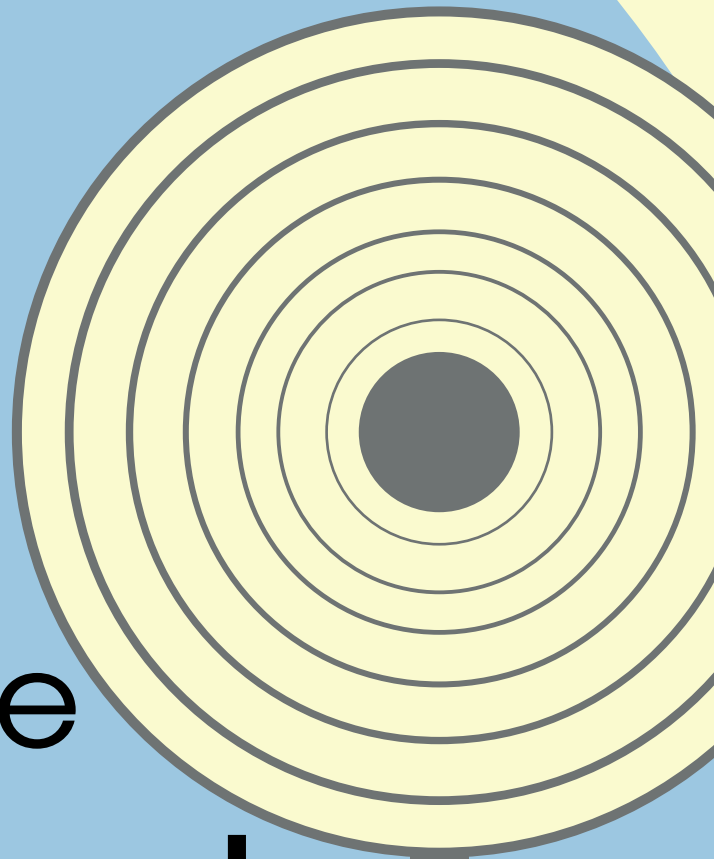


Año 2023



Noticias de EMDR Lat

E.M.D.R.

Desensibilización y Reprocesamiento por medio del movimiento ocular.

1

REVISTA NOTICIAS

EMDR Lat

Nos alegramos de continuar comunicándonos con Uds, a través de este medio y de volver a ofrecerles artículos y notas de interés sobre EMDR. Como ya dijimos en nuestro primer número, “a medida que se incremente la cantidad de miembros, podremos hacer que EMDR se conozca en los diferentes ámbitos de nuestra vida cotidiana, para su disponibilidad y aplicación. Estamos comprometidos a mantener esta valiosa terapia en las áreas de investigación y en la aplicación clínica de los problemas humanos”.

Del mismo modo, volvemos a invitarlos a “unirse a EMDRIA Latinoamérica para que puedan mantenerse actualizados a través de estas publicaciones, de los Ateneos mensuales, de Jornadas, supervisiones, cursos y todo aquello que está relacionado con el método”.

Sabemos que ha comenzado un año difícil desde el punto de vista económico y lo trabajoso que resulta cumplir con obligaciones de este orden, pero les pedimos la colaboración necesaria para lograr llevar adelante entre todos esta institución, de modo que podamos seguir nucleados y compartiendo todo aquello relativo al método.



EL CASO DE UNA MUJER SEXUALMENTE ABUSADA, REENTRANDO EN SU CUERPO DESPUÉS DE UN ENTRETEJIDO COGNITIVO.

Laurel Parnell, Ph.D.

Artículo aparecido en EMDR Network Newsletter. 1995
Traducción: Lic. Cristina García Sabarte

Estaba trabajando con una mujer que había sido repetidamente abusada por su hermano adolescente cuando era muy pequeña. Cuando llegamos al final de la sesión, ella estaba consciente que cuando niña, dejaba su cuerpo de modo que el abusador no pudiera herirla. Como creía que no era seguro estar en su cuerpo, se hizo a sí misma sentir a salvo y segura fuera de él, mirando todo desde afuera. Le sugerí que, “No era seguro estar en su cuerpo entonces, pero sí lo es ahora”. Estuvo de acuerdo, e hicimos otro set de movimientos oculares. Al final del set, exclamó, “¡Puedo sentirme a mí misma en mi cuerpo por primera vez! Nunca antes había sabido que no estaba en mi cuerpo”. Siguió diciendo cuán extraño se sentía estar en su cuerpo. Estaba tan sorprendida!. Era como si hubiera vivido flotando fuera de su cuerpo desde que era una niña sin ser consciente de ello, y de repente había caído en la cuenta.

