

Conceptualización Teórica sobre el Trauma Agudo y el Estrés

Traumático Continuado Basada en el Modelo del SPIA

(Sexta Edición. Abril 16, 2022)

Ignacio Jarero & Lucina Artigas

El objetivo de este artículo es brindar una conceptualización clínica de casos sobre el Trauma Agudo (reciente) y el Estrés Traumático Continuado, basada en el modelo del Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA) de la Dra. Francine Shapiro, que pueda servir como marco de referencia para una hipótesis de trabajo con el fin de expandir los horizontes clínicos y de investigación de las intervenciones basadas en el modelo del SPIA tanto individuales como grupales.

Palabras Clave: Reprocesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular (EMDR); Modelo del Sistema de Procesamiento de la Información; Intervenciones Basadas en el Modelo del SPIA; Trauma Agudo; Estrés traumático Continuado.

Modelo del Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos

La Terapia EMDR es guiada por el Modelo del Sistema de Procesamiento de la Información a Estados Adaptativos (SPIA; Shapiro, 2001; 2018) el cual postula que las redes de memoria son la base de la patología y de la salud. Brevemente expresado, el SPIA es un modelo de patogénesis y cambio relacionado con la memoria. Este modelo teórico único, postula que la psicopatología es causada primariamente por memorias de experiencias adversas de vida, que han sido inadecuadamente procesadas y almacenadas desadaptativamente en un estado que tiene una forma específica (lo que significa que la información adquirida en el momento del evento – imágenes (y otros ingresos sensoriales), sonidos, afectos (emociones y sentimientos), y sensaciones físicas – es almacenada en la misma forma en que fue inicialmente experienciada). Estas memorias son almacenadas por asociación y forman redes de memoria que ligan las experiencias del presente con las experiencias del pasado, mismas que pueden ser activadas por estímulos internos y externos actuales, contribuyendo así a la disfunción presente. El SPIA es la piedra angular de la Terapia EMDR, pues interpreta el fenómeno clínico, predice resultados exitosos de tratamiento y guía la práctica clínica.

Eventos Traumáticos Recientes

La Dra. Francine Shapiro (2001; 2018) postula que las *memorias traumáticas antiguas* generalmente pueden ser tratadas concentrándose en una parte del evento traumático, y que tomando como blanco esa parte, generalmente se obtiene como resultado el reprocesamiento total de esa memoria. Esto se debe a que el efecto del reprocesamiento se generaliza a toda la memoria. Después de terremoto de 1989 en el área de la Bahía de San Francisco (Estados Unidos), la Dra. Shapiro encontró que, reprocesar una parte del evento, no tenía efecto en ninguna otra parte del incidente. En algún nivel del procesamiento de la información, la memoria no había tenido suficiente tiempo para consolidarse en un todo integrado. Ella hipotetizó que, aunque la memoria de un evento traumático reciente único (*después de un periodo de seguridad posttrauma*) está consolidada a un cierto nivel (dado que la paciente puede dar una descripción de principio a fin del evento), en un estrato crucial de asociación de la información, los varios aspectos/partes de la memoria no están integrados.

Basada en observaciones clínicas, la Dra. Shapiro estima que el periodo que se requiere para la consolidación es de aproximadamente 2 a 3 meses, sin embargo, no existe investigación definitiva para medir el periodo de tiempo que toma el proceso de consolidación de una memoria, o para determinar las variables individuales que pueden tener influencia en la consolidación. Parece ser que el tiempo para la consolidación de la memoria puede variar considerablemente (Maxfield, 2008). Desde una perspectiva neurobiológica, la consolidación es entendida como la transición de la memoria de corto plazo a largo plazo (Centonze et al., 2005).

