



#### **COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO**

SAÊTA, Lorena Belchior; CARVALHO, Tereza Cristina Rezende. Trabalhando o corpo com sujeitos amputados hipo-responsivos ao protocolo padrão de EMDR. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XVI, XI, 2011. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2011. [ISBN – 978-85-87691-21-7]. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos](http://www.centroreichiano.com.br/artigos). Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

1

## **TRABALHANDO O CORPO COM SUJEITOS AMPUTADOS HIPO-RESPONSIVOS AO PROTOCOLO PADRÃO DE EMDR**

**Lorena Belchior Saêta  
Tereza Cristina Rezende de Carvalho**

### **RESUMO**

Estudo clínico realizado com seis sujeitos, vítimas de amputação, que apresentavam dores e sensações no membro amputado. Diante do alto grau de dissociação e/ou racionalização desses sujeitos no desenvolvimento do protocolo padrão do EMDR (Dessensibilização e Reprocessamento, através de Movimentos Oculares), utilizou-se como ferramenta o trabalho corporal com a visão macular binocular na região do coto e exercícios de liberação da raiva, associados à respiração. Tais exercícios eram sugeridos quando os sujeitos apresentavam hipo-responsividade, com inibição de certas reações corporais. Observou-se, a partir daí, uma quebra nas defesas, maior contato com as emoções relacionadas à perda do membro.

**Palavras-chave:** Terapia Corporal, Amputação, EMDR, Hipo-Responsividade.

.....

A sensação do membro fantasma é notada imediatamente após a amputação e muitas vezes descrita como formigamento, dormência, posição do membro e temperatura, enquanto que a dor é a sensação dolorosa do membro ausente. (EDELSTEIN, 2003)

Probstner e Thuler (2006) afirmam que a maioria dos pacientes submetida à amputação apresenta algum tipo de desconforto no membro ausente, que quando caracterizado como dor, é denominado dor fantasma. A dor fantasma é capaz de reduzir a qualidade de vida do paciente, que passa a solicitar de forma mais freqüente o sistema de saúde. Esses autores afirmam que a dor fantasma pode se mostrar de caráter grave e de difícil controle, e deve ser diferenciada do quadro algico que surge muitas vezes no coto de amputação, devido ao processo inflamatório inerente ao trauma cirúrgico. Eles acreditavam que, no passado, a incidência da dor fantasma era baixa; porém, estudos mais recentes demonstraram que os índices variam entre 60 a 80%.



A dor no membro fantasma pode ser prevenida quando pacientes encontram meio ou possibilidade de expressarem o sofrimento da perda, o que indica que a dor fantasma remete um valor emocional e não apenas fisiológico. (FISHER, 1998, *apud* BENEDETTO, 2002)

As abordagens terapêuticas utilizadas no manejo da dor fantasma podem ser organizadas em três modalidades: medicamentosa, de apoio e cirúrgica, podendo ser utilizadas em conjunto ou separadamente. Os tratamentos de apoio incluem estimulação elétrica nervosa transcutânea<sup>1</sup>, terapia vibratória, acupuntura, hipnose e biofeedback<sup>2</sup>. (PROBSTNER e TRULER, 2006)

O EMDR (Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares) é uma abordagem psicoterapêutica desenvolvida por Shapiro (2007), nos Estados Unidos da América, no final da década de 80, que induz a estimulação seletiva dos hemisférios cerebrais. O hemisfério cerebral direito é o principal responsável por administrar as emoções e em geral guarda memória das lembranças dolorosas e o esquerdo, responsável por nossa objetividade e racionalidade, possui as ferramentas que nos permitem conferir novo significado à experiência e deixá-la no passado. A autora utiliza o Processamento Adaptativo de Informação (PAI), um modelo que permite que informações traumáticas sejam processadas até chegarem a uma “resolução adaptativa”, através de associações adequadas, utilizando a experiência de forma construtiva, integrando-a num esquema positivo emocional e cognitivo. Desta forma, aquilo que é útil é aprendido e armazenado com o afeto apropriado, ficando disponível para o futuro.

Sobre o funcionamento dos dois hemisférios cerebrais e consciência, Calegari (2001) apresenta o hemisfério esquerdo como predominantemente racional, objetivo, prático e voltado à adaptação social, enquanto que o hemisfério direito é descrito por ele como intuitivo, abstrato e criativo e, dessa

---

<sup>1</sup> TENS, do inglês *transcutaneous electrical nerve simulation*

<sup>2</sup> Técnica que auxilia auto regulação dos processos corporais, a partir das funções fisiológicas e de seu controle voluntário.



