

# O modelo de reconsolidação de memória e EMDR

Brasil (2023). Apresentador: John Hartung (john.g.t.hartung@gmail.com)

Resumo da Apresentação

## Página 1.

Os cursos de treinamento básico aprovados pelo EMDRIA, bem como os estudos elaborados para validar o método EMDR padrão, referem-se principalmente ao tratamento de traumas de evento único. Logo, torna-se evidente que o treinamento básico por si só não nos preparará para tratar o TEPT complexo, a dor física crônica, os impulsos adictivos, os gatilhos e os eventos pré ou não-verbais, a respiração restrita, a anedonia, as pessoas dissociativas e muitos outros transtornos.

Possíveis soluções (P: Quantas delas você já pratica?):

- atrasar, adiar ou abreviar a obtenção do histórico na fase 1
- comece com a fase 2 e concentre-se na autorregulação
- começar com tratamentos menos ativadores (psicologia energética) (Hartung, 2023)
- omitir um ou outro dos elementos do ICES (Shapiro, 2018,)
- iniciar a fase 4 com muito menos de 24 EBLs (movimento ocular ou outro SBV)
- usar o FLASH (Manfield, 2017)

## Página 2

- Outra solução – o foco deste workshop – é direcionar e tratar diretamente os sintomas somáticos relacionados com fatores desencadeantes negativos. Antecedentes relevantes:

Shapiro já sugeriu um modelo mnemônico ou abreviado de 3 etapas para (re)processamento de traumas:

1. acessar (ativar)
2. estimular (Movimentos Oculares - MO)
3. mover

O modelo mnemônico de Shapiro sobrepõe-se ao modelo de “reconsolidação de memória” (MR) (Lee, 2009), que é amplamente utilizado para explicar e orientar as práticas de tratamento de traumas.

1. exposição
2. incompatibilidade
3. reconsolidar

### **Página 3.**

Tanto o modelo de Shapiro quanto o modelo MR são explicados a seguir:

1. (acesso ou exposição): o único objetivo é que o cliente “entre em contato emocional ou somaticamente com o alvo do tratamento”; nesse sentido, todo tratamento eficaz para traumas é uma terapia de exposição (não apenas uma terapia de exposição à TCC).
2. (estimular ou incompatibilidade): toda terapia de trauma eficaz exige que, à medida que o cliente é exposto ou acessa o alvo, a resposta neurológica usual no corpo/cérebro do cliente seja de alguma forma desafiada, desequilibrada ou desajustada (em espanhol). (Perguntas: qual é o descompasso na terapia cognitiva, a dessensibilização sistemática de Wolpe, a exposição prolongada?).
3. (mover ou reconsolidar): exposição + incompatibilidade = cura.

### **Página 4.**

Visão geral do modelo mnemônico Shapiro (2018) apenas

Acesso: o único objetivo é que o cliente “entre em contato emocional ou somaticamente com o alvo do tratamento”. Normalmente, isso é feito no EMDR com sete perguntas (usando o ICES):

I -, CN, CP, VoC, E -, SUD -, S -

Neste protocolo, apenas as 2 últimas questões são utilizadas (a dor ou sensação de dependência, que é então medida)

Estimular:

- Quantos Movimentos Oculares ? (apenas um para começar)
- O alvo inicial é um disparador, que consiste num sintoma somático. Dois exemplos de disparadores a serem detalhados são a dor física crônica e os impulsos de adicção.

Como você explica o mecanismo de ação dos Movimentos oculares ou de outros EBLs?

Mover: Shapiro usou a palavra mover para descrever o processo de cura do trauma. Dizer que uma memória se extingue após um tratamento eficaz do trauma é incorreto; é mais provável que haja uma mudança estrutural no sistema límbico, que parece envolver um movimento da memória, provavelmente ao longo do caminho da recuperação natural.

O tratamento baseado neste modelo simplificado permite-nos tratar pessoas disparadas por memórias não acessíveis através da psicoterapia.

[Gatilhos como estressores e objetos fóbicos podem ser tratados com este mesmo protocolo. Alguns gatilhos – como respiração restrita – são únicos, portanto requerem um protocolo especializado]

## **Página 5.**

O protocolo EMDR para dor e adicções

Onde o protocolo for diferente para dor crônica ou impulsos aditivos, [colchetes] serão usados.

Fase 1. Faça um breve mas relevante histórico, talvez *após* a fase 2.

- Prepare-se para a terapia respiratória (Heartmath)
- Consentimento informado
- Concentre a história nos esforços anteriores para curar: verifique medicamentos, produtos farmacêuticos
- Uso atual de medicamentos/farmacêuticos, outros autotratamentos
- Deve investigar doenças, possíveis causas, diagnósticos
- Ganho ou perda secundária
- Estilo de vida. [Para dor]: tipo de cama e mobília, horas sentado  
[Para adicções]: amizades construídas em torno do uso de substâncias
- Que hábitos o cliente pratica regularmente?  
[Dor]: alongamentos, outros movimentos, fisioterapia]  
[Adicção]; AA, NA, comunidade, fitness]

## **Página 6**

Fase 2. Autorregulação: não apenas o lugar seguro do EMDR.

- É essencial testar a resiliência do cliente para garantir que a prática seja eficaz para fins futuros
- É aqui que você testa as opções bilaterais

## **Página 7**

Fase 3. Esta é a exposição ou acesso.

- Linha de base: ICES modificado (pode pular I, C e E)

É suficiente usar apenas o sintoma somático e uma medida de 0 a 10

Escreva informações básicas em papel e/ou quadro branco.

