

The background is a light blue gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across it. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance.

INTEGRANDO NEUROBIOLOGIA DA REGULAÇÃO EMOCIONAL E TERAPIA DO TRAUMA

REGULAÇÃO EMOCIONAL E IMPACTO SOCIAL



INTRODUÇÃO

EMDR É UM TRATAMENTO POR FASES ORIENTADO PARA TRATAMENTO DE TRAUMAS E RECONHECIDO COMO UMA TERAPIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS PARA TEPT;

MODELO SUPÕE QUE PSICOPATOLOGIA ATUAL É DEVIDO A:

- CODIFICAÇÃO MAL-ADAPTATIVA DE EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS OU EVENTOS ADVERSOS DE VIDA, OU
- PROCESSAMENTO INCOMPLETO DESSAS VIVÊNCIAS.

- ESSAS EXPERIÊNCIAS ARMAZENADAS DE MODO DISFUNCIONAL NÃO SÃO INTEGRADAS DE MODO ADAPTATIVO.
- OS PROCEDIMENTOS DE EMDR FACILITAM O (1) REPROCESSAMENTO EFETIVO DESSAS EXPERIÊNCIAS, BEM COMO DAS (2) CRENÇAS ASSOCIADAS (AUTOESTIMA), PROMOVENDO UMA RESOLUÇÃO ADAPTATIVA – INTEGRAÇÃO A CADEIAS ASSOCIATIVAS ORIENTADAS PARA O PRESENTE.
- PASSOS DE PROCEDIMENTO PERMITEM O ACESSO E A ATIVAÇÃO DESSES CONTEÚDOS, QUE EM SEGUIDA SE MODIFICAM PELO EFEITO DE ESTIMULAÇÃO BILATERAL – VISUAL, TÁTIL OU AUDITIVA.

8 FASES DO TRATAMENTO

1. LEVANTAMENTO DA HISTÓRIA CLÍNICA
2. PREPARAÇÃO
3. AVALIAÇÃO
4. DESSENSIBILIZAÇÃO
5. INSTALAÇÃO DA CRENÇA POSITIVA
6. CHECAGEM/ VERIFICAÇÃO CORPORAL
7. FECHAMENTO
8. REAVALIAÇÃO

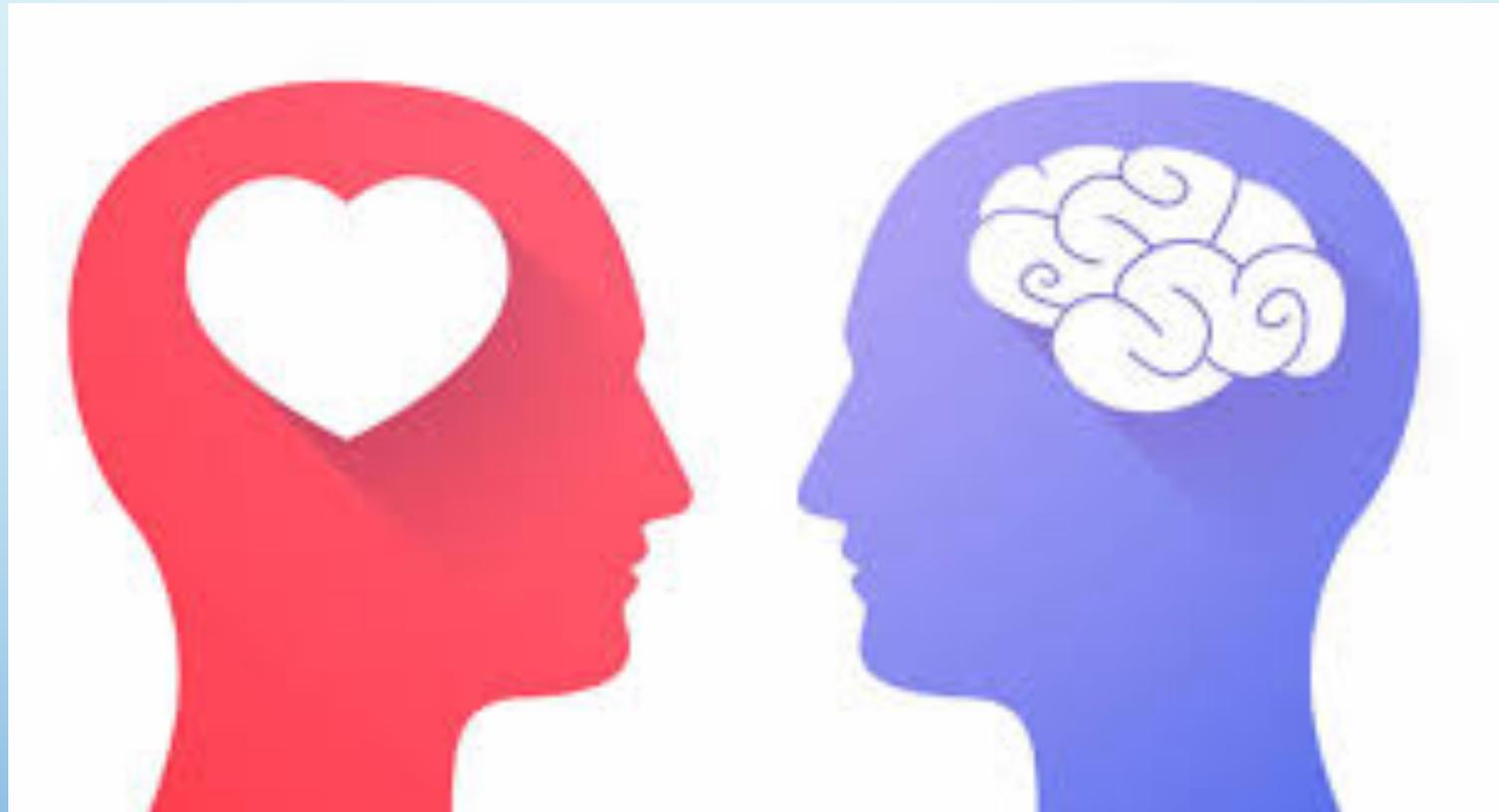
MODELOS DE AÇÃO - PAI

EBL PODEM DESBLOQUEAR O SISTEMA CEREBRAL INATO DE PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO.

A MEMÓRIA QUE NÃO FOI PROCESSADA DEVIDO AO IMPACTO DA EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA PODE CONECTAR-SE COM REDES DE MEMÓRIAS ADAPTATIVAS E FINALMENTE INTEGRADA.

PROCESSAMENTO REFERE-SE A PROCESSO MAIS COMPLEXO DO QUE SIMPLES FUNÇÃO COGNITIVA DO CÉREBRO. HÁ AINDA DIMENSÕES DA REGULAÇÃO DA EMOÇÃO QUE AINDA NÃO SÃO BEM COMPREENDIDAS.

SOMOS MOVIDOS NÃO SOMENTE PELA COGNIÇÃO



REGULAÇÃO EMOCIONAL E TERAPIA EMDR

AS CAPACIDADES DE REGULAÇÃO DE EMOÇÃO SÃO CONSIDERADAS POR CERTOS AUTORES COMO REQUISITO PARA PASSAGEM A FASE DE PROCESSAMENTO DE TRAUMA.

A DISSOCIATIVE DISORDERS TASK FORCE CONSIDERA BOA TOLERÂNCIA A AFETOS COMO PRÉ-CONDIÇÃO PARA TRABALHO FOCADO EM TRAUMA PARA PACIENTES DISSOCIATIVOS.

ENTRETANTO, ESSA PREOCUPAÇÃO É VOLTADA PRINCIPALMENTE PARA PACIENTES COM ATIVAÇÃO EMOCIONAL EXCESSIVA => SENTEM-SE FORA DE CONTROLE QUANDO ACESSAM CONTEÚDO EMOCIONAL E VIVENCIAM AS EMOÇÕES COMO REAÇÕES INVOLUNTÁRIAS DIANTE DE DISPARADORES INTERNOS.

