

ANNETTE KREUZ SMOLINSKI

Psicóloga Clínica, Terapeuta Familiar

Directora del Centro de Terapia Familiar Fase 2, Valencia

www.ctff-fasedas.com

Terapia Familiar (Fásica) y EMDR : ¿ pareja perfecta, unión de conveniencia, o enfoques rivales?

El artículo pretende encuadrar la utilización de técnicas adicionales (en este caso la estimulación bilateral, EMDR) en el marco teórico-práctico de la Terapia Familiar Sistémica. Se explica la técnica de EMDR y su integración en el Modelo de la Terapia Familiar Fásica.

PALABRAS CLAVE: EMDR, Terapia Familiar, Neuronas Espejo, Trauma, Síndrome post-traumático.



Introducción

Los tiempos que corren son complicados para todas las psicoterapias que no se ajustan de entrada, bien por razones teóricas (como era inicialmente el caso de la Terapia Sistémica y Familiar) bien por razones históricas (enfoques demasiado "jóvenes" o demasiado "antiguos") a los cánones de la práctica basada en resultados (Evidence based Practice en Inglés).

Muchos modelos y enfoques psicoterapéuticos han visto como su prestigio inicial y el auge de aplicación se han ido reduciendo, hasta acabar en ser considerados como una mera "técnica" aplicable con una indicación específica dentro de un marco teórico más amplio. (Ballesteros 2005, Crane, 2002)

Este artículo constituye un desafío práctico a las tendencias reduccionistas en nuestro propio campo, y un llamamiento a la utilización crítica y coherente del pensamiento sistémico de base, tal y como recomienda por ejemplo Sluzki (2007), quien ha promovido una integración sistémica de los aspectos bio-psico-sociales en su enfoque del trabajo con familias. Se presenta la Técnica del EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) integrada dentro de un protocolo de Terapia Sistémica y Familiar, el modelo Fásico, como procedimiento preferido a la hora de trabajar con situaciones emocionales difíciles y traumáticas. ■

EL EMDR como técnica

El EMDR empezó como una técnica innovadora para la reducción de ansiedad en el manejo de experiencias traumáticas. Su creadora, Francine Shapiro, había investigado los efectos de una única sesión en el tratamiento de personas que sufrían lo que se conoce como "síndrome por estrés post-traumático". La presentación en sociedad y puesta de largo "de esta técnica en 1989 satisfizo plenamente los criterios científicos modernos, con asignación aleatoria de los pacientes y grupo de control. Desde las aplicaciones iniciales, el EMDR ha experimentado una expansión espectacular, para actualmente empezar a ser considerado un Modelo Psicoterapéutico por sí mismo (Shapiro, 2002).

La base teórica de este procedimiento es el Procesamiento de Información Adaptati-

vo, (AIP, Adaptive Information Processing), un modelo neurobiológico funcional. Según el AIP, cada experiencia crea redes neuronales nuevas a la vez que se integra en redes neuronales pre-existentes. Las experiencias perturbadoras, en cambio pueden crear redes neuronales que no se procesan y que no se integran en las pre-existentes. Estas redes "traumáticas" son el origen de la psicopatología, y del sufrimiento emocional posterior. (Shapiro, 2007). La técnica de EMDR permite re-estructurar e integrar las redes neuronales asociadas al trauma inicial, a través de una integración bilateral (en el hemisferio derecho e izquierdo del cerebro), utilizando la estimulación en el presente conjuntamente con el material recordado del/a cliente.

Es evidente que en muchas situaciones traumáticas, hay aspectos del procesamiento de la información que no son accesibles a la conciencia. Esta falta de integración se modifica a través de las sesiones de estimulación bilateral. *"El cerebro tiene capacidad de curarse de recuerdos, emociones y creencias intangibles, al igual que el cuerpo puede curarse de lesiones físicas. Va a hacerlo espontáneamente, cuando los obstáculos para la curación sean removidos"* (Grant, 2006).

