



Universidades Lusíada

Marques, Inês Afonso

EMDR com crianças : o estado da arte

<http://hdl.handle.net/11067/3547>

<https://doi.org/10.34628/b9ee-0k82>

Metadados

Data de Publicação	2015
Resumo	A investigação em psicoterapia com crianças e adolescentes é pouco expressiva na literatura científica, quando comparada com estudos com a população adulta. O EMDR (Eye Movement Dessensitization and Reprocessing) é uma abordagem terapêutica recente e, também neste caso, a literatura existente referente a investigação sobre eficácia com a população infanto-juvenil é manifestamente inferior à existente sobre eficácia na população adulta. Este artigo visa apresentar o estado da arte no que respei...
Palavras Chave	EMDR (Psicoterapia)
Tipo	article
Revisão de Pares	Não
Coleções	[ULL-IPCE] RPCA, v. 06, n. 1 (Janeiro-Junho 2015)

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:21:23Z com informação proveniente do Repositório

**EMDR COM CRIANÇAS:
O ESTADO DA ARTE**

**EMDR WITH CHILDRENS:
STATE OF THE ART**

Inês Afonso Marques

Oficina de Psicologia

Contacto para correspondência:
ines.afonso.marques@oficinadepsicologia.com

Resumo: A investigação em psicoterapia com crianças e adolescentes é pouco expressiva na literatura científica, quando comparada com estudos com a população adulta.

O EMDR (*Eye Movement Dessensitization and Reprocessing*) é uma abordagem terapêutica recente e, também neste caso, a literatura existente referente a investigação sobre eficácia com a população infanto-juvenil é manifestamente inferior à existente sobre eficácia na população adulta.

Este artigo visa apresentar o estado da arte no que respeita ao EMDR, enquanto recurso psicoterapêutico na infância, reflectindo sobre a sua aplicabilidade, eficácia e possíveis limitações.

Palavras-Chave: EMDR, Trauma, Infância, Psicoterapia, Eficácia

Abstract: Research on psychotherapy with children is generally underrepresented in the empirical literature when compared with adults' literature.

EMDR (*Eye Movement Dessensitization and Reprocessing*) is a recent therapeutic approach. As with all other approaches to psychotherapy, the literature about the efficacy of EMDR with children and adolescents is scarce, when compared with reported studies about its efficacy with adults.

This article aims to analyze the state of the art about EMDR as a psychotherapeutic resource on infancy. It also intends to be a reflection about its applicability, efficacy and possible limitations.

Key-words: EMDR, Trauma, Childhood, Family, Efficacy

Introdução

O EMDR (*Eye Movement Dessensitization and Reprocessing*) nasce de uma descoberta ocasional. Francine Shapiro (2001) relata que, numa caminhada, num dia de Primavera, no final dos anos 90, se deu conta que alguns dos pensamentos perturbadores que a incomodavam no momento, desapareceram subitamente. Reparou também que, quando essas recordações lhe surgiam, já não eram tão perturbadoras e a sua validade parecia ter desaparecido. Shapiro percebeu que todas essas mudanças ocorriam sem nenhum esforço consciente para tal e apercebeu-se da associação entre a perda de força dos pensamentos perturbadores e os seus movimentos oculares.

O primeiro estudo controlado sobre EMDR (Shapiro, 1989) reportava à redução sintomatológica da Perturbação Pós-Stress Traumático.

Actualmente, o EMDR constitui uma opção preferencial de intervenção em Perturbação Pós-Stress Traumático, de acordo com *guidelines* internacionais como, por exemplo, no caso do *National Health Service*, do Reino Unido.

O modelo AIP e o protocolo EMDR

Um modelo teórico compreensivo da psicopatologia com crianças carece de um racional acerca do desenvolvimento humano, bem como de uma explicação sobre como ocorre a psicopatologia (Adler-Tapia & Settle, 2009).

Shapiro (2001) desenvolveu o modelo AIP (*Adaptive Information Processing*) para explicar os mecanismos, através dos quais o EMDR leva o paciente a mover-se da perturbação para uma resolução adaptativa do “trauma”. O EMDR constitui, assim, uma metodologia de tratamento compreensiva, sendo o AIP a sua base de abordagem teórica à psicoterapia.

O modelo AIP (Shapiro, 2007) postula que a informação deve ser acedida, estimulada e sujeita a um processo resolutivo adaptativo. As pessoas possuem um sistema neurofisiológico que permite que nova informação seja absorvida e integrada de forma adaptativa. Este modelo assume que a informação relativa a acontecimentos traumáticos “fica bloqueada” no cérebro, sendo armazenada em fragmentos emocionais, sensoriais e visuais de forma não processada e desintegrada, o que está na origem de uma adaptação e integração de novas experiências desadequadas.

