

¿Cómo tratar a niños con trastornos de apego severos tras múltiples experiencias tempranas de trauma? Un modelo de tratamiento en una unidad de cuidado intensivo psicoterapéutico

How to treat children with severe attachment disorders after multiple early experiences of trauma? A model of treatment in an intensive care unit of psychotherapy

Karl Heinz Brisch¹, Ingrid Erhardt¹, Christine Kern², Formichella A.¹, Ulrike Paesler¹, Ludwig Ebeling¹ y Julia Quehenberger¹

¹Dr. von Hauner Children's Hospital, Ludwig-Maximilians-University Munich

²St. Marienhospital, Dueren-Birkesdorf

Resumen

Introducción: el trauma temprano y múltiple infligido al infante por las figuras de apego que comienza durante el embarazo y continúa durante los primeros años de vida tiene un impacto severo en el desarrollo del cerebro del infante. Como consecuencia, los niños desarrollan problemas severos de conducta con agresión, angustias, síntomas de TEPT, y trastornos de apego. Los padres, las figuras parentales adoptivas y de acogida, y los terapeutas están abrumados por la intensidad de los síntomas. Para muchos niños, el desarrollo se ve comprometido y no son capaces de participar en grupos, incluyendo la escolarización normal, que a menudo no es posible. Muchos tratamientos, enfoques preventivos y estudios se centran en los niños con apego desorganizado, pero no en aquellos con trastornos de apego, que son los trastornos psicopatológicos más severos. Métodos: desarrollamos un método de tratamiento de pacientes internos en un entorno de cuidado psicoterapéutico intensivo. Este entorno y los métodos psicoterapéuticos utilizados se presentarán junto con el diseño de la investigación. Resultados: se presentará el proceso de tratamiento de un caso clínico. Discusión: se discutirán las implicaciones para la práctica clínica, incluyendo la importancia del tratamiento intensivo para los cambios en las representaciones del apego.

Palabras clave: Trastorno de apego, Trauma, TEPT, Tratamiento del TEPT

Abstract

Introduction: Early and multiple trauma to the infant by the attachment figures that begins during pregnancy and continues during the first years of life have a severe impact on the brain development of the infant. As a consequence, children develop severe behavioral problems with aggression, anxieties, symptoms of PTSD, and attachment disorders. Parents, adoptive and foster parents as well as therapists are overwhelmed by the intensity of symptoms. For many children, development is jeopardized and they are not able to participate in groups, including regular schooling, which is often not possible. Many treatment and preventative approaches and studies focus on children with disorganized attachment, but not on those with attachment disorders, which are the most severe psychopathological disorders. **Methods:** We developed a method of in-patient treatment in a psychotherapeutic intensive care setting. This setting and the psychotherapeutic methods used will be presented along with the research design. **Results:** The process of the treatment of a clinical case will be presented. **Discussion:** The implications for clinical practice will be discussed, including the importance of intensive treatment for changes in attachment representations

Keywords: Attachment disorder, Trauma, PTSD, PTSD Treatment

Trabajo traducido y publicado con autorización: Brisch K.H., Erhardt I., Kern C., Formichella A., Paesler U., Ebeling L., Quehenberger, J. (2013). *How to treat children with severe attachment disorders after multiple early experiences of trauma? A model of treatment in an intensive care unit of psychotherapy.* Ponencia presentada en la 6th International Attachment Conference (30 de agosto – 1 de septiembre, 2013, Pavia, Italy).

