



Usos da Psicologia Energética após eventos catastróficos

David Feinstein*

Clínica particular, Ashland, OR, Estados Unidos

OPEN ACCESS

Editado por:

*Peta Stapleton, Bond University,
Austrália*

Revisado por:

*Robert J. Hoss, National Institute for
Integrative Healthcare, Estados Unidos
Robert Schwarz, Association for
Comprehensive Energy Psychology, Estados Unidos*

Traduzido por:

Priscila Leiko Fuzikawa, Brasil

Revisão da tradução por:

*Cíntia Satiko Fuzikawa, Universidade Federal de Minas
Gerais, Brasil*

**Correspondência: David Feinstein
david@innersource.net*

*Seção de especialidade: Esse artigo foi
submetido à Psicologia para Contextos Clínicos, uma
seção do periódico Frontiers in Psychology*

Recebido: 16 de janeiro de 2022

Aceito: 14 de fevereiro de 2022

Publicado: 25 de abril de 2022

Citação: Feinstein D (2022)

*Uses of Energy Psychology Following Catastrophic
Events. Front. Psychol. 13:856209. doi:
10.3389/fpsyg.2022.856209*

A Psicologia Energética, como mais comumente praticada, integra a estimulação manual de pontos de acupuntura com exposição na imaginação, reestruturação cognitiva, e outros procedimentos psicoterapêuticos baseados em evidências. A eficácia dos protocolos da psicologia energética foi estabelecida em mais de 120 ensaios clínicos, com metanálises mostrando grande tamanho de efeito para TEPT, ansiedade e depressão. A abordagem tem sido aplicada logo após desastres naturais e provocados pelo homem em mais de 30 países. São descritos quatro níveis de intervenções da psicologia energética, após o estabelecimento da segurança, confiança e *rapport*, incluindo: (1) alívio/estabilização imediatos, (2) redