

Protocolo de DeTUR com o uso de EMDR

- indicado para tratamento de dependentes químicos

DeTURTM

(Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing)

A New Approach to Working with Addictions and Dysfunctional Behaviors

Arnold J. POPKY, Ph.D., MFT

5759 Hazeltine Ave., Van Nuys, CA 91401

(818)-908-8940 EMAIL: aj.popky@gmail.com - Copyright © 2007 by A. J. Popky

(Desensibilização de Gatilhos e Reprocessamento de Fissura)

-Traduzido pela equipe do Espaço da Mente-

Uma nova abordagem para o trabalho com dependência química e comportamentos disfuncionais.

Este modelo de tratamento e as teorias envolvidas são baseadas apenas em experiências profissionais de observação pessoal de pacientes e relatos de outros terapeutas que usaram o mesmo protocolo. É um modelo que combina várias metodologias, incluindo a do comportamento cognitivo, foco em solução, a Eriksoniana, a narrativa, relações objetais, Programação Neurolinguística, EMDR etc. A estimulação bilateral parece atuar como catalizador para o processamento rápido e a mudança, o motor turbo que acelera o processo de cura. Parte importante do sucesso deste protocolo deve-se à habilidade do terapeuta de incorporar a interação com o paciente às sessões de terapia.

Foram relatados casos de sucesso dentro de um amplo espectro de dependências químicas e comportamentos disfuncionais (uso de nicotina, maconha, álcool, metanfetamina, cocaína, *crack*, heroína/metadona, etc), distúrbios alimentares, como compulsão por comida, anorexia e bulimia, além de outros distúrbios do comportamento como compulsão sexual, jogo, furtos em lojas, etc. A medida que novas informações se tornam acessíveis, elas são incorporadas ao protocolo.

Este protocolo representa apenas uma pequena parte de um modelo de tratamento completo. O papel do terapeuta é o de atuar como um gestor do caso, orquestrando todos os recursos necessários para auxiliar o paciente no processo de recuperação para um bem sucedido e saudável estado funcional e de controle da situação. É necessário que o terapeuta seja capaz de avaliar a gravidade do nível de dependência química e identificar qualquer outro diagnóstico associado ao caso. Este modelo inclui indicação para medicação e exames para avaliar a existência de problemas físicos e neurológicos. Também são incluídas considerações relacionadas a tratamento de desintoxicação, seja com o paciente internado ou não. Outros recursos incluem grupos de apoio, como grupos de 12 passos, educação, treinamento de habilidades, terapias de casal, grupo ou de família.

Muitos indivíduos dessa população têm diagnóstico dual e podem, dessa forma, inserir-se no amplo espectro de distúrbios descritos no DSM-IV. Portanto, existem questões de co-morbidade, fatores estressantes do dia a dia e questões de sobrevivência que devem ser levados em consideração juntamente com outros problemas como a necessidade de alimento e abrigo.

Não existem soluções que se apliquem a todos os casos, tipo tamanho único, para esses problemas, portanto este protocolo é flexível de forma a adaptar-se às necessidades individuais dos clientes, aos seus objetivos e valores. O processo terapêutico é necessário para que se possa

abordar os eventos ou questões traumáticas principais do paciente que estão por trás da adição psicológica. Como cada terapeuta trabalha de forma diferente, as interações e intervenções terapêuticas são influenciadas pelo treinamento e estilo pessoal de cada profissional, levando a um feedback continuado com o paciente, ajudando-o assim, passo a passo, no processamento até a resolução de algum ou de todos os temas principais ou causais. A estimulação bilateral no modelo de processamento de informação acelerado atua como catalisadora e aceleradora para identificação e processamento dos eventos centrais até sua resolução final, de forma a prevenir a recaída.

Existem várias diferenças significativas nessa abordagem de tratamento:

1 A atenção do cliente é direcionada para um objetivo de funcionamento e ajustamento (habilidade de como lidar com o problema) positivo, atraente, atingível e convincente, NÃO, como algo distante de um comportamento negativo.

