

# Um Modelo Integrativo de EMDR e Terapia Familiar para Tratar Trauma de Apego em Crianças: Uma Série de Casos

Debra Wesselmann

Stefanie Armstrong

Cathy Schweitzer

Meghan Davidson

Ann Potter

Universidade de Nebraska, Lincoln, Nebraska

Este estudo de série de casos investigou a eficácia de um modelo integrativo de dessensibilização e reprocessamento por movimento ocular (EMDR) e terapia familiar, especificamente o Protocolo Integrativo de Trauma de Apego para Crianças (IATP-C), para melhorar o estresse traumático, os relacionamentos de apego e comportamentos em crianças com histórico de trauma de apego; especificamente, crianças adotadas com histórico de maus-tratos e cuidados em lares adotivos ou orfanatos.

Aproximadamente 53.000 crianças são adotadas anualmente por famílias dos EUA através do sistema de cuidados temporários (Youth and Families Children's Bureau, 2017). Além disso, famílias dos EUA adotam entre 5.000 e 6.000 crianças por ano do exterior (Bureau of Consular Affairs, Departamento de Estado dos EUA, 2015). As circunstâncias que resultam na colocação de crianças em cuidados temporários ou orfanatos geralmente incluem traumas sérios, como negligência em relação às necessidades físicas e de segurança básicas, abuso físico, abuso sexual e/ou abandono pelos pais biológicos.

## Trauma de Apego

Consideramos essa negligência, abuso e/ou abandono sérios por figuras de apego como "trauma de apego". A colocação subsequente fora do lar biológico frequentemente leva a experiências traumáticas adicionais, como mudanças frequentes nos cuidadores e/ou exposição a outros ambientes caóticos durante a colocação em cuidados temporários ou orfanatos (Wesselmann, Schweitzer, & Armstrong, 2014b).

## Categorias de Apego

Cuidados sensíveis e responsivos na infância e no início da infância levam à segurança do apego, um autoconceito positivo e capacidade de confiança, o que ajuda a modular o estresse e o sofrimento ao longo da vida. Cuidados insensíveis ou inconsistentes levam a designações de apego não seguro, especificamente evitação ou ambivalência. Crianças evitativas gerenciam sua ansiedade reprimindo seus sentimentos e necessidades, enquanto crianças ambivalentes buscam atender suas necessidades com comportamentos mais exigentes e irritados (Crittenden, 1999). Uma terceira designação não segura é o apego desorganizado, associado ao maior risco de problemas comportamentais e emocionais posteriores. Crianças desorganizadas percebem seus pais como "amedrontados ou assustadores" devido às expressões faciais, tons de voz ou comportamentos de seus pais. Nem todas as crianças desorganizadas são maltratadas, mas 80% das crianças pequenas maltratadas são desorganizadas (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989).

Além da desorganização do apego, o mau trato por cuidadores está associado a atrasos no desenvolvimento emocional e social, pobre autoconceito e mecanismos defensivos prejudiciais, incluindo reatividade emocional e dissociação. Mesmo após a colocação em lares adotivos, crianças maltratadas podem continuar a exibir desregulação emocional e comportamental e podem atender aos critérios para múltiplos diagnósticos, incluindo transtorno de apego reativo, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno desafiador de oposição, transtorno de déficit de atenção e transtornos de ansiedade e de humor (Cook et al., 2005; van der Kolk, 2005; Wesselmann et al., 2014b). Pais adotivos frequentemente lutam para gerenciar os comportamentos de seus filhos e às vezes recorrem a métodos punitivos que aprofundam a desconfiança das crianças e desencadeiam comportamentos defensivos e reativos mais intensos. Até o momento em que as famílias começam a utilizar os serviços, os sintomas, comportamentos e problemas familiares podem apresentar um quadro clínico muito complicado.

## Modelo AIP

O modelo de Processamento de Informações Adaptativas (AIP) (Shapiro, 2018) é o modelo teórico subjacente da terapia de dessensibilização e reprocessamento por movimento ocular (EMDR). O modelo teoriza que eventos cotidianos são naturalmente processados e integrados com experiências e informações passadas, resultando em armazenamento adaptativo no cérebro. Por outro lado, imagens, emoções, sensações e percepções associadas a memórias traumáticas são armazenadas separadamente em uma forma não processada. Assim, memórias traumáticas são facilmente desencadeadas por lembretes conscientes e subconscientes do presente. Memórias armazenadas de trauma de apego da primeira infância podem ser facilmente desencadeadas por relacionamentos posteriores, resultando em reações interpessoais defensivas.

## Terapia EMDR

A terapia EMDR consiste em um protocolo de oito fases que ativa o sistema natural de processamento de informações e integra material traumático armazenado e não processado com material adaptativo armazenado, reduzindo ou eliminando o sofrimento e trazendo a

memória para uma resolução adaptativa. O protocolo começa com a coleta de histórico (Fase 1) e preparação (Fase 2), seguido por etapas específicas para o reprocessamento de um evento traumático passado ou um gatilho do presente (Fases 3 a 7) e reavaliação no acompanhamento (Fase 8). Estimulação bilateral (BLS) na forma de movimentos oculares bilaterais, ou estimulação tátil ou auditiva, é implementada durante os procedimentos de dessensibilização e reprocessamento. A estimulação parece reduzir ou eliminar o afeto perturbador, ativar novas associações e uma orientação presente e integrar a memória não processada com redes semânticas apropriadas.

A terapia EMDR e a terapia cognitivo-comportamental focada em trauma (TF-CBT) são os únicos tratamentos baseados em evidências bem apoiados para crianças com estresse traumático identificados pela Organização Mundial da Saúde (2013) e pelo California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC). Há uma crescente lista de estudos controlados randomizados mostrando evidências da eficácia da terapia EMDR com crianças traumatizadas (Ahmad, Larsson, & Sundelin-Wahlsten, 2007; Chemtob, Nakashima, & Carlson, 2002; de Roos, Greenwald, et al., 2011; de Roos, van der Oord, et al., 2017; Diehle, Opmeer, Boer, Mannarino, & Lindauer, 2015; Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand, & Dolatabadi, 2004; Kemp, Drummond, & McDermott, 2010; Soberman, Greenwald, & Rule, 2002; Wanders, Serra, & de Jongh, 2008).