La Dra. Shapiro recomienda su Protocolo para Eventos Recientes (2001; 2018) para un trauma único aislado que ha ocurrido dentro de los últimos 2-3 meses – y que después es seguido por un periodo de relativa seguridad y calma-. Sin embargo, en casos de un periodo postcrisis *prolongado* en desastres naturales o provocados por el hombre, con el fin de abordar situaciones en las que existe trauma continuado y, por lo tanto, no existe un subsecuente periodo de seguridad, la Dra. Shapiro (2018) recomienda el Protocolo para Incidentes Críticos Recientes y Estrés Traumático Continuado (EMDR-PRECI; Jarero, Artigas & Luber, 2011). El protocolo para un Episodio Traumático Reciente (R-TEP; E. Shapiro & Laub, 2008), también ha sido recomendado por la Dra. Shapiro (2018) para ser empleado en casos de eventos traumáticos prolongados y situaciones de emergencia.

Conceptualización de Casos de Trauma Agudo (Reciente) y Estrés Traumático Continuado basada en el Modelo del SPIA

Para Stevens, Eagle, Kaminer, & Higson-Smith (2013), la conceptualización existente de estrés traumático, tal como TEPT y TEPT complejo, puede tener una utilidad limitada para peligro y amenazas continuas, dada la noción de que la exposición al trauma está localizada en el tiempo pasado, en un evento traumático pasado y finito. Por lo tanto, no captura las experiencias diarias de estrés traumático continuado con ausencia de espacios seguros en los cuales encontrar protección y recuperarse (Straker, 2013).

El impacto de la exposición al trauma es de naturaleza acumulativa (Brewin, Andrews, & Valentine, 2000), y los efectos acumulados de un trauma anterior pueden ser asociados con respuestas emocionales más severas en el siguiente trauma (Berninger et al., 2010). Desde 1994, estudios han mostrado que las personas expuestas a eventos estresantes prolongados, repetidos o múltiples, son más propensas a mostrar síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) cuando se les compara con personas que han vivido un solo evento estresante (e.g., Koopman, Classen, & Spiegel, 1994; McFarlane, 1989; Uddo, Allain, & Sutker, 1996). Por lo tanto, el riesgo de TEPT y trastornos comórbidos (p.ej., ansiedad y depresión) se incrementa con el número de exposiciones (McFarlane, 2010). Adicionalmente, estresores múltiples (como en el cáncer) pueden exacerbar los síntomas de TEPT debido a lo siguiente: (a) el trauma inicial puede disminuir los recursos de afrontamiento de la persona y (b) la persona puede estar sufriendo TEPT clínico o subclínico cuando nuevos estresores aparecen (Freedman, Brandes, Peri, & Shalev, 1999).

Para Nuttman-Shwartz & Shoval-Zuckerman (2015, p. 2) *“son necesarios marcos de referencia suplementarios para entender el impacto psicológico de vivir con exposición continua al peligro, así como estrategias de intervenciones apropiadas para afrontar la vida en una realidad de violencia persistente.”*

Derivado de su extenso trabajo de campo con sobrevivientes de desastres naturales o provocados por el hombre, Jarero y Artigas han observado que cuando piden a sus pacientes narrar la historia del desastre, ellos describen el evento en una narrativa fluida – sin lapsos de periodos de seguridad/calma - desde poco antes del impacto hasta el momento presente (incluso 6 o más meses posteriores). Para ellos, no existe un día o momento exacto en que el primer evento traumático terminara y nuevos eventos traumáticos iniciaran. Su narrativa

refleja un continuum, frecuentemente sobre los temas de seguridad, responsabilidad y decisiones.

Las pacientes viven ese extenso periodo de experiencias adversas prolongadas como un solo evento traumático reciente continuado (Jarero, Artigas & Luber, 2011). Estas observaciones son similares a las de E. Shapiro y Laub (2008) con su Protocolo de Episodio Traumático Reciente (R-TEP), el cual recomienda elegir como blanco el incidente original junto con cualquier experiencia significativa subsecuente hasta el momento presente.