REGULAÇÃO EMOCIONAL E TERAPIA EMDR

- A MAIORIA SUGERE USO DE TÉCNICAS HIPNÓTICAS E DE *MINDFULNESS* – PACIENTE APRENDE A NÃO REAGIR A DISPARADORES E A EVOCAR ESTADOS ALTERADOS SOBRE OS QUAIS TÊM CONTROLE PARA INICIAR, INTENSIFICAR E FINALIZAR A VIVÊNCIA – CAPACIDADE DE MUDANÇA DE ESTADO TREINADA NA FASE 2 (PREPARAÇÃO) DA TERAPIA EMDR.
- ALÉM DO LUGAR SEGURO PODEMOS INSTALAR AINDA PROTETOR, NUTRIDOR E SÁBIO INTERIORES,
- OPÇÃO ADICIONAL REFERE-SE AO CENTRO DE FORÇA INTERIOR, QUE SEMPRE NOS ACOMPANHA, SEM O QUAL NÃO TERÍAMOS SOBREVIVIDO



ESTRATÉGIAS ADICIONAIS DE ADMINISTRAÇÃO DE AFETOS:

EM FUNÇÃO DO PERFIL DO CLIENTE:

- EXERCÍCIOS DE CONTENÇÃO (SAÍDA DA JANELA DE TOLERÂNCIA COM CONTATO COM CONTEÚDO TRAUMÁTICO);
- ATIVIDADES DE *GROUNDING*, PARA SE PROPORCIONAR UMA ORGANIZAÇÃO *BOTTOM-UP*, QUE SE INICIA NO FÍSICO, CONCRETO E SOBE AO COGNITIVO
- ORIENTAÇÃO AO PRESENTE, PARA CLIENTES QUE PERDERAM ATENÇÃO DUAL E REAGEM DE MODO MAIS DISSOCIATIVO, EM PARTICULAR COM REAÇÕES DE DESREALIZAÇÃO



REGULAÇÃO EMOCIONAL E TERAPIA EMDR

- COUBARD (2015) PROPÔS QUE PROCEDIMENTOS DO EMDR FUNCIONAM COMO NEURO-TREINAMENTO EMOCIONAL, AUMENTANDO A META-EMOÇÃO = CAPACIDADE DE PENSAR SOBRE AS PRÓPRIAS EMOÇÕES, SEM ENGAJAR EM REAÇÕES DE EVITAÇÃO.
- SOLOMON E SHAPIRO (2008) DESTACAM O DESENVOLVIMENTO DE UMA ATITUDE *MINDFUL* E DE CONSCIÊNCIA SOMÁTICA COMO ELEMENTOS POTENCIAIS ATIVOS NO REPROCESSAMENTO.

NEURO TREINAMENTO

- HABILIDADES ESSENCIAIS PARA UM NEUROTREINO:
 1. IDENTIFICAR SEU ESTADO EMOCIONAL E O DE OUTROS (*MENTALIZING* – MENTALIZAÇÃO);
 2. ENTENDER O CURSO NATURAL DAS EMOÇÕES – ELEVAÇÃO, PICO OU PLATÔ E ACOMODAÇÃO/ ASSIMILAÇÃO;
 3. SER CAPAZ DE RACIOCINAR E ARGUMENTAR SOBRE EMOÇÕES – CAPACIDADE META-EMOCIONAL; E
 4. LIDAR COM E CONTROLAR AS EMOÇÕES

CONTEMPLAR AS PRÓPRIAS EMOÇÕES



PRÉ-MORBIDADE

HÁ QUE SE DISTINGUIR ENTRE :

(1) PCTS COM HISTÓRICO DE ESTABILIDADE E CONTROLE EMOCIONAL ANTERIOR À VIVÊNCIA TRAUMÁTICA, DESESTABILIZADORA E

(2) PCTS COM DIFICULDADES DECORRENTES DE TRAUMA DE APEGO OU DE TRAUMA COMPLEXO (REPETITIVO/ CUMULATIVO), QUE NÃO CONSEQUIRAM ADQUIRIR AUTORREGULAÇÃO EMOCIONAL.

EMDR - PARECE LÓGICO PENSAR QUE REPROCESSAMENTO SEJA DIFERENTE PARA ESSES DOIS SUBGRUPOS – TERAPIA FOCAL PARA PRIMEIRO GRUPO E RISCO DE DISSOCIAÇÃO ESTRUTURAL NO SEGUNDO

PRÉ-MORBIDADE E ADMINISTRAÇÃO DO ESPECTRO DAS EMOÇÕES



IMPACTOS DE ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DE EMOÇÕES NA FASE 1

ESTRATÉGIAS VÃO INFLUENCIAR O MODO COMO OS PACIENTES APRESENTAM SUAS QUEIXAS NA FASE 1. ELES PODEM:

- (1) ESTAR TENDENTES A TRABALHAR AS MEMÓRIAS TRAUMÁTICAS O QUANTO ANTES;
- (2) APRESENTAR RELUTÂNCIA EM LIDAR COM MEMÓRIAS E COM O PASSADO EM GERAL; OU
- (3) CONSIDERAR QUE SUPERARAM ESSAS SITUAÇÕES DO PASSADO

BOA VINCULAÇÃO E A PRONTIDÃO PARA ENFRENTAR TRAUMAS E FANTASIAS



COMO ESSES PACIENTES LIDAM COM EMOÇÕES?

AO TENTAR ACESSAR OS COMPONENTES DE UMA MEMÓRIA TRAUMÁTICA (FASE 3), OS

(1) PACIENTES COM PRONTIDÃO PARA TRATAR DE SEUS TRAUMAS LIDAM COM O ESTRESSE E SUAS EMOÇÕES DE MODO ADAPTATIVO;

(2) OS QUE RELUTAM EM LIDAR COM AS EMOÇÕES TENDEM A SENTIR-SE INUNDADOS POR EMOÇÕES; E

(3) OS QUE AFIRMAM TER SUPERADO PODEM SE SENTIR EMOCIONALMENTE DESCONECTADOS DA EXPERIÊNCIA.

CONEXÕES COM A TEORIA DE APEGO/ VINCULAÇÃO – OU TEORIA DE REGULAÇÃO EMOCIONAL

PACIENTES QUE

(1) ENFRENTAM AS OSCILAÇÕES DE INTENSIDADE EMOCIONAL -
APRESENTAM ESTILO DE APEGO SEGURO;

(2) TÊM RECEIO, MAS DESEJAM, O MAIS PROVÁVEL É QUE
REFLITAM UM ESTILO DE APEGO MAIS INSEGURO AMBIVALENTE;
E

(3) NÃO CONSEGUEM CONEXÃO COM A EMOÇÃO DAS
VIVÊNCIAS TRAUMÁTICAS EXPRESSAM ESTILO DE APEGO
INSEGURO ANSIOSO, EVITATIVO

EVITAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE CONTROLE DAS EMOÇÕES



FASE 4 – TUDO SE RESOLVE?

SEGUNDO O MODELO PAI, A ESTIMULAÇÃO BILATERAL QUE SE SEGUE AO ACESSO DOS COMPONENTES DA MEMÓRIA TRAUMÁTICA ATIVA E DESBLOQUEIA O SISTEMA INATO DE PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO.

O MODELO DE MEMÓRIA DE TRABALHO PARA O FUNCIONAMENTO DO EMDR DESTACA A FONTE DA NEUROCIÊNCIA COGNITIVA E MODELOS DE FUNCIONAMENTO DA MEMÓRIA – SOBRECARGA DA MEMÓRIA DE T.

NO ENTANTO, PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO NÃO É PURAMENTE COGNITIVO; INCLUI ELEMENTOS SENSORIAIS E EMOCIONAIS. AINDA PRECISAMOS DE MAIS INFORMAÇÕES A SEREM PESQUISADAS SOBRE NEUROBIOLOGIA DAS EMOÇÕES.

O QUE OCORRE NA FASE 4?

DE QUE MODO AS ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DE EMOÇÃO
PODEM INFLUIR NO PROCESSAMENTO DE MEMÓRIA?

MAIS ESPECIFICAMENTE: COMO DIFERENTES ESTILOS
DISFUNCIONAIS DE REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES PODEM SER
ATIVADOS QUANDO O SISTEMA DE REPROCESSAMENTO DE
INFORMAÇÃO É DESBLOQUEADO PELOS EBL?

SERÁ QUE FUNCIONA DO MESMO JEITO PARA QUEM APRESENTA
DESREGULAÇÃO EMOCIONAL ESPORÁDICA E PARA QUEM VIVE EM
DESREGULAÇÃO EMOCIONAL?

FREQUÊNCIA DA REAÇÃO DESREGULADA E PAI

PARECE QUE QUANDO A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL NÃO SE ENCONTRA DISSEMINADA PELOS CONTEXTOS DE VIDA DO PACIENTE OS PROCEDIMENTOS DO EMDR PROMOVEM UM NEURO-TREINAMENTO EMOCIONAL, COM PROCESSAMENTO COGNITIVO DE EMOÇÕES E REDUÇÃO DO MEDO CONDICIONADO, DESSENSIBILIZANDO DISPARADORES QUE EVOCAM RESPOSTAS EMOCIONAIS E FÍSICAS INVOLUNTÁRIAS.

QUANDO A DESREGULAÇÃO EMOCIONAL É HABITUAL (PACIENTE BORDERLINE, POR EXEMPLO), SÃO NECESSÁRIAS INTERVENÇÕES ADICIONAIS EM RELAÇÃO AO PROTOCOLO CLÁSSICO.

MODELOS TEÓRICOS SOBRE REGULAÇÃO EMOCIONAL

1. HIPER E HIPOATIVACÃO E JANELA DE TOLERÂNCIA
2. TEORIA POLIVAGAL
3. ESTRATÉGIAS DISFUNCIONAIS DE REGULAÇÃO DE EMOÇÕES
4. ESTRATÉGIAS DE SUPER OU SUB CONTROLE DA REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES
5. CONCLUSÕES

HIPER E HIPOATIVACÃO E JANELA DE TOLERÂNCIA

EM 1884 WILLIAM JAMES LIGOU ESTADOS EMOCIONAIS AO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO (SNA). HOJE EM DIA SABE-SE QUE O SNA NÃO É COMPLETAMENTE AUTÔNOMO – RELAÇÕES COM SISTEMA LÍMBICO E ÁREAS PRÉ-FRONTAIS.

