

Mark Dworkin, MS, LCSW

Bibliografía

- Bordin, E.S. (1984): Teoría e investigación en el trabajo de la alianza terapéutica: nuevas direcciones. En: A.O. Horthvath & L.S. Greenberg (Eds.). La alianza de trabajo: teoría, investigación y práctica. Nueva Cork: Wiley.
- Hayes, J. (2004). El mundo interior del psicoterapeuta: un programa de investigación en contratransferencia. *Psychoterapy Res.*, 14(1), 21-36.
- Schore, A., (1994): Regulación afectiva y los orígenes del self, LEA Associates, Hinsdale NJ.
- Shapiro, F. (2001). Desensibilización de movimientos oculares y reprocesamiento: principios básicos, protocolos y procedimientos. Nueva Cork: Guilford Press.
- Siegel, D. (1999). La mente en desarrollo: hacia una neurobiología de la experiencia interpersonal. Nueva York: Guilford Press.
- Shaw, R. (2003). El psicoterapeuta personificado. Hove, Inglaterra: Brunner-Routledge.
- Stolorow, R.D., & Atwood, G.E. (1992). Contextos de existencia. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

EL CUESTIONARIO EMDR v.6 DE AUTOCONOCIMIENTO PARA CLÍNICOS

Mark Dworkin CSW, LCSW
EMDR Institute Facilitator
EMDRIA Consultor y Formador
Práctica privada, Leste Meadow, Nueva York
516-731-7611
e-mail mdwork5144AOL.COM

Utilidad: Para comprobar un conocimiento creciente de cómo los estados antiguos y dependientes de memoria pueden ser activados; para poder valorar que es lo que proviene del clínico y qué proviene del cliente; para desarrollar estrategias relacionales de EMDR. Muchos problemas pueden ocurrir en la fase 1 cuando el cliente aporta información que suscita un arousal negativo; o en la fase 2, cuando el cliente tiene dificultades en entender los elementos de preparación o desea avanzar procesando el trauma de forma prematura; o en la fase 3, cuando existe un problema que subyace a la pieza de valoración. Muchas veces la información del cliente puede que no despierte un arousal negativo hasta llegada la fase 4, cuando el cliente está procesando activamente. Muchas veces, nuestros desencadenantes provienen de nuestros recuerdos antiguos. Estos recuerdos pueden ser explicitados; y otras veces siguen implícitos (memoria somatosensorial). Observando estos momentos en uno mismo puede ayudarle en la continuidad de un proceso productivo.

Instrucciones – Para cada vez que una sesión de tratamiento con EMDR resulte problemática. Considere este instrumento de auto administración al reflexionar sobre la sesión en cuestión.

¿Cuántas veces ha visto este cliente en consulta? _____ Género M ___ F _____
Situación Civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Divorciado/a _____ Viudo/a _____
¿Hijos? Sí ___ No ___ Sexo y edad de los hijos _____
Profesión/ocupación del cliente _____ Creencia religiosa _____
Problemas de salud _____

- 1) ¿Es la primera vez que ha sentido la activación de un estado de memoria dependiente provocada por este cliente? Sí ___ No _____
- 2) Si la respuesta anterior es negativa, ha sido el mismo tema que le ha activado con este cliente? Sí ___ No _____
- 3) ¿Se ha sentido activado a través del mismo tema con otros clientes? Sí ___ No _____
- 4) ¿Ha estado alguna vez traumatizado? Sí ___ No _____
- 5) ¿Piensa que está luchando contra la fatiga/aprendizaje vicario/trauma/estrés traumático secundario? Sí ___ No _____
- 6) Describa el problema actual (o referente del presente).

7) ¿Qué traumas anteriores del cliente fueron relatados en la cuestión 6?

8) Describa qué estados dependientes de memoria (suyos) se han activado en la actualidad. ¿Cómo se ha activado?

9) ¿Por qué cree que su sistema de memoria dependiente está siendo activado ahora?

