

EMDR: NOVOS PARADIGMAS NA PSICOTERAPIA

Esly Regina Carvalho, MS, LPC, TEP

EMDR Iberoamérica. Brasil
esly@emdrberoamerica.org

André Mauricio Monteiro, PHD

Universidade Católica de Brasília. Brasil.
andre@iberoamerica.org

www.emdrberoamerica.org

RESUMO O EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) representa unha nova modalidade de tratamento de traumas e lembranzas emocionais desenvolta pola doutora Francine Shapiro nos fins da década dos 80, nos Estados Unidos. Trátase dun método de desensibilización e reprocesamento de experiencias emocionalmente traumáticas por medio da estimulación bilateral do cerebro. Este artigo ten como obxectivo expor de maneira introdutoria os fundamentos e método de tratamento seguido en EMDR, finalizando con algún exemplo tomado da práctica clínica da primeira autora.

PALABRAS-CHAVE EMDR, experiencias traumáticas, psicoterapia, trauma, violencia doméstica.

ABSTRACT EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) represents a new modality of treatment of traumas and painful memories developed by Francine Shapiro, Ph.D. at the end of the 80's, in the United States. It is a method of desensitization and reprocessing of emotionally charged experiences by means of the bilateral stimulation of the brain. This article gives an introductory explanation for the basis and treatment with EMDR, and finalizes with some examples taken from the clinical practice of the first author.

KEY-WORDS EMDR, traumatic experiences, psychotherapy, trauma, domestic violence.

INTRODUCCIÓN

Actualmente considérase o EMDR como unha mudanza de paradigma na psicoterapia. A énfase está non na terapia verbal ou aínda corporal, senón na desensibilización das lembranzas a nivel neuroquímico por medio da estimulación bilateral, unha vez que se acede á lembranza utilizándose un protocolo especificamente desenvolvido ao efecto. Isto produce unha diminución e até eliminación da forza negativa da lembranza e mudanzas na valoración da mesma baixo principios de integración hemisférica, acelerada pola estimulación bilateral característica do EMDR.

Desde os seus inicios, o EMDR foi un dos métodos psicoterapéuticos máis investigados e debatidos nos EE.UU. (Maxfield, 2002; Roger e Silver, 2002; Perkins e Ronanzoin, 2002). Está visto que os que mellor responden ao método son pacientes con trastornos de ansiedade, particularmente con estrese pos-traumático (TEPT). Denominado xenericamente como psicoterapia de reprocesamento, o EMDR foi ideado como unha psicoterapia breve e focal, utilizándose protocolos e procedementos específicos (Shapiro, 2001b).

Actualmente o EMDR é un achegamento psicoterapéutico cun considerábel número de estudos de eficacia, con recomendación especial da *American Psychiatric Association*¹. O Departamento de Defensa / Departamento de Asuntos de Veteranos de Guerra dos Estados Unidos cualificou o EMDR na categoría máis alta en canto á súa recomendación para a abordaxe de trastornos relacionados con eventos traumáticos.

Aliás, a *International Society for Traumatic Stress Studies* considerou o EMDR como tratamento eficaz para o TEPT. Pódese encontrar en páxina de internet do EMDR Institute (www.emdr.com) unha lista actualizada de estudos e referencias publicados en revistas indexadas (*journals*). Tamén inclúen estudos que probaron a súa eficacia con determinadas po-

boacións específicas, tales como persoas con ataques de pánico e fobias, vítimas de crimes violentos, nenos e adolescentes con antecedentes de traumas, vítimas de asalto sexual, pacientes con disfuncións sexuais, toxicómanos, etc. (Maxfield e Hyler, 2002). Desde 2007 pódese consultar unha publicación específica, o *Journal of EMDR and Research*.