Todo movimiento bilateral alternante (el ocular, el auditivo, el táctil) afecta al cerebro, en algunos casos estimulando, en otros relajándolo. En el procedimiento del EMDR, el/a terapeuta invita al cliente que siga al dedo que mueve delante de sus ojos de derecha a izquierda de manera regular (como si fuera un parabrisas, pero en línea recta). El/a cliente tiene que seguir este movimiento sin mover la cabeza, solo con los ojos. Muchos terapeutas utilizan la estimulación bilateral auditiva (a través de auriculares que emiten tonos alternando derecha e izquierda) o táctil (tocando las manos de sus clientes) Los resultados de la estimulación son independientes de la modalidad, y se prefiere aplicar aquella forma que prefiere el/a cliente específico/a.

Mientras se aplica esta estimulación en el presente, siguiendo un protocolo elaborado a tal fin, el/a cliente tiene la consigna de recordar e imaginar los acontecimientos dolorosos y traumáticos del pasado. Puede hablar tanto o tan poco como desea durante la estimulación.

El/la terapeuta se limita a acompañarle en el proceso de la elaboración del recuerdo, apenas habla, y solo lo hace en las pausas entre las estimulaciones, no interpreta o redefine, simplemente estimula y anima a "ver lo que ocurre". El proceso se considera "interno" al paciente, relativamente independiente del/la terapeuta. Los primeros efectos espectaculares del EMDR a gran escala se dieron con tratamientos de veteranos de guerra con síndromes de estrés postraumático severo. Más recientemente, sobre todo después de los sucesos del 11 de Septiembre de 2001 y otros ataques terroristas, el EMDR ha sido recomendada como tratamiento de elección por la APA (American Psychological Association) para el estrés postraumático.

Se ayuda al/a cliente en 3 grandes áreas:

1º Averiguar y modificar los estímulos que desencadenan el malestar en la actualidad. 2º Descubrir qué experiencias iniciales están en la base del sufrimiento actual y 3º cómo construir las experiencias positivas que se necesitan para dar los pasos necesarios hacia el cambio vital que se desea.

El procedimiento de 8 pasos del EMDR

La estimulación bilateral es una técnica individual: en la interacción participa el/la terapeuta y el/la cliente. Aunque se aplica dentro de un proceso de terapia familiar, la estimulación se llevará a cabo preferentemente de forma dual, aunque en algunos casos se pueden realizar en presencia de otros miembros de la familia. Especialmente en Terapia de Pareja, se ha utilizado la estimulación individual en presencia del conyugue. El proceso completo de la elaboración de los contenidos emocionales consta de 8 pasos (Shapiro, 2001):

1 Historia del paciente, evaluación y selección de los temas a procesar. Es evidente que en un tratamiento integrado en un proceso de terapia familiar, parte de la historia pertenece a la memoria colectiva

de la familia (por ejemplo, el fallecimiento repentino de la abuela en presencia del nieto). Sin embargo, en la elaboración de un tema específico, es el/la paciente individual quien guía la colección adicional de situaciones difíciles (en el ejemplo mencionado anteriormente, el chico consultó después de haber sido expulsado sin razón de su equipo de fútbol, de manera injusta y arbitraria, por su entrenador). La exposición a la técnica bilateral suele tener efectos positivos muy rápidos para situaciones traumáticas leves a moderadas. Personas severamente traumatizadas y lastimadas necesitan tratamientos prologados e intensos. (Grand, 2006)

2 Preparación del paciente y de sus familiares, mediante psicoeducación. Se introduce al/a cliente y a sus familiares mediante biblioterapia y explicaciones teóricas en el modelo. Además, se elabora lo que se llama "el lugar seguro", un recurso de estabilización y tranquilidad. Consiste en la evocación de una situación de tranquilidad y alto bienestar emocional, que se refuerza con la técnica de estimulación bilateral y sirve como "refugio" a lo largo del proceso terapéutico.

