

A Neurobiologia do Processamento de
Informação e seus Transtornos
*Implicações para a Terapia EMDR e outras
Psicoterapias*

Uri Bergmann, Ph.D.

Tradução:
Patricia Jacob



Capítulo 9

Relacionando Consciência, Desenvolvimento Neural e Tratamento

DESENVOLVIMENTO NEURAL, CONSCIÊNCIA E EMDR

Finalmente, chegamos à terapia EMDR, conforme exploramos as implicações das questões acima mencionadas no modelo de processamento adaptativo de informação (PAI) e os princípios de tratamento que dele emergem. Refletindo sobre o material exposto, uma série de perguntas vêm à mente. Como pode uma apreciação dos dados e ideias acima mencionados nos ajudar a entender exatamente como o cérebro e a mente se transformam durante a psicoterapia? Como podemos utilizar esse conhecimento sobre a neurobiologia da consciência e sobre o desenvolvimento humano para melhorar nossas técnicas terapêuticas? Este conhecimento neurobiológico pode ser utilizado como um núcleo central de compreensão, ao invés das inúmeras teorias psicológicas sobre psicoterapia, que muitas vezes são mais divisionistas do que unificadoras?

A resposta a estas perguntas é, felizmente, sim. Como veremos, a compreensão da neurobiologia do 'self' e do amadurecimento e desenvolvimento humanos irá tornar mais claras muitas das questões que têm aborrecido e dividido nosso campo de atuação. A mente inconsciente/implícita é importante? A ênfase no processamento do hemisfério esquerdo, verbal e simbólico, que domina a nossa área de atuação deveria continuar? O campo ou vórtice relacional que envolve terapeutas e pacientes é de fato importante? Transferência e contratransferência são importantes ou apenas artefatos de uma velha teoria?

Exatamente como o cérebro e a mente mudam durante a psicoterapia é o mistério fundamental que a composição neurociência-psicoterapia buscam compreender. Daniel Siegel (1999) observa que, na maior parte dos casos, como clínicos,

mergulhamos nas histórias e lutas das pessoas que vêm a nós procurando ajuda para *superar* velhos padrões mal adaptativos de pensamento, comportamento, emoção e relacionamentos. Como já vimos, tanto os padrões adaptativos e mal adaptativos que nossos pacientes trazem à terapia foram desenvolvidos no contexto de interações relacionais com outras pessoas e seus sistemas nervosos.

Isto é, com poucas exceções, tais como os casos de transtorno de stress pós-traumático tipo I (TEPT), seus problemas são predominantemente de *desenvolvimento*. Consequentemente, o crescimento humano dentro da psicoterapia pode muito bem exigir o envolvimento, a disponibilidade e a mobilização estratégica de um campo desenvolvimental e relacional similares. Assim, esta perspectiva da *neurobiologia interpessoal*, a compreensão de como nossas mentes se desenvolvem e processam informações em relação à mentes dos outros, pode fornecer insights poderosos sobre como a mente funciona e se desenvolve dentro da psicoterapia.

O Modelo PAI

O modelo PAI (Shapiro, 2001) é uma heurística neurobiológica baseada no conceito de redes neurais e indica uma mudança de paradigma da teoria psicológica em direção à neurocientífica. Assim, serve como a fundamentação teórica que explica e prevê os efeitos do tratamento da terapia EMDR (Shapiro, 2001).

O Modelo PAI e Processamento de Informação

O modelo PAI tem como hipótese um sistema de processamento de informação fisiologicamente baseado que assimila novas experiências em redes de memória já existentes. Estas redes de memória são consideradas a base da percepção, atitudes e comportamento. As percepções das situações atuais são automaticamente *vinculadas* com redes de memória associadas. Assim, o PAI vê o processamento de informação como a vinculação

de redes neurais relacionadas com nossa experiência, as quais incluem pensamentos/crenças, imagens, emoções e sensações.

As observações e hipóteses do PAI em relação ao processamento de informação são consistentes com os resultados das pesquisas citados acima sobre vinculação neural e mapeamento. O foco do PAI em *crenças, imagens, sentimentos e sensações* é consistente com as pesquisas, na medida em que tem como alvo os blocos de construção que constituem a consciência. Além disso, os pensamentos e convicções que constituem as crenças negativas e positivas, dois dos pilares do tratamento da terapia EMDR, são os resultados preditivos do processamento de informação. Portanto, quando crenças negativas estão distorcidas ou imprecisas, elas são evidência de processamento de informação *preditivo* defeituoso. Lembre-se de que a previsão, continuamente operativa em níveis conscientes, inconscientes e reflexivos, permeia a maioria, se não todos os níveis de funcionamento do cérebro e é o produto evolutivo predominante de todo o processamento de informação.

Como outras espécies de animais, processamos informações a fim de gerar previsões sobre o ambiente (seguro, perigoso, venenoso ou nutritivo?) e sobre aqueles que nos rodeiam (seguro, confiável, perigoso?). No entanto, nós, humanos, também geramos previsões sobre nós mesmos (bom, mau, capaz, impotente?). Francine Shapiro (2001) observa que quando o processamento de informação e suas resultantes previsões tornam-se prejudicados, as distorções levam consistentemente a crenças preditivas *autolimitantes e/ou autodenegridoras*, geralmente manifestadas como "Eu sou mau", "Eu sou impotente" ou "Eu sou desprezível". Consequentemente, as crenças positivas (previsões adaptativas; "Eu sou OK", "Eu sou competente" ou "Eu sou digno") não estão disponíveis de forma *interligada* e não se crê, portanto, que sejam verdadeiras. Mesmo quando estas crenças positivas estão disponíveis de forma abstrata ou semântica, sua vinculação neural prejudicada as torna isoladas, impedindo-as então de serem verdadeiramente e *coerentemente verossímeis*.

O Modelo PAI e Patologia

O modelo PAI afirma que a patologia ocorre quando eventos traumáticos, estressantes ou confusos interferem com o processamento de informação e com a criação de conexões entre diversas redes neurais. O modelo declara que um incidente particularmente aflitivo pode se tornar armazenado de maneira disfuncional, de forma especificamente relacionada ao estado em que foi vivido, congelado no tempo em sua própria rede neural, incapaz de se conectar com outras redes de memória que armazenam informação adaptativa.

Em outras palavras, a fragmentação dissociativa atribuível aos efeitos da excitação do sistema nervoso autônomo, secundária ao estresse, pode interferir com o PAI e, conseqüentemente, com a sua vinculação associativa da informação[9]. Conseqüentemente, ao tentar acessar novamente as redes neurais relacionadas a uma experiência traumática ou temerosa, uma reativação estado-dependente do mesmo processo fragmentário dissociativo provavelmente interfere mais uma vez com a vinculação adaptativa da informação para o contexto presente, contribuindo assim para a natureza atemporal (ou congelada no tempo) das memórias traumáticas, ao invés de sua integração na experiência presente (por exemplo, "não está mais acontecendo", "está no passado", "acabou").