Traducción: Marta González Baz
Revisión: Beatriz Sevilla Valderas

El tratamiento de niños, adolescentes y adultos que padecen trastornos evolutivos tempranos resultantes, entre otras cosas, de un trauma de apego a través de sus cuidadores primarios durante los primeros de vida, plantea desafíos importantes para los terapeutas. Dichos pacientes suelen considerarse “difíciles de tratar” por los psicoterapeutas. Tienen a ser ambivalentes cuando participan en una “alianza de tratamiento” y una relación terapéutica y están sujetos a intensas oleadas de ansiedad, ira y vergüenza, que tienden a no expresar, sino a actuar, generalmente fuera del marco terapéutico. Puesto que su capacidad de simbolización y empatía son limitadas o se han desarrollado poco, el proceso de cambio en estos pacientes a menudo es pedregoso. En la vida adulta, los pacientes con “trastornos tempranos” frecuentemente padecen trastornos de personalidad, entre ellos el trastorno límite (Allen y Fonagy, 2006; Bateman y Fonagy, 2004, 2006; Lyons-Ruth, 2008a, 2008b; Poettgen-Havekost, 2006; Reinert, 2006).

Trastorno por trauma evolutivo. ¿Un nuevo diagnóstico?

La Comisión para el Trauma Complejo de la Red Nacional para el Estrés Traumático Infantil demanda un nuevo diagnóstico para los niños que padecen complejos entornos traumáticos al que denominaron, provisionalmente “Trastorno por trauma evolutivo”. El diagnóstico sugerido enmarca un “síndrome” que describe la “desregulación que se desencadena como respuesta a los recuerdos traumáticos, la generalización de estímulos y la organización anticipativa de conducta para evitar la recurrencia del efecto del trauma” (van der Kolk, 2005, p. 406). El trauma evolutivo está causado por maltrato temprano crónico por parte de los cuidadores, condiciones de vida amenazantes, sistemas de cuidado cambiantes, pérdida de cuidadores, cuidado inadecuado, privación física y emocional y/o abuso y violencia por parte de los cuidadores. Los síntomas varían, son heterogéneos y a menudo malinterpretados: retraso en el crecimiento físico, retraso y trastornos en la red neuronal y el desarrollo cerebral, el apego, la regulación afectiva, la atención, el funcionamiento cognitivo, la mentalización y la empatía, relaciones personales con agresión y disociación.

Formación de apego patológica como factor nuclear en los niños con trauma complejo

La investigación ha demostrado una conexión entre patrones de apego desorganizado en los niños y traumas sin resolver en sus padres (Lyons-Ruth y Jacobvitz, 1999). El llanto de su hijo puede, por ejemplo, desencadenar recuerdos del trauma que vivieron en su infancia temprana, de su propio dolor y llanto. Esto, a su vez, puede desencadenar conductas disociativas o específicas del trauma en la madre o el padre, que provoquen miedo en su hijo (Brisch y Hellbrügge, 2003, Liotti, 1992, Lyons-Ruth, Bronfman y Parsons, 1999). Si factores patógenos tales como privación, abuso o perturbaciones graves en la interacción padres-hijo tienen lugar solo de vez en cuando, pueden asociarse con mayor frecuencia con conducta de apego desorganizado (Lyons-Ruth, 2008b; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick y Atwood, 2005; Madigan, Moran y Pederson, 2006; Slade, 2007). Por otra parte, si son el patrón interactivo predominante, si estas experiencias de apego patogénicas se extienden durante muchos años, pueden resultar en trastornos de apego, y estos pueden permanecer anclados aun tras ser ubicado en una familia de acogida o adoptiva. Incluso si el entorno emocional en la nueva familia es mejor, estos trastornos de apego pueden seguir tensando la nueva relación entre los padres de acogida o adoptivos y el niño (Steele et al., 1999). Las conductas distorsionadas características de los trastornos de apego pueden hacer casi imposible detectar y entender la necesidad oculta de apego del niño y, en el peor de los casos, consolidarse en patrones de conducta psicopatológicos persistentes (Brisch y Hellbrügge, 2003).