### **COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO**

3

SAËTA, Lorena Belchior; CARVALHO, Tereza Cristina Rezende. Trabalhando o corpo com sujeitos amputados hipo-responsivos ao protocolo padrão de EMDR. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XVI, XI, 2011. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2011. [ISBN – 978-85-87691-21-7]. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos](http://www.centroreichiano.com.br/artigos). Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

forma, voltado para o desenvolvimento da individualidade, do crescimento e da mudança, classificado por esse autor como o repositório de nossa memória emocional. Esse funcionamento bimodal dos hemisférios cerebrais, de acordo com esse autor, é que permite aos humanos existirem e, ao mesmo tempo, se colocarem no lugar de observadores do próprio existir, ou seja, enquanto um hemisfério executa tarefas, o outro percebe o próprio funcionamento. É exatamente com essa dinâmica que o EMDR trabalha.

No EMDR, quando a memória de um evento perturbador é evocada ou acessada, é provável que ocorra uma ligação entre a consciência e o sítio onde essa informação está armazenada no cérebro. Os movimentos oculares bilaterais (que também podem ser auditivos ou táteis) ativam o sistema de processamento de informação e o reequilibram. Assim, a cada série de movimentos oculares, a informação perturbadora – no caso da presente pesquisa, a informação de dor ou sensação fantasma - é movimentada de forma acelerada, para diante, ao longo das vias neurofisiológicas apropriadas, até que essa informação seja adaptativamente resolvida. (SHAPIRO, 2007)

Essa autora traz ainda o conceito da auto-cura psicológica, um constructo baseado na resposta curativa do corpo aos danos físicos: a tendência natural dos processos mentais, do sistema de processamento de informações do cérebro é de mover-se em direção a um estado de saúde mental. Se, no entanto, o sistema for bloqueado ou sofrer desequilíbrio devido ao impacto de um trauma, respostas não adaptativas serão observadas. Mas se o bloqueio for removido, o processamento será retomado, levando a informação em direção a um estado de resolução adaptativa e integração funcional. Essa resolução é manifesta por uma modificação nas imagens, afeto e cognições que o cliente associa ao evento.

O sistema de processamento de informação inato do cérebro, na concepção dessa autora, abarca o conceito de redes de memória. Em termos bastante simples, uma rede de memória representa um sistema associado de informações e pode-se, de maneira metafórica, visualizá-la como uma série de canais nos quais as memórias, imagens, emoções, sensações e pensamentos



relacionados estariam armazenados e ligados uns aos outros. Segundo ela, o tratamento com EMDR é definido como uma progressão por redes de memória. Pede-se ao cliente que focalize sua atenção em uma memória específica, em uma sensação corporal ou pensamento, que chamamos de alvo por ter um papel central em relação ao material fisiologicamente associado. As reações emocionais que surgem quando o cliente imagina o alvo se devem às associações ligadas a esse alvo.

A terapia EMDR foi organizada em 8 (oito) fases de um protocolo, sendo elas na seguinte ordem: 1.) História Clínica Preliminar e Identificação de Metas; 2.) Preparação (Rapport e informações sobre EMDR); 3.) Avaliação (construção da meta a ser reprocessada; 4.) Dessensibilização (estimulação bilateral); 5.) Instalação da crença positiva; 6.) Checagem corporal; 7.) Fechamento; 8.) Reavaliação (SHAPIRO, 2007).

Os sujeitos submetidos ao tratamento com EMDR, dentro da experiência da autora, podem apresentar comportamentos de hiper-responsividade (respondem de forma mais intensa aos estímulos bilaterais), de responsividade moderada (acessam as emoções moderadamente) e de hipo-responsividade. (apresentam comportamentos de bloquear o próprio contato com suas emoções). Esses últimos apresentam forte resistência em acessar conteúdos que são grandes mobilizadores de emoções, ou seja, são os clientes que possuem o hábito de racionalizar, ou explicar todas as experiências de forma racional, o que dificulta o acesso ao alvo a ser processado.

Na pesquisa realizada com 6 (seis) sujeitos amputados, 4 (quatro) sujeitos apresentaram hipo-responsividade e 2 (dois) apresentaram hiper-responsividade. Na primeira e segunda fase do Protocolo de EMDR, já foi possível identificar a forma como o cliente respondia.

Para trabalhar a hipo-responsividade dos quatro sujeitos da pesquisa foram utilizadas, a princípio, as estratégias para processamento bloqueado: aumento da velocidade dos estímulos bilaterais; concentração na sensação corporal (naqueles que a apresentavam), alterando o movimento dos olhos; sondagem com pistas visuais, efeitos sonoros, diálogo ocorrido durante o



trauma; alterações do foco de atenção ou do alvo e redirecionamento para imagem; redirecionamento para cognição negativa com mais frequência; aproximação da cena a ser reprocessada; entrelaçamento cognitivo e diálogo com a criança interior. Entretanto, mesmo após a utilização das técnicas mencionadas, foi observado a persistência do funcionamento hipo-responsivo nos quatro participantes. Apesar do EMDR já trabalhar o corpo, haja visto que proporciona a conexão entre os dois hemisférios cerebrais, solicita a consciência da respiração a cada estimulação bilateral e faz checagem corporal numa fase de processamento, no caso da hipo-responsividade os protocolos ficaram parados, sem declínio do SUDS<sup>3</sup>, meta do tratamento.

