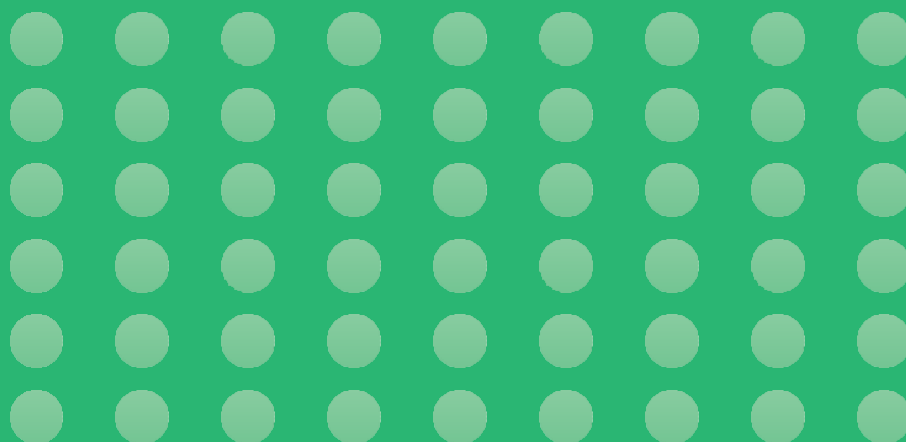


Guia de Orientação para
Profissionais e Leigos sobre EMDR



EMDR

DESSENSIBILIZAÇÃO
E REPROCESSAMENTO
ATRAVÉS DE MOVIMENTOS

OCULARES

TEORIA E PRÁTICA

Teuman de Marillac Alves Fonseca Maia
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (Orientador)

Recife, 2020

Faculdade Pernambucana de Saúde
Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde



Guia de Orientação sobre o Tratamento EMDR

Teuman de Marillac Alves Fonseca Maia
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa (Orientador)

Autora: Teuman de Marillac A. F. Maia - teumanmarillac@hotmail.com
Ilustradora: Ana Carolina Cardoso - anacah.ilustra@gmail.com
Diagramador: Renilson José dos S. B. Filho - renilsonfilho@hotmail.com

Recife
2020



Ficha Catalográfica

Preparada pela Faculdade Pernambucana de Saúde

M217g Maia, Teuman de Marillac Alves Fonseca

Guia de orientação para profissionais e leigos sobre EMDR: teoria e prática. / Teuman de Marillac Alves Fonseca Maia, Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa; Ilustradora: Ana Carolina Cardoso; Diagramador: Renilson José dos S. B. Filho. – Recife: Do Autor, 2020. 35 f.: il.

Material didático e instrucional, 2020.
ISBN: 978-65-87018-54-6

1. Guia - saúde. 2. Psicologia. 3. Neuropsicologia. I. Barbosa, Leopoldo Nelson Fernandes. II. Cardoso, Ana Carolina, ilustradora. III. B. Filho, Renilson José dos S, diagramador. IV. Título.

CDU 159.9.019.4

Dedicatória

*A minha família,
Meus amigos, Meu orientador, Professores, Pacientes e seus familiares, E, em especial, aos amigos e profissionais do EMDR de Pernambuco, que contribuíram com minha pesquisa:
Adineide Nolasco, Ana Rita Colobialle, Fátima de Paula, July Mary Rolim, Lêda Souza, Maria José Maciel, Maria Solange V. Calado, Maria José Maciel Nina Paranhos, Roberta Machado, Simone Santos e Thalita Galvão Fonsêca.*



Agradecimentos

A Deus.

A minha família.

Ao Dr. Leopoldo Nelson Fernandes.

Ao Programa de Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde.

Aos colegas do EMDR de Pernambuco

A todas as pessoas que contribuíram, direta ou indiretamente, para a criação desse material e para a minha evolução pessoal e profissional.

Apresentação

Este guia é composto por 10 capítulos, que poderão ser lidos separadamente de acordo com o interesse e a necessidade que motivará sua leitura. O leitor é livre para manusear essa obra de diversas formas e em diferentes momentos.

No primeiro capítulo será feita uma introdução sobre método.

No segundo, mostrará como a pesquisadora, Francine Shapiro, fez a descoberta da Terapia de Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares, EMDR.

O terceiro capítulo, falará sobre os sofrimentos vivenciais, enquanto que o quarto tratará da base neurobiológica do EMDR. O quinto falará sobre o Sistema de Processamento Acelerado de Informação e o sexto tratará do tema trauma psíquico, memórias bloqueadas e processamento acelerado de informação em EMDR.

No sétimo capítulo será feita uma análise sobre o processamento da memória traumática, enquanto que o oitavo descreverá o protocolo de oito fases do EMDR.

Os dois últimos capítulos conduzirão ao final, onde o nono, trará um quadro com alguns estudos desenvolvidos recentemente, mostrando sínteses de pesquisas de trabalhos realizados por EMDR e as instituições que validam e reconhecem o tratamento por EMDR. E, por fim, no décimo e último capítulo são apresentadas as referências aqui usadas, que poderão servir de aprofundamento para as questões apresentadas.

Aproveitamos para informar que este Guia foi construído como produto final da minha conclusão de formação no mestrado, complementando a dissertação, exigência solicitada pelo Programa de Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da Faculdade Pernambucana de Saúde. Todas as informações são fruto das pesquisas realizadas por Teuman de Marillac Alves Fonsêca Maia, que possui formação em Psicologia Clínica e Escolar e tem especializações em: Psicopedagogia, Neuropsicologia, Terapia do Desenvolvimento e da Aprendizagem, Educação Inclusiva, Terapia Cognitivo Comportamental Avançado e Curso de Extensão em Reabilitação Neuropsicológica. É Terapeuta certificada pelo EMDR Institute, EMDRIA E EMDR Ibero-América; e pelo Brainspotting, nas fases 1, 2 e 3. Fez curso prático de biofeedback e neurofeedback; e Terapia Focada nos Esquema, dentre vários outros voltados para psicologia. Atualmente, possui o mestrado em Psicologia da Saúde e cursa o doutorado em Psicologia Clínica. Tendo como orientador o Professor, Mestre e Doutor Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa.

O tema de dissertação, na conclusão do mestrado, foi “Uso da Dessensibilização e Reprocessamento Através dos Movimentos Oculares (EMDR): Vivência de Pacientes Adultos Vítimas de Traumas Emocionais”, que deu origem a um artigo científico encaminhado a revista “Psicologia e Saúde”, com título: “A Vivência da Psicoterapia com Dessensibilização e Reprocessamento por Movimentos Oculares (EMDR) no Tratamento de Traumas Psíquicos”, que aguarda a aprovação para ser publicado e, em breve, ser compartilhado com a comunidade científica.



Capítulo 1	
Introdução	06
Capítulo 2	
Francine Shapiro e a Descoberta da Teoria do EMDR	07
Capítulo 3	
Os sofrimentos vivenciais	09
Capítulo 4	
Bases Neurobiológicas e EMDR O Cérebro Emocional - Princípios das Neurociências	15
Capítulo 5	
Sistema de Processamento Acelerado de Informações EMDR	22
Capítulo 6	
Trauma Psíquico, Memórias Bloqueadas e Processamento Acelerado de Informações EMDR	24
Capítulo 7	
Processamento da Memória do Trauma	26
Capítulo 8	
Protocolo Padrão de Oito Fases do Tratamento por EMDR	27
Capítulo 9	
Tabela com Algumas Pesquisas Comprovando a Eficácia do EMDR em Diversas Patologias	29
Capítulo 10	
Referências Bibliográficas	31

Capítulo 1 | Introdução

Esse material foi elaborado com o objetivo de ajudar e contribuir com todas as pessoas que têm algum tipo de interesse em conhecer um pouco sobre o EMDR. Não havendo pretensão em esgotar conteúdos referentes ao tema, neste guia, encontram-se informações básicas importantes que irão ajudar a compreender a espetacular experiência que é conhecer o EMDR.

O EMDR é uma sigla, que no Inglês, que tem como significado Eye Movement Desensitization and Reprocessing, cuja tradução em Português corresponde a dessensibilização e reprocessamento através dos movimentos oculares. Trata-se de uma terapia com fundamentos neurobiológicos, descoberta, em 1987, pela pesquisadora e também psicóloga Dra. Francine Shapiro (Shapiro, 1989).

Nas últimas décadas, pesquisa realizada tem demonstrado que o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos podem ter um impacto significativo sobre o desenvolvimento ou a exacerbação das doenças. Como especialistas em comportamento e saúde, os psicólogos têm desenvolvido e implantado programas que visam o aumento da frequência de comportamentos saudáveis.

Como se sabe, a Psicologia possui um vasto campo de estudos que investiga assuntos relacionados à saúde emocional, buscando entender e ajudar os que não conseguem lidar com o desafio da complexidade que é a condição de ser um humano. Muito ainda precisa e vai ser descoberto. Teorias surgem, a cada instante, na tentativa de compreender tamanha complexidade.

Não há uma única verdade, nem uma única teoria, que sabe de tudo. Em cada ser humano há uma verdade. E esta precisa ser compreendida em sua essência e jamais generalizada através de outras, pois, são muitas histórias e todas diferentes. É importante ressaltar que o ser humano nunca será compreendido em uma única tese ou em um único discurso.

Em nossa vida sempre escutamos relatos de experiências intensas e negativas, que marcaram em algum momento a história de vida de quem as conta. E, por ter um caráter intenso provocou sofrimento, dor, medo e, ao recordá-la, provavelmente provoca sentimentos como tristeza, angústia. A essas experiências habitualmente chamamos de trauma. E, nestas pessoas a grande novidade é que agora elas podem contar com uma psicoterapia inovadora, que tem ajudado muitas pessoas ao redor do mundo a superar traumas, fazendo com que elas possam se reorganizar, retomando o rumo da sua vida. O EMDR tem libertado muitos pacientes de suas crenças distorcidas, dos medos advindos de uma experiência nefasta, das tensões somatossensoriais que ficaram registradas no corpo (tensões físicas), promovendo o resgate da história de forma mais leve, determinada e segura (Shapiro, 2017).

Levando a mim e a tantos outros especialistas, psicólogos e médicos, a buscar conhecer esta ferramenta, que foi descoberta e desenvolvida a partir de vários anos de pesquisas comprovadas cientificamente, pela também psicóloga e cientista: Dra. Francine Shapiro.

Ao longo deste guia serão apresentados um pouco do percurso por ela feito, bem como das pesquisas realizadas, por outros pesquisadores que, como eu, se dedicaram a desenvolver estudos que nos ajudassem a suprir e sanar a mesma curiosidade, e que levaram-me a fazer minha formação profissional.