#### Tratamento para Crianças com Histórico de Trauma de Apego

O CEBC classificou várias intervenções como bem apoiadas, apoiadas ou promissoras para a melhoria dos comportamentos e das relações entre pais e filhos em crianças com histórico ou risco de maus-tratos por meio de métodos destinados a aumentar a sensibilidade parental e habilidades de paternidade. No caso de crianças muito jovens, as intervenções incluem Acompanhamento Biocomportamental e de Apego para famílias adotivas, classificado como bem apoiado (Bick & Dozier, 2013); Psicoterapia Pai-Filho, classificada como apoiada (Lieberman, Van Horn, & Ippen, 2005); e Theraplay, classificado como promissor (Booth & Jenberg, 2010). Para famílias que criam crianças de uma ampla faixa etária com histórico de maus-tratos, as intervenções incluem Intervenção Relacional Baseada em Confiança (Purvis, Cross, & Pennings, 2009) e Psicoterapia de Desenvolvimento Diádico (Becker-Weidman, 2006), ambas classificadas como promissoras.

Diferentemente dos métodos mencionados, tanto a TF-CBT quanto a terapia EMDR abordam diretamente as memórias traumáticas das crianças com o objetivo de resolver o estresse traumático. A TF-CBT (por exemplo, O'Callaghan, McMullen, Shannon, Rafferty, & Black, 2013) incorpora terapia cognitivo-comportamental, sessões pai/filho, habilidades parentais e criação de uma narrativa detalhada de trauma, bem como exposição in vivo a gatilhos e lembretes. A terapia EMDR pode ser facilmente integrada à terapia familiar e outras modalidades, e, ao contrário da TF-CBT, não requer verbalização dos detalhes dos eventos, e não exige tarefas de casa (Shapiro, Wesselmann, & Mevissen, 2017).

Embora ensaios controlados randomizados (ECRs) para ambas, TF-CBT e EMDR, demonstrem redução do estresse traumático e sintomas comportamentais em crianças traumatizadas, nossa revisão da literatura não encontrou ECRs em nenhuma das modalidades que visavam uma população de crianças adotadas com histórico de maus-tratos e cuidados em lares adotivos ou

orfanatos. Crianças que foram abusadas ou negligenciadas por seus pais e abandonadas ou retiradas de seus pais apresentam desafios únicos para clínicos e pesquisadores, pois os comportamentos e sintomas subsequentes também são obstáculos à utilização do tratamento de trauma, por exemplo, a desregulação comportamental e emocional, desconfiança, dissociação, evitação e reatividade interpessoal (Wesselmann & Shapiro, 2013).

Uma revisão da literatura da terapia EMDR, no entanto, encontra muitas modificações criativas e apropriadas ao desenvolvimento dos procedimentos ao longo das oito fases que podem ajudar os clínicos de EMDR a alcançar cooperação, regulação, segurança e confiança com crianças altamente desreguladas e complexas. A linguagem usada durante os procedimentos de EMDR pode ser simplificada para ser amigável para crianças, e a terapia EMDR pode ser integrada com brincadeiras, arte, apoio sensoriomotor, contação de histórias, metáforas, terapia familiar e apoio aos pais (por exemplo, Adler-Tapia & Settle, 2017; Gomez, 2013; Greenwald, 2005; Klaff, 2012; Lichtenstein & Brager, 2017; Lovett, 1999Lovett, 2015; Morris-Smith & Silvestre, 2013; Shapiro, 2018; Shapiro et al., 2017; Struik, Ensink, & Lindauer, 2017; Tinker & Wilson, 1999; Verardo, 2015)

#### Protocolo Integrativo de Trauma de Apego para Crianças

O Protocolo Integrativo de Trauma de Apego para Crianças (IATP-C) foi projetado para ajudar crianças adotadas com histórico de maus-tratos e cuidados em lares adotivos ou orfanatos (Wesselmann et al., 2014b). O protocolo foi desenvolvido com a intenção de gerenciar os seguintes obstáculos à utilização da terapia pelas crianças: (a) comportamentos disruptivos e evitativos da criança; (b) conflito entre pais e filhos; (c) falta de informação adaptativa e habilidades de raciocínio deficientes; (d) pouca capacidade de autoconsciência e autoexpressão; e (e) baixa tolerância emocional e tendências dissociativas. O protocolo integra terapia familiar e terapia EMDR e segue uma sequência geral de procedimentos. Cada uma das sessões de terapia EMDR segue e se baseia nas tarefas completadas em cada uma das sessões de terapia familiar. Embora o modelo possa ser implementado por um terapeuta individual, descobrimos que uma equipe de dois terapeutas é mais eficaz para crianças com um histórico complicado de trauma de apego. Dois terapeutas podem apoiar os pais de forma mais eficaz na interpretação e resposta aos comportamentos de seus filhos a partir de uma perspectiva informada sobre trauma. Como os papéis são claramente definidos na equipe de dois terapeutas, a implementação semanal dos procedimentos do terapeuta EMDR e da terapia familiar é mais facilmente alcançada. Consultas entre pares e colaboração em equipe ajudam a garantir a fidelidade aos procedimentos e oferecem uma oportunidade para os terapeutas resolverem paralisações no progresso clínico (Wesselmann et al., 2014b, páginas 20–34).

