



EMDRIA
Latinoamérica
Asoc. CIVIL

Fundada en 1998 - Buenos Aires, Argentina

NOTICIAS

Publicación de Emdria Latinoamérica

Año 2010

Año 13, N° 2

EMDR

*Desensibilización y reprocesamiento
por medio
del movimiento ocular*

SUMARIO

<p>Aportes teóricos</p> <p>EMDR y Duelo (Segunda parte) Dr. Joany Spierings.</p> <p>Pag. 4</p> <p>Libro recomendado</p> <p>Inteligencia Erótica Esther Perel</p> <p>Pag.20</p> <p>Curiosidades</p> <p>Comentario extraído de la lista internacional de Facilitadores del EMDR Institute USA..</p> <p>Comentario de la lista internacional de terapeutas EMDR .</p> <p>Pag.21</p>	<p>Caso clínico</p> <p>Buenos resultados en solo tres sesiones Lic: Nora Benenti.</p> <p>Pag.24</p> <p>Espacio de cuentos</p> <p>El árbol de los problemas.</p> <p>Pag.26</p> <p>Novedades</p> <p>VII Congreso Mundial de Estados Depresivos y Simposio Internacional de Desordenes de Estrés Postraumático en Mendoza Dra. Sandra Magirena.</p> <p>Pag.27</p> <p>Editores</p> <p>Diana Arazi Andrea Belén Schnaith</p>
---	---

EDITORIAL

Esta revista invierno 2010 nos encuentra con muchos cambios.

La Comisión Directiva ha cambiado su conformación ya que por distintas razones cuatro miembros de la misma se han retirado a los que agradecemos calurosamente el trabajo realizado todo este tiempo.

Especialmente queremos mencionar el aporte del Lic. Juan Lucas Martin como editor de la revista.

Los que hemos quedado seguimos con las mismas ganas de propender al desarrollo del EMDR.

En este sentido EMDRIA Latinoamérica es uno de los auspiciantes de la primera jornada de "Terapias de Avanzada" donde EMDR tendrá un lugar preponderante.

Por otro lado creemos que este número tiene artículos muy interesantes.

En primer lugar publicamos la segunda parte del trabajo de Joany Spierings, EMDR y Duelo, traducido por la Lic. Diana Arazi.

También les informamos que un grupo de nosotros, La lic Diana Arazi, el Dr Miguel Angel Bianucci, la Dra: Sandra Magirena y la lic. Susana Nofal, fuimos al VII Congreso de Estados Depresivos y Estrés Postraumático representando a EMDRIA en una mesa redonda dedicada al EMDR. Les mostramos los resúmenes de los trabajos que se presentaron.

Nos parece muy adecuado traducir algunos intercambios entre terapeutas EMDR de distintas partes del mundo acerca de temas que nos preocupan. Presentamos dos de ellos. Como siempre abiertos a requerimientos de nuestros asociados los saludan calurosamente.

Los editores

Nueva presidente de EMDRIA

Queridos colegas: Desde hace años pertenezco a este grupo de trabajo del que estoy orgullosa. Por distintas razones varios compañeros se retiraron y varios de nosotros nos hicimos cargo de seguir trabajando para que el EMDR sea más conocido y utilizado. Creemos que es una herramienta muy valiosa para colaborar a que la gente viva mejor, lo cual es nuestro objetivo básico.

Escuché recientemente al DR. Pablo Solvey decir algo así como: "Cuando los terapeutas se ocupan más de la técnica que de las personas, yo me voy y sigo buscando quienes se ocupen de la gente, a través de técnicas que los ayuden."

En esto estamos los que trabajamos en EMDRIA. Encontrar diferentes formas para que los terapeutas se animen cambiar, incorporando y manejando nuevas maneras de trabajo terapéutico, siempre focalizados en las personas que se benefician con estos métodos. Estas formas son los ateneos, los desarrollos teóricos, la asistencia a congresos, la revista, las supervisiones, los cursos. Todos ellos agregan herramientas para emplear mejor el EMDR.

Estén seguros que la nueva CD, seguirá los pasos de las anteriores, siempre buscando superarlas creativamente.

Lic Diana Arazi

APORTES TEÓRICOS

EMDR Y DUELO Dr. Joany Spierings

Miembro de la Asociación Europea de EMDR
Co-coordinador de la Asociación Alemana-Europea de EMDR
Presidente de la Asociación EMDR Europea de Ayuda Humanitaria

Traducción a cargo de la Lic. Diana Arazi

Les recordamos que esta es la segunda parte de una síntesis de presentaciones del Dr. Joany Spierings, que es un facilitador Senior de EMDR , Holanda. En este numero aparece el trabajo referido al duelo Complicado. Repetimos que el colega llama así a lo que comúnmente se denomina “duelo patológico”. El Dr. Spierings cree que esta denominación es más adecuada para mostrar que los duelos pueden procesarse y resolverse aunque sean muy complejos.

DUELO COMPLICADO: FACTORES DE ALTO RIESGO

1. FACTORES ASOCIADOS ESPECIFICAMENTE CON LA MUERTE

1. Muerte repentina, absolutamente inesperada, especialmente cuando es traumática, violenta, mutilante o fortuita.
2. Muerte luego de una enfermedad excesivamente larga.
3. Perdida de un niño
4. Muerte, vista desde el deudo como evitable.

2. FACTORES QUE INCLUYEN VARIABLES ANTERIORES Y POSTERIORES A LA MUERTE.

1. Enojo o ambivalencia muy marcada, o una marcada dependencia con el muerto.
2. Pérdidas anteriores o simultáneas.
3. La sensación del deudo de muy poco sostén social.

DUELO COMPLICADO: FACTORES DE ALTO RIESGO

1. FACTORES ESPECIFICAMENTE ASOCIADOS CON LA MUERTE.

1. Muerte repentina, inesperada.

Especialmente cuando es una muerte traumática, violenta, mutilante o fortuita. El riesgo a complicaciones puede deberse a: que no hubo tiempo para prepararse, ni posibilidad de despedirse. Las circunstancias dramáticas, impresiones sensoriales muy fuertes y /o fantasías traen un estrés adicional. Las creencias acerca del mundo son cambiadas o quebradas, el mundo se convierte en algo peligroso. El aspecto traumático aumenta las posibilidades de reacciones aun más intensas, reacciones retrasadas, y el desarrollo de estrés pos-traumático. También puede ser muy difícil permitirse el enojo con alguien que murió violentamente.

2. Muerte luego de una enfermedad extremadamente larga

Esto a menudo significa: Un largo periodo de estrés con muchos momentos críticos. Inseguridad, incertidumbre; la experiencia del ser querido volviéndose cada vez más débil, y tener que ser testigo de sufrimiento y dolor. Hay pena anticipatoria, muchas despedidas muy tempranas.

Habrà tensión en la familia: conflictos y cargas desiguales. Habrà un esfuerzo físico, psíquico y emocional excesivo. En el final los miembros de la familia estarán exhaustos. Seguramente habrá secretos deseos de que eso se termine y culpa por esos deseos.

3. Perdida de un niño

Es la perdida más difícil. Violenta todas las leyes, el orden fundamental de la vida. Cuando hay aspectos de culpa, es muy difícil el perdón.

Es importante saber que un niño no nacido, recién nacido o en el otro extremo, hijos adultos, provocaran las mismas reacciones en los padres.

Muchas veces hay problemas con el sostén social: La gente se resiste a compartir y responder, porque eso representa sus peores temores.

Hay mucho resentimiento.