Pelos pressupostos descritos, o cliente deve ser capaz de aceder a comunicar sobre os acontecimentos traumáticos, o que pode constituir um grande desafio, quando o cliente é uma criança, considerando o seu nível de desenvolvimento, com uma literacia emocional ainda limitada. Por esse motivo, um ponto prévio quando se recorre ao EMDR com crianças é a avaliação do seu nível de desenvolvimento cognitivo e emocional (Adler-Tapia & Settle, 2009), com vista à realização de ajustamentos no protocolo de base.

O protocolo EMDR é composto por oito fases: recolha de dados/anamnese, preparação, avaliação, reprocessamento/dessensibilização, instalação, *bodyscan*, fecho e reavaliação. Durante algumas das fases realiza-se a estimulação bilateral, podendo a mesma ser ocular, táctil e/ou auditiva, como forma pressuposta de estimular a comunicação inter-hemisférica. Todas as fases são usadas no protocolo de intervenção com crianças, sendo ajustadas, de acordo com as idiosincrasias do paciente. As crianças, com frequência, armazenam memórias no formato sensorial/motor, podendo não conseguir construir uma narrativa verbal do seu sofrimento. Também por esse motivo, a integração da ludoterapia com o EMDR, com criatividade e ponderação, surge como uma mais-valia. (McGuiness, 2001).

Trauma e desenvolvimento cerebral

O cérebro inicia o seu desenvolvimento muito antes do nascimento, por volta da terceira semana de gestação (Stiles & Jerningan, 2010) e o seu desenvolvimento prolonga-se por um período extenso após o nascimento, sendo mais significativo e rápido no início da infância, atingindo aproximadamente 90% do volume de um cérebro adulto aos seis anos de idade (Reiss, Abrams, Singer, Ross, & Denckle, 1996). As experiências precoces exercem uma poderosa influência, quer no desenvolvimento da arquitectura cerebral, quer no desenvolvimento comportamental da criança (Fox, Levitt, & Nelson III, 2010), encontrando-se o cérebro, por conseguinte, mais sensível aos estímulos externos durante esta fase de desenvolvimento. Assim, as experiências de desenvolvimento determinam a organização e funcionamento do cérebro adulto (Perry, Pollard, Blakley, Baker, & Vigilante, 1995).

O trauma na infância tem um impacto profundo no funcionamento emocional, comportamental, cognitivo, social e físico da criança. Verificam-se, nesta fase, respostas mentais e físicas ao trauma, incluindo hipersensibilidade fisiológica e dissociação. Uma vez que o cérebro em desenvolvimento organiza e interioriza nova informação de forma indiossincrática, existe uma maior probabilidade de desenvolvimento de sintomas neuropsiquiátricos após o trauma (Perry et. al, 1995).

Os estudos de Schore (2001) sugerem uma relação directa entre vinculação traumática, funções de regulação do hemisfério direito ineficazes e saúde mental desadaptativa, na infância e na idade adulta. Sabe-se, igualmente, que o trauma

na infância se encontra associado à comorbilidade e cronicidade de perturbações ansiosas e depressivas na idade adulta (Hovens et al, 2012).

Metodologia

Para o desenvolvimento do presente artigo, recorreu-se a artigos de revistas internacionais, a partir de pesquisas na EBSCO e na PubMed – NCBI, bem como de livros técnicos da especialidade, considerados obras de referência no domínio do EMDR.

Resultados

O que diz a literatura sobre EMDR com crianças, adolescentes e famílias

Alguns autores têm compilado a sua experiência com a população infanto-juvenil e com famílias, com recurso a estudos de caso, demonstrando aspectos relevantes sobre a aplicação do EMDR em diferentes perturbações, nomeadamente acidentes, luto, fobias específicas, ansiedade de desempenho em testes de avaliação ou dificuldades de sono (Tinker & Wilson, 1999; Lovett, 2000).

Algumas publicações em revistas de especialidade têm vindo a documentar a aplicação do protocolo EMDR em crianças com sintomatologia de Perturbação Pós-Stress Traumático (Ahmad, Larsson, & Sundelin-Wahlsten, 2007; Ahmad & Sundelin-Wahlsten, 2008; Henzel, 2009; Ribchester, Yule, & Duncan, 2010), Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (Friday, citado por Adler-Tapia & Sentle, 2009), fobias específicas (de Roos & Jongh, 2008), abuso sexual (Jaberghaderi, Greenwald, Rubin, Zand, & Dolatabadi, 2004), entre outras. Como se pode constatar, a noção de trauma é transversal às diferentes problemáticas estudadas.