#### Fase de Preparação

O terapeuta familiar dedica tempo para ajudar os pais a entenderem os comportamentos de seus filhos através da lente do trauma e a desenvolver respostas mais sintonizadas (Wesselmann et al., 2014b). O terapeuta familiar orienta a criança e os pais em habilidades de atenção plena e autoregulação; ajuda na identificação dos gatilhos, pensamentos e sentimentos da criança; e ensina o conceito de "a criança menor dentro da criança" (Wesselmann, Schweitzer, & Armstrong, 2014a, páginas 56–101). O terapeuta EMDR implementa o Desenvolvimento de Recursos de Apego (ARD), que consiste em várias atividades, incluindo uma visualização de um

lugar seguro e acolhedor para "a criança menor dentro da criança" e estímulos para elicitarem mensagens amorosas dos pais para a criança enquanto utiliza BLS lento para relaxar a criança, diminuir as defesas e aprofundar a experiência de proximidade, fortalecendo assim a segurança do apego (Wesselmann et al., 2014b, páginas 111–160).

### Fases de Dessensibilização e Reprocessamento

O terapeuta EMDR pode iniciar as Fases 3 a 8 com a criança, focando nos gatilhos atuais e depois desenvolvendo e reforçando modelos futuros (Wesselmann et al., 2014a, páginas 194–207). O terapeuta familiar ajuda a preparar a criança para o trabalho de trauma, criando uma história terapêutica muito breve baseada na linha do tempo da criança, usando um esboço baseado no trabalho de Lovett (1999) e convidando a criança e os pais a ajudarem a identificar memórias, emoções, cognições negativas e cognições positivas desejadas dentro da história (Wesselmann et al., 2014b, páginas 101–104). O terapeuta EMDR faz uma transição suave para o trabalho de trauma lendo a história terapêutica enquanto aplica a Estimulação Bilateral Sutil (BLS) durante todo o processo. Em seguida, o terapeuta inicia o processamento do trauma EMDR usando procedimentos padrão, convidando a criança a focar em eventos específicos do passado da história. Uma parte crítica do IATP-C é a utilização dos pais para ajudar no suporte emocional e na co-regulação da criança durante as Fases 3 a 8 (Wesselmann et al., 2014b, páginas 161–207). O ritmo em que os terapeutas avançam pelos componentes de terapia familiar e terapia EMDR do IATP-C depende da observação clínica e dos relatórios dos pais sobre as respostas das crianças aos procedimentos.

### Método

#### Objetivo do Estudo

O objetivo do estudo de série de casos foi avaliar a eficácia do IATP-C para diminuir os sintomas de estresse traumático, frequência e severidade de comportamentos mal adaptativos e melhorar a qualidade das relações de apego em crianças adotadas maltratadas com histórico de cuidados em lares adotivos ou orfanatos. Secundariamente, o estudo examinou se o IATP-C estava associado a melhorias nos sintomas das mães adotivas relacionados ao desconforto subjetivo, relações interpessoais e desempenho do papel social, e um aumento nos sentimentos positivos das mães em relação à criança.

#### Participantes

Os participantes incluíram 23 crianças e seus pais adotivos, todos buscando ajuda de um centro de aconselhamento particular localizado em uma grande cidade do Centro-Oeste. As crianças no estudo deveriam estar em um lar adotivo ou pré-adotivo e residir no lar por pelo menos 3 meses. Crianças tomando medicações psicotrópicas foram incluídas no estudo se permaneceram com o mesmo gerenciador de medicação durante todo o curso do tratamento. Crianças sofrendo de psicose, autismo, síndrome alcoólica fetal ou deficiência intelectual foram excluídas do estudo, assim como crianças frequentando simultaneamente outra forma de terapia psicológica de apoio ou terapia de neurofeedback. Todas as 23 crianças sofreram negligência profunda, 10 experimentaram abuso físico significativo e três sofreram abuso sexual significativo. As crianças variavam em idade de 7 a 12 anos, com uma idade média de 10 anos. O gênero das crianças incluía 13 meninos e 10 meninas. A coleta de histórico mostrou que 15

das crianças viveram em mais de um lar adotivo, sete viveram em orfanatos no exterior, uma criança foi adotada duas vezes devido à morte da primeira mãe adotiva, e três crianças foram hospitalizadas e em tratamento residencial antes do estudo. Quanto à herança das crianças, 11 eram brancas (nove nascidas nos Estados Unidos, uma na Rússia e uma no leste europeu), uma criança era latina, três eram haitianas, quatro eram afro-americanas, uma era indiana e três eram nativas americanas. Dos 23 participantes, 19 foram adotados legalmente antes de iniciar o tratamento, e quatro foram adotados logo após o início do tratamento. A idade média na adoção era de 5 anos. Dos 23 participantes, 14 tomaram medicação psiquiátrica sob os cuidados de um psiquiatra durante o tratamento, e 13 participaram de outros aconselhamentos antes do estudo. Todas as crianças tinham um ou mais dos seguintes diagnósticos: transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de apego reativo, transtorno do humor, transtorno desafiador de oposição e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

## Procedimentos

Um exame de estado mental foi realizado no início para garantir que os fatores de risco não estavam em um nível que exigisse serviços extras ou um nível de cuidado mais elevado. Na reunião inicial, os pais das crianças apropriadas para o estudo foram informados sobre seu propósito e solicitados a assinar um formulário de consentimento informado por escrito, que incluía o acordo de que pelo menos um dos pais participaria de cada sessão de terapia da criança. A participação de ambos os pais era fortemente encorajada. Os pais foram solicitados a se comprometer com a frequência regular, duas vezes por semana, em sessões de 1 hora por um período desconhecido. Eles foram informados de que a duração do tratamento dependia do progresso da criança. O consentimento informado por escrito também declarava que a psicoeducação sobre métodos especializados de paternidade era parte do tratamento e que eles poderiam ser solicitados a fazer mudanças em seus métodos de paternidade (Wesselmann et al., 2014b). Pais de 11 crianças frequentaram uma aula formal de paternidade fornecida pelas terapeutas, e pais de 12 crianças receberam informações e materiais da aula durante a primeira parte das sessões de terapia familiar devido a problemas de agendamento.