3 Medición: El/la cliente elige un tema o "diana" para el trabajo. Es un aspecto preocupante del pasado o presente, y suele incluir recuerdos importantes negativos asociados a, por ejemplo, la sensación de ser castigado injustamente, perder el control etc. Se elabora una "lista negra de situaciones diana": situaciones que evocan el mismo patrón de sensaciones en el recuerdo. Después de elaborar la lista, se ordena de menos a más antiguo, y de menos a más doloroso. Se selecciona una imagen mental asociada al recuerdo más antiguo o su parte más dolorosa como "pantalla mental". Es aquello que aparece a la pregunta: ¿que ves en tu mente cuando piensas en lo peor de esta experiencia? (en el caso del chico mencionado fue la imagen de la evacuación de la abuela a través de una ventana por parte de los bomberos). Una vez identificada la imagen perturbadora (pantalla mental) se identifica la cognición negativa asociada a esta imagen. Esta cognición negativa, irracional y/o distorsionada, puede contener elementos de culpa (fue por mi

culpa), de control (si hubiera hecho otra cosa no hubiera pasado), de deficiencia (soy tonto de no haberme dado cuenta que estaba muy enferma). A continuación, se selecciona una cognición positiva (un pensamiento que se desea instalar), mas adecuada y adaptativa. Por ejemplo: "hice lo mejor que pude", "solo era un niño". Se evalúa tanto la intensidad actual con la que el/la cliente siente las emociones negativas asociadas al recuerdo (en una escala de perturbación ((SUD) de 0, neutro, a 10, máxima perturbación), como la validez de la cognición positiva (escala para medir la creencia VOC: 1 totalmente falso - 7 totalmente verdadero). El/la terapeuta ayuda a localizar las sensaciones corporales asociadas a la perturbación experimentada (por ejemplo: el miedo aprieta la garganta, pesa en el pecho, te revuelve el estómago, hace latir el corazón etc....).

- 4 **Desensibilización.** Se procede a la visualización de la imagen pantalla y se evoca la creencia negativa, aplicando tandas de estimulación bilateral hasta que la perturbación sentida (SUD) baja a 0.
- 5 **Instalación** de la cognición positiva. Se procede con la estimulación hasta llegar a una convicción personal de la veracidad de la convicción. (VOC 7.)
- 6 **Examen Corporal:** reprocesamiento con estimulación bilateral de cualquier manifestación somática residual del recuerdo;
- 7 **Cierre:** se verifica el estado del paciente y se recoge el resultado del procesamiento, identificando si se ha completado o se necesita volver a reprocesar en una sesión siguiente. En situaciones más traumáticas, se necesitan varias sesiones para bajar a los niveles deseados de SUD.
- 8 **Reevaluación:** al principio de la siguiente sesión se vuelve a la situación, recuerdo o evento tratado en la sesión anterior para evaluar si quedan restos de perturbación. Si el SUD permanece en cero y el VOC en 7, se procede elaborar el siguiente recuerdo de la "lista negra" de situaciones o recuerdos. Los pasos 3 al 8 se llevan a cabo con cada uno de los elementos a trabajar con reprocesamiento.

Enfoque sistémico y Terapia Familiar Fásica y su especial afinidad al EMDR.

El enfoque de la Terapia Familiar Fásica es un modelo integrativo e irreverente, creado por Carole Gammmer en los años 70 (Kreuz 1993), en constante evolución a lo largo de los últimos 30 años . El nombre "fásico" viene del proceso habitual en este enfoque sistémico, y que se caracteriza por 3 fases interrelacionadas pero diferenciadas.

La Fase de Resolución focaliza en lo que trae la familia o pareja como queja principal o síntoma y se centra en disminuir o hacer desaparecer aquellas pautas de comportamiento que mantienen el nivel de disfuncionalidad alto. Es en esta fase inicial en la que habitualmente se utiliza con mayor frecuencia la técnica adicional de la estimulación bilateral, EMDR.

