

Artigo 1

Artigo: An Integrative EMDR and Family Therapy Model for Treating Attachment Trauma in Children: A Case Series

Debra Wesselmann

Stefanie Armstrong

Cathy Schweitzer

Meghan Davidson

Ann Potter

University of Nebraska, Lincoln, Nebraska

Resumo / Abstract – Um modelo Integrativo de EMDR e Terapia de Família para tratar crianças com trauma de apego.

O estudo investigou a efetividade de um modelo integrativo de **EMDR + terapia familiar**, chamado **Integrative Attachment Trauma Protocol for Children (IATP-C – Protocolo Integrado para Criança)**, para reduzir sintomas de estresse traumático, melhorar comportamentos e qualificar vínculos de apego em crianças adotadas com histórico de maus-tratos e passagem por acolhimento familiar ou orfanatos. Participaram 23 crianças; 22 completaram o tratamento, que durou de 6 a 24 meses, com média de 12,7 meses. Ao final, houve melhora significativa nos sintomas traumáticos, nos comportamentos e nas relações de apego das crianças, além de melhora em medidas referentes às mães. Nos casos com seguimento, os ganhos foram mantidos. As principais limitações foram a ausência de grupo controle e o tamanho pequeno da amostra.

Introdução

O artigo parte do contexto de crianças adotadas que passaram por negligência grave, abuso físico, abuso sexual, abandono e múltiplas rupturas relacionais. As autoras chamam esse conjunto de experiências de **trauma de apego**, destacando que não se trata apenas de um evento traumático isolado, mas de um trauma ligado justamente às figuras que deveriam oferecer segurança. Muitas dessas crianças, além do trauma inicial, vivem novas experiências desorganizadoras em lares temporários ou instituições.

As autoras revisam as categorias de apego e enfatizam especialmente o **apego desorganizado**, associado a maior risco de dificuldades emocionais e comportamentais. Crianças maltratadas podem apresentar desregulação emocional, dissociação, baixa autoestima, dificuldades sociais e múltiplos diagnósticos, como TEPT, transtorno reativo de apego, transtornos de humor, oposição e desafio e TDAH. Também apontam que os pais adotivos frequentemente ficam sobrecarregados e podem, sem perceber, responder de modo punitivo, aprofundando a desconfiança e a reatividade da criança.

Modelo PAI

O artigo apresenta o **Processamento Adaptativo da Informação (PAI)** como base teórica do EMDR. Segundo esse modelo, experiências traumáticas podem permanecer armazenadas de forma não processada, separadas de redes adaptativas de memória. Por isso, lembranças traumáticas e estados ligados ao trauma podem ser facilmente reativados por pistas atuais, inclusive em relacionamentos posteriores. No caso do trauma de apego, memórias precoces podem ser disparadas em interações interpessoais presentes, gerando reações defensivas intensas.

EMDR Therapy

As autoras resumem o EMDR como um protocolo de oito fases que visa ativar o processamento adaptativo da informação. O método inclui história clínica, preparação, reprocessamento de memórias passadas e gatilhos atuais, além de reavaliação. A estimulação bilateral é apresentada como um recurso que favorece diminuição do afeto perturbador, ampliação de associações e integração da memória não processada. O artigo também observa que EMDR e TF-CBT (TTC) são tratamentos com forte suporte empírico para estresse traumático infantil.

Tratamento de crianças com histórico de trauma de apego

Nesta parte, o artigo compara abordagens voltadas para crianças com histórico de maus-tratos. São citadas intervenções focadas em sensibilidade parental e relacionamento pais-filhos, como Child-Parent Psychotherapy, Theraplay e outras. A diferença central apontada é que tanto o TF-CBT quanto o EMDR abordam mais diretamente as memórias traumáticas. As autoras destacam uma vantagem clínica do EMDR: ele pode ser integrado a outras modalidades e não exige que a criança verbalize detalhadamente os acontecimentos traumáticos nem faça tarefas de casa.

Elas também ressaltam que, embora existam ensaios clínicos randomizados com EMDR e TF-CBT (TCC) para crianças traumatizadas, não encontraram estudos desse tipo focados especificamente em crianças adotadas com histórico de maus-tratos e acolhimento institucional. Essa população traz obstáculos adicionais para o tratamento, como desregulação, desconfiança, dissociação, evitamento e reatividade interpessoal.