Como resultado, as experiências não são adequadamente processadas, tornando-se assim suscetíveis a recordação disfuncional em relação ao tempo, lugar e contexto e a serem experimentadas de forma fragmentada. Como resultado, novas informações, experiências positivas e emoções não conseguem se *conectar* funcionalmente com a memória traumática. Este comprometimento conduz a uma continuação dos sintomas traumáticos (ou não-traumáticos) e ao desenvolvimento de novos disparadores. Como exemplo, um veterano de combate com TEPT provavelmente será disparado e ficará com medo de um ataque iminente, como resultado de ver um grupo de helicópteros sobrevoando sua casa. Os helicópteros, suas lembranças do passado e seu estado emocional no momento e durante a guerra

não estão ligados *contextualmente* (Vietnã versus Estados Unidos) ou *temporalmente* (1960 versus atualmente) e, portanto, são experimentados de forma fragmentada, desvinculada e fora de contexto.

As afirmações do PAI em relação a patologia também são consistentes com as pesquisas observadas acima sobre as diversas formas de TEPT ou dissociação estrutural. Estes dados que evidenciam ativação talâmica prejudicada ou conectividade neural talâmica prejudicada, e o resultante prejuízo do acoplamento neural (mapeamento espacial) e integração neural (mapeamento temporal), são consistentes com as observações do PAI de que a vinculação associativa da informação é prejudicada no processamento de informação mal adaptativo, levando assim à fragmentação da informação memorial, cognitiva, afetiva ou somatossensorial.

Lembre-se de que mapas espaciais são mapas neurais de sistemas de informação vinculados (oscilando em suas próprias frequências de assinatura) que devem ser sincronizados/ligados com relação à frequência e temporalmente (em tempo real), criando assim mapas neurais temporais. Portanto, *vinculação neural* é o processo que congrega os vários fragmentos da informação (sensorial, perceptual, emocional, cognitivo, de memória e somatossensorial), ao passo que *integração neural* é o processo que sincroniza as várias oscilações de frequência de assinatura dos diversos fragmentos ligados a uma *ressonância de frequência de rede* que os integra de forma coerente e temporalmente. O fato de uma memória poder ser vivenciada como *congelada no tempo em sua própria rede neural*, e, portanto, ser incapaz de se conectar com outras redes de memória que armazenam informação adaptativa, só pode ser resultado de uma vinculação ou integração prejudicada, não necessariamente de um armazenamento prejudicado.

O Modelo PAI e Tratamento de terapia EMDR

O modelo PAI afirma que a terapia EMDR medeia o acesso à informação armazenada de forma disfuncional, estimulando os mecanismos de processamento neural inerentes por meio dos protocolos e procedimentos padronizados (incluindo a estimulação

sensorial bilateral), facilitando a junção com informações adaptativas contidas em outras redes de memória. Como resultado de um tratamento bem sucedido, é postulado que a memória já não está mais isolada, mas devidamente integrada na rede de memória maior. Consequentemente, o acesso da informação ligada de forma adaptativa é vivenciado como integrado, inteiro e adequado ao contexto atual.

A partir de nossas observações clínicas dos últimos 22 anos, é verdadeiro que o EMDR medeia o acesso à informação *vinculada* (ou ligada) de forma disfuncional, facilitando assim a junção com informações adaptativas contidas em outras redes neurais. Assim, a terapia EMDR parece reconfigurar os mapas de informação neuralmente fragmentados, permitindo-lhes se ligarem e/ou se vincularem de forma adaptativa.

Relacionando PPD/Conexionismo, Integração Temporal e PAI

Os modelos de processamento paralelo e distribuído (PPD) e integração temporal, como um quadro abrangente de processamento de informação, permitem-nos uma outra forma de articular os princípios do PAI, como se segue: em condições ideais, novas experiências tendem a ser assimiladas por um sistema de processamento de informação que facilita a sua vinculação e integração (mapeamento neural) com redes de memória já existentes associadas com experiências categorizadas de forma semelhante. A vinculação destas redes de memória tende a criar uma base de conhecimento *preditivo* que inclui fenômenos como crenças, expectativas e medos. Como observamos no Capítulo 5, quando uma memória é acessada de forma adaptativa, está ligada a sistemas emocionais, cognitivos, somatossensoriais e temporais/de memória que facilitam a sua precisão e adequação em relação ao tempo, lugar e situação contextual.

Eventos traumáticos ou perturbadores podem ser codificados de forma mal adaptativa na memória, resultando em vinculação ou integração inadequada ou prejudicada com redes de memória contendo informações mais adaptativas. Acredita-se que a patologia seja resultado da falta de consolidação e interligação entre os diferentes aspectos da memória, cognição, afeto e experiência somatossensorial.

Como consequência, as experiências permanecem ligadas de forma disfuncional dentro dos sistemas emocional, cognitivo, somatossensorial e temporal/de memória. As memórias, então, tornam-se suscetíveis a recordação disfuncional em relação ao tempo, lugar e contexto e podem ser vivenciadas de forma fragmentada. Assim, novas informações, experiências positivas e afetos não conseguem se conectar de forma funcional com a memória perturbadora. Da mesma forma, as emoções, cognições e sensações somatossensoriais também podem ser vivenciadas de forma fragmentada. Esta deficiência na vinculação ou integração

conduz a uma continuação dos sintomas e ao desenvolvimento de novos disparadores.

Os procedimentos da terapia EMDR facilitam o acesso aos componentes experienciais ligados de forma disfuncional, permitindo que eles sejam interligados e vinculados e, assim, integrados nos sistemas emocional, cognitivo, somatossensorial e temporal apropriados. Isso facilita o processamento eficaz de eventos de vida traumáticos ou perturbadores e das crenças associadas, em direção a uma resolução adaptativa.

O Protocolo de Oito Fases

O tratamento de EMDR, desde o primeiro até o último momento, quer abrangendo de 1 a 3 sessões de 90 minutos ou muitos anos, é organizado por uma estrutura de oito fases. O número de sessões comprometidas com cada fase às vezes varia muito, baseado em necessidades terapêuticas individuais e situações diagnósticas. O leitor é remetido a Shapiro (2001) para mais detalhes e elaborações.

Fase 1, História Clínica

Uma história cuidadosa é tomada em várias dimensões para identificar alvos críticos para processamento. Em relação ao protocolo de três etapas (passado, presente e futuro), uma exploração é realizada para identificar (a) experiências passadas que estão na base da disfunção, (b) situações atuais que agem como disparadores, e (c) modelos futuros que antevêm ansiedade frente a comportamento e funcionamento futuros.

A partir das perspectivas clínica e neural combinadas, nós utilizamos a anamnese para dar e recolher informação essencial. No nível mais básico, nós e nossos pacientes estamos iniciando a descoberta um do outro, de forma lenta e tímida. Além da observação consciente e cognitiva de hemisfério esquerdo com a qual nós e nossos pacientes estamos mais conscientes e confortáveis, o que está ocorrendo também é a percepção e o fluxo de expressão implícitos, não-conscientes, não-verbais, de hemisfério direito para hemisfério direito, que começou na infância

entre nós e nossos cuidadores e que "continua ao longo da vida a ser o principal meio de comunicação afetivo-relacional intuitivamente sentido entre as pessoas" (Orlinsky & Howard, 1986, p. 343).

Com exceção do tratamento de TEPT tipo I e alguns outros poucos cenários de tratamento breve, este campo relacional complexo será o núcleo organizador e a base de todo o tratamento, desde o primeiro contato até a última sessão, quer *percebamos* e cuidemos disso ou não. Se precisarmos tornar o EMDR mais robusto em casos complexos que envolvem estrutura de personalidade, ele é, no entanto, como Mark Dworkin (2005) argumenta, um *imperativo relacional*.