Ahmad, Larsson e Sundelin-Wahlsten (2007), conduziram uma investigação com 33 crianças, entre os seis e os 16 anos, com diagnóstico de Perturbação Pós-Stress Traumático, recorrendo a adaptações no protocolo EMDR de base usado com adultos, considerando a idade e o nível de desenvolvimento da criança/jovem, no sentido de avaliar a eficácia do recurso ao EMDR, por comparação com um grupo de controlo, constituído por crianças em lista de espera para terapia. Neste estudo, os *scores* na *Posttraumatic Stress Symptom Scale for Children*, e nos critérios de diagnóstico da perturbação do DSM_IV, indicaram uma melhoria sintomática significativamente superior ao grupo de controlo.

Ahmad e Sundelin-Wahlsten (2008) procuraram definir um protocolo EMDR ajustado à população infantil e juvenil. Os autores referem que o uso do EMDR com crianças permite explorar os pensamentos e sentimentos da criança, podendo funcionar como abordagem pedagógica eficaz, ao ajudar a criança a reconhecer os seus pensamentos e sentimentos em situações específicas e a

diferenciar associações positivas e negativas. Das adaptações contempladas surgiu a substituição da estimulação ocular pelo *tapping* e o recurso a imagens icónicas com expressões faciais para ajudar a identificar o seu estado emocional. Apontando algumas limitações ao seu estudo, os autores acreditam ter contribuído para demonstrar que é possível adaptar protocolos de adultos às populações infantil e juvenil, desde que seja considerada a idade e o nível de desenvolvimento do sujeito em questão.

Em 2009, Hensel realizou uma investigação, no contexto da sua prática privada, com 36 participantes entre os 21 meses e os 18 anos de idade, que tinham sido expostos a um acontecimento traumático único (e.g. ser modido por um cão, sofrer um acidente de carro, assistir a um incêndio em casa, assistir a situações de grande vulnerabilidade médica e/ou risco de vida de um adulto significativo). Como sintomas prevalentes destacaram-se a ansiedade de separação e as perturbações ao nível do sono. O estudo realizado permitiu verificar que as crianças expostas à situação traumática há mais tempo, tendo permanecido mais tempo sem apoio, apresentavam sintomas de Pós- Stress Traumático mais intensos, demonstrando, em simultâneo, beneficiar mais do tratamento. Este estudo apoia a adequação e eficácia do EMDR na intervenção junto de crianças e jovens com a sintomatologia descrita, bem como, a possibilidade de o mesmo ser usado com sucesso em crianças mais novas.

De Roos e De Jongh (2008) publicaram um estudo de quatro casos sobre o recurso ao EMDR numa fobia específica – fobia de asfixia. Os autores referem melhorias significativas na sintomatologia após uma ou duas sessões. A rápida remissão de sintomas nos quatro casos estudados indica que o EMDR pode ser eficaz na intervenção em fobias específicas quando resultantes de eventos traumáticos associados.

Jaberghaderi et. al. (2004), por seu turno, efectuou um estudo comparativo, com 40 raparigas iranianas, vítimas de abuso sexual, tendo recebido 12 sessões de EMDR ou 12 sessões de Terapia Cognitiva e Comportamental. Em ambos os grupos foi visível um impacto significativo ao nível da redução dos sintomas de Perturbação de Stress Pós-Traumático e dos sintomas comportamentais associados. O estudo permitiu constatar que ambas as abordagens permitem uma melhoria da sintomatologia subsequente ao abuso sexual.

Um estudo comparativo entre o EMDR e a Terapia Comportamental e Cognitiva, foi desenvolvido por Wanders, Serra e Jongh (2008). Neste estudo participaram 26 crianças, entre os oito e os 13 anos, sujeitas a quatro sessões de EMDR ou quatro sessões de Terapia Comportamental-Cognitiva. Ambas as abordagens evidenciaram efeitos positivos significativos em problemas de comportamento e de auto-estima. Apesar da diferença entre as mudanças decorrentes das duas abordagens não ser significativa, as crianças que usufruíram de intervenção com EMDR mostraram mudanças mais salientes nos comportamentos-alvo, quando comparadas com o grupo de controlo. Os resultados deste estudo apoiam o uso do EMDR, focado na dessensibilização

de memórias significativas, para produzir efeitos positivos e sustentados, em crianças com auto-estima frágil e dificuldades associadas.

Em 2011, Pockock partilha num artigo como incorporou o EMDR na sua prática psicoterapêutica de abordagem sistémica, concluindo que o EMDR passará de promissor a recomendado, em intervenções com crianças e adolescentes.

Field e Cottrell (2011) realizaram uma revisão de literatura sobre o uso do EMDR com crianças e adolescentes. Os autores verificaram que, em todos os estudos, os resultados sugerem um efeito positivo do EMDR, não se tendo verificado ser mais eficaz do que a Terapia Comportamental e Cognitiva. Os autores consideraram que a sua revisão permitiu abrir portas à melhoria das intervenções sistémicas, pela integração do EMDR em Terapia Familiar, com crianças e adolescentes.