COMO FUNCIONA O EMDR

Un dos principios centrais do EMDR é que o trauma emocional debe ser considerado máis como un «fisiotrauma» do que como un «psicotrauma» (Lescano, 2004). Esta hipótese revolucionaria encontra amparo en múltiples investigacións feitas con pacientes que sofren TEPT. A partir das imaxes feitas con PET, FMRI e SPECT scans (tomografías de alta resolución), pódense observar diferenzas significativas en certas áreas cerebrais que están relacionadas coa emoción, especialmente a hiperactividade neuronal no córtex visual, no sistema límbico, no xiro cingulado e/ou nos ganglios basais². Simultaneamente, obsérvase a inibición acentuada de actividades nas áreas máis cognitivas (cortiza pre-frontal e área de Broca).

Unha das características do trauma é que a persoa *sente* o trauma, mais non o pode comprender e reprocesar adecuadamente. O pasado persiste no presente. O paciente relata o trauma coma se tivese ocorrido fai pouco tempo. Isto explica por que o trauma non foi procesado («metabolizado») dunha maneira adaptativa e persisten almacenados («aprisionados») nas redes neuroquímicas co impacto e forza orixinais.

[1] <http://www.emdr.com/efficacy.htm>/April 20, 2008

[2] www.brainplace.com

Portanto, F. Shapiro conceptualiza o trauma como o resultado de informacións mal almacenadas no cerebro, sendo o reprocesamento através dos movementos bilaterais, unha vez se acedeu á lembranza traumática, o que posibilita a desensibilización da mesma e o seu subseguinte almacenamento dunha forma adaptativa. Isto xera frecuentemente mudanzas condutuais rápidas e significativas xa que o trauma puido terse resolto a nivel neuroquímico. Estudos empíricos permitiron comprobar como estas mudanzas se manteñen através do tempo (Wilson, Becker e Tinker, 1995).

Desde esta perspectiva, é posíbel que solicitar ao paciente que fale (terapia verbal) sobre o seu trauma poida resultar un esforzo inútil de meses ou anos, pois a cognición encóntrase dissociada das rexións cerebrais responsábeis da memoria emocional e o paciente non ten as ferramentas neurolóxicas para producir a mudanza de percepción necesaria. Por isto comezamos a falar en termos de mudanza de paradigma xa que durante os últimos 120 anos, dado o desenvolvemento da psicanálise, en xeral a énfase psicoterapéutica foi sobre a palabra, sobre o discurso do paciente. Acreditábase que o feito de lembrar e falar sobre os seus traumas e situacións difíceis faría que os síntomas desaparecesen.

Porén, o EMDR permite que o paciente poida traballar internamente as súas lembranzas sen que necesariamente teña que compartir detalles máis íntimos. Simplemente, con que o paciente reflecta sobre o acontecido o reprocesamento pode darse, por exemplo, mediante o movemento bilateral dos ollos (Van del Hout, Muris, Salemnink e Kindt, 2001). De feito, o marco teórico adoptado polo EMDR parte da base de que case todos os transtornos psicolóxicos son resultado de eventos traumáticos no pasado. Esta hipótese foi en realidade formulada hai máis de un século por Freud (teoría do trauma como etiología da histeria de conversión, hoxe denominada como transtorno somatoforme) e posterior-

mente descartada tamén por el mesmo coa súa formulación do inconsciente e a xénese das neuroses. Na súa época, Freud non tiña ao seu dispor os datos necesarios para amparar unha formulación que implicase que tantos adultos sufriran, de feito, abusos (sexual, emocional, físico) na infancia. Os datos epidemiolóxicos actuais ofrecen un panorama máis sombrío (Lescano, 2004).

MÉTODO DE TRATAMENTO

Unha das formas naturais do reprocesamento de memorias perturbadoras ocorre durante o sono REM (Rapid Eye Movement). Esta fase do sono permite que o individuo «dixira» as súas experiencias habituais. Pacientes traumatizados relatan dificultades para iniciar o sono ou son acordados por pesadelos ou sobresaltos. Estes serían soños incompletos, cuxo contido traumático bloquearía o sistema de procesamento natural do individuo. A persoa acorda antes que a súa lembranza acabe de procesar debido ao contido ansioxénico do sono ou pesadelo.