NO REPROCESSAMENTO DE CONTEÚDO EMOCIONAL O ESTADO DE ATIVAÇÃO RESULTANTE DEPENDE NÃO SOMENTE DE RESPOSTAS FISIOLÓGICAS MEDIADAS PELO SNA, MAS DE FENÔMENOS DE REGULAÇÃO TOP-DOWN (INTERFERÊNCIA COGNITIVA)

TRANSTORNOS RELATIVOS A TRAUMA

PACIENTES HIPER RESPONSIVOS MANIFESTAM REATIVIDADE EMOCIONAL ELEVADA.

JÁ PACIENTES HIPORRESPONSIVOS APRESENTAM AFETO EMBOTADO, COMO RESULTADO DE INTERAÇÕES COMPLEXAS ENTRE SNA E REGIÕES CENTRAIS RESPONSÁVEIS POR REGULAÇÃO EMOCIONAL (DEL RÍO-CASANOVA, L. ET AL., 2016).

ESSA IDEIA DE ATIVAÇÃO ENCAIXA-SE BEM COM A NOÇÃO DE QUE A ATIVAÇÃO TÍPICA DA AMÍGDALA SE ELEVA EM PACIENTES COM TEPT DURANTE O REPROCESSAMENTO DE ESTÍMULOS AMEAÇADORES

HIPO E HIPER RESPONSIVO



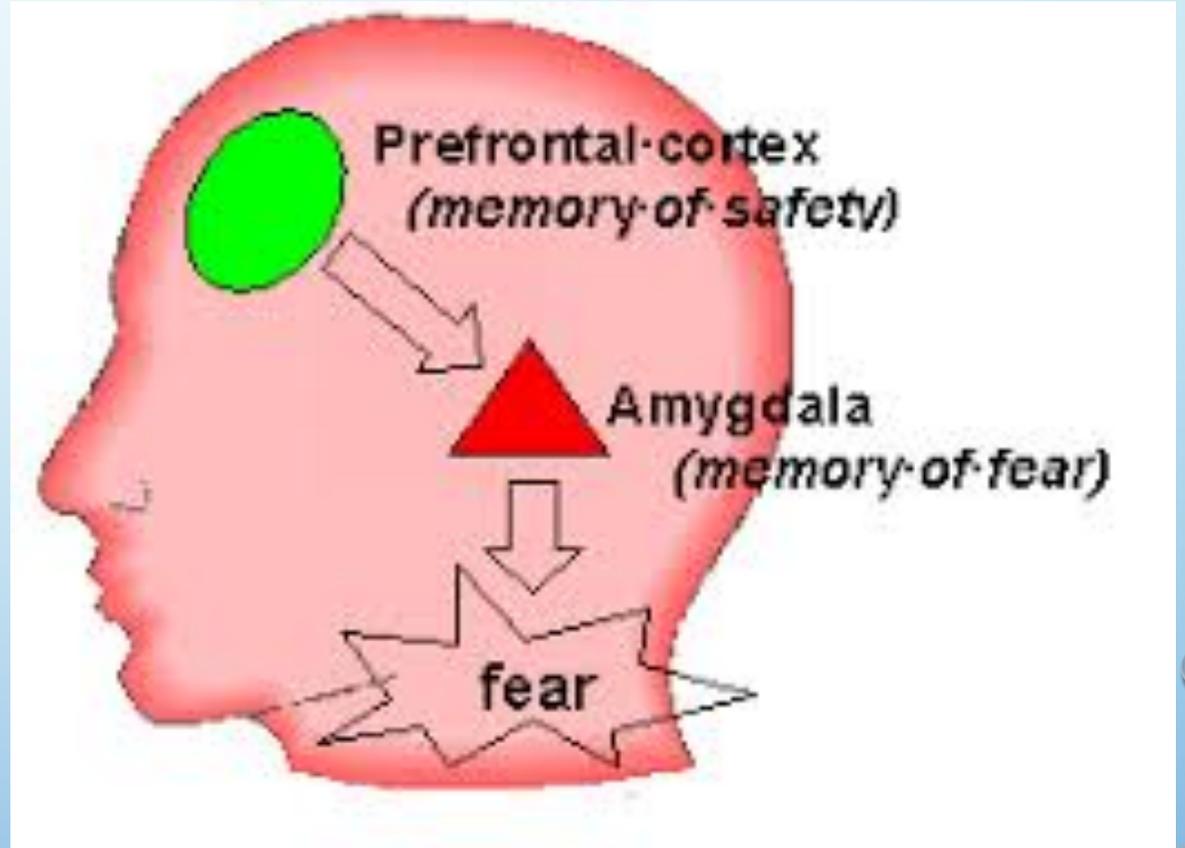
TRANSTORNOS RELATIVOS A TRAUMA

NO ENTANTO, TEPT NÃO É TRANSTORNO UNIFORME; EXISTE DESCRIÇÃO DE SUBTIPO DISSOCIATIVO. NESTA SITUAÇÃO, A HIPERATIVAÇÃO DA AMÍGDALA E A SUB-ATIVAÇÃO DO CÓRTEX PRÉ-FRONTAL SE INVERTEM (LANIUS ET AL, 2010).

A REALIDADE CLÍNICA É COMPLEXA E ESSA POLARIDADE ENTRE PACIENTES HIPER E HIPORRESPONSIVOS É APENAS UMA FORMA DE SE ENTENDER PROCESSOS DE REGULAÇÃO DE EMOÇÃO, COM VÁRIAS EXCEÇÕES.

ÀS VEZES HÁ CONFUSÃO NAS MEDIDAS ENTRE O QUE OS PACIENTES SENTEM SUBJETIVAMENTE E AQUILO QUE DEMONSTRAM FISIOLÓGICAMENTE – SENTEM DEMAIS, MAS NÃO RELATAM PERTURBAÇÃO SUBJETIVA

AMÍGDALA E CÓRTEX PRÉ-FRONTAL



PARA ALÉM DO HIPER OU HIPORRESPONSIVO

NO TEPT CLÁSSICO, SINTOMAS DE HIPER E HIPORRESPONSIVIDADE PODEM SE ALTERNAR, SENDO CONSIDERADOS COMO INSTABILIDADE DE ATIVAÇÃO (FISHER, 2014), OU COMO UM PROCESSO DE MOVIMENTAÇÃO DAS DIFERENTES PARTES DA PERSONALIDADE, NO CASO DE UM SUBTIPO DISSOCIATIVO.

ESSA COMPLEXIDADE CLÍNICA RELATIVIZA A UTILIDADE DO CONCEITO POLARIZADO DE ATIVAÇÃO.