Capítulo 2 | Francine Shapiro e a Descoberta da Teoria do EMDR

Antes de falar da teoria, vamos informar alguns dados referentes à biografia da criadora do EMDR: Francine Shapiro que nasceu no dia 18 de fevereiro de 1948, vindo a falecer aos 71 anos, em 18 de junho de 2019. Pesquisadora, psicóloga clínica licenciada, residia no Norte da Califórnia. Bacharel (1968) e mestre (1974) em literatura inglesa pela *Brooklyn College*, City University de Nova York.



Em 1974, enquanto trabalhava em período integral como professora de inglês no ensino médio, se matriculou em um programa de doutorado em literatura inglesa na Universidade de Nova York, concluindo sua dissertação em 1979.

Francine, como a chamamos, foi pesquisadora sênior e *fellow* emérito no *Mental Research Institute Palo Alto*, na Califórnia, dando origem e desenvolvendo a terapia por EMDR.

Em seu percurso, foi diretora emérita do EMDR Institute Watsonville, na Califórnia. Fundadora e presidente emérito do EMDR Humanitarian Assistance Programs, uma organização sem fins lucrativos que coordena a resposta a desastres e treinamentos em todo o mundo. Organização esta, que recebeu o Prêmio Memorial da Sociedade Internacional para Estudos de Estresse Traumático Sarah Haley de 2001, por Excelência Clínica.

Também foi designada como um dos “quadros de especialistas”, da Iniciativa Conjunta da Associação Americana de Psicologia e Associação Psicológica Canadense sobre Guerra Etnopolítica, atuando como consultora em uma ampla variedade de organizações e periódicos de tratamento de trauma e extensão.

Como criadora do EMDR, Francine recebeu vários prêmios, incluindo o Prêmio Internacional Sigmund Freud de Psicoterapia, da Cidade de Viena, em conjunto com o Conselho Mundial de Psicoterapia; o Prêmio da Divisão de Psicologia de Trauma da Associação Americana de Psicologia, por contribuições extraordinárias à Prática em Psicologia do Trauma; e o Prêmio de Distinção Científica em

Psicologia, apresentado pela California Psychological Association; ganhou também, o Prêmio por Contribuições de destaque na prática de Psicologia do trauma, concedido pela Divisão de Psicologia do trauma, da Associação Americana de Psicologia.

Em sua trajetória, recebeu vários convites para dar palestras em conferências e universidades de psicologia em todo o mundo. Escreveu e foi co-autora, em mais de 60 artigos em revistas científicas, fez capítulos e livros sobre EMDR, tendo como texto principal conteúdos a dessensibilização e reprocessamento de movimentos oculares: princípios básicos, protocolos e procedimentos. Possuindo um vasto currículo que merece reconhecimento.

Quanto ao surgimento do EMDR

Este se deu de forma interessante e inesperada. Um dia, enquanto estava passeando em um parque e refletindo sobre sua vida e sobre alguns pensamentos desagradáveis que a preocupavam, Francine Shapiro, atenta à propriocepção, percebeu que, ao movimentar os olhos de um lado a outro, algo acontecia em paralelo com seu estado emocional e seus pensamentos, gerando mudanças (Shapiro, 1989).

Shapiro observou que, naturalmente, seus olhos faziam movimentos oculares bilaterais, associados aos pensamentos que a perturbavam, por estarem encharcados de desconforto e ansiedade. Nesse momento, percebeu que a força emocional e os pensamentos diminuía consideravelmente. E, ao tentar resgatá-los, percebeu que os pensamentos que a preocupavam e provocavam desconforto afetivo, como tristeza e angústia, não estavam mais a perturbando como antes, e os sintomas aos poucos foram se transformando e desaparecendo, independente de sua vontade (Shapiro, 1989).

Ao refletir sobre o ocorrido, deu início a uma pesquisa que teve como hipótese a possibilidade de que haveria uma associação entre a fuga desses pensamentos e os movimentos bilaterais, feito naturalmente pelos seus próprios olhos. Inicialmente, chamou seu estudo de Eye Movement Desensitization (EMD). Sua descoberta sobre os efeitos dos movimentos dos olhos, seguiu-se de uma metodologia, hoje mundialmente conhecida, por ser gigante, tanto pela sua complexidade quanto por sua aplicabilidade. Tendo como hipótese fundamental, a possibilidade de que haveria uma associação entre a fuga desses pensamentos e os movimentos bilaterais (Shapiro, 1989).

Após dois anos refletindo sobre o fato vivido, aprofundou os estudos e desenvolveu uma metodologia e um protocolo clínico de intervenção, que hoje é bastante usado por especialistas tanto pela especificidade e sucesso que oferece, quando por sua aplicabilidade.

Em 1990, o método passou a ser chamado Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). A modificação da nomenclatura ocorreu por conta do enfoque dado pela técnica, apresentando um panorama integrativo dos processos mentais relacionados à aquisição de informações (Shapiro, 2000).

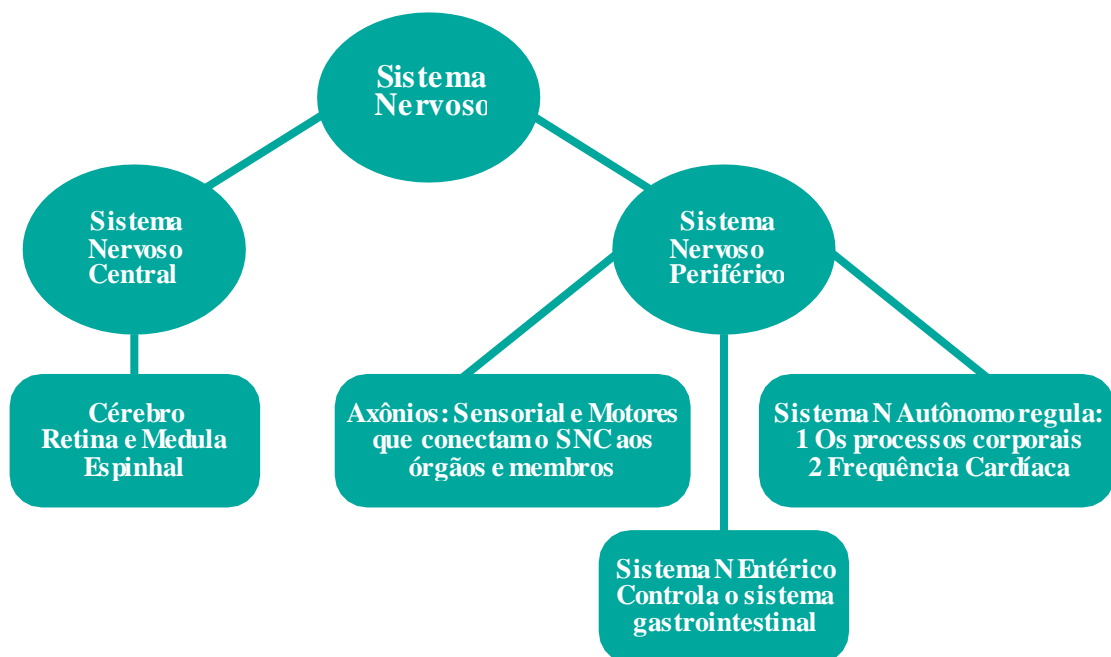
No Brasil, a formação e supervisão da prática estão vinculadas às orientações da Associação Brasileira de EMDR.

Capítulo 3 | Os sofrimentos vivenciais

Estar vivo é uma experiência dinâmica e um desafio diário, rico de experiências e de novas descobertas, levando-nos a estar criando respostas, buscando e reinventando estratégias, que garantam nossa sobrevivência. Entretanto, por mais que sejamos hábeis, nem sempre conseguimos realizar nossos infundáveis sonhos.

Na tentativa de ajudar na compreensão do processamento onde ficam arquivados estes sofrimentos vivenciais é importante que tenhamos um pouco de informação referente ao nosso sistema nervoso, baseadas nas funções dos neurônios.

Sistema Nervoso Baseado nas Funções Neurônais



Fonte: A partir de Kandel et al (2014)

Composto por mais de 100 bilhões de neurônios, com cerca de mais de 10 mil entradas sinápticas de outros neurônios, produzindo cerca de um quadrilhão de sinapses esse é o nosso cérebro; uma estrutura complexa, que resulta em tudo que somos ou seremos. Fruto da ação contínua e incansável das conexões realizadas pelos mais de 100 bilhões de neurônios que possuímos (Lent, 2010).

Os neurônios são células especializadas em processar informações advindas do meio ambiente onde nos desenvolvemos, bem como das nossas inquietudes internas. Para compreender a dinâmica consideramos o que as ciências, a biologia e as neurociências têm nos ajudado a compreender. Temos em média, 4 tipos básicos de células funcionais: 1. Os neurônios sensoriais, que informam ao cérebro sobre os manifestos vividos no ambiente interno e externo; 2. Os neurônios motores, que contraem os músculos e medeiam os comportamentos; 3. Os neurônios de comunicação, que transmitem sinais de uma área a outra do cérebro; e, 4. Os neurônios de associação, interneurônios, que extraem e processam informações vindas dos sentidos, comparando-as com os existentes na memória, o qual usamos quando vamos planejar e executar um determinado comportamento, realizando uma ação, modelando a função

do nosso cérebro (Lent, 2010).

E assim, vivemos envolvidos na busca de um dia poder encontrar a tão sonhada felicidade. A cada momento de nossas vidas, acionamos todo nosso potencial na tentativa de aprender a conquistar momentos ricos de aprendizagens e enfrentar os obstáculos que surgem, enquanto exploramos o mundo ao nosso redor. São tantos lugares a conhecer, tantas pessoas para conviver e conquistas a serem feitas, que parece que nunca atingiremos o ápice da satisfação. A cada relação estabelecida com os demais e com as vivências estabelecidas impomos modificações ao nosso cérebro.

O tempo todo estamos encontrando um motivo que justifique nossa busca por algo novo. Durante todo o percurso, há momentos de muita empolgação, anseios, fantasias e receios. Contudo, para conquistar e realizar nossos objetivos, nem sempre temos experiências positivas, nem tudo são flores, é mágico, simples, fácil ou prazeroso. Há, em nosso percurso, algumas experiências que podem nos levar a provar outros gostos como ardor, tristeza, medo, angústia, solidão e insegurança, que são causados pelo sofrimento.

