

ABORDAGEM EMDR EM ATENDIMENTO TERAPÊUTICO APÓS A TRAGÉDIA DA BOATE KISS

EMDR APPROACH IN A THERAPEUTIC SERVICE AFTER KISS NIGHTCLUB TRAGEDY

MARISA BARRADAS DE CRASTO

Psicóloga clínica, mestre em ciências otorrinolaringológicas e cabeça e pescoço, pela Universidade Federal de São Paulo - Unifesp. Especialista em psicodrama, terapia de família e casal e psicologia da saúde. Terapeuta em EMDR – Método de Dessensibilização e Reprocessamento através de movimentos bilaterais do cérebro. Terapeuta didata em Psicodrama. Professora e supervisora em cursos de pós-graduação e graduação. Consultora na área de psicologia escolar e palestrante em assuntos relacionados a famílias e escola. Membro da Associação Brasileira de Ajuda Humanitária Psicológica, com experiência em intervenções em situações de crise e catástrofes.

RESUMO: Este artigo retrata a experiência da autora em um atendimento terapêutico uma semana após a tragédia da Boate Kiss, ocorrida em Santa Maria (RS), no ano de 2013. A intervenção psicológica teve como alvo a abordagem EMDR – *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* – o modelo PAI (sistema de informação adaptativo), desenvolvido por Francine Shapiro (2007), psicóloga, terapeuta californiana. O atendimento envolveu uma mãe cujo filho escapou por pouco de estar no local no momento da tragédia. Essa mãe relatou dificuldade em expressar sentimentos, como: alívio pelo filho escapar da tragédia e solidariedade com os familiares das vítimas. Ao invés de expressá-los, essa mãe manifestava tristeza, raiva, revolta e tendência ao isolamento, de maneira intensa e frequente. A duração da sessão foi de 2hs (duas horas). O método EMDR utilizado facilitou o acesso às ações armazenadas de forma disfuncional, visando organizá-las e torná-las funcionais.

PALAVRAS-CHAVE: atendimento terapêutico, abordagem EMDR; abordagem sistêmica da família, tragédia da boate Kiss.

ABSTRACT: This article reports the experience of the author in a therapeutic treatment one week after the tragedy at Kiss nightclub, which happened in the city of Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brazil, in the year of 2013. The psychological intervention had the Eye Movement Desensitization and Reprocessing – EMDR – approach as target, the Adaptive Information Processing – AIP – Model, developed by Francine Shapiro (2007), Californian psychologist and therapist. The treatment involved a mother whose son narrowly escaped being at the nightclub at the moment of the tragedy. This mother reported difficulty in expressing feelings, such as relieve for having her son out of the tragedy and solidarity with the victims' family. Instead of expressing these feelings, this mother showed sadness, anger, revolt and inclination to isolation in an intense and frequent way. The session lasted for two hours (2h). The EMDR method used made easier the access to the actions stored in a dysfunctional way, with the purpose of organizing them and making them functional.

KEYWORDS: therapeutic treatment, EMDR approach, family systemic approach, Kiss nightclub tragedy.

Neste artigo, exponho um caso atendido por mim após uma semana da tragédia que abalou não só a cidade de Santa Maria e o estado do Rio Grande do Sul, mas o Brasil e o exterior. Sendo assim, a relevância deste relato não se encontra apenas em sua abrangência, mas no fato de ter sido uma situação de perdas irreparáveis, justamente por ter atingido uma população jovem em plena fase de crescimento emocional, intelectual e profissional. Santa Maria é uma cidade de porte médio que atrai muitos jovens, devido à sua ampla oferta estudantil. Possui uma universidade federal (UFSM) com excelência em diversos cursos, bem como outras faculdades particulares de qualidade. Isso a torna um polo de formação profissional e intelectual de grande importância no estado gaúcho.

De acordo com os depoimentos de pais, além de minha experiência como profissional que atende a todo tipo de tragédia cotidiana, a perda de um filho é con-

Recebido em: 08/01/2015
Aprovado em: 15/03/2016

siderada uma das mais difíceis e dolorosas. Mas não é a morte que pretendo abordar. A intervenção aqui relatada trata de uma mãe que não perdeu seu filho na tragédia, porém teve o susto da iminência de sua perda, já que ele estava a caminho da boate para se encontrar com seus amigos, quando recebeu a notícia do incêndio.

Para melhor entendimento de como se deu a intervenção na situação de crise dessa mãe, que não conseguiu demonstrar afeto e alegria ao ter o filho vivo, como também tinha medo de dormir em sua casa porque via “fantasmas” dos seus amigos que foram vítimas da tragédia, frente à queixa apresentada, foi utilizada a abordagem EMDR (Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares), desenvolvida por Francine Shapiro (2007); o conceito do Modelo de Processamento Adaptativo de Informação (PAI), segundo Shapiro, que guiou a prática clínica da Abordagem EMDR. A teoria sistêmica ofereceu um novo olhar para a relação mãe-filho, contribuindo para que a cliente ampliasse sua visão da tragédia e resignificasse seus sentimentos disfuncionais.

Zampieri (2014a, p.429) refere que as pessoas afetadas por uma tragédia estão num complexo de choque e surpresa com os fatos, têm aumentados seus sentidos e antecipação das defesas e de suas operações de planejamento. Podem se expressar com negação, como que auto anestesiadas e sofrerem reações radicais do tipo “ou tudo ou nada”. Podem surgir ausências aparentes de sentimentos e sentidos, de modo persistente, a raiva e a tristeza.

Nestor Koldobsky (2007), citado por Zampieri (2013, p.48), estudioso em emergentologia, afirma que tragédias com muito luto podem trazer

sequelas psicofísicas e de condutas nos afetados, bem como seus sintomas interferirem no desenvolvimento da personalidade, ou mesmo causarem enfermidades nos próximos anos. Diante desse fato, o autor sugere que tais pessoas sejam afetivamente acolhidas e tratadas nos seus adoecimentos físicos e psíquicos.

Wesselmann (2012, p.141) assinala que a terapia de sistemas familiares e a terapia de EMDR são enfoques diferentes, porém complementares. Segundo a autora, o modelo de funcionamento interno da Teoria de Apego de Bowlby (1989) e o modelo de processamento de informação (PAI) de Shapiro (2001) compartilham a perspectiva de que experiências passadas e da vida atual influenciam profundamente as percepções e as emoções na vida futura.