La Fase de Extensión, una vez logrado la disminución del síntoma inicial, se ocupa de la prevención de recaídas en la persona identificada como paciente o cliente y previene en lo posible el desarrollo de síntomas en otros miembros de la familia. En esta fase puede aplicarse ocasionalmente el EMDR, cuando surge un nivel de sufrimiento intenso en los temas de la convivencia familiar que no estaban relacionadas con los síntomas iniciales. Un ejemplo serían por ejemplo los celos y la rivalidad entre hermanos, que al tratarse de forma focalizada, hacen aflorar recuerdos traumáticos en uno de los dos padres de su historia familiar de origen.

La fase de Intimidad constituye un modelo de terapia de pareja en si mismo. Si el inicio de los contactos terapéutico ha sido por un problema de los hijos, en esta fase los hijos y su comportamiento dejan de ser el foco y se trabaja con la intimidad psicológica y sexual de los padres en su vertiente hombre y mujer. Si la demanda inicial es ya de Terapia de pareja, el procedimiento de EMDR se aplica a los síntomas de ansiedad presentes en las situaciones de mayor conflicto conyugal.

A modo de epílogo:

Como contestar entonces a la pregunta inicial: EMDR y Terapia Familiar (Fásica) ¿forman una pareja perfecta, constituyen una unión de conveniencia, o finalmente son enfoques rivales? El postulado sistémico considera el contexto y las pautas de interacción y comunicación con su interdependencia circular determinante en el desarrollo y el mantenimiento de las patologías o trastornos (comporta-) mentales. El postulado inicial del EMDR no deja de ser un modelo intrapsíquico, incluso cerebral, individual e lineal. Por lo tanto, esta técnica es aparentemente contradictoria al postulado sistémico. Sin embargo, a mi entender, sería una "terrible simplificación" (Watzlawick, 1988) dejar de lado los avances de la neuropsicología actual. El efecto de las neuronas espejo, descubierto por el italiano Giacomo Rizzolatti de la Universidad de Parma en 1996, y las complejas regulaciones mutuas en las relaciones de apego demuestran que **"todo es relacional"**. Como dijo Michael White: **"empezamos como copias, para acabar como originales"**. Hasta qué punto un terapeuta familiar viva que la ampliación de sus conocimientos teóricos y la práctica de esta potente herramienta de intervención le hace dudar de sus orígenes sistémicos, ya es una cuestión personal. Conozco terapeutas sistémicos que ahora son EMDRistas casi exclusivos, pero también conozco EMDRistas que no han "abandonado" su trabajo sistémico en absoluto. La polarización entre lo individual y lo colectivo son artefactos de una mundivisión, y parecen tener su origen más en nuestra (todavía) limitada capacidad de integración, demostración y comprensión de las interdependencias complejas de los aspectos bio-psico-sociales, que en la "realidad". El relato de esta "realidad" nunca dejará ser "inventada" por los que la contamos, con o sin estimulación bilateral.