10) Describa el estilo de presentación de este cliente (evitativo, agresivo, abierto, avergonzado, culpable, angustiado, etc.).

11) ¿Cómo el estilo de presentación del cliente ha activado su sistema de memoria dependiente?

12) Cuando reflexiona sobre las dificultades que está experimentando con este cliente, ¿qué imágenes le vienen a la mente en este momento?

13) Cuando ve esta imagen en su mente, ¿qué cogniciones negativas tiene sobre sí mismo en este momento?

14) Cuando relaciona la imagen con la cognición negativa, ¿qué sensaciones desagradables experimenta justo en estos momentos? ¿En qué sitio de su cuerpo experimenta estas sensaciones?

15) Acaso su cliente percibe que se está activando? Sí _____ No _____
Si la respuesta es “sí”, cómo?

- a) Ignorando _____
- b) Con ansiedad _____
- c) Con enojo/enfado _____
- d) Agresivamente _____
- e) Con culpa _____
- f) Con vergüenza _____
- g) Con curiosidad _____
- h) Con suspicacia _____

16) ¿Qué hacen los clientes como reacción a su reacción? (para contestar a esta cuestión, reconstruya una secuencia problemática vivida entre ambas partes).

17) Después de examinar esta secuencia, ¿cómo podría ahora reconceptualizar el tratamiento de este problema interpersonal?

18) ¿Qué estrategias relacionales puede Usted desarrollar en estos momentos para subsanar este problema?

PRACTICUM

Cuando este cuestionario sea parte de un taller o estudio de grupo pueden tener la oportunidad de procesar esta información para su posible cierre, incluyendo un informe. Considerad el uso de la Técnica de emisión retroactiva de Zanguill, cuando surgidas en el presente sin memorias antiguas disponibles.

En relación a la fecha actual (en el momento del tratamiento):

Memoria antigua:

Imagen:

NC:

PC:

VOC:

SUDS:

Emoción _____

Cuerpo: _____

Basado en su trabajo experimental, ¿cómo reconceptualizaría este problema de forma relacional?

¿Qué estrategia relacional podría tenerse en cuenta en estos momentos para ayudar a que este problema se solvente?

La trama interrelacionad: Una aproximación conceptual secuencial

Cuando surge el procesamiento, si se da cuenta de un malestar/arousal personal, considere que su propio surgimiento está siendo disparado.

1. Verifique en sí mismo sobre ello y si así es,
2. Identifique qué ha sido activado en Ud., el clínico,
3. Traiga este conocimiento a su conciencia,
4. Pregunte al cliente si esta interrupción en el proceso ocurrió después que el relató algo que haya ocurrido en la consulta.
5. Aclare la situación (relacionalmente y consigo mismo),
6. Desarrolle una trama interrelacionad no satisfecha para reestimar el procesamiento.
7. Salga de la situación.

Glosario

Resolución adaptativa: ocurre como resultado de un procesamiento de la información completa; el aprendizaje toma lugar y la información es almacenada con un afecto apropiado y disponible para conducir acciones futuras (Shapiro & Maxfield, 2002).

Estimación: la asignación de significado de un nuevo estímulo realizada por el cerebro, conseguida por la evaluación sobre la marcha (con el fin de consultar los modelos mentales que el cerebro crea, basado en experiencias pasadas) determinadas (sean estos estímulos positivos, negativos o neutros). Ambos factores, externos e internos, juegan un papel en esta decisión, así como la información del contexto social (Siegel, 1999).

Arousal: su realización está basada en la estimación (del estímulo como bueno, malo o neutro); el cerebro dirige la corriente de energía, mientras el sistema prepara el resto del cerebro y del cuerpo para la acción. El mensaje primordial de esta función de arousal es: “¡acción!”. Este es un arousal emocional interno, en oposición al arousal fisiológico externo procedente de un estimulante como podría ser la cafeína o el ejercicio físico. Las formas emocionales de arousal son el resultado del cerebro haber asignado y evaluado un significado subjetivo (positivo o negativo) al estímulo. Si el cliente considera al clínico como verdaderamente interesado, un arousal positivo tiene lugar y el cliente/paciente empieza su narrativa, tal como: “he estado pensando en lo que hemos estado trabajando y me he acordado que era mi hermano mayor y no mi padre, quien más me maltrataba” (Siegel, 1999).