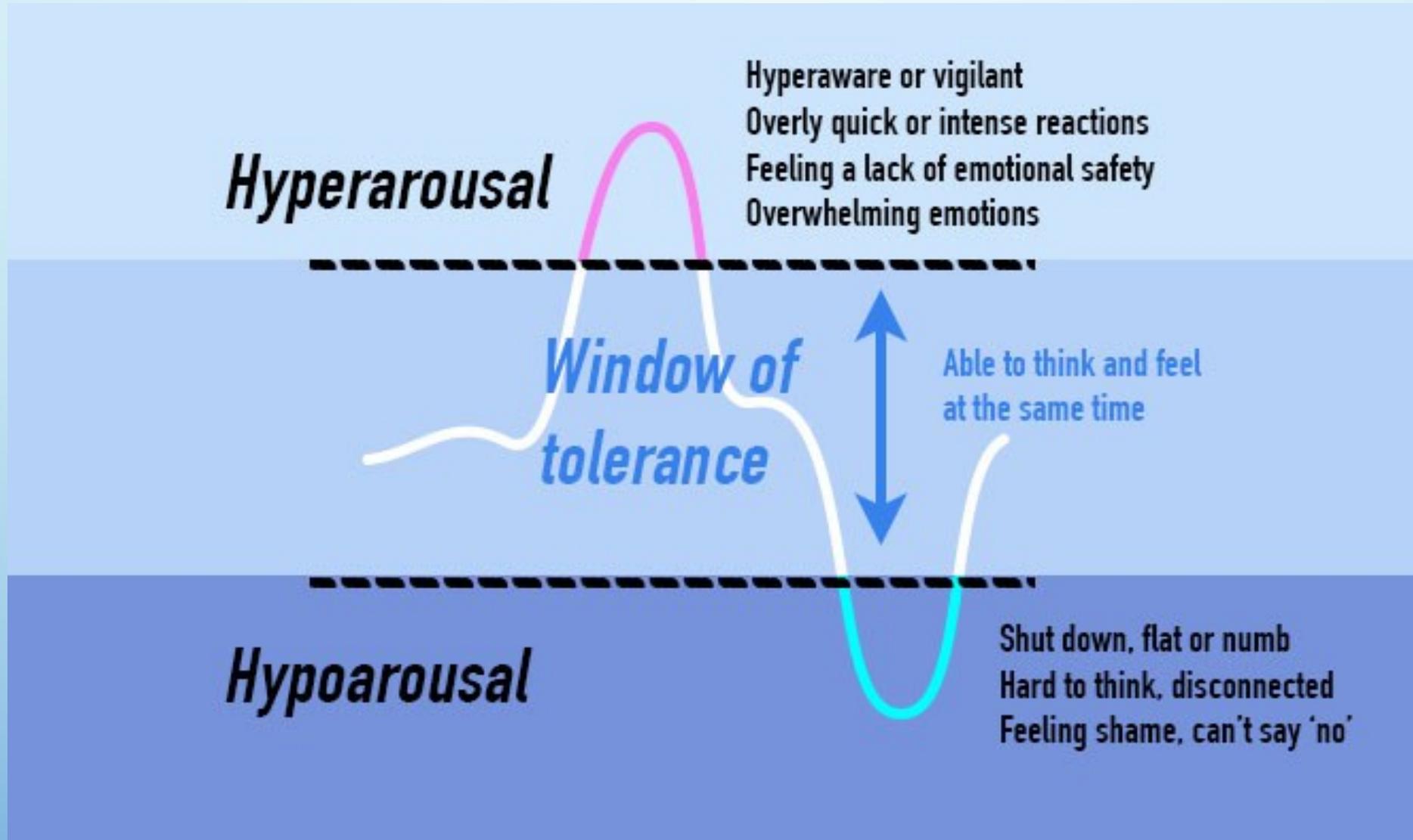
JANELA DE TOLERÂNCIA

EM 1908 FOI FEITA PROPOSTA DE QUE HAVERIA RELAÇÃO ENTRE NÍVEL ÓTIMO DE MOBILIZAÇÃO E DE DESEMPENHO.

FOI INTRODUZIDO O CONCEITO DE ZONA ÓTIMA DE EXCITAÇÃO RELATIVA AO ESTADO DE PROCESSAMENTO CEREBRAL.

SIEGEL (1999) RETOMOU A IDEIA E PROPÔS A EXISTÊNCIA DE JANELA DE TOLERÂNCIA EMOCIONAL – INTENSIDADES VARIADAS DE EXCITAÇÃO EMOCIONAL E FISIOLÓGICA PODEM SER PROCESSADAS SEM ROMPIMENTO DO FUNCIONAMENTO DO SISTEMA E COM BENEFÍCIO DAS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS.

JANELA DE TOLERÂNCIA



JANELA DE TOLERÂNCIA

MODELO BASEADO NO ENTENDIMENTO DAS RESPOSTAS EMOCIONAIS COMO UM TODO, A PARTIR DE UMA PERSPECTIVA QUANTITATIVA – NEM DE MAIS, NEM DE MENOS.

A PALAVRA "TOLERÂNCIA" NÃO SE REFERE A "QUANTA" EMOÇÃO O PACIENTE SENTE, MAS AO QUÃO ACEITÁVEL É ESSA EMOÇÃO.

DETERMINADA INTENSIDADE DE EMOÇÃO PODE SER ADEQUADA PARA PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO, MAS PACIENTE PODE NÃO GOSTAR DO NÍVEL DE EMOÇÃO.

CONSIDERAÇÕES PARA ALÉM DA JANELA DE TOLERÂNCIA

A SITUAÇÃO ÓTIMA IMPLICARIA INTENSIDADE MÉDIA DE EMOÇÕES E BOA TOLERÂNCIA A ELAS.

PARA ALÉM DE UMA PERSPECTIVA POLARIZADA, HÁ OUTRAS DIMENSÕES QUE PRECISAM SER CONSIDERADAS PARA EXPLICAR O PROCESSAMENTO EMOCIONAL, QUANDO PENSAMOS EM UM CÉREBRO COMPLEXO

ALÉM DA EXCITAÇÃO/ ATIVAÇÃO, DEVERÍAMOS CONSIDERAR A VALÊNCIA DAS EMOÇÕES (POSITIVAS/ NEGATIVAS), BEM COMO A ESPECIFICIDADE NA MANIFESTAÇÃO NEUROBIOLÓGICA DE COMO CERTAS EMOÇÕES DIFEREM DE OUTRAS – RAIVA, VERGONHA, MEDO

CONSIDERAÇÕES PARA ALÉM DA JANELA DE TOLERÂNCIA

O NÍVEL DE ATIVAÇÃO

CONSCIÊNCIA QUE PACIENTE TEM DO NÍVEL DE ATIVAÇÃO

O MODO COMO O PACIENTE COMUNICA (OU NÃO) SEU ESTADO EMOCIONAL

AVALIAÇÃO DO TERAPEUTA

2 PESSOAS PODEM SENTIR ATIVAÇÃO SEMELHANTE COM NÍVEIS DIFERENTES DE INTENSIDADE

PACIENTES COM ALEXITIMIA PODEM SENTIR EMOÇÕES INTENSAS, SEM CLAREZA DO QUE SENTEM OU DO PORQUÊ

JANELA DE TOLERÂNCIA E DISSOCIAÇÃO

SINTOMAS DISSOCIATIVOS SÃO RESPOSTAS FREQUENTES AO TEPT E PODEM SER INDEVIDAMENTE INCLUÍDAS NA JANELA DE TOLERÂNCIA, PRINCIPALMENTE COMO HIPOATIVACÃO.

REDUZIR DISSOCIAÇÃO A HIPER OU HIPOATIVACÃO MINIMIZA OUTRAS CARACTERÍSTICAS ESSENCIAIS DE DISSOCIAÇÃO GRAVE, COMO CONFUSÃO E ALTERAÇÕES DE PERSONALIDADE