*La fase de Intimidad
constituye un modelo de
terapia de pareja en sí mismo.*



REFERENCIAS

- BALLESTEROS RAMOS, S., (2005) *Psicoterapia, Salud Mental y Atención Primaria de Salud*. An.Psiquiatría (Madrid),21, 241-265
- CEBERIO, M.R., WATZLAWICK, P. (2000) *La construcción del universo*. Barcelona, Herder
- CRANE, D.R Y HAFEN, JR. M. (2002) *Meeting the Needs of Evidence-based practice in Family Therapy: developing the scientist-practitioner Model J. of Family Therapy* , 24(2)113-124
- GRAND, D., (2006). *Curación Emocional a máxima velocidad, El poder del EMDR*. Buenos Aires, Sygnus, 19
- KREUZ, A., GAMMER, C.(1993) *Intervenciones sistémicas: El modelo de la terapia familiar fásica. Fundamentos Teóricos y práctica clínica*. Monografía 1 del Colegio Oficial de Psicólogos, Valencia pgs., 83-105 (en pdf en www.ctff-fasesdos.com)
- LEBOW, J., (2007) *A look at the evidence*. Top 10 research findings of the last 25 years. The Psychotherapy Networker, 2007.<http://pqasb.pqarchiver.com/psychotherapynetworker/search.html>
- SHAPIRO, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- SHAPIRO, F., (EDITOR) (2002) *EMDR as an Integrative Psychotherapy Approach American Psychological Association Books*
- SHAPIRO, F., KASLOW, F. Y MAXFIELD (2007). (Eds.) *Handbook of EMDR and Family Therapy Processes*. New Jersey: John Wiley & sons.
- SLUZKI, CE., (2007) *Towards an evolving theory of practice*. Family Process,46(2):173-84
- WATZLAWICK, P. (1988) *La realidad inventada ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* Gedisa, Barcelona

Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar
Journal of the Spanish Federation of Family Therapy Associations

MOSAICO

JUNIO 2009 ◆ N° 42

15 €

CON LA COLABORACIÓN DE
SPTF Sociedade Portuguesa
de Terapia Familiar



monográfico: EMDR Y TERAPIA FAMILIAR



EDICIÓN

Federación Española de Asociaciones de
Terapia Familiar (FEATF)

DIRECTORES ANTERIORES

Roberto Pereira Tercero
Norberto Barbagelata Churrarín
Alfonsa Rodríguez Rodríguez
Javier Ortega Allué

DIRECCIÓN

Olga B. Díez Puig

COORDINACIÓN

Annette Kreuz Smolinski
Esperanza García Cuenca

REDACCIÓN

Eugenio Ardid Pérez
Eva Esteban Picos

COLABORADORES HABITUALES

Xavier Ortega
Roberto Pereira
Ana Paula Revas

REDACCIÓN

C/ Juan Llorens, 60-6ª
46008 Valencia
Tif. 606 86 00 99
e-mail: mosaico@featf.org

DISEÑO E IMPRESIÓN

Diseñarte - Goaprint
C/ Virgen de Montiel, 41-B
46980 Paterna, Valencia
Telf: 963692811

CORRESPONSALES

Valentín López Galán
Asociación Castellano-Manchega
E-mail: vlopez@cuenca.es
Juan Carlos Romero León
Asociación Vasco-Navarra
E-mail: smma.responsable@berritzu.com

Mark Beyebach
Asociación Castellano-Leonesa
E-mail: mark.beyebach@upsa.es

Lola Fatas García
Asociación Aragonesa
E-mail: lfatas@hotmail.com

Patricia Moreno del Valle
Asociación Madrileña
E-mail: patmoreval@yahoo.es

Juan Miguel De Pablo Urban
Asociación Andaluza
E-mail: secretar@arrakis.es

Dolores González Díaz
Asociación Asturiana
E-mail: dgonzalez@gijon.uned.es

José Antonio Muñiz Torrado
Asociación Gallega
E-mail: mtorrado@mundo-r.com

Ignacio Rubio Luengo
Asociación Extremeña
E-mail: nachorubio@hotmail.com

Julia Hernández Reyna
Asociación Canaria
E-mail: juliahreyna@hotmail.com

Yolanda Cardona Muntaner
Asociación Balear
E-mail: dunas@ole.com

Teresa Ubalde Criado del Rey
Asociación Cantabra
E-mail: teresaubalde@wanadoo.es

Ricardo Ramos Gutiérrez
Asociación Catalana
E-mail: ramosgutierrez@gmail.com

Encarna Canet Benavent
Asociación Valenciana
E-mail: ecaneta@hotmail.com

DEPÓSITO LEGAL: B-16180-2005

ISSN: 1887-0600. MOSAICO, junio 2009. Nº42

"Mosaico no se identifica necesariamente con los juicios expresados en los trabajos firmados"