Nesta busca incessante de conquistar tudo que acreditamos poder nos fazer felizes, nos deparamos com desafios inusitados, que por vezes, nos levam ao precipício, provocando a sensação de que não iremos conseguir vencê-los, provocando a falta de esperança. E, com o tempo vamos mudando nossa forma original de ser. Cada pessoa, de acordo com sua construção biopsicosociocultural, construirá sua forma de reagir às situações impactantes, chamadas de traumas psicológicos. Estes, pela sua magnitude, tendem a distorcer a maneira como encaramos a vida, alterando o bem estar de cada indivíduo, alterando inclusive, sua percepção subjetiva.

Em algumas ocasiões, conseguimos enfrentar e lutar, mantendo-nos fiéis e confiantes, buscando na fuga, a sobrevivência frente à ameaça imposta pelo “predador”. Em outros momentos, mais intensos, podemos nos paralisar. Ficando sem reação, sem saber como agir, tendo como resultado, marcas irreparáveis e registros profundos e inesquecíveis. Estes se fincam em nosso corpo, na alma, mudando a rotina de nossas vidas, de maneira negativa. Tudo, fruto da dinâmica natural do cérebro humano.

As pesquisas têm ajudado no fortalecimento da compreensão a respeito do valor dos relacionamentos e do quanto eles implicam em nossa forma de ser, de pensar e agir.



Sabe-se cada dia mais que somos resultado das experiências de vínculos que estabelecemos com nossos pares e nossos semelhantes. E como as relações estabelecidas definem nossa forma de agir, pensar e se portar diante do mundo.

Em cada contato com o outro, novas conexões vão se formando e dependendo da relação que estabelecemos, seja ela, saudável, de convívio e trocas respeitadas de afeto, vamos intimamente, nos

fortalecendo como pessoa. Na convivência vamos realizando trocas. Deixando e carregando lembranças, marcas, conselhos,

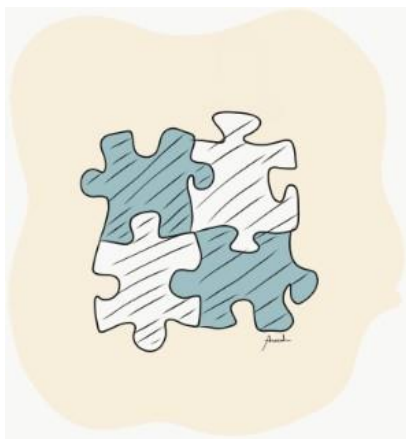
expressões e histórias dos outros que vão interferindo em nossa autoestima, nossa autopercepção e nossa forma de encarar a vida.

umas passam deixando lembranças agradáveis, lembranças que nos fazem sonhar e ficamos felizes. Já outras nos “arrepiam” de tão negativas que foram. Estas são nefastas. Fazem-nos mal por deixarem recordações marcantes e marcas profundas em nosso eu, pela animosidade vivida em alguma etapa de nossa existência. Não conseguindo fazer parte saudável em nossa história de vida. E, ao recordá-las, o que sentimos não nos dá prazer, otimismo. Pois, serão sempre muito intensas e fortes, a ponto de parecer que estamos revivendo igual como aconteceu. Estas recordações terminam nos contorcendo e distorcendo nossa percepção pessoal e do mundo, e vão nos transformando.

E o que é mais interessante pensar é que, quanto mais consideramos o outro e quanto maior for a mágoa que guardamos, mais profundo e difícil será de assimilar a experiência. Podendo um trauma de menor porte, por se repetir tanto, se transformar no trauma de “T grande”. Marcando e definindo nossa forma de ser, de se comportar e de enfrentar o mundo.

Já há outras vivências, que nos machucam com menos intensidade, são as conhecidas como traumas de “t” (pequeno), por serem frutos de situações desconfortáveis que provocam dor, tristeza, como, por exemplo: algumas fofocas ou calúnias sem grandes dimensões, que embora nos deixem triste são possíveis de conviver. Por exemplo: críticas contínuas, indiferenças e falta de respeito em tom de brincadeira. Estas, contudo, permanecendo ao longo do tempo, também poderão criar força interior, pela constância da repetição, destruindo a autoestima, fragilizando a autoconfiança, findando em sentimentos de menos valia.

Qualquer uma das situações acima citadas, geralmente, é fruto da relação estabelecida com pessoas importantes em nossa vida. E, por isso, são responsáveis pelo transtorno que causam emoções e comportamentos negativos. Por não serem facilmente assimilados por nós, mantendo-se desadaptado em nosso sistema natural de processamento de informação, impedindo de fazer parte saudável e natural do processo de assimilação, acomodação e retenção na memória. E, quando algo, como um estímulo, nos faz lembrar o ocorrido, revivemos as mesmas emoções, sofremos e ficamos tristes.



Como um quebra-cabeça, precisamos entender que, ao mesmo tempo que as pessoas que mais amamos vão ajudando na construção da nossa história, formando nossa teia de memória, através de cada olhar, toque, palavra, a partir do vínculo vivido que estabelecemos com eles, nas diversas experiências que estabelecemos com eles, resultam no que somos, seres sociais.

Sendo assim, se tivermos a sorte de crescer em um meio social saudável, estruturado com relacionamentos positivos e estimuladores, as chances de sermos melhores é bem maior. Ao contrário, se nascermos em um ambiente inseguro, vulnerável, despreparado, com pessoas que

servem de referências ambíguas e perversas; em lares disfuncionais, o resultado com certeza não será dos melhores.

Quanto à classificação dos traumas, temos os considerados de “T”, pelo impacto que geram causando grande dor, decepção, agressão (seja física, verbal, que abalam quem somos, agredindo nossa moral) e resultam em uma desarmonização em nosso cérebro, tirando-o do estado natural, chamado de homeostase. Causando uma ativação em nosso sistema simpático, que se manterá alerta por muito tempo, provocando sobressaltos de medo e insegurança. Podendo provocar um desligamento parcial ou total da nossa “chave” interna, que nos faz conectar com o mundo, de maneira tranquila. E, em muitos casos, pode nos levar ao estado dissociativo.

E quando isto acontece, tendemos a perder o sentido da vida passando a acreditar que tudo acabou.



Levando-nos a pensamentos tristes e sem esperanças. Pelo sentimento de que algo se quebrou interiormente. Como consequência, aos poucos, surge o retraimento, o aprisionamento em um mundo predominado por pensamentos negativos, norteados por crenças negativas. Passamos a acreditar que não temos mais forças, levando-nos a perder a esperança, a deixar de construir novos sonhos e a acreditar no futuro.

São estas experiências difíceis, consideradas traumáticas, que precisamos eliminar. E quase sempre vamos precisar da ajuda de um profissional da saúde, do psicólogo ou do psicoterapeuta, o qual será se tiver formação em terapias que tratem de forma eficaz do trauma, porque estes diferem de conteúdo e de intensidade, levando a cada pessoa agir de uma forma diferente das outras.

Temos de um lado os que são considerados vilões, os responsáveis pela dor e sofrimento vividos nas vítimas. Mais que também podem ter sido vítimas de outras pessoas, ou possuem trações desorga-

desorganizadas em sua personalidade. Independente do que precisamos considerar, os resultados destas relações são as marcas deixadas. Algo precisa ser feito, não podemos perder a esperança, precisamos lutar.

Pesquisas feitas por Carrion, Wong e Kleter (2013), demonstram que o trauma produz mudanças neurobiológicas para a vida. Mesmo sendo o correto a ser feito, queremos sair desta “prisão”, mas não sabemos como fazer. Enquanto que, estudos de neuroimagem sugerem que a sintomatologia de trauma grave está associada à desregulação da amígdala, como defende Weber (2013), em seus estudos.

E o pior, às vivências negativas, com o tempo, provocam mudanças na nossa maneira de nos analisar, gerando um comportamento de autoagressão à nossa autoestima, por que distorcemos nossa maneira de autoavaliação. As crenças negativas são imperiosas e contínuas, que aparecem após o trauma ser instalado e para eliminá-las se faz necessário um trabalho psicoterápico. Quando não nos submetemos à psicoterapia, passamos a incluir em nossa rotina o hábito da autocritica; perdemos a autoconfiança, baixamos a cabeça, assumindo a vestimenta de perdedores, sofredores e fracassados.

E, assim, a vida passa a não ser mais colorida, levando-nos o dom natural do encantamento; comprometem nossa capacidade de sonhar, reduzem as forças vitais que nos motivavam a continuar buscando o que almejavamos. A tristeza se instala, algo nos paralisa e, com o tempo, sem encontrar uma solução adequada nem a chave para abrir as possibilidades para um recomeço, os sintomas começam a tomar conta de nossas vidas nos presenteando com uma doença. O que antes não existia, pode se apresentar como uma depressão, acompanhada de pensamentos sombrios, de que não adianta mais seguir em frente. É o fim. Os sinais do sofrimento aparecem no corpo, as emoções assumem um tom nefasto e cada pensamento negativo, passa a ser transformado em verdade absoluta.

Ou então, podemos ter outras reações, como desenvolver uma reação intensa e contínua de desconfiar de tudo e de todos, mantendo-nos alerta a qualquer detalhe que nos remeta à situação que nos fez sofrer. Como uma tentativa de nos defender, nosso sistema de alerta é ativado. O sentido da nossa existência agora é encontrar, persistentemente, uma maneira de não mais ficar de frente do predador, ou de uma situação inusitada, sem nos dar conta que dessa forma, na realidade, estamos é mantendo-o vivo, ao nosso lado, em nossos pensamentos. E, enquanto assim nos mantermos, viveremos na expectativa contínua de um novo reencontro, sentindo a presença máxima do medo, do desespero e da angústia.

Quando não, assumimos a condição de vingança, obsessivos para consertar o estrago causado em nós, porque deixamos que o sofrimento assumisse um papel destrutivo em relação ao amor. Por conta dos nossos rancores, acreditamos que a solução deverá ser a extinção do outro, ou até mesmo, a nossa.

Independente da reação que tenhamos, iremos reagir de qualquer maneira, porque, mesmo sofrendo, ainda temos algum potencial dentro de nós que nos faz acreditar que merecemos uma nova chance, que precisamos recomeçar e retomar o caminho de onde paramos. Precisamos entender que, de alguma forma e em algum lugar, o sol continua brilhando, iluminando o dia, enquanto que a noite, a lua volta a surgir clareando na escuridão.