Os pais dos 23 participantes completaram avaliações no pré-tratamento e depois a cada 6 meses ou quando acreditavam que nenhum tratamento adicional era necessário. As sessões diminuíram em frequência quando pelo menos duas pontuações em medidas de resultado se aproximaram do nível subclínico. O tratamento foi encerrado quando três pontuações em medidas de resultado estavam no nível subclínico ou próximo do subclínico, e os pais relataram satisfação com as melhorias comportamentais. Finalmente, um conjunto de avaliações de acompanhamento foi enviado aos pais 3 meses após o tratamento. Os pacotes de avaliação foram pontuados por um estagiário de aconselhamento.

## Equipe de Tratamento

Cinco terapeutas participaram do estudo. Todos os cinco terapeutas eram conselheiros de saúde mental licenciados com experiência em terapia familiar, trabalho de apego e terapia com crianças. Três dos terapeutas foram treinados e certificados em EMDR, enquanto dois terapeutas foram treinados, mas não certificados em EMDR. A participação do terapeuta no papel de terapia familiar ou no papel de terapia EMDR foi determinada pela disponibilidade. Os

terapeutas que não eram certificados em terapia EMDR não participaram do papel de terapia EMDR.

#### Principais Medidas de Resultado (Medidas da Criança)

As seguintes medidas foram aplicadas na admissão, em intervalos de 6 meses e quando os pais e clínicos concordaram que a criança parecia ter alcançado alívio suficiente dos sintomas.

Lista de Verificação do Comportamento Infantil (Child Behavior Checklist - CBCL; Achenbach & Rescorla, 2001). O CBCL é uma avaliação de 113 itens amplamente utilizada, completada pelos pais para avaliar os sintomas emocionais e comportamentais gerais das crianças. O CBCL fornece pontuações para problemas internalizantes versus externalizantes e problemas totais, bem como escalas relacionadas ao DSM. Há fortes evidências de alta confiabilidade e validade relacionadas ao CBCL. O escore T é considerado clínico limítrofe na faixa de 60–63 e clínico a 64 (Nakamura, Ebesutani, Bernstein, & Chorpita, 2009).

Checklist de Sintomas de Trauma para Crianças Pequenas (Trauma Symptom Checklist for Young Children - TSCYC; Briere et al., 2001). O TSCYC é uma avaliação de 90 itens completada pelos pais que é apropriada para idades de 3 a 12 anos. Inclui escalas para ansiedade, depressão, raiva, preocupações sexuais, dissociação e estresse pós-traumático de intrusão, evitação, excitação e um escore total de estresse pós-traumático. As escalas demonstraram validade e alta confiabilidade (Briere et al., 2001) e estão associadas a abuso sexual e físico e violência doméstica. O corte clínico para o escore T de estresse traumático total é 70.

Escala de Avaliação de Transtorno de Apego Revisada (Attachment Disorder Assessment Scale-Revised - ADAS-R; Ziegler, 2006). O ADAS-R é um questionário de 40 itens completado pelos pais. A ferramenta mede a severidade dos problemas de apego, com uma probabilidade significativa de transtorno de apego reativo quando a pontuação de uma criança fica entre 40 e 80, e problemas de apego indicados na faixa de 25–40. Recomenda-se que a medida seja usada em adição a outros métodos de avaliação. Alta validade e confiabilidade foram demonstradas por um estudo de pesquisa independente (Fairchild-Kienlen, 2001).

Questionário de Transtorno de Apego Randolph (Randolph Attachment Disorder Questionnaire - RADQ; Randolph, 2000). O RADQ é um questionário de 30 itens completado pelos pais para determinar a gravidade dos sintomas relacionados ao que a autora propõe como um "transtorno de apego", que ela afirma não ser sinônimo de transtorno de apego reativo. A autora do questionário ressalta que a medida deve ser usada apenas em conjunto com outras ferramentas de avaliação (Randolph, 2000). Embora a medida tenha sido amplamente utilizada, Cappelletty, Brown e Shumate (2005) apontam que a falta de estudos publicados e independentes desta ferramenta de avaliação é uma limitação. De acordo com a autora, um corte clínico de 65 é um possível indicador de "transtorno de apego" (Randolph, 2000)."

#### Medidas de Resultado Secundárias (Medidas dos Pais)

As seguintes medidas foram aplicadas na admissão, em intervalos de 6 meses, e quando os pais e clínicos concordaram que a criança parecia ter alcançado alívio suficiente dos sintomas.

Questionário de Vinculação Pós-Parto (Postpartum Bonding Questionnaire - PBQ; Brockington et al., 2001). O PBQ consiste em 25 itens que avaliam os sentimentos de proximidade e calor de

uma mãe em relação ao seu bebê. Para o propósito deste estudo, a palavra bebê foi substituída por criança em cada item. As subescalas da medida não foram usadas no presente estudo. A medida original foi estudada e encontrada para ter confiabilidade e validade aceitáveis (Brockington, Fraser, & Wilson, 2006), mas os dados disponíveis não se aplicam à redação personalizada deste questionário para mães de crianças mais velhas, o que é uma limitação para o seu uso neste estudo. Não há um corte clínico relacionado à pontuação total do PBQ.

Questionário de Resultado-45 (Outcome Questionnaire-45 - OQ-45; Lambert et al., 1996). O OQ-45 é um questionário de autoavaliação de 45 itens para adultos que mede a severidade dos sintomas relacionados ao desconforto subjetivo, relações interpessoais e desempenho do papel social. Alta confiabilidade e boa validade de construto e concorrente foram demonstradas (Lambert et al., 1996). O corte clínico é 63.

**TABLE 1. Post-Hoc Comparisons of Mean Scores for Primary Outcomes at Pretest and End of Treatment**

DV	Measurement Interval (I)	Measurement Interval (J)	Mean Difference (I - J)	SE	p	d
ADAS	1	2	38.41	3.86	.00	3.20
RADQ	1	2	35.96	3.89	.00	2.48
CBCL	1	2	12.64	1.52	.00	1.95
TSCYC	1	2	19.14	3.96	.00	1.44

Note. ADAS = Attachment Disorder Assessment Scale; CBCL = Child Behavior Checklist; Primary outcomes = child participants; RADQ = Randolph Attachment Disorder Questionnaire; SE = standard error; TSCYC = Trauma Symptom Checklist for Young Children.