O EMDR, apesar de considerar as sensações e emoções durante todo o tempo, focaliza seu protocolo na consciência cognitiva, nas estruturas nervosas necessárias à comunicação por meio do significado da linguagem, função do terceiro cérebro, genuinamente humano, que é o neocórtex na concepção de MAC LEAN (1990, *apud* Navarro, 1996). Ele afirma que os dois cérebros animais do homem, o reptiliano e o límbico, não dispõem dessas estruturas nervosas. O cérebro límbico (principal localização da memória), conectado aos núcleos da base, à hipófise e ao neocórtex, recebe mensagens do interior do corpo, mensagens viscerais, sendo responsável pela cenestesia. E por esse motivo que optou-se por introduzir técnicas corporais que estimulassem reações viscerais, na tentativa de proporcionar aos participantes um maior contato com as emoções, acessando as memórias traumáticas de forma mais sensorial.

A primeira opção para lidar com o desbloqueio com os quatro sujeitos hipo-responsivos foi a respiração consciente nos cinco primeiros minutos das sessões, com posterior estimulação da visão macular binocular na região do coto por mais cinco minutos. Foi solicitado aos participantes que voltassem a atenção a um ponto fixo no coto de amputação, buscando uma percepção mais

---

<sup>3</sup> SUDS: escala avaliativa do grau de perturbação do sujeito em relação ao evento traumático, numa valoração de zero a dez, onde zero representa o mínimo, e dez o máximo de perturbação.



#### **COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO**

6

SAÊTA, Lorena Belchior; CARVALHO, Tereza Cristina Rezende. Trabalhando o corpo com sujeitos amputados hipo-responsivos ao protocolo padrão de EMDR. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XVI, XI, 2011. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2011. [ISBN – 978-85-87691-21-7]. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos](http://www.centroreichiano.com.br/artigos). Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

consciente das emoções e sensações viscerais, através da ativação da visão macular dos dois olhos conjugadamente, o que despertou ambos hemisfério cerebrais. (CALEGARI, 2002)

Em dois dos quatro sujeitos hipo-responsivos, a pesquisadora percebeu uma raiva contida, e solicitou exercícios expressivos de “Espernear no Colchão” (com verbalização) e “Espernear Ritmicamente” nos 10 primeiros minutos que antecediam as sessões de reprocessamento do EMDR, com a finalidade de favorecer maior contato com seus sentimentos suprimidos. O exercício de espernear ritmicamente, além de melhorar e beneficiar a respiração, foi capaz de fazê-los perceber que as pernas servem como órgãos de auto-expressão. Além disso, enquanto esperneavam, alternando as pernas, estavam fazendo movimentos bilateralizados com o corpo, o que, por si só, já era uma ferramenta para conexão dos hemisférios cerebrais. Mesmo com a amputação foi possível observar a movimentação do coto. (LOWEN e LOWEN, 1985)

Com a aplicação dessas técnicas corporais, constatou-se mais rapidez e considerável eficácia no desbloqueio das resistências que faziam os sujeitos reagirem de forma hipo-responsiva. A partir da aplicação de tais procedimentos, o SUDS, paralisado há várias sessões, foi rebaixado até zerar, num prazo máximo de duas sessões.

Com a amputação, os participantes da pesquisa passaram pela experiência de duas formas de dor: uma física, ligada ao processo de amputação em si e outra psicológica, ligada ao processo de perda do membro amputado e do status anterior de não-amputado. Essas informações de dor, sejam físicas ou psíquicas, ficaram armazenadas no cérebro e evocaram formas de auto-cura não adaptativas e, por isso, consideradas traumáticas, como, por exemplo, a dor e a sensação fantasma. Esse armazenamento de informações entrou pelo sistema sensorio-perceptivo, vinculando-se à rede de memórias, sem as estruturas nervosas necessárias à comunicação, sem o significado da linguagem. Não tendo a oportunidade de processar tais experiências de dor, como tentativa de resolução ou elaboração do trauma,



**COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO**

7

SAËTA, Lorena Belchior; CARVALHO, Tereza Cristina Rezende. Trabalhando o corpo com sujeitos amputados hipo-responsivos ao protocolo padrão de EMDR. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XVI, XI, 2011. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2011. [ISBN – 978-85-87691-21-7]. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos](http://www.centroreichiano.com.br/artigos). Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

surgem as emoções e as sensações somáticas representadas pela dor e pelas sensações fantasmas, mesmo após a cicatrização do coto.