[Dor]. Use bonequinhos; se possível, envolva o cliente na confecção do desenho, utilizando setas e medidas de nível de dor (0-10); postura, curvar-se, virar-se, levantar-se de uma cadeira, alongar-se, locais do corpo, etc. Use giz de cera se for útil, pois as cores podem registrar melhor a linha de base. Obtenha o máximo de informações possível

[Adicção]. Se possível, peça-lhes que tragam um disparador (um rótulo de uma garrafa de bebida; pó branco; um maço de cigarros; um recibo de venda de uma loja de varejo; um doce

ou pedaço de doce. Usando uma escala de “nível ou urgência/impulso” (LOU) para usar uma substância, para comprar algo, para procrastinar (depende da adicção ou hábito), etc., escreva de zero a 10 no papel e/ou quadro branco. Se possível, use figuras corporais (palito) para mostrar onde o desejo é 0. Além disso, se possível, envolva o cliente na elaboração do desenho, usando setas e medidas LOU (0-10). Use giz de cera, se for útil, pois as cores podem registrar melhor a linha de base. Obtenha o máximo de informações possível.

- Diálogo contínuo com o cliente

[Dor]: Verifique repetidamente para garantir que o cliente não esteja gerando dor excessiva e ADVERTIR CONTRA MOVIMENTOS ou POSIÇÕES DO CORPO QUE CAUSAM DOR EXCESSIVA (como torcer o tronco ou dobrar-se)

- Identifique uma dor de baixo nível para começar; use a JANELA DE TOLERÂNCIA

- [Adicção]: Verifique repetidamente para garantir que o cliente não está gerando níveis excessivos de desejo ou abrindo o passado ao lembrar momentos anteriores de comportamento adictivo.

- Identifique um desejo de baixo nível para começar e observe onde ele está no corpo

## **Página 8**

Fase 4. Esta é a incompatibilidade.

- Seja tratando a dor ou os impulsos adictivos, verifique se o sintoma está baixo na escala de zero a 10 (baixa dor ou baixa necessidade).

- Comece com um único estímulo bilateral

- Pare, pergunte sobre a respiração (não diga “respire fundo”).

- Em seguida, consulte o disparador onde o cliente começou e pergunte sobre o zero a dez. Discuta o quanto o cliente desejar.

- Forneça informações mesmo se você achar que o cliente já as possui

- Se a alteração for relatada, peça permissão para escrever ou desenhar as alterações na linha de base

- Se for comunicada uma alteração, pergunte se o cliente deseja continuar. NÃO exija redução contínua na escala de zero a dez.

- Faça perguntas milagrosas sobre as consequências da cura

- Repetindo: às vezes é melhor interromper a parte do tratamento da sessão após ocorreu uma redução mínima na escala de zero a dez.

- Se o cliente disser algo positivo (“Hmmm, talvez ainda haja esperança” ou “Eu acho que isso é melhor”) tente um entrelaçamento pedindo ao cliente para repetir, então faça um único MO ou outro bilateral.

Observe que as fases 5 e 6 são frequentemente ignoradas.

## Page 9

Específico para a fase 7: Muitas vezes é melhor parar com uma sessão “incompleta”:

- O cliente pode não estar neste nível relativamente baixo de dor ou de dependência química por muitos anos, então pode se beneficiar ao se acostumar com esse nível inicial mais baixo
- verifique novamente o tipo A ou qualquer pessoa que queira forçar ou acelerar seu cura
- é aqui que o ganho ou perda secundária será mais relevante
- procure por sinais de efeito nocebo (não posso, essa dor sempre estará comigo) ou banalizar (realmente não foi tão ruim quanto eu disse no início da sessão)
- É ESSENCIAL atribuir lição de casa para o autotratamento
- verifique outros planos do cliente entre as sessões:

[Dor]: alguns relatarão que planejam treinar na academia (depois meses de ausência), sair para correr, alongar-se de maneira exagerada, sabotar de outras maneiras

[Adição]: verifique os planos do cliente para o período entre as sessões: alguns irão relatar que planejam tomar apenas uma bebida ou comer apenas um bolo, ou apenas um pedaço de doce, sem reconhecer que poderiam estar sabotando o tratamento

- Consulte outros profissionais.

[Dor] Se for clinicamente relevante, certifique-se de que o cliente se consulta com médico especialista em dor ou outro profissional que deva saber sobre mudanças no tratamento

[Adição]: Se o cliente estiver em tratamento com outra pessoa, certifique-se de que o cliente consulta outros profissionais que devem saber sobre mudanças no tratamento

## Página 10

### Fase 8. Próxima sessão

- Rever as consequências da cura (ganho ou perda secundária). Isso inclui TODAS POSSÍVEIS mudanças MÉDICAS e físicas, positivas ou negativas
- Revise o disparador tratado na(s) sessão(ões) anterior(es)
- Revise se o cliente completou ou não a lição de casa, resultados. Se a lição de casa foi concluída ou não, peça ao cliente que demonstre autocuidado antes do final da presente sessão

### Referências

- Hartung, J., & Galvin, M. (2003). *Energy psychology and EMDR: Combining forces to optimize treatment*. W. W. Norton.
- Hartung, J. (2023). *Innovative practices*. Singapore: Bodymind Publishing.
- Lee, J. L. (2009). Reconsolidation: Maintaining memory relevance. *Trends in Neurosciences*, 32 (8), 413-420
- Shapiro, F. (2018). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy (3<sup>rd</sup> ed.)*. New York; Guilford.