Protocolo Integrado para Criança (IATP-C)

O **O Protocolo de Modelo Integrativo** foi desenvolvido especificamente para crianças adotadas com histórico de maus-tratos e acolhimento. Seu objetivo é lidar com dificuldades que frequentemente impedem o uso efetivo da terapia: comportamentos disruptivos e evitativos, conflito entre pais e filhos, pouca capacidade de autorreflexão e expressão, repertório adaptativo reduzido, baixa tolerância emocional e tendências dissociativas. O protocolo integra sistematicamente **terapia familiar e EMDR**, de modo que as tarefas feitas em uma modalidade sustentam as da outra. As autoras afirmam que ele pode ser conduzido por um terapeuta só, mas consideram mais eficaz um modelo com **dois terapeutas**, um na terapia familiar e outro no EMDR, especialmente em casos complexos.

Fase de preparação

Na preparação, o terapeuta familiar ajuda os pais a compreender o comportamento da criança pela lente do trauma e a desenvolver respostas mais sintonizadas. Também treina pais e criança em mindfulness, autorregulação e identificação de gatilhos, pensamentos e emoções, além de trabalhar a noção da “criança menor dentro da criança”. Paralelamente, o terapeuta EMDR usa o **Attachment Resource Development (ARD – Desenvolvimento de Recursos de Apego)**, com visualizações de lugar seguro e mensagens amorosas vindas dos pais, acompanhadas de estimulação bilateral lenta, para fortalecer sensação de segurança e proximidade.

Dessensibilização e reprocessamento

Depois, o terapeuta EMDR começa as fases 3 a 8, podendo iniciar por gatilhos atuais e templates de futuro. O terapeuta familiar ajuda a montar uma **história clínica breve**, baseada na linha do tempo da criança, identificando memórias, emoções, cognições negativas e cognições positivas desejadas. O terapeuta EMDR faz uma transição gradual para o trabalho traumático lendo essa história com estimulação bilateral e, em seguida, focaliza eventos específicos do passado. Um elemento central do modelo é a participação dos pais no apoio emocional e na **corregulação** da criança durante o processamento. O ritmo do tratamento depende da observação clínica e dos relatos parentais.

Método

Objetivo do estudo

O objetivo foi avaliar se o IATP-C seria eficaz para reduzir sintomas de estresse traumático, frequência e gravidade de comportamentos desadaptativos e melhorar a qualidade das relações de apego em crianças adotadas com histórico de maus-tratos e acolhimento. Secundariamente, o estudo examinou se haveria melhora nos sintomas das mães adotivas e aumento de sentimentos positivos em relação ao filho.

Participantes

A amostra incluiu 23 crianças, de 7 a 12 anos, e seus pais adotivos. Todas estavam em colocação adotiva ou pré-adotiva havia pelo menos 3 meses. Foram excluídas crianças com psicose, autismo, síndrome alcoólica fetal, deficiência intelectual, ou que estivessem em outra psicoterapia de apoio ou neurofeedback ao mesmo tempo. Todas haviam sofrido negligência severa; 10 tinham histórico importante de abuso físico e 3 de abuso sexual. Muitas haviam passado por múltiplas casas de acolhimento, orfanatos no exterior, hospitalizações ou tratamento residencial. A média de idade na adoção foi 5 anos, e várias usavam medicação psiquiátrica ou já tinham feito aconselhamento antes do estudo. Todas tinham um ou mais diagnósticos, como TEPT, transtorno reativo de apego, transtorno do humor, transtorno opositor desafiador e TDAH.

Procedimentos

Antes do início, foi feito exame do estado mental para confirmar que os casos eram adequados ao estudo. Os pais assinaram consentimento e se comprometeram a comparecer, pelo menos um deles, a todas as sessões da criança; a participação de ambos foi fortemente encorajada. O tratamento foi organizado em sessões de 1 hora, duas vezes por semana, por tempo indeterminado, variando conforme o progresso clínico. Parte do tratamento incluía psicoeducação e possíveis mudanças na forma de cuidar da criança. Algumas famílias participaram de uma classe parental formal, enquanto outras receberam esse conteúdo dentro das sessões familiares. As medidas foram aplicadas no pré-tratamento, a cada 6 meses e no encerramento; um follow-up foi enviado 3 meses após o término.

Equipe terapêutica

Participaram cinco terapeutas, todos conselheiros/licenciados em saúde mental com experiência em terapia familiar, apego e psicoterapia com crianças. Três eram treinados e certificados em EMDR, e dois eram apenas treinados. Os não certificados não atuaram na função de terapeuta EMDR.