Armonización: ocurre cuando una persona y de forma no-verbal, percibe y siente la experiencia del otro. Es similar a la empatía, y la armonización crea un lazo de unión o apego. Cuando algo interfiere con la armonización, tanto el clínico como el cliente se separan, lo que se denomina desarmonía o desincronización.

Compartimentalización: ocurre cuando el clínico ha tenido una reacción contratransferencial y mentalmente progresa aparte, sin interrumpir el procesamiento del trauma del cliente, de forma que utiliza sus propios recursos y estrategias para volver a un estado de concentración. Si la contratransferencia en este momento ha detenido el procesamiento, esta técnica de auto-recurso no será apropiada; una trama relacional podría ser utilizada en su lugar entonces.

Comunicación contingente: es la conexión armoniosa entre dos estados mentales individuales, a la vez que el estado de uno afecta al otro recíprocamente (Siegel, 1999).

Corregulación: el proceso de ida y vuelta donde cada persona tiene en cuenta al otro para influir sobre su estado (Siegel, 1999).

Contratransferencia: la activación de modelos mentales antiguos y estado de la mente provenientes de la relación con el profesional (clínico) y relacionada con figuras importantes del pasado. Puede ser estimulada por el cliente de forma intencional o no.

Desensibilización: la eliminación o reducción de la ansiedad elicitada por un ambiente específico o por estímulos internos (Shapiro & Maxfield, 2002).

Información disfuncional almacenada: una situación que ocurre como resultado de un procesamiento incompleto; la información es almacenada en la red de memoria con una alta carga emocional negativa y aislada desde una información más adaptativa. (Shapiro & Maxfield, 2002).

Memoria emocional: la disposición personal en el momento actual de un evento pasado.

Adaptación empática: alineación materializada y resonante como elementos clave en la focalización de un estado de la mente del cliente empático.

Resonancia empática: ver resonancia.

Memoria explícita: memoria semántica y autobiográfica; el sentido de uno mismo de su propia vida. También denominada memoria declarativa, la memoria explícita está desprovista de una dependencia de memorias traumáticas.

Memorias afluentes: memorias dependientes del pasado, relacionadas temáticamente con un problema similar si no se presenta el problema.

Hiperarousal: estado de la mente en el cual demasiada estimulación negativa inunda al cliente, siendo de forma momentánea o de forma crónica, como puede ser el caso de clientes con patrones vinculares pobres.

Hipoarousal: un estado mental que surge de una forma cerrada; el cliente está normalmente inhibido del conocimiento de sus propias reacciones corporales.

Memoria implícita: memoria que incluye la memoria somática, memoria perceptual, emocional y comportamental. La memoria implícita está desprovista de un sentido de sí misma y del tiempo. También denominada memoria no-declarativa. Partes de las memorias estado-dependientes pueden estar disociadas en este sistema de memoria y almacenadas de un modo disfuncional (Siegel, 1999).

Procesamiento de la información: proceso por el cual una nueva información perceptual es seleccionada, conectada con redes de memoria asociadas, codificada y almacenada en la memoria (Shapiro & Maxfield, 2002).

Sistema de procesamiento de la información: sistema fisiológico que es puesto en marcha para procesar información para adquirir un estado de resolución adaptativa (Shapiro & Maxfield, 2002).

Intersubjetivo: dos personas que ejercen recíprocamente una influencia sobre sí. Otra forma de expresar esto es: el continuo feedback dado entre el clínico y el cliente, basados cada cual en modelos mentales antiguos y con antiguas y relevantes figuras de sus pasados. Interactúan recíprocamente mundos de experiencia.

Memoria: definida de forma breve, la memoria es el camino por el cual los eventos del pasado afectan a la función futura de una persona.