Hay problemas de relación luego de la muerte de un niño: Diferencias en el estilo del duelo, problemas para comunicar y compartir, necesidad de protegerse uno al otro, la persona que se busca para que de consuelo es la que también esta sufriendo....etc.

4. La muerte es vista por el deudo como que podía evitarse.

Es la queja típica que provoca mucha ira y también culpa.
Encontrarle un sentido es mucho más difícil.

II. FACTORES QUE INCLUYEN VARIABLES ANTERIORES Y POSTERIORES

1. Marcado enojo o ambivalencia, o marcada dependencia con el muerto.

Cuando se trabaja con un duelo tergiversado aparecerán patrones de duelo complicado.

2. Pérdidas anteriores o simultáneas.

Tiene que ver con pérdidas anteriores, u otros estresores previos. Las personas que han sufrido muchas pérdidas se pueden sentir responsables de una manera mágica , como si atrajeran el mal.

3. El deudo percibe falta de soporte social.

Debe quedar claro que estos factores no son exclusivos, se pueden combinar en casi todos los duelos complicados.

PATRONES DE DUELO COMPLICADO

1. DUELO NEGADO O AUSENTE

No hay muerte reconocida solo una separación que soportar.

Cuando no hubo confirmación de la muerte, sin contacto con el cuerpo.

El problema principal es comenzar el sufrimiento.

2. DUELO RETRASADO

El deudo decide consciente o inconscientemente, retrasar el sufrimiento, por razones más o menos razonables, por ejemplo razones familiares.

El problema principal es comenzar el sufrimiento cuando sea el tiempo exacto

3. DUELO CRONICO O DEMASIADO PROLONGADO

La persona queda en un estado de dolor agudo: Tristeza intensa, rumiación, protesta, depresión y ansiedad. Esto se ve después de relaciones muy dependientes, o en un sistema que no permite la recuperación.

El problema principal es terminar con el dolor.

4. DUELO DISTORSIONADO

Se DISTINGUEN DOS TIPOS.

Duelo distorsionado del tipo: **Enojo extremo**

Duelo distorsionado del tipo: **Culpa extrema**

Ambos pueden mantener una relación marcadamente ambivalente con muchos conflictos y temas pendientes.

Otras reacciones de duelo como tristeza y anhelo están ausentes en este tipo de duelo.

El problema principal es acceder a todo el espectro de reacciones.

5. DUELO TRAUMATICO

La persona queda estancada en el estrés pos- traumático, con la fuerza del trauma sin procesar, no pudiendo ingresar en el trabajo de duelo. El trauma queda en primer plano.

El problema principal es resolver el trauma y avanzar con la perdida.

PRINCIPIOS GENERALES DE TRATAMIENTO

PERSPECTIVA CLINICA

En todos los aspectos del duelo complicado hay dos tendencias básicas:

1. Seguir con la vida evitando abandonar lo que se perdió.
2. Negar, reprimir, o evitar aspectos de la perdida, los sentimientos de pena y la plena aceptación de sus implicancias.

Es importante destacar que el duelo disfuncional consiste en que la persona trata de negociar con la perdida, pero de una manera enfermiza.

El término “complicado” que se opone a” patológico, “significa que algo está mal y sin embargo puede corregirse.

El ánimo del terapeuta es des-complicar el duelo, trabajando a través de los bloqueos, resistencias, defensas y tratando de minimizar los factores complicados.

El material disfuncionalmente guardado puede ser removido hacia lo adaptativo.

Esta perspectiva acerca del duelo complicado, armoniza muy bien con la conceptualización del EMDR.

ACEPTACIONES Y NEGACIONES BASICAS

-Reconocer todas las pérdidas involucradas. Reconocer es el bálsamo en la herida de la pérdida. Al dar reconocimiento el terapeuta está diciendo: Si, yo veo tu pérdida, veo que estás sufriendo, estas pasando por un muy mal momento. Esta es una forma de contención. Poder dar un reconocimiento genuino y no solo usar frases técnicas, la propia tolerancia del terapeuta a las emociones negativas y el nivel de contención del que pueda ser capaz, juegan un rol muy importante.

-Dar permiso a todos los sentimientos involucrados. Es importante dar permiso explícito a todos los sentimientos negativos y positivos. Estar preparado para tolerar todas las reacciones incluidas la hostilidad.

-Dar psico-educación, métodos confrontativos, enseñanza sobre pesar y duelo. Las personas están muchas veces temerosas de hacer algo mal, de nunca recobrase, o sus propias reacciones las asustan.

-Identificar, nombrar, diferenciar, verbalizar.

-Es importante no prestar atención a la patología que puede tener esa persona y que no interfiera con el duelo. El terapeuta está ayudando a realizar el duelo, no a ser mejores personas. Hay un viejo dicho: "Si no está roto, no lo arregles"

-Mantener la perspectiva del sistema familiar del que está de duelo.

-La persona decide sobre el significado de la pérdida. Ver la pérdida desde la perspectiva única del que la sufre. Cada persona tiene derecho a su propio proceso de duelo, y-...

-No trate de explicar la pérdida en términos religiosos o filosóficos muy rápido. Hacer intervenciones en tiempo adecuado es muy importante; la intervención hecha en el tiempo inadecuado pierde su efecto.

-No espere sacarle el sufrimiento al deudo. ES importante que el terapeuta tenga alta tolerancia a la frustración. A veces es crucial que NO se pierda el sufrimiento, porque la pena puede servir a varios propósitos.

-No olvidar plantar la semilla de la esperanza. Trabaje desde la perspectiva de que la persona finalmente podrá acomodarse a la pérdida y finalmente podrá vivir saludablemente.

-No aceptar necesariamente lo que está en la superficie, trate de ir subrayando temas. Cuando una emoción normal en estos casos está ausente, tenga en cuenta esa omisión. Reaccione a lo que está ahí y también a lo que no aparece.

-Se debe reconocer que la repetición es parte del tratamiento, sin embargo es importante estar seguro que la repetición sirve a los fines del proceso.

Teresa Rando agrega cinco variables terapéuticas no específicas:

Presencia: "Estaré allí para usted".

Permiso: "Esta todo bien "

Paciencia. "Puedo acompañarlo el tiempo que usted necesite"

Ser predecible: "Puede contar conmigo "

Perseverancia: "Estaré mientras usted me necesite"

-El terapeuta debe estar con la persona: Debe permitir que aparezca el genuino interés y deseo de ayudar. Debe reconocer el verdadero valor terapéutico de su presencia.

-No tratar de minimizar la situación como producto de una defensa del terapeuta contra la desesperación de la persona. No permitir que la sensación de impotencia impida tender la mano a la persona que sufre.

-No permitir que las necesidades del terapeuta determinen el tipo de experiencia que tendrá la persona.

-El terapeuta debe reconocer sus propios temas con el sufrimiento y el duelo, porque van a aparecer en el proceso.

-El terapeuta debe cuidarse, después de sesiones muy intensas. No subestimar la posible reactivación de sus propias pérdidas.

LECTURAS RECOMENDADAS PARA LAS PERSONAS EN DUELO

Elizabeth Kübler-Ross: On death and life Thereafter, 1985

Este es un libro pequeño y muy conmovedor que da una idea de lo que podría ocurrir después de la muerte; ayuda a desarrollar una forma de contacto con la persona fallecida.

Harold Kushner: "Cuando a las buenas personas les ocurren cosas malas"

Escrito por un rabino luego que su hijo falleciera, ayuda a las personas a luchar contra creencias destruidas como: ("Esto no puede pasarme") y con la protesta: ¿Porqué a mí, donde esta Dios???