**TABLE 2. Post-Hoc Comparisons of Mean Scores for Secondary Outcomes at Pretest and End of Treatment**

DV	Measurement Interval (I)	Measurement Interval (J)	Mean Difference (I - J)	SE	p	d
PBQ	1	2	12.95	3.8	.003	.84
OQ-45	1	2	9.35	4.38	.048	.43

Note. Secondary outcomes = parent participants. OQ-45 = Outcome Questionnaire-45; PBQ = Postpartum Bonding Questionnaire; SE = standard error.

## Resultados

### Duração do Tratamento

A duração média do tratamento foi de 12,7 meses. Especificamente, quatro crianças completaram o tratamento em 6 meses, três crianças em 9 meses, nove completaram em 11–12 meses, quatro completaram em 16–20 meses e duas completaram o tratamento em 24 meses. As avaliações foram realizadas no pré-tratamento, 6 meses e no final do tratamento. Uma família desistiu após a avaliação de 6 meses. Pacotes de acompanhamento foram distribuídos 3 meses após o tratamento, e 15 dos pacotes foram devolvidos.

### Análises Estatísticas

Os efeitos da intervenção foram investigados usando análise de variância multivariada (MANOVA) com tempo (pré-tratamento versus fim do tratamento) como o fator intra-sujeito (Social Science Statistics, 2018). Um conjunto de variáveis dependentes compreendia um grupo de resultados primários: problemas de apego da criança (ADAS), sintomas de transtorno de apego (RADQ), sintomas comportamentais (CBCL) e sintomas de trauma (TSCYC). Outro conjunto de variáveis dependentes compreendia um grupo de resultados secundários: sentimentos auto-relatados dos pais em relação à criança (PBQ) e função psicossocial (OQ-45). Quando a MANOVA indicou efeitos principais significativos do tratamento no geral, testes post-hoc de Bonferroni foram usados para examinar o efeito do tratamento em cada variável.

**Medidas de Resultado Primário.** A MANOVA dos resultados primários indicou um efeito principal significativo do tempo ( $F[4, 18] = 30,87, p < 0,001, \eta^2 = 0,87$ ). Testes post-hoc de Bonferroni indicaram que as pontuações médias para problemas de apego diminuíram significativamente do início ao fim do tratamento ( $d = 3,20, p < 0,001$ ) e os sintomas de transtorno de apego diminuíram significativamente do início ao fim do tratamento ( $d = 2,48, p < 0,001$ ). Os sintomas comportamentais também diminuíram significativamente do início ao fim do tratamento ( $d = 1,95, p < 0,001$ ). Além disso, os sintomas de trauma foram significativamente menores no fim do tratamento ( $d = 1,44, p < 0,001$ ; veja a Tabela 1)

**Medidas de Resultado Secundário.** A MANOVA revelou um efeito principal significativo do tempo nos resultados secundários ( $F[2, 18] = 6,45, p < 0,01, \eta^2 = 0,42$ ). Comparações post-hoc mostraram que as pontuações médias dos sentimentos negativos dos pais em relação à criança diminuíram significativamente do início ao fim do tratamento ( $d = 0,84, p < 0,01$ ), e as pontuações médias do sofrimento geral dos pais foram significativamente menores no fim do tratamento ( $d = 0,43, p < 0,05$ ; veja a Tabela 2).

Embora houvesse poucos participantes para realizar análise estatística, os ganhos foram mantidos de acordo com as medidas de acompanhamento para as 15 famílias que cumpriram com a conclusão e devolução das medidas.

**TABLE 3. Descriptive Statistics of Measures at Initial Intake, Six Months Into Treatment, End of Treatment, and Follow-Up**

Measure	Initial Intake			Six Months Into Treatment			End of Treatment			Follow-Up		
	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N	M	SD	N
ADAS-R	45.52 <sup>a</sup>	11.94	23	15.17 <sup>c</sup>	17.39	23	6.64 <sup>c</sup>	12.00	22	6.20 <sup>c</sup>	12.87	15
CBCL	72.04 <sup>a</sup>	5.46	23	63.35 <sup>b</sup>	7.07	23	59.36 <sup>c</sup>	7.25	22	58.67 <sup>c</sup>	5.09	15
TSCYC-PTS	70.13 <sup>a</sup>	16.28	23	57.68 <sup>c</sup>	10.30	22	50.91 <sup>c</sup>	8.71	22	51.20 <sup>c</sup>	7.08	15
RADQ	61.39 <sup>c</sup>	16.47	23	32.30 <sup>c</sup>	12.97	23	25.41 <sup>c</sup>	12.70	22	27.87 <sup>c</sup>	16.28	15
OQ45	46.18 <sup>c</sup>	22.32	22	37.81 <sup>c</sup>	16.79	22	35.24 <sup>c</sup>	19.61	21	30.20 <sup>c</sup>	21.21	15
PBQ	39.62 <sup>d</sup>	16.50	21	30.70 <sup>d</sup>	17.69	23	26.45 <sup>d</sup>	13.20	22	20.67 <sup>d</sup>	13.44	15

Note. Total scores are used to determine cutoffs for clinical symptom levels. Length of treatment ranged from 6–24 months. Follow-up ranged from 3–6 months posttreatment. *Primary Measures (Children)*: ADAS-R = Attachment Disorder Assessment Scale-Revised. CBCL = Child Behavior Checklist for ages 6–18 years, total behaviors score. RADQ = Randolph Attachment Disorder Questionnaire. TSCYC-PTS = Trauma System Checklist for Young Children, Total Posttraumatic Stress Score. *Secondary Measures (Parents)*: OQ45 = Outcome Questionnaire 45; PBQ = Postpartum Bonding Questionnaire.

<sup>a</sup>Clinical.

<sup>b</sup>Borderline clinical.

<sup>c</sup>Nonclinical.

<sup>d</sup>No clinical cutoff.