Redes memorísticas: asociaciones neurobiológicas de memorias relacionadas, pensamientos, imágenes, emociones y sensaciones (Shapiro & Maxfield, 2002).

Modelo mental: es la generalización hecha por el cerebro de experiencias pasadas. Los modelos mentales son consultados cuando el cerebro evalúa un nuevo estímulo. Los modelos mentales son componentes básicos de la memoria implícita. Colaboran con la mente en la búsqueda de objetos o experiencias familiares y “saben” qué esperar del ambiente (Siegel, 1999).

Resonancia del estado mental: ver resonancia.

No-linealidad: la característica de un sistema cuando los pequeños cambios en sus componentes conlleva a grandes e impredecibles cambios en el comportamiento. Esta impredecibilidad se debe en parte al hecho de que la respuesta es dada para satisfacer al sistema y por otro lado por el hecho de que el sistema realizará activaciones aleatorias que pueden o no ser reforzadas por el ambiente.

Memoria perceptual: una recolección de cómo las cosas parecen, suenan, huelen y saben, y lo que se siente al tocarlas.

Estilo de presentación: la forma por la cual el cliente se presenta a sí mismo al mundo; también puede ser la forma en que el cliente describe o evita la descripción del trauma.

Influencia mutua recíproca: modo por el cual tanto el clínico como el cliente influyen el uno sobre el otro implícita o explícitamente.

Estrategia relacional: cualquier intervención que identifica correctamente el incumplimiento del contingente de comunicación entre cliente y clínico, lo recupera y recrea una atmósfera de seguridad en el material transferido.

Trama relacional: un tipo de estrategia relacional donde el clínico observa y comunica que mala adaptación ha interferido en el proceso, toma responsabilidades racionales (sin necesariamente compartir el contenido) y recomienza el proceso de productividad del cliente de forma segura.

Reprocesamiento: proceso de construcción de nuevos eslabones entre la información disfuncional almacenada y la información adaptativa, resultando en un procesamiento de información completo y una solución adaptativa (Shapiro & Maxfield, 2002).

Flexibilidad de respuesta: habilidad para responder a nuevas situaciones de forma apropiada, facilitada por el desencadenamiento de los postefectos del trauma antiguo.

Resonancia: una forma muy profunda de adaptación; un estado sensorial motor de la identificación vibratoria. El estado mental resonante es la sensibilidad a las señales y la adaptación entre el cliente y el clínico, implicando alineaciones intermitentes de estados mentales. Como dos estados individuales son incluidos en la alineación, una forma por la cual llamamos resonancia del estado mental puede ocurrir en cada estado mental personal, cada cual influido por el otro. Procesamientos productivos generalmente ocurren bajo estas condiciones.

Memoria somática: recolección de hechos sentidos por el cuerpo en el momento del evento pasado ocurrido.

Estabilización: estado de equilibrio mantenido por el cliente antes del procesamiento de eventos estresantes; incluye seguridad, regulación de afecto y control de impulsos (Shapiro & Maxfield, 2002).

Memoria estado-dependiente: una memoria traumática que está contenida de forma disfuncional y bloqueada en su desarrollo a causa de que el cerebro es incapaz de procesar de forma natural hacia el almacenamiento. Cuando cualquier estímulo, interno o externo activa la red neuronal, sujetando la memoria dependiente, un estado mental es activado y estas señales o información es liberada. Esto puede causar cambios emocionales, en el pensamiento y en el comportamiento. Este tipo de estado mental no es influido suficientemente por más estados mentales adaptativos. En cambio, esto causa consternación en la persona porque esta sabe que lo que está experimentando es irracional, pero se siente impotente para cambiar esta situación.

Estado mental: hace referencia al apiñamiento de la actividad cerebral (y módulos mentales) dados en cada momento. Este “momento” puede ser breve o extenso, y los estados mentales pueden poseer varios grados de intensidad o imprecisión de sus límites a lo largo del tiempo. La activación repetida de estados mentales en periodos extensos de tiempo – semanas, meses o años- hacia la especialización, objetiva directamente las unidades cohesivas funcionales, lo que llamamos de “estado especializado” o self estado”. (Siegel, 1999).