Recorde-se que é o amadurecimento *impulsionado por experiência* do córtex orbitofrontal que é responsável pelo desenvolvimento das disposições de temperamento que fundamentam nossos estilos de personalidade. Nosso *núcleo emocional* biologicamente organizado é tendencioso (ou condicionado) em direção a certas respostas emocionais, que são mediadas pelos modelos neurais (emoções, cognições/crenças e memórias) de nossas experiências de apego iniciais. Assim, experiências interpessoais de vida atual reativam os mapas neurais da infância precoce. Isso ocorre *inconscientemente* e, muitas vezes, independentemente do que está realmente acontecendo, *enviesando* ou *distorcendo*, assim, nossa percepção emocional das interações pessoais.

Portanto, o processamento de estímulos socioafetivos (interpessoais, de apego ou impulsionados pela terapia) é comparado com modelos neurais experienciais impressos na infância precoce, mediando uma *apreciação* inconsciente do significado emocional da situação. Consequentemente, as percepções da informação socioemocional ambiental atual são influenciadas e calculadas em relação aos modelos derivados da infância (modelos de trabalho inconscientes internos) de nossas representações e memórias interativas carregadas afetivamente e pré disposicionais. Voltaremos a isso com mais detalhes mais adiante.

Além do campo relacional que nos envolve, estamos buscando na história pela deficiência no processamento de informação que traz este paciente ao tratamento. Em muitos casos, eventos específicos tornam-se alvos aparentes para processamento futuro. No entanto, em muitos casos, eventos centrais não são aparentes. Muitas neuroses e distúrbios de personalidade se desenvolvem em um *ambiente de disfunção parental* circundante que pode não ter eventos chave agudos ou cruciais. No entanto, os sintomas, as lutas e a dinâmica desses pacientes são sempre impulsionados por processamento de informação preditivo prejudicado, suas crenças negativas. Estas crenças negativas preditivas comprometidas são uma classe de mapas neurais desvinculados que devem ser usados como alvo. Voltaremos a este tema.

Com exceção do TEPT tipo I, uma avaliação do desenvolvimento também é fundamental na medida em que os medos e as crenças (predições) gerados pelo nível de desenvolvimento que o cliente está funcionando refletirão alvos que podem ou não ser explicitamente articulados durante a história ou tratamento. Por exemplo, se um cliente está manifestando organização de personalidade borderline ou TEPT complexo tipo II, as predições podem muito bem se manifestar como temores de aniquilação, de se sentir 'engolido', abandono e/ou perda do amor. Estes receios preditivos são impulsionados pelos modelos/mapas neurais (emoções, cognições/crenças e memórias) de experiências de apego iniciais. E isto pode não ser dito com clareza, se é que será, até meses ou anos após o início do tratamento. A consciência desses temas pelo terapeuta facilitará alvos ou entrelaçamentos sintonizados em relação a seu desenvolvimento e será experimentado pelo cliente como uma atitude empática.

Fase 2, Preparação

Francine Shapiro (2001) observa que a fase de preparação estabelece o enquadre terapêutico e um nível adequado de

expectativa para os nossos clientes. Ostensivamente, a preparação prepara o palco para tudo o que vem a seguir.

Além da explicação sobre o tratamento, a preparação é a construção continuada (iniciada logo após o primeiro contato) do ambiente relacional que irá conter, manter e sustentar os nossos clientes no seu processo. Independentemente das suas necessidades de desenvolvimento, este ambiente deve criar uma atmosfera de ser ouvido, compreendido e protegido. Em alguns casos, tais como TEPT tipo I, a preparação poderá durar não mais do que uma sessão. Em casos complexos, tais como neuroses, transtornos de personalidade ou TEPT complexo (transtornos dissociativos), a preparação estará *sempre presente* à medida que tecemos o processo para trás e para frente entre esta fase e a fase de dessensibilização (fases 3 a 6). Nesses casos complexos, podemos ver isto como uma ciclagem de preparação, dessensibilização e re-preparação. Voltaremos ao tema mais adiante.

TEPT Tipo I

O forte efeito do tratamento de EMDR sobre este tipo de TEPT continua a ser incompreensível, depois de 21 anos de experiência com este transtorno. Na maioria dos casos, uma a três sessões de 90 minutos bastam para remissões completas livres de sintomas. Vemos isso através da prática clínica e por meio de investigações que utilizam medidas psicofisiológicas e de neuroimagem. Mesmo quando o TEPT é crônico há uma década ou mais, os resultados são idênticos. Como exemplo, no trabalho com os engenheiros de estrada de ferro (os condutores dos trens), não é incomum que um engenheiro se apresente para o tratamento de EMDR após uma fatalidade recente. Não é de todo raro, aqui em Nova York, que as pessoas parem na frente de um trem por acidente ou de propósito. A partir de experiências anteriores, ou a partir de histórias contadas por engenheiros mais antigos, há um espectro ansioso na mente de todos os engenheiros ao ligarem seus motores dia após dia. Muitas vezes, suas histórias de trabalho contêm tais incidentes críticos, espalhadas ao longo de 10 a 15 anos. Aprendemos que podemos começar focalizando o primeiro incidente, observar a resposta traumática imediata, e esperar que ela remita em 1 ou 2 sessões de 90 minutos. Muitas vezes, percebemos que o incidente recente também foi totalmente ou em sua maior parte, reprocessado, como resultado do reprocessamento do primeiro incidente, de 10 a 20 anos atrás.

Então, por que razão não vemos isso acontecer com neuroses, transtornos de personalidade ou TEPT complexo? Obviamente, a cronicidade e a passagem do tempo não são obstáculos. Não temos respostas definitivas. No entanto, temos informações suficientes para fazer especulações bem informadas. No TEPT tipo I, não importa quão profundo ou debilitante, estamos tentando reparar um sistema neural que, antes do trauma e do aparecimento do TEPT, funcionava de forma adaptativa. Portanto, a questão-chave aqui é que estamos reparando um sistema cujo funcionamento pré-mórbido estava intacto. Por isso, ele só precisa

ser restabelecido. Nas neuroses, transtornos de personalidade ou TEPT complexo, estamos lidando com situações que são desenvolvimentais em sua origem, ou seja, elas iniciaram e continuaram ao longo do amadurecimento e do desenvolvimento neural do paciente. Consequentemente, precisam ser vistos como *transtornos do 'self'*, exigindo um tratamento abrangente, orientado com relação ao desenvolvimento, e que se esforça para reparar ou construir a estrutura neural (mapeamento) que ou nunca foi desenvolvida, ou, na melhor das hipóteses, foi desenvolvida de forma incompleta. Voltaremos a isto com mais detalhes ao longo deste capítulo.

Tratamento Complexo de Longo Prazo

Como já vimos anteriormente, muitos aspectos da preparação já começaram na fase 1. Além da descrição e explicação do EMDR, esta fase contém processos de contenção e manejo relacional. Em casos de TEPT complexo grave manifestando-se como transtornos dissociativos ou transtornos dissociativos de identidade, o trabalho com estados de ego é necessário para estabilizar e configurar o tratamento para a presença de alters. Para aqueles que veem a multiplicidade do 'self' como uma linha de desenvolvimento universal, a preparação para estados de ego também pode fazer parte da preparação para transtornos neuróticos ou de personalidade. Então, quais são as implicações dos dados anteriores em relação ao amadurecimento humano, desenvolvimento e consciência, sobre esta fase do tratamento EMDR?