A pessoa que recebe a terapia EMDR não só trabalha os sintomas óbvios do problema, mas também consegue mudanças positivas que afetam vários aspectos da vida. O EMDR, como a teoria sistêmica, aceita o problema apresentado como verdadeiro problema. Sendo assim, as intervenções foram feitas de forma a aliviar os sintomas, melhorar o funcionamento da relação mãe e filho, e permitir que a paciente, no caso a mãe, reconhecesse sua importância no sistema familiar e social.

O atendimento com a abordagem EMDR foi fundamental para que a paciente conseguisse dessensibilizar e reprocessar os sentimentos e emoções disfuncionais disparados pela tragédia, como raiva, vingança, revolta; além de se conscientizar que situações do passado estavam presentes, o que possibilitou criar novos paradigmas para a continuidade de sua vida e retomar suas relações de forma adaptativa.

ABORDAGEM EMDR (DESSENSIBILIZAÇÃO E REPROCESSAMENTO ATRAVÉS DE MOVIMENTOS OCULARES)

A abordagem EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), desenvolvida por Francine Shapiro (2007, p. 25-26), teve sua descoberta em 1987. Embora seja mais conhecida pelos movimentos oculares que lhes deram o nome, é fundamental que seja abordada como um sistema integral.

Segundo Shapiro (2007, p. 59-60), o PAI – modelo de processamento da informação – constitui a base teórica do EMDR; enfatiza uma metodologia de base fisiológica que possibilita o processamento de novas experiências e informações para que atinjam um nível adaptativo. Seu uso, de acordo com a autora, pode ser compatível com a maioria das modalidades psicológicas.

O sistema de processamento de informação (PAI) é ativado através dos movimentos oculares. Cabe ao profissional fazer uso do tipo de movimentos mais adequado ao paciente que sofreu danos emocionais, ou que melhor se adapte a ele, para lhe garantir conforto e um resultado eficaz. O objetivo é estimular de um lado do campo de visão para o outro. Este movimento bilateral é feito de maneira mais rápida possível, no entanto, é importante estar atento às necessidades e respostas do paciente às estimulações. Pode ser utilizado uma caneta, régua, dedos do terapeuta ou qualquer outro objeto para direcionar os movimentos dos olhos, possibilitando que uma experiência perturbadora transforme-se em aprendizagem.

Shapiro (2007) acrescenta ainda a importância de outros tipos de estimulação, para ativar o sistema de processamento de informações, como a tátil e a sonora, que no decorrer

dos anos têm mostrado sua eficácia e utilidade para a dessensibilização de situações e acontecimentos traumato-gênicos. Afirma a autora que: “A abreviatura do EMDR deve ser usada com a compreensão de que os movimentos oculares são meramente um dos vários estímulos de atenção dual utilizados para ativar o sistema de processamento de informações do cliente e alcançar os resultados no tratamento (Shapiro, 2007, p. 98-99).”

A consciência que temos de quaisquer coisas do mundo exterior se dá através dos sentidos da visão, olfato, paladar, tato e audição, e isso fica preservado na nossa memória operacional. Esta, por sua vez, é automaticamente ligada à ampla rede de memória do cérebro para nos ajudar a entender o que estamos percebendo; têm todas as experiências armazenadas dentro dela, que é a base de como pensamos, sentimos e nos comportamos. As respostas que damos às pessoas e às situações em nossa existência são baseadas nas experiências vividas no passado e no presente. As redes de memória e o nosso cérebro possuem um mecanismo para a cura, que é chamado “sistema de processamento de informações” e busca níveis de resoluções adaptativas para as turbulências emocionais vivenciadas. Esse sistema “digere” tais experiências e permite a aprendizagem a partir delas.

Os movimentos oculares por si mesmos permitem um dimensionamento do afeto negativo da memória alvo, ao mesmo tempo em que dão ao paciente uma tarefa que este pode cumprir com eficiência e, consequentemente, um senso de autoeficácia. Dá ao terapeuta uma boa indicação da atenção do cliente à tarefa, o que pode ser um importante benefício quando o tratamento é realizado com pacientes altamente traumatizados.

Para o terapeuta, em conjunto com o paciente, é importante estabelecer o alvo a ser trabalhado, incluir memórias remotas da infância ou eventos recentes que disparem perturbações atuais e eventos imaginários que incorporem comportamentos futuros apropriados e resultem em criar situações positivas.

A Terapia em EMDR tem se convertido em uma forma integral de psicoterapia com oito fases e muitos procedimentos e métodos. Os terapeutas guiam seus clientes acessando as experiências passadas que estabelecem as bases dos problemas atuais. Juntos processam as situações que causam a perturbação e incorporam às redes de memória educação, habilidades e novas perspectivas que são necessárias para o êxito no futuro (Shapiro, 2013, p. 52).

Shapiro (2007, p. 90-98) ressalta que os referenciais mais úteis para a aplicação do EMDR são:

- **imagens:** pedimos que o paciente pense no evento perturbador e, em seguida, crie e se concentre em uma imagem, como se fosse uma foto, que represente o incidente inteiro ou parte mais incômoda. O objetivo é estabelecer componentes do tratamento com um elo entre a consciência e o local onde a informação está armazenada no cérebro;
- **cognição negativa:** o paciente faz uma afirmativa que expresse a crença negativa ou autoavaliação não adaptativa subjacente que acompanha a imagem, a crença negativa que ele tem de si mesmo no presente diante da imagem perturbadora do evento.

O uso de cognições negativas proporciona ao paciente uma oportunidade de observar a irracionalidade de suas crenças atuais, enquanto a cognição positiva lhe oferece uma alternativa que serve como um fator a lhe ins-

pirar coragem para se comprometer ao tratamento.

- **cognição positiva:** é solicitado ao paciente que traga a imagem perturbadora à mente e expresse o que gostaria de pensar a seu respeito no momento presente, mas que seja positivo.

O paciente deve atribuir um valor a essa crença positiva, escala de 1 a 7, VOC (Validade da Cognição, um valor real à crença, numa realidade semântica) para identificar a cognição positiva que tem de si mesmo diante da imagem perturbadora, de acordo com as suas sensações e não por ser objetivamente verdadeira. Conforme Shapiro (2007), a proposta é: ao identificar a crença positiva estabelecer uma direção para o tratamento, estimular as neuro-redes apropriadas e oferecer ao terapeuta e ao paciente um referencial (escala VOC) para assegurar que a cognição é realmente possível – e não produto de suas fantasias. Se o paciente relatar que a cognição almejada não chega a mais de 1, o terapeuta deve avaliar a frase em busca de falhas lógicas, aplicabilidade ou validade ecológica (adequação e validade no ambiente atual do paciente).