## Discussão

Os resultados oferecem suporte inicial para a eficácia do IATP-C na melhoria da qualidade das relações de apego, comportamentos e sintomas de estresse traumático em crianças adotadas com histórico de maus-tratos. Análises estatísticas demonstraram melhoria significativa nas pontuações médias de todas as medidas primárias e secundárias do pré-tratamento ao final do tratamento. A duração média do tratamento foi de 12,7 meses, variando de 6 a 24 meses. As pontuações médias para o ADAS-R e o TSCYC (PTS) estavam na faixa clínica no pré-tratamento e na faixa não clínica aos 6 meses e no final do tratamento. A pontuação média para o CBCL estava na faixa clínica no pré-tratamento, limítrofe aos 6 meses e na faixa não clínica no final do tratamento. A pontuação média do RADQ estava ligeiramente abaixo da faixa clínica no pré-tratamento e significativamente abaixo da faixa clínica aos 6 meses e no final do tratamento. Todas as pontuações médias permaneceram abaixo da faixa clínica no acompanhamento para as 15 famílias que completaram e devolveram seus pacotes de acompanhamento (veja a Tabela 3 e as Figuras 1–4).

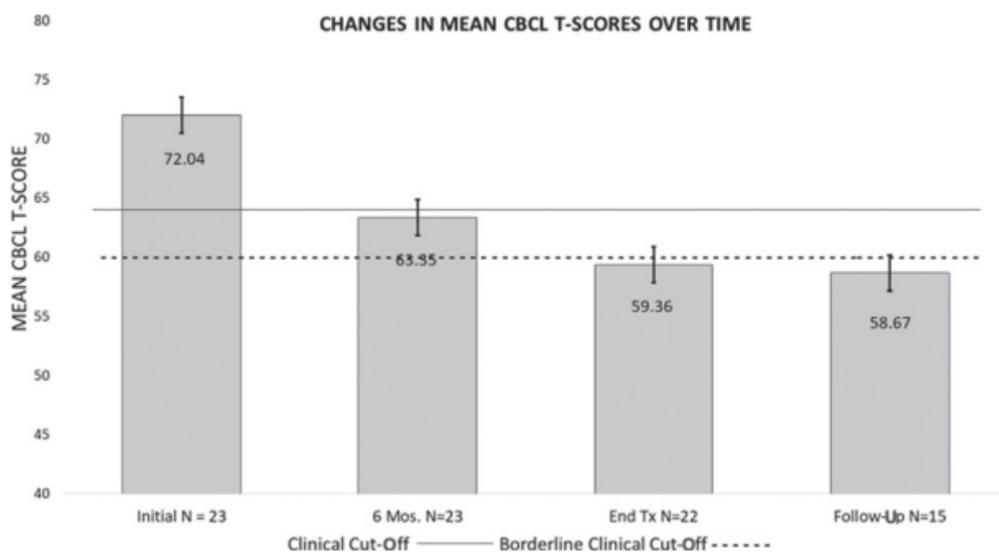
Crianças com histórico de trauma de apego apresentam desafios para a utilização eficaz da terapia, incluindo reatividade, evitação, desconfiança, sintomas dissociativos e relações conflituosas entre pais e filhos. Em nossa observação, as habilidades de autorregulação e a educação dos pais implementadas pelo terapeuta familiar em colaboração com os procedimentos de ARD conduzidos pelo terapeuta EMDR durante a fase de preparação aumentaram a segurança e estabilidade sentidas pelas crianças. As atividades de terapia familiar, incluindo a criação de uma linha do tempo e história terapêutica, forneceram preparação adicional para o direcionamento e processamento de memórias traumáticas do EMDR durante as Fases 3 a 8.

Os resultados forneceram evidências iniciais de que o IATP-C tem um efeito positivo na sintomatologia das mães. A pontuação média para sintomatologia no OQ-45 melhorou significativamente do pré-tratamento ao final do tratamento, embora a média não tenha caído na faixa clínica no pré-tratamento. Explicações possíveis para as pontuações melhoradas incluem a diminuição do estresse parental devido à melhoria do funcionamento da criança e benefícios pessoais ao aprender habilidades de autorregulação junto com a criança. A pontuação média no PBQ também melhorou significativamente do pré-tratamento ao final do tratamento, fornecendo evidências preliminares de que as mães tinham sentimentos mais positivos em relação à sua criança conforme o tratamento progredia. A empatia dos pais pela criança pode ter aumentado devido às melhorias comportamentais da criança e ao envolvimento dos pais durante os procedimentos de ARD e processamento de trauma do EMDR. O componente de educação parental pode ter aumentado a compaixão dos pais ao ver os comportamentos de seus filhos através da lente do trauma e do apego.

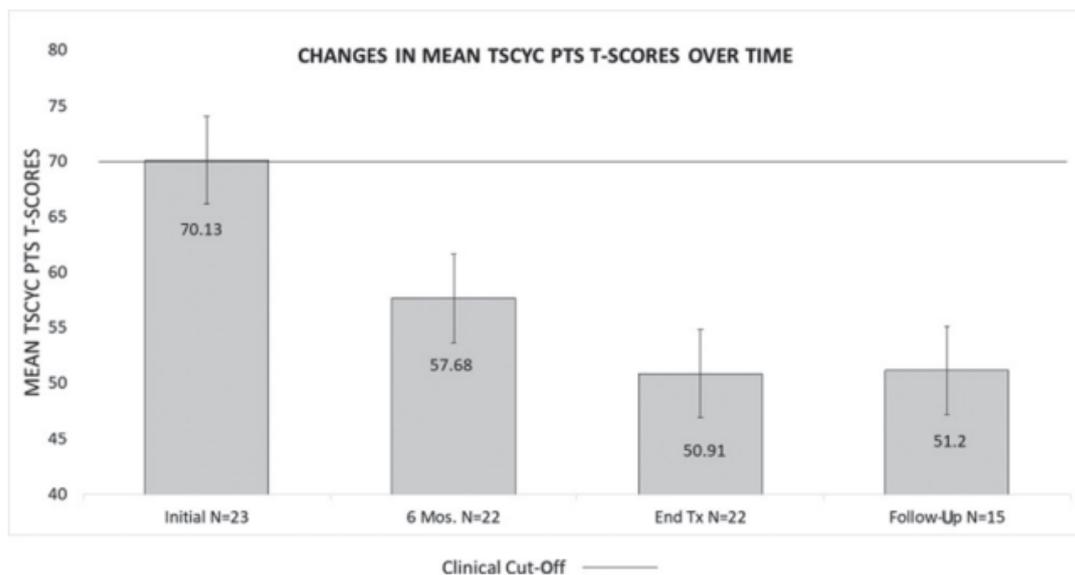
Não há um corte clínico para a pontuação total no PBQ, mas as pontuações médias totais foram muito mais altas para as 21 mães adotivas e de acolhimento no presente estudo do que as pontuações médias totais em uma população normal de mães de bebês em um estudo com 263 mães pós-parto na Bélgica (van Bussel, Spitz, & Demyttenaere, 2010). A pontuação média total do PBQ das mães belgas foi de 10,72 às 8–12 semanas pós-parto e 7,67 às 20–25 semanas pós-