Unidad psicoterapéutica de cuidado intensivo

El concepto de psicoterapia intensiva de pacientes internos para los trastornos de la infancia temprana, tal como se practica el Departamento de Psicoterapia Pediátrica y Psicosomática, en el Hospital Infantil Dr. von Hauner de Munich, fue desarrollado para niños y adolescentes que están traumatizados emocionalmente porque fueron sometidos a diversas formas de violencia y abandono. Los síntomas de estos pacientes generalmente no son correctamente diagnosticados ni se les da el tipo de cuidado terapéutico intensivo que se requiere para tratar las consecuencias del trauma temprano (Brisch, 2003; Brisch y Hellbrügge, 2003; Hüther, 2003; Papoušek y Wollwerth de Chuquisengo, 2003; Riedesser, 2003). La mayoría de estos niños están padeciendo desde hace muchos años un daño extremo en el cerebro, el cuerpo, el desarrollo psíquico y social que da lugar a la

manifestación y cronificación de síntomas y a lo que llamamos “muerte” física, psíquica y social. De forma análoga al trauma físico que resulta, por ejemplo, de un accidente de tráfico o de quemaduras que son tratadas médica o quirúrgicamente en una unidad de cuidado intensivo, los daños tempranos a la mente así como al cuerpo deberían ser tratados en la denominada *unidad psicoterapéutica de cuidado intensivo*. Los componentes de la “Unidad Pediátrica de Cuidado Intensivo de Psicoterapia” para trastornos tempranos de apego y traumatización son (Brisch, 2012):

- Tratamiento somático: el cuerpo nunca olvida las experiencias tempranas, de modo que el estrés interno extremo asociado con el trauma sin resolver se convierte en síntomas psicósomáticos (Ogden, Minton y Pain, 2010). Algunas manifestaciones habituales son: ataques de asma, diarrea o dolor físico difuso (Brisch, 2010).
- Trabajo social: la colaboración con los servicios sociales desempeña un papel crucial en el tratamiento de los niños con trauma temprano. Muchos pacientes tienen dificultades sociales en la etapa preescolar, escolar o en su actividad diaria. Estabilizar la estructura externa ayuda a prevenir la exacerbación o la reincidencia de los síntomas relacionados con el trauma y ayuda a trabajar en el proceso de estructuración interna de los pacientes.
- Terapia de entorno: nuestros principios fundamentales de una terapia de entorno exitosa son la seguridad y la estructura en un marco no convencional, que no se asemeje a un hospital. Los niños y adolescentes deberían pasar tiempo en una atmósfera confortable y emocionalmente cálida. Por tanto, el trabajo terapéutico se basa en nuevas experiencias de grupo con pares y en el desarrollo de relaciones de apego nuevas y saludables con una enfermera concreta y dos terapeutas como figuras de apego. Las dificultades en la rutina diaria o en las relaciones interpersonales con otros pacientes se interpretan en el contexto de una comprensión psicodinámica y basada en el apego. Es importante regular el afecto y el estrés en un trabajo clínico orientado hacia el apego, porque en estas situaciones se activa el sistema de apego. Si uno de los niños tiene una rabieta y es incapaz de controlarse (por ej. llora, amenaza a otros niños, destruye cosas) se le para dentro de los límites y estructuras del marco terapéutico y, si es necesario, se lo sujeta físicamente durante un breve periodo. Uno de los cuidadores permanece con el niño (en una habitación extra llena de cojines) durante todo este proceso, permanece en contacto emocional con él e intenta verbalizar las emociones que lo abruman. A este tipo de método de correulación lo denominamos “tiempo intensivo”. Dejar a un niño solo en una habitación con pocos estímulos cuando está “raro” o estresado, el procedimiento clásico del “tiempo fuera”, elimina la oportunidad de que el niño cree nuevas experiencias emocionales basadas en el apego y pueda desencadenar pensamientos y sentimientos relacionados con el trauma dando lugar, así, a una situación de “retraumatización”.
- Terapia individual y grupal, terapia específica de psicotrauma y observación de bebés BASE®: al comienzo de la terapia los niños se someten a un examen sistemático para identificar su psicopatología, su patrón de apego y sus tipos de trauma. Por tanto, el diagnóstico psicodinámico, el orientado por el apego y el cognitivo se equilibran mediante una observación sistémica de los síntomas del niño dentro de la familia. Las sesiones de terapia, que al principio del proceso