- **emoções e o nível de perturbação:** o paciente deve manter em sua mente a imagem criada na memória e a crença negativa, nomeando o sentimento que sente no momento presente e atribuir um valor na escala SUD (grau de perturbação da memória do trauma) de 0 a 10, sendo o objetivo avaliar a intensidade dessa cognição negativa.

O uso das escalas SUD e VOC proporciona ao paciente dados quantitativos para relatar um progresso, mesmo numa sessão incompleta.

O paciente e o terapeuta avaliam os níveis de perturbação emocional com

o auxílio da escala SUD (de **0** neutro ou calmo) a **10** (o pior que ele possa pensar). Pergunta: qual é a intensidade? Mesmo que a memória traumática do paciente não tenha sido plenamente processada em uma sessão, o nível SUD ao fim desta, geralmente, terá decrescido.

- **sensações corporais:** são pontos focais muito úteis para o tratamento. Quando pacientes se concentram numa memória traumática, as sensações podem estar associadas a uma tensão emocional. Importante no final da sessão é fazer a checagem corporal para revelar se tem algum ponto de tensão que precisa ser trabalhado. Pergunta: “onde você sente isso em seu corpo?”

O uso das sensações físicas como ponto focal para o processamento permite aos pacientes inibidos, em decorrência dos conteúdos negativos de seus pensamentos, concentração num fator que não oferece quaisquer conotações negativas pessoais.

A criação do lugar seguro na imaginação do cliente, antes do processamento, é um exercício sugerido por Shapiro (2007), que pode ser de grande ajuda para assegurar que ele pode recuperar sua estabilidade emocional durante qualquer perturbação. A autora refere “esse oásis emocional pode ser utilizado para um descanso temporário durante o processamento, como um auxílio, para controlar a perturbação de modo a finalizar a sessão e como uma maneira de lidar com materiais perturbadores que possam surgir durante as sessões” (Shapiro, 2007, p.170).

Conforme Shapiro (2007, p.187), a experiência clínica com o EMDR demonstrou que as respostas a um trauma são, com frequência, importantes aspectos do tratamento. Por isso

mesmo, ao final da sessão da checagem corporal, podemos solicitar que o paciente feche os olhos e se concentre na experiência difícil – ou no incidente perturbador inicial – que acaba de ser trabalhada, e nas palavras positivas (crença positiva); ainda, que mentalmente examine TODO o seu corpo e dizer se sente alguma perturbação ou ponto de tensão. Caso tenha algum, avaliar o SUD (grau de perturbação da memória do trauma).

Shapiro (2007, p. 269) exemplifica o uso do diário para registrar questões sistêmicas, ou seja, como o novo padrão de reação do cliente foi integrado ou não em seu ambiente atual, sendo também uma oportunidade de rever a qualidade de suas respostas internas e o comportamento em seu sistema social. A partir das anotações no diário, o terapeuta terá condições de trabalhar as questões sistêmicas para que o cliente consiga lidar com as pressões feitas por pessoas de seus velhos relacionamentos disfuncionais.

Bergmann (2014, p. 228) afirma que 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 temporais apropriados. Isso facilita o processamento de eventos de vida traumáticos ou perturbadores e das crenças associadas em direção a uma resolução adaptativa.

Shapiro (2013, p. 52) demonstra em seus escritos a eficácia da terapia EMDR e reforça que a abordagem trabalha não só os sintomas óbvios do problema, mas também propicia à pessoa que se submete à terapia a ampliação de mudanças positivas que afetam todos os contextos de sua vida, denotando assim uma visão sistêmica.

EMDR E A TEORIA SISTÊMICA COMO COMPLEMENTARES

A vida psíquica de um indivíduo não é apenas um fenômeno interno; como um ser social influencia e é influenciado pelo meio onde vive e atua. As influências de experiências passadas e presentes do grupo familiar e de cada um dos seus membros fazem parte do seu processo de crescimento, pertencimento e individuação. Portanto, a terapia individual EMDR é uma abordagem que envolve as interações intra e extrafamiliar, podendo ser complementar às teorias sistêmicas.

Teoria sistêmica é um termo abrangente que inclui vários conceitos que permitem aos terapeutas de família lidar com os problemas atuando nos contextos que eles ocorrem. A partir da década de 1950, esses conceitos começaram a influenciar o campo da psicoterapia e foram úteis no desafio à noção prevalente da saúde mental como um mal causado por falhas do indivíduo. Os conceitos básicos da teoria sistêmica incluem *padrão, informação, relacionamento, nível, contexto, realimentação, recursividade e circularidade* (Breulin, Schwartz & Kune-Karrer, 2000. p. 43-45). Segundo estes autores, muitos modelos da terapia familiar, assim como os modelos da terapia individual, estão fundamentados na teoria sistêmica. Referem que, como terapeutas, estamos particularmente interessados nos sistemas humanos, nos processos biológicos e mentais no interior do indivíduo; os sistemas relacionais individuais, diádicos ou triádicos no interior da família; a família nuclear; a família extensa; o contexto social da família, incluindo os sistemas de ajuda como as influências da terapia e da comunidade na qual a família vive; e o sistema internacional.

Como todos os sistemas vivos, os sistemas humanos são abertos e flexíveis sendo importantes que definem a visão de mundo da pessoa e orientam a maneira como ela decide agir.

Andolfi, M; Angelo, C; Menghi, P; Nicolò – Corrigliano, A, M (1984, p.23) definem a família como um “sistema ativo em constante transformação”, como um organismo complexo que se altera com o passar do tempo para assegurar a continuidade e o crescimento psicossocial de seus membros. Esse importante processo de continuidade e crescimento possibilita o desenvolvimento da família como unidade e também assegura a diferenciação de seus membros. Os autores citam a teoria de Bowen (1978), que define o sistema familiar não como uma simples realidade bidimensional, ao contrário, ela é uma realidade tridimensional na qual a relação familiar passada manifesta-se no presente a fim de desenvolver-se no futuro. A família, para Bowen, é uma unidade emocional devido a sua natureza “altamente social dos humanos e a intensa sensibilidade que os membros da família têm entre si (1998, p. 72)”.

Shapiro (2007, p.139) refere que, como qualquer forma de psicoterapia, o tratamento por EMDR exerce influência não apenas sobre o cliente, mas também sobre suas famílias e amigos. É fundamental estarmos atentos às mudanças que influenciam a dinâmica familiar e quando é necessário trabalhar o paciente juntamente com sua família.