¿Como puede permitir que esto ocurra????

PSICO-EDUCACION EN LA AFLICCION Y EL DUELO

Es importante normalizar y legitimar afectos apropiados, creencias, deseos, temores, comportamientos y síntomas.

Es típico que la gente tema duelar demasiado y no poder nunca salir de eso, o demasiado poco y ser castigado con síntomas luego.

Nacer y morir son sucesos misteriosos en la vida del ser humano, poderosos arquetipos, por lo que la gente se acerca a ellos con temor y los mitos son muy influyentes. Ellos, muchas veces juegan un rol importante para hacer sentir vergüenza, culpa o ansiedad.

La tarea del terapeuta en psico-educación es preparar, explicar e interpretar, enseñar y confrontar los mitos.

Preparar para:

- Emociones y pensamientos que puedan venir para ayudar a crear expectativas razonables.
- Confrontar y manejar recuerdos traumáticos, reacciones frente a aniversarios..
- Volver a lugares y actividades dolorosas.
- Reacciones desde la red social, tanto positivas como negativas.
- Cambios en los valores.

Explicar e interpretar:

- La lógica de reacciones inmediatas.
- Trauma y aflicción, la destrucción de creencias.
- .Dinámica familiar: Cambio de roles, falta de sincronidad, diferencias en la regulación de emociones(culparse y culpar al otro) y culpa, preocupación y sobreprotección, menor capacidad de interesarse, competir en la aflicción , ser el que más sufre, secretos familiares.
- Diferencias de género: diferencias en la rapidez en recobrase, tipo de reacciones, anticipación a los potenciales conflictos y áreas conflictivas, interpretación del comportamiento del compañero.

Enseñar:

- Estrategias de auto-cuidado:

Poner palabras a la experiencia, llevar un diario, escribir cartas, buscar personas en quienes confiar, juntarse con grupos de personas que han tenido experiencias similares, tratarse con cariño, bajar las expectativas en las tareas que realiza, tratar de restablecer rutinas diarias lo más pronto posible, realizar actividades físicas.

- Estrategias de auto-control, o relajación
- Estrategias de fortalecimiento.

Confrontar mitos:

- La aflicción y el duelo declinan firmemente con el tiempo.
- Todos duelan de la misma manera.
- El duelo termina en un año.
- Un duelo largo e intenso es testimonio del amor hacia la persona fallecida.
- Para estar sano después de la muerte de un ser querido, se debe sacar a esa persona de la cabeza.
- Si no se está triste las 24 horas del día, quiere decir que no se amaba a esa persona.
- Si alguna vez se llora acerca de ese hecho, después de algunos años , quiere decir que no hubo ningún procesamiento de la situación.
- Si la persona esta aun en contacto con el ser querido, está loca y hay que encerrarla en un hospital psiquiátrico.

TECNICAS DE TRATAMIENTO

Veremos algunos protocolos de EMDR especialmente desarrollados para trabajar con la aflicción, después otras técnicas muy útiles, y combinaciones de EMDR y otras técnicas.

PROTOCOLOS DE EMDR Y SUS APLICACIONES

EMDR no cura, sino que quita los bloqueos que impiden que la gente se cure a sí misma. Ayuda a que las personas realicen su duelo, no lo evita. La gente puede realizar su duelo con menos angustia y culpa, con más paz interior.

Puede ser necesario trabajar con EMDR inmediatamente después de haber sufrido una pérdida:

- Para prevenir suicidios o comportamientos extremadamente disfuncionales
- Para reducir impresiones sensoriales intrusivas, imágenes, recuerdos o fantasías.
- Para contrarrestar rechazo masivo de la situación.

Steve Lazrove le pregunta a la persona:

“¿Acerca de lo sucedido, que es lo que **necesitas** guardar y que es lo que **quieres** dejar ir?”

-Puede haber aspectos del trauma que, aunque sean dolorosos, llevan un significado esencial y deben ser retenidos. Esto da permiso para ello.

-Sugiere que no todos los aspectos dolorosos son esenciales, y que el cambio es posible. Pone el control de las decisiones en la persona.

-La cuestión es auto-reflexiva: para contestar esa pregunta la persona debe volver sobre la experiencia, lo cual vuelve a poner en marcha el proceso.

Una vez que la persona responde el terapeuta dice: "Siga con eso" y continua con el protocolo estándar. Esta intervención puede ser repetida si fuera necesario.

El protocolo de Francine Shapiro para duelo excesivo:

Focos: Los eventos reales incluido el sufrimiento, y / o la muerte.

Imágenes intrusivas

Pesadillas

Disparadores actuales o recuerdos traumáticos

Temas de responsabilidad personal, moralidad, o pérdidas anteriores no resueltas.

Roger Solomon y Atle Dyregrov sugieren el uso del EMDR incluso para:

Culpa y auto-reproches, imaginarios o reales.

Relaciones ambivalentes

Sentimientos ambivalentes cuando se retoman actividades placenteras.

Estar inhabilitado para expresar reacciones

Desesperanza frente al futuro

Rabia mal dirigida

Ausencia de soporte social

OTRAS TECNICAS DE TRATAMIENTO

Rituales

Rituales de separación (dejar- tomar)

Rituales de transición (entrar en una nueva fase, purificación)

Rituales de incorporación (reunión, lazos fuertes)

Un ritual es un comportamiento o actividad específicos, que dan una expresión simbólica a ciertos sentimientos y pensamientos de un actor individual o de un grupo.

Los rituales tienen un gran efecto terapéutico, e incorporan una cantidad de propiedades curativas, proveen un “poner en acto” muy beneficioso, la legitimación de ventilar sentimientos, ayudan a encontrar focos simbólicos, aumentan la sensación de control, dan seguridad.

Ofrecen contención, protección frente a sentimientos muy poderosos. Un ritual, tiene un comienzo, un medio y un final, también un foco claro, esto ayuda a encauzar afectos y cogniciones indiferenciadas, ambivalentes y pobremente definidas.

Un ritual da permiso para llegar a una conclusión psicológica.

Algunas personas necesitan una estructura externa o autoridad que las libere de la obligación de demostrar sus sentimientos indefinidamente.

Los rituales colectivos aumentan la identidad grupal, la cohesión y la solidaridad.

Reafirma las relaciones entre los vivos, y ayuda a expresar y reflejar significados compartidos.

Las sesiones de EMDR tienen un significado ritual para muchas personas.

Trabajos de escritura

Llevar un diario

Escribir una serie de cartas al muerto

Escribir cartas a otras personas en momentos de tristeza,

Algunas personas encuentran maneras de expresión de sus sentimientos escribiendo poesía y sienten que eso les ayuda. Escribir es reafirmante en si mismo, encauza la expresión, y crea distancia.

Técnicas gestálticas para cerrar ciertos temas

Esto puede ser tanto un monologo (la técnica de la silla vacía) o un dialogo:

Perdonar o pedir perdón

Explicitar el dejar- tomar o decir adiós

Decir lo que no se ha podido decir antes

Decir ahora las necesidades que no pudieron ser dichas, y escuchar lo que él/ella le dice

Dialogo interno con la persona fallecida

Esto no sería una técnica, sin embargo enseño a las personas a hablar con sus seres queridos para que puedan pedir respuestas, guía, y consejo.

Pregunto: ¿Usted ya hablo de este tema con su ser querido? ¿Que le dijo? ¿Cómo se sintió?

Cuando la gente cree en la vida después de la muerte, y todavía tienen una conexión con el muerto, esto les parece natural. Para las personas escépticas les digo que uno nunca sabe si es uno mismo que da la respuesta o el ser querido. Sin embargo uno tiene **esta** respuesta y no otra.