Jarero & Artigas (2016) también han observado el paralelismo en la narrativa de sobrevivientes de catástrofes naturales o provocadas por el hombre, sin periodo de seguridad posttrauma, y pacientes con síntomas de TEPT relacionados a su diagnóstico y/o tratamiento del cáncer. Morasso (2002) “*considera a las personas con cáncer interconectadas a una serie de crisis que ocurren durante el curso de la enfermedad y/o que involucran cambios en el ecosistema medioambiental que rodea al paciente.*” (p.2).

Para explicar este fenómeno clínico, Jarero y Artigas emplean el marco teórico del modelo del SPIA de la Dra. Francine Shapiro (2001; 2018), en su conceptualización clínica sobre la naturaleza de las experiencias adversas continuadas, que ocurren dentro de un periodo de tres o más meses, durante el cual *no existe una ventana de seguridad posttrauma para la consolidación de la memoria.*

Previamente ellos han argumentado, que desde una perspectiva de redes de memoria (patrones de memorias asociadas), las situaciones de Trauma Agudo (reciente) están relacionadas no sólo a un marco de tiempo (días, semanas o meses), sino también a un periodo de seguridad posttrauma (Jarero, Artigas, & Luber, 2011; Jarero & Uribe, 2011, 2012; Jarero et al., 2015a; Jarero et al., 2015b).

Su hipótesis, es que frecuentemente, como resultado de esta falta de seguridad, la consolidación de la memoria traumática es impedida. Esto significa que una parte separada es incapaz de representar a toda la red de memoria, y por esa razón, reprocesar una parte de la memoria no tiene efecto en ninguna otra parte de la red. Por lo tanto, el continuum de *experiencias adversas prolongadas* crea una red de memoria acumulativa de exposición al trauma (RMAET; Jarero et al., 2013), formada por memorias patogénicas (Centonze et al., 2005) con similar información emocional, somática (sensaciones corporales), sensorial (los cinco sentidos), y cognitiva (pensamientos y creencias), que no le dan a la red de memoria

traumática acumulativa y estado dependiente (van der Kolk & van der Hart, 1991), suficiente tiempo para consolidarse en un todo integrado.

Desde una perspectiva neurobiológica, las *experiencias adversas prolongadas* generan exposición continua de cortisol sobre el Hipocampo (especialmente en las regiones CA3), lo que podría estar relacionado con el deterioro de la capacidad de consolidación de la red de memoria acumulativa de exposición al trauma y, por lo tanto, su imposibilidad de consolidarse en un todo integrado. El Hipocampo es una estructura del lóbulo temporal medial que tiene un importante rol en la consolidación de la información de la memoria a corto plazo a la memoria a largo plazo (Kim et al., 2015).

Por ello, esta red acumulativa de memorias patógenas interconectadas permanece en un estado excitatorio permanente como memoria a corto plazo, expandiéndose con cada experiencia adversa subsecuente a la experiencia adversa inicial en este continuum (análogo al efecto de ondulación que produce una piedra lanzada a un estanque) que se extiende hasta el momento presente, y que frecuentemente produce preocupaciones maladaptativas/catastróficas acerca del futuro o flash-forward (Logie & de Jongh, 2014).

El estrés traumático continuado enfatiza la ansiedad anticipatoria y su impacto. *"La investigación emergente sugiere que el trauma anticipado subyace a la ansiedad asociada con la exposición continua a una amenaza a la seguridad y puede ser fundamental para el desarrollo de la psicopatología postraumática"* (Goral et al., 2021, p. 2).

Como resultado, esta red de memoria acumulativa de exposición al trauma (RMAET) genera un reclutamiento progresivo de síntomas de TEPT, ansiedad y depresión; síntomas somáticos patológicos, y un deterioro significativo en el funcionamiento diario a lo largo del tiempo y exposiciones repetidas a experiencias adversas.

Algunos Ejemplos de Experiencias Adversas Prolongadas sin Periodo de Seguridad Post-Trauma.