A la semana siguiente volvió e informó que se sentía físicamente muy diferente. Se dio cuenta de hasta qué punto había estado toda su vida así, salida de su cuerpo, que podía estar todo el día sin ir al baño o sin comer. Informó sentirse más sólida, centrada y presente, con una nueva afirmación de su personalidad. Este sentimiento de estar en su cuerpo permaneció con ella a través de varios meses y continuó hasta que terminó el tratamiento.

Criterio de Selección para las Cogniciones Negativas y Positivas de EMDR
Andrew Leeds, Ph.D.

Artículo aparecido en EMDR Newsletter.
 Invierno 1992.
 Traducción: Lic. Catalina Knopfler

Antes de proceder con el procesamiento de EMDR, seleccionamos una Cognición Negativa (CN) y una Cognición Positiva (CP) más deseable, que instalamos después de haber desensibilizado el problema que trae el paciente. Las observaciones de los terapeutas indican que una selección apropiada de la CN y de la CP es a veces crucial para el éxito del procesamiento de EMDR. No es posible especificar todos los factores que deben ser considerados para seleccionar la CN y la CP para todas las situaciones clínicas. El foco aquí estará puesto en problemas comunes con los cuales se enfrentan los terapeutas entrenados en EMDR. Voy a revisar varios principios amplios y cuatro criterios específicos que el lector puede encontrar útiles cuando pregunta por la CN y la CP.

Este artículo está basado en el manual de Nivel I de EMDR y los entrenamientos desarrollados por Francine Shapiro (1990). Material adicional y clarificaciones fueron desarrolladas como resultados de conversaciones mantenidas en un entrenamiento de facilitadores en el cual el autor y otros dos conferencistas (Gould y Wildwind, 1992) presentaron material sobre la selección de las cogniciones negativas y positivas. También me he apoyado en las observaciones de otros terapeutas en las prácticas de entrenamientos de Nivel I y II, y mi propia experiencia con EMDR en el consultorio.

El por qué de las Cogniciones Negativas y Positivas

En el modelo de EMDR, las cogniciones negativas y positivas y sus afectos asociados, parecen ser el acceso a la red nodal de la memoria (Reiser,

1990; Shapiro, 1989, 1991). Este acceso es la conexión a los esquemas de personalidad de los pacientes.

Clarificar la CN sirve a dos propósitos importantes. El primero es para establecer la CP. El segundo es como parte del target para el reprocesamiento (con la imagen y el afecto)

Mientras que la versión última de la CP puede diferir de la versión inicial, es importante seleccionar una CP apropiada antes de procesar. En el modelo de EMDR se postula la hipótesis que el procesamiento de información es acelerado y que la reestructuración cognitiva se produce espontáneamente como resultado de un equilibrio neuronal inducido por los movimientos oculares. Una CP mas apropiada puede aparecer espontáneamente sin haber sido preseleccionada, sin embargo, la observación clínica sugiere que seleccionar la CP antes del procesamiento de EMDR ayuda a activar elementos de la memoria nodal relacionados con cogniciones más apropiadas.

Inicialmente, el paciente no parece tener una referencia visual y/o verbal de los elementos de la memoria nodal que componen la CP. Antes del procesamiento los elementos de la memoria nodal que sostienen la CP no están integrados con los elementos de la memoria nodal más activados que componen la CN.

Cuando se selecciona por primera vez la CP, el paciente se relaciona con ella dándole poca relevancia o directamente mostrando incredulidad. Muchos pacientes dicen al principio que **saben** que la CP es verdadera pero que no **sienten** que sea así. Sin embargo al pedir que el paciente seleccione y verbalice la CP antes del procesamiento de EMDR, estos elementos de la memoria nodal son activados en la memoria actual donde representan un potencial para un resultado terapéutico. Más adelante, cuando el paciente está intensamente

inmerso en los sentimientos e imágenes del material que se está trabajando, la CP provee un nuevo punto de referencia cognitivo que ayuda a la desensibilización y reprocesamiento del material angustiante.

Cuándo seleccionar la Cognición Positiva

Cuándo seleccionar la CP es un problema estratégico. Es más fácil para el paciente, tanto cognitiva como afectivamente, considerar la CP si el material traumático no ha sido completamente activado. Es importante desarrollar la CP al principio de la sesión antes de que el paciente esté inmerso en las imágenes, sentimientos y sensaciones asociados con la CN.