Es una respuesta que tiene que ver con esa persona. En vez de preguntar: ¿Que dice? Yo pregunto ¿Qué diría? La persona fallecida puede ser un poderoso recurso para ayudar en el proceso de duelo.

Técnicas de imaginación

Visualización: Realizar una narrativa cuadro por cuadro visualizando a la persona en el ataúd, en el entierro, etc.....

Imaginería guiada: Reestructurar los recuerdos, Encerrar los recuerdos, guardarlos por un momento, etc.....

Desarrollar recursos: Ayudante interno, búsqueda de recursos, lugar seguro

COMBINACION DEL EMDR CON OTRAS TECNICAS

Estas técnicas pueden ser usadas en combinación con el EMDR de la misma manera que el entretrejo cognitivo: cuando el proceso está estancado, repeticiones (looping) o en otras situaciones que sea necesario.

EMDR y rituales

- Se puede sugerir un ritual para dar fuerza al proceso.
- A veces la persona espontáneamente trae su ritual en el curso de la sesión de EMDR: piensa en un gesto que simbolice sus sentimientos o el significado que descubra. Entre sesiones siguen con su ritual.
- Actuar un ritual en la forma de actividad interior es otra posibilidad.
- Trabajar con un objeto relacionante, un objeto que tenga un alto valor simbólico. Puede ser algo que represente a la persona fallecida, como una foto, o una carta, o un objeto que de expresión a algún importante aspecto del muerto o de la relación (algo que le perteneció, como un anillo, o una ropa favorita.)

EMDR y técnicas gestálticas para cerrar ciertos temas

Las técnicas gestálticas son muy poderosas en si mismas, pero combinadas con el EMDR lo son más aun. El impacto ahonda en el tema y se puede esperar fuertes abreacciones.

El EMDR permite realizar un trabajo en silencio, interiormente, lo cual es una importante diferencia. Algunas personas se sienten raros o molestos al tener que hablar a una silla vacía, y eso puede bloquear el proceso. Durante el EMDR ellos pueden decir cosas fuertes interiormente, y producir mucho beneficio.

EMDR y el dialogo interno con la persona fallecida

Muchas veces esto ocurre espontáneamente durante el procesamiento con EMDR. ES el mejor recurso. Como en el entretejido cognitivo: “¿Que pasaría si fuera tu chico?”

Se puede estar seguro que la respuesta vendrá desde el amor: habrá aceptación, perdón, animar a crecer, suavidad, cuidado.....

Lo mismo corre con el muerto como recurso: siempre buscar respuestas desde una perspectiva de aceptación / ayuda.

Otras aplicaciones:

Decirle al ser querido todas las cosas que la persona va a extrañar

Desafiar los dichos de la persona como: Nunca voy a poder.....Nunca podremos.....

Te fuiste para siempre y yo.....

EMDR y técnicas de imaginería

Aplicaciones posibles: Sugerir imaginaciones durante el EMDR: (Tal vez puede pensar en... o imagine que.....)

Imaginería guiada: Repasar escenas de la pérdida.

Encontrar otros finales para las pesadillas.

Visualizar el evento: Llenar los blancos en la memoria. Repasar la escena de la muerte, con más detalles cada vez. Lugar seguro, recursos.

TECNICAS ESPECIFICAS PARA LOS DUELOS COMPLICADOS

Primero buscar con la persona las razones por las cuales reacciona de esta manera.

Esto se realiza para encontrar creencias limitantes, material traumático irresuelto, cogniciones esenciales.

Dar siempre psico-educación cuando sea necesario.

1. DUELO AUSENTE O NEGADO

-El problema es comenzar con la aflicción

-Explorar con la persona las razones por las que no puede duelar.

-A veces el problema es la ausencia del cuerpo, o solo una confirmación negativa (No hay signos de vida)

-Tratar que la persona responda la pregunta: ¿Cuándo cree que va a saber?

-Usar visualización y técnicas gestálticas: La persona debe imaginar que esta frente a la persona fallecida, y le pide permiso para dejar de considerarlo vivo.

-Usar palabras que ayuden a soltar sentimientos, que hable en pasado, no en presente.

-Ayudar a que la persona tome una foto y diga: “Estas muerto y no te voy a volver a ver nunca más”.

-Trabajar para permitir reacciones: (combinado con EMDR):

Contar con detalle lo ocurrido

Exponerlo a recuerdos concretos, como fotos. Videos, objetos de valor, lugares conectados con la persona fallecida.

-Escribir cartas de despedida al muerto

-Tener una sesión en la escena del evento

-A veces el problema reside en el miedo a perder el control, o la creencia que la herida es tan inmensa que va a ser devastadora. Es importante dar primero psico-educación, si no es suficiente, tratar la creencia como si fuera una creencia bloqueante (¿Dónde aprendiste a pensar así?)

Si yo permito darme cuenta que mi amado está muerto, me voy a sentir muy solo, me voy a enloquecer.....Estos creencias disfuncionales pueden ser focalizadas usando EMDR.

-Otras técnicas para reducir el miedo a perder el control:

Decir que tome el tiempo que necesite

Trabajar una cosa a la vez

Redefinir “Perder el control”. Pasarlo a “necesaria expresión de los sentimientos” (significar el tema positivamente)

2. DUELO DEMORADO

El tema es empezar el duelo cuando sea el momento

-Explorar las razones por las cuales el duelo esta demorado. Razones racionales como: responsabilidades hacia niños pequeños, falta de seguridad, falta de contención, pueden ser investigadas y deben crearse pasos para habilitar el duelo.

-la persona debe encontrar las condiciones para empezar el duelo:

¿Qué necesitas para sentirte seguro? ¿Cómo puedes encontrar contención?

-El duelo demorado es muchas veces acompañado por la preocupación por el bienestar de otros. Esto debe incluirse cuando se formulan las condiciones del tratamiento.

-Razones emocionales como: miedo a emociones muy intensas, o miedo a perder el control, pueden ser trabajadas con EMDR (una intervención con entretrejo cognitivo muy útil puede ser: ¿Alguna vez escucho de alguien que no pudo nunca parar de llorar?)

-Tal vez sea necesario desarrollar recursos antes de comenzar el tratamiento: El terapeuta debe reconocer que cualidades necesita desarrollar la persona para poder estar más conectada con el proceso de duelo.

3. DUELO CRONICO O PROLONGADO

El problema principal es terminar con la aflicción

Algunos mitos como "Si termino el duelo la persona morirá otra vez" o "Mi duelo es prueba de mi amor", impiden la terminación del proceso. Allí es necesaria la psico-educación.

-A veces hay una competencia familiar respecto al que más sufre. Alguien con autoridad fuera de la familia debe terminar con este proceso destructivo y permitir la terminación del duelo.

- En personas muy dependientes la creencia negativa es: "No podre vivir sin"EMDR y terapia del comportamiento son muy útiles en estos casos.

-Es importante en casos de duelo crónico no tratar de sacar el sufrimiento. Lo que se busca es "Fortalecer a la persona para que tolere mejor la pena", "Suavizar la pena, hacerla más tolerable"

La pena puede tener varias funciones para el que está de duelo:

Pena como castigo: Por pecados por omisión o cometidos.

Pena curadora: Disminuye la herida y promueve la cura.

Pena como enseñanza: La pena enseña una y otra vez que la persona murió.

Pena como conectora: Como una conexión con el muerto, un lazo.

Pena como testimonio: La cantidad de pena es testimonio de la cantidad de amor.