Transferencia: la activación de modelos mentales antiguos y estados mentales del cliente en la relación con el clínico, donde aparecen importantes figuras del pasado.

Memoria activa: la pizarra de la mente, la cual reconoce el individuo para reflexionar sobre los hechos percibidos en el presente y evocados desde el pasado.

Cuestionario EMDR de Conceptualización de Casos traumáticos

**Por Mark Dworkin CSW, LCSW
251 Mercury Street, East Meadow NY 11554
516-731-7611; mdwork5144@aol.com**

Propuesta: para desarrollar una comprensión inicial de cómo es el cliente; con que está resistiendo y como sus resistencias afectan al clínico.

Instrucciones: en el momento de rellenar este impreso, tome notas de cualquier reacción que pueda haber tenido hacia la presentación de los problemas de su cliente.

Edad: _____ Género: _____ País: _____ Estado Civil: _____

Mayor nivel educativo alcanzado: _____

Ocupación _____

Religión _____

Identificación cultural: _____

Sistema familiar y social: _____

Problemas médicos:

Medicación

tomada: _____

Sustancia/s de abuso o patrones
obsesivo/compulsivo/s: _____

DES Puntuación _____

Historia Familiar de MI/SA _____

1- Presentación del problema(s): incluye duración y extensión del problema; ¿por qué el tratamiento en estos momentos?

Tiempo en tratamiento: _____

Trastornos de la imagen? _____

Creencias nucleares negativas espontáneas y relatadas

¿Experiencia somatosensorial del trauma? _____

También apunte la carencia de sentimientos o sensaciones
asociadas _____

2- ¿Qué estrategias ha utilizado el cliente para lidiar con el problema actual?
¿Qué ha hecho?

¿Qué estrategias no ha utilizado y por qué?

3- ¿Qué recuerdos dolorosos (especificar las causas del problema, si se acuerda) la presentación del problema provoca en el cliente? (Listado de los más relevantes y de otros traumas que el cliente puede haber sufrido; especificar si es un trauma único e incidental o si el cliente hace conexiones con otros traumas similares y anteriores).

- a) _____
- b) _____
- c) _____

(Listado de otros traumas anteriores en el reverso de la página).

4- ¿Cuáles eran las creencias negativas que el cliente presentaba y como han sido utilizadas en cada uno de estos recuerdos traumáticos?

5- ¿Qué recursos (incluyendo fuerza del ego, aprendizaje vicario, propias capacidades) ha utilizado el cliente para intentar lidiar con estos recuerdos?

6- ¿Qué tipos de síntomas disociativos presenta el cliente?

7- Evaluación de la habilidad del cliente para tolerar experiencias intensas de abreacción.

- a) Adecuada _____
- b) Inadecuada _____

- c) Razonable _____
- 8- Valoración del conocimiento corporal del cliente.
 - a) Adecuado _____
 - b) Inadecuado _____
 - c) Razonable _____

9- Recursos generales, fuerza del ego, estrategias de imitación: _____

10- Respuestas pasadas a tratamientos tantos positivos como negativos: _____

11- Respuestas pasadas al clínico anterior (¿por qué?)

12- ¿Cómo se presenta el cliente al iniciar el relato? _____

13- ¿Qué recuerdos, cogniciones negativas y sentimientos induce el cliente en Ud?

14- Síntomas significativos y defensas del cliente (observe como se afecta Ud. Por los síntomas del cliente y sus defensas).

15- ¿Cuáles son las expectativas de recuperación con el tratamiento? _____

16- Valoración consensuada de metas __ Diferenciación de tareas __ Vínculo inicial;
1=pobre 4= bueno

17- ¿Cuál es la expectativa de cogniciones positivas en el inicio del tratamiento, y cuales son sus VOC actuales.