Para facilitar la selección de la CP pida las creencias negativas asociadas con el material presentado ni bien tenga una descripción del mismo. En cuanto se selecciona la CN, pida la CP. Siempre que sea posible, seleccione y confirme una CP apropiada antes de pedirle al paciente que acceda a las emociones y sensaciones corporales que asocian a las imágenes de su recuerdo. Se puede pedir el VoC una vez que se seleccionó la CP (No se requiere el VoC de la CN).

Frases Útiles para Preguntar por la CN y la CP

Después que el paciente describe el recuerdo seleccionado como target para el procesamiento, pida una CN con una frase apropiada a la descripción del paciente. La frase más común sería: "Mientras Ud, piensa en el incidente (o recuerdo), qué pensamientos se le ocurren sobre sí mismo?".

Si el paciente usa metáforas visuales para describir el target, Ud. puede preguntar sobre "las palabras que van con esa imagen". Sin embargo, con los pacientes que se refieren a su recuerdo con metáforas auditivas o kinestésicas, debe evitar frases como "cuando Ud. ve la imagen". Si la persona se refiere a impresiones auditivas utilice

esta idea como parte de su pregunta: "Cuando Ud. escucha que el niño llora, qué se dice sobre sí mismo?". De la misma manera, cuando un paciente describe una idea kinestésica: "Cuando Ud. siente el peso de su cuerpo sobre el suyo, qué siente que está pensando sobre sí mismo?".

Evite la pregunta: "Qué **sentimientos** tiene sobre sí mismo en esa imagen?". Estamos buscando una **creencia** no una emoción.

Para preguntar por la CP, diga: "Cómo le gustaría pensar sobre sí mismo cuando piensa en ese recuerdo (o incidente)?" Por la misma razón no pregunta: "Cómo le gustaría sentirse sobre sí mismo?":

Criterios de Selección para Cogniciones Negativas

El primer criterio de una CN es que es una creencia auto-referente, irracionalmente negativa. Esta evaluación auto-crítica y auto-acusatoria se basa muchas veces en la culpa ("Fue mi culpa") o en la vergüenza ("Soy repugnante").

Nótese que la CN es una creencia que continúa en el tiempo y que se piensa en el presente. La CN se deriva de recuerdos prominentes o prototípicos pero que mantiene su influencia sobre el paciente en el presente.

Un error común es aceptar una descripción de circunstancias, eventos o los atributos de otros que tienen un tono negativo como sustituto a una creencia negativa auto referente. Otro error común es aceptar una CN que sólo está localizada en el pasado y que no se relaciona con los problemas actuales del paciente.

Un ejemplo es la CN inicial de un paciente que siendo niño fue abusado y restringido por un adulto mucho más fuerte: "No lo podía parar". Esto es una descripción correcta de una circunstancia negativa. No es una CN apropiada porque no pasa la primera prueba. No es una

creencia auto-referente. Es una observación auto-referente. Note también que está ubicado en el pasado y por lo tanto no es una creencia actual.

Cuando el paciente ofrece una descripción, la forma más simple de desarrollar una CN es incorporar la descripción a la pregunta siguiente. En este caso podría ser: "Mientras recuerda no haber podido pararlo, que pensamientos se le ocurren sobre sí mismo?". Depende qué evoca esta pregunta, pero una CN más apropiada podría ser: "No me puedo defender" o "Es mi culpa".

El segundo criterio de una CN es que debe enfocar correctamente el problema actual del paciente. Como evidencia de este foco, el paciente debe indicar que acepta la CN como apropiada cuando el terapeuta se la repita. Una CN preliminar que no pasa esta prueba puede que describa el problema del paciente pero no de forma precisa, puede ser demasiado elaborada y verbosísima y no reflejar el esquema esencial que se relaciona con el evento.

Para desarrollar una CN que concuerda con este segundo criterio, el terapeuta debe escuchar muy atentamente y pasar por varias etapas para determinar cuál es el problema esencial para el paciente. Por ejemplo, un paciente, sobreviviente de abuso sexual en la infancia ofreció la siguiente CN preliminar: "Nunca puedo olvidar lo que pasó porque fue demasiado terrible y vergonzoso. El recuerdo de lo que sucedió siempre estará en mi mente como un recordatorio de que yo hice lo que me pedían que haga".

A primera vista podría parecer que la CN gira en torno a la calidad intrusiva del recuerdo. Esto podría llevar a una CN de: "Nunca puedo olvidar lo que pasó". Sin embargo debemos recordar que la meta del procesamiento EMDR es ayudar al paciente a cambiar el proceso disfuncional (creencia) ligado al recuerdo y no tratar de borrar el recuerdo.