terapéutico son breves (entre 15 y 20 minutos) pero de alta frecuencia (de tres a cinco veces por semana) incluyen terapia de juego psicodinámica basada en el apego. Si es necesario, el niño recibe “terapia de emergencia”. En esta fase, el objetivo principal es la estabilización emocional y la capacidad de regular el afecto en la sesión terapéutica. Cuando los niños reconocen y han elaborado las experiencias traumáticas que traen a la terapia, a menudo se sienten impresionados, reflexionan sobre su vida y se entristecen por lo que se les ha hecho pasar y por cómo sus vidas podrían haber sido distintas bajo diferentes circunstancias. Durante esta fase, el niño frecuentemente se siente peor, y a veces puede llegar a sentirse extremadamente deprimido e incluso tener pensamientos suicidas. Esta fase requiere una supervisión amorosa, orientada hacia el apego, que reconozca su dolor y su pena y las cosas terribles que se les han hecho, y los anime a lo largo de su camino evolutivo. Durante la fase de conclusión del tratamiento, los niños son cada vez más capaces de integrar su experiencia traumática como parte de su historia vital. Para hablar del desarrollo psíquico y emocional del niño durante su ingreso, se realiza una consulta semanal con los padres. Además, los padres tienen que acudir a talleres para aprender más sobre apego y sensibilidad en el contexto del trauma complejo. La psicoterapia grupal incluye terapia creativa (terapia con arte y música) y terapia de movimiento. Aquí se les ofrece a los niños la oportunidad de expresar sus mundos internos de un modo creativo no verbal, mediante pintura y modelado, música y movimiento, todo lo cual los ayuda a elaborar e integrar sus experiencias (Frank-Bleckwedel, 2000; Gräff, 1989; Müller-Braunschweig, 2001; Plecity, Danner-Weinberger, Szkura y von Wietersheim, 2009; Putzke, 2002; Spitzer, 2002; Stegemann, Mauch, Stein y Romer, 2008). La participación en las sesiones grupales requiere una relación de apego estable con el terapeuta, que el terapeuta y el niño construyen juntos en sesiones individuales. Elementos de la terapia específica para el psicotrauma, tales como practicar ciertos ejercicios de visualización que los centran en un “lugar seguro” son recursos emocionales útiles al comienzo de la fase de estabilización. Nuestra experiencia ha demostrado que el uso aislado de técnicas específicas de terapia de trauma es menos exitoso en los niños que padecen trauma de apego secuencial (una experiencia temprana de violencia y privación emocional ocasionada por las figuras de apego primarias) que la combinación de juego psicodinámico de alta frecuencia y terapia creativa incrustada en un entorno terapéutico de orientación de apego. La observación de bebés BASE® es un método útil para promover y entrenar la sensibilidad, la empatía y la mentalización en niños pequeños y adolescentes. Las sesiones de observación de bebés BASE® se programan con una frecuencia semanal y en ellas los pacientes observan y comentan una interacción madre/padre-bebé. El objetivo del programa, desarrollado por K. H. Brisch es prevenir la conducta agresiva y ansiosa en niños en edad preescolar o escolar y ha sido adaptado a un contexto clínico.

- La escuela hospital: los niños y adolescentes traumatizados tienen dificultades para concentrarse o para usar las funciones cognitivas plenamente, lo que les dificulta el realizar una carrera escolar clásica. Puesto que este patrón se ve tan frecuentemente, los niños en nuestro programa de hospitalización acuden a la escuela del hospital de lunes a viernes hasta mediodía. Los profesores cooperan estrechamente con las enfermeras y terapeutas, lo que hace posible la enseñanza individual.

