

III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2011.

Un adulto con ataque de pánico. Las consecuencias de un trauma temprano olvidado tratado con EMDR.

Rodriguez De Behrends, Marisa.

Cita:

Rodriguez De Behrends, Marisa (2011). *Un adulto con ataque de pánico. Las consecuencias de un trauma temprano olvidado tratado con EMDR. III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-052/243>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRwr/P0V>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

UN ADULTO CON ATAQUE DE PÁNICO. LAS CONSECUENCIAS DE UN TRAUMA TEMPRANO OLVIDADO TRATADO CON EMDR

Rodriguez De Behrends, Marisa
Pontificia Universidad Católica Argentina

RESUMEN

El EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares) es un abordaje psicoterapéutico que en los últimos años ha desarrollado un cuerpo de estudios científicos que validan su eficacia para el tratamiento de distintos tipos de patología, sobre todo para el Trastorno por Estrés Postraumático. Es un modelo psicoterapéutico que se basa en los procesos psico-neuro-biológicos y consiste en la estimulación sensorial bilateral en forma alternada a través de movimientos oculares. En el presente trabajo presenta una intervención psicológica aplicando EMDR para el abordaje de un caso de Ataque de Pánico, desencadenado por un evento reciente que se asocia a un evento traumático vivido en la niñez y posteriormente olvidado. Se evidencia cómo el EMDR, dentro del espacio terapéutico, posibilita el recuerdo de un evento traumático olvidado y la resolución de los síntomas de trastorno de pánico.

Palabras clave

EMDR Ataque de pánico

ABSTRACT

AN ADULT WITH PANIC DISORDER. CONSEQUENCES OF AN FORGOTTEN EARLY TRAUMA TREATED WITH EMDR

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) is a psychotherapeutic approach that has been developed in recent years by a solid body of scientific studies which validate its effectiveness in treating different types of pathology, especially for Post Traumatic Stress Disorder. It is a psychotherapeutic model based on psycho-neuro-biological processes and consists of bilateral sensory stimulation alternately through eye movements. In the present paper we show, from a clinical vignette, a psychological intervention using EMDR for the resolution of a Panic Attack case onset in adulthood as a consequence of a traumatic event experienced in childhood and then forgotten. It is evident how EMDR, within the therapeutic space, allows de memory of a forgotten traumatic event and the resolution of the symptoms of Panic Disorder

Key words

EMDR Panic attack Psychotherapy

El EMDR es un abordaje psicoterapéutico con estudios científicos que validan su eficacia para el tratamiento de distintos tipos de patología, sobre todo para el Trastorno por Estrés Postraumático. Es un modelo psicoterapéutico que se basa en los procesos psico-neuro-biológicos, y que no requiere de la comprensión cognitiva del evento traumático para resolver la sensación o emoción perturbadora.

En este trabajo se presenta una intervención psicológica posible aplicando la técnica psicoterapéutica EMDR para la resolución de un caso de Ataque de Pánico desencadenado por un evento reciente que se asocia a un evento traumático vivido en la niñez y posteriormente olvidado. Se evidencia cómo el EMDR, dentro del espacio terapéutico, posibilita el recuerdo de un evento traumático olvidado y la resolución de los síntomas de trastorno de pánico.

Marco teórico

El EMDR (de la sigla en inglés *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*: **Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares**) es una técnica psicoterapéutica que se utiliza para desensibilizar y reprocesar traumas psicológicos. El método fue descubierto en 1987 por Francine Shapiro, (Investigadora Senior del Mental Research Institute - California, USA) y consiste en la estimulación sensorial bilateral en forma alternada a través de movimientos oculares. La estimulación debe respetar el eje del cuerpo ya que tiene su fundamento en el cruzamiento de las vías nerviosas y su conexión en los hemisferios cerebrales.

La Dra. Shapiro observó que frente a pensamientos angustiantes los ojos comenzaban a moverse de igual forma como sucede en el sueño REM y que si se reproducía este movimiento de forma voluntaria mientras la persona recordaba el evento traumático, el malestar comenzaba a desaparecer y la persona podía realizar una interpretación distinta del evento. Se producía entonces la desensibilización y reestructuración cognitiva, reprocesándose la información. (Solvey y Solvey, 2006). El objetivo es reacomodar en la memoria de las experiencias negativas trasmutándolas en experiencias de aprendizaje adaptativo.

La eficacia del EMDR fue demostrada a través de un cuerpo de investigaciones con sólidos diseños científicos a lo largo de los años y diferentes consenso de expertos han avalado la validez del tratamiento como la American Psychiatric Association y la Internacional So-

ciety for Traumatic Stress Studies entre otros.