Função Implícita Inconsciente

Desde o início dos tempos da psicoterapia, as questões e os discussões sobre a importância da função inconsciente e implícita persistem. Opiniões sobre esta questão têm dividido o nosso campo e têm polarizado as nossas teorias e a forma como levamos a cabo nosso trabalho. Assim, há uma resposta definitiva para esta questão perturbadora? Quer os dados anteriores sejam ou não definitivos, eles certamente parecem ser consistentemente indicativos da

importância da função inconsciente, implícita, dentro e fora da psicoterapia.

Como vimos repetidas vezes, nosso núcleo emocional organizado biologicamente tende em direção a certas respostas emocionais que são, naquele momento, impulsionadas pelos modelos neurais (emoções, cognições/crenças e memórias) de nossas experiências de apego precoces (Bechara et al, 1997). Assim, experiências interpessoais do presente ativam os mapas neurais da infância precoce. Isso ocorre de forma inconsciente e, muitas vezes, independentemente do que está realmente acontecendo, enviesando, assim, nossa percepção emocional das interações pessoais (Hugdahl, 1995).

Lembre-se do Capítulo 6 que a memória emocional e suas emoções resultantes são não-declarativas, pois a memória emocional é derivada de experiência, mas é expressa como uma mudança de comportamento ou estado emocional, e não em forma de lembrança propriamente dita. Consequentemente, nos referimos à memória não-declarativa e sua emoção resultante como *reflexiva* e à memória declarativa e sua lembrança resultante como *refletiva*. Lembre-se também que Squire e Kandel (1999) defenderam,

Em grande parte, em virtude do estado inconsciente destas formas de memória. . . surgem as disposições, hábitos e preferências que são inacessíveis à lembrança consciente, mas que, no entanto, são moldadas por acontecimentos passados, influenciam nosso comportamento e da vida mental, e são uma parte importante de quem somos. (p. 193)

Também aprendemos a partir do trabalho de Rodolfo Llinas (1987, 2001) que o cérebro é predominantemente um sistema fechado cuja organização está orientada principalmente para a geração de representações intrínsecas (geradas internamente). Além disso, como observamos acima, o trabalho de Marcus Raichle (2006, 2009) demonstrou claramente que a maioria esmagadora da energia utilizada pelo cérebro é voltada para a nossa realidade

interna intrínseca, ao passo que apenas uma pequena quantidade é utilizada para lidar com qualquer aspecto da nossa realidade exterior.

Precisamos reavaliar a ênfase que a maioria dos profissionais dentro de nossa área tem colocado no processamento de hemisfério esquerdo, simbólico, verbal. Isso não significa que precisamos descartá-lo, mas, sim, que é preciso equilibrá-lo com uma compreensão e sensibilidade para os aspectos não-verbais, emocionais e inconscientes da percepção e do processamento, que são invariavelmente expressos e experimentados de forma somática.

Lembre-se de que, desde a sua criação no sentido evolutivo, 'mindedness' (conscientização de processos internos, neste caso, emoção) é a interiorização da ação. Portanto, o mundo das *emoções* é em grande parte um mundo de *ações* realizadas em nossos corpos, desde expressões faciais e posturas até alterações viscerais e no ambiente fisiológico interno. *Sentimentos*, por outro lado, são percepções compostas (ou traduções corticais) do que está acontecendo em nosso corpo enquanto estamos no processo de nos emocionar, junto com a percepção de nosso estado mental durante esse mesmo período.

Transferência e Contratransferência

Se aceitarmos o acima exposto, então os fenômenos de transferência e contratransferência não podem ser ignorados. Com toda certeza, nosso entendimento destes fenômenos tem necessariamente de ser atualizado para acomodar a compreensão de que em todas as interações relacionais significativas, incluindo a relação psicoterapêutica, há mais coisas acontecendo e há mais informações a serem utilizadas terapeuticamente, se nos tornarmos especialmente sensíveis ao campo relacional expresso de forma implícita, de forma não-verbal, entre nós e nossos pacientes. Temos visto claramente que o amadurecimento, desenvolvimento e consciência são mediados por uma neurobiologia orientada pelas relações interpessoais. Estes dados convincentes nos ensinam que se quisermos melhorar nosso trabalho com problemas psicológicos

desenvolvimentais, precisamos vê-los como formas de disfunções de apego, quer sejam transtornos neuróticos, de personalidade ou dissociativos. Então, a aplicação desta neurobiologia interpessoal ao tratamento provavelmente exigirá a invocação e catalisação estratégica de um vórtice relacional e de desenvolvimento semelhante.

Implicações Técnicas

O acima exposto reflete vastas implicações teóricas para as nossas teorias sobre a mente e o tratamento. No entanto, o que isso parece na prática? Como isso se integra com a forma como nós já praticamos o EMDR?

George Engel (1988) argumenta,

Envolvimento interpessoal ... repousa sobre necessidades complementares, *especialmente a necessidade de conhecer e compreender e a necessidade de sentir-se conhecido e compreendido* [grifo nosso] A necessidade de conhecer e compreender se origina nas capacidades de regulação e de organização do 'self' de todos os organismos vivos de processar informações a partir de um ambiente em constante mudança, a fim de assegurar crescimento ... autorregulação e sobrevivência. Por sua vez, a necessidade de se sentir conhecido e compreendido se origina ... na necessidade ao longo da vida de sentir-se socialmente conectado com outros seres humanos. (pp. 124-125)

Para a maior parte de nós sabe disso e esforça-se para ser agradável e aceito. Podemos utilizar nossas experiências e imaginação empática para nos conectar com os nossos pacientes. No entanto, nossa compreensão sobre a neurobiologia interpessoal pode nos ajudar a ir mais longe na construção de uma matriz relacional que irá reforçar o crescimento estrutural/neural, tornando

assim a terapia EMDR mais forte nestes tratamentos complexos de longo prazo.

Daniel Siegel (1999) observa que a capacidade de um indivíduo de *refletir* sobre o estado mental de uma outra pessoa pode ser um ingrediente essencial para o envolvimento emocional. Esta "reflexão sobre estados mentais é mais do que uma habilidade conceitual; ela permite que as mentes dos dois indivíduos entrem em uma forma de ressonância em que cada um é capaz de se *sentir sentido* [grifo nosso] pelo outro" (p. 89). Esta forma intensa e íntima de conexão se manifesta predominantemente sob formas não-verbais de comunicação: expressão facial, olhar, prosódia vocal, movimentos corporais e o momento oportuno de respostas ao outro. Siegel afirma que "*sentir-se sentido* [grifo nosso] é a experiência subjetiva de sintonia entre estados mentais" (p. 149).

Identificação Projetiva

Melanie Klein (1946) originalmente descreveu a identificação projetiva como a projeção de partes boas e más do 'self' para um outro importante. Este conceito tem evoluído e recebido maior atenção, dada a nossa recente valorização dos aspectos relacionais da nossa neurobiologia do desenvolvimento. O leitor é remetido a Bohmer (2010) para uma análise aprofundada da evolução e aplicação deste processo.