2. A abstinência, apesar de altamente recomendável, não é necessária para a definição do objetivo do tratamento; a habilidade de lidar com o problema, ajustamento, e o funcionamento de maneira positiva, conforme descrito pelo paciente, são os objetivos do tratamento. É a terapia deles.

3. As recaídas são reclassificadas, deixam de ser fracassos e passam a ser novos alvos de oportunidade a serem abordados em sessões seguintes.

4. A abstinência química e a ansiedade parecem ser trabalhadas já que o processo parece ocorrer fora do nível de consciência do paciente, o que não requer sua atenção constante. Os clientes frequentemente relatam surpresa quando, ao fim do dia, não se engajam no comportamento negativo, ou o fazem com menor frequência, ou observam o desejo de ceder ao vício/compulsão e conseguiram colocá-los de lado.

5. O foco nos gatilhos individuais para a dessensibilização permite que esse modelo seja usado com clientes no início da recuperação.

Existem semelhanças e diferenças entre este protocolo de treinamento e o protocolo de EMDR. O protocolo de EMDR aborda o afeto e os temas traumáticos conhecidos. Ele utiliza cognições positivas e negativas. O protocolo de DeTUR focaliza os gatilhos e usa estados corporais positivos. Quando o EMDR usa SUDs e VoC este modelo usa apenas o nível de fissura (NF) como medida. Ambos usam a estimulação bilateral e instalação do positivo, e requerem um amplo levantamento de história clínica, avaliação e diagnóstico para garantir a segurança do cliente antes de iniciar o tratamento. Este protocolo aborda o presente e futuro e o passado na medida que ele é revelado. O protocolo de EMDR aborda o passado, presente e futuro.

Inicialmente, não se considerava recomendável usar o EMDR, ou qualquer tipo de terapia para toxicômanos no início da recuperação. O trabalho de qualquer questão traumática não era feito até que o paciente estivesse estável e já apresentasse um longo período de abstinência. A preocupação era que o surgimento de um evento traumático pudesse ser por demais perturbador para ser suportado pelo paciente e provocasse uma recaída ou a retomada do comportamento compulsivo ou de exagero.

Com a dessensibilização de cada gatilho e a instalação do objetivo de tratamento positivo, a força do ego do paciente parece crescer ao ponto onde caminhos se abrem de volta aos temas centrais (caso eles surjam) mas apenas o fortalecimento do ego é suficientemente trabalhado. Uma vez dessensibilizados, os gatilhos não se tornam mais um estímulo para o comportamento compulsivo.

Em vez disso, os gatilhos são conectados à novas respostas, aquelas relativas ao objetivo do tratamento.

Nota: DESEJO E COMPROMISSO COM O PLANO DE TRATAMENTO

É importante que o paciente se comprometa a concluir o tratamento. Ele deve ser alertado de que a melhora rápida, apesar de satisfatórias, não significam que o tratamento tenha sido concluído. Eles resultados rápidos às vezes levam os pacientes a acreditarem que estejam curados e interrompam o tratamento prematuramente. Para que o tratamento seja bem sucedido, os gatilhos que provocam o comportamento compulsivo devem ser dessensibilizados e os eventos centrais reprocessados até o fim. Considerem os casos de pessoas diagnosticadas com distúrbios bicolors, que, quando se sentem melhor decidem largar a medicação e assim comprometem o tratamento.

Como em qualquer processo terapêutico, todas as precauções de praxe devem ser tomadas.

A maioria dos dependentes químicos têm diagnósticos duais. O profissional deve ter a competência necessária para atuar nessas áreas. Antes de tentar usar este protocolo, o terapeuta deve alertar o paciente sobre o processo de trabalho e a possibilidade de surgimento de questões emocionais fortes, apresentá-lo o sinal de PARE e tomar todas as demais precauções, como é explicado em detalhes no nível I e II de treinamento em EMDR e no livro da Dra. Shapiro (EMDR e Reprocessamento, Princípios Básicos, Protocolos e Procedimentos). Meus clientes relatam que a metáfora do trem é bastante útil, que eles podem recostar-se a apenas observar os cenários, as memórias, etc, passando rapidamente, deixando que as coisas aconteçam, sem se apegar a nada, sem analisar ou julgar nada, apenas deixando acontecer. Eles também relatam que a metáfora da cebola, descascando as camadas os ajuda a entender o processo.