A estimulación bilateral alternada (visual –semellante á do sono REM–, auditiva ou táctil, dependendo do que o paciente prefira) parece activar o sistema nervioso parasimpático, auxiliando o individuo a desensibilizar e integrar rapidamente a memoria perturbadora. Ese resultado permite unha nova visualización do problema (reprocesamento), resultante da reactivación das rexións cognitivas do paciente. Estudos post-EMDR, feitos en intervalos de seis e dezoito meses, indican o mantemento dos resultados acadados durante o tratamento.

O protocolo de oito fases

Na psicoterapia con EMDR, impleméntase un protocolo específico de oito fases que busca a focalización de diversos compoñentes da memoria traumática. Este protocolo iníciase

É POSÍBEL QUE SOLICITAR
AO PACIENTE QUE FALE
(TERAPIA VERBAL) SOBRE
O SEU TRAUMA POIDA
RESULTAR UN ESFORZO INÚTIL
DE MESES OU ANOS, POIS A
COGNICIÓN ENCÓNTRASE
DISOCIADA DAS REXIÓNS
CEREBRAIS RESPONSÁBEIS
DA MEMORIA EMOCIONAL

cunha historia clínica minuciosa e que inclúe indicios de risco de disociación así como dificultades médicas que poida presentar o cliente, xa que o EMDR debe ser utilizado con grande coidado en pacientes máis fráxiles para evitar desencadear un episodio disociativo ou retraumatizar o paciente (Shapiro, 2008). A continuación, desenvólvese un plano de tratamento do paciente tendo en conta a súa historia traumática: 1) localizando as lembranzas máis precoces como eventuais albos de desensibilización; 2) identificando os disparadores do presente que contribúen na manutención de patróns desadaptativos e, 3) situacións futuras que poidan producir ansiedade anticipatoria.

Posteriormente, no segundo paso do protocolo, prepárase o paciente para a desensibilización probando os movementos bilaterais (visuais, auditivos ou táctiles) e instalando recursos positivos para que o paciente sexa capaz de se coidar dentro e fora de sesión e o caso de que se xeren lembranzas ou sentimentos moi perturbadores.

Xa na terceira fase, acédese ao arquivo cerebral onde se encontra a lembranza específica que serve de albo de desensibilización para a presente sesión, procurando a imaxe, as crenzas negativas vinculadas á lembranza, as emocións e as sensacións físicas. Utilízase a escala SUD (*Subjective Units of Disturbance Scale*) desenvolvida por Wolpe (1990) para avaliar as emocións surxidas durante o acceso ao albo; así solicitamos ao cliente que avalíe de cero (ningunha) a dez (máxima perturbación que poida imaxinar) para avaliar o seu nivel de perturbación ao pensar no albo a traballar. Tamén se pide que elabore unha crenza ou cognición positiva que lle gustaría manter respecto a si propio e a avalíe utilizando a escala de Validez de Cognición (VoC) (unha escala Likert que vai de 1 = totalmente falso a 7 = totalmente verdadeiro) antes de comezar a desensibilización (Shapiro, 2001b).

Na cuarta etapa pódese proceder directamente á desensibilización, aplicando a estimulación bilateral preferida polo paciente encanto este pensa nos elementos da lembranza ou albo. Proséguese coa estimulación bilateral até que o nivel de perturbación sexa cero segundo a escala SUD.

Durante a fase 5 vincúlase a crenza positiva desexada polo cliente á lembranza traballada, tamén con movementos bilaterais.

A fase 6 está destinada a indagar se hai aínda algunha perturbación corporal, usándose unha vez máis a escala SUD e a estimulación bilateral no caso de existir incomodidades que o requiran.

Finalmente na 7ª fase faise o peche, advertindo sobre o feito de que o procesamento pode continuar aínda despois de finalizada a sesión, dando instrucións específicas sobre como contactar co terapeuta se for preciso e solicitando a súa atención perante novos *insights*, percepcións, soños, etc. que poidan surxir até a próxima sesión. A sesión seguinte é considerada a oitava etapa.

Indicacións, contraindicacións e advertencias

Trala súa aplicación á elaboración de traumas, a terapia mediante EMDR aplicouse tamén con resultados prometedores ao tratamento de depresión, disfuncións sexuais, transtornos psicossomáticos, dores crónicas ou no contexto de estratexias de «coaching» con xerentes de empresa ou aplicado á mellora do desempeño con atletas, actores/actrices, músicos, presentadores públicos, etc. (Grand, 2006).