E daí surge um especial questionamento: como fazer a escolha certa? Precisamos aceitar e olhar para o lado, buscando uma mão que nos ponha em pé mais uma vez. De preferência, que seja uma pessoa que saiba como nos ajudar, um especialista competente, que possa nos ajudar a reerguer a cabeça, ajudando-nos a retomar a jornada, devolvendo a possibilidade de voltar a acreditar, de que podemos seguir em frente. O reencontro com a famosa e desejada luz no fim do túnel. Precisamos que alguém nos ajude a tirar a venda colocada diante dos nossos olhos.

A Psicologia Clínica é uma área da psicologia, onde os profissionais dedicam-se ao estudo das situações que causam dor e sofrimento emocional, bem como buscam compreender estratégias para ajudar os que sofrem. Devolvendo-lhes a capacidade de analisar a origem das causas transformadas em sintomas. E, mantendo-se viva, vem sempre se aperfeiçoando e criando estratégias e tratamentos eficazes, gerando propostas de intervenções que promovam alterações positivas, que possam contribuir na devolução da saúde psíquica, de forma a possibilitar a reabilitação no momento presente, enquanto se deixa para trás a dor do passado.

O psicoterapeuta é o companheiro das horas difíceis, o acolhedor dos dissabores existenciais, dos maus-tratos e o expectador das novas aquisições. Formado e capacitado de conhecimentos, faz uso de suas habilidades para provocar questionamentos em relação aos atos e às palavras que, por algum motivo, são responsáveis pelos aprisionamentos. E, em companhia da história que discorre em seu consultório, ao lado do que sofre, vai construindo possibilidades e alternativas eficazes que vão liberando as amarras da própria existência.

Um psicoterapeuta competente e responsável, munido de uma boa ferramenta de trabalho, construída ao longo de sua formação profissional, se coloca sempre na condição de oferecer novas possibilidades, conduzindo o seu paciente a encontrar uma nova chance de se reconstruir, enquanto analisa as experiências vividas. Durante todo o processo o psicoterapeuta manter-se-á, mediando à conquista, oportunizando momentos de reflexões que conduzirão a um olhar diferenciado sobre o sofrimento causado no passado, favorecendo novas formas para se resolver o problema.

E, como vimos, foi assim que Francine Shapiro se posicionou durante os anos que dedicou à criação, à atualização e ao desenvolvimento do EMDR. Como tem sido a vida de cada profissional devotado a cuidar da saúde.

Capítulo 4 | Bases Neurobiológicas e EMDR

O Cérebro Emocional - Princípios das Neurociências

Falaremos superficialmente a respeito do cérebro humano, sem a pretensão de adentrar em todas as instâncias que o compõem. Porque, como se trata de um assunto vasto, este não caberia em um único capítulo. São muitos os detalhes, não sendo, pois, nesse momento, o objetivo deste trabalho. Aqui, serão considerados alguns aspectos referentes ao desenvolvimento de diferentes zonas do cérebro, as quais são especializadas nos modos de reação e conhecimento, à medida que foi ocorrendo a evolução humana, frente às demandas advindas do meio em que vive.

No estado atual, todas as formas de conhecimentos se desenvolvem dependendo de algumas partes do cérebro. Essas zonas são: o tronco cerebral, o sistema límbico e os lobos frontais. O primeiro está mais ligado com a regulação da homeostase. Os demais estão encarregados de manter o organismo sempre equilibrado, quando em contato com os estímulos advindo do meio, modulando-o automaticamente (Kandel et al, 2014; Lent, 2010).

Cada neurônio tem dois tipos de ramos: os dendritos, que recebem estímulos/informações de outros neurônios; e os axônios, que ficam responsáveis pelas saídas das informações para outros neurônios. A comunicação acontece por eletricidade e é feita através do corpo celular, que converte a corrente elétrica em um conjunto de impulsos enviados pelo axônio a outros neurônios, esses circuitos locais realizam associações neurais em entradas, para o circuito e enviam os resultados para outros circuitos, como saídas, através de projeções neurais. A maioria dos neurônios são interneurônios de associação, que recebem informações de uns neurônios e repassando-as para outros neurônios (Lent, 2010).

O neocórtex distingue os mamíferos de todos os outros animais, permitindo que a maioria das atividades mentais complexas e muitas decisões aconteçam sobre o que o indivíduo quer fazer; tendo, pois, impacto na inteligência, permitindo um nível de comportamento avançado, como o comportamento social, a linguagem e o alto nível de consciência (Lent, 2010).

As partes chaves do neocórtex são compostas por quatro lobos principais (frontal, parietal, temporal e occipital), que são divididos por sulcos (rachaduras) e cumes localizados entre os sulcos e chamados de giros. Os sulcos separam os lobos corticais ou funções, em alguns casos, pois em outras áreas no cérebro, elas interagem umas com as outras (Kandel et al, 2014).

O Lobo frontal do neocórtex age como controlador dos controladores e é mediado pela complexa função de memória operacional, de várias camadas de áreas corticais pré-frontais, que nos permitem fazer planos complexos, compostos por várias etapas.

Este é composto por quatro importantes áreas funcionais. As duas primeiras são: o centro primário anterior e as áreas pré-motoras e motoras suplementares, que estão envolvidas com a iniciação dos movimentos voluntários, ou seja, aqueles que dependem de nossa vontade. A terceira é a área de Broca, geralmente localizada no hemisfério esquerdo, tendo grande importância na produção da escrita e da linguagem falada; e o córtex pré-frontal, que tem como responsabilidade, controlar o nível mais abstrato do planejamento e metas, estando relacionado com a personalidade (Kandel et al, 2014).

Quanto ao lobo parietal, este contém neurônios responsáveis por receber a informação sensorial da pele e da língua e de processar as informações das orelhas e dos olhos, emitidas pelos outros lobos. As principais entradas sensoriais da pele – advindas do toque, temperatura e receptores de dor – são transmitidas pelo tálamo ao giro imediatamente posterior à fissura central, composta no cérebro. Sendo assim, para se realizar uma tarefa motora, como pegar em uma escova e escovar os dentes, muitas ações internas acontecem, pois se faz necessária uma alta sensibilidade ao toque, que guiará a ação e o controle diferenciado (Kandel et al, 2014; Lent, 2010).

O lobo occipital, por sua vez, é responsável por processar as entradas visuais que são enviadas através da retina por meio do tálamo, ao cérebro. Possuidor de mapas visuais derivados de V1 (V2, V3 e assim por diante) que são responsáveis por processar as informações captadas pela visão. O sentido da visão, por sua vez, será o de processar, através de projeções dessas áreas superiores do lobo occipital, para outras áreas nos lobos parietal e temporal, dependendo do processamento anterior feito pelo lobo occipital (Kandel et al, 2014; Lent, 2010).

O lobo temporal tem como responsabilidade combinar informações auditivas e visuais. Na parte superior e medial do lobo temporal, acontece o recebimento das informações, ou seja, ela serve de entrada auditiva da parte do tálamo, que transmite informações das orelhas, enquanto que a parte inferior faz com que o processamento visual para reconhecimento de objetos e padrões aconteça. Enquanto que as partes medial e anterior estão envolvidas em reconhecimento visual de alta ordem (como reconhecimento de faces, por exemplo), que para acontecer, acessa a memória (Kandel et al, 2014).

O tálamo é o componente responsável pela regulação da consciência, do sono e do estado de alerta. Ele auxilia o cérebro a interagir com as outras partes, controlando, por exemplo, a forma para onde dirigimos o nosso olhar. Enquanto que hipotálamo está ligado às funções vegetativas, responsáveis pelo controle das funções homeostáticas do corpo, desde a temperatura aos ciclos circadianos, que são responsáveis pelo comportamento e estão associados às emoções de prazer e raiva, que são responsáveis pela ansiedade e estados desregulados, como pânico e euforia (Kandel et al, 2014).

O tronco cerebral, através do hipotálamo, tem como principal função buscar a homeostase, atividade exercida pelo sistema nervoso autônomo, através dos sistemas simpáticos e parassimpáticos que buscam o equilíbrio, modelando automaticamente, enquanto regulam os estímulos externos e internos que se apresentam em nossa rotina.

Também importante, encontra-se o giro do cíngulo, pelo fato de cuidar da percepção dos odores e da evocação das memórias agradáveis e às ligadas a dor ou quaisquer emoções. Regulando os comportamentos agressivos. Conectado com estruturas corticais, tem como responsabilidade realizar análise do conteúdo vivencial, participando de forma direta do planejamento das ações e dos movimentos executados pelo indivíduo, enquanto favorece, a partir das emoções afetivas, a interação do ser humano com demais (Kandel et al, 2014).

O cérebro é composto por dois hemisférios: o esquerdo e o direito. O primeiro recebe a maioria das entradas e controla principalmente o lado direito do corpo, é especializado para a linguagem, tendo o raciocínio baseado em regras e habilidades analíticas, em humanos, processa os detalhes (Kandel et al, 2014).

Enquanto que o hemisfério direito lida com o lado esquerdo do corpo e tem maior habilidade em reconhecer padrões visuais e tipos de percepção mais holística, absorvendo o cenário geral. Não há linguagem. Os dois hemisférios estão conectados pelo corpo caloso. E ao executar uma simples tarefa lidam de forma harmônica, usando estratégias de dividir e conquistar a ação a ser executada (Kandel et al, 2014).

Abaixo do neocórtex há várias áreas subcorticais importantes, compostas por núcleos filogeneticamente antigos compostos por várias estruturas importantes dentro do sistema límbico. E, quanto a esse sistema, se faz necessário entender sua localização cerebral e alguns componentes de sua estrutura: localizado na parte mais interna do cérebro, área subcortical, surgiu com o desenvolvimento humano na busca pela sobrevivência. E é composto por partes envolvidas de maneira importante nos registros e processamentos de eventos e respostas emocionais (Lent, 2010).

A amígdala é uma das demais partes, que tem como função primordial regular o sentido do afeto, por exemplo, participando das respostas e processamentos das memórias emocionais. Um estudo de neuroimagem desenvolvido por Weber sugere que a sintomatologia de trauma grave está associada à desregulação da amígdala (Weber, 2013).

Já o hipocampo, reconhecido como a sede das memórias, tem como principal função o processamento das memórias cognitivas. Vale ressaltar que, a amígdala está localizada em frente ao hipocampo, estando envolvida com o processamento emocional. Ela interage com uma área do córtex pré-frontal, chamada orbitofrontal para gerar e processar as principais emoções, como: raiva, felicidade, nojo, surpresa, tristeza e medo. Por exemplo, pessoas que sofreram danos na amígdala têm habilidades reduzidas ao reger e evitar situações que provocam medo (Kandel, Dudai & Mayford, 2014).