En ocasiones, las personas que han sido víctimas de eventos traumáticos siguen viviendo el acontecimiento como si fuera siempre actual, fenómeno conocido como flash-back. Los pensamientos de tipo intrusivos, se suceden una y otra vez y no basta con expresarlos a través de la palabra para que la emoción que a estos se asocian dejen de ser altamente perturbadoras. En otras ocasiones, el evento traumático es absolutamente olvidado por lo perturbador que es para la conciencia.

Otras dos modalidades a través de las cuales puede realizarse la estimulación bilateral es utilizando suaves golpes en las palmas de las manos (tapping) o utilizando sonidos que la persona escucha a través de auriculares, mientras pone en foco de su atención el problema generador del síntoma.

Este tipo de intervención se asume como una metodología en si misma porque incluye además de la estimulación bilateral ocular, táctil y auditiva, un procedimiento estandarizado en ocho fases: historia clínica y planificación del tratamiento, preparación del paciente, evaluación de los componentes del tratamiento o Protocolo Básico, desensibilización del material traumático mediante la estimulación bilateral, instalación de creencias o cogniciones positivas, chequeo corporal para detectar cualquier molestia o malestar, cierre de la sesión y seguimiento o reevaluación evento reprocesado en la sesión siguiente. (Shapiro, 2005).

El EMDR resulta eficaz en la resolución de Traumas producidos por eventos vividos a edades tempranas que pueden ser profundamente olvidados.

INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA

La función específica de esta terapia fue ayudar a la paciente a reprocesar los sucesos negativos de su infancia que contribuyeron a su desorden emocional en el presente.

Paciente: Mujer 39 años, madre de 3 hijas de 23, 8 y 10 años. Ocupación: camarera.

Llega a consulta con diagnóstico de "Ataque de Pánico" (Crisis de angustia con Agorafobia) que realizara un médico psiquiatra a raíz de un primer episodio sucedido 5 meses antes de la consulta: estando ella en su casa, a las 17 hs dos horas antes de ir al trabajo (horario de trabajo nocturno) comenzó a temblar, con sensación de ahogo, sudoración y fuertes palpitaciones, dolor intenso en el pecho y un intenso temor a morir. Medicada con: Amitript.75, 1 por día, Clonazepam 2, 2 ½ por día, Risperidona 2, 2 ½ por día, Sertralina50, 1 por día.

Desorientación temporoespacial, dificultad para mantener la atención y concentración lo que dificultaba el dialogo, labilidad emocional. Llegaba al consultorio siempre acompañada de un familiar porque no podía viajar sola (por el temor y por la inestabilidad que le daba la medicación, sentía que se podía caer) quien la esperaba hasta que finalizaba la sesión. Además presentaba diagnóstico de Colon Irritable y Gastritis.

Las primeras intervenciones estuvieron en relación al

control de la ansiedad y a la modificación del tratamiento farmacológico. El vínculo terapéutico fue clave para sugerir interconsulta con otro psiquiatra de la obra social. Con cambio de psiquiatra, luego de varias semanas de desintoxicación y ajuste con nueva medicación, la paciente se encontraba más lúcida y conectada como para comenzar con el proceso desde la primera fase: Historia Clínica. De la misma se desprendería una infancia con fuertes necesidades económicas que le dificultaron sus estudios por tener que salir a trabajar desde chica. Quedó embarazada a los 16 años de "uno novio que desapareció", su esposo y padre de sus dos hijas más chicas, la ha engañado en 2 oportunidades, pero ella siempre lo perdona.

Datos de su historia personal que resulte de relevancia para el tratamiento psicológico: la paciente, que siempre había trabajado como empleada domestica o camarera en bares, hacia 10 meses que estaba trabajando en un Bingo. Dos semanas antes del primer episodio, le comunican que la ascienden a "jefa de camareros", con lo cual ella pasa a supervisar a sus propios compañeros, algunos de los cuales son mayores que ella y con mayor antigüedad laboral. La paciente expresa hacerse sentido "expuesta, sin protección, desvalida y vulnerable".

Casi a los dos meses de la primera consulta y ya mucho más lúcida y conecta le propongo utilizar EMDR comenzando el protocolo desde la Fase 1. Explico la técnica utilizando los movimientos oculares, a los que responde que la marea seguir mi mano con los ojos. Explico la utilización del "Tapping" al que accede.

Comenzamos a trabajar con EMDR con foco en un episodio que había vivido la semana previa a la sesión, en la vereda de la escuela donde asiste su hija menor. Ella se quedó sola por unos minutos mientras su hija mayor acompañaba a su hermana hasta la entrada del colegio. Allí se desencadenaron los síntomas físicos y emocionales nuevamente.

Continuamos sobre los siguientes puntos del Protocolo Básico:

Imagen: en la puerta del colegio se me oscurecía todo.

Creencia Negativa: no puedo tener control

Creencia Positiva: puedo tener control

Emoción: angustia intensa

SUD (escala de Unidad Subjetiva de Perturbación): 9

VOC (escala de Validez de la Creencia Positiva): 2.

Sensación corporal: en el pecho, presión.

