu o deteriorament social, laboral o altres àrees importants del funcionament.
- C. Els símptomes obsessivocompulsius no són atribuïbles als efectes fisiològics d'una substància o altre estat mèdic.
- D. El trastorn no s'explica millor pels símptomes d'un altre trastorn mental.

Annex J. Trastorn Obsessivocompulsiu de la Personalitat

Els criteris diagnòstics del DSM-5-TR recullen:

Un patró generalitzat de preocupació per l'ordre, el perfeccionisme i el control mental i interpersonal, a expenses de la flexibilitat, l'obertura i l'eficiència, que comença en l'edat adulta primerenca i està present en una varietat de contextos, com ho indiquen quatre (o més) dels següents:

1. Està preocupat pels detalls, les regles, les llistes, l'ordre l'organització o els horaris fins al punt que el focus principal de l'activitat es perdi.
2. Mostra un perfeccionisme que interfereix amb la finalització de tasques.
3. Es dedica excessivament al treball i la productivitat amb exclusió de les activitats d'oci i amistats (no justificades per una necessitat econòmica evident).
4. És massa primmirat, escrupolós i inflexible en assumptes de moralitat, ètica o valors (no explicats per identificació cultural o religiosa).
5. No pot desfer-se d'objectes utilitzats o sense valor inclús quan no tenen valor sentimental.
6. És reticent a delegar tasques o treballar amb altres a menys que es sotmetin exactament a la seva forma de fer les coses.
7. Adopta un estil de despesa mesquí tant per si mateix com pels altres; els diners són vistos com una cosa que s'ha d'atresorar per futures catàstrofes.
8. Mostra rigidesa i tossuderia.