Além disso, também interage com a parte mais anterior do córtex cingulado, área responsável pelo monitoramento do progresso em direção a qualquer objetivo que se busque atingir, gerando sinal de aviso para que novas estratégias sejam tomadas frente às situações que parecem não funcionar e que necessitam de mudanças.

Os gânglios basais são outras estruturas límbicas cruciais na organização, planejamento e execução dos movimentos. Interconectado ao tálamo e o neocórtex são responsáveis por controlar o comportamento. Enquanto que o mesencéfalo, a ponte, o bulbo e o cerebelo, fazem a transição entre o cérebro e a medula espinhal. Eles juntos, controlam comportamentos, como: coordenação de locomoção, movimentos dos olhos e a regulação da homeostase corporal, como: respiração, frequência cardíaca e temperatura (Kandel et al, 2014).

Autores como Fuster (2008) e Goldberg (2002), argumentam que o córtex pré-frontal é considerado como a parte mais moderna, filogeneticamente falando. Estando localizado na região do lobo frontal anterior ao córtex motor primário, possui papel essencial na formação de metas e objetivos. Participando, também, das etapas de planejamento de estratégia de ação, necessárias à consecução destes objetivos; selecionando as habilidades necessárias para a implementação dos planos e da coordenação das mesmas, para que sejam aplicadas de maneira adequada. Sendo responsável, mais diretamente, pela avaliação das ações, destinadas a um determinado objetivo, conceituando-as como ações de sucesso e fracasso.

Goldberg (2002), por sua vez, em seus estudos, fala de uma forma mais ampla, evidenciando que os lobos (frontal, parietal, occipital e temporal), na realidade, possuem funções mais metacognitivas, do que cognitivas isto porque eles não possuem nenhuma habilidade mental específica, por estarem todos envolvidos nas ações realizadas pelo homem, de uma certa maneira.

Quanto às questões referentes à maturação, à organização funcional e ao desenvolvimento do cérebro humano, dois grandes estudiosos merecem destaques, são eles: Lúria (1982) e Vygostky (1987). Suas contribuições estão mais relacionadas ao trauma conceitual intrincado e complexo, tanto na compreensão de conhecimentos, quanto das habilidades, envolvidas no processo de aprendizagem. Se dedicando mais especificamente, ao estudo dos processos mentais, nos quais estão incluídas sensações, percepções, pensamentos, linguagens, memórias, compreendidas como sistemas funcionais complexos.

Para os autores, esse processo ocorre como consequência de movimentos manipulativos que se condensaram, adquirindo, em sua dinâmica, o caráter de ações mentais internas ligadas às imagens do mundo exterior e quando mediatizadas por ajudas externas, sempre de forma dinâmica e contínua, concretizam-se em aprendizagens.

O grande pesquisador, Alexander Lúria (1976) defende e fundamenta que existe um Sistema Funcional, composto por três importantes unidades responsáveis: 1) pelo tom cortical necessário; 2) pela análise e síntese da informação recebida e 3) pelos movimentos de busca, que dão o caráter ativo à conduta perceptiva.

Quanto à dinâmica do comportamento humano, existe por trás um sistema sensorial que serve de base para que aconteça o desenvolvimento e a aprendizagem, fruto da intercomunicação estabelecida entre variadas redes de informações, dispersa pelo corpo, que ao entrar em contato com o estímulo geram sensações, estimulam e ativam as células nervosas, dando início ao processo neurológico, gerando respostas macro (movimentos longos), micro (pequenos movimentos), oro (movimentos com a boca, relacionados a fala, ato de comer, morder, etc) e grafomotoras (movimentos com as mãos, pinturas, desenhos e escritas), sendo as três últimas específicas do ser humano (Luria, 1976).

A organização dessas sensações culminará em um desenvolvimento evolutivo humano, de forma adaptativa e integrada, que ao fornecer ao cérebro às condições de captação dos estímulos, a partir do

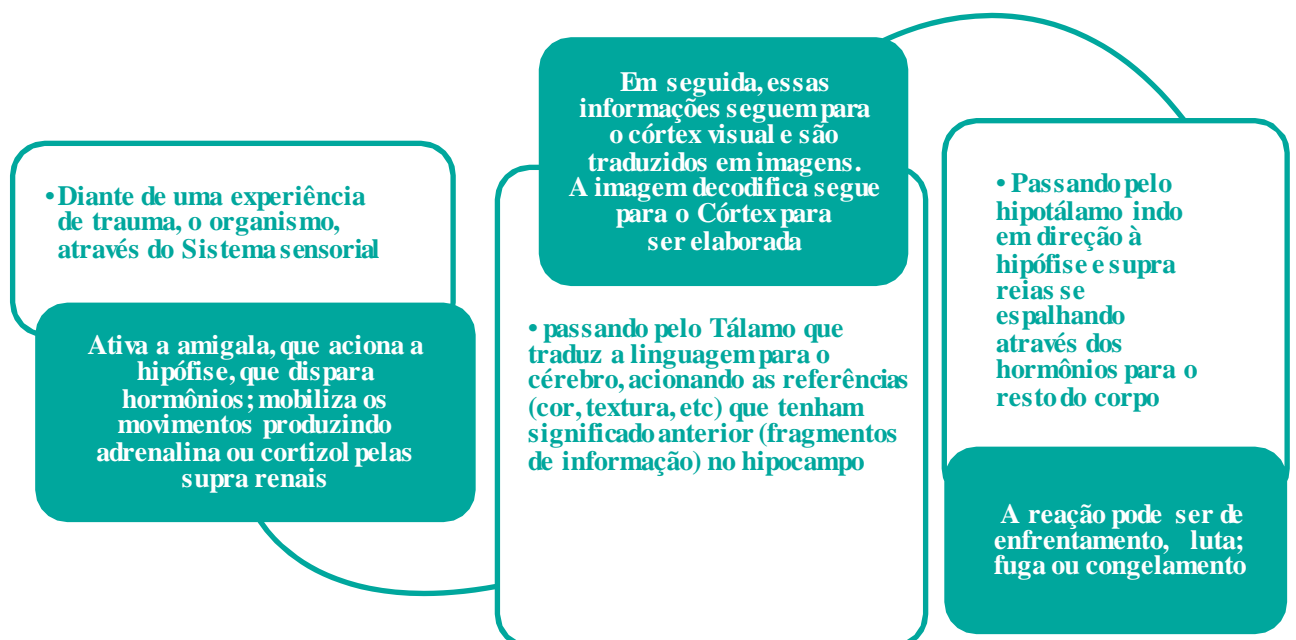
corpo, no universo extra-somático, resulta em uma complexa integração e associação intraneurossensorial, culminando em evolução do processo informativo e resultando em uma motricidade flexível e eficaz (Ribeiro, 2019).

O sistema nervoso autônomo (vegetativo), composto pelo sistema simpático (adrenérgico), tem como neurotransmissor a adrenalina, que participa pondo o corpo em alerta frente um estímulo perigoso, impulsionando e preparando à fuga. E pelo sistema parassimpático, colinérgico (vagal), que se encarrega pelo restabelecimento da energia corporal, promovendo o descanso e o relaxamento. O neurotransmissor a acetilcolina é responsável pelo estabelecimento dos vínculos associativos.

Sperry (1969), falando das funções dos hemisférios cerebrais e do pensamento afirma que: “A questão principal é que parecem existir dois modos de pensar, o verbal e não verbal, representados pelo hemisfério esquerdo e direito, respectivamente. E que nosso sistema educativo, assim como a ciência em geral, tende a depreciar a forma não verbal do intelecto. Resultando numa discriminação contra o hemisfério direito”.

Na figura que será apresentada tentamos de forma simplificada e grotesca explicar como acontece o circuito de uma experiência traumática e o seu percurso no cérebro. Logicamente, temos consciência que há outros detalhes que não foram descritos, devido às pequenas minúcias, que no momento, me foi impossível descrever.

Circuito da Experiência Traumática



O tratamento por EMDR (Reflexões da autora)

Agora, vamos nos ater a explicar um pouco a respeito do tratamento por EMDR. Por ser conceitualizado como uma progressão por redes de memória, quando em uso é solicitado ao paciente que direcione e focalize sua atenção em um alvo, isto é, a uma memória específica que pode ser uma

imagem de sonho; uma pessoa; um evento real, fantasiado ou projetado; ou algum aspecto da experiência, tal como uma sensação corporal ou pensamento. Alvos específicos são utilizados para se obter acesso às redes de memórias bloqueadas. Com base na observação clínica, qualquer manifestação da informação armazenada pode ser utilizada como alvo.

A essência do EMDR é propor, como prática de intervenção clínica, uma transmutação da informação armazenada de forma inadequada, gerando um estado emocional desregulado, para um modo de armazenamento adaptativo que promova a saúde psicológica. Shapiro & Solomon, 2018).



A hipótese é que os movimentos oculares (ou estímulos alternativos), por exemplo, toques alternados com as mãos (hand taps) e a repetição de estímulos sonoros, comprovam sua eficácia, uma vez que a hipótese dual pode vir a provar ser a mais útil explicação dos efeitos do EMDR (Shapiro, 2017).

E Shapiro (2017) em estudos que tratavam do tema, pode afirmar que frente a um trauma psíquico, que pode resultar em um

Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT), é vista uma maior ativação no sistema límbico, especificamente no hemisfério direito, com uma diminuição da atividade da área de broca, no hemisfério esquerdo. Essa contribuição amplia nossos conhecimentos em relação ao que se passa conosco quando somos traumatizados.

A comprovação deste estudo se deu a partir dos achados realizados através das imagens feitas por escaneamento pela Tomografia por Emissão de Póstron (PET scan) (Shapiro & Solomon, 2018).

Mecanismos por meio dos quais se dariam à ativação e facilitação do processamento

1. A Ativação e facilitação do processamento de informações acontecem devido ao foco dual do paciente na atenção. Enquanto ele presta atenção, estímulos no presente se atentam ao evento traumático passado (Van der Kolk et al, 2007; Shapiro & Solomon, 2018).

2. Um efeito diferencial de explosões neurais pelos diversos estímulos que podem servir como equivalente de uma corrente de baixa voltagem e afeta diretamente o potencial sináptico. (Van der Kolk, et al, 2007).

3. Descondicionamento causado pela estimulação bilateral provoca uma redução da emoção, trocando por uma resposta de relaxamento (Van der Kolk, et al, 2007).