A partir de más preguntas y reflexiones con el paciente, emerge que "la parte más terrible del recuerdo" era la vergüenza. Esto llevó al desarrollo de una CN enfocando la forma en que ese recuerdo estaba guardado: "Soy una persona terrible porque hice lo que me pidieron que haga".

Nótese que aún la CN mas corta "Fue vergonzoso", que puede ser adecuada para algunos pacientes, no fue apropiada en este caso. Para esta paciente el problema actual era vergüenza inapropiada y retraimiento a partir de requerimientos sexuales específicos del marido. Tanto el terapeuta como el paciente pensaban que estos requerimientos eran razonables y la paciente disfrutaba de estas conductas cuando ella las iniciaba. Pero como el problema ocurría como reacción a los requerimientos del esposo, la CN mas larga que incluía una referencia a una conducta en respuesta a otra, era esencial.

El tercer criterio de una CN es que debe tener una resonancia afectiva. La evidencia de que tiene una resonancia afectiva es que cuando el paciente dice o escucha la CN, siente más vergüenza, miedo, enojo u otra emoción. Una cuidadosa observación del paciente le dará generalmente al terapeuta la evidencia de esta resonancia afectiva. A veces es necesario hacer preguntas directas para confirmar la elección apropiada de una CN sobre la otra.

Algunos pacientes no muestran o sienten ninguna emoción significativa hasta que no haya comenzado el procesamiento de EMDR. Sin embargo, la mayoría de los pacientes revelan alguna resonancia afectiva cuando describen el material problemático o recuerdo "target". En estos casos la CN sólo puede ser considerada apropiada cuando evoca el mismo afecto que el paciente ha demostrado en el relato del problema.

El cuarto criterio de una CN es que es generalizable a otros posibles focos problemáticos.

La creencia en esta CN ha afectado al paciente en diversas formas, en distintos ámbitos, en diferentes épocas, incluyendo hasta el presente.

El error más común relacionado con este criterio es aceptar una CN demasiado específica al incidente. Esto puede implicar una referencia detallada al incidente pasado. Como por ejemplo: "Tendría que haber cerrado la puerta con llave". Es más claro decir: "No hice todo lo que tendría que haber hecho". Es más probable que esta segunda formulación esté más ligada a una variedad de situaciones análogas. Las otras situaciones quizás no tengan que ver con cerrar las puertas con llave, pero pueden llevar a la misma ansiedad o autocrítica o conducta de chequear y rechequear.

Criterios de Selección para las Cogniciones Positivas.

El primer criterio de la CP es que sea una declaración positiva, auto-referente. La CP es una creencia auto-validante que generalmente refleja confianza en sí mismo y autoestima. Sin embargo, no todas las CP son auto-referenciales. Una CP también puede reflejar seguridad ("Ya pasó") o la atribución de una responsabilidad (El/ella tenía problemas para recibir cariño) sin ser auto-referente.

Un error común en la selección de la CP es permitir una negación de una creencia negativa (doble negativo). Esto sucede a menudo cuando después que el terapeuta pide la CN, pregunta: "Que le gustaría pensar?". El paciente responde con un doble negativo. Por ejemplo, empezando con: "Estoy indefenso" podría llevar a: "Ya no me tengo que sentir indefenso".

En EMDR, no aceptamos esta forma "negativa" de formular la CP. En cambio buscamos una CP que sea la base para organizar el pensamiento, el sentimiento y la conducta de otra manera. En este caso la CP podría ser: "Estoy a salvo" o "Ahora me puedo proteger por mí misma".

Otro error común es permitir una CP que contiene pensamientos mágicos sobre la posibilidad de cambiar eventos pasados o atributos de las personas. Por ejemplo, un sobreviviente del incesto, cuya CN era: "No soy querible", declaró que prefería pensar, "Mi padre realmente me quiso". Cuando se le mostró el elemento mágico, la cambió por "Soy querible".

El segundo criterio de la CP es que enfoque correctamente la dirección de cambio deseada del paciente. La CP más positiva puede no ser aceptable para el paciente y se puede seleccionar una versión más diluida de la misma al principio.

Un error común es buscar una CP que sea un paso demasiado grande para el marco de referencia actual del paciente. Muchos terapeutas encuentran que después de procesar, la CP más fuerte puede ser aceptada. No obstante, seleccionar una CP diluida al principio, orienta en dirección positiva.