Passos do Protocolo

1. Rapport
2. História Clínica, Avaliação, Diagnóstico
3. Recursos de Apoio
4. Acessando o Estado de Recurso Interno
5. Objetivo Positivo do Tratamento
6. Estado positivo Associado
7. Identificando Gatilhos de Fissura
8. Dessensibilização dos Gatilhos
9. Instalação do Estado Positivo de Cada Gatilho
- 10 Teste e Conferência Futura
- 11 Fechamento e Auto-trabalho
- 12 Sessões Posteriores

1. Vinculação com o paciente - Rapport

O fundamento para a confiança em qualquer relacionamento é o Rapport. É o alto nível de confiança que o cliente sente pelo terapeuta, que promove um relacionamento terapêutico seguro. Uma das mais importantes características do terapeuta é a habilidade de ganhar a confiança rapidamente do cliente, e mantê-la por todo o processo terapêutico. O Rapport dá ao terapeuta o direito de fazer perguntas e esperar respostas adequadas. Isso é crucial para os próximos passos nesse modelo.

2. História Clínica

Como em qualquer contexto terapêutico, o levantamento da história clínica é obrigatório. A investigação de distúrbios dissociativos ou qualquer patologia definida no DSM-IV assegura que os terapeutas conheçam de antemão os problemas que possam surgir e desenvolvam as habilidades e competências necessárias ou definam o eventual encaminhamento para outro profissional de sorte que possa lidar com situações que possam emergir. Eu peço que os pacientes completem o DES, inventário de depressão de Beck e o formulário multi-modal de Lazarus e os reviso antes da sessão de levantamento de história clínica. Eu considero o genograma útil para informação detalhada sobre a família de origem, questões de relacionamento, estado de saúde, medicamentos, bem como sua história de dependência química. (Quando eles começaram; porque; a intensificação do uso; como eles se beneficiam da dependência química; uso único ou múltiplo; problemas e causas; razões para parar com o vício (eles ou outros); o quão motivados eles estão para parar; aonde esse comportamento vai levá-los; e de que outra maneira eles podem obter os mesmos resultados.) Quantas vezes eles conseguiram parar, o que funcionou e o que não funcionou. Busque por possíveis ganhos secundários que possam ter que ser abordados.

Além do levantamento padrão de história clínica, a formulação de perguntas abertas (há quanto tempo? o que os fez começar? como eles se beneficiam? tentativas anteriores, sucessos e fracassos, ganhos secundários, crenças bloqueadoras, e diálogos internos relativos à tentativas frustradas) irá revelar os padrões de comportamento do paciente, os estilos de comunicação e os critérios de tomada de decisão. Prestar atenção em palavras chave, frases, padrões e sistemas de crenças pode oferecer bons insights para metáforas, reenquadramento, etc, para o uso em intervenções na interação terapêutica, seja ela narrativa, cognitiva, psicodinâmica, dependendo do estilo do terapeuta. Isso é extremamente útil para intervenções terapêuticas individuais quando nodos revelam eventos emergentes relacionados aos temas centrais.

3. Recursos de Apoio Externo

Os pacientes necessitam de um ambiente seguro para expressar seus pensamentos, sentimentos, medos etc., um lugar onde eles possam de forma livre e aberta falar o que vem à mente, ser ouvidos e receber feedback que seja honesto, apoiados, sem julgamento e sem crítica. Quando as coisas se complicam, como antes de uma recaída, eles precisam de alguém com quem possam falar, ou mesmo ouvir a eles mesmos expressar os próprios pensamentos em voz alta.