- Supervisión y formación externas: una unidad psicoterapéutica de cuidado intensivo requiere una supervisión exhaustiva del caso y del equipo dirigida por supervisores externos. La supervisión semanal del caso implica a todo el personal y aborda la comprensión de los procesos psicológicos internos y la historia vital del niño y la psicodinámica asociada (p. ej. los procesos de transferencia y contratransferencia). La base de un entorno estable y seguro es un personal fuerte y bien formado, que a su vez obtenga regularmente (supervisión del equipo cada dos semanas) apoyo para regular con éxito los procesos del equipo y formación en psicotraumatología y apego.

Métodos y objetivos

Los objetivos globales de la evaluación científica (Estudio “Moses” del modelo de tratamiento descrito son investigar su impacto en: 1) las representaciones de apego de los niños; 2) sus competencias cognitivas y sociales; 3) los síntomas psicopatológicos tales como disociación, ansiedad, TDAH, TEPT y 4) aspectos de su funcionamiento cerebral, conectividad y estructura neuronal. Además, estamos interesados en el interjuego entre la activación del sistema de apego, la reacción fisiológica de estrés (cortisol) y la secreción de oxitocina. Aparte de la tarea de demostrar empíricamente el éxito de una unidad de cuidado intensivo de psicoterapia para los niños con trauma temprano, el estudio también tiene un carácter de exploración, porque se sabe muy poco sobre el apego, las funciones neurológicas y los cambios en los niños y adolescentes traumatizados. El estudio comenzó en 2012 y está diseñado como un estudio longitudinal con múltiples puntos de medición.

Muestra

Se reclutan minuciosamente niños entre los 6 y los 13 años y sus familias mediante una fase intensiva de diagnóstico para averiguar si encajan en el tratamiento hospitalario. Los criterios de inclusión son la traumatización temprana severa con experiencias de violencia y/o negligencia y/o abuso por parte de los cuidadores primarios, síntomas crónicos relacionados con el trastorno de estrés postraumático y la presencia de un trastorno de apego. Los niños son excluidos del estudio cuando o bien tuvieron un tratamiento hospitalario previo o bien padecen autismo severo, trastornos de adicción o discapacidad mental (CI<85). Los niños aprobados para el tratamiento se ubicarán o bien en el grupo de intervención actual o se asignarán al grupo de control en espera si tienen que esperar a una cama vacante durante más de dos meses. Se pueden tratar seis niños a la vez en un entorno grupal, la duración media del tratamiento es de seis meses (+/- 2 meses). Además se recluta un segundo grupo de control de niños saludables de la misma edad y género (diseño por parejas) y se realizan pruebas de comparación centradas en las funciones neurológicas. Debido a estos límites estructurales (número reducido de camas y tratamiento de larga duración) el tamaño de la muestra para el grupo de tratamiento es de n=18 niños y adolescentes con sus padres y madres. Además, una muestra de n=18 niños y adolescentes sanos que cumplen los criterios de coincidencia de edad, género y entorno socioeconómico sirve como grupo de control saludable.

Diseño del estudio

Los niños y sus familias/cuidadores pasan por un recorrido de cuatro puntos de medición: uno un mínimo de 2 meses antes del tratamiento hospitalario (solo para el grupo de control en espera), uno en el momento de la admisión al tratamiento hospitalario, uno en

el momento del alta tras el tratamiento hospitalario y una investigación de seguimiento tras otros seis meses.