Discussão e Conclusões

Apesar do número reduzido de estudos, as evidências são encorajadoras. Todos os artigos consultados e estudados para a elaboração do presente artigo apontam para o efeito positivo do EMDR com crianças e adolescentes, nomeadamente em situações de Perturbação de Pós-stress traumático, Fobia específica, abuso sexual e baixa auto-estima.

Apesar das limitações que podem ser levantadas aos estudos referidos na literatura, nomeadamente ao número reduzido de participantes das amostras e à variabilidade de metodologias utilizadas, as quais podem ter impacto na precisão dos resultados e na generalização dos mesmos, dificultando igualmente a sua comparação, os resultados mostram que o EMDR possibilita uma intervenção breve e eficaz em situações em que o trauma parece operar, ou ter operado.

O EMDR parece ser, na infância, um modelo de intervenção particularmente útil, pelo desenvolvimento cognitivo da criança ainda se encontrar em maturação, dificultando o acesso consciente à informação da memória, nas suas componentes emocional, sensorial e visual.

Assim, o EMDR surge documentado como uma ferramenta rápida e de sucesso que, por um lado, permite desbloquear a informação traumática e, por outro, fazer emergir o potencial da criança, instalando no cérebro as condições essenciais para a aquisição de competências de ajustamento psicológico e de adaptação, potenciadoras da satisfação familiar. Considerando a plasticidade cerebral e o seu rápido crescimento na infância, bem como os efeitos das experiências precoces no bem-estar futuro, e apontando a investigação realizada para as mais-valias do EMDR, torna-se essencial continuar a realizar investigação nesta área, documentando-a e dando força às evidências actuais, possibilitando oferecer às crianças e às suas famílias uma recuperação rápida e eficaz, minimizando o impacto de eventos traumáticos no desenvolvimento da criança e da família.

Referências

- Adler-Tapia, R. & Settle, C. (2009). *EMDR and the art of psychotherapy with children*. New York: Springer Publishing Company
- 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.
- Ahmad, A., & Sundelin-Wahlsten, V. (2008). Applying EMDR on children with PTSD. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17(3), 127-132.
- de Roos, C., & de Jongh, A. (2008). EMDR treatment for children and adolescents with a choking phobia. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 201-211.
- Field, A., & Cottrell, D. (2011). Eye movement desensitization and reprocessing as a therapeutic intervention for traumatized children and adolescents: a systematic review of the evidence for family therapists. *Journal of Family Therapy*, 33, 374-388.
- Fox, S., Levitt, P., & Nelson III, C. (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. *Child development*, 81 (1), 28-40.
- Hensel, T. (2009). EMDR with children and adolescents after single incident trauma – an intervention study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(1), 2-9.
- Hovens, J., Giltay, E., Wiersma, E., Spinhoven, B., Penninx, W., & Zitman, F. (2012). Impact of childhood life events and trauma on the course of depressive and anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 126, 198–207.
- Jaberghaderi, N., Greenwald, R., Rubin, A., Zand, S., & Dolabadin, S. (2004). A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 358-368.
- Lovett, J. (2000). *Small Wonders*. NY: The Free Press
- McGuiness, V. (2001). *Integrating Play Therapy and EMDR with Children*. 1st Books Library
- Perry, B., Pollard, R., Blakley, , T., Baker, W., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use-dependent development of the brain: how states become traits. *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.
- Pocock, D. (2011). The promise of EMDR in family and systemic psychotherapy: a clinical complement to Field and Cottrell. *Journal of Family Therapy*, 33, 389–399.
- Reiss, A., Abrams, M., Singer, H., Ross, S., & Denckla, M. (1996). Brain development, gender and IQ in children. A volumetric imaging study. *Brain*. 119 (5), 1763-74.
- Ribchester, T., Yule, W., & Duncan, A. (2010). EMDR for childhood PTSD after road traffic accidents: attentional, memory and attributional processes. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 138-147.
- Schore, A. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22 (1-2), 201-269.

- Shapiro, F. (1989). *Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories*. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press
- Shapiro, F. (2007). EMDR and case conceptualization from an adaptive information processing perspective. In F. Shapiro, F. Kaslow, & I. Maxfield (Eds.), *Handbook of EMDR and family therapy processes* (pp. 3-34). NJ: John Wiley
- Stiles, J., & Jernejan, T. (2010). The basics of brain development. *Neuropsychology Review*, 20 (4), 327-348.
- Tinker, R., & Wilson, S. (1999). *Through the eyes of a child*. NY: W. W. Norton & Company, Inc.
- Wanders, F., Serra, M., & de Jongh, A. (2008). EMDR versus CBT for children with self-esteem and behavioral problems: a randomized controlled trial. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 180-189.