Pena como redención: La pena ayuda a tolerar la culpa.

Pena como señal: Que algo requiere atención.

Pena como niveladora: La pena iguala a la gente. Nadie escapa a ella, no importa cuán pobre o rico sea, no importa raza o religión.

Pena como símbolo de fuerza: La persona que tolera la pena y principalmente si la tolera estoicamente, es fuerte, competente y valiente.

Encontrar el significado de la pena antes de tratar de quitarla.

-El dolor da derecho a pedir atención de la gente que está alrededor. Para algunas personas la identidad de ser “el que duele” es la mayor fuente de ganancia psicológica: Da toda clase de derechos y libera de toda clase de obligaciones.

-Entretejido cognitivo: **Balanceo**

Dígale a la persona que su vida conoció tragedias. (Ponga sus manos para simbolizar una balanza. En una mano, ponga mucho peso en los dolores que la persona tuvo que sufrir).

La única cosa que se puede hacer y debe hacerse, para que haya justicia, es poner el mismo peso en el otro lado. Ese será el peso de las cosas buenas de la vida. La justicia requiere que experiencias como alegría, amor etc. deben recogerse para contrarrestar la tristeza y el dolor.

3. DUELO DISTORSIONADO

El problema principal es tener acceso a todo el espectro de sensaciones

-Dar psico-educación sobre la ambivalencia y el derecho a duelar por aquello que no estuvo en la relación.

-Identificar las emociones que faltan, explorar porqué falta. Encontrar y focalizar en los bloqueos.

-En los duelos en los cuales hay mucha ira/ culpa: Buscar las raíces y trabajarlas con EMDR. La culpa puede ser una defensa contra la ira, la ira puede ser una defensa contra la tristeza, etc...

- Terminar lo que quedo inconcluso con EMDR y Gestalt.

- A veces un ritual puede ser curativo.

-No trate de sacarle el dolor a la persona como harán los que están a su alrededor. La culpa puede tener una importante función como en el trauma.

-Ayudar a que las personas enfrenten su culpa no que la eviten, así el proceso puede realizarse.

-Dar educación acerca de la diferencia entre culpa y sentimientos de culpa: Si se hizo algo malo la culpa es pertinente. Si es así se debe responsabilizar de la situación y reconocer su culpa. Desde allí se debe tratar de reparar con la persona indicada. Si no es posible, se debe tratar de hacerlo con otra persona. Se puede pedir perdón a la persona involucrada, a otra, a si mismo o a Dios.

Si no se hizo nada malo, sentir culpa no es adecuado.

-Entretejido cognitivo: “¿Que necesitas para perdonarte?”

5. DUELO TRAUMATICO

El problema principal es resolver el trauma y seguir con la perdida

-Imágenes y pensamientos traumáticos:

EMDR

Técnicas de imaginación

Técnicas de control

Enseñar a parar los pensamientos

-Reacciones evitativas:

Acercamiento gradual a recuerdos y pensamientos desagradables

Exposición planeada a la escena del evento o al lugar del entierro

Exponer a la persona imaginariamente a las escenas dolorosas

Música , danza, arte.

Escribir diarios y cartas

Rituales

-Síntomas de mayor ansiedad y excitación:

EMDR

Técnicas de relajación, lugar seguro

Imaginería positiva

Sugestiones hipnóticas

Medicación

6. DUELO CON SOMATIZACIONES

El problema principal es re-conducir los síntomas hacia las reacciones normales del duelo

Para algunas personas desarrollar síntomas físicos es la única manera permitida de expresar las emociones, especialmente gente mayor y de otras culturas

-Preguntar:

”¿Si la pena hablara que diría?”

“¿Si esta pena quiere enseñar algo, que sería? “

-Pedir un dibujo de la pena

-Comenzar un dialogo con la pena

-Pedir que ponga su mano en la pena

-Que respire en la pena

-Poner luz en la pena

-Combinar estas técnicas con el EMDR

-Síntomas somáticos y quejas, a menudo identificándose con los síntomas de muerto, toman el lugar de los sentimientos y reacciones de duelo.

LIBRO RECOMENDADO

Presentamos este libro porque esta temática llega muy frecuentemente a nuestros consultorios.

Es un libro que aborda esta problemática de manera ágil y amena.

Creemos que puede ser usado por los terapeutas y también recomendado para nuestros pacientes.

Titulo: Inteligencia Erótica , Claves para mantener la pasión en la pareja

Autor: Esther Perel

Ediciones Temas de hoy, 2007, Madrid

2010 editado por Grupo editorial Planeta, Buenos Aires

RESÚMEN

¿Cuál es la causa de que las relaciones sexuales empeoren en parejas que dicen quererse más que nunca?

La autora explica la paradoja de que en estos días de revolución sexual, liberación femenina y normalización de lo que anteriormente se consideraban tabúes, las parejas tengan menos relaciones que antes.

Descubre la manera de evitar que el estrés, una vida demasiado ocupada o la llegada de los hijos influyan en las relaciones de pareja, y da modelos para superar los obstáculos y las inquietudes que surgen cuando la necesidad de una relación estable se enfrenta a la búsqueda de la pasión.

Un libro que anima a cuestionamientos personales, a que se hable sobre lo que normalmente no se habla y a que no se tenga miedo de desafiar lo sexual y emocionalmente correcto.

CURIOSIDADES

Presentamos esta respuesta a un pedido de bibliografía de una facilitadora EMDR. La realiza , Farnsworth E. Lobenstine, terapeuta y facilitador EMDR, que no pretende curar una bipolaridad sino que observa que en ella hay muchas situaciones traumáticas que, determinan TEPT (trastorno por estrés postraumático) que se pueden procesar y resolver con EMDR y ayudan consistentemente en esta patología.

Tengo un paciente de 30 años que tiene un desorden bipolar bastante bien manejado que trabajó muy bien conmigo durante 3 años .
Nuestro trabajo transformó su vida hasta alcanzar mucha estabilidad en su desorden bipolar. Yo veo, los dos desordenes (TEPT y Bipolaridad) como separados y muy conectados. Estuvo hospitalizado una vez, a los 19 años, la medicación le causó una reacción psicótica. Después de 6 años de bajas dosis de LITIO , convenció a su doctor de que lo mantenga en una dosis alta, (1500 mg?) de litio, lo cual ayudó mucho en estos 9 años. De cualquier manera tenía ideación suicida frecuente incluso cuando lo conocí, la cual controlaba con un deseo muy fuerte y un intenso programa de ejercicios. Durante la ruptura psicótica, él recobró el recuerdo de un abuso sexual muy traumático realizado por un familiar. Esto le dejó un terror hacia todos los hombres que continuó a pesar de 12 años de artes marciales. Focalizando en este trauma inicial y su TEPT complejo a partir de sus padres disfuncionales y peligrosos, se logró una completa remisión de su miedo a los hombres. Esto le dio la posibilidad de una mejor forma de vida, con algunas ideas suicidas durante pocas horas bajo estrés extremo y con mucho más tiempo en la naturaleza y en el gimnasio. El EMDR le permitió sostenerse solo, y lo despegó del ciclo interminablemente abusivo con sus padres y con su supervisor académico, con quien había repetido la relación que tenía con sus padres. A partir de esto el paciente obtuvo mucha seguridad y respeto por sí mismo. También focalizamos en sus relaciones con las mujeres, (lo cual resultó en mejores posibilidades con ellas) y aumentó sus habilidades. También pudo graduarse. Igual nunca se le ocurrió bajar la dosis de Litio. Muchas gracias

Mensaje enviado a la lista de EMDR USA

Soy un terapeuta relativamente nuevo en el tratamiento EMDR, pero he encontrado que algunos pacientes responden mejor al “tapping” que a los “movimientos oculares”, porque pareciera que necesitan poder cerrar los ojos para sostener la imagen/emoción/sensación corporal/cognición. Yo me pregunto si estas personas tienen una dificultad para concentrarse con los ojos abiertos, o es que el “ver” la imagen agrega mayor potencia al reprocesamiento. En ellos no pareciera haber una “tendencia” al componente visual del EMDR, ya que estos pacientes reportan cambios en todos los aspectos del reprocesamiento.