Encontramos nos escritos de Wessselmann (2012, p. 141-147) pontos de vista partilhados entre o modelo de processamento adaptativo de informação (PAI) de Shapiro (2001) e o modelo de funcionamento interno (MFI) da teoria de apego de Bowlby (1989), ambas as teorias, segundo a autora, compartilham que as experiências passadas da vida influenciam profundamente as

percepções e as emoções no decorrer da existência. Bowlby considera que as experiências da criança em sua infância com suas figuras de apego primárias têm um impacto significativo em seu próprio funcionamento interno em desenvolvimento, e decide suas percepções relacionadas à sua vida pessoal, à confiança nas pessoas e sua visão de mundo como lugar seguro ou inseguro (Main et al., 1985). De modo similar, Shapiro propõe que, quando os eventos de uma infância adversa são processados de modo inadequado, a rede de memória que contém os pensamentos, imagens, emoções e sensações associadas podem ver-se disparadas por situações na vida atual, o que de alguma forma traz a lembrança do evento anterior. Wesselmann – como Shapiro – considera a terapia EMDR e a Terapia Familiar Sistêmica como complementares, embora tenham enfoques diferentes. A terapia EMDR pode dessensibilizar e reprocessar os obstáculos dos vínculos afetivos em um indivíduo levando-o a criar novas estratégias para melhorar a relação, porém essa mudança pode não ocorrer devido aos padrões negativos estabelecidos dentro da família, sendo necessário, algumas vezes, encaminhar para uma terapia familiar.

Knudsen (2012, p. 211-216) traz a questão da vantagem em integrar a abordagem EMDR e a teoria de Bowen (1978) – citado pela autora. Segundo esta, para Bowen, a mudança no funcionamento de um dos membros da família afeta o funcionamento dos demais. A perspectiva de Bowen com relação ao problema da disfunção relacional crônica ocorre quando certo segmento da população opera em nível mais baixo de diferenciação. Refere o conceito de diferenciação do eu como a pedra angular da teoria de Bowen. Descreve a diferenciação do eu como a capacidade de qualquer indivíduo de

equilibrar com êxito as forças naturais contrapostas, como força para separar, que leva a pessoa à independência e à força que impulsiona os humanos a juntarem-se, esse desejo inerente de pertencer a um grupo, de se conectar com outros que lhe ofereçam amor e aceitação. Essa força é diferente em cada família, e também dentro de cada pessoa na mesma família. Na perspectiva do modelo PAI (Shapiro, 2001), a disfunção relacional crônica se observa na manifestação adulta de uma série de experiências interpessoais difíceis que tenham ocorrido ao longo do tempo e que nunca foram totalmente processadas pelo sistema de processamento de informação natural do cérebro. O modelo PAI propõe que dentro de cada pessoa há um sistema de processamento de informação fisiológico no qual a informação nova é incorporada de modo adaptativo dentro das redes de memória existentes, graças à criação de associação com materiais previamente armazenados. Considerando a afirmação da autora, o modelo PAI oferece uma maneira de entender a brecha que pode evitar que a informação recém-adquirida seja suficiente para diminuir os elevados níveis de ativação das respostas emocionais intensas, e o EMDR proporciona a estrutura terapêutica para integrar ambos os enfoques plenamente. Juntos constroem apoio no desenvolvimento de um equilíbrio sadio entre o eu e o outro no presente, e fomentam o fortalecimento das relações familiares como preparação para manter uma relação adulta.

RELATO DO ATENDIMENTO TERAPÊUTICO APÓS A TRAGÉDIA

A intervenção psicológica em crise propõe ajudar as pessoas a processarem a experiência traumatogênica

ca, objetivando diminuir o impacto do incidente e acelerar o processo de recuperação. Para isso, foi utilizada com a paciente a abordagem EMDR em atendimento individual. Porém, sem perder de vista a visão sistêmica da tragédia e das consequências tanto familiar quanto da comunidade, quando todos estavam interligados na dor e nas perdas.

Importante salientar que nessa fase da tragédia os atendimentos estavam precários, com falta de médicos e psicólogos para atender a demanda que era muito grande, embora equipes de profissionais de outras localidades estivessem dando apoio às famílias, indivíduos e equipes médico-psicológicas locais que também estavam abaladas e traumatizadas.

A procura do nosso atendimento se deu devido à divulgação que foi feita na cidade, com apoio do Rotary local, que forneceu toda estrutura e logística para que fossem possíveis os atendimentos psicológicos, individuais e grupais.

A paciente nos procurou espontaneamente a partir da divulgação feita na escola perto de sua casa. Antes do atendimento individual participou de uma atividade terapêutica em grupo. Durante o período que antecedeu o atendimento grupal e individual não teve atendimento médico nem psicológico.

Na exploração da queixa, relatou que desde a tragédia não conseguia dormir em sua casa, tinha pensamentos intrusivos devido à sensação da presença dos jovens amigos de seu filho – mortos naquele sinistro – como se fossem “*fantasmas*”. Salientou a dificuldade em expressar alegria e emoções positivas com relação ao fato de o seu menino estar vivo. Não conseguia entrar em sua casa à noite; sentia medo, angústia e sintomas de insônia e

hipervigilância. Isolou-se; evitava pessoas e lugares que lembrassem a tragédia. Percebia-se incapaz de dar apoio e de ser solidária com as mães que perderam seus filhos e, desde o ocorrido, não abraçava o seu próprio filho.

Importante esclarecer que o atendimento dessa mãe ocorreu na semana seguinte após o incêndio, e que já havia recebido atendimento grupal com o protocolo de Intervenção Grupal em Luto um dia antes da terapia individual EMDR. Esse grupo foi dirigido por uma equipe de psicólogos, da Associação do Programa de Ajuda Humanitária Psicológica (ABRAPAHP). A Intervenção Grupal em Luto foi elaborada a partir de estudos sobre emoções da Psicologia Energética de Fred Gallo (2000) e John Hartung (2008) – autores citados no artigo de Zampieri (2014b), “Intervenções com Grupos em Luto por Desastres Naturais no Brasil – Programa de Ajuda Humanitária Psicológica”. Essa autora afirma que “grupos em luto que compartilham da realidade da morte e da experiência de perdas, fortalecem as pessoas que sofrem danos emocionais diante de catástrofes, tragédias” (Zampieri, 2014a, p. 434). A participação nesse grupo deu início ao processo de dessensibilização de emoções negativas e organização do pensamento.

Embora a paciente afirmasse estar melhor, ela procurou o atendimento da terapia individual porque ainda apresentava dificuldades nas relações interpessoais com recordações perturbadoras de cenas da tragédia, impedindo que continuasse o percurso de sua vida, principalmente a aproximação afetiva com seu filho.