Grupos de 12 passos, AA, NA, CA, RR - Recuperação Racional, MM- moderação assistida, organização religiosa, organização fraternal, grupos de homens ou mulheres, família e amigos. Esses grupos devem ser apoiadores, não devem julgar, além de se apresentarem flexíveis quanto às necessidades do paciente, e não ao processo do grupo.

4. Acessando o Estado Interno de Recurso

A maioria das sessões de terapia começa com o terapeuta perguntando ao seu paciente: "Qual é o seu problema". Isso parece posicionar o paciente quanto ao seu problema e trazer à tona a sensação de importância que acompanha os problemas. Ao iniciar cada sessão perguntando ao paciente sobre seu problema, aparentemente focamos a energia no problema e os inserimos na fisiologia de sua impotência. Eu aprendi esse procedimento depois de observar Robbie Dunton trabalhar com crianças. Eu observei que ela sempre as perguntava o que elas gostavam e faziam melhor, e então fazia os movimentos oculares com elas. A fisiologia delas mudava totalmente. Eles aparentavam ficar cheias de energia e sorriam.

Eu agora peço aos meus pacientes que se recordem de uma época na qual eles se sentiam cheios de recursos, com sensação de poder e no controle da situação. Depois eu os direciono a focar nesses sentimentos de poder e então uso o movimento ocular (MO) para fortalecer esses sentimentos. Aparentemente esse procedimento fortalece o paciente e permite que o processo se desenvolva mais rapidamente.

Pode ser que os pacientes consigam apenas momentaneamente trazer à tona algo positivo e depois, imediatamente, a cena se transforme em um componente negativo. O truque aqui é fazer com que eles congelem a experiência e apenas foquem no elemento positivo antes de fazer os movimentos oculares. Alguns terapeutas relatam que seus pacientes não conseguem pensar em nada positivo em suas vidas para se concentrar. Nesse caso, pode-se tentar algumas estratégias, por exemplo, momentos de participação em esportes, a consecução de qualquer tarefa, seja até mesmo lavar o carro, pensamentos sobre a vitória de seu time favorito. A criatividade e a flexibilidade são elementos chave nessas situações difíceis.

Problemas: eles não conseguem identificar um momento específico no tempo. Nesse caso, use alguém que eles admiram como um herói do cinema, tv ou de um livro.

5. Objetivo do Tratamento Positivo

É importante que o objetivo do tratamento seja identificado e apropriado pelo pacientes. Trata-se da terapia deles e, portanto, é o objetivo dele. A abstinência, mesmo que altamente recomendável, não é um requisito para a definição do objetivo do tratamento. O objetivo positivo do tratamento deve ser atraente e atingível, algo que tenha uma força de atração magnética, de forma que possa facilmente ser mantido em foco. Eu uso a própria definição do paciente de como ele seria de conseguisse lidar com os problemas e ser funcional, de maneira bem sucedida e positiva. Há muitas histórias de mulheres que pararam de fumar e beber porque a possibilidade de ter uma criança saudável e feliz era mais atraente do que a necessidade e a compulsão pelo vício. Com esse objetivo, elas conseguiam manter o foco. Há também relatos de veteranos que usavam heroína quando estavam no Vietnã e conseguiram libertar-se do vício quando voltaram para casa. Nesse caso, outras coisas tornaram-se mais importantes -a alegria de poder funcionar de forma bem sucedida passou a ser o seu foco.

Ajude os pacientes a identificar seu objetivo positivo de tratamento. Aonde esse objetivo pode levá-lo? Como eles saberiam que o atingiram? O que eles iriam ver, ouvir, sentir, saborear, cheirar, etc, quando o atingissem ?

Guie-os pelos pontos específicos, até que eles possam criar uma imagem nítida de como eles se pareceriam quando forem bem sucedidos e funcionais, após atingir o objetivo. O objetivo não precisa incluir a abstinência. Ela ficará implícita. Apesar de a abstinência ser um requisito, ela não deve ser parte do objetivo. Não é muito diferente de se concentrar em NÃO fazer algo. É importante que o objetivo seja atingível, dentro de um período de tempo razoável, e não seja uma fantasia.

