



Clara Soares

Psicóloga Clínica, Certificada em EMDR, Membro da Associação Portuguesa de Psicoterapia Psicanalítica, Clínica Alterstatus, Algés – Portugal

Artigo original

EMDR como ferramenta de ação no tratamento do *Burnout*

Palavras-chave: *Burnout*; Movimentos Oculares; Estimulação Bilateral; Reprocessamento; Psicoterapia.

Resumo

O *Burnout*, síndrome com natureza multifatorial e que afeta quase um quarto da população ativa, tem vindo a merecer progressivamente a atenção de organizações internacionais no âmbito do trabalho, da economia e da saúde, bem como de clínicos e investigadores. Entre as possibilidades de intervenção terapêutica, a terapia de dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (EMDR), inicialmente dirigida para o tratamento da ansiedade, fobias e stresse pós-traumático, tem-se demonstrado um método igualmente eficaz na recuperação de estados de desgaste emocional. O presente artigo descreve os pressupostos e mecanismos que validam esta abordagem, também designada por estimulação bilateral, bem como as etapas em que se processa e propõe esta abordagem, cientificamente comprovada, como complemento de uma psicoterapia, na medida em que contribui para, de modo mais célere, conduzir a melhorias na qualidade de vida, pessoal e laboral.

Introdução

O *Burnout* caracteriza-se por um estado prolongado de exaustão, que se faz acompanhar pelo desinvestimento no trabalho. Embora seja atribuído ao stresse ocupacional, o esgotamento emocional tem uma base multifatorial (as variáveis individual, familiar e social também entram na equação¹), não sendo uma categoria distinta no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – DSM-V (*American Psychiatric Association*, 2014)². Já na Classificação Internacional Estatística de Doenças e Problemas de Saúde Relacionados – ICD-10³, da Organização Mundial de Saúde (OMS), o *Burnout* é mencionado no âmbito dos «problemas relacionados com dificuldades de gestão da vida» (código Z73.0). Desde 2010, as perturbações psicológicas passaram a estar incluídas na lista de doenças profissionais da Organização Internacional do Trabalho (OIT). Segundo o relatório da OCDE, *Fit Mind, Fit Job*⁴ divulgado este ano, 15% a 20% da população ativa desenvolve perturbações psicológicas no exercício da função. Portugal ocupa o sexto lugar na lista, com o stresse associado a exigências elevadas e recursos aquém dos

que seriam necessários para lhes dar resposta.

A exposição continuada a fatores de risco psicossociais – «síndrome do queimado», como é descrita em Espanha – traduz-se em alterações na fisiologia do cortisol, hormona segregada nas glândulas suprarrenais. Em situações percecionadas como demasiado exigentes, a sua produção aumenta e, se for prolongada no tempo, acaba por ter implicações no organismo, modificando a sua capacidade para identificar e lidar com a imprevisibilidade e o seu sentido de estar em controlo, resultando na inibição de funções cerebrais (atrofia do hipocampo), comprometendo as funções da memória e do desempenho, acompanhadas de sintomas físicos e psicológicos de mal-estar e, até, à emergência de doenças, como a depressão, com a qual a síndrome tende, ainda, a ser confundida.

Este assunto tem vindo a ser estudado nos últimos 15 anos⁵. O avanço das técnicas da investigação médica permitiu concluir que a depressão e a exaustão emocional têm efeitos diferentes no corpo. Enquanto a primeira está associada à produção de níveis elevados de cortisol, no *Burnout* os níveis da

«hormona do stresse» no sangue são deficientes: é como se o corpo «decidisse» entrar em greve, ou em estado de fadiga adrenal⁶. Desgaste emocional, despersonalização e sentimentos de desvalorização pessoal e profissional são algumas das implicações mais óbvias deste processo: a pessoa vai trabalhar sem estar em condições para isso, permanecendo no posto de trabalho em modo de «corpo presente». É o chamado presentismo⁷, por oposição ao absentismo.