¿Algunas ideas al respecto?

Algunas contestaciones aportadas por diferentes terapeutas EMDR a la lista:

Varios puntos a considerar al respecto de la pregunta planteada:

- 1) La Estimulación Bilateral (BLS) causa que las imágenes desaparezcan o cambien.
- 2) Durante la Estimulación Bilateral, no es esencial que los pacientes mantengan una imagen/emoción/sensación, solo que ellos permitan que ocurra lo que sea, y que noten eso que ocurre, sin intentar provocar que algo específico ocurra tratando de mantener una imagen. Por lo tanto es común que los pacientes no reporten ninguna imagen, emoción o sensación una vez que la Estimulación Bilateral ha comenzado, y eso no significa que el paciente no está procesando.
- 3) En el caso de comenzar a utilizar Movimientos Oculares (o cualquier tipo de Estimulación Bilateral) y que el paciente reporte que nada ocurrió, entonces el terapeuta debería considerar:
 - a) El paciente tiene alguna dificultad con iniciar el proceso y hace falta alguna intervención para iniciarlo:
 - Cambiar la dirección de los Movimientos Oculares, o tal vez hacer sets más largos.
 - Preguntarle que siente en el cuerpo.
 - Hacer un Entretejido Cognitivo para quebrar una Creencia Bloqueante.

La posición del EMDR Institute USA es la de usar Movimientos Oculares siempre que sea posible, y ofrecer estimulación Táctil o Auditiva cuando los Movimientos Oculares no están funcionando. Por lo tanto si todo ello falla, entonces:

- b) Considerar que el paciente no está accediendo suficientemente al blanco de reprocesamiento (tal vez por estar demasiado presente en el momento y en la habitación) y necesita adentrarse más en el blanco, por lo tanto habría que cambiar a Tapping o Tonos auditivos, y sugerirle que cierre sus ojos. Esto usualmente lo ayudará a adentrarse en el reprocesamiento.

Mi opinión es que si el paciente mantiene los ojos abiertos, entonces puede mantener un pie en el presente, y un pie en el pasado, facilitando así el proceso de Atención Dual. Cerrar los ojos lo hace poner los dos pies en el pasado, algo deseable a veces (por ej. cuando el paciente tiene problemas para catectizar el blanco), y a veces algo indeseable (por ej. cuando hay propensión a la disociación).

Hola: ésta puede ser una parte engañosa o difícil del Protocolo. La forma en que yo la explico a mis pacientes es que yo los voy a ayudar a acceder a distintos aspectos de la

memoria (Assesment Phase), y que después les pediré que mantengan alguno de esos aspectos de la memoria en su conciencia por un momento. Y luego, cuando comencemos los Movimientos Oculares (Desensitization Phase), su trabajo sólo consiste en notar lo que aparece. Que no traten de aferrarse a eso, ni traten de apartarlo de la conciencia... sólo dejar al cerebro ir donde necesite ir. Entonces, la cuestión no es que los pacientes sean capaces de sostener la memoria. No queremos que ellos se sostengan allí una vez que comenzamos el reprocesamiento con la Estimulación Bilateral. Eso es sólo el punto de inicio. Yo también acuerdo con el Instituto en usar Movimientos Oculares como primera forma de hacer Estimulación Bilateral. En la mayoría de los casos es lo más efectivo realmente. Encuentro que con muchos pacientes los Movimientos Oculares en forma diagonal son muy efectivos, por eso tiendo a cambiar de horizontal a diagonal, y viceversa. También tiendo a cambiar al Tapping en la parte exterior de las rodillas cuando quiero proceder más suavemente con el paciente, o cuando quiero ayudar al paciente a que se mantenga parcialmente en el presente. El Tapping provee una forma de conexión más directa conmigo, con nuestra relación terapéutica y con el ambiente que lo rodea. Y si quiero incrementar eso todavía más, le pido al paciente que mantenga el contacto ocular conmigo mientras le hago el Tapping. Luego usualmente vuelvo a los Movimientos Oculares.

Cuando yo uso el Tapping, es cuando los pacientes tienen dificultades en hacer el tracking con los ojos. Cuando ellos paran el movimiento de sus ojos durante los sets de estimulación. O cuando bajan la velocidad, o cuando no pueden seguirlos. Antes de cambiar al Tapping, primero trato de ver si pueden seguir un objeto en mi mano, como un juguete, o muevo mis dedos un poco diciéndoles que “empujen mis dedos con sus ojos”, etc.

Otro comentario acerca de aferrarse a una imagen. Probablemente voy a plagiar mal a Francine (Shapiro), pero en su texto ella afirma que la imagen, los pensamientos y las sensaciones en el cuerpo son donde uno comienza. Que el paciente, aferrándose a este paquete inicial luego de haberse iniciado la Estimulación Bilateral con Movimientos Oculares, impide el reprocesamiento adaptativo. En términos de la metáfora del tren moviéndose por las vías, aferrarse a una imagen por ejemplo, es como parar el tren para quedarse viendo la escena traumática. El paciente está atascado. El moverse de allí es lo que permite al material disfuncionalmente archivado ligarse a material más adaptativo. “Notarlo y dejarlo ir...”

Entonces, en mi imaginación, es como prender tu poderoso auto de 60 caballos y dejar el embrague apretado sin soltarlo mientras acelerás. No vas a lograr mucho movimiento... Vas a estar atascado en el lugar quemando gas o las ruedas hasta romperlo. Vas a estar atascado en la información maladaptativa del trauma sin moverte. Creo que saqué esto del Capítulo 6 del libro de Shapiro (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) pero no pondría mis manos sobre el fuego al respecto esta noche. Solo dormí 3 horas anoche, y no tengo suficientes neuronas funcionando para ligarlas con material adaptativo que “creo” recordar...

Entonces, queremos que los pacientes pongan su auto en movimiento, y que solamente “noten lo que viene”, mientras la atención dual los conduce calle abajo.

Otra cosa acerca de los ojos cerrados, según lo entiendo yo, es que favorecería a un paciente que disocie. Y también que hace muy difícil al terapeuta monitorear si el paciente está disociando. Entonces, incluso si estoy usando Tapping, quiero que mis pacientes mantengan sus ojos abiertos.

La batería de mi computadora me dice que es tiempo de decir bye, bye.
Lo mejor para ustedes...

CASO CLÍNICO

Un tratamiento breve en tres sesiones

Lic Nora Benenti

Caso Betty:

Este es un caso que elegí porque es una paciente que tuvo pocas sesiones donde se resolvieron varios temas.

Es una persona que tuvo ya varios tratamientos .

Trae como motivo de consulta un trastorno del dolor .

Por otro lado presenta dificultades para realizar elecciones con libertad.

Betty tiene 50 años es profesional, divorciada, vive en un pueblo, viene a la ciudad buscando una orientación psicológica .