Instrumentos

En línea con el enfoque multirrasgo-multimétodo se utilizan distintos métodos para abordar a los niños o adolescentes y a sus cuidadores. La batería de tests psicológicos incluye cuestionarios (por ej. diagnósticos de trauma, problemas de conducta del niño, diagnósticos de depresión y ansiedad), tests (por ej. de inteligencia) y entrevistas de apego adecuadas a la edad (por ej. la Entrevista de Apego Adulto, EAA [George, Kaplan y Main, 1985/2001]; la Entrevista de Apego para Niños, EAN [Shmueli-Goetz, Target, Fonagy y Datta, 2008]). Además, se llevan a cabo observaciones de interacciones padres-niño durante una situación de juego estandarizada y desafiante (evaluada con las Escalas de Disponibilidad Emocional [Biringen, Robinson y Emde, 1993]). Se miden las hormonas oxitocina y cortisol en muestra de saliva y sangre tanto de los padres como del niño antes, y 15 minutos y 30 min tras las entrevistas de apego que sirven como estímulo para activar el sistema de apego. Además se utiliza la imagen por resonancia magnética funcional (IRMf) para mostrar los posibles efectos del tratamiento en la anatomía del hipocampo, la micromielinización y la conectividad funcional de los niños en todos los puntos de medición. Durante la adquisición de la (IRMf) se presentan estímulos neutros, positivos y negativos, tomados del Sistema Internacional de Imágenes Afectivas (Lang, Bradley y Cuthbert, 2008) para mapear el estado y el cambio en el procesamiento emocional de niños y adolescentes con trauma temprano. Se comparan los resultados con los de los niños de control agrupados por parejas.

Caso clínico

A continuación describimos como ejemplo el proceso de tratamiento de un niño de ocho años que permaneció en la unidad psicoterapéutica de cuidado intensivo durante ocho meses. La historia clínica reveló que el paciente había sufrido privación y un maltrato físico extremo durante su primer y segundo año de vida por parte de su madre, que era adicta a las drogas y el alcohol. A los dos años, el niño fue adoptado en una familia. Con el tiempo, desarrolló una tendencia extrema a la autolesión y la agresividad contra otros, lo que hizo imposible que acudiera a la escuela infantil. En este momento, los padres adoptivos pidieron ayuda en muchas instituciones de todo el mundo. El niño mostraba diversos síntomas: trastorno de apego indiferente, problemas para regular el afecto, colapsos en la tolerancia al estrés, no estaba escolarizado, no se comunicaba verbalmente con la madre (solo con la ayuda de cartas con imágenes) y numerosas alergias alimentarias. Tras la admisión al tratamiento hospitalario, el paciente pudo construir relaciones de apego nuevas y estables con las enfermeras y terapeutas a pesar de interrumpir la medicación. Aprendió a regular los sentimientos negativos mediante la experiencia recurrente de “tiempo-intensivo”¹ en situaciones difíciles. Ahora fue posible la escolarización mediante la ampliación lenta de las fases de aprendizaje (de minutos a horas). Además, el trabajo intensivo con los padres adoptivos, ambos de los cuales informaron de episodios de trauma no resuelto en la EAA desempeñaron un papel crucial en el proceso de curación del paciente. Tras el alta hospitalaria, mostraba una representación de apego desorganizada y continuó con la psicoterapia individual en un departamento de consultas externas. Se lo escolarizó en una clase de niños con necesidades especiales con un compañero. Tras un año, fue clasificado como “ambivalente” en la EAN. Esto es un cambio significativo de trastorno de apego a una representación de apego desorganizada transitoria y luego a una organizada. Para ese

momento, también podía acudir regularmente al colegio normal con su compañero. Los padres adoptivos contaron que ahora era capaz de integrarse en su familia y en los grupos de pares de su colegio. Tras dos años, tenía la condición psicológica para acudir a una escuela normal sin compañero y después de tres años cumplía los criterios de una representación de apego segura.