El ejemplo más reciente es la pandemia del Coronavirus-Covid-19 que se está viviendo en todo el mundo desde finales de diciembre del 2019. Es un trauma colectivo continuado. Los cientos de pacientes que nuestro equipo ha atendido atendidos con Salud Mental a Distancia (online), han descrito preocupaciones catastróficas a futuro. No solo el peligro de enfermedad y muerte de ellos y sus seres amados, con quienes no van a poder estar en el momento de su muerte ni llevar a cabo los rituales funerarios; sino también la ruina económica y sus

consecuencias. Las emociones más frecuentes que han mostrado son soledad, miedo, impotencia e incertidumbre.

En un estudio publicado recientemente (Pérez et al., 2020) con profesionales de la salud de diez hospitales COVID-19, atendidos vía Salud Mental a Distancia (online), las peores experiencias que reportaron los participantes estuvieron relacionadas con tener que trabajar con pacientes infectados y el miedo a contraer el virus ellos mismos. En otros casos, la peor experiencia fue sentir que tenían síntomas como fiebre o dolor de cabeza y pensar que podrían enfermarse y morir, o que podrían infectar a un miembro de la familia. Otros participantes informaron que la peor experiencia fue presenciar a pacientes o compañeros de trabajo sufrir y morir a causa de la enfermedad, provocando miedo y frustración.

Terremoto de Haití del 12 de enero del 2010. Después de los pocos segundos que duró el terremoto de 7.0 grados en la escala de Richter, los sobrevivientes han tenido que soportar por años un continuum de eventos traumáticos externos *sin periodo de seguridad posttrauma*: réplicas del terremoto; respuestas de la comunidad como violencia y saqueo; ser atacados, violados o heridos en los refugios; múltiples pérdidas: parientes, amigos, sitio de trabajo, escuelas, iglesias; vivir en campamentos con riesgo crítico ante tormentas e inundaciones; temas médicos; preocupaciones acerca de la comida, el agua y la contaminación del aire; epidemia de cólera 10 meses después, en octubre del 2010, que infectó a 216,000 personas; crisis económica y política; la devastación provocada por el huracán Matthew de categoría 5 en octubre del 2016; y las constantes preocupaciones relacionadas con vivir en un ambiente amenazante.

Otro ejemplo es el caso de una paciente que recibió el diagnóstico de cáncer hace 20 meses. Desde una perspectiva de redes de memoria, este caso se puede conceptualizar como una situación de trauma agudo (reciente), pues después de haber escuchado el diagnóstico de cáncer (primer evento traumático – la piedra que cae al estanque-), *no ha existido un periodo de seguridad posttrauma para la consolidación de la memoria*. En su lugar, la paciente ha vivido un continuum de experiencias adversas (el efecto de ondulación) tales como agotadoras investigaciones físicas y tratamientos agresivos, efectos colaterales de los tratamientos, cirugía y mutilación de órganos, disfunciones corporales, y así sucesivamente.

Por lo que, la red de memoria acumulativa de exposición al trauma de la paciente, ha permanecido en un estado excitatorio permanente, expandiéndose con cada experiencia

adversa subsecuente en este continuum que se extiende hasta el momento presente – y frecuentemente también al futuro, en la forma de preocupaciones catastróficas- (ej., miedo a que se infecten las heridas y salgan gusanos de ellas; imaginarse recibiendo quimioterapia nuevamente y sufriendo sus efectos secundarios; imaginándose muriendo sola con fuertes dolores). Este tipo de situaciones de experiencias adversas prolongadas (estrés traumático continuado o prolongado) requiere un diferente tipo de aproximación con Terapia EMDR a la empleada para eventos *con periodo de seguridad posttrauma*.