O EMDR é um processo semelhante ao que se passa quando sonhamos na chamada fase Rapid Eyes Movement (REM) do sono (Stikgold, Hobson, Fosse & Fosse, 2001), durante a qual os movimentos oculares rápidos facilitam o processamento do material inconsciente. Sua premissa é que quando surge uma situação traumática, esta fica bloqueada no sistema nervoso e quando evocada aparece como recordação original, com sons, pensamentos, emoções e sensações físicas do passado.

A intervenção EMDR permite que a pessoa identifique e separe as sensações afetivas do trauma das suas interpretações cognitivas, dessensibilizando as memórias traumáticas, acessando e dessensibilizando o sistema nervoso, permitindo ao cérebro que processe a experiência.

O terapeuta em sua prática de intervenção poderá oferecer algumas formas de ativação, através dos movimentos oculares bilaterais, de toques alternados ou de músicas com sons bilaterais, guiados por protocolos de intervenção (Shapiro & Sherwel, 2004). Ao realizar a estimulação, estará possibilitando que haja uma dessensibilização e reprocessamento dos conteúdos traumáticos. Toda ação mantém, tanto o paciente, quanto o terapeuta conscientes do que se passa. Como por exemplo, o terapeuta sabe que seu papel será de promover um novo acesso a memória que causa dor e sofrimento, que esta desadaptada a rede de memória, ativando o cérebro a estabelecer uma nova comunicação, entre os dois hemisférios cerebrais, no momento em que solicita que o paciente acesse, simultaneamente às memórias traumáticas armazenadas, através de imagens, palavras chaves, advindas da cognição, dando vazão as emoções e sensações latentes.

Se o bloqueio for removido, o processamento será retomado, levando a informação em direção a um estado de resolução adaptativa e integração funcional. Essa resolução é manifesta por uma modificação nas imagens, afeto e cognições que o paciente associa no evento.



A função da estimulação bilateral é ativar o mecanismo adaptativo de processamentos de informações, fazendo com que haja uma adaptação do conteúdo a rede de memória e sua aplicação em uma variedade de patologias tem tido valor crítico (Shapiro, 2018).

Levando em consideração que o conteúdo a ser trabalhado como alvo advém da memória do evento traumatizante, sendo este composto por imagens, crenças, emoção e, ou, sensações física, a prática do EMDR favorecerá uma oportunidade do paciente olhar de volta ao passado, para assim, a partir do protocolo proposto em sua prática clínica de intervenção, promover a dessensibilização afetiva favorecendo um reprocessamento do conteúdo da experiência que deixou sofrimento. Possibilitando então, que este conteúdo, não provoque mais desorganizações, tensões e reações disfuncionais. Após o processo realizado com sucesso, o paciente poderá voltar a falar sobre o fato traumático do qual foi vítima, sem mais apresentar ativações desorganizadas. Falará sem mais se desorganizar emocionalmente.

Capítulo 5 | Sistema de Processamento Acelerado de Informações - EMDR

O tratamento por EMDR é conceitualizado como uma progressão por redes de memória e quando em uso, na terapia, como falado anteriormente, é solicitado ao paciente que direcione e focalize sua atenção em um alvo, isto é, em uma memória específica, que pode ser uma imagem; um sonho; uma pessoa; um evento real, fantasiado ou projetado; ou algum aspecto da experiência, tal como uma sensação corporal ou pensamento.

O alvo escolhido a ser tratado será utilizado para se obter acesso às redes de memórias que foram bloqueadas. Com base na observação clínica, sabe-se que qualquer fragmento que corresponda ao evento serve como mediador, gerando acesso à informação armazenada de forma disfuncional.

A essência do EMDR é propor como prática de intervenção clínica, uma transmutação da informação armazenada de forma inadequada, que tem como consequência um estado emocional desregulado, para um modo de armazenamento adaptativo que promova a saúde psicológica (Shapiro, 2017).



A hipótese é que os movimentos oculares (ou estímulos alternativos), por exemplo, toques alternados com as mãos (hand taps) e a repetição de estímulos sonoros têm comprovado a eficácia, uma vez que a hipótese dual pode vir a provar ser a mais útil explicação dos efeitos do EMDR (Shapiro, 1989, 2001).

Tendo como premissa básica, que a maior parte das psicopatologias se baseia em experiências remotas de vida. O EMDR é composto por muitos componentes. A ativação do evento alvo e os estímulos com movimento bilaterais (oculares, táteis e auditivos) são usados na terapia. Mantendo o paciente, o tempo todo, no presente, enquanto evoca conteúdos do passado, numa atenção dual. Durante o processo é ativado o Sistema de Processamento de Acelerado de Informações (PAI) na busca de se atingir bons resultados com tratamento. (Shapiro & Sherwel, 2004).

O Modelo do PAI é coerente com a compreensão manifestada desde Freud e Pavlov daquilo que hoje em dia chama-se processamento de informações (Freud, 1919; Pavlov, 1927). Especificamente, parece haver um equilíbrio neurológico em um sistema fisiológico distinto, o qual permite que a informação seja processada até chegar a uma “resolução adaptativa” (Shapiro, 2017).

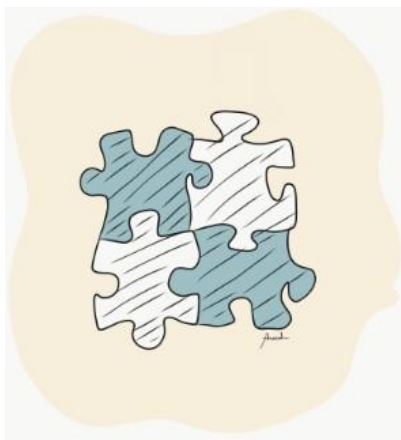
Por resolução adaptativa entende-se como o que acontece quando todas as conexões necessárias, para associações adequadas, são feitas, onde a experiência é usada de forma construtiva pelo indivíduo e integrada em um esquema positivo emocional e cognitivo (Shapiro, 2018).

Segundo o método e em condições naturais, o Sistema de Processamento Adaptativo e Acelerado de Informação (PAI) assimila experiências recentes em redes neurais existentes. Essa noção alude a uma tendência inata do cérebro, que processa as experiências perturbadoras conduzindo-as a uma resolução adaptativa para o sujeito (Shapiro & Solomon, 2011).

O PAI produz respostas homeostáticas ecológicas, modulando a aprendizagem e o alívio de mal

estar emocional que se armazenam em seus componentes sensoriais, emocionais cognitivos e nas redes de memória, enquanto vive suas experiências no mundo. Sendo as redes, à base da percepção, atitudes e comportamentos. Quando este sistema funciona de forma adequada, novas experiências são assimiladas, integrando e conectando informações que são armazenadas nessas redes neurais. Esta conexão e as informações anteriores permitem dar sentido à experiência, fazendo o paciente aprender ajudando a se guiar no futuro (Shapiro, 2017).

Capítulo 6 | Trauma Psíquico, Memórias Bloqueadas e Processamento Acelerado de Informação - EMDR



O pesquisador Bleichmar (2008) sugere que as representações do sofrimento não se ativam nem se arquivam como um todo, em um determinado lugar no cérebro, eles se organizam como um quebra-cabeça, de forma modular e fragmentada, nas redes de memória, desde o começo da vida do sujeito. Autores como Peres e Mercadante (2005), citam, em seus trabalhos que a palavra “Trauma”, em sua raiz etimológica grega, significa lesão causada por um agente externo. Conceito que migrou à Psicologia, supondo que um trauma ocorre quando as defesas psicológicas naturais são transgredidas. E, para Freud, o trauma psíquico se caracteriza por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e de elaborar tais excitações.

No século XVIII, Descartes dizia que as funções mentais existiam separadas do corpo, no entanto, com o avanço das pesquisas, sabe-se que o corpo é o acumulador e preservador das experiências físicas e emocionais vividas na existência (Fortes, 2015).

Para Marty, referenciado em Ribeiro (2019), dentro de uma perspectiva ontogenética evolutiva, o desenvolvimento do ser humano é concebido em um contínuo especializar-se e diferenciar-se de órgãos e funções, rumo a uma complexidade crescente. A gênese do psiquismo, dentro desta evolução, tem seu desenvolvimento progressivo a partir do nascimento do bebê, com a mãe fazendo-se de anteparo protetor para os estímulos intrusos que chegam até ele, ajudando-o a representá-los e nomeá-los adequadamente.

Para Kreisler, citado por Volich (2004), é a sintonia entre a mãe com o bebê que, ao acolher as necessidades da criança, adéqua-a com respostas necessárias, ajudando no favorecer da integridade da função mental.

Estes autores tiraram a ênfase do fator externo, colocando o peso do fenômeno, na capacidade ou não, de mentalização do sujeito (defesas mais sofisticadas). Caso essas mentalizações não sejam suficientes, deixariam as pulsões, como sendo uma única via de resolução arcaica, passando a ser expressa pelo corpo. Neste caso, o conflito psíquico neurótico não chegaria realmente a ter palco, uma vez que não há uma interiorização do que pode estar ocorrendo com o indivíduo.

Damásio (1991) sugere que a investigação da forma como os pensamentos desencadeiam as emoções e de como as modificações do corpo, durante as emoções, se transformam nos fenômenos mentais chamados de sentimentos, sustenta algo novo sobre o corpo e sobre a mente, duas manifestações aparentemente separadas de um organismo integrado e singular.

Fatos graves, que tiveram sua inscrição no início da vida, são os que mais se manifestam por serem guardados sem que haja maturidade emocional para serem compreendidos, deixando marcas profundas. Sem informações suficientes que darão sustentação e condições para autodefesa, geram sentimentos confusos expressos pelos pacientes. Originando crenças negativas e limitantes, provocando um



sofrimento marcante.

Jaffard (2001), outro estudioso, fala da diversidade da memória e do quanto os indivíduos podem revelar um grau de variedade interindividual no processamento da memória de eventos de vida e das emoções básicas, enfraquecendo o conceito, antes usado, de reação universal ao trauma (Peres, Mercante & Nasello, 2005). Muitas vítimas de trauma procuram apoio profissional, enquanto outras enfatizam o colapso e/ou a vitimização, podendo permanecer por anos presos no evento, impossibilitando seguir naturalmente na vida.

A memória traumática possui características diferentes da memória comum. Embora a memória comum tenha menor vivacidade perceptiva e esteja ligada ao resto das experiências de vida. A memória traumática é incompleta ou incoerente, tendenciosa para detalhes que são emocionalmente significativos, ameaçadores, novos ou de especial importância para o indivíduo, fazendo com que a vítima esteja sempre em estado de alerta, detectando estímulos que disparam reações emocionais de maneira disfuncional (Shapiro, 2017).