Discusión

El objetivo de este artículo era señalar la necesidad de un tratamiento temprano e intensivo para niños que experimentan traumatización temprana tal como violencia, abandono o abuso por parte de sus cuidadores primarios, lo que resulta en el desarrollo de un trastorno de apego seguido de un amplio rango de síntomas relacionados con el trauma que dependen de la edad. El núcleo del concepto de una “Unidad psicoterapéutica de cuidado intensivo” es crear un entorno positivo y sensible en el que los niños y adolescentes tengan la posibilidad de reunir experiencias de apego nuevas, estables y seguras y de construir relaciones saludables. Durante el proceso de establecer una relación de apego seguro, los niños y adolescentes aprenden a regularse mediante la correulación activa e interpersonal (“tiempo-intensiva”). Una autorregulación adecuada es la base del funcionamiento y la integración sociales. Dado que el “Estudio Moses” aún está en marcha y la recolección y análisis de datos aún no ha finalizado, no es posible validar la experiencia clínica con datos empíricos. Esperamos que los futuros resultados de nuestra investigación aporten una contribución valiosa a la investigación así como métodos de tratamiento clínico.

Referencias

- Allen, J. G. y Fonagy, P. (Eds.). (2006). *Handbook of mentalization-based treatment*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Bateman, A. W. y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36–51.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: A practical guide*. Nueva York, Estados Unidos: Oxford University Press.
- Biringen, Z., Robinson, J. y Emde, R. (1993). *The Emotional Availability Scales*. Manuscrito no publicado, University of Colorado, Health Sciences Center, Denver.
- Brisch, K. H. (2003). Bindungsstörungen und Trauma. Grundlagen für eine gesunde Bindungsentwicklung. En K. H. Brisch y T. Hellbrügge (Eds.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (pp. 105–135). Stuttgart, Alemania: Klett-Cotta.
- Brisch, K. H. (2010). Bindungstheorie. En R. Adler, W. Herzog, P. Joraschky, K. Köhle, W. Langewitz, W. Söllner, et al. (Eds.), *Psychosomatische Medizin (7th ed.)* (pp. 125–135). Munich, Alemania: Urban & Fischer in Elsevier.
- Brisch, K. H. (2012). *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. Nueva York, Estados Unidos: The Guilford Press.
- Brisch, K. H. y Hellbrügge, T. (Eds.). (2003). *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (3rd ed. 2009). Stuttgart, Alemania: Klett-Cotta.
- Frank-Bleckwedel, E. (2000). “...daß ich ernst genommen werde mit meinen Erlebnissen.” Szenen einer Musiktherapie mit sexuell traumatisierten Kindern. *Musiktherapeutische Umschau*, 21, 30–42.