Foi explorada a sua história clínica, o que aconteceu pouco antes da tragédia até o dia do atendimento individual, considerando-se o seu histórico médico, bem como o tratamento

medicamentoso, terapêutico e o de outros sintomas físicos. Nada constava sobre uso de medicação e atendimento psicológico individual anterior, a não ser a sua participação em um trabalho grupal onde conseguiu fazer reflexões sobre a tragédia e compartilhar os sentimentos com outros participantes sobre as perdas ali ocasionadas. A paciente mora com dois filhos adultos, divorciada e trabalha em uma instituição como secretária.

Explicado, para a paciente em questão, que se tratava de uma terapia individual, foram dadas as devidas instruções sobre a abordagem EMDR informações sobre os benefícios do método: a pessoa que recebe esse tipo de terapia não só se beneficia tratando os seus sintomas, mas alcança uma vasta gama de mudanças positivas que afetam todas as áreas de sua vida. Foi comunicado o que acontece com o sistema nervoso: em geral, quando as pessoas sofrem trauma ou danos emocionais congelam na mente a imagem original da situação que causou o trauma ou dano, além de apresentarem pensamentos negativos e fortes emoções. Também foram dadas informações sobre as estimulações bilaterais, como ocorrem a visual, auditiva e tátil, bem como sobre a velocidade e direções.

Em seguida a esses esclarecimentos, foi utilizado o Protocolo Individual da terapia EMDR para incidentes críticos recentes e o consentimento para continuidade à fase de dessensibilização, dando-se início à preparação, informando as estratégias em situações de medo e tensão durante os procedimentos. Foi ainda explicado sobre metáforas que poderiam ser utilizadas durante a dessensibilização da situação e ou do evento perturbador, e a instalação do lugar seguro, exercício que serve para preparar o paciente a

processar eventos traumatogênicos, para fechar uma sessão incompleta e ajudá-lo a estabilizar a angústia. O paciente imagina um lugar que lhe traga calma e segurança, que pode ser real ou imaginário. O terapeuta auxilia na construção desse lugar seguro, fazendo estimulação bilateral para sua instalação.

Lugar Seguro: *Caminhando à beira da praia, barulho das ondas, eu só, sem ninguém.*

Feita a instalação do lugar seguro com estimulação bilateral.

Segue abaixo a transcrição da sessão para que se possa compreender como o EMDR processa através da rede de memória associada sem que a paciente tenha que dar muitos detalhes acerca do que ocorre.

A paciente relatou que seu filho se reuniu com amigos em casa para um churrasco; depois de certa hora, o grupo resolveu ir para a boate Kiss, sendo que seu filho e mais um amigo resolveram ir um pouco mais tarde. O mais perturbador, segundo ela, foi “quando ouvi no rádio que tinha acontecido um incêndio na boate, de imediato liguei para o meu filho e ele não atendia, liguei o rádio, estava dando a notícia, saí correndo e pensei: ele está lá! Quando cheguei à boate, ele estava ajudando a salvar as pessoas. Pensar nas mães, no sofrimento! Ele estava indo com o amigo quando recebeu a notícia que a boate estava pegando fogo”.

A terapeuta, após a fase de preparação e avaliação, deu início à fase de dessensibilização, utilizando como metáfora um vídeo/filme, fazendo uso de comandos e estimulação bilateral do cérebro. A utilização das estimulações visual e tátil ou auditiva, de acordo com o processamento para dessensibilizar a perturbação dos elementos afetivos, cognitivos, de memória e somatossensoriais, no caso da cena alvo referente à tragédia.

No caso apresentado foram utilizadas as estimulações visual, auditiva e tátil.

T: Relate as partes da tragédia que são mais fortes para você.

P: *Quando cheguei à boate, eu vi um monte de gente, corpos pelo chão, meu filho e outros amigos tentando ajudar a salvar os sobreviventes.*

T: Passe mentalmente um vídeo, como um filme de todo o ocorrido, desde um pouco antes do incidente até o momento presente e, ao finalizar, diga-me qual é a pior parte.

Repassar o incidente inteiro como se fosse um videotape contribui para que a paciente possa avaliar sua reação emocional à tragédia e parar quando quiser.

P: Imagem: *“Caminhão e os homens carregando os corpos e as crianças sem roupa”*. Esta imagem representa para a paciente a pior parte da tragédia.

P. Pensamento a respeito da imagem da tragédia: *“Desespero, pena diante das mães. Nossa que horror! Como que pode? O sentimento como mãe, diante da perda dos filhos”*.

T: Quando você pensa naquela imagem difícil (T. repete a imagem para o paciente), que palavras expressam o que você pensa a seu respeito, agora, que seja negativo?

P: Crença Negativa: *“Estou magoada e ferida para sempre.”*

A cognição negativa sugere emoções e pensamentos negativos que fazem parte de recordações não processadas. Reação específica da situação trágica que dispara lembranças perturbadoras. Essa crença pode estar atrelada a acontecimentos antigos, à falta de segurança e vulnerabilidade a situações perturbadoras, como *“magoada e ferida para sempre”*.

T. Quando você traz aquela imagem difícil à mente, o que você gostaria de pensar a seu respeito, agora, que fosse positivo?

P: Crença Positiva: *“Fiz o melhor que pude.”*

A crença escolhida pela paciente, segundo Shapiro (2007, p. 95-96), tem um efeito generalizador atingindo uma variedade de material disfuncional, o que pode proporcionar o máximo de vantagens para futuras atividades associadas. Como gostaria de pensar a seu respeito no momento, embora a tragédia tenha acontecido, não tenha conseguido ser solidária às famílias nem ao seu filho. A crença desejada é uma frase autorreferente fortalecedora com a possibilidade de incorporar esse novo sentimento.

T: VOC (Validade da Crença Positiva): Quando você pensa nessa lembrança difícil, numa escala de 1 a 7, sendo 7 completamente verdadeira e 1 completamente falsa o quanto você sente que essas palavras positivas são verdadeiras *“Fiz o melhor que pude”*.

P: VOC: 7 (considerada como verdadeira).

T: Quando você pensa nessa experiência perturbadora (T. repete a imagem) e nas palavras negativas, *“Estou magoada e ferida para sempre”*, que emoções você sente agora? Como se chama essa emoção?

P: *Raiva! O dono da boate disse: “E agora... perdi tudo! Ele não perdeu... Deviam matá-lo, é preso ao dinheiro.”*

A reação de desejo de vingança, a raiva ante a tragédia, que também fazia parte dos sentimentos da maioria da população de Santa Maria, pode também estar atrelada a experiências do passado.