Tendo presente que os fatores de risco socioeconómicos e organizacionais constituem importantes detonadores do estado de colapso, ou pré-colapso, se a exposição a circunstâncias adversas for prolongada e, não raras vezes, intensificada, pretende-se aqui salientar o que pode ser feito no âmbito da intervenção clínica, para restaurar ou promover o reprocessamento emocional das situações experimentadas, individualmente, como negativas e incapacitantes, que compromete

o desempenho e a qualidade de vida, particularmente nos quadros ansiosos e em face da dificuldade pessoal em auto-gerir-se em situações desafiadoras (processadas como ameaçadoras).



Método

Se me fosse possível fazer tudo outra vez, designaria o método (EMDR) simplesmente por Terapia de Reprocessamento

Francine Shapiro, 2001⁸

A dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares – EMDR – é um método desenvolvido em 1989, pela psicóloga americana Francine Shapiro, em Palo Alto, na Califórnia. A ideia surgiu-lhe na sequência de um passeio a pé: o estado de preocupação e negatividade com que se debatia na altura desaparecera, após se ter dado conta de ter efetuado movimen-

tos similares aos que ocorrem no sono REM¹¹. O resultado traduz-se na diminuição do impacto das emoções e memórias perturbadoras, pela indução do estado de relaxamento e diminuição da resposta de excitação fisiológica¹² e, ainda, pela maior possibilidade de aceder a essas memórias negativas. A própria Francine Shapiro, que tem uma colaboração regular na secção de blogues do jornal *The New York Times*, onde responde a questões que lhe são colocadas neste âmbito, apresenta uma explicação para estes ganhos terapêuticos: «O foco simultâneo na tarefa de atenção dual e na recordação negativa atuam na memória

O protocolo da EMDR, igualmente designada na sua formulação mais simples de terapia de reprocessamento, requer certificação profissional e comporta oito etapas

tos oculares. Decidiu investigar o assunto e, nos anos que se seguiram, estabeleceu protocolos de investigação que vieram a dar frutos, ao ponto de ser hoje um método cientificamente reconhecido no tratamento do stresse pós-traumático, ansiedade e fobias, e recomendado como eficaz por entidades como a Associação Americana de Psiquiatria (2004), o Departamento da Defesa Americano (2010), a Sociedade Internacional para o Estudo do Stresse Traumático (2009) e a OMS (2013).

Uma das pesquisas iniciais com o protocolo EMDR permitiu comprovar que a indução de resposta de relaxamento – ou ativação do sistema nervoso parassimpático – atribuída à estimulação bilateral (movimentos oculares), desde as primeiras séries, se traduzia na redução imediata da frequência cardíaca⁹. A abordagem pressupõe que os movimentos bilaterais interferem no processamento da memória¹⁰ e

de trabalho, que tem uma capacidade limitada, de que resulta uma autoavaliação menos intensa e das recordações autobiográficas»¹³.

Outros modelos explicativos, com recurso a tecnologias de neuroimagem, sugerem que a estimulação bilateral promove a sincronização dos dois hemisférios cerebrais, possibilitando a substituição de crenças e pensamentos negativos por outros, mais adaptativos, o que se reflete na redução da sintomatologia que acompanha as perturbações de stresse e as decorrentes de episódios avaliados pela pessoa como traumáticos. Uma das vantagens apontadas pelos defensores deste método consiste no menor número de sessões necessárias para obtenção de resultados, comparativamente às técnicas de dessensibilização usadas na abordagem cognitiva e comportamental, em pelo menos alguns parâmetros (caso de estudos aleatorizados como o de Arabia et al)¹⁴.