JANELA DE TOLERÂNCIA E EMDR

DIFERENTEMENTE DE OUTRAS TERAPIAS, OS EBL PROMOVEM ATIVAÇÃO PARASSIMPÁTICA

CLINICAMENTE OBSERVAMOS REDUÇÃO DA MOBILIZAÇÃO DO PACIENTE, O QUE TRAZ O PACIENTE DE VOLTA PARA A JANELA DE TOLERÂNCIA

OS EFEITOS NEGATIVOS DE NÍVEIS ELEVADOS DE PERTURBAÇÃO AINDA NÃO FORAM COMPROVADOS

A MANIFESTAÇÃO DE UMA PARTE DO SELF EM PACIENTES DISSOCIATIVOS PODE SER A FONTE DE UM BLOQUEIO DE REPROCESSAMENTO

HIPO/ HIPER E JANELA DE TOLERÂNCIA NÃO SÃO AS ÚNICAS VARIÁVEIS A SEREM CONSIDERADAS

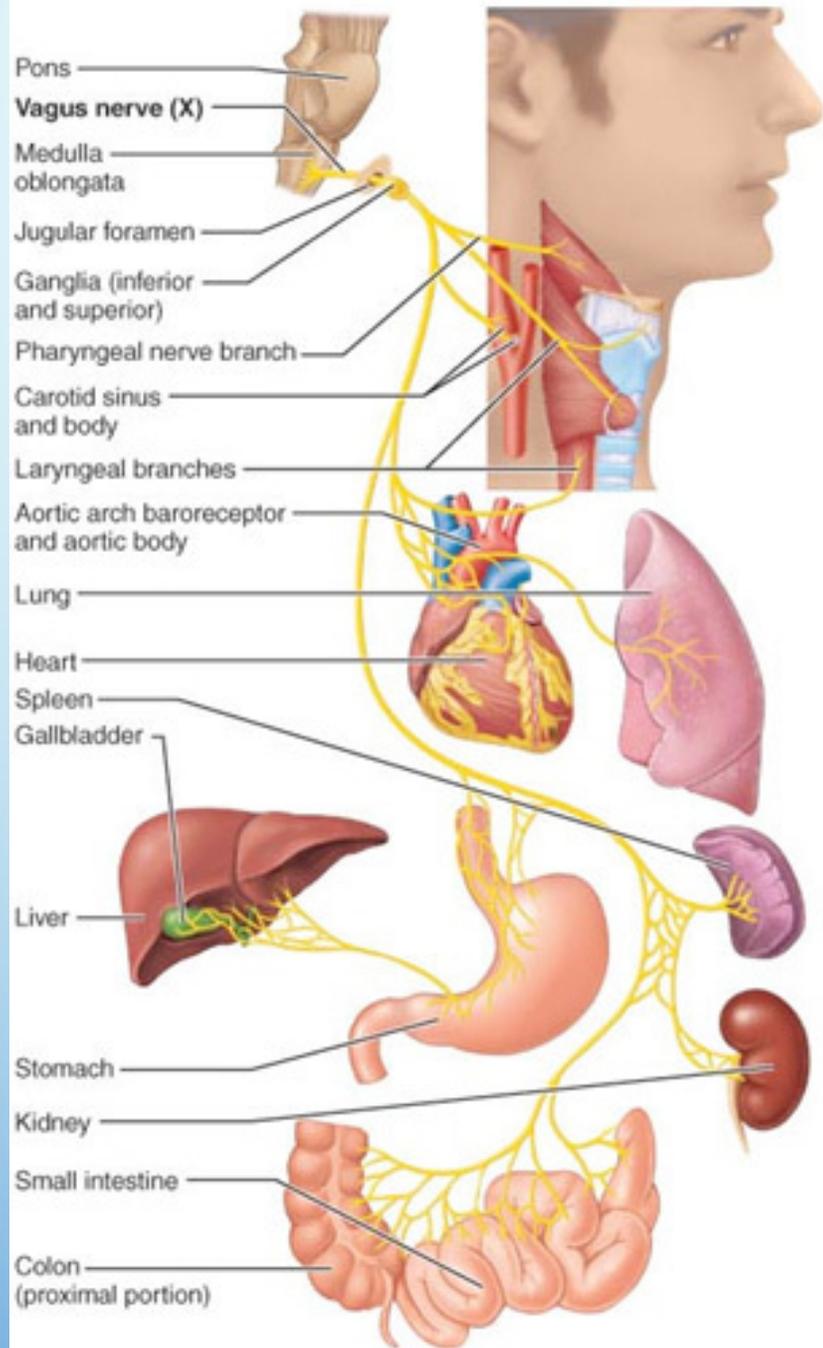
TEORIA POLIVAGAL E REGULAÇÃO EMOCIONAL

CONCEITO ALTERNATIVO PARA COMPREENDER NÍVEIS DIFERENTES DE ATIVAÇÃO EMOCIONAL (PORGES, 2009)

PROPÕE UMA ESTRUTURA HIERÁRQUICA NO SNA MEDIADA POR RAMOS DISTINTOS DO NERVO VAGO.

A PARTE MIELINIZADA DO NERVO VAGO RELACIONA-SE AO ENGAJAMENTO SOCIAL E REPRESENTA O SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO MAIS DESENVOLVIDO

QUANDO O SISTEMA FALHA OU SE ENCONTRA SUBDESENVOLVIDO, ATIVAÇÃO SIMPÁTICA PREDOMINA, PROMOVENDO REAÇÕES DE MOBILIZAÇÃO (LUTA E FUGA)



TEORIA POLIVAGAL E REGULAÇÃO EMOCIONAL

HIPORRESPONSIVIDADE EXTREMA SERIA ATIVAÇÃO DE RESPOSTA MAIS PRIMITIVA MEDIADA PELO SISTEMA VAGAL NÃO MIELINIZADO, QUE PROMOVE RESPOSTAS DE DESLIGAMENTO (IMOBILIZAÇÃO ATÔNICA).

ESSES ESTADOS AUTONÔMICOS DIFERENTES PODEM SER RELATIVOS A DIFERENTES RESPOSTAS DISSOCIATIVAS – COM SISTEMAS DE AÇÃO DE LUTA/FUGA OU COLAPSO.

Hierarchy of nervous system response

When nervous system evolved

Feels like

What it does

Hierarchy of nervous system response	When nervous system evolved	Feels like	What it does
1st Response Parasympathetic Nervous System	Recently	Safety	Social engagement, regulates digestion, eye contact, sensory perception
2nd Response Sympathetic Nervous System	Long Ago	Moderate to extreme danger	Mobilizes the body to fight or flee, releases cortisol
3rd Response Nonmyelinated Vagus Nerve	Very Long Ago	Life threatening	Freeze, faint, fake death

TEORIA POLIVAGAL E EMDR

TRADICIONALMENTE SE ENTENDE QUE OS EBL PRODUZEM ATIVAÇÃO DO PARASSIMPÁTICO, MAS ESSA ATIVAÇÃO IMPACTA DE MODO DIFERENTE OS ESTADOS DE ATIVAÇÃO

A TEORIA POLIVAGAL AJUDA A ENTENDER O PORQUÊ DE ALGUMAS VEZES OS EBL PRODUZIREM REAÇÕES PARADOXAIS – ATIVAÇÃO SIMPÁTICA OU NENHUMA RESPOSTA APARENTE.

SE O PACIENTE ESTIVER EM ESTADO HIPER-RESPONSIVO, OS EBL ATUAM DE MODO EFETIVO.

SE ESTIVER EM ESTADO HIPORRESPONSIVO, NEM SEMPRE.

TEMOS QUE AVALIAR O ESTADO DO CLIENTE PARA VER A INDICAÇÃO DOS EBL

TEORIA POLIVAGAL E DISSOCIAÇÃO

TEORIA POLIVAGAL COMBINA BEM COM A TEORIA ESTRUTURAL DA DISSOCIAÇÃO DA PERSONALIDADE

DE ACORDO COM A TEORIA EDP, PARTES EMOCIONAIS DISSOCIATIVAS DA PERSONALIDADE SÃO BASEADAS EM SUBSISTEMAS DEFENSIVOS DIVERSOS E PERMANECEM BLOQUEADAS RIGIDAMENTE NA EXPERIÊNCIA DO TRAUMA.

RESPOSTAS DE LUTA/FUGA BASEADAS EM ATIVAÇÃO SIMPÁTICA PODEM APARECER QUANDO O SUJEITO SE APROXIMA DE TEMAS TRAUMÁTICOS, MAS EM TRANSTORNOS DISSOCIATIVOS COMPLEXOS ESSAS RESPOSTAS EVIDENCIAM PARTES DISSOCIATIVAS COM DIFERENTES GRAUS DE ESTRUTURAÇÃO MENTAL E AUTONOMIA.

DISSOCIAÇÃO E REGULAÇÃO EMOCIONAL

PARTES NÃO INTEGRADAS PODEM ESTAR CONECTADAS POR MEIO DE EMOÇÕES DIVERSAS (FÚRIA, MEDO), LIGADAS A SISTEMAS DE AÇÃO DIVERSOS (RESPOSTAS DE AGRESSIVIDADE OU DE EVITAÇÃO) E A DIVERSAS PARTES DE MEMÓRIAS.

ATIVAÇÃO DESSAS PE PODE SER IDENTIFICADA CLINICAMENTE POR:

ALUCINAÇÕES AUDITIVAS,

REAÇÕES EGODISTÔNICAS (DESPERSONALIZAÇÃO),

BLOQUEIOS DE PROCESSAMENTO OU

TROCA DE PERSONALIDADES

TEORIA POLIVAGAL

CONTRIBUIÇÕES ADICIONAIS DA TP:

1. EMOÇÕES NÃO SÃO APENAS FENÔMENO CEREBRAL, MAS RESULTADO DE UM FEEDBACK CONSTANTE ENTRE SNC E SISTEMA NERVOSO AUTÔNOMO VISCERAL AFERENTE, PROVENIENTE DE TODO O CORPO
2. INCLUSÃO DA REGULAÇÃO RELACIONAL. ENGAJAMENTO SOCIAL É FONTE PREFERENCIAL DE REGULAÇÃO.

BEBÊ BUSCA TRANQUILIZAÇÃO DO CUIDADOR PARA MODULAR SUA ATIVAÇÃO AMIGDALAR E AS EMOÇÕES EM GERAL.

RUPTURAS RELACIONAIS DEIXAM O SISTEMA SUBDESENVOLVIDO OU DISFUNCIONAL.

TEORIA POLIVAGAL

MUITOS PACIENTES QUE PROCURAM TERAPIA APRESENTAM FALHAS E TRAUMAS DE APEGO

NA TERAPIA EMDR MEMÓRIAS, CRENÇAS, EMOÇÕES E SENSações FÍSICAS RELATIVAS ÀS FASES INICIAIS DE VINCULAÇÃO PODEM ATIVAR-SE NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA (STERN, 2010)

TERAPEUTA PODE SER DISPARADOR DE TRAUMA, EM VEZ DE FONTE DE ESTABILIDADE E CALMA

PACIENTE PODE TER RECEIO DE NÃO SE COMPORTAR DIREITO (COMO OCORREU NO PASSADO) OU DE SENTIR-SE MUITO VULNERÁVEL COM A PROXIMIDADE DO TERAPEUTA E RETALIAR, PROVOCANDO MUITA EMOÇÃO – MAS O PROBLEMA NÃO É A QUANTIDADE DE EMOÇÃO

ESTRATÉGIAS DISFUNCIONAIS DE REGULAÇÃO DE EMOÇÕES

MODELO SEQUENCIAL – PESSOA PODE SELECIONAR SITUAÇÕES PARA MAXIMIZAR A POSSIBILIDADE DE EXPERIENCIAR EMOÇÕES DESEJÁVEIS E MINIMIZAR AS INDESEJÁVEIS.

PCT PODE MODIFICAR A SITUAÇÃO ENQUANTO ELA OCORRE E REDIRECIONAR ATENÇÃO PARA PARTE ESPECÍFICA DA SITUAÇÃO - AUMENTANDO OU REDUZINDO CERTAS EMOÇÕES.