T: Pensando na imagem inicial, na crença negativa e nos sentimentos e sensação corporal (T. repete para a paciente), em uma escala onde 0 é nenhuma perturbação ou neutro e 10 é a máxima perturbação que você pode imaginar, quanta perturbação você sente agora?

P: SUD: 10.

T: Sensação corporal: onde você sente isso no seu corpo e qual a sensação?

P: *No peito. Não queria sentir isso.*

As emoções podem ser disparadas por representações de objetos ou eventos que estão acontecendo no momento ou que aconteceu no passado. No caso dessa paciente quando refere “*não queria sentir isso*”, sugere uma consciência de que esse sentimento não lhe faz bem, que é ruim.

Fase de dessensibilização para reprocessar a experiência perturbadora: é uma das fases para remoção da perturbação e, para que ocorra, é necessário processar o material disfuncional que se encontra armazenado em todos os canais associados ao evento-alvo, no caso a tragédia.

T. Pede que a paciente pense na imagem perturbadora (repetiu para a paciente), nas palavras negativas (terapeuta repetiu a crença negativa), entrando em contato com a emoção que surge. Observe onde você sente isso no seu corpo e siga meus movimentos (estimulação bilateral), observe o que surge livremente. Em caso de incômodo fazer um sinal para que seja interrompida a estimulação.

T: Visualizar a imagem perturbadora: “*Caminhão e os homens carregando os corpos e as crianças sem roupa*”. (Feita a estimulação tátil, como toques dos dedos no dorso da mão da paciente, com movimentos alternados, solicitou: fechar os olhos, respirar fundo e abrir os olhos). O que surgiu?

P: *Ficava preto e ficava claro! Que coisa esquisita!*

T: Concentre-se nisso. (Com estimulação tátil bilateral).

T: Então pede para a paciente respirar fundo, fechar os olhos e descansar um pouco. Quando a paciente pareceu estar pronta, a terapeuta perguntou: O que surgiu agora?

P: *Está mais distante, não incomoda como antes.*

A paciente informou mudanças, porém a T. continuou a estimulação tátil e visual na experiência relatada para dar continuidade ao processamento.

T: Uma nova série de estimulações bilaterais foi feitas. Pede que feche os olhos, respire fundo e abra os olhos. O que você observou agora?

P: *Serenidade e aliviada. Parece que estou mais calma, sinto por dentro, me deu alívio.*

T: Volte à cena original difícil: Como está agora? Concentre-se nisso. Quanto perturba de 0 a 10?

O retorno à cena original foi para observar novos canais associativos que precisavam ser esclarecidos e reprocessados.

SUD: 6

A terapeuta introduziu a técnica do videoteipe, criada por José Fonseca Filho (2000, p. 30), psiquiatra e psicoterapeuta. É uma técnica que se funda com o psicodrama interno (visualização de imagens internas), sendo que o videoteipe se refere à visualização imediata de cenas significativas da vida do paciente. Pede que minha paciente fechasse os olhos e visualizasse a situação, cena original perturbadora, solicitando repassar como se fosse um filme (conduzindo a outra série de movimentos táteis).

Após mentalmente ela rever a cena original como se fosse um vídeo, foi solicitado que respirasse fundo, informando o que observou ou o que surgiu.

P: *Graças a Deus meu filho não está lá dentro! Não sei se iria aguentar perder um filho.*

T: Pense nisso. Vamos com isso (conduzindo à série de movimentos com estimulação tátil e visual).

P: *Clareia um lado, o direito; o outro ainda não!* (refere-se ao lado esquerdo).

Pela resposta parece que o processamento sugere mudança.

O lado direito do cérebro está centralmente envolvido não só no processamento da informação socioemocional, promovendo funções de apego e regulando estados corporais e afetivos, mas também na organização das funções vitais, mantendo a sobrevivência e permitindo que o organismo lide com o estresse de forma dinâmica, segundo Whittling e Schweiger (1993), citada por Uri Bergmann (2014, p. 129). O amadurecimento dessas capacidades adaptativas do cérebro direito é *dependente da experiência*, integrado na conexão de apego entre a criança e o cuidador primário.

Descrição do processamento através de imagens que vão se modificando.

T: Passe o vídeo novamente e concentre-se (estimulação bilateral tátil assistindo ao vídeo). Se incomodar, lembre-se que você tem um controle remoto nas mãos e pode acelerar o vídeo.

P: *Amenizou um pouco, ter que pensar a gente não pode fazer mais nada, já passou. Agora é a vida.*

T: Vamos com isso... Concentre-se nisso... (Continua a estimulação bilateral tátil e auditiva).

T: Respire fundo e diga o que observou.

P: *Estou bem, deu uma serenidade maior, tenho que rezar, não por eles, pela família deles, quero chegar à minha casa e abraçar o meu filho!*

T: Pense nisso, vamos com isso (conduz a estimulação bilateral tátil).

P: A mesma coisa.

Quando o cliente indica não haver mudança e parece bem, a terapeuta tem como hipótese que algo mudou e que a paciente conseguiu “limpar” esse canal.

T: Solicita que volte a pensar na cena original perturbadora e pergunta quanto lhe perturba agora.

P: SUD: 5.

Embora o nível de perturbação 5 seja considerado satisfatório e a paciente declarasse estar tranquila, a terapeuta percebeu que algo ainda estava incomodando pela sua expressão e inquietação. Para verificar o que estava ocorrendo naquele momento, fez um convite à paciente para buscar novamente o alvo original, no lugar seguro instalado durante a fase de preparação.

T: Vamos ao seu lugar seguro, lugar tranquilo e pense na cena original e na crença positiva: “Fiz o melhor que pude.”

P: Lugar Seguro: *“Eu caminhando na beira da praia, banho das ondas e eu só, sem ninguém, mas ainda sinto raiva”.*

T: Quando você traz a situação perturbadora recente à mente, qual o momento mais antigo no qual você pensou coisas parecidas a seu respeito ou teve emoções ou sensações físicas semelhantes no passado? Algum evento anterior a este? (Feita estimulação bilateral auditiva).

Não há relato da paciente sobre a experiência propriamente dita, com o que aconteceu. Nesse caso, respeitei o fato de ela não “querer” compartilhar, preferindo manter o silêncio. Continuei observando sua postura e expressões, suspeitando que tivesse ressoando algum aspecto de sua experiência interior com relação àquela raiva que ainda permanecia. No decorrer das estimulações bilaterais a raiva foi sendo reprocessada surgindo mudanças físicas, na expressão facial e postura. Ao abrir os olhos respirou profundamente e falou:

P: *Procurar tirar essa raiva. Procurando ajudar as pessoas, muita coisa antiga! Rezar e abrir o evangelho, quantas vezes eu devo perdoar? Sete vezes? Sete não, setenta vezes sete.*

T: Voltando à cena original, quanto lhe perturba agora?