parto, comparada à pontuação média total do PBQ de 39,62 no pré-tratamento e 26,45 no final do tratamento para as mães no presente estudo, destacando a importância do componente de terapia familiar do modelo de tratamento.

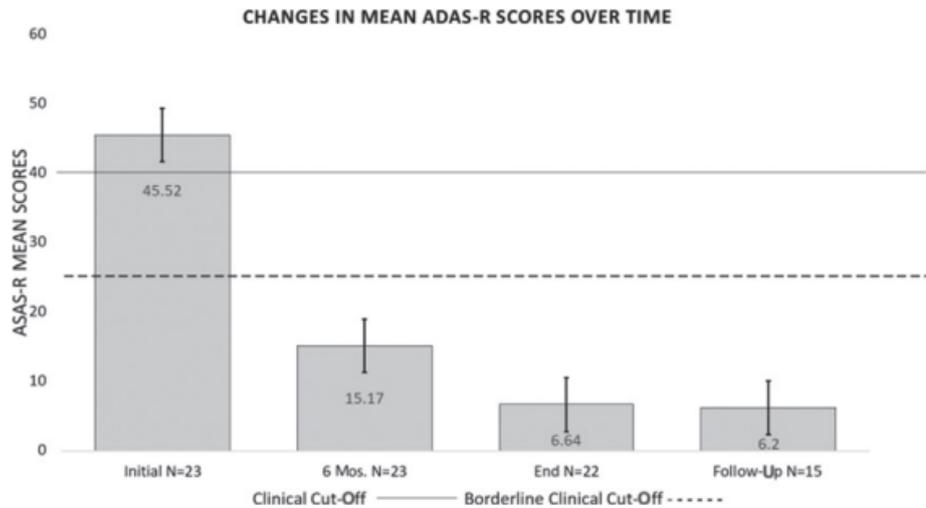
Após o tratamento, crianças com atrasos cognitivos, emocionais e sociais devem continuar a ter acesso a cuidados de saúde mental apropriados para gerenciar novos obstáculos e desafios da vida que possam surgir. As crianças e seus pais foram informados de que poderiam retornar para sessões de 'ajuste' conforme necessário. Treze das 23 crianças do estudo retornaram posteriormente para assistência terapêutica no gerenciamento de novas pressões escolares ou sociais, mudanças familiares ou outros estressores. Uma atitude positiva em relação à busca de assistência terapêutica pareceu ser um ganho adicional para as famílias envolvidas no método de tratamento integrativo.



**FIGURE 1.** CBCL= Child Behavior Checklist.



**FIGURE 2.** TSCYC= Trauma Symptom Checklist for Young Children. PTS = posttraumatic stress score.



**FIGURE 3.** ADAS-R=Attachment Disorder Assessment Scale-Revised.

### Limitações

Apesar dos pontos fortes notáveis do estudo atual, algumas limitações existem. Primeiro, o estudo de série de casos é limitado pelo pequeno tamanho da amostra. Além disso, a reformulação da linguagem no PBQ para personalizar a medida para mães de crianças mais velhas foi uma limitação, já que a mudança na linguagem não foi objeto de testes de confiabilidade e validade. O RADQ também carece de testes adequados de confiabilidade e validade. O protocolo padrão EMDR foi utilizado, mas a avaliação de fidelidade não foi realizada e é uma limitação para o estudo. Finalmente, e mais notável, foi a falta de um grupo de controle para permitir a comparação do tratamento integrativo com tratamentos alternativos.

### Conclusão

Crianças com histórico de abuso grave, negligência, cuidados em lares adotivos ou orfanatos e adoção comumente sofrem de sintomas pós-traumáticos, apego não seguro e problemas comportamentais. O tratamento bem-sucedido para essa população deve superar inúmeros

desafios, incluindo conflitos entre pais e filhos, falta de

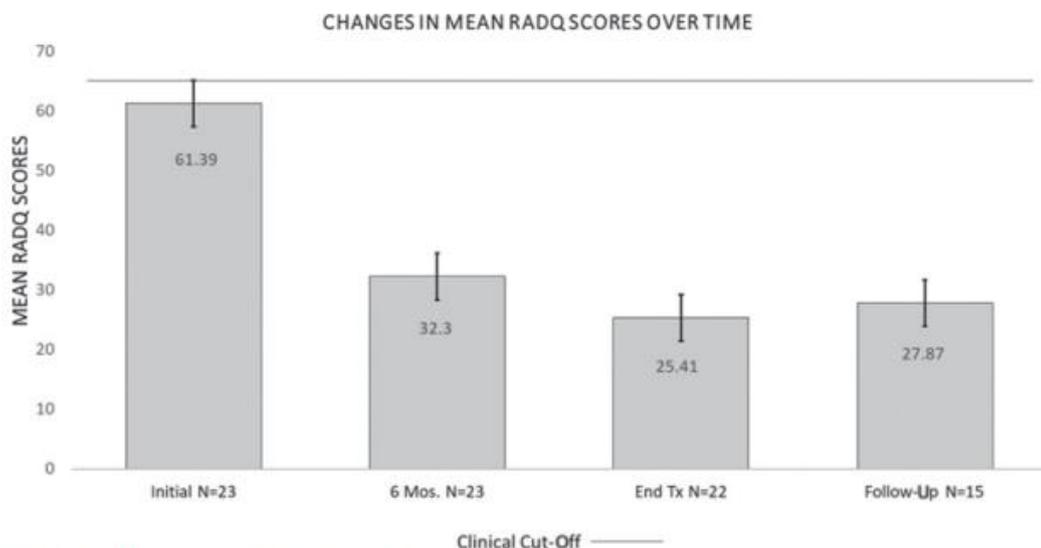


FIGURE 4. RADQ= Randolph Attachment Disorder Questionnaire.