Protocolo da EMDR

O protocolo da EMDR, igualmente designada na sua formulação mais simples de terapia de reprocessamento, requer certificação profissional e comporta **oito etapas**, com metas específicas, e requer e implica entre quatro e seis sessões semanais, com a duração média de 50 minutos:

1. Inicialmente é feita uma **avaliação da história e queixas** do paciente, bem como das memórias perturbadoras associadas a um dado evento ou situação.
2. Segue-se a **preparação**, em que se explica como vai decorrer o processo, se identifica um local seguro (âncora), real ou imaginário, para onde deve ser dirigido o foco interno – e ativar a resposta de relaxamento – sempre que tomar contacto com (ou reviver) a imagem, pensamento, emoção e sensações corporais identificadas anteriormente.
3. Na fase seguinte, a pessoa é convidada a **avaliar a cognição negativa** (ex: «Não sei fazer melhor e estar à altura») e aquela que gostaria de ter acerca do problema (ex: «Faço a minha parte e o melhor que posso»), e a quantificar ambas (numa escala de zero a dez, para o grau de stresse e noutra, de um a sete, para o grau de veracidade que atribui à cognição positiva).
4. Tem, então, lugar a **dessensibilização**, com recurso à estimulação bilateral: o paciente traz à mente a situação perturbadora e, sem mexer a cabeça, segue com o olhar as sequências de movimentos efetuadas pelo terapeuta (da esquerda para a direita e vice versa e com cerca de 30 segundos cada), podendo fazer sinal de «parar» a qualquer momento*. Após cada

sequência, verbaliza as informações e associações que foram acontecendo e que serão incorporadas na sequência seguinte.

5. Na fase da **instalação**, é feita a monitorização do nível de stresse e da cognição positiva, através da atribuição de um valor a cada uma das duas escalas (a meta é atingir um nível mínimo de stresse e um grau de veracidade da crença positiva, que sejam satisfatórios para o paciente, relativamente ao evento e memória traumática).
6. Tal é validado na etapa seguinte, a da **verificação corporal**: após a estimulação bilateral (evocação da memória + crença positiva), as sensações identificadas são analisadas e as que são desagradáveis serão usadas na sequência seguinte (dessensibilização/instalação), até que deixe de estar presente qualquer mal-estar físico ou desconforto emocional.
7. O **encerramento** inclui o fortalecimento dos resultados obtidos através da indução do relaxamento e visualização guiada, recursos que o paciente pode usar fora das sessões, quando em presença de situações, pensamentos ou memórias que desencadeiem estados perturbadores.
8. O protocolo fica concluído com a **reavaliação**, ou *follow-up*, onde são discutidos os progressos realizados, o material (conteúdos) significativo que o paciente registou entre sessões (sonhos, associações ou incongruências, pensamentos novos) e se o resultado obtido se manteve. Ou seja, se o reprocessamento da informação foi alcançado e se traduziu em melhorias identificadas e reconhecidas pelo paciente, relativamente ao problema inicial.

* Nota: a estimulação bilateral é igualmente feita nas modalidades auditiva e tátil, atendendo à diversidade de preferências dos pacientes e à possibilidade de dar resposta aos que têm problemas de visão e vertigens. O terapeuta pode optar por segurar um objeto que desloca diante da pessoa que está sentada à sua frente, usar o som do estalar de dedos ou efetuar toques suaves nos joelhos, alternadamente. Nos últimos anos, surgiram no mercado dispositivos eletrônicos patenteados para este fim, bem como aplicações móveis que os profissionais podem adquirir e usar no *setting*¹⁵.

gia terapêutica de primeira linha se o historial clínico do paciente incluir tentativas de suicídio, passagens ao ato ou abuso de consumo de substâncias, sendo recomendável investir antes na sua estabilização.

Conclusão

O modelo proposto por Francine Shapiro assenta na premissa segundo a qual, após uma vivência traumática – um acidente grave, experiências de humilhação, rejeição, etc., com consequências sentidas

A abordagem pressupõe que os movimentos bilaterais interferem no processamento da memória e são similares aos que ocorrem no sono REM

Limitações da EMDR

Apesar de a eficácia comprovada do método, é de salientar que o seu uso nem sempre é a solução para todos os casos. Em primeiro lugar, porque o procedimento implica reviver o episódio alvo para realizar a dessensibilização e o reprocessamento, com a eventual emergência de respostas emocionais intensas (ab-reação). Pacientes com labilidade emocional, uma estrutura de personalidade frágil, perturbações dissociativas ou que apresentam questões

como dramáticas e debilitantes – o sistema de processamento de informações fica, por algum motivo, bloqueado. A informação perturbadora permanece congelada no tempo, isolada numa rede neuronal própria. Novas aprendizagens, a nível cognitivo, processam-se em redes separadas, traduzindo-se em respostas disfuncionais (a memória do evento original despoleta as autoatribuições, afetos e sensações físicas negativos de então). As séries de estimulação bilateral atuam como facilitadores do