P: SUD: 0.

Voltando à cena inicial, não havia mais raiva, nenhuma perturbação.

T: Solicita uma checagem corporal, aliando a cena original perturbadora à crença positiva: “*Fiz o melhor que pude.*”

P: *Nenhuma tensão, nem perturbação. Emagreci 10 quilos, olha o que perdi* –, diz a paciente, mostrando seu corpo.

Ressalto que esse atendimento terapêutico ocorreu em uma única sessão de duas horas, tempo que a paciente conseguiu reprocessar sua queixa e sair tranquila para prosseguir sua vida. Em geral, fazemos até três atendimentos individuais por pacientes em situações de catástrofes e tragédias, se necessário. Foi orientada a me procurar, caso precisasse, no dia seguinte procurou para dizer que estava bem.

DISCUSSÃO E REFLEXÃO SOBRE A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA EM SITUAÇÃO DE CRISE

Nesta intervenção realizada após uma semana da tragédia da Boate Kiss, que envolveu muitos lutos, pude constatar a importância da compreensão sobre as consequências e sequelas que uma tragédia provoca nas pessoas, sejam aquelas atingidas direta ou indiretamente, como também as estratégias e formas de atuação que um terapeuta deve adotar quando envolvem grandes desafios.

Zampieri (2013, p. 9) assinala que quando as pessoas são afetadas por tragédias, com muitos lutos “podem trazer sequelas em condutas e apresentar sintomas dos mais variados e no futuro causar enfermidades”. Foi o que observei nos atendimentos em Santa Maria e na paciente atendida, que relatou sintomas e emoções que a estavam levando a um processo de isolamento;

se não tratados a tempo poderiam trazer graves consequências em sua vida. Não conseguia expressar sentimentos positivos com o filho “sobrevivente” nem prestar solidariedade às mães que perderam seus filhos; filhos estes que costumavam frequentar sua casa. Evitar o contato com pessoas e situações que lembravam aquela catástrofe, principalmente com as mães enlutadas, era uma forma de não aceitação dessas mortes, e um dos sintomas era “sentir a presença deles em sua casa, como se fossem fantasmas”, incluindo a sensação de ouvir suas vozes.

O não tratamento psicológico poderia levar a um comprometimento do funcionamento cognitivo e afetivo contribuindo para a não remissão dos sintomas e, conseqüentemente, a um possível isolamento das relações sócio afetivas.

O funcionamento cognitivo e afetivo da paciente atendida estava afetado. Ela não conseguia raciocinar e pensar o porquê da sua atitude em não mostrar afetividade e alegria do filho estar vivo, nem visitar as mães que perderam seus filhos – embora percebesse que era disfuncional e inadequado. O esperado, tanto por pessoas leigas quanto por terapeutas, é que uma mãe ao ver o filho vivo expressasse seu amor e alegria e fosse solidária às pessoas que sofrem dor e perdas, fato que não ocorria com essa mãe. Esta atitude frente à situação remete aos escritos de Bergmann (2014, p. 230) quando afirma: “Experiências interpessoais na vida atual reativam os mapas neurais da infância precoce.” Segundo ele, isso ocorre inconscientemente e, muitas vezes, independente do que está realmente acontecendo, enviesando ou distorcendo a nossa percepção emocional das interações pessoais.

A tragédia de Santa Maria e os sintomas apresentados pela paciente são

considerados problemas sistêmicos, estão interligados, são interdependentes e não podem ser entendidos no âmbito da fragmentação, conforme afirma Zampieri (2014, p. 48). Os sentimentos e sintomas dessa mãe atendida em terapia com a abordagem EMDR individual, eram sentidos por todas as mães e famílias, não só de Santa Maria, mas do Brasil e do mundo, diante da grande dor de vidas interrompidas. No entanto, a forma como esses sintomas e emoções emergiram nessa paciente, provavelmente, tem a ver com sua experiência de vida pessoal e familiar, devido a situações traumatogênicas armazenadas no cérebro, não processadas no decorrer de sua vida, disparadores e potencializados pela tragédia. No decorrer da dessensibilização e reprocessamento ela refere os sintomas e sentimentos, como *“Coisas do passado”*. Segundo a paciente: *“Coisa muito antiga, necessidade de rezar, abrir o evangelho e perdoar.”*

Shapiro (2007, p. 41) propõe que os eventos de uma infância adversa são processados de modo inadequado, e a rede de memória que contém os pensamentos, emoções e sensações associadas podem ver-se disparadas por situações na vida atual, trazendo a lembrança do evento anterior. Afirma que a natureza disfuncional das memórias traumáticas, incluindo a forma como são armazenadas, permite que crenças e afetos negativos do passado penetrem na vida presente do paciente.

A terapia com EMDR a partir das estimulações bilaterais fez a paciente reviver a tragédia, dessensibilizando e reprocessando imagens perturbadoras, ajudando-a na recuperação de suas forças, criando novos paradigmas adaptativos – como o acreditar em si mesma – para o confronto com as situações cotidianas e a continuidade de sua vida. Durante o processo de des-

sensibilização foram ficando em evidência sentimentos de raiva, revolta, tristeza e desejo de vingança, que aparentemente não condiziam com suas afirmações: *“...deu uma serenidade maior, tenho que rezar... rezar, não por eles, pelas famílias. Abraçar meu filho quando chegar em casa!”*

A medida de perturbação SUD 5 chamava atenção, embora nessas situações de tragédia nem sempre as pessoas conseguem zerar o SUD por se tratar de um fato extremamente doloroso, recente e de muitos lutos. Ao se voltar para perceber o corpo e as sensações corporais diante da imagem perturbadora da tragédia revela: *“A raiva diminuiu, mas ainda sinto raiva.”*

Shapiro (2007, p. 214) esclarece que as sensações poderão incluir raiva ou pesar, devido a terem existido por muito tempo. É importante a sondagem corporal, que pode revelar outras redes associadas, contendo material disfuncional. A autora sugere nesses casos o exercício do lugar seguro, que pode ser de grande ajuda para assegurar a paciente de que ela pode recuperar sua estabilidade emocional.

Nesse momento a terapeuta propõe o exercício do lugar seguro e entrar em contato com o sentimento raiva, rastreando no passado.