A identificação projetiva, por meio da lente de recentes achados neurobiológicos, é atualmente vista como o veículo para que a mãe e o bebê se ajustem às comunicações um do outro em um processo de influência recíproca mútua. É, portanto, o meio de conexão psicobiológica e o veículo de comunicação de estados simbióticos que fundamentam o amadurecimento e desenvolvimento, que são mediados pela matriz relacional bebê-cuidador (Schore, 2003b). É também o veículo que nossos pacientes irão utilizar para comunicar as suas emoções não-verbais, manifestadas de forma somatossensorial. Compete-nos, portanto, nos tornar fluentes neste idioma somático não-verbal.

Identificação Projetiva

Melanie Klein (1946) originalmente descreveu a identificação projetiva como a projeção de partes boas e más do 'self' para um outro importante. Este conceito tem evoluído e recebido maior atenção, dada a nossa recente valorização dos aspectos relacionais da nossa neurobiologia do desenvolvimento. O leitor é remetido a Bohmer (2010) para uma análise aprofundada da evolução e aplicação deste processo.

A identificação projetiva, por meio da lente de recentes achados neurobiológicos, é atualmente vista como o veículo para que a mãe e o bebê se ajustem às comunicações um do outro em um processo de influência recíproca mútua. É, portanto, o meio de conexão psicobiológica e o veículo de comunicação de estados simbióticos que fundamentam o amadurecimento e desenvolvimento, que são mediados pela matriz relacional bebê-cuidador (Schore, 2003b). É também o veículo que nossos pacientes irão utilizar para comunicar as suas emoções não-verbais, manifestadas de forma somatossensorial. Compete-nos, portanto, nos tornar fluentes neste idioma somático não-verbal.

Dissecando a Identificação Projetiva

A fim de compreender a identificação projetiva, podemos desmembrar o conceito em diversos passos. Um resumo destes diferentes passos é o seguinte:

1. Emoções e sentimentos incontroláveis são experimentados por nosso paciente. Estes são projetados em nós. O objetivo deste processo é projetar esses sentimentos insuportáveis, por exemplo, sentimentos de inutilidade ou ansiedade severa, em nós (ou originalmente no cuidador) para torná-los suportáveis ou controláveis. Além disso, o objetivo e a esperança é que possamos conhecer e sentir essas emoções. Essas projeções são vivenciadas por nós de forma somatossensorial ou afetiva.
2. Há uma pressão inconsciente para que possamos experimentar e absorver esses sentimentos ou sensações e para pensarmos e agirmos de acordo com a projeção.

3. Se a identificação projetiva for bem sucedida, uma ressonância afetiva é criada em nós. Nosso cliente se sente sentido por nós. Uma verdadeira ponte afetiva e empática é criada.
4. Neste processo, se reconhecemos a natureza dessas sensações e emoções e as aceitamos e as observamos, funcionamos como um container. Isso é então reintrojetado pelo nosso cliente e atua como um processo de regulação de afeto, da maneira exata como na matriz adaptativamente simbiótica da criança e do cuidador (Bohmer, 2010; Ogden, 1982).

Do Modelo à Implementação

Vamos retomar nossas questões: como isso se parece na prática? Como isso se integra com a maneira com que já praticamos a terapia EMDR?

Gabriella – Início

Eu estava começando a fase preparatória com Gabriella, uma jovem mulher com uma história de abuso na infância. Seu tratamento anterior consistiu em um trabalho com estado de ego (sem EMDR), e ela estava no processo de me informar sobre isso. Tendo em conta que eu pretendia integrar o seu tratamento de EMDR com trabalho de estados de ego, estava ansioso para saber como tinham sido suas experiências. Enquanto falava, tornava-se cada vez mais ansiosa. Depois de um tempo, eu me tornei cada vez mais dominado pela fadiga e sonolência. Parecia que meu sistema nervoso estava tentando se desligar. Felizmente, em minha formação analítica de décadas atrás, meus supervisores sublinhavam a importância da identificação projetiva, particularmente o seu uso em forma de contenção e *compreensão sentida*. Assim que eu percebi estar provavelmente experimentando a sua sensação de estar sobrecarregada e precisando se desligar, para pisar nos freios de seu medo, o meu nível de energia começou a voltar. Essa percepção havia, de fato, processado e *contido* o

medo e a necessidade de desligar. Eu ainda estava ciente disso, e na continência, por assim dizer, mas não mais impregnado por isso. Eu continuei a observar e ouvir enquanto ela falava ansiosamente. Não é de se surpreender, no entanto, que depois de mais 15 minutos, seu nível de ansiedade diminuiu sensivelmente.

O que foi negociado entre nós foi muito semelhante à neurobiologia interpessoal que ocorre na matriz bebê-cuidador. Foi completamente não-verbal e não simbólico, mas sim, somatossensorial e relacional. Foi um pedido de ajuda, de calma e de regulação, comunicado na língua prosódica e somatossensorial prototípica original do córtex orbitofrontal de hemisfério direito dela para o meu e vice-versa. O que era tóxico nela, sua sensação de estar sobrecarregada, foi projetado para dentro de mim para que eu pudesse sentir, conter e desintoxicar. Em algum ponto, cerca de 15 minutos após o meu nível de energia ter retornado, fato *sentido* por ela, ela ficou mais calma.

Em uma sessão subsequente, no meio da exploração dos estados de ego, Gabriella relacionou inúmeras experiências de ter estado tão assustada em sua infância que ela não conseguia se mover. Como ela foi se tornando cada vez mais agitada, eu disse algo no sentido de que "parece que o seu medo ficava tão grande que tudo o que você queria era apenas se fechar em um silencioso vazio". Ela olhou para mim, surpresa! Notei uma sensação incomum de calma em mim. Ela apenas olhou para mim em *silêncio* por um longo momento e então lembrou-se espontaneamente de um de seus professores gentis. Sua agitação havia diminuído. Aqui, a oportunidade se apresentou para retornar a sua projeção de uma forma verbal não-tóxica. Em ambos os exemplos, ela pôde experimentar sentir-se sentida, o que permitiu que ela se sentisse compreendida, segura e calma.

Donald Winnicott (1956), ao explorar esse senso de receptividade terapêutica como uma manifestação da díade prototípica original mãe-bebê, observa,

Não acredito que seja possível compreender o funcionamento da mãe no início da vida do bebê sem ver que ela deve ser capaz de atingir este estado de

receptividade aumentada. ... Somente se a mãe estiver sensibilizada desta forma que estou descrevendo, ela pode *sentir a si mesma* [grifo nosso] no lugar do bebê, e assim atender às necessidades dele. (p. 302)

Este é apenas um exemplo. Em outros casos, se notarmos e prestarmos atenção, vamos perceber que estamos nos sentindo inquietos, abandonados ou incapazes de prestar atenção ou de nos concentrar. Em outras ocasiões, se prestarmos atenção contínua a nosso *escaneamento corporal*, outras sensações somáticas menos claras podem se manifestar, inicialmente sem sentido aparente. Não haverá perturbação aparente visível em nossos pacientes. Podemos notar um suspiro sutil de ar ou uma mudança em nossa respiração. No entanto, se apenas *observarmos e continuarmos observando*, o material de nossos pacientes ou as interações atuais conosco irão permitir que nosso orbitofrontal os interprete.

Não precisamos processar isso com o hemisfério esquerdo, de forma descendente ('top-down') neurologicamente falando, para compreender cognitivamente. Precisamos fazer o que pedimos aos nossos pacientes no EMDR, apenas observar e deixar o significado aparecer de forma ascendente ('bottom-up'), não-cognitiva. Mesmo quando nenhum significado se torna aparente, conscientemente, nossa observação e sensação serão percebidos por nossos pacientes.