Un paciente empezó con la CN: "Ella nunca me quiso". La CN corregida fue: "No soy querible". El paciente no pudo generar una CP. El terapeuta le sugirió "Me quiero a mí mismo" que no fue aceptado por el paciente, así que el terapeuta le ofreció una versión diluida: "Puedo aprender a quererme ahora".

El tercer criterio de la CP es que sea generalizable a otros focos de preocupación, posiblemente relacionados con el actual problema. CP cortas de tres a ocho palabras son a veces las mejores. Sin embargo, este no es el factor central de su posibilidad de generalización.

El desafío de formular una CP apropiada es identificar los puntos esenciales o esquemas del problema actual del paciente. Una CP débil o periférica no enfoca bien o no generaliza a otros problemas importantes. Un paciente con fobia social vinculada a exigencias familiares comenzó con una CN: "No sé si puedo lograr sus expectativas". El terapeuta respondió: "Y cuando no sabe

si puede lograr sus expectativas, que piensa de Ud. mismo?”. La versión corregida de la CN fue: “No soy querible si fallo”. Cuando se le preguntó al paciente por la CP (“Y que le gustaría pensar”), la respuesta fue: “Les puedo mostrar todo lo que puedo lograr”. Este pensamiento mágico de la CP todavía estaba orientado hacia la CN inicial que es parte de un esquema en el cual ser querido está ligado a tener logros. Cuando se le mostró esto, el paciente seleccionó una versión corregida: “Soy querible como soy”.

El cuarto criterio de la CP es que tiene una resonancia afectiva positiva. En un principio esto puede ser esperanza, desconcierto o una aceptación escéptica de la CP. Después del reprocesamiento, generalmente la CP resuena con un afecto positivo con mucha más fuerza.

Un desafío común en la selección de la CP es que puede ser positiva, estar bien enfocada y ser generalizable pero no evoca ninguna resonancia afectiva. Una posibilidad cuando ocurre esto es que no haya sido seleccionada correctamente la CN. El terapeuta puede chequear si la CN evoca una respuesta afectiva importante.

Generalmente una CP apropiadamente seleccionada va a evocar alguna respuesta afectiva, aunque más no sea por la disonancia cognitiva. Por otro lado, algunos pacientes (como aquellos con depresión crónica o síntomas borderline) tienen muy pocos recursos de los cuales sacar respuestas afectivas. Otros, como los pacientes que intelectualizan mucho, pueden bloquear casi todas las respuestas afectivas, incluyendo las de la CP. Normalmente habrá alguna evidencia de afecto en la CP.

Conclusiones

He hecho una descripción de los principios amplios y de cuatro criterios específicos que pueden ser de ayuda para los terapeutas para buscar las cogniciones negativas y positivas. Mi objetivo fue enfocar los problemas más frecuentes con los cuales se encuentran los terapeutas

que utilizan el método EMDR en su práctica clínica. Esta lista no pretende ser ni exhaustiva ni absoluta. Se invita a los terapeutas que quieren formular otros principios o excepciones a aquellos que yo describí aquí a que compartan sus ideas con el autor o con la revista.



EJERCICIO DEL CHORRO DE LUZ

Fragmento del libro de F. Shapiro
“Movimiento ocular, desensibilización y reprocesamiento”

Traducción: Lic. Cristina García Sabarte

1. El terapeuta pide al paciente que se concentre en una pantalla blanca y note las sensaciones de su cuerpo mientras lo hace.
2. El terapeuta pide al paciente que traiga a la mente algo que lo perturbe y que note el cambio operado en sus sensaciones corporales.
3. Se repite este procedimiento hasta que el paciente fácilmente identifique las sensaciones corporales que acompañan al material perturbador.
4. Se le dice al paciente que la visualización es un ejercicio de la imaginación y que no hay respuestas correctas o erradas.
5. Se le pide al paciente que se concentre en las sensaciones corporales:
 - a) Si la sensación tuviera una forma, cuál sería?. Y lo mismo para lo siguiente
 - b) Tamaño
 - c) Color
 - d) Temperatura
 - e) Textura
 - f) Sonido