Eu peço que os pacientes imagines ver uma imagem dele próprios depois de atingir o objetivo. Apesar de as descrições iniciais serem usualmente expressadas de forma negativa, ou seja, "Eu não serei..", ou "Eu não terei que...". Minha pergunta seguinte é: E se você não for...ou não fizer, o que você estará fazendo em vez disso? Isso às vezes exige um esforço considerável para guiá-los ao caminho correto e mantê-los nos trilhos. Lembre-se que é difícil não fazer algo (eu não penso em um elefante cor de rosa). O desafio é de guiá-los na descrição de seus objetivos positivos em termos positivos, concretos, e baseados em sensações. Depois de auxiliá-los a criar suas fotografias, pergunte-os se isso é realmente o que eles desejam. Se há uma força atraindo-os para

esse objetivo. Faça os ajustes necessários para que o objetivo seja mais atraente. Pergunte se eles se sentiriam melhor se a figura fosse maior, mais clara, seja trazida para mais perto e sejam adicionados sons. Caso o paciente seja um fumante preocupado com o ganho de peso, assegure-se de que ele se veja como gostaria de se ser, talvez em uma roupa especial (o mesmo aplica-se a pacientes de perda de peso, centímetros são mais importantes do que quilos). Quando a figura exerce maior atração, e ele considera adequada, use os movimentos oculares para fazer com que o objetivo seja mais convincente e atraente. Esse objetivo positivo é o objetivo do tratamento, o ponto focal do plano do trabalho do tratamento. Lembre-se de que ele está se vendo e está dissociados da experiência real.

Em resumo, o objetivo é: . associado a um tempo determinado

. razoável

. atingível

. atraente, magnético, convincente

6. Estado Positivo

O próximo passo é fazer com que os pacientes se engajem no atendimento do objetivo. Ofereça a eles a experiência de qual seria a sensação se eles conseguissem atingir o objetivo, e depois use representação associativa, ancore a experiência em sua fisiologia. A visualização e a concentração em sensações positivas são de amplo conhecimento há muito tempo. Os autores Norman Peale, Bernie Shapiro, Deepak Chopra, Maharishi, delinearam essa filosofia.

Ancoragem ou resposta condicionada.

É um processo de conseguir replicar a experiência fisiológica associada à emoção ou estado associando-o a uma representação física (leve pressão dos dedos). Eu faço uma leve pressão em um dedo da mão como representação (após pedir permissão). Eu uso a junta do dedo mindinho, pois ela parece ser a menos intrusiva.

O paciente é direcionado para entrar na imagem de seu objetivo positivo, naquela postura corporal (o estado de “ se eu fosse...”), respirar fundo focando na sensação, mover-se em torno dela, sintá como é a experiência de ser bem sucedido, associando com o que eles veriam, ouviriam, e sentiriam, que cheiro e sabor teria se eles fossem funcionassem de forma bem sucedida (a fisiologia do sucesso). O Estado Positivo por meio de uma técnica que o ancora em sua própria fisiologia.

Instalação o objetivo positivo no estado positivo

Faça com que o paciente traga a tona uma figura nítida de seu objetivo positivo, observe o que eles veriam, e então entre na imagem e no seu próprio corpo. Faça com que eles observem e experienciem os sentimentos positivos e então use o dedo para aplicar uma leve pressão na junta do dedo da mão (âncora). Depois guie-o por meio de visualização nas mudanças que possam aumentar os sentimentos positivos.

Ajustes visuais: Eu peço que eles façam ajustes no componente visual como luminosidade, foco, contraste, cor, tamanho, distância, etc. e relatem as mudanças nas sensações e aumento levemente a pressão na junta quando as sensações são mais intensas. Enquanto eu uso a âncora, peço que eles façam os movimentos oculares. Isso fortalece a ligação de mente e corpo por meio do toque representativo.