O resultado traduz-se na diminuição do impacto das emoções e memórias perturbadoras, pela indução do estado de relaxamento e diminuição da resposta de excitação fisiológica

que envolvam ganhos secundários podem não estar preparados para uma intervenção com EMDR. Do mesmo modo, o uso desta abordagem merece reservas como estratégia

de processamento acelerado de informação a nível cerebral, permitindo reestabelecer essas conexões e desbloquear padrões no funcionamento cerebral, alcançando um equilíbrio neurológico: as associações que

ocorrem espontaneamente vão sendo progressivamente integradas e armazenadas na experiência afetiva do paciente, de modo mais saudável ou adaptativo, ficando disponíveis para uso futuro.

O caminho a seguir, em condições específicas, pode exigir outras opções e uma intervenção multidisciplinar. Aqui, como noutras áreas da vida, é sensato pautar-se

pela máxima «devagar, que tenho pressa»: cada paciente tem a sua história e o seu potencial de cura. Cada problema que ele traz para a relação terapêutica encerra uma solução. É nessa viagem que reside a possibilidade da descoberta para uma decisão acertada acerca das ferramentas que devem entrar em campo, entre as muitas de que hoje dispomos, com os avanços da ciência e da técnica.

Referências

1. Soares C. *Burnout: O Fim da Linha*. Visão. 2015; Março, 26: 56.
2. American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5. 2014. Lisboa: Climepsi Editores.
3. International Classification of Diseases (ICD). World Health Organization. Acedido na Web a 01 de setembro de 2015 em: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en#/Z70-Z76>
4. OECD. *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Mental Health and Work. 2015. Paris: OECD Publishing.
5. Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. *Workers and Stress: Burnout vs Depression*. Centre d'Études sur le Stress Humain (CESH). 2015. Acedido na Web a 05 de setembro de 2015, em <http://www.stresshumain.ca/stress-et-vous/stress-chef-les-travailleurs/Burnout-vs-depression/page-3.html>
6. James L. Wilson. *Adrenal Fatigue: The 21st Century Stress Syndrome*. 2001. Smart Publications
7. Johns G. Presenteeism in the Workplace: A review and research agenda. *Journal of Organizational Behavior*. 2010; 31: 519-542.
8. Saphiro F. *EMDR – Dessensibilização e Reprocessamento Através de Movimentos Oculares*. 2001. Rio de Janeiro: Editora Nova Temática
9. Wilson D, Silver S, et al. «Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates». *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 1996; 27: 219-229.
10. van den Hout M, Engelhard IM, Rijkeboer MM, et al. EMDR: Eye movements superior to beeps in taxing working memory and reducing vividness of recollections. *Behaviour Research and Therapy*. 2011; 49: 92-98.
11. Stickgold R. EMDR: A putative neurobiological mechanism of action. *Journal of Clinical Psychology*. 2002; 58: 61-75.
12. Schubert S, Lee C, Drummond P. The efficacy and psychophysiological correlates of dual-attention tasks in eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 25: 1-11.
13. The Evidence on E.M.D.R. (2012, March, 2). Consults: New York Times Blog. The New York Times. Acedido na Web a 03 de setembro de 2015 em: <http://consults.blogs.nytimes.com/2012/03/02/the-evidence-on-e-m-d-r/>
14. Arabia E, Manca M, & Solomon R. EMDR for survivors of life-threatening cardiac events: Results of a pilot study. *Journal of EMDR Practice and Research*. 2011; 5: 2-13.
15. PsychDataSystems LLC (2012). *EMDR For Clinicians PRO*. iTunes. Acedido na Web a 20 de julho de 2015 em: <https://itunes.apple.com/us/app/emdr-for-clinicians-pro/id503637983?mt=8>