No rastreamento do passado, para localizar os sentimentos de raiva e desejo de vingança, com a utilização de estimulações bilaterais, a paciente, após uma série de estimulações táteis e visuais, expressa: *“Procurar tirar essa raiva, ajudando as pessoas”* com a passagem bíblica: *“Quantas vezes eu devo perdoar? Sete vezes. Sete não, setenta vezes sete!”*

Terminada a sessão, a paciente, ao dizer que estava bem, afirmou: *“Emagreci... olha, perdi 10 quilos! Ao chegar em minha casa vou abraçar meu filho e visitar as mães que perderam os seus*

filhos.” Foi de grande importância o reconhecimento da necessidade do perdão, ter consciência que os sentimentos de raiva e desejo de vingança eram sentimentos de experiências de eventos passados, que eram “coisas antigas”. Ao reprocessar a experiência vivida do passado, a partir das estimulações bilaterais, a paciente pode criar novos paradigmas para retomar seu cotidiano, mais adaptada e mais presente na vida das pessoas que a rodeiam.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considero a vivência e a experiência nos Programas de Ajuda Humanitária Psicológica um marco em minha vida profissional como psicóloga clínica, terapeuta familiar e terapeuta na Abordagem EMDR. Nessa intervenção em uma única sessão de terapia EMDR, individual, de apenas duas horas, foi fundamental para que a paciente atendida conseguisse processar seus sentimentos e emoções potencializadas pela tragédia, como a raiva, a revolta e o desejo de vingança das situações traumatogênicas vividas.

A paciente pode criar novos paradigmas para continuidade de sua vida buscando resolução para as queixas apresentadas e, principalmente, se propor a expressar ao filho o seu amor e a alegria de estar com ele.

A intervenção com a abordagem EMDR, com seus procedimentos e métodos, foi fundamental para que a paciente conseguisse dessensibilizar e reprocessar os sentimentos e emoções disfuncionais pela tragédia, e assim poder perceber que “coisas do passado” estavam presentes. Possibilitou a liberação de sua percepção não consciente, não apenas as sensações físicas (“*veja como emagreci, perdi 10 quilos*”)

associadas às diversas emoções como a raiva, mais as sensações físicas armazenadas no momento da tragédia.

Embora a paciente não tenha relatado qual experiência do passado que insistia em permanecer no presente, e que dificultava o processamento das emoções e sentimentos pela tragédia da Boate Kiss, era evidente na fala e na expressão física que existiam experiências perturbadoras que não estavam sendo processadas, para isso foi feito rastreamento no passado acompanhado com estimulação bilateral, tátil e visual. A partir da dessensibilização e reprocessamento, a paciente conseguiu conscientizar-se que eram coisas do passado e deveriam ser perdoadas. A partir da resposta positiva, feita nova série de estimulação para instalar sentimentos positivos e as novas propostas de vida.

Após a sessão foi oferecido mais um atendimento, no dia seguinte, para checar e reforçar os aspectos positivos, ficando acertado que me procuraria caso necessitasse. No dia seguinte, retornou para me informar que estava bem, os sintomas haviam desaparecidos e que não precisava de nova sessão. Em situações de tragédias, é comum orientar as pessoas atendidas a procurar ajuda de profissionais locais na cidade, caso surja algum incômodo ou reincidência de sintomas.

Os locais para atendimentos em situações de catástrofes, tragédias e desastres vão sendo ampliados, seja embaixo de uma árvore ou em uma sala grande dividindo espaço com outros colegas, no saguão de um hotel... Enfim, o que importa é cuidar do paciente com ética, respeito, acolhimento, aceitando seus relatos, protegendo-o e ajudando-o. Cada experiência é única, singular às pessoas, ao ambiente, ao tipo de desastre. O foco é a pessoa com suas peculiaridades.

Como profissionais somos cuidados por colegas quando voltamos para a base depois de um dia exaustivo, somos acolhidos, cuidamos uns dos outros, principalmente com relação às ressonâncias.

Sem dúvida, fazer parte de um grupo de ajuda humanitária psicológica é algo indescritível, cada viagem, cada situação é ímpar, o aprendizado, a evolução pessoal e profissional, vai além das palavras, é uma lição de vida!

REFERÊNCIAS

- Andolfi, M.; Angelo, C.; Menghi, P.; Nicolo-Corigliano, A. M.** (1984). *Por Trás da Máscara Familiar. Um novo enfoque em terapia da família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bergmann, U.** (2014). *A Neurobiologia do Processamento de Informação e seus Transtornos. Implicações para a Terapia EMDR e outras Psicoterapias*. Brasília: Trauma Clinic Edições.
- Fonseca Filho, J.** (2000). *Psicoterapia da Relação*. São Paulo: Ágora.
- Knudsen, N.** (2012). Integrar EMDR y a teoría de Bowen en el tratamiento de la disfunción relacional crónica. In: Shapiro, F.; Kaslow, F. W.; Maxfield, L. (2012). *Manual de EMDR y procesos de Terapia Familiar*. Madrid: Ediciones Pléyades.
- Papero, D. V.** (1998). A teoria sobre os sistemas familiares de Bowen. In: Elkaïm, M. (org.). (1998) *Panorama das Terapias Familiares*. São Paulo: Summus.
- Shapiro, F.** (2007). *EMDR – Dessensibilização e reprocessamento através de movimentos oculares*. Brasília: Nova Temática.
- _____. (2013). *Supera Tu Pasado. Tomar el control de la vida con el EMDR*. Barcelona: Editorial Kairós.
- Zampieri, A. M. F.** (2013). *Programa de Ajuda Humanitária Psicológica – Manual de Capacitação*. Texto sem publicação; Material de apoio da equipe no Programa de Ajuda Humanitária Psicológica. São Paulo.
- _____. (2014a). Morte e tragédia pública – Sociodrama construtivista de desastres com EMDR. In: Weschsler, M. P.; Monteiro, R. F. (2014). *Psicodrama em espaços públicos. Práticas e Reflexões*. São Paulo: Ágora.
- _____. (2014b). Intervenções com grupos em Luto por Desastres naturais no Brasil – Programa de Ajuda Humanitária Psicológica. In: Santos, F. S.; Schliemann, A. L.; Solano, J. P. C. (orgs.) (2014). *Tratado sobre Perdas e Luto*. São Paulo: Atheneu.
- Wesselmann, D.** (2012). Tratar Problemas de apego a través de um enfoque de sistemas familiares y EMDR. In: Shapiro, F.; Kaslow, F. W.; Maxfield, L. (2012). *Manual de EMDR y procesos de Terapia Familiar*. Madrid: Ediciones Pléyades S. A.