- g) Qué color favorito asociaría con la curación? (Que no sea el mismo de la sensación).
6. “Imagine que una luz de este color viene desde la punta de su cabeza y directamente a la forma en su cuerpo. Imagine que la fuente de esta luz es el cosmos: cuanto más la usa, más hay disponible. La luz se dirige a la forma y penetra, y penetra, resonando y vibrando en y alrededor. Mientras lo hace, qué ocurre en la forma, tamaño o color?”
7. Si el paciente indica que cambia de algún modo, el terapeuta continúa, repitiendo una versión del párrafo anterior (La luz se dirige, etc) y pide respuestas hasta que la forma se ha ido completamente, se ha vuelto transparente, ha tomado el mismo color de la luz o ha sufrido alguna otra transformación. Los cambios en la imagen son usualmente correlativos con la desaparición de las sensaciones perturbadoras.
8. Si el cambio no ocurre después del segundo intento, debe dejarse de lado esta técnica y buscar otra.
9. Después que el sentimiento que acompaña el material perturbador, se ha disipado, el terapeuta puede continuar en un tono lento: “Como la luz continúa dirigiéndose por esa zona, Ud. puede permitir que ella entre y suavemente llene su cabeza. Ahora deje que descienda a través de su cuello, entre sus hombros y baje por sus brazos, dentro de sus manos y por las yemas de sus dedos. Ahora permítale venir por su cuello y dentro del tronco de su cuerpo, fácil y suavemente, descender a través de su abdomen y nalgas, dentro de sus piernas, corriendo por sus piernas y fluyendo por sus pies”.

10. Cuando está totalmente relajado, se le pide que se conecte al contar 5.



***E-mail de Bea Scarlata, MA,
LPC, de la Discusión List
coordinada por
Andrew Leeds, Ph.D.***

Traducción: Lic. Ana María Giannini

En respuesta a un pedido de la
“Instalación de recursos”

He creado esta fórmula que utilizo con el paciente cuando estamos trabajando con su información acerca del problema, para determinar qué recursos serían más apropiados para él.

Utilizo los ítems presentados por Andrew Leeds, Ph.D. en la Conferencia Internacional de EMDR de 1997, que son los siguientes:

1. Piense en la situación que en este momento debe enfrentar.
2. ¿Es usted consciente de algún pensamiento crítico o sentimientos desagradables hacia sí mismo cuando piensa en esa situación?.
3. ¿Qué cualidad o cualidades piensa que lo ayudarían a manejar mejor esta situación? ¿Hay alguien que usted conoce o ha observado que haya enfrentado satisfactoriamente esta situación similar?. Si es así, ¿Qué cualidad o cualidades tiene esa persona para lograr esos resultados?. Si el paciente está bloqueado, pregúntele qué necesitaría para superar esas creencias que lo bloquean.
4. Concéntrese en esa cualidad que lo ayudaría a manejar mejor la situación problemática. Intente hacer surgir una imagen que represente esa cualidad. Podría

ser una persona, un objeto, un animal, cualquier cosa real o ficticia que le exprese esa cualidad de alguna manera.

5. Describa la imagen en detalle: color o blanco y negro, grande o pequeña, forma, textura, sonido, temperatura, etc.
6. Rescate cualquier emoción positiva y sensaciones asociadas que afloren mientras se concentra en esa imagen ¿Cuáles son y dónde las siente usted en su cuerpo?.
7. ¿Qué palabras o frase se relaciona con la imagen y expresa algo de la cualidad que usted quiere para mejorar en usted?.
8. Repita la palabra o frase descriptiva, junto con su emoción y cualidades sensoriales, y dónde esas cualidades están focalizadas en su cuerpo para fortalecerlas.
9. Ahora piense en esa cualidad, imagínela surgiendo de él (del objeto animado o inanimado elegido) e incorporándolo físicamente dentro de su cuerpo. Si es más grande que usted, introdúzcase dentro de él. Si es más pequeño envuélvalo, abrácelo y siéntalo disolverse dentro de su cuerpo, tome una respiración profunda y siéntalo desparramarse dentro suyo. **Instalar con estimulación bilateral.**
10. Ahora, concéntrese en la imagen, las palabras o frases, la emoción y la sensación corporal que se

asocian con dicha imagen y sienta qué ocurre. **Instalar con estimulación bilateral.**

11. Se repite la **estimulación bilateral por dos o tres sets más**, mientras la cualidad elegida se fortalece. Se interrumpe si surge algún material negativo y se cambia a otra cualidad que no produzca asociaciones negativas.
12. ¿Qué más necesita usted? (Se repite el proceso por cada cualidad que el paciente necesita instalar o fortalecerlo).
13. Si usted no puede experimentar la cualidad que usted desea, identifique alguna otra cualidad ausente que podría ayudarlo a experimentar la primera. Por ejemplo: determinación, autodisciplina, autoconfianza, creatividad, paz interior. (Encontrar esa imagen, una palabra clave, emoción, sentimiento y localización corporal para esa cualidad e **instalar con estimulación bilateral**).
14. NOTA: Si el proceso del EMDR produce una respuesta negativa o creencias bloqueantes (como "nada funciona conmigo") simplemente utilice el mismo procedimiento y vuelva al punto 3 y haga la pregunta: "¿Puede usted pensar en algo que en algún momento sí sirvió para usted?, "¿Qué cualidad piensa usted que lo ayudó en ese caso?" **Instalar con estimulación bilateral.**