Medidas de desfecho

Para as crianças, foram usadas quatro medidas principais: **CBCL** para sintomas emocionais e comportamentais gerais; **TSCYC** para sintomas traumáticos; **ADAS-R** para problemas de apego; e **RADQ** para sintomas relacionados a transtornos de apego. Para os pais, usaram o **PBQ**, adaptado para avaliar sentimentos da mãe em relação à criança, e o **OQ-45**, que mede sofrimento subjetivo, relações interpessoais e funcionamento social. O artigo observa limitações em alguns instrumentos, especialmente na adaptação do PBQ e na base psicométrica do RADQ.

Resultados

Duração do tratamento

A duração média foi de **12,7 meses**. Quatro crianças concluíram em 6 meses, três em 9 meses, nove entre 11 e 12 meses, quatro entre 16 e 20 meses e duas em 24 meses. Uma família desistiu após a avaliação de 6 meses. Quinze famílias devolveram as medidas de seguimento.

Análises estatísticas

As autoras utilizaram **MANOVA** para comparar os escores do pré-tratamento com o final do tratamento, separando desfechos primários das crianças e desfechos secundários dos pais. Quando havia efeito geral significativo, foram feitos testes post-hoc de Bonferroni para examinar cada variável.

Desfechos primários das crianças

Houve efeito significativo do tempo sobre os desfechos infantis. Os escores médios de problemas de apego, sintomas de transtorno de apego, sintomas comportamentais e sintomas traumáticos diminuíram significativamente do início ao fim do tratamento. Os tamanhos de efeito relatados foram altos, especialmente para medidas de apego.

Pelos dados descritivos, o **ADAS-R** caiu de 45,52 no início para 6,64 no final; o **CBCL** foi de 72,04 para 59,36; o **TSCYC-PTS** foi de 70,13 para 50,91; e o **RADQ** foi de 61,39 para 25,41. Em geral, os escores migraram de faixas clínicas para faixas não clínicas ou limítrofes, com manutenção no seguimento entre as famílias que responderam.

Desfechos secundários dos pais

Também houve melhora significativa nas medidas parentais. Os sentimentos negativos em relação à criança diminuíram, e o sofrimento global dos pais também reduziu. O artigo interpreta esses dados como um possível reflexo da melhora no funcionamento da criança, da participação dos pais na correção e no processamento, e do efeito da psicoeducação, que favorece uma leitura mais compassiva do comportamento infantil.

Discussão

A discussão sustenta que os resultados oferecem apoio inicial à eficácia do IATP-C para melhorar relações de apego, comportamentos e sintomas traumáticos em crianças adotadas com histórico de maus-tratos. As autoras entendem que o sucesso do modelo se relaciona à combinação entre: preparação focada em segurança e autorregulação; trabalho com os pais para mudança de leitura e resposta diante da criança; construção da linha do tempo e da história terapêutica; e uso do EMDR de modo gradual, com presença parental para apoio e correção.

Elas também destacam que o tratamento parece ter beneficiado as mães, tanto em sintomas gerais quanto no vínculo afetivo com o filho. Observam ainda que, mesmo após o fim do tratamento principal, várias crianças retornaram mais tarde para sessões de “ajuste” diante de novos desafios, o que sugere que o modelo também pode fortalecer uma atitude mais positiva da família em relação à busca de ajuda terapêutica.

Limitações

As limitações principais foram: **amostra pequena**, ausência de **grupo controle**, ausência de avaliação formal de fidelidade ao protocolo EMDR, fragilidades psicométricas do **RADQ** e adaptação do **PBQ** para mães de crianças mais velhas sem validação específica. As próprias autoras reconhecem que esses fatores reduzem a força das conclusões.

Conclusão do artigo

O artigo conclui que crianças com histórico de **trauma de apego** — especialmente aquelas que sofreram negligência, abuso, abandono e passaram por acolhimento ou orfanatos — costumam apresentar um quadro complexo, com dificuldades de autorregulação, baixa consciência de si, pouca tolerância emocional, comportamentos reativos, evitamento e tendências dissociativas. Nesse contexto, o **IATP-C** é apresentado como uma abordagem promissora para essa população vulnerável. No estudo, o protocolo pareceu **reduzir de forma significativa os sintomas traumáticos e comportamentais, melhorar as relações de apego** das crianças e também **aumentar os sentimentos positivos das mães em relação aos filhos**, além de diminuir sua sintomatologia. Ainda assim, as autoras deixam claro que esses achados são iniciais e que **novas pesquisas são necessárias** para avaliar com mais robustez a eficácia do modelo.

Em uma frase

A mensagem final do artigo é que **o tratamento do trauma de apego em crianças precisa integrar processamento traumático e trabalho relacional com a família**, e que o modelo IATP-C mostrou resultados encorajadores, embora ainda precise de validação em estudos maiores e controlados.