SE PACIENTE ESTIVER ACOSTUMADO COM A SUPRESSÃO DAS EMOÇÕES, PODE ATIVAR ESSA ESTRATÉGIA E BLOQUEAR REPROCESSAMENTO, COM OU SEM EBL

ESTRATÉGIAS DISFUNCIONAIS

APEGO PRECOCE É A BASE ONDE AS PESSOAS APRENDEM A REGULAR EMOÇÕES POR FEEDBACK INTERATIVO DA DÍADE CUIDADOR-CRIANÇA.

APEGO DISFUNCIONAL ENCORAJA ATIVAÇÃO CONTINUADA DE SUPRESSÃO DAS EMOÇÕES.

ESTRATÉGIAS VINCULARES SECUNDÁRIAS (HIPER ATIVAÇÃO ANSIOSA E DEATIVAÇÃO EVITATIVA) SUBSTITUEM A INTERAÇÃO SINTONIZADA, TORNANDO-SE PADRÕES CRONIFICADOS (BOWLBY, 1973).

ESTRATÉGIAS DE SUPER OU SUB CONTROLE DA REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES

PCTS COM APEGO EVITATIVO TENTAM BLOQUEAR OU INIBIR REAÇÕES EMOCIONAIS, EVITANDO ATIVAÇÃO DO SISTEMA DE APEGO NA FASE DE DESSENSIBILIZAÇÃO NÃO RELATAM QUALQUER PERTURBAÇÃO, NADA APARECE.

HIPERATIVAÇÃO ANSIOSA E ESQUIVA PODEM SER DEFLAGRADAS POR CONTATO COM ALGUMA MEMÓRIA RELACIONAL OU POR INTERAÇÃO COM TERAPEUTA

PCTS MOSTRAM SUAS EMOÇÕES, MAS NÃO COGITAM REGULAR OU PENSAR SOBRE ELAS, CRIANDO SIMBOLIZAÇÃO – ALFABETIZAÇÃO EMOCIONAL DEFEITUOSA.

ESTRATÉGIAS DE SUPER OU SUB CONTROLE DA REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES

ESQUIVA EXPERIENCIAL PODE SER ENTENDIDA COMO RELUTÂNCIA EM MANTER-SE EM CONTATO COM EXPERIÊNCIAS INTERIORES, COMO EMOÇÕES, PENSAMENTOS... ESTRATÉGIA NÃO ADAPTATIVA DE *COPING*.

ESSES PCTS APRESENTAM PROBLEMAS EM TERAPIAS ORIENTADAS PARA TRAUMA

RELUTAM EM FAZER EMDR, OU EM SE APROXIMAR DE CERTAS LEMBRANÇAS TRAUMÁTICAS

PODEM SER SUBMISSOS E ALEGAR QUE QUEREM COMEÇAR O REPROCESSAMENTO PARA AGRADAR TERAPEUTA (EVITAR CONFLITOS), MAS AO MESMO TEMPO TENTANDO NÃO AVANÇAR => AUSÊNCIA DE RESULTADOS SATISFATÓRIOS (ACELERAR E FREAR AO MESMO TEMPO)



ESTRATÉGIAS DE SUPER OU SUB CONTROLE DA REGULAÇÃO DAS EMOÇÕES

OUTRO MECANISMO É A MOBILIZAÇÃO ATENCIONAL
(ATTENTIONAL DEPLOYMENT) – RECRUTAMENTO DE PROCESSOS
DE ATENÇÃO PARA MOLDAR A EXPERIÊNCIA EMOCIONAL:

1. DISTRAÇÃO
2. RECURSOS COGNITIVOS
3. RUMINAÇÃO
4. ESTRATÉGIAS PARA EMOÇÕES ESPECÍFICAS

MOBILIZAÇÃO ATENCIONAL – DISTRAÇÃO

1. DISTRAÇÃO - MUDAR DE UM ASPECTO DA SITUAÇÃO PARA OUTRO, OU FICAR TOTALMENTE FORA DA SITUAÇÃO – REDUZ EMOÇÕES PERTURBADORAS = DISTRAÇÃO DESENGAJANTE, EM PROCESSOS INICIAIS DE PROCESSAMENTO COGNITIVO DE INFORMAÇÃO EMOCIONAL - PREVINE O PROCESSO ELABORATIVO DE OCORRER – DIFÍCIL DE IDENTIFICAR NO EMDR, QUANDO ASSOCIAÇÃO COM TEMAS APARENTEMENTE DESCONEXOS PODE SER UM TRAJETO IMPORTANTE PARA O REPROCESSAMENTO FINAL DA MEMÓRIA TRAUMÁTICA.

PACIENTE ÀS VEZES PODE LIGAR TEMA PERTURBADOR A UM ELEMENTO CALMO E AGRADÁVEL, COMO FORMA DE NÃO PERMITIR QUE O PROCESSAMENTO REAL OCORRA

DISTRAÇÃO



MOBILIZAÇÃO ATENCIONAL – DISTRAÇÃO

MUITAS VEZES O RETORNO À MEMÓRIA ALVO PODE SER SUFICIENTE PARA REDUZIR A PERTURBAÇÃO E INTERROMPER A DISTRAÇÃO DESENGAJANTE.

QUANDO EBL REDUZ A PERTURBAÇÃO, OUTRAS ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DE EMOÇÃO PODEM SER EMPREGADAS.

O MECANISMO PODE SER TÃO AUTOMÁTICO QUE A DISPERSÃO IMPEDE O REPROCESSAMENTO DA MEMÓRIA PERTURBADORA.

MOBILIZAÇÃO ATENCIONAL – RECURSOS COGNITIVOS

2. DURANTE AS ESTRATÉGIAS DE CONCENTRAÇÃO OS RECURSOS COGNITIVOS SÃO FOCADOS DENTRO DE UMA ATIVIDADE.

ESTA ESTRATÉGIA REGULATÓRIA PODE SER EMPREGADA NA MEDITAÇÃO, QUANDO CONCENTRAMOS A ATENÇÃO NA RESPIRAÇÃO OU EM ESTÍMULOS VISUAIS/ AUDITIVOS

NO EMDR A CONCENTRAÇÃO EXCESSIVA OCORRE QUANDO O PACIENTE COMEÇA A CONTAR O NÚMERO DE EBL, OU SE CONCENTRA TANTO NA MEMÓRIA ALVO QUE DESCONSIDERA OUTRAS ASSOCIAÇÕES QUE PODEM SURGIR ESPONTANEAMENTE – ANSIEDADE DE DESEMPENHO.

CONCENTRAÇÃO



MOBILIZAÇÃO ATENCIONAL – RUMINAÇÃO

3. PENSAMENTO PERSEVERANTE SOBRE SENTIMENTOS E PROBLEMAS – PODE VOLTAR-SE PARA EMOÇÕES NEGATIVAS E TRANSFORMA-SE EM ESTRATÉGIA DISFUNCIONAL.

PCT SUPER FOCADO EM CONTEÚDO E EM EMOÇÕES NEGATIVAS PODE TER DIFICULDADE DE DEIXAR O PROCESSO FLUIR E DE CONECTAR-SE A CONTEÚDO POSITIVO – DESCRENÇA EM MUDANÇA. PCT APRISIONA-SE EM CADEIA TRAUMÁTICA.

A CARACTERÍSTICA DEPRESSIVA PODE SER CONTORNADA COM MEDICAÇÃO ANTIDEPRESSIVA, REDUZINDO-SE A RUMINAÇÃO – REAVALIAÇÃO DE FASE 2.

RUMINAÇÃO



ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DE EMOÇÃO

ESTRATÉGIAS DISFUNCIONAIS PODEM SER GENERALIZADAS OU RESTRITAS A CERTAS EMOÇÕES ESPECÍFICAS. EXEMPLOS:

- CULPA, MAS PODE NÃO SER CONSCIENTE PARA O PCT, QUE EXTERNALIZA OUTRA EMOÇÃO (RAIVA) - CULPABILIZAÇÃO DOS OUTROS EVITA CONTATO COM A FRAGILIDADE PESSOAL.
- VERGONHA CATASTRÓFICA PODE INIBIR VONTADE DE LIDAR COM CERTO TEMA E EVOCAR REAÇÕES DE CONTROLE
- DEMONSTRAÇÕES DE RAIVA PODEM CAMUFLAR TRISTEZA.

PACIENTES PODEM QUERER REGULAR CERTAS EMOÇÕES MAIS DO QUE OUTRAS, MAIS TOLERÁVEIS.

EMOÇÕES EVITADAS



CONCLUSÃO SOBRE ESTRATÉGIAS INADEQUADAS DE REGULAÇÃO DE EMOÇÕES

DEPENDENDO DOS TEMAS A SEREM REPROCESSADOS, PCT PODE RECORRER A ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DE EMOÇÕES QUE SÃO MAIS DIFÍCEIS PARA A PESSOA (SENTIR TRISTEZA EM VEZ DE RAIVA),

MAS PODEM ESTAR AUSENTES NO CONTEXTO DE OUTRAS EMOÇÕES/ OUTRAS MEMÓRIAS

CURVA DE APRENDIZAGEM DO PACIENTE EM RELAÇÃO AO REPROCESSAMENTO DE EMOÇÕES – COMEÇAR COM EMOÇÕES MAIS FAMILIARES ATÉ CONSEGUIR ABORDAR OUTRAS EMOÇÕES MAIS MOBILIZADORAS.