Daniel Siegel (1999) observa que "a nossa consciência de mudanças no estado corporal - tais como tensão em nossos músculos, mudanças em nossas expressões faciais, ou sinais do nosso coração ou intestinos - nos permite saber como nos sentimos, *embora o feedback corporal ocorra mesmo sem consciência* [grifo nosso]" (p. 143). Ele observa ainda que "a reflexão sobre sensações internas pode ser a ajuda essencial para saber como outra pessoa pode estar se sentindo" (p. 272).

Neurônios Espelho

Então, como é que esses estados mentais podem ser projetados e introjetados? A neurociência aparece para apontar os

neurônios espelho como os possíveis mediadores dessa sincronização neural empática.

Os neurônios-espelho são uma classe especial de células cerebrais que disparam não somente quando um indivíduo executa uma ação, mas também quando o indivíduo observa outra pessoa executar a mesma ação. Assim, estes neurônios espelham o estado interno do outro, como se o observador estivesse realizando a mesma ação. Tais neurônios foram diretamente observados em primatas e outras espécies, incluindo aves. O leitor deve consultar Rizzolatti e Craighero (2004) para análise e discussão.

Antes da descoberta dos neurônios espelho, os cientistas geralmente acreditavam que o nosso cérebro usa processos de pensamento lógico para interpretar e prever as ações de outras pessoas. Agora, no entanto, muitos passaram a acreditar que compreendemos os outros não pelo pensamento, mas por meio do sentimento. Os neurônios espelho parecem deixar-nos "simular" não apenas as ações das outras pessoas, mas as intenções e emoções por trás dessas ações. Portanto, pode muito bem ser que nada esteja sendo projetado ou introjetado. Richard Chefetz argumenta,

Considere as mudanças na experiência de seu corpo como uma indicação de que algo em seus pensamentos e sentimentos mudou em resposta a algo acontecendo em seu paciente Tenha o cuidado de se lembrar que nada foi colocado em você, mas já estava lá. (Chefetz & Bromberg, 2004, p. 429)

Nos seres humanos, atividade cerebral compatível com a de neurônios espelho tem sido encontrada no córtex pré-motor, na área motora suplementar, no córtex somatossensorial primário e no córtex parietal inferior (Rizzolatti & Craighero, 2004). Estas são precisamente as regiões neurais que medeiam estados *sentidos*[\[10\]](#) *emocionais internos*. O neurocientista e pesquisador Vilayanur Ramachandran (2000) argumenta que com o conhecimento desses neurônios, podemos ter a base para a compreensão de uma série de aspectos muito enigmáticos da mente humana: "leitura da

mente", empatia, aprendizado por imitação e até mesmo a evolução da linguagem. Ele observa, ainda, que a qualquer momento que vemos alguém fazendo alguma coisa (ou mesmo começando a fazer alguma coisa), o neurônio espelho correspondente pode disparar em nosso cérebro, permitindo-nos então ler e compreender as intenções dos outros e, assim, desenvolver uma teoria sofisticada da mente dos outros.

Aparentemente, então, estamos utilizando um scanner corporal operando como pano de fundo em nós mesmos, fazendo uso dele como o órgão receptivo (aparentemente dirigido por neurônios espelho) da linguagem do hemisfério direito. Esta ressonância de estados mentais permite a criação de um sistema diádico correlogador, no qual o estado psicobiológico do paciente é sentido pelo terapeuta e o estado psicobiológico resultante do terapeuta é então sentido pelo paciente (Siegel, 1999). Assim, uma matriz que medeia atenção orientadora, significado sentido e ativação ideal torna-se a fundação, o ambiente que sustenta e o container para a terapia EMDR, tornando-a mais sólida em relação à correlogação e ao crescimento neural.

Fase 3, Avaliação

Com respeito ao que estabelecemos em relação ao processamento da informação, a fase de avaliação funciona como uma tentativa de reunir os sistemas neurais que estão de alguma forma desconectados. Portanto, se estamos usando como alvo um evento chave, estamos reunindo materiais sensoriais tais como memórias pictóricas, que são evocadas quando o evento é recordado. Devemos também avaliar se memória auditiva, olfativa (cheiro), gustativa (sabor) ou qualquer memória tátil é evocada. Avaliamos crenças negativas, as crenças preditivas que são evocadas pela memória do evento, por distorções. Nós procuramos pelas crenças positivas - como crenças adaptativas preditivas desconectadas - e medimos sua credibilidade; então, examinamos a emoção que é gerada (raiva, tristeza) e medimos com as unidades subjetivas de perturbação e procuramos por sua localização no

corpo (a emoção verdadeira). Assim, estamos recolhendo material dos sistemas de memória, cognitivo, afetivo e somatossensorial, a fim de submeter esses sistemas à estimulação sensorial e processamento (vinculação e integração adaptativa) do EMDR.

Dissociação e Estados do 'Self'

Como observamos no Capítulo 7, o conceito de multiplicidade do 'self' tem polarizado os profissionais de nossa área em relação a entendê-lo como normativo ou patológico. Daniel Siegel (1999) argumenta que pesquisas sobre o desenvolvimento da criança estão cada vez mais sugerindo que a "ideia de um 'self' unitário e contínuo é na verdade uma *ilusão* [grifo nosso] que nossa mente tenta criar" (p. 229). Por isso, ainda estamos sem rumo certo quanto a decidir onde e quando procurar por manifestação de estados de ego.

Aqueles que acreditam que os estados de ego são apenas manifestações de patologia irão explorar este reino somente em transtornos dissociativos. Aqueles que acreditam que estados de ego são onipresentes e normativos, variando em um espectro de adaptativo a mal adaptativo, irão utilizar sua exploração como parte normal da preparação do EMDR. A consequência desta abordagem é que a fase de avaliação deve ser específica para estados de ego. Ou seja, que os elementos avaliados na fase 3 deverão ser direcionados para um estado de ego específico. Esta alteração na técnica é semelhante ao protocolo de eventos traumáticos recentes, no qual a técnica básica de EMDR é adaptada para acomodar uma fragmentação intrínseca da memória. Aqui a fragmentação intrínseca do 'self' é que é acomodada.

Fase 4, Dessensibilização

Nesta fase, a estimulação sensorial do EMDR, na forma visual, auditiva ou tátil, é utilizada juntamente com vários elementos procedimentais para dessensibilizar a perturbação dos elementos cognitivos, afetivos, de memória e somatossensoriais da questão que está sendo usada como alvo. O leitor é remetido a Shapiro (2001) para mais detalhes e elaboração.

Mudança de Estado Versus Mudança de Traço

Lembre-se de que durante o amadurecimento e o desenvolvimento, os *estados* emocionais que são continuamente mantidos eventualmente se tornam *traços* caracterológicos, constituindo a base do funcionamento intrapsíquico e interpessoal. Portanto, estados calmos e continuamente regulados eventualmente tornam-se traços de autorregulação. Por outro lado, estados traumáticos e cronicamente desregulados, se mantidos e não regulados novamente, eventualmente tornam-se traços de desregulação.

Em EMDR, tentamos facilitar a mudança de estado apenas o suficiente para eventualmente facilitar uma mudança de traço consistente. No TEPT tipo I a estimulação sensorial, principalmente, junto com as etapas procedimentais, combinadas com nossa calma e conduta compreensiva, parecem ser suficientes como a mudança de estado necessária que rapidamente acarreta a remissão dos sintomas e a mudança de traço desejados.