UNA MODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO PARA TRAUMA DE EMDR

Steve Lazrove, M.D. New Haven, CT

Artículo extraído del Network Newsletter del EMDR Institute – 1995
Traducción: Lic. Cristina García Sabarte.

El trauma produce un cambio en nuestro sentido del yo, en nuestro sentido del significado del mundo, de su seguridad, de su racionalidad. Para mejor o para peor, la víctima del trauma no es más la misma que era antes del trauma. Una de las grandes fortalezas de EMDR es que específicamente reconoce la necesidad de la reestructuración cognitiva, así como también sirve como un medio que tiende a un final, el formular las cogniciones negativas y positivas. Este artículo hace hincapié en un obstáculo de la reestructuración cognitiva y describe una simple modificación del protocolo para trauma de EMDR, que puede ser muy útil para reestablecer el procesamiento detenido.

Método

Durante EMDR, se le dice al paciente que piense en su trauma, y mientras el recuerdo comienza a cambiar, se le dice “Déjelo ir, es sólo viejo material”. Bien. Es viejo material. Por la dimensión con que la persona está todavía viendo su trauma –como redefiniéndola a sí misma, o como necesario para dar un nuevo significado a su existencia– decirle “déjelo ir” puede ser como una ligereza o aún hiriente. Este conflicto impide el procesamiento cognitivo y puede interrumpir el progreso de la sesión de EMDR.

Han sido aconsejadas una cantidad de técnicas para ayudar a reestablecer el procesamiento (cambio en la dirección o velocidad de los movimientos, preguntar qué impide que el SUDs baje o el VoC suba, uso del entretejido cognitivo, etc.) usualmente con buenos resultados. Sin embargo, cuando un paciente está teniendo dificultades para dejar ir algún aspecto del trauma, puede ser porque éste tiene algún significado personal. En esta situación, se hace al paciente, esta pregunta específica, “Qué necesita usted retener y qué quiere dejar ir?”. Es esencial que la frase inicial diga “necesita” y que la segunda diga “quiere”.

Discusión

La pregunta así formulada, cumple cuatro objetivos.

1. Reconoce que puede haber aspectos del trauma que, aunque dolorosos, están cargados de un significado esencial y deben ser retenidos.
2. Sugiere que no todos los aspectos dolorosos del trauma son esenciales y que el cambio es posible.
3. Deja la decisión completamente en manos del paciente.
4. la pregunta es auto-reflexiva; al preguntar esto, el paciente debe remitirse a la experiencia, lo cual reestablece el procesamiento. Una vez dada la respuesta, el terapeuta dice, “Quédese con eso” y continúa con el protocolo estándar. Esta intervención puede ser repetida cuando sea necesario.

El siguiente es un ejemplo representativo del uso de esta intervención en un tipo de trauma. Los padres de duelo por la muerte de un niño suelen tener problemas para dejar de ir imágenes dolorosas. Esto no es porque les guste sufrir; más bien, ellos temen lo que pueda ocurrir si dejan ir los recuerdos. Por ejemplo, pueden temer que al dejar ir el dolor, todos los recuerdos de su hijo desaparecerán y que en esencia, el niño no existirá más, dejará de tener existencia, como si nunca hubiera existido. Además recordando el dolor original, su hijo se mantiene mágicamente vivo porque los padres sienten el mismo dolor,

mezclado con descreimiento, como cuando vivieron el momento en que se enteraron que el hijo había muerto. Manteniendo el sufrimiento, los padres no aceptan totalmente que ese hijo no está más. Preguntarle “Qué necesita usted retener y qué quiere dejar ir?” reconoce que los padres están haciendo un modo de síntesis del significado a un nivel más alto.