Observación Clínica

En un estudio aleatorio controlado (Jarero, Givaudan, & Osorio; 2018) con 65 pacientes femeninas con síntomas de TEPT relacionados al cáncer, las participantes reprocesaron sus memorias patogénicas relacionadas a la enfermedad con similar eficiencia (solo 6 sesiones), eficacia (reducción de síntomas) y sin asociaciones con memorias tempranas (no hubo correlación con experiencias adversas de la niñez), justo como si estuvieran reprocesando un evento reciente, a pesar de que el tiempo desde su diagnóstico variaba de febrero del 2013 a mayo del 2017 (4 años y 3 meses de diferencia). Esta observación clínica es consistente con el estudio conducido por Jarero et al. (2015b) con una población similar y también con nuestra conceptualización teórica. Quizá la afirmación de Rosenblum et al. (2017) pueda explicar parte de este fenómeno clínico “*Debido a que las intervenciones tempranas con Terapia EMDR no profundizan en el pasado, son de típicamente seis o menos sesiones y, sin embargo, proporcionan una reducción de síntomas significativa y duradera.*” (p. 7).

Expandiendo los Horizontes de las Intervenciones Tempranas con Terapia EMDR

La conceptualización clínica de casos mencionada anteriormente puede servir como hipótesis de trabajo para expandir los horizontes clínicos y de investigación de las intervenciones basadas en el modelo del SPIA tanto individuales como grupales. El marco arbitrario de los primeros tres meses para ser considerada una intervención temprana (que no está basado en evidencia empírica) ahora puede ser extendido para incluir *experiencias adversas prolongadas sin periodo de seguridad posttrauma*.

Por lo tanto, en nuestro entendimiento, las intervenciones tempranas con basadas en modelo del SPIA pueden ser conceptualizadas, para propósitos de práctica clínica e investigación, como aquellas intervenciones proporcionadas *dentro* del contexto de cuidados escalonados (progresión escalonada de cuidados en salud mental brindados de una manera

cada vez más intensificada) durante los primeros 3 meses después de la experiencia adversa, *o posteriormente* en caso de situaciones de estrés traumático continuado *sin periodo de seguridad posttrauma para la consolidación de la memoria*.

Nuevas Fronteras para la Terapia EMDR en el Siglo XXI

Rosenblum et al. (2017) propone un concepto más amplio para el trabajo con desastres más allá de la definición tradicional de desastres con “D mayúscula” para incluir eventos de la comunidad con estresores continuados y traumáticos o desastres con “d minúscula”. Ella piensa que *“proporcionando servicios a aquellos afectados por desastres con d minúscula, el campo de la respuesta en desastres puede ampliarse de formas poderosas.”* (p. 206).

Para Kaminer et al (2016) los protocolos de tratamiento deben de ser más sensitivos cuando se tratan pacientes expuestos a conflicto en curso, manteniendo en mente que los síntomas de estrés provienen de la exposición pasada, directa o indirecta, así como de posibles lesiones de futuros eventos traumáticos (flash-forwards).

Nosotros pensamos que nuestro poder terapéutico puede expandirse con protocolos basados en el modelo del SPIA, especialmente diseñados para tratar individuos o grupos grandes y pequeños (terapia de familia) viviendo experiencias adversas prolongadas recientes, presentes o pasadas, como el Protocolo Grupal e Integrativo con Terapia EMDR Adaptado para Estrés Traumático Continuado (EMDR-IGTP-OTS; Jarero et al., 2015b), el Protocolo de Terapia EMDR para Incidentes Críticos Recientes y Estrés Traumático Continuado (EMDR-PRECI; Jarero, Artigas, & Luber, 2011), el Protocolo para Episodio Traumático Reciente (R-TEP; E. Shapiro & Laub, 2013; Acarturk et al, 2016) y el Protocolo Grupal para Episodio Traumático Reciente (G-TEP; E. Shapiro, 2012; Lehnung et al, 2017; Yurtsever et al, 2017).