Capítulo 7 | Processamento da Memória do Trauma

Estudos revelam um grau de variedade interindividual no processamento da memória de eventos de vida e das emoções básicas, enfraquecendo o conceito antes usado, de reação universal ao trauma. Muitas vítimas de trauma procuram apoio com profissionais, enquanto outras tentam dar conta da situação, enfatizam o colapso e/ou a vitimização, podendo permanecer por anos a fio aprisionadas no evento que trouxe, como consequência, a dificuldade de seguir espontaneamente na vida.

No EMDR esse processamento é feito durante cada série de estímulos/ movimentos bilaterais (MBL). Onde cada estágio progressivo de processamento pode ser considerado como um platô. Onde imagens, pensamentos e emoções completam uma mudança em seu progresso em direção a uma resolução terapêutica mais ampla (Shapiro, 2018).

Se o sistema ficar bloqueado ou sofrer desequilíbrio devido ao impacto de uma experiência de trauma, respostas não adaptativas serão observadas. Tais respostas podem ser deflagradas por estímulos atuais ou, talvez, pelo esforço do mecanismo de processamento de informações em resolver o material. Por exemplo, a vítima de estupro pode automaticamente ficar lembrando imagens do estupro em uma tentativa de bloquear a imagem, de alcançar a resolução e completar o processamento (Shapiro, 2001).

Quando é solicitado ao paciente que evoque uma memória de experiência emocional traumática, pode-se perceber uma ligação entre a consciência e o sítio onde a informação está armazenada no cérebro. Os MBL ativam o sistema de processamento de informações e reequilibram. A cada série de MBL a emoção perturbadora é movimentada – a uma proporção acelerada – para diante, ao longo das vias neurofisiológicas apropriadas, até que essa informação seja adaptativamente resolvida (Shapiro, 2013).

Inerente ao modelo PAI há o conceito de autocura psicológica, que valida que existe um constructo baseado na resposta curativa do corpo aos danos físicos. Por exemplo, quando alguém corta a mão, o corpo trabalha no sentido de fechar e curar o sofrimento. Se algo bloquear a cura, como, por exemplo, um objeto estranho, o trauma volta a se repetir. O ferimento irá se inflamar causando dor. Se o bloqueio for removido, a cura será retomada (Shapiro, 2017).

Em sua forma simples, o modelo incorpora noções fisiológicas, tais como: ativação de rede, contra condicionamento e assimilação de informações emocionalmente corretivas e adaptativas. Onde, ao longo do processo a neuro-rede, contendo a informação alvo a ser trabalhada durante o tratamento, é ativada, os efeitos negativos são mitigado e as informações resultantes são positivamente pesadas e funcionalmente armazenadas na memória. Fazendo acelerar a aprendizagem tardia.

Capítulo 8 | Protocolo Padrão de Oito Fases do Tratamento por EMDR (Baseado em Shapiro 2001; 2017)

Francine, nos anos que se seguiram, estabeleceu protocolos de investigação que fizeram surgir um método cientificamente reconhecido no tratamento de estresse pós-traumático, de ansiedade e de fobias, o qual tem favorecido clientes que necessitam reprocessar e reorganizar seu padrão de cognição diante da vida.

O Protocolo Clássico de oito fases, ou passos, será aqui apresentado. Contudo, já existem outros que foram se adaptando ao longo das pesquisas e evolução da prática. Devendo ser aplicado por um especialista que possua a formação completa em EMDR, o qual saberá conduzir o paciente, por meio de conceitualização de caso e preparação do protocolo, à dessensibilização e ao reprocessamento da memória traumática, fecho e follow-up, sem trazer perigo ou prejuízos para o paciente. Por isso, sugerimos que antes de se submeter a terapia por EMDR, verifique a formação do terapeuta e a origem de sua formação, acessando o site da Associação Brasileira de EMDR, que é o órgão que rege a categoria no Brasil.

Todo o processo leva em consideração que, em cada pessoa, existe um sistema natural e espontânea de processamento fisiológico de informação, no qual novos inputs (informações), captados no mundo e processado pelo cérebro, são metabolizados de forma adaptativa enquanto convivemos. E quando algo intercepta o processamento natural desta informação, é sinal de que aconteceu alguma coisa inadequada, acionando “o sistema de alerta interno (Sistema Simpático)”, exigindo que um estado de atenção seja ampliado e que algo seja feito. Contudo, caso não consiga ser solucionado naturalmente, o sistema manterá a informação ativada até que algo possa ser feito. Em alguns casos necessitará de ajuda. Com o protocolo acessam-se estas experiências que passarão a ser alvos a serem trabalhados readaptando-os à rede de memória.

Nas primeiras fases ocorrem: a coleta de dados, a preparação do paciente para o processo e a dessensibilização emocional.

- Fase 1: coleta da história do paciente e construção do Plano de Tratamento;
- Fase 2: Preparação e orientação sobre informações essenciais sobre o processo com EMDR; vínculo e aliança terapêutica;
- Fase 3: Avaliação para intervenção através dos componentes (Imagem; memória que represente o evento; cognição negativa, autoavaliativa; cognição positiva que será usada para substituir a cognição negativa durante a fase de instalação; localização da sensação no corpo). Atribuindo um valor expresso em escala Subjective Units of Disturbance (SUDS - Unidades Subjetivas de Perturbação), com dez (10) pontos, a quaisquer sentimentos negativos, na qual zero, representa um sentimento neutro ou calmo, e 10 equivale ao máximo de perturbação que ele possa imaginar. O mesmo acontecerá com as crenças positivas (CP). Usando outra escala subjetiva, a escala Validity of Cognition (VOC), Escala de Cognição. Onde um (01), representa crença “completamente falsa” e sete (07) “completamente verdadeira”;

- Fase 4: Dessensibilização da crença negativa, avaliada na escala do SUDS, aplicando o MBL, até que o nível de angústia tenha obtido a avaliação zero (0), na escala;

As fases que se seguem referem-se às mudanças:

- Fase 5: Instalação, o foco está na instalação e no aumento da força da CP. Fortalecendo a (CP) até que a aceite como verdadeira. E o VOC, chegue a 7:
- Fase 6: Sondagem Corporal (Bory Scan). Após instalação da CP por completo, faz uma checagem corporal, da cabeça aos pés. Observando se há qualquer tensão residual na forma de sensação corporal. Se existir deverão ser trabalhados;
- Fase 7: Encerramento, quando o objetivo da sessão de EMDR foi atingido. O paciente se sente melhor após o reprocessamento, modificando assim, seu estado de forma positiva, diferente de como chegou à sessão.
- Fase 8: Reavaliação, sobre o progresso obtido nas sessões anteriores.

Quanto ao número de sessões e o número de fases incluídas em cada sessão, varia de paciente a paciente. O procedimento padrão do EMDR, no entanto, se dá durante cada sessão de reprocessamento, seguindo a orientação do protocolo. Em cada sessão de reprocessamento, deve ser direcionada a um alvo específico, que será selecionado pelo paciente ao se iniciar uma sessão.

De acordo com o EMDR, o reprocessamento de um único trauma simples, é geralmente realizado dentro de até 03 sessões. Quando o tratamento for de um evento mais intenso será mais demorado, devendo-se esperar alguma mudança, algum sinal de melhora de estado emocional e cognitivo.

Reforçamos que este esboço aqui apresentado, metodologicamente não capacita nenhuma pessoa a fazer uso de forma inadequada desta ferramenta, nem tão pouco substitui a necessidade e importância, que existe do profissional trabalhar com o EMDR. E que o uso indevido poderá provocar retraumatizações, devido o uso irresponsável. Este esclarecimento é feito de forma que pessoas leigas em EMDR, venha a fazer uso inadequado destas informações.

Ressaltamos, contudo, que as informações sobre curso de formação, terapeutas associados, supervisores, empresas reconhecidas para oferecer formação de acordo com as orientações de Francine Shapiro pode ser encontradas na Associação Brasileira, através do Site www.emdr.org.br.

Capítulo 9 | Tabela com Algumas Pesquisas Comprovando a Eficácia do EMDR em Diversas Patologias

Autores e ano de Publicação	Patologia	População	Resultado
Nijdam et al., 2018	TEPT	Adulta	Tanto a psicoterapia eclética quanto o EMDR obtiveram resultados
De Ross et al., 2017	TEPT	Infanto-Juvenil	EMDR e TCC produziram remissão no TEPT
Ter Heide et al., 2016	TEPT	Adulta	O uso do EMDR em refugiados é seguro
Shapiro et al., 2016	TEPT	Adulta	O Protocolo do EMDR para Eventos traumáticos mostrou-se eficaz
Diehle, et al., 2017	Sintomas de trauma	Infanto-Juvenil	EMDR e TCC mostraram redução significativa dos sintomas
Wanders et al., 2008	Autoestima	Infanto-juvenil	EMDR e TCC se mostraram eficazes
Gerhardt, 2016	Dor Crônica nas costas	Adulta	EMDR foi considerada eficaz
Novo et al., 2014	TAB + Eventos Traumáticos	Adulta	EMDR pode ajudar a tratar o estado de ânimo
Hase et al., 2018	Transtorno depressivo	Adulta	EMDR pode proporcionar benefícios adicionais à depressão
De Bont et al., 2016	Transtorno psicótico + TEPT	Adulta	Terapia de Exposição e EMDR foram eficazes
Pérez-Dandieu & Tapia, 2014	Transtorno por uso de substâncias	Adulta	Tratamento com êxito

Instituições Internacionais que validam o uso do EMDR

A terapia EMDR é reconhecida como eficaz para tratamentos das síndromes pós-traumáticas pelos:

1. INSERM (2004) “Psychothrapie: Trois approches évaluée”, Institut Nacional de Salud y Investigación Médica, París;
2. American Psychiatric Association (2004). “Practice guideline for the treatment patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder”. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.
3. Departamento de Asuntos de Veteranos y Departamento de Defensa (2004), “ VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress”, Washington DC, Http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm
4. Instituto Nacional para la Excelencia Clínica. (Reino Unido,2005), “Post-traumatic stress disorder (PTSD): the management of PTSD in adults and hildrens in primary and secondary care
5. Dutch Nacional Steering Committee Guidelines Mental Care (2003) Multidiciplinary guideline for anxiety disorders. Quality Institute Health Care CBO/ Trimbos Institute. Utrecht, Netherlands. (INSERM).
6. Foa EB, Keane TM, & Freedman MJ (2000). Effective treatments for PTSD, “Practice

guidelines of the Internacional Society for traumatic Stress Studies”, Nueva York; Guildford Press.