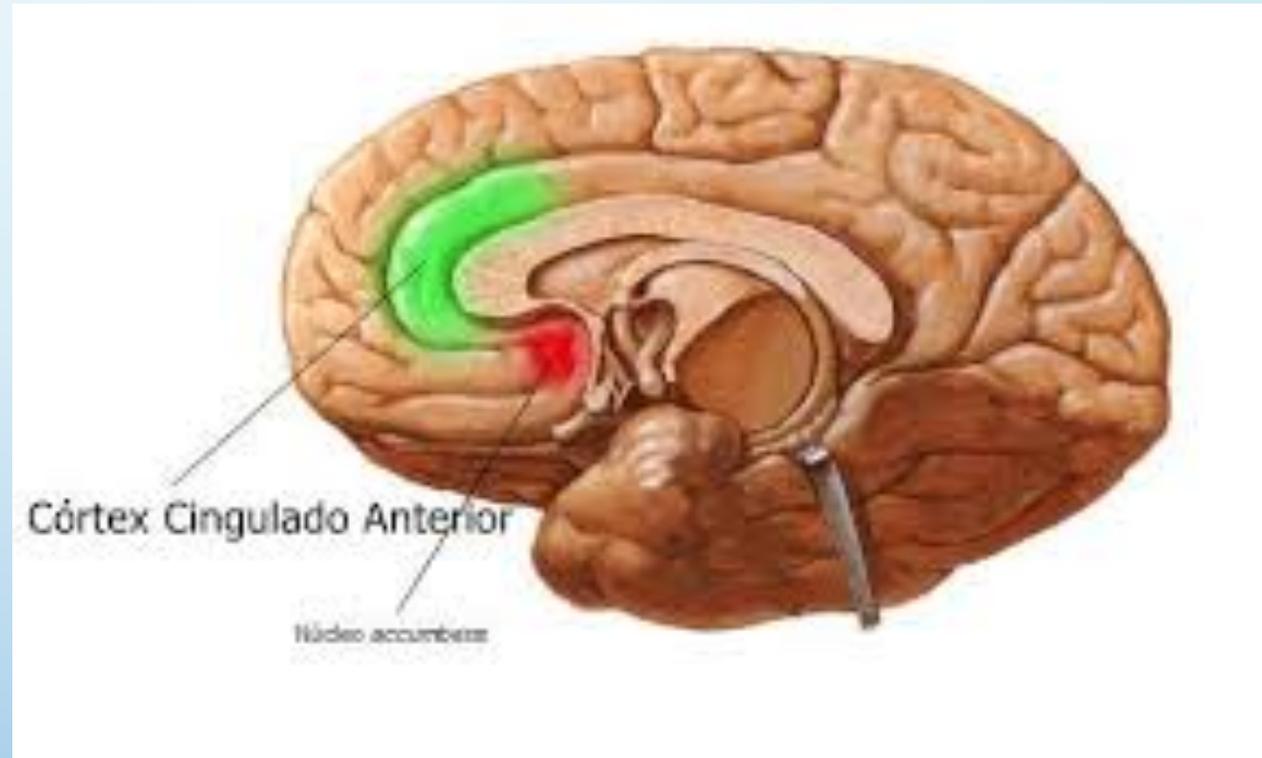
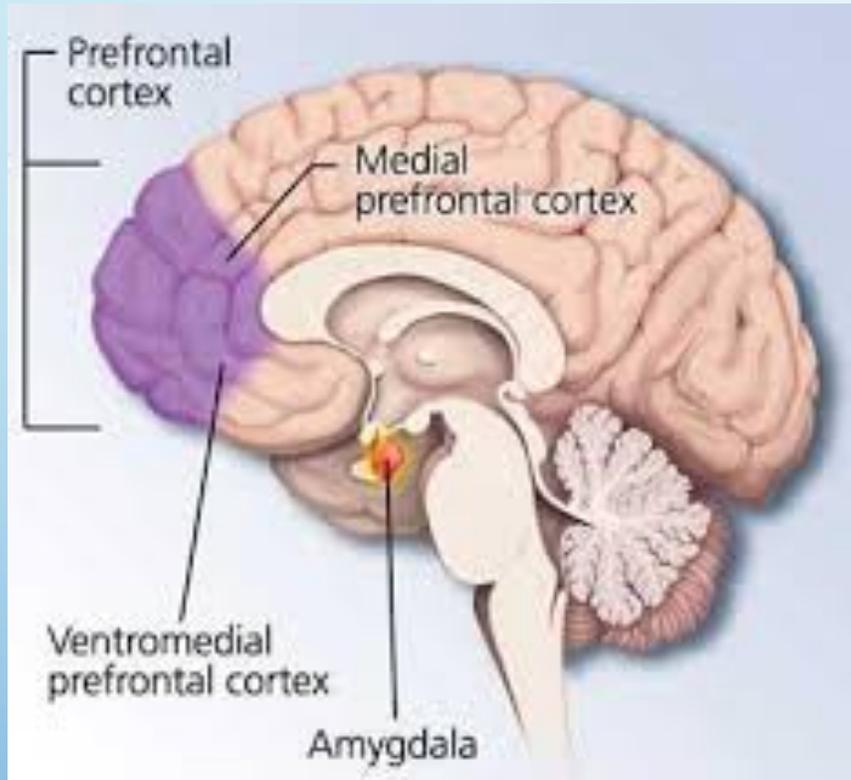
ESTRATÉGIAS DE SOBRE E SUB CONTROLE DE REGULAÇÃO DE EMOÇÕES

PCT PODE TENTAR ICS/CS CONTROLAR O FLUXO DE EMOÇÕES – SUB REGULAÇÃO = REDUÇÃO DA CAPACIDADE DE O CPF INIBIR O SISTEMA LÍMBICO

SOBRE REGULAÇÃO = CP VENTROMEDIAL E CINGULADO ANTERIOR ESTÃO HIPER ATIVADOS, INIBINDO SISTEMA LÍMBICO.

- NORMALMENTE BORDERLINE, TEPT SEM DISSOCIAÇÃO E TRANSTORNOS CONVERSIVOS => SUB REGULAÇÃO
- ALEXITÍMICOS, TEPT DISSOCIATIVO, OBSESSIVOS => REGULAÇÃO EXCESSIVA

CÓRTEX PRÉ-FRONTAL VENTROMEDIAL E CINGULADO ANTERIOR



ESTRATÉGIAS DE SOBRE E SUB CONTROLE DE REGULAÇÃO DE EMOÇÕES

DISSOCIAÇÃO PODE SER ENTENDIDA NÃO SÓ COMO DESCONEXÃO DEVIDO A INTENSIDADE EMOCIONAL EXTREMA, MAS COMO ATIVAÇÃO DE PADRÕES DISFUNCIONAIS DE REGULAÇÃO.

EFEITO DE EMDR FOI MAIS ESTABELECIDO PARA TEPT SEM DISSOCIAÇÃO – SISTEMA LÍMBICO ATIVADO E CPF SUBATIVADO – EBL REVERTEM ESSE PADRÃO DISFUNCIONAL.