Estos protocolos basados en la evidencia científica pueden ser empleados con pacientes que han vivido *eventos o circunstancias traumáticas prolongadas, repetidas o múltiples*. Esto incluye: *víctimas de violencia constante* (p.ej., abuso sexual, violencia interpersonal severa, violencia en la comunidad y violencia contra una comunidad - LGBTQIA+, violencia criminal); *personal en riesgo* (p.ej., personal de ONG o Instituciones que trabajan con desastres naturales y conflictos violentos, primeros respondientes/personal de servicios de emergencia, militares en activo); *personas viviendo experiencias que cambian la vida con estrés traumático continuado o con múltiples estresores extremos* (p.ej.,

pandemias, epidemias, refugiados, trauma racial histórico, encarcelamiento, personas desplazadas dentro de sus propios países, desastres prolongados, guerra en curso, conflictos violentos prolongados, terrorismo, crisis geopolíticas); *personas con diversas historias de trauma en curso con circunstancias similares en común* (p.ej., enfermedades crónicas o severas; individuos, parejas y familias con situaciones de violencia doméstica en curso que no han sido resueltas y aún son inseguras en cierto grado, niños/jóvenes adultos que están o fueron colocados en el sistema de crianza temporal); *personas viviendo situaciones traumáticas continuas*, relacionadas a residentes viviendo en situaciones continuas de violencia política y amenazas a la seguridad con exposición perpetua a guerra y ataques terroristas (Nuttman-Shwartz & Shoval-Zuckerman, 2015).

Referencias.

Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, Senay I, Sijbrandij M, Gulen B and Cuijpers P (2016). The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*. © Cambridge University Press doi:10.1017/S0033291716001070.

Berninger, A., Webber, M. P., Cohen, H. W., Gustave, J., Lee, R., Niles, J. K., . . . Kelly, K. (2010). Trends of elevated PTSD risk in firefighters exposed to the World Trade Center disaster: 2001–2005. *Public Health Reports*, 125, 556–566. doi:10.1177/003335491012500411

Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748–766. doi:10.1037//0022-006X.68.5.748.

Centonze, D., Siracusane, A., Calabresi, P., and Bernardi, G. (2005). Removing pathogenic memories. *Mol. Neurobiol.* 32, 123–132. doi: 10.1385/MN:32:2:123

Freedman, S. A., Brandes, D., Peri, T., & Shalev, A. (1999). Predictors of chronic post-traumatic stress disorder. *British Journal of Psychiatry*, 174, 353–359.

Goral A, Feder-Bubis P, Lahad M, Galea S, O'Rourke N, Aharonson-Daniel L (2021). Development and validation of the Continuous Traumatic Stress Response scale (CTSR) among adults exposed to ongoing security threats.

Jarero, I., & Artigas, L. (2016). EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Adolescents and Adults Living with Ongoing Traumatic Stress. In M. Luber (Ed.). *EMDR Therapy Treating Trauma and Stress Related Conditions: scripted protocols, and summary sheets* (pp. 169-180). New York, NY: Springer.

Jarero, I., Artigas, L., & Luber, M. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Application in a disaster mental health continuum of care context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(3), 82–94.

Jarero, I., & Uribe, S. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5(4), 156–165.

Jarero, I., & Uribe, S. (2012). The EMDR protocol for recent critical incidents: Follow-up Report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2), 50-61.

Jarero, I., Amaya, C., Givaudan, M., Miranda, A. (2013). EMDR Individual protocol for paraprofessional use: A randomized controlled trial with first responders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(2), 55-64.

Jarero, I., Uribe, S., Artigas, L., Givaudan, M. (2015a). EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: A Randomized Controlled Trial in a Technological Disaster Context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4), 166-173.

Jarero, I., Artigas, L., Uribe, S., García, L.E., Cavazos, M.A., Givaudan, M. (2015b). Pilot research study on the provision of the eye movement desensitization and reprocessing integrative group treatment protocol with female cancer patients. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(2), 98-105.

Jarero, I; Givaudan, M; Osorio, A. (2018). Randomized Controlled Trial on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Ongoing Traumatic Stress to Female Patients with Cancer-Related Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of EMDR Practice and Research*, 12(3), 94-104.