7. Sjöblom PA, Witch SA, Bejerot S, Mörtberg E., Brinck U., Ruck C., & Körlind D. (2003), “Regional Treatment recommendation for anxiety disorder” Medical Program Committee/Stockholm City Council, Suecia.

8. Therapy Advisor (2004) <http://www.teraphyadvisor.com> (página Internet patrocinada pelo NIMH - Instituto Nacional de Salud Mental)

9. Departamento de Salud Del Reino Unido (2001), “Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline” Londres, Reino Unido.

10. OMS Divulga orientação sobre cuidados de saúde mental após trauma. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/ Daniel Epstein, Oficial de comunicações. OMS, Genebra. E-mail: epsteind@who.int

11. Logie R, & Jongh A. (2014). The flashforward procedure: confronting the catastrophe. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8, 25-32.

Capítulo 10 | Referências Bibliográficas

American Psychiatric Association (2004). *Practice guideline for the treatment patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.

Associação Brasileira de EMDR, através do site: www.emdr.org.br

Associação EMDR Portugal. (2016). Recuperado em 03 dezembro, 2019, de <https://www.emdrportugal.pt/>

Azize, R. L. (2010). O cérebro como órgão pessoal: uma antropologia de discursos neurocientíficos. *Trabalho, Educação e Saúde*, 8 (3), 563-574, Recuperado em 03 dezembro, 2019 de: <https://dx.doi.org/10.1590/S198177462010000300014>

Bleichmar, H. (2008). *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Bs. As., Ed. Apidós.

Brunnet, A. E., Silva, T. L., Soares, T., Guimarães, E. R., & Pizzinato, A. (2014). Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR) para transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. Minas Gerais: *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 7 (1), 119-131.

Carrion, V. G., Wong, S. S., & Kletter, H. (2013). Update in neuroimaging and cognitive functioning in maltreatment-related pediatric PTSD: Treatment implications. *Journal of Family Violence*, 28, 53-61.

Castro, M. G., Andrade, T. M. ., & Muller, M. C. (2006). Conceito mente e corpo através da História. *Psicologia em Estudo*, 11 (1), 3943. Recuperado em 03 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S141373722006000100005>

Damásio, A. (1991). *The Feeling of What Happens*. San Diego: Harcourt (INC. Trad. Francesa, Le Sentiment même de Soi, Odile Jacob).

Departamento de Asuntos de Veteranos y Departamento de Defensa (2004). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of post-traumatic stress*. Washington DC. Recuperado em 03 dezembro, 2019, de Http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm

Departamento de Salud Del Reino Unido (2001). *Treatment choice in psychological therapies and counselling evidence based clinical practice guideline*. Londres, Reino Unido.

Dutch Nacional Steering Committee Guidelines Mental Care (2003). *Multidiciplinary guideline for anxiety disorders*. Quality Institute Health Care CBO/ Trimbos Institute. Utrechet, Netherlands. (INSERM).

Foa E. B., Keane T. M., & Freedman M. J. (2000). *Effective treatments for PTSD, Practice guidelines of the Internacional Society for traumatic Stress Studies*, Nueva York: Guildford Press.

Fortes, R. C. (2015) *Humano, demasiado orgânico: problematizações acerca do imperativo do sujeito cerebral*. Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. Recuperado em 03 dezembro, 2019, de Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/132898>

- Freud, S. (1955). Introduction to psychoanalysis and the war neuroses. In: Strachey, J. (Ed. & Trad.). *The standard edition of complete psychological Works of Sigmund Freud*, v. 17. Londres: Hogarth Press. (Originalmente publicado em 1919).
- Fuster, J. M. (2008). *The prefrontal cortex* (4th ed.). London: Academic Press.
- Goldberg, E. (2002). *O cérebro executivo: lobos frontais e a mente civilizada*. Rio de Janeiro: Imago.
- INSERM (2004). *Psychothrapie: Trois approches évaluée*. Paris: Institut Nacional de Salud y Investigación Médica.
- Izquierdo, I. (2011). *Memória*. (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Jaffard, R. (2001, Avril/Juillet). La diversité de la Mémoire (Préface da la Revue Dossier pour la Science.) Paris: Édition Française de Scientific American (Série La Mémoire –Le Jardin de la Pensée, p. 4).
- Jaffard, R. (2001, Avril/Juillet). *La diversité de la Mémoire* (Préface da la Revue Dossier pour la Science). Paris: Édition Française de Scientific American (Série La Mémoire –Le Jardin de la Pensée, p. 4).
- Jarero, I., & Artigas, L. (2016). EMDR Integrative Group Treatment Protocol Adapted for Adolescents and Adults Living with Ongoing Traumatic Stress. In. Luber, M.(Ed.). *EMDR Therapy Treating Trauma and Stress Related Conditions: scripted protocols, and summary sheets* (pp. 169-180). New York, NY: Springer.
- Jarero, I., & Uribe, S. (2011). The EMDR protocol for recent critical incidents: Brief report of an application in a human massacre situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 5 (4), 156–165.
- Jarero, I., Roque-Lopez, S., & Gómez, J. (2013). The Provision of an EMDR - Based Multicomponent Trauma Treatment with Child Victims of Severe Interpersonal Trauma. *Journal of EMDR Practice & Research*, 7 (1), 17-28.
- Jarero, I., Uribe, S., Artigas, L., & Givaudan, M. (2015). EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: A Randomized Controlled Trial in a Technological Disaster Context. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9 (4), 166-173.
- Kandel, E. R., Dudai, Y., & Mayford, M. R. (2014, março). The molecular and systems biology of memory. *Cell*, 157 (1), 163-186.
- Kandel, E., Schwartz, J. H., Jessell, T. M., Siegelbaum, S. A., & Hudspeth, A. J. (2014). *Princípios de Neurociências*. (Trad. A. L.S. Rodrigues e revisão técnica de C. Dalmaz e J. A. Quillfeldt) (5. ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Lent, R. (2010). *Cem bilhões de Neurônios? Conceitos Fundamentais de Neurociências*. (2. ed.). São Paulo: Atheneu.
- Luria, A. (1976). *El Cérebro em Acción*. Barcelona: Fontanella.

- Luria, A. (1982). *The Working Brain: An Introduction to Neuropsychology*. Londres: Peguin.
- McGaugh, J. L. (2000). Memory - a Century of Consolidation. *Science*, 287 (5451), 248-251.
- Mendes, L. S. T., & Rocha, N. S. (2016, dezembro). Teoria do apego: conceitos básicos e implicações para a psicoterapia de orientação analítica. *Revista Brasileira de Psicoterapia*, Porto Alegre, 18 (3), 1-15.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., & Caballo, V. E. (2001). Psicologia da Saúde: Intervenções em hospitais públicos. In: Rangé, B. (Org.). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. (pp.463-474). Porto Alegre: Artmed.
- Morrin, E. (2001). *A cabeça bemfeita: repensar a reforma e repensar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bretrand.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013). *OMS Divulga orientação sobre cuidados de saúde mental após trauma*. Genebra: OMS. Recuperado em 03 dezembro, 2019, de http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/trauma_mental_health_20130806/en/
- Pavlov, I. P. (1927). *Conditioned reflexes*. Nova York: Liveright.
- Peres, J. F. P., Mercante, J. P. P., & Nasello, A. G. (2005, maio/agosto). Resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria*, Rio Grande Sul, 27 (2), 131-138.
- Ribeiro, S. (2013) Tempo de cérebro. *Estudos Avançados*, 27 (77), 07-22. Recuperado em 03 dezembro, 2019, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000100002>
- Roques, J. (2009). *Curar con El EMDR Teoría e Práctica*. Barcelona, Espanha: Kairós.
- Shapiro, F. & Sherwel, C. (2004). *EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing): desensibilización y reprocesamiento por medio de movimiento ocular*. México: Pax México.
- Shapiro, F. (1989). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. A new treatment for post traumatic memories. *Journal of traumatic Stress Studies*, (2), 199-223.
- Shapiro, F. (1991a). Eye Movement desensitization and reprocessing procedure: EMD to EMDR - A new treatment model for anxiety and related traumata. *Behavior Therapist*, (14), 133- 135.
- Shapiro, F. (1991b). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: a Cautionary note. *Behavior Therapist*, (14), 188.
- Shapiro, F. (1994). Alternative stimuli in the use of EMD(R). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, (25), 89.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Moviment Desensitization and Reprocessing. Basic principles, protocols and procedure*. (2th ed), Nueva York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movements desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures*. (Third edition). Mentor Books.

- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (Third ed.). New York: Guilford Press
- Shapiro, F., & Solomon, R. (2018). Eye Movement desensitization and reprocessing: Neurocognitive Information processing. In Everley, G., & Mitchell, J. (Eds.). *Critical incident stress management*. Elliot City, MD: Chevron.
- Sjöblom, P. A., Witch, S. A., Bejerot, S., Mörtberg, E., Brinck, U., Ruck, C., & Körlind, D. (2003). *Regional Treatment recommendation for anxiety disorder*. Suecia: Medical Program Committee/Stockholm City Council,
- Sperry, R. (1969). Intherhemispheric relationships: the neocortical commissures; syndromes of hemisphere disconnection. In: Vinken, P. J., & Bruyn, G. W. (Eds.). *Handbook Clin. Neurol*, Amsterdam.
- Squire, L., & Kandel, E. R. (2003). *Memória: da mente às moléculas*. [S.l.]: Artmed.
- Stikgold, R, Hobson, J. A., Fosse, R., & Fosse, M. (2001). EMDR, Sleep, learning, and dreams: off line memory reprocessing. *Science*, 294, 1.052-1.057.
- Therapy Advisor (2004). Recuperado em 03 dezembro, 2019, de <http://www.teraphyadvisor.com> (página Internet patrocinada pela NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental)
- Van der Kolk, B., Spinazzola, B., Blaustein, M. E., Hopper, J. W., Hopper, E. K., Korn, D. L., & Simpson, W. B. (2007). A randomized clinical trial of eye movement de- sensitization and reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill placebo in the treat- ment of posttraumatic stress disorder: treatment effects and long-term mainte- nance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68, 1-10.
- Volich, R. M. (2004). Psicossoma I: psicanálise e psicossomática. In. Rubens M., Ferraz F. C., & Arantes, M. A. A. C. (Orgs.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vygotsky, L. (1987). *A Formação Social da Mente*. São Paulo: Martins.
- Weber M, Killgore WD, Rosso IM, Britton JC, Schwab ZJ, Weiner, MR, et al. (2013). Voxel-based morphometric gray matter correlates of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 413-419.