Por outro lado, algunhas contraindicacións son cadros psicóticos agudos ou condicións orgánicas que se agravan cando se producen emocións intensas. Algunhas persoas con problemas de adicións corren risco, pois o contacto con traumas pode agravar a ansiedade e esta precipitar recaídas. Os psicofármacos do tipo das benzodiazepinas e anticonvulsionantes poden interferir negativamente no reprocesamento, así como os psicoestimulantes como as anfetaminas e a cocaína. Porén, o tratamento con antidepressivos e a nova xeración de ansiolíticos non benzodiazepínicos son compatíbeis con EMDR.

Debido a que os traumas emocionais poden despertar emocións intensas, embora isto non sexa un requirimento para que o reprocesamento ocorra, recoméndase que só terapeutas acreditados polo EMDR Institute administren este método. A formación está restrinxida a psicólogos, psicoterapeutas habilitados e médicos con formación previa comprobada en psicoterapia. Alén dos cursos regulares de treinamento, EMDR Iberoamérica auspicia cursos de actualización, conferencias e publicacións.

EMDR, TRAUMA E VIOLENCIA

Un dos aspectos máis lamentábeis do trauma é a conducta repetitiva á que condena ás súas vítimas. Poderíamos dicir que arrebatamos o libre arbitrio das persoas. Moitas veces ouvimos os nosos pacientes queixarse: «xa non quero facer tal cousa/actuar de tal maneira, mais sintome impotente para mudar». Frecuentemente, este discurso é máis un sinal da presenza do trauma.

Determinadas situacións actuais poden inducir lembranzas mal resoltas (almacenadas de maneira desadaptativa no cerebro), de forma que a capacidade de resposta actual estará baseada no repertorio experiencial do pasado. Como todos actuamos condicionados polas nosas experiencias, cando a experiencia traumática (e moitas veces violenta) está enquistada no noso cerebro, actuamos da mesma maneira: cos mesmos sentimentos, emocións, sensacións e condutas que nos ficaron almacenadas orixinalmente. Neste sentido, a memoria traumática é moi precisa, moito máis do que a memoria «normal» que esquece axiña ou distorce os feitos co tempo. A lembranza traumática, polas súas características, muda pouco co tempo. Todos ouvimos dos nosos pacientes, «lémbrome coma se fora onte...» e é totalmente preciso.

A resolución do trauma permite unha mudanza de conduta porque posibilita que a persoa pase a elixir como quer reaccionar (Shapiro, 2007). Xa non permanecerá máis retida na conduta antiga da súa lembranza ou vivencia. En definitiva, encontramos a maneira de curar o trauma onde «vive», no noso cerebro e curalo alí (Stickgold, 2002).

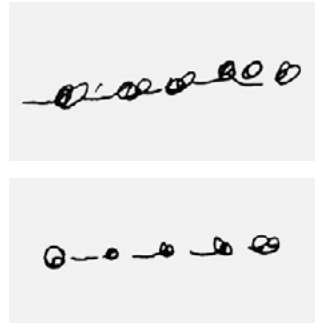
Isto tórnase aínda máis importante cando lidamos con situacións de violencia. Moitas veces non entendemos porqué as persoas repiten ou se manteñen en situacións violentas, mais a teoría do trauma axúdanos a entender que esa é a forma «coñecida» de vivir e encanto este



fig. 1



fig. 2



figs. 3 e 4

cerebro non é liberado para permitir que unha resposta saudábel xurda, poucos logran fuxir ao destino da repetición. Probabelmente unha das cousas que máis nos enche de esperanza co tratamento con EMDR é o feito de ter dado cunha ferramenta que pode romper o ciclo da violencia e a súa repetición.

EMDR E INTERVENCIÓNS CLÍNICAS

Seguidamente, pasaremos a ilustrar a aplicación do EMDR nalgúns casos clínicos que a primeira autora relata da súa práctica clínica. Adaptamos o protocolo clásico de oito fases empregando deseños que son solicitados no inicio e no fin da sesión (Carvalho, 2007).