Kaminer, D., Eagle, G., Crawford-Browne, S., 2016. Continuous traumatic stress as a mental and physical health challenge: case studies from South Africa. *J. Health Psychol.* <http://dx.doi.org/10.1177/1359105316642831>.

Kim, E.J., Pellman, B., Kim, J.J. (2015). Stress effects on the hippocampus: A critical review. Cold Spring Harbor Laboratory Press

Koopman, C., Classen, C., & Spiegel, D. (1994). Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. *American Journal of Psychiatry*, 151, 888–894.

Lehning, M., Shapiro, E., Schreiber & Hofmann, A. (2017). *Evaluating the EMDR Group Traumatic Episode Protocol (EMDR G-TEP) with Refugees: A Field Study*. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(3).

Logie, R., & de Jongh, A. (2014). The flashforward procedure: Confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25–32.

Maxfield, L. (2008). *EMDR treatment of recent events and community disasters*. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2(2), 74–78.

McFarlane, A. C. (1989). The aetiology of post-traumatic morbidity: Predisposing, precipitating and perpetuating factors. *British Journal of Psychiatry*, 154, 221–228.

McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry*, 9, 3–10.

Morasso, G. (2002). Nuove prospettive in psico-oncologia [New perspectives in psycho-oncology]. In *Formazione, psicologia, psicoterapia, psichiatria* (p. 2). Rome, Italy: Grin SRL.

Nuttman-Shwartz & Shoval-Zuckerman. (2015). Continuous Traumatic Situations in the Face of Ongoing Political Violence: The Relationship Between CTS and PTSD. *Trauma, Violence and Abuse*, 1-9. DOI: 10.1177/1524838015585316

Pérez, M.C., Estévez, M.E., Becker, Y., Osorio, A., Jarero, I., & Givaudan, M. (2020). Multisite Randomized Controlled Trial on the Provision of the EMDR Integrative Group Treatment Protocol for Ongoing Traumatic Stress Remote to Healthcare Professionals Working in Hospitals During the Covid-19 Pandemic. *Psychology and Behavioral Science International Journal*. 15(4):1-12.

Rosenblum, R., Dockstader, D., Martin, S. (2017). EMDR, community psychology and innovative applications of a trauma recovery network as a toll of social change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(4), 206-216.

Shapiro, E. (2012). EMDR and early psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4), 241–251.

Shapiro, E., & Laub, B. (2008). Early EMDR intervention (EEI): A summary, a theoretical model, and the recent traumatic episode protocol (R-TEP). *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 79–96.

Shapiro E, Laub B (2013). The Recent Traumatic Episode Protocol (R-TEP): an integrative protocol for early EMDR intervention (EEI). In *Implementing EMDR Early Mental Health Interventions for Man-Made and Natural Disasters: Models, Scripted Protocols, and Summary Sheets* (ed. M. Luber), pp. 193–207. Springer: New York.

Shapiro, F. (2001). *Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Shapiro, F. (2018). *Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures* (Third edition). Guilford Press.

Stevens, G., Eagle, G., Kaminer, D., & Higson-Smith, C. (2013). Continuous traumatic stress: Conceptual conversations in contexts of global conflict, violence and trauma. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19, 75–84. doi:10.1037/a0032484

Straker, G. (2013). Continuous traumatic stress: Personal reflections 25 years on. *Peace and Conflict: Journal of Peace Psychology*, 19, 209–217. doi:10.1037/a0032532

Uddo, M., Allain, A. N., & Sutker, P. B. (1996). Assessment of posttraumatic stress disorder: A conceptual overview. In T. W. Miller (Ed.), *Theory and assessment of stressful life events*. Madison, CT: International Universities Press.

van der Kolk, B. A., & van der Hart, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48(4), 425–454.

Yurtsever A, Konuk E, Akyüz T, Tükel F, Zat Z & Çetinkaya M (2017). An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees with Post Traumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial. *Manuscript submitted for publication*.