Ajustes auditivos

Repita o mesmo processo, dessa vez usando sons. Ouça as palavras positivas ou sons que eles diriam a si mesmos e o que outros iriam dizer, e então ajuste o componente auditivo como volume, tom, tempo, etc, e quando a associação com o sucesso for mais intensa, aplique o toque âncora, e peça que ele faça os movimentos oculares para ancorar ainda mais as sensações de sucesso em sua fisiologia. Teste o estado positivo pedindo que o paciente toque seu próprio dedo e observe os resultados. Eles deveriam relatar uma experiência agradável.

É importante para o paciente que ele tenha uma experiência forte, positiva, baseada em sensações, de ter atingido seu objetivo de forma bem sucedida, ancorada em sua fisiologia.

7. Identificando os Gatilhos Conhecidos

Durante esta fase nós queremos identificar os gatilhos que levam o paciente ao abuso de substância química. Como eles sabem quando vão se engajar em um comportamento disfuncional? Esses gatilhos são respostas adaptativas aprendidas que os fazem reviver o desconforto e a ansiedade associados a episódios traumáticos de infância e permite com que eles consigam se estruturar na vida. Esses gatilhos podem ser um lugar, pessoa, tempo, emoção, cheiro, sabor, evento, ação ou objeto que são vinculados à estrutura biológica que circunda o trauma(s). Esses gatilhos são associados a qualquer coisa que eles estejam observando no momento que têm o desejo incontrolável de ceder ao vício.

Eu então guio o paciente ao longo do processo de forma a destacar as especificidades de cada gatilho e depois os etiquetar, para o próximo estágio de dessensibilização. Por exemplo, se um paciente fumante relata que tem vontade de fumar com o café da manhã, depois das refeições e acompanhado de bebidas e vou registrar com g - café da manhã g - refeições e g-bebidas. Para aqueles com problemas de peso, os gatilhos devem representar aqueles momentos nos quais eles comem porções maiores, o tipo errado de alimento, lanches desnecessários etc. Após compilar a lista de gatilhos conhecidos, eu os priorizo por ordem de importância, do mais fraco ao mais forte. Minha teoria é que se eu começo com o mais fraco o ego do paciente irá fortalecer-se ao passo que os gatilhos são eliminados e o estado positivo é instalado.

8. Dessensibilizando Cada Gatilho

O paciente identifica uma figura representativa do gatilho, juntamente com quaisquer palavras, sabores ou cheiros etc. Eu peço que eles tragam à tona a imagem acompanhada de todas as suas associações e relatem a intensidade do desejo/compulsão, nível de fissura (NF), no momento, medido de 10 a 0, onde 0 é nada e 10 o mais forte. Eu depois peço que eles associem o nível de fissura com um local no corpo. (Onde você sente esta sensação em seu corpo ?) . Depois eu peço que eles que mantenham a imagem juntamente com todas as palavras, sabores, cheiros e que observem o que eles estão sentindo, e onde isso se manifesta em seu corpo, e inicio os movimentos oculares. Depois de cada conjunto de movimentos, eu pergunto: o que você está sentindo agora? o que está acontecendo agora? o que você observa agora? Eu registro suas respostas e respondo: siga com isso, ou concentre-se nisso, ou pense sobre isso, e peço que eles façam o movimento ocular novamente. Repito o processo até que o desejo caia a zero. Isso pode ser pensado como o processo de cortar o fio entre o estímulo e a resposta disfuncional aprendida. Caso as respostas do paciente pareçam entrar em looping o sair dos trilhos, eu os conduzo de volta ao gatilho alvo e peço uma nova avaliação de nível de fissura.

Quando o cliente relata que não há mudanças entre as series de movimentos oculares, o terapeuta deve tentar as seguintes mudanças até que o paciente relate a ocorrência de mudanças.

- a. aumente a amplitude ou distância do movimento ocular;

- b. aumente a velocidade (especialmente se o paciente fica intelectualizando);
- c. aumente o número de movimentos; e
- d. mude a direção
- e. mude para estimulação por toque ou sons

Nota: Caso outro nodo surja, eu o sigo até a finalização, as vezes alternando para o modelo padrão do protocolo EMDR se isso os reconduzir aos temas centrais, como é ensinado no nível I e II do treinamento básico.