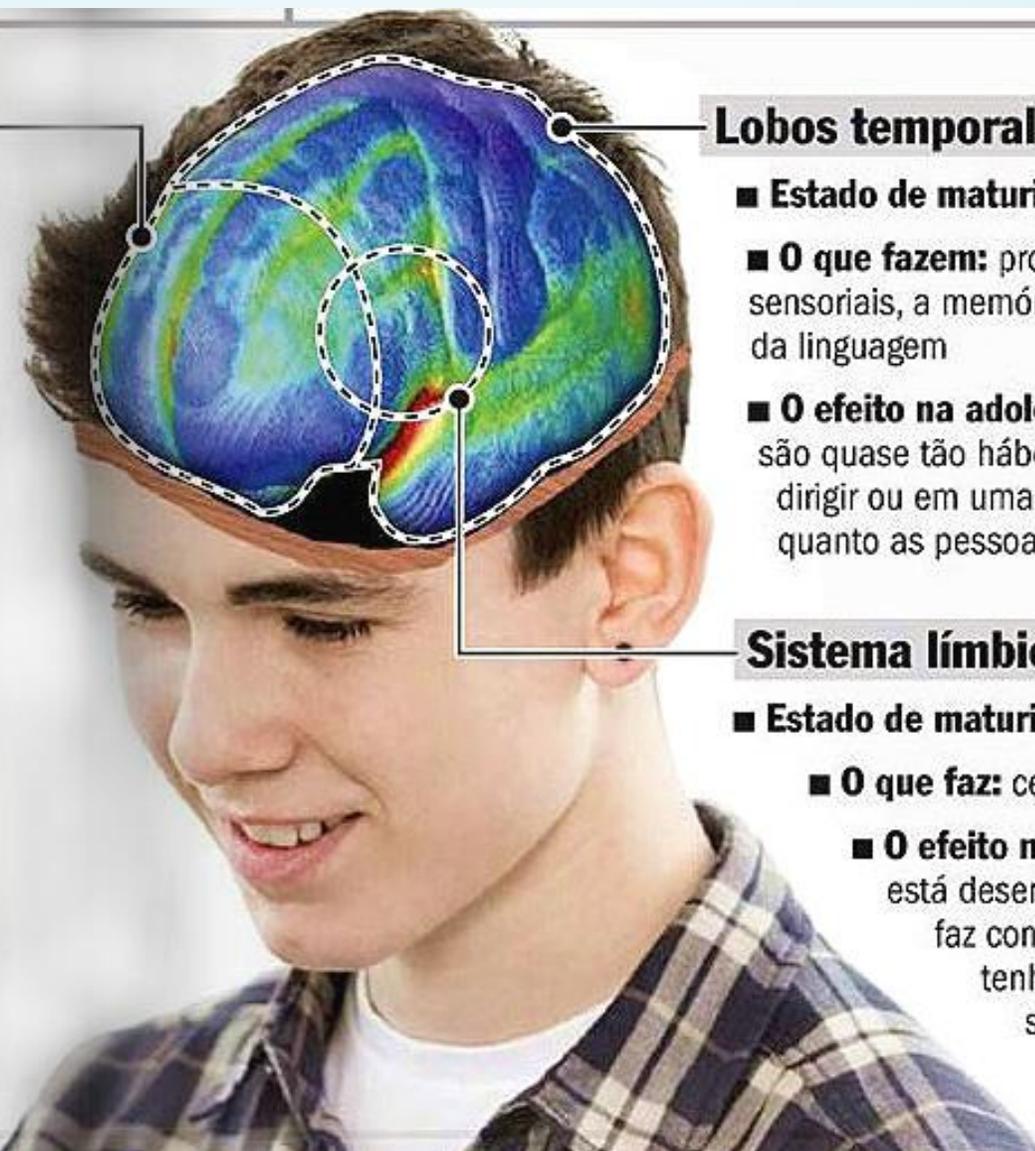
EMDR PARECE NÃO SER FACILMENTE EMPREGADO NA ESTRATÉGIA OPOSTA – TEPT DISSOCIATIVO E SUPER REGULAÇÃO.

Córtex pré-frontal

■ **Estado de maturidade:** em desenvolvimento

■ **O que faz:** a área, mais desenvolvida em humanos, nos diferencia dos animais, é responsável pelo bom julgamento e pelo controle de impulsos, pela resolução de problemas, pela tomada de decisões e pelo planejamento

■ **Os efeitos na adolescência:** há conflito entre o já maduro sistema límbico e o verde córtex pré-frontal. O jovem é emocional, mas não doma sentimentos como um adulto. É impulsivo, não entende as consequências de seus atos e tem dificuldade de compreender emoções alheias. Um porém: já sabe que deve respeitar as leis e compreende as razões disso



Lobos temporal, parietal e occipital

■ **Estado de maturidade:** maduro

■ **O que fazem:** processam estímulos sensoriais, a memória e a compreensão da linguagem

■ **O efeito na adolescência:** os jovens são quase tão hábeis (por exemplo, para dirigir ou em uma competição esportiva) quanto as pessoas maduras

Sistema límbico

■ **Estado de maturidade:** quase maduro

■ **O que faz:** centraliza reações emocionais

■ **O efeito na adolescência:** como já está desenvolvido, o sistema límbico faz com que o jovem de 16 anos tenha emoções à flor da pele: se ele sente raiva, é intensa; se ama, ocorre o mesmo

ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO EMOCIONAL

REGULAÇÃO DEFICIENTE



REGULAÇÃO EXCESSIVA



CONCLUSÕES

IMPORTANTE AVALIAR O NÍVEL DE CONTROLE EMOCIONAL DOS PACIENTES EM FASE 2 –

1. AQUELES QUE SÃO ANSIOSOS E DESCONTROLAM A EMOÇÃO, REGULANDO-A DE MENOS;
2. AQUELES OUTROS QUE PENSAM DEMAIS, SÃO JULGADORES, QUE DECIDEM O QUE DEVEM OU NÃO SENTIR, REGULANDO-A DEMAIS;
3. BEM COMO OS ALEXITÍMICOS E DISSOCIATIVOS, QUE EMPREGAM REGULAÇÃO EXCESSIVA INCONSCIENTE

PRECISARÃO DE MAIS DO QUE EBL PARA CHEGAREM A RESOLUÇÃO ADAPTATIVA.

CONSIDERARMOS NÃO SOMENTE A ACESSIBILIDADE AO CONTEÚDO TRAUMÁTICO, MAS O COMO ESSE ACESSO OCORRE NA MOBILIZAÇÃO EMOCIONAL DO PACIENTE.

CONCLUSÕES

QUAIS ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO DE EMOÇÃO PREDOMINANTE EM CADA PACIENTE EM GERAL, E QUAIS ESTRATÉGIAS DE REGULAÇÃO SÃO ATIVADAS NO PROCESSAMENTO DE CADA MEMÓRIA ESPECÍFICA DEVEM SER CONSIDERADAS PARA TERAPIA DE TRAUMA. SOMENTE ACESSAR MEMÓRIA E EMPREGAR EBL NÃO BASTA APRIMORAR A EFETIVIDADE DO EMDR E DO PROCESSO DE PREPARAÇÃO PARA ENFRENTAMENTO E SUPERAÇÃO DE SEU PASSADO É FUNDAMENTAL.

REFERÊNCIAS

BOWLBY, J. (1973). ATTACHMENT AND LOSS, VOLUME II: SEPARATION, ANXIETY AND ANGER. THE INTERNATIONAL PSYCHO-ANALYTICAL LIBRARY. NY: PERSEUS BOOKS GROUP.

BRISCH, K. (2012). TREATING ATTACHMENT DISORDERS, 2. ED. FROM THEORY TO THERAPY. NY: THE GUILFORD PRESS.

COUBARD., O. (2015). EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR) REEXAMINED AS COGNITIVE AND EMOTIONAL NEUROTRAINMENT. FRONT. HUM. NEUROSCI. 8, 1-4.

DEL RÍO-CASANOVA, L., GONZÁLES, A., PÁRAMO, M., VAN DIJKE, A., E BRENLLA, J. (2016). EMOTION REGULATION STRATEGIES IN TRAUMA-RELATED DISORDERS: PATHWAYS LINKING NEUROBIOLOGY AND CLINICAL MANIFESTATIONS. VER. NEUROSCIENCE, 27, 385-395.

GONZÁLES, A., DEL RÍO-CASANOVA, L. E JUSTO-ALONSO, A. (2017). INTEGRATING NEUROBIOLOGY OF EMOTION REGULATION AND TRAUMA THERAPY: REFLECTIONS ON EMDR THERAPY. DOI: 10.1515/REVNEURO-2016-0070.

LANIUS, R.A., FREWEN, P.A., VERMETTEN, E., E YEHUDA, R. (2010). FEAR CONDITIONING AND EARLY LIFE VULNERABILITIES: TWO DISTINCT PATHWAYS OF EMOTIONAL DYSREGULATION AND BRAIN DYSFUNCTION IN PTSD. EUR. J. PSYCHOTRAUMATOLOGY, 1. DOI: 30.3402/EJPT.V1I0.5467.

REFERÊNCIAS

PORGES, S.W. (2009). THE POLYVAGAL THEORY: NEW INSIGHTS INTO ADAPTIVE REACTIONS OF THE AUTONOMIC NERVOUS SYSTEM. CLIN. J. MED. 76 (SUPPL 2) S86-S90.

SHAVER, P.R., E MIKULINCER, M. (2007). ADULT ATTACHMENT STRATEGIES AND THE REGULATION OF EMOTION. HANDBOOK OF EMOTION REGULATION (2. VOL) J. GROSS, ED. NY: THE GUILFORD PRESS.

SIEGEL, D.J. (1999). THE DEVELOPING MIND: HOW RELATIONSHIPS AND THE BRAIN INTERACT TO SHAPE WHO WE ARE. NY: THE GUILFORD PRESS.

SOLOMON, R. E SHAPIRO, F. (2008). EMDR AND THE ADAPTIVE INFORMATION PROCESSING MODEL: POTENTIAL MECHANISMS OF CHANGE. J. EMDR. PRACT. RES. 2, 315-325.

STERN, D.B. (2010). PARTNERS IN THOUGHT: WORKING THROUGH UNFORMULATED EXPERIENCE, DISSOCIATION, AND ENACTMENT. PSYCHOANALYSIS IN A NEW KEY BOOK SERIES. NY: ROUTLEDGE: TAYLOR AND FRANCIS GROUP.