Transtornos Neuróticos, de Personalidade e Dissociativos

Lembre-se de que nas neuroses, transtornos de personalidade ou TEPT complexo, estamos lidando com situações que são de origem desenvolvimental, ou seja, eles começaram e continuaram durante todo amadurecimento e desenvolvimento neural do paciente. Consequentemente, eles precisam ser vistos como distúrbios do 'self', exigindo um tratamento orientado para o desenvolvimento e que se esforça para reparar ou construir estruturas neurais (mapeamento) que nunca se desenvolveram, ou que, na melhor das hipóteses, foram desenvolvidas de maneira incompleta.

Os elementos relacionais que foram explorados em relação à fase de preparação são igualmente, se não mais, importantes aqui. Nossa capacidade de perceber nosso próprio escaneamento corporal e confiar nele para ser o instrumento receptivo de comunicação inconsciente de nossos pacientes, nos manterá em

uma empatia sentida ('felt empathy') com o sistema nervoso e o 'self' (ou 'selfs') deles. Esta ressonância de estados mentais vai continuar mantendo um sistema diádico corregulador. Aparentemente, esta matriz relacional sentida ('felt relational matrix') funciona como uma mudança de *estado adaptativa em termos de desenvolvimento* do indivíduo que irá, de modo mais intenso, em combinação com a focalização de EMDR (fases de processamento 3 a 6), facilitar as mudanças de traço que se derivam no processo de desenvolvimento. Então, como isso se parece durante a dessensibilização do EMDR?

Gabriella – Revisitando

No meio de uma sessão, na qual Gabriella e um jovem estado de ego processavam uma crença a respeito de um auto defeito ("há algo muito errado comigo"), ela ficou extremamente aborrecida, tremendo e chorando inconsolavelmente. As tentativas de diálogo interno e de se autoacalmar eram apenas minimamente eficazes. Ela chorava, tremia e me olhava suplicante. Notei um desconforto em mim, inicialmente fraco, mas que aumentava gradualmente. Me senti desconfortável em minha própria pele. Era difícil pensar e ficar parado. Apenas continuei observando, suspeitando que estivesse ressoando algum aspecto de sua experiência interior. De repente suspirei e verifiquei que a minha respiração se aprofundava à medida que eu exalava, e depois de um minuto ou mais, percebi que a respiração anteriormente superficial dela também se aprofundava um pouco. Ela continuou chorando, mas o tremor foi gradualmente diminuindo. Não surpreendentemente, a sensação em mim também foi diminuindo. Estava me perguntando se deveria tentar verbalizar, de alguma forma, o que acabara de acontecer. Ainda chorando, ela retomou espontaneamente o processamento. E isso respondeu à minha pergunta. O que aconteceu deveria permanecer sentido entre nós, mas não dito, por enquanto.

Espelhamento Relacional

Mais uma vez, o que estava sendo esmagador e tóxico para Gabriella foi transmitido a mim, a fim de que eu soubesse, sentisse, desse contenção e desintoxicasse. O meu perceber e a consequente contenção desta experiência foram provavelmente espelhados nela, acalmando-a de certa forma, e regulando-a novamente. Lewis Aron (1998) observa que, gradualmente, paciente e o terapeuta "mutuamente regulam os comportamentos, atuações e estados de consciência uns dos outros de tal forma que cada um se sente na pele do outro, cada um entra na víscera do outro, cada um é respirado e absorvido pelo outro" (p. 26). Da mesma forma, Sands (1997) dispõe que nossos pacientes são motivados a comunicar essas experiências desarticuladas para nós por meio da identificação projetiva, a fim de "ter sua comunicação visceralmente recebida, contida, 'vivida', simbolizada, e devolvida de tal forma que se conhece o paciente de 'dentro para fora' "(p. 26)

Agora é a neurociência, além da teoria psicanalítica, que tem nos impressionando para não ignorarmos o fato de que o reconhecimento do afeto inicialmente ocorre em um nível físico, onde sentimos por meio de reações no nosso corpo um tanto do que a outra pessoa sente, e transmitimos este reconhecimento por meio das nossas respostas corporais, como um suspiro súbito ou uma mudança em nossa respiração, postura ou expressão facial. Em suma, a neurociência está nos dizendo para orientarmos nossos pacientes a estarem mais conscientes do que está acontecendo em seus corpos, ou seja, perceber suas emoções expressas no corpo, tanto quanto, se não mais, do que os seus sentimentos. Ela está nos dizendo para fazer o mesmo. Phillip Bromberg (1998c) postula incisivamente que "a experiência dissociada, portanto, tende a permanecer não-simbolizada pelo pensamento e linguagem, existe como uma realidade separada sem autoexpressão, e é extirpada do ... o resto da personalidade "(pág. 133).

Ressonância Relacional

Daniel Siegel (1999), em uma síntese lúcida e atraente sobre experiência subjetiva, neurociência e o contexto interpessoal do desenvolvimento do 'self', argumenta que padrões disfuncionais

enraizados de organização de 'self' exigem um relacionamento interpessoal na psicoterapia, onde,

Terapeuta e paciente entram em estados mentais ressonantes, que permitem a criação de um sistema diádico corregulador.... Desta forma, há uma ressonância direta entre o estado emocional, psicobiológico primário do paciente e do terapeuta. Estas expressões não-verbais são mediadas pelo hemisfério direito de uma pessoa e percebidas pelo hemisfério direito da outra. (p.298)

Dito de outra forma, essa díade correguladora, criada por essa ressonância mútua, pode provavelmente ser a replicação mais aproximada da díade original. Então, podemos estar criando a melhor cópia do estado original de estruturação neural, que então fundamenta e revigora o EMDR.

Em ambos os casos, a lição que fica para nós é a de que se não encontrarmos uma forma de trabalhar com essas transferências e contratransferências baseadas no corpo, este material nunca entrará no tratamento de EMDR e continuará a afundá-lo e a reduzir sua força.

Fase 5, Instalação

Na fase 5, a crença positiva é reafirmada ou refinada e submetida à estimulação sensorial do EMDR para seu fortalecimento até que a validade da crença (VoC) alcance o número ideal 7. Remetemos o leitor a Shapiro (2001) para maiores detalhes e elaboração. O precedente – a ressonância relacional-, manifesta-se e também se aplica durante a instalação. De forma geral, no entanto, se é abordada na preparação e dessensibilização, as chances são de que no momento em que chegar a instalação, pouco, ou nada em relação a ela deve ocorrer.

Fase 6, Escaneamento Corporal

Após a crença positiva ter sido totalmente instalada, o cliente é convidado a manter em mente tanto o alvo quanto a crença positiva e escanear seu corpo de alto a baixo. Quaisquer sensações desconfortáveis residuais são então alvo de estimulação sensorial até que sejam limpas. O leitor é remetido a Shapiro (2001) para mais detalhes e elaboração.

É aqui que nós utilizamos o órgão de expressão emocional para garantir que nosso trabalho está completo. Refletir sobre o exposto também nos informa de que nós poderíamos fazer mais disto durante as outras fases também. Aparentemente, mesmo que o processamento pareça estar progredindo bem, de vez em quando perguntar "o *que* você percebe em seu corpo" ou "*onde* você percebe *isso* em seu corpo" irá certamente aumentar o processamento, sem atrapalhar. Além disso, durante o escaneamento corporal, nós terapeutas devemos nos fazer a mesma pergunta e, em seguida, perceber e sentir.