Quando voltar aos gatilhos alvo:

- . após longas conversas
- . quando o paciente está perdido e confuso
- . quando você percebe que o nível de fissura é zero ou próximo de zero.

O estilo do terapeuta, seu treinamento e experiência devem ser usados para criar uma interação terapêutica voltada para a situação do paciente no momento apropriado

É durante o processo de dessensibilização, onde o estilo individual do terapeuta e suas habilidades se fazem necessários, quando o paciente fica empacado, entra em looping, tem uma reação negativa ou outros nodos se abrem. A interação cognitiva ou terapêutica, como ensinada nos níveis I e II do treinamento básico, é o melhor instrumento do terapeuta para ajudar o paciente durante o processo de dessensibilização ou de reprocessamento. Ele pode ser administrado seja entre as séries de movimentos oculares. Eu acho que essa interação é mais eficaz quando o paciente realiza os movimentos oculares.

Quando o paciente relata um nível zero de fissura, peça que ele pense sobre isso faça uma nova série.

9. A Vinculação e Instalação do Estado Positivo

Este passo instala o estado positivo para o gatilho de desejo. De forma similar ao mecanismo de estímulo e resposta, nele estaremos substituindo a resposta usual pela resposta positiva que foi ancorada e inserida na fisiologia do indivíduo. A qualquer momento que o estímulo é ativado, a resposta do estado positivo emerge. Parece que este passo permite que o processo ocorra fora do nível de consciência e fazendo com que o paciente seja mais imune aos sintomas de abstinência.

Faça com que o paciente traga novamente o evento gatilho anterior e aplique uma pequena pressão na junta do seu dedo mindinho durante o MO. Seja qual forem os sentimentos positivos que o paciente relatar após a série, oriente para que ele mantenha isso e faça outra série de MO. Se o relato do paciente é negativo, provavelmente outro canal foi aberto e deverá ser trabalhado.

10. Teste e Conferência Futura

Para testar a instalação, peça que o cliente traga a mente o gatilho e pergunte pelo nível de fissura. Caso haja algum nível restante, repita o processo de dessensibilização. Se o nível for igual a 0, peça que o paciente imagine um momento no futuro e verifique o nível novamente. Caso ele relate nível 0, peça que pense a respeito e com a âncora, faça nova série de MO.

11. Repita o passo 7 e 8 para cada gatilho

12 Fechamento e auto-trabalho

Lembre os pacientes de que o processo continua após o final da sessão, e que eles poderão, ou não, ter novos pensamentos, memórias ou experiências, que eles podem contatá-los se necessário e se eles observarem qualquer coisa estranha, anote tudo para a próxima sessão.

Se eles tiverem qualquer desejo incontrolável, observe o que e onde fica essa sensação. Escolha um ponto na parede, e movimente os olhos rapidamente para um lado e outro até que a vontade passe, depois pense sobre o desejo novamente, pressione o dedo e faça o MO. Se a vontade permanecer, peça que entre em contato com alguém do grupo de terapia para apoio. Caso ele ceda ao vício, lembre de que não é uma recaída. É apenas o surgimento de informação nova: anotar tudo para que possa ser usada na sessão seguinte. É importante que os pacientes não sintam que fracassaram.

13. Sessões Posteriores

No começo de cada sessão verifique:

- . qualquer informação nova
- . gatilhos previamente eliminados
- . recaídas

Se os gatilhos posteriores não trouxeram de volta os desejos, faça os movimentos oculares em todos os casos de sucesso. Esse procedimento ajuda a fortalecer o ego sobre os sucessos observados até aquela data.

Se o paciente relata qualquer recaída, comece a trabalhar os gatilhos que provocaram a recaída. No caso de os pacientes terem vivenciados novos fatores de stress, eles devem ser processados por MO.

Direitos reservados

<http://www.trademarkia.com/detur-76291687.html>

Texto original publicado no site do Emdria

<https://emdria.omeka.net/items/show/17662>