#### Limitações

Apesar dos pontos fortes notáveis do estudo atual, algumas limitações existem. Primeiro, o estudo de série de casos é limitado pelo pequeno tamanho da amostra. Além disso, a reformulação da linguagem no PBQ para personalizar a medida para mães de crianças mais velhas foi uma limitação, já que a mudança na linguagem não foi objeto de testes de confiabilidade e validade. O RADQ também carece de testes adequados de confiabilidade e validade. O protocolo padrão EMDR foi utilizado, mas a avaliação de fidelidade não foi realizada e é uma limitação para o estudo. Finalmente, e mais notável, foi a falta de um grupo de controle para permitir a comparação do tratamento integrativo com tratamentos alternativos.

#### Conclusão

Crianças com histórico de abuso grave, negligência, cuidados em lares adotivos ou orfanatos e adoção comumente sofrem de sintomas pós-traumáticos, apego não seguro e problemas comportamentais. O tratamento bem-sucedido para essa população deve superar inúmeros desafios, incluindo conflitos entre pais e filhos, falta de autoconsciência, baixa tolerância emocional, comportamentos interpessoais reativos, evitação e tendências dissociativas. O IATP-C mostra promessa como um método de tratamento eficaz para esta população infantil vulnerável. Na presente série de estudos de caso, o IATP-C pareceu diminuir significativamente os sintomas de estresse traumático e comportamentais e melhorar as relações de apego nos participantes crianças, além de aumentar os sentimentos positivos das mães em relação a seus filhos e diminuir sua sintomatologia. Pesquisas adicionais são recomendadas para investigar a eficácia do IATP-C no tratamento de crianças e famílias impactadas por trauma de apego.

#### Recomendações para Pesquisas Futuras

São necessários estudos controlados maiores que comparem os resultados após o tratamento com o modelo integrativo e os resultados após o tratamento com outra abordagem. Um estudo

controlado comparando terapia familiar e terapia EMDR com terapia familiar combinada com uma terapia alternativa de trauma é recomendado. Estudos sobre a aplicação do modelo com adolescentes com histórico de trauma de apego e com crianças que são reunificadas com pais biológicos são sugeridos. Além disso, o presente estudo não incluiu crianças para as quais não estavam disponíveis colocações permanentes. A investigação de como o modelo pode ser personalizado para crianças sem colocações permanentes é aconselhada. O modelo deve ser examinado para aplicação em crianças de culturas fora dos Estados Unidos, e investigações contínuas também são recomendadas para aplicação com crianças de culturas diversas dentro dos Estados Unidos. O RADQ não pareceu adicionar nada ao estudo além do que foi obtido com o ADAS-R e carece de pesquisa sobre fidelidade e validade, então pesquisadores futuros podem considerar descartar essa medida.

## Referências

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Adler-Tapia, R., & Settle, C. (2017). *EMDR and the art of psychotherapy with children: Infants to adolescents* (2nd ed.). New York, NY: Springer Publishing.
- Ahmad, A., Larsson, B., & Sundelin-Wahlsten, V. (2007). EMDR treatment for children with PTSD: Results of a randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(5), 349–354. <http://dx.doi.org/10.1080/08039480701643464>
- Becker-Weidman, A. (2006). Treatment for children with trauma-attachment disorders: Dyadic Developmental Psychotherapy. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(2), 147–171. <http://dx.doi.org/10.1007/s10560-005-0039-0>
- Bick, J., & Dozier, M. (2013). The effectiveness of an attachment-based intervention in promoting foster mothers' sensitivity towards foster infants. *Infant Mental Health Journal*, 34(2), 95–103. <http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21373>
- Booth, P. B., & Jenberg, A. M. (2010). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play* (3rd ed.). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., . . . Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse and Neglect*, 25(8), 1001–1014. [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00253-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00253-8)
- Brockington, I. F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., . . . Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother-infant bonding disorders. *Archives of Women's Mental Health*, 3(4), 133–140. <http://dx.doi.org/10.1007/s007370170010>
- Brockington, I. F., Fraser, C., & Wilson, D. (2006). The Postpartum Bonding Questionnaire: A validation. *Archives of Women's Mental Health*, 9(5), 233–242. <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-006-0132-1>
- Bureau of Consular Affairs, U.S. Department of State. (2015). FY 2015 annual report on intercountry adoption. Retrieved from

[https://travel.state.gov/content/dam/aa/pdfs/2015Annual\\_Intercountry\\_Adoption\\_Report.pdf](https://travel.state.gov/content/dam/aa/pdfs/2015Annual_Intercountry_Adoption_Report.pdf)

California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare. (n.d.). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) [Trauma treatment – client-level interventions (child and adolescent)]. Retrieved from <http://www.cebc4cw.org/program/eye-movement-desensitization-and-reprocessing>

Cappelletty, G. G., Brown, M. M., & Shumate, S. E. (2005). Correlates of the Randolph Attachment Disorder Questionnaire (RADQ) in a sample of children in foster placement. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 22(1), 71–84. [<http://dx.doi.org/10.1007/s10560-005-2556-2>](<http://dx.doi.org/10.1007/s10560-005-2556-2>)