Comenzamos la estimulación bilateral utilizando tapping y de inmediato dice "no me toques... no lo soporto"... y quita sus manos mostrándose muy conmocionada. Luego de calmarse le propongo utilizar sonidos bilaterales para continuar y ella accede. Cuando le coloco los auriculares comienza a recordar casi de inmediato una escena que vivió cuando tenía 5 años: recuerda despertarse una noche por los sonidos de disparo de arma de fuego y ver a su padre en el living de su casa disparándole a un hombre "amigo" de su madre. Su madre gritaba tratando de detenerlo y el hombre arrastrándose para escapar de la casa dejando charcos de

sangre (el padre, que trabajaba de noche, intuyendo que su madre lo engañaba, regresa durante la noche y la encuentra con su amante, toma un arma y le dispara, el hombre herido huye y se salva. El padre se va a entregar a la comisaria, su madre pasa la noche limpiando la sangre) La paciente y sus hermanitos de 7 y 10 años se encierran a ver la escena en un ropero, donde ella sentía que le faltaba el aire, sentía que se le oscurecía todo y que se iba a morir. Muy lentamente comenzó a bajar el SUD, a sentir menos angustia intensa y a sentir mayor control. La terminar el reprocesamiento el SUD era de 3 (nivel ecológico) y VOC 6, sin sensaciones corporales.

Las sesiones siguiente seguimos trabajamos utilizando los sonidos bilaterales sobre distintas escena de abuso sexual por parte del amante de su madre, que fue a vivir a su casa, luego de recuperarse de las heridas mientras su padre estaba en la cárcel. Si bien a la paciente le resultaba insoportable el tapping (y se mareaba con los Movimientos Oculares) luego de trabajar las escenas de abuso la paciente accedió a trabajar con tapping sin volver a presentar dificultades.

Luego de dos meses de tratamiento, la paciente se reintegro a su trabajo mientras continuamos el proceso con otros recursos terapéuticos y habiendo reducido significativamente la medicación.

Conclusión: el vínculo terapéutico construido desde la primera entrevista fue clave para que la paciente y su familia aceptaran la sugerencia de realizar una interconsulta con otro profesional psiquiatra que revisara la medicación. La "contención emocional" de las primeras sesiones permitieron, mientras se "desintoxicaba" de psicofármacos el aumento de su confianza. La situación de exposición de su trabajo actual desencadenó la asociación con los mismos sentimientos de exposición, vulnerabilidad y desprotección de su infancia cuando fue víctima escenas de tanta violencia y de su abuso sexual. Si bien este último fue el evento procesado, no fue el único evento traumático en su vida. A pesar de que en la historia clínica realizada antes de la intervención psicoterapéutica la paciente no hizo referencia a traumas de su primera infancia; aun habiéndose indagado especialmente el tema.

El EMDR es una técnica que permite la elaboración de traumas producidos por eventos olvidados o por eventos a los que no pueda referenciar por diversas causas. La posibilidad de utilizar distintos canales de estimulación bilateral facilita las intervenciones cuando no puede utilizarse la visión o el tacto.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adler-Tapia, R., Settle, C. (2009). Evidence of the Efficacy of EMDR With Children and Adolescents in Individual Psychotherapy: A Review of the Research Published in Peer-Reviewed Journals. *Journal of EMDR Practice & Research*, 3 (4), 232-247.

Hensel, T. (2009). EMDR With Children and Adolescents After Single-Incident Trauma. *Journal of EMDR Practice & Research*, 3 (1), 2-9.

López-Soler, C. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada: El trauma complejo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13 (3), 159-174.

Lovett, J. (2000). *La curación del trauma infantil mediante EMDR*. Barcelona: Paidós-Iberica

Richardson, P., Williams, S., Hepenstall, S., Gregory, L., McKie, S., Corrigan, F. (2009). EMDR Treatment of a Patient With Post-traumatic Stress Disorder. *Journal of EMDR Practice & Research*, 3 (1), 10-23.

Shapiro, F. (2005). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures*. (2ª Ed.). New York: Guilford Press (trabajo original publicado en 2001).

Shapiro, F. (2007). Four Elements Exercise. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2,113-115.

Solvey, P. & Solvey, R.F. de. (2008). *Terapias de Avanzada*. Vol 1 y 2, Buenos Aires: TdeA Ediciones.

Terr L. (1996). Acute responses to external events and posttraumatic stress disorder. En: Lewis M (editor). *Child and Adolescent Psychiatry: a Comprehensive Text book*. (2ª ed). Baltimore, Williams and Wilkins, 753-63

Terr L. (1991). Childhood traumas: an outline and over view. *Am J Psychiatry*. 148,10-20.

Van Der Kolk, B, Rothc, S, Pelcovitz, D, Sunday, S, & Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 18, 389-399.

Van Der Kolk, B. (1996). *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Guilford Press, New York.