- George, C., Kaplan, N. y Main, M. (2001). Adult Attachment Interview. En G. Gloger-Tippelt (Ed.), *Bindung im Erwachsenenalter*. Berna, Suiza: Huber, pp. 364-387. (Obra original publicada en 1985)
- Gräff, C. (1989). *Konzentrierte Bewegungstherapie in der Praxis*. Stuttgart, Alemania: Hippokrates Verlag.
- Hüther, G. (2003). Die Auswirkungen traumatischer Erfahrungen im Kindesalter auf die Hirnentwicklung. En K. H. Brisch y T. Hellbrügge (Eds.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (pp. 94-104). Stuttgart, Alemania: Klett-Cotta.
- Lang, P. J., Bradley, M. M. y Cuthbert, B. N. (2008). International affective picture system (IAPS): Affective ratings of pictures and instruction manual. Technical Report A-8., Gainesville, Estados Unidos: University of Florida.
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation*, 4, 196-204.
- Lyons-Ruth, K. (2008). Contributions of the mother-infant relationship to dissociative, borderline, and conduct symptoms in young adulthood. *Infant Mental Health Journal*, 29, 203-218.
- Lyons-Ruth, K. (abril, 2008). *From infant attachment disorganization to adult dissociation*. First biannual conference of the European Society for Trauma and Dissociation (ESTD), Amsterdam, Holanda.
- Lyons-Ruth, K., Bronfman, E. y Parsons, E. (1999). Maternal frightened, frightening, or atypical behavior and disorganized infant attachment patterns. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 64(3), 67-96.
- Lyons-Ruth, K. y Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. En J. Cassidy y P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 520-554). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Lyons-Ruth, K., Yellin, C., Melnick, S. y Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother-infant communication and infant disorganization. *Development and Psychopathology*, 17, 1-23.
- Madigan, S., Moran, G. y Pederson, D. (2006). Unresolved states of mind, disorganized attachment relationships, and disrupted interactions of adolescent mothers and their infants. *Developmental Psychology*, 42, 293-304.
- Müller-Braunschweig, H. (2001). Epilog – Frühe Beziehung, Trauma und Therapie. En W. Milch y H-J. Wirth (Eds.), *Psychosomatik und Kleinkindforschung* (pp. 301-336). Gießen, Alemania: Psychosozial Verlag.
- Ogden, P., Minton, K. y Pain, C. (2010). *Trauma und Körper: Ein sensumotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn, Alemania: Junfermann.
- Papoušek, M. y Wollwerth de Chuquisengo, R. (2003). Auswirkungen mütterlicher Traumatisierungen auf die Kommunikation und Beziehung in der frühen Kindheit. En K. H. Brisch y T. Hellbrügge (Eds.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die kindliche Entwicklung* (pp. 136-159). Stuttgart, Alemania: Klett-Cotta.
- Plecicy, M., Danner-Weinberger, A., Szkura, L. y von Wietersheim, J. (2009). Die Auswirkungen von Kunsttherapie auf das körperliche und emotionale Befinden der Patienten—Eine quantitative und qualitative Analyse. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 59, 364-369.
- Poettgen-Havekost, G. (2006). “Traurigkeit, wie Tinte im Wasser, sie überrollt mich wie eine wortlose Welle.”. Entwicklungsschritte zur Mentalisierungsfähigkeit im Behandlungsprozess von Borderline- Störungen. En A. Springer, A. Gerlach y A.-M.

- Schlösser (Eds.), *Störungen der Persönlichkeit* (pp. 249–262). Gießen, Alemania: Psychosozial-Verlag.
- Putzke, S. (2002). Musiktherapie mit Anna, einem sexuell traumatisierten Mädchen. *Musiktherapeutische Umschau*, 23, 139–152.
- Reinert, T. (2006). Die Borderline-Pathologie als Ausdruck einer atmosphärischen Traumatisierung in der Kindheit. En C. Geißler, P. Geißler y O. Hofer-Moser (Eds.), *Körper, Imagination und Beziehung in der Traumatherapie* (pp. 45–64). Gießen, Alemania: Psychosozial-Verlag.
- Riedesser, P. (2003). Entwicklungspsychopathologie von Kindern mit traumatischen Erfahrungen. En K. H. Brisch y T. Hellbrügge (Eds.), *Bindung und Trauma. Risiken und Schutzfaktoren für die Entwicklung von Kindern* (pp. 160–171). Stuttgart, Alemania: Klett-Cotta.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P. y Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: a psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 44(4), 939–956.
- Slade, A. (2007). Disorganized mother, disorganized child: The mentalization of affective dysregulation and therapeutic change. En D. Oppenheim y D. F. Goldsmith (Eds.), *Attachment theory in clinical work with children* (pp. 226–250). Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.
- Spitzer, M. (2002). *Musik im Kopf. Hören, Musizieren, Verstehen und Erleben im neuronalen Netzwerk*. Stuttgart, Alemania: Schattauer.
- Steele, M., Hodges, J., Kaniuk, J., Henderson, K., Hillman, S. y Bennett, P. (1999). The use of story stem narratives in assessing the inner world of the child: Implications for adoptive placement. En *Assessment, preparation and support* (pp. 19–29). Londres, Reino Unido: British Agencies for Adoption and Fostering.
- Stegemann, T., Mauch, C., Stein, V. y Romer, G. (2008). Zur Situation der Musiktherapie in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36, 255–263.
- van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408.

1 N. de T.: expresión en inglés que se refiere a una tarea que requiere mucho tiempo para su realización.