Cuenta que su madre fue siempre muy despistada, que nunca los cuidó bien ni a ella ni a su hermano, 3 años menor. Ella tenía que cuidar al hermano cuando los padres salían y algunas veces su hermano sufrió accidentes a causa de ello. Cree que estas situaciones, que ella vivió con mucha angustia y culpa deberían ser trabajadas.

También me cuenta que está con un corsé ortopédico a causa de un dolor paralizante en la cintura, en la zona posterior.

Otra cosa que le llama la atención es que su gordura tiene la forma de un salvavidas alrededor de la cintura y por encima de esta.

Como debe volver a su pueblo dentro de dos semanas, quedamos en vernos en 3 días.

En la segunda sesión le pregunto por situaciones que recuerde como traumáticas.

Ella responde que sufrió un abuso pero que no cree que eso este relacionado con sus problemas.

Teniendo 7 años y aprovechando una distracción de su madre, un señor la agarró por detrás (en la zona del salvavidas) y la frotó en la espalda (la zona del dolor actual)

Decidimos trabajar esa escena.

Creencia negativa: No puedo defenderme

Creencia positiva: Me gusta como soy VOC: 3 (luego del procesamiento cambia a 7)

Emoción: Rabia SUD: 8 (cambia a 0)

Perturbación corporal: Piernas endurecidas Dolor en el plexo solar.

Al procesar recuerda haberle dado al señor, un codazo.

En la tercer sesión explica que ya no tiene dolor y no usó en estos días el corsé.

Comenta que tiene una sensación de inmovilidad en las piernas, recordando que vive en un pueblo en el que hay mucho barro y no confía en sus piernas para ir caminando, tampoco se anima a usar sola el auto.

Le pido luego que flote hacia atrás hacia la primera vez que sintió esta inmovilidad en las piernas, usando floating back.

Recuerda una situación, a los ocho años, en que la familia quedó atrapada en un lugar peligroso con el auto y no podía arrancar.

Trabajamos esa escena.

Creencia negativa: No puedo disfrutar

Creencia positiva: Puedo disfrutar VOC 2 (Cambia a 6)

Emoción: Rabia SUD 8 (Cambia a 0)

Sensación: Tensión en las piernas.

Al procesar, surge su necesidad de comenzar una tarea laboral que le causa mucho placer y le permitiría moverse por el mundo y disfrutar de una forma de vida muy deseada. Decide trabajar en turismo.

Había desechado ese trabajo eligiendo otro muy sedentario, en contra de su deseo, a partir de estas dificultades para moverse.

Se instalan sensaciones positivas que van apareciendo como libertad y liviandad.

Decidimos terminar las sesiones ya que ella tiene que volver a su pueblo

Siente que puede manejar y también que podrá ser más libre y viajar más, solo falta probarlo en la realidad.

A los pocos meses recibo un mail donde me confirma que maneja y está comenzando tareas de turismo.

ESPACIO DE CUENTOS

El árbol de los problemas

Había contratado un carpintero para ayudarme a reparar mi vieja granja. Él acababa de finalizar su primer día de trabajo que había sido muy duro. Su sierra eléctrica se había estropeado lo que le había hecho perder mucho tiempo y ahora su antiguo camión se negaba a arrancar.

Mientras lo llevaba a su casa, permaneció en silencio. Una vez que llegamos, me invitó a conocer a su familia. Nos dirigíamos a la puerta de su casa y se detuvo brevemente frente a un precioso olivo centenario. Tocó el tronco con ambas manos.

Al entrar en su casa, ocurrió una sorprendente transformación. Su bronceada cara sonreía plenamente. Abrazó a sus dos pequeños hijos y le dio un beso a su esposa. La energía había cambiado completamente. Posteriormente me acompañó hasta el coche.

Cuando pasamos cerca del olivo, sentí curiosidad y le pregunté acerca de lo visto cuando entramos.

- Ese es mi árbol de los problemas, – contestó

- Sé que no puedo evitar tener problemas durante el día como hoy en el trabajo por ejemplo, pero no quiero traer estos problemas a mi casa. Así que cuando llego aquí por la noche cuelgo mis problemas en el árbol. Luego a la mañana cuando salgo de mi casa los recojo otra vez.

- Lo curioso es, – dijo sonriendo – que cuando salgo a la mañana a recoger los problemas del árbol, ni remotamente encuentro tantos como los que recuerdo haber dejado la noche anterior.

Maestro: si te centras en el ahora desaparecen todos los problemas.

Fuente: autor desconocido.

NOTICIAS

Dra Sandra Magirena

Del 18 al 20 de Agosto, se realizo en la ciudad de Mendoza el VII Congreso Mundial de Estados Depresivos y Simposio Internacional de Desorden de Estres Postraumatico, donde asistieron figuras internacionales como Lisa Najavit y Alexande Neumeister.

Dentro de las actualizaciones en terapéutica del TEPT, EMDR tuvo un lugar destacado.

Queremos remarcar que se realizo una encuesta a los asistentes sobre terapéutica, donde se incluyo EMDR entre los modelos de primera elección

Emdria Lat , participo con una mesa redonda sobre EMDR y trauma , a cargo de las Licenciadas Diana Arazi ,y Susana Nofal y los Dres , Sandra Magirena y Miguel A Bianucci , A continuación compartimos con Uds un resumen de los trabajos presentados

EMDR Y DESASTRES NATURALES

Lic. Susana Nofal

Lic. en Psicología (UBA, 1970)

Facilitadora Senior EMDR Institute (1995 - USA)

EMDRIA Approved Consultant & Certified Therapist (2000 - USA)

Los desastres naturales son eventos súbitos, nefastos, sin o con poco aviso previo, que afectan a grandes sectores de la comunidad. Implican pérdidas de todo orden, significan quiebre, y desorganización que exceden los recursos de las personas para enfrentarlos.

E.M.D.R. (movimiento ocular, desensibilización y reprocesamiento) es un abordaje integrativo de psicoterapias, con un marco teórico y técnicas específicas para intervenciones en crisis y catástrofes. En Internet se puede ver que existen en el mundo múltiples investigaciones que muestran su eficacia a través de estudios controlados y comparados sobre el tratamiento del desorden de estrés post-traumático de muchas víctimas de catástrofes naturales. Ejemplo: Grupos EMDR-Asistencia Humanitaria ayudaron a sobrevivientes de Haití, Katrina, Tsunami, India, Méjico, El Salvador, Chile, Argentina, etc. avalando su elección para resolver el TEPT. Se explicará sucintamente en qué consiste este innovador modelo de psicoterapia con ejemplos clínicos de tratamientos de niños, adolescentes y adultos con traumas psíquicos producto de las inundaciones en Santa Fe en el 2004 (Programa de Asistencia Humanitaria de EMDRIA Latinoamérica). Se mostrarán intervenciones clínicas en el abordaje grupal e individual. Se explicará cómo desensibilizar y reprocesar las reacciones emocionales post-evento crítico en los afectados, aliviar su sufrimiento y facilitar su reorganización y normalización previniendo así su deterioro psicosocial.

EMDR y SEXUALIDAD

Dra. Sandra Magirena

Médica (UBA) Especialista en Ginecología. Infanto Juvenil.

Sexóloga Clínica.

Terapeuta EMDR (EMDR Institute ,USA).

La terapia sexual se basa en dar alivio a los síntomas sexuales del paciente y suele apartarse de las técnicas tradicionales por combinar una serie de experiencias sexuales prescriptas y de psicoterapia desde un concepto psicodinámico , y permite la incorporación de otros modelos como las terapias corporales , los modelos cognitivos y las terapias de tercera generación.