Fase 7, Fechamento e Fase 8, Reavaliação

Se o anterior ocorre nessas fases, é tratado exatamente da maneira como descrito acima. A peça importante para se ter em mente, para nós, é ver, ouvir, e mais importante, *perceber, sentir e perceber um pouco mais*.

SINTOMAS SOMATOFORMES VERSUS SINTOMAS SEM EXPLICAÇÃO MÉDICA

Como foi observado acima, dada a variedade de manifestações de sintomas somáticos e doenças médicas que muitos de nossos pacientes apresentam, é fundamental que entendamos e sejamos capazes de diferenciar sintomas somáticos ou somatoformes de doenças imunoinflamatórias, que são agora chamadas de *sintomas sem explicação médica* (SSEM). Este grupo de doenças inclui a fibromialgia, artrite reumatoide, distrofia simpático-reflexa, tiroidite de Hashimoto, doença de Graves, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome de Sjögren, doença de Crohn, diabetes tipo 1, esclerose múltipla e síndrome da fadiga crônica.

A maior importância de se ter uma compreensão dessas doenças e saber diferenciá-las de outros sintomas somatoformes diz respeito às implicações do tratamento. Sintomas somáticos, muitas vezes conceituados como manifestações de trauma no corpo, são frequentemente usados como alvo e tratados com EMDR de forma eficaz, como parte de um tratamento abrangente e realizado em fases. No entanto, pacientes com dificuldades psicológicas (quer sejam ou não relacionadas a trauma) e que apresentam SSEM devem ser também encaminhados para tratamento com endocrinologistas, oncologistas ou imunologistas, a fim de tentar retomar a regulação da função hiperimune nesses pacientes, que é aparentemente a causa de suas doenças.

Sintomas Sem Explicação Médica e Tratamento Médico

Inicialmente são tratados somente os sintomas da Tireoidite de Hashimoto e da doença de Graves. A tireoidite de Hashimoto é tratada como *hipotireoidismo* com hormônio da tireoide. A doença de Graves é tratada como *hipertireoidismo* com medicamentos antitireoidianos ou iodo radioativo.

As outras doenças são geralmente tratadas com medicamentos que inibem a função imunológica. Uma linha de tratamento é o uso de hidrocortisona, como um método de supressão do sistema imunitário, uma vez que elevações de cortisol reduzem função imunológica.

Outra linha de tratamento é a utilização de vários interferons, interleucinas e fatores de necrose tumoral antiinflamatórios. Estas citocinas clonadas tentam imitar nossas próprias citocinas antiinflamatórias, que são mediadoras da supressão da função imune.

Uma terceira linha de tratamento é a utilização de anticorpos antiinflamatórios, tais como imunoglobulina intravenosa. Recentemente, uma nova linha de medicamentos chamados de anticorpos monoclonais antiinflamatórios têm sido desenvolvidos por meio de clonagem e têm mostrado resultados promissores.

No geral, os resultados destes tratamentos têm sido mistos. Nenhum motivo aparente foi encontrado que explique porque alguns pacientes respondem bem, moderadamente ou não respondem. No entanto, se refletirmos sobre os dados que foram apresentados no Capítulo 8, uma série de possibilidades especulativas se tornam aparentes.

Recorde-se que a hipocortisolemia pode ser causada por programação glicocorticoide (cortisol) *dentro do útero*. Porque nem todas as crianças nascidas de mães com TEPT necessariamente desenvolvem TEPT, esta descoberta ressalta o fato de que a hipocortisolemia também pode se manifestar em uma população sem TEPT. Por conseguinte, é possível que os pacientes que respondem bem aos tratamentos assinalados acima podem manifestar hipocortisolemia mas não TEPT. Esta é certamente uma linha de raciocínio importante a ser investigada. No entanto, os dados salientam que se os pacientes com SSEM manifestam uma história de trauma, o TEPT deve ser tratado, na medida em que, aparentemente, é responsável pela hipocortisolemia.

Sintomas Sem Explicação Médica e Tratamento por EMDR

Além do tratamento dos traumas subjacentes, uma série de outras questões devem ser mantidas em mente. Às vezes, precisa-se lidar inicialmente com o estresse e desconforto extremos causados pelo tratamento médico dessas doenças.

O tratamento em si pode ser perturbador. Em alguns casos, estes tratamentos médicos tornam-se traumáticos, quando o tratamento errado é aplicado.

Lembre-se de que, quem pesquisar os dados sobre SSEM ou TEPT em relação ao que foi dito anteriormente, sem a capacidade de discernir quanto às metodologias adequadas, provavelmente encontrará estudos que apontam para hipocortisolemia ou hipercortisolemia, bem como estudos que indicam que o cortisol não tem qualquer influência. Infelizmente, endocrinologistas, oncologistas ou imunologistas nem sempre são

capazes de discernir falhas metodológicas empíricas em estudos publicados. Lamentavelmente, muitos assumem que os artigos científicos são sempre devidamente rastreados quanto a falhas metodológicas. Como resultado, não é raro que os pacientes com SSEM sejam inadequadamente tratados com imunoglobulinas ou citocinas *inflamatórias*, caso os médicos estejam sendo informados por dados que afirmam que os SSEM são movidos por hipercortisolemia. Novamente, isto não é comum, mas também não é raro.

Conclusões

Refletindo sobre o acima exposto, uma série de questões tornam-se claras. O processamento adaptativo de informação (PAI) é um modelo completo, que reflete os principais aspectos do mapeamento neural e do processamento de informação. Ele é configurado para atingir memória, crença preditiva, e a natureza afetiva dos sentimentos e emoções. A seu favor, ele também diferencia implicitamente entre *emoções*, que são expressas somaticamente e *sentimentos*, as traduções das emoções expressas por meio do córtex. A única ligeira correção necessária ao PAI é a reconceituação de armazenamento de memória deficiente para ligação e/ou integração de memória deficiente.

Os dados sobre amadurecimento, desenvolvimento e apego sugerem fortemente que não ignoremos os fenômenos inconscientes, implícitos e relacionais, áreas de foco que tradicionalmente têm sido relegadas ao tratamento psicodinâmico. Robert Shaw (2004) argumenta que nossa área tem analisado o papel do corpo na psicoterapia, mas o foco tem sido quase que exclusivamente na experiência corporal do paciente. Como resultado, o "corpo do terapeuta é praticamente inexistente, como se houvesse apenas um corpo na sala de consulta" (p. 272). As duas vinhetas do tratamento de Gabriella são exemplos dramáticos do poder do campo relacional operando a um nível não-verbal, *corporificado* e acessado por meio do rastreo corporal contínuo do terapeuta.

Tradicionalmente, diante da ausência anterior de dados neurobiológicos, nossas escolhas de paradigmas da prática clínica têm sido baseadas por nossas opiniões e pelas opiniões de nossos professores. No entanto, a nossa descoberta e acolhimento da terapia EMDR nos ensinou a pensar de forma diferente e continuar a *observar* ao invés de seguir opiniões dominantes. Vamos continuar a aprender com essa experiência e permitir que estes novos dados nos levem além dos debates entre as várias escolas concorrentes de pensamento psicológico.