Susana³ chegou á sesión un día sen ter nada específico que quixese traballar, mais sentíndose moi mal coa súa situación familiar. Ela e o seu marido eran enxeñeiros civís con catro fillos en común e unha situación financeira aparentemente desafoxada. Após máis de 35 anos de matrimonio, el continuaba a atacar verbalmente a súa muller de forma abusiva,

alén de eventuais episodios de violencia física. Ela estaba farta e aínda que non quería o divorcio, tampouco aguantaba esa situación.

Cando lle pedín que debuxara como se sentía, pensou un momento e debuxou unha lixeira chea de lixo (Fig. 1). Dixo: «Tantas veces o meu marido me dixo que son lixo, que xa acredito.» Media hora despois, cando xa acabábamos o reprocesamento fixo o debuxo que aparece na (Fig. 2) e dixo, «Na verdade, eu son unha persoa. Son un ser humano que pode decidir que facer coa súa vida. Non vou permitir que el continúe a maltratarme. Vou procurar a maneira de ter unha vida máis saudábel.»

Noutra sesión, Susana chegou moi abrumada coa cantidade de problemas, dificultades e «ataduras» que tiña que resolver. Os fillos e o marido esperaban que ela o resolviera todo, e estaba cansada de sentirse a «empregada de todos». Sen saber por onde comezar a resolver os problemas, novamente pedílle que debuxara como se sentía. Susana debuxou as súas «ataduras» (Fig. 3) e a crenza negativa (falsa) acompañante era: «Non son capaz». Era o que sentía en moitos aspectos da súa vida: non se sentía capaz de saír do seu matrimonio, mais tampouco de continuar como estaba. A situación financeira do casal pasaba

[3] Os nomes e aspectos identificadores dos pacientes foron modificados para protexer a privacidade dos mesmos.



fig. 5

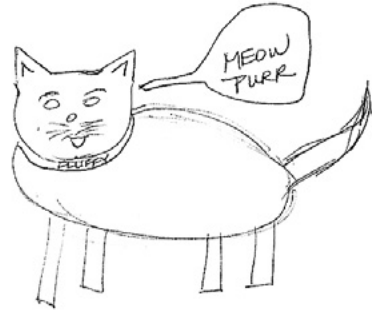


fig. 6

por veces por dificultades de liquidez xa que o diñeiro costumaba estar invertido nos bens e na construción de edificios a que se dedicaba a empresa familiar. E sempre a presión do marido para que ela resolvese todo.

No fin desa sesión, Susana percibe unha mudanza e debúxao (Fig. 4): «*Son capaz... de resolvelos, un por un...*»

E, de feito, Susana comezou a pór límites ao seu marido e a non permitir que a maltratase. Falou seriamente con el da posibilidade de denunciálo, puxo en coñecemento dos fillos o que estaba a pasar e pensou en divorciarse. Finalmente logrou que el fíxese terapia. Díciame: «*Son estranxeira neste país, e pasei toda unha vida construíndo un patrimonio co meu marido. Apesar dos seus defectos, creo que o quero. Se me divorcio, tamén perdo o meu traballo. Tampouco podo voltar ao meu país de orixe: levo máis de trinta anos aquí. Teño que loitar para resolver esta situación*». E Susana conseguiu.

Anita María chegou pedindo axuda porque acababa de finalizar a súa terceira relación de

ANITA MARÍA CHEGOU
PEDINDO AXUDA PORQUE
ACABABA DE FINALIZAR
A SÚA TERCEIRA RELACIÓN DE
PARELLA. NAS TRES HOUBERA
EPISODIOS DE VIOLENCIA

parella. Nas tres houbera episodios de violencia. Díciame que quería poder curar as súas feridas e poder entender que lle pasaba para facer tan malas eleccións de parella. Agora tiña un fillo de 4 anos a quen estaba dedicada e estaba tentando comezar unha nova vida na cidade onde vivían os seus pais. Pouco despois de comezar a terapia de EMDR ela fixo este debuxo de «can sen dono» ao que chamou «Scruffy», que significaba para ela un can sen coidados. (Fig. 5). No fin da sesión, sofrera unha transformación moi significativa: ago-

ra era unha gatiña, con colar, coidados e tiña novo nome, «Fluffy», un termo cariñoso para a gata (Fig. 6). Co transcórrese das sesións, Anita María conseguiu un novo traballo, uniuse a unha comunidade relixiosa que lle deu apoio e comezou a coidarse fisicamente (tiña unha diabetes seria e tiña que baixar de peso).