La respuesta final que buscamos con EMDR es la desensibilización , comprensión profunda espontánea, sentimientos y emociones positivas, y reconocimiento de recursos positivos . Esto se logra por los efectos del reprocesamiento a nivel neurofisiológico.

El modelo EMDR puede ser utilizado dentro de la terapia sexual en los siguientes problemas Fobias sexuales ,Trastornos por dolor (vaginismo), Eyaculación precoz, Historia de abuso sexual infantil, Violaciones

También en situaciones relacionadas con la sexualidad donde aparezcan creencias limitantes (“no soy deseable”, “no voy a poder penetrar”, “si no logro tener orgasmo me deja”)

Es usado no sólo para resolver el material emocional perturbador derivado de eventos traumáticos sufridos por las personas, sino también como un medio para potenciar estados emocionales positivos, con el fin de facilitar el crecimiento natural y el proceso curativo.

Es frecuente encontrar antecedentes de abuso sexual en la infancia, en mujeres adultas que consultan por disfunción o fobias sexuales, y existe clara evidencia de relación entre este tipo de trauma y la depresión.

Esto nos ha llevado a comenzar una experiencia clínica aplicando el modelo EMDR adaptado a niños ,para ser empleado en víctimas de abuso sexual , como protocolo de trauma reciente , destacando la importancia de reprocesar el trauma con el propósito de disminuir la carga emocional y los síntomas psicofísicos asociados .

TRAUMA Y ADICCIONES

Dr. Miguel Angel Bianucci
Medico Psiquiatra (UBA)
Especialista en adicciones
Facilitador Senior (EMDR Institute USA)

- Las situaciones vitales que experimentamos como traumas pueden carecer de sentido, fuera de lo normal; no las integramos en nuestro contexto normal del vivir .
- Sino procesamos el trauma, tendremos consecuencias. Especialmente trastornos de ansiedad

¿QUÉ ES UN TRAUMA? Desde la Neurofisiología

- El Dr. Hamer encontró que tal tipo de conflicto tan imprevisible (enojo ó preocupación imprevista, una pérdida ó separación inesperada, un insulto u ofensa inesperada, abuso, etc.) ocurre no sólo en nuestra psique, sino también en el cerebro y en el órgano correspondiente de forma simultánea

LA DROGADICCIÓN

- La drogadicción es una enfermedad que se manifiesta por el abuso de sustancias o por conductas adictivas que afectan el cerebro de un gran número de seres humanos

¿QUÉ TIENEN EN COMÚN LAS ADICCIONES A DROGAS Y LAS COMPORTAMENTALES?

LA COMPULSIÓN

Incontrolable, Irracional y Ego distónica

INTEGRACIÓN DE TRATAMIENTOS PARA DETENER EL ANHELO IMPERIOSO

- EMDR
- TCC
- TIC
- EFT
- Medicación (IRSS y Ansiolíticos)
- T. Sistémica
- Camilla electromagnética
- Meditación (llevan al cerebro a ondas Alpha)

- Homeopatía

Ibogaine

La respuesta a

“LO NECESITO YA”

- 1) Responsabilidad de decir “NO”
- 2) Prevención de recaídas
- 3) Modificar el lenguaje adictivo
- 4) Cambio de medioambiente
- 5) Fortalecer recursos y aumentar la resiliencia

TRATANDO EL TRAUMA ACTUAL, UN APOORTE A LA PREVENCIÓN

Lic Diana Arazi

Lic en psicología (UBA)

Terapeuta EMDR

Facilitadora Senior del EMDR Institute USA

Resulta sumamente valioso el tratamiento del Trauma Actual para la prevención de trastornos mentales que pueden interferir en la vida de las personas. Una intervención apropiada en el momento crítico facilitará la elaboración y el procesamiento de los materiales perturbadores producidos por un evento traumático vivido por un individuo.

Esto permitirá que la incidencia negativa de esa situación sea solo la de un doloroso recuerdo vivido en el pasado y evitará que produzca síntomas, usualmente muy graves. Hemos constatado que el “Trastorno por estrés pos-traumático” cuyos efectos pueden hacer estragos en la vida de un sujeto, es resultado de experiencias traumáticas manejadas inadecuadamente. Ejemplo de ello son los soldados que pelearon en la guerra de Malvinas, que no fueron tratados convenientemente a resultas de lo cual hubo más muertes por suicidio que durante la guerra.

En este trabajo nuestro como el tratamiento con EMDR puede ayudar en gran medida a realizar un trabajo específico que permite la elaboración de estas temáticas para que los sujetos se libren de las graves secuelas que pueden dejar los sucesos traumáticos.

Siempre debemos destacar la importancia de la prevención en el trabajo terapéutico, ya que esto es beneficioso para la persona y también es una forma de colaboración para la salud de su entorno.

INFORMACIONES

Nuestros dvd

Ateneos Clínicos:

“Dibujos de Simonton”, Dra. Raquel Ferrazano de Solvey, 12 de abril de 2007

“EMDR en una paciente con cáncer de estómago”, Dr. Osvaldo Rosato, 10 de mayo de 2007

“EMDR y terrores nocturnos en una niña de 8 años”, Dr. Miguel Ángel Bianucci, 14 de junio de 2007

“Abordajes y antecedentes históricos del concepto de trauma temprano”, Dr. Silvio Zirlinger, 12 de julio de 2007

“Violencia familiar consecutiva a un trauma no resuelto”, Lic. Silvia Gaubry, Lic. Nora Benenti, 9 de agosto de 2007

“Conversando acerca de EMDR con los primeros entrenadores de habla hispana”, Dr. Pablo Solvey, Dra. Raquel Ferrazano de Solvey, Lic. Gerardo Mielnik, Lic. Benjamín Uzorskis, 13 de septiembre de 2007

“EMDR y el arte en el tratamiento del trauma”, Lic. Irene Segat, 8 de noviembre de 2007

“Supervisiones de casos que presentan desafíos” 13 de Marzo de 2008, Lic. Arazi, Lic. Benenti

“Investigación sobre EMDR en el tratamiento de Dolor Crónico”, 8 de Mayo de 2008, Lic. Alejandra Mazzola.

“Abuso Sexual Infantil”, 12 de Junio de 2008, Lic. Nora Gelassen

“Abuso Sexual Infantil” 10 de Julio de 2008, Lic. Andrea Schnaith

“Traumas Quirúrgicos” 13 de Noviembre de 2008, Lic. Carina Mitrani

Jornadas Teóricas:

“Abordajes iniciales en EMDR”, 19 de mayo de 2007, segunda jornada.

“Estrategias de tratamiento con EMDR”, 20 de octubre de 2007, tercer jornada.

Precio cada dvd: \$30. Llevando 5 dvd: \$120

Para obtener nuestros dvd no dude en contactarnos, a través de nuestro email: emdrialatinoamerica@gmail.com, o bien a nuestros teléfonos (54 11) 4432-8143 o (54 11) 155-384-0888, de lunes a viernes de 15 a 21 Hs., sábados de 10 a 18 Hs.

Jornadas de" TERAPIAS de AVANZADA"
Se realizaran los días 23 y 24 de octubre

Entrenamientos EMDR (Niveles 1 y 2)
Entrenadores: Dres. Solvey

Informes e inscripción
T. (54 11) 4775.1690 - 1691
e-mail:prsolvey@sion.com
Contacto: Ana María Köhler
Horario: de 12 a 18 horas

Para información general, Cursos de formación, Venta de CD'S, libros, Supervisiones.

Consulte nuestra página Web: www.emdr.org.ar
También nuestra secretaría: TE: 4432-8143 1553840888