Com a ajuda dos exercícios corporais, os sujeitos puderam lidar de forma mais rápida e madura com os bloqueios, retornando ao protocolo de EMDR para re-significar a dor física e psíquica causada pela situação traumática da amputação, num processo de auto-cura nato do cérebro. Com o processamento, identificaram-se experiências atuais e antigas relacionadas à dor ou às sensações de perda que foram acessadas e reprocessadas.

Dessa forma, essas experiências deixaram de ser conteúdo de memória implícita e passaram a ser conteúdo de memória explícita. As sensações e dores, tanto físicas quanto psíquicas, foram diminuindo, chegando a desaparecer por completo em alguns sujeitos. Dos 04 sujeitos hipo-responsivos, todos sofriam sensações fantasma e apenas dois deles apresentavam a dor. Ao final do tratamento (12 sessões em média com cada participante) não se observou mais a presença de dor fantasma em nenhum sujeito e as sensações reduziram drasticamente em intensidade em todos, chegando a desaparecer completamente em um deles.

Os relatos atuais demonstram que, se acontece um evento que poderia lembrar o incidente da amputação, ou mesmo quando pensam na dor ou nas sensações fantasmas, os participantes podem olhar para isso, porque não estão lutando contra sentimentos internos, não estão paralisados na dor aterrorizante, nem mesmo nas sensações descritas como de frio, choque, apertamento ou latejamento. Resta-lhes a possibilidade de escolha de uma vida mais adaptativa e pulsante.

O desenvolvimento da técnica do EMDR associado a trabalhos corporais propiciou uma eficiência rápida e econômica no tratamento da dor e sensações fantasmas nos sujeitos estudados.

.....



#### **COMO REFERENCIAR ESSE ARTIGO**

8

SAÊTA, Lorena Belchior; CARVALHO, Tereza Cristina Rezende. Trabalhando o corpo com sujeitos amputados hipo-responsivos ao protocolo padrão de EMDR. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO BRASILEIRO DE PSICOTERAPIAS CORPORAIS, XVI, XI, 2011. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2011. [ISBN – 978-85-87691-21-7]. Disponível em: [www.centroreichiano.com.br/artigos](http://www.centroreichiano.com.br/artigos). Acesso em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

#### **REFERÊNCIAS**

BENEDETTO, K. M.; Forgione, M. C. R. e Aves, V. L. R. **Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma**. São Paulo: *Acta Fisiátrica*., 2002.

EDELSTEIN J. E. Avaliação e manejo protético. In: O'Sullivan S. **Fisioterapia Avaliação e Tratamento**. São Paulo: Manole, 2003.

FELDENKRAIS, M. **Consciência pelo movimento**: exercícios fáceis de fazer, para melhorar a postura, visão, imaginação e percepção de si mesmo. São Paulo: Summus, 1977.

LOWEN, A. e LOWEN, L. **Exercícios de Bioenergética**: o caminho para uma saúde vibrante. São Paulo: Ágora, 1985.

CALEGARI, D. **Da Teoria do Corpo ao Coração**: uma visão do homem a partir da energia cósmica. São Paulo: Summus, 2001.

\_\_\_\_\_. **Estudos dos Segmentos Corporais**: terapia energética corporal. São Paulo: nov.2002.

PROBSTNER, D. e THULER, L. C. S. Incidência e prevalência de dor fantasma em pacientes submetidos à amputação de membros: revisão de literatura. São Paulo: **Rev. Brasileira de cancerologia**, 2006.

SHAPIRO, F. **EMDR - Dessensibilização e reproprocessamento através de movimentos oculares**: princípios básicos, protocolos e procedimentos. 2. ed. Brasília: Nova Temática, 2007.

.....

**Lorena Belchior Saêta/GO** - é graduada em Letras e Secretariado Executivo Bilingue pela UCG-GO, graduanda do curso de psicologia da PUC-GO, Terapeuta EMDR, Pós-Graduada em Psicopatologia Clínica pela UNIP.

**E-mail:** [lorenasaeta2009@hotmail.com.br](mailto:lorenasaeta2009@hotmail.com.br)

**Tereza Cristina Rezende de Carvalho/GO** - CRP 0950/09 - Psicóloga, Mestre em Filosofia (UFG); Professora e Supervisora de Estágio da PUC/GO; Especialização em Metodologia do Ensino Superior, Psicologia Transpessoal de Base Corporal, Core Energetics; Terapeuta em EMDR e Brainspotting.

**E-mail:** [tcrcarvalho@hotmail.com](mailto:tcrcarvalho@hotmail.com)