CONCLUSIÓN

Aínda que estes exemplos ofrezan só datos observacionais, pódense anticipar as posibilidades de cambio que a terapia con EMDR ofrece nestes casos. Se cremos que o trauma é a base da disfuncionalidade das relacións entón teremos que empregar os medios necesarios para curar os traumas. Moitos casos de violencia que tratamos son casos de «violencia aprendida» ou, quizá mellor, «violencia repetida»: o/a que sufriu o trauma está condenado/a a repetilo ou buscar as situacións coñecidas onde poderá ser a súa vítima. O EMDR ofrece unha posibilidade prometedora na ruptura dese ciclo de violencia. Oxalá máis profesionais se poidan instruír nesta modalidade terapéutica para que máis persoas poidan superar os seus traumas de forma máis rápida, eficaz e duradeira.

MOITOS CASOS DE VIOLENCIA SON CASOS DE «VIOLENCIA APRENDIDA» OU «VIOLENCIA REPETIDA»: O EMDR OFRECE UNHA POSIBILIDADE PROMETEDORA NA RUPTURA DESE CICLO

REFERENCIAS

- CARVALHO, E. (2007). *EMDR: Drawings and Metaphors*. Presentación no Congreso de EMDREA, París.
- GRAND, D. (2006). *Curación emocional a máxima velocidade: el poder del EMDR*. TRT PAH Argentina. Buenos Aires: M. E. Anduriz.
- LESCANO, R. O. (Ed.), (2004). *Trauma y EMDR: Un nuevo abordaje terapéutico*. Buenos Aires: EMDRIA Latinoamérica. p. 226
- MAXFIELD, L. (2002). Commonly asked questions about EMDR and suggestions for research parameters. In F. SHAPIRO (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, D.C.: American Psychological Association Press.
- MAXFIELD, L., & HYER, L. (2002). The relationship between efficacy and methodology in the treatment of PTSD with EMDR. *Journal of Clinical Psychology*.
- PERKINS, B., & ROUANZOIN, C. (2002). A critical evaluation of current views regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifying points of confusion. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 77-97.
- ROGERS, S., & SILVER, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy?: A review of trauma protocols. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 43-59.
- SHAPIRO, F. (2001a). Eye movement desensitization and reprocessing (emdr) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 35-67.
- SHAPIRO, F. (2001b). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures (2nd edition)*. New York: Guilford Press.
- SHAPIRO, F. (2002). *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, D. C.: American Psychological Association Press.
- SHAPIRO, F. (2007) *Theory and research in EMDR*. Presentación en Congreso de EMDRIA, Dallas, TX.
- SHAPIRO, F. (2008) *The EMDR Approach to Psychotherapy: EMDR Institute Basic Training course*. Watsonville, USA: EMDR Institute.

SIEGEL, D. J. (2002). The developing mind and the resolution of trauma: Some ideas about information processing and an interpersonal neurobiology of psychotherapy. In F. Shapiro, (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*. Washington, D. C.: American Psychological Association Press.

STICKGOLD, R. (2002). EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 61-75.

VAN DEN HOUT, M., MURIS, P., SALEMINK, E., & KINDT, M. (2001). Autobiographical memories become less vivid and emotional after eye movements. *British Journal of Clinical Psychology*, 40, 121-130.

WILSON, S. A., BECKER, L. A., & TINKER, R. H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for psychologically traumatized individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 928-937.

WOLPE, J. (1990) *The practice of behavior therapy* (4th ed) New York: Pergamon Press.