Como con toda terapia, pero especialmente con EMDR, el terapeuta escuchará un espectro de respuestas personales únicas. Una madre dijo, “Quiero recordarlo del modo como él era, no como lo ví en el hospital”. Esta respuesta significa que el recuerdo central del niño estaba intacto y que los recuerdos del sufrimiento no eran esenciales. Otros padres explicaron, “Necesito encontrar un lugar para él en mi corazón. Ese lugar será siempre doloroso, pero creo que es así como debe ser. Pondré mis recuerdos de él allí. No creo que sea correcto si no hay dolor”. Es común para los padres religiosos orientados espiritualmente, hablar de lo que significó la existencia de su hijo, suelen decir que ellos recibieron un “insight” a través del niño cuando vivía o después de muerto.

“Qué necesita retener y qué quiere dejar ir?” es una pregunta muy general y es útil también en otras problemáticas para reestablecer procesamientos interrumpidos. Esto también puede ayudar a obtener cierres cuando el paciente está teniendo problemas para generar una cognición positiva.



“EL SIGNIFICADO DE LOS SUEÑOS”

Winson, Jonathan. (1990)

Por **Andrew Sweet, Psy.D. Behavior Therapy Institute. Aurora, CO.**

Artículo aparecido en el Network Newsletter del EMDR Institute, Agosto de 1991.

Traducción: Lic. Cristina García Sabarte.

El Dr. Winson es un neurocientífico en la Universidad Rockefeller, que estudia el procesamiento de los recuerdos y específicamente el sueño en relación con el procesamiento.

Después de un breve panorama de la historia de los sueños y sus supuestos orígenes, describe su teoría de que el soñar es un aspecto central en el procesamiento de los recuerdos, específicamente aquel recuerdo que puede tener un valor de supervivencia para el organismo. Usando su investigación sobre animales subprimates, el Dr. Winson cree que ha logrado aislar una onda cerebral (theta) que es el marcados electroquímico para el procesamiento de información sobreviviente en el cerebro. También informa que en esos organismos más simples, la única otra vez que esta onda cerebral está presente es durante el sueño REM. Usando varias bases de datos, arma un convincente argumento de que el sueño REM puede ser el modo en que el cerebro organiza, selecciona, clasifica/procesa la abundante información del día que transcurrió. Los datos enumerados por este científico, son efectivamente impresionantes; y llevan al lector a relacionar estos ritmos theta con la activación del cerebro, en aquellas áreas del cerebro que supuestamente están asociadas con el procesamiento de los recuerdos y su almacenamiento. También dice que el valor evolucionario del sueño REM puede haber sido vital en el desarrollo de la supervivencia para los organismos más complejos. Establece la semejanza de esto con un método “paralelo” de procesamiento y de clasificación de información sumamente importante. El próximo paso, es establecer que los sueños humanos reflejan una estrategia individual para sobrevivir.

El Dr. Winson cita un interesante conjunto de datos sugiriendo que los sueños y sus asociaciones son frecuentemente relacionados con temas y pautas de la niñez. También puntualiza que los ritmos theta no han sido encontrados en primates u organismos más complejos y se necesita mucha más investigación.

Las implicancias de este artículo para EMDR es fascinante. Claramente, si el estímulo es inmovilizado en el cerebro, y la desensibilización por los movimientos oculares y el REM parecen liberar esos fragmentos, entonces la tesis del Dr. Winson puede tener mérito. Estoy particularmente intrigado con la población de PTSD la cual suele (no siempre) tener como parte de su historia, una muerte cercana, o un llamado aspecto cercano que tiene, en esencia, “impresa” una imagen en su mente.

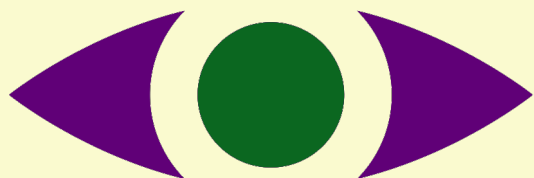
Es también un intento de ligar la tendencia del organismo a “expulsar”, o completar una imagen o relato, con el fenómeno de la pesadilla en el PTSD y el desdoblamiento que uno ve en los pacientes de EMDR. Es un poco difícil, para este escritor, imaginar que toda la carga emocional almacenada o información tiene esta clase de “valor de supervivencia” informada por Winson.



EMDR Lat

Ex EMDRia Latinoamérica

Buenos Aires © Argentina



EMDR Lat

Ex EMDRia Latinoamérica

Buenos Aires  Argentina

EMDR Lat es una organización cuya finalidad es la capacitación y difusión del método EMDR® a terapeutas e investigadores de Argentina y el Mundo.

EMDR Lat (Ex-EMDRia Latinoamérica)

<http://www.emdrialatinoamerica.com/>

+54 11 4804 3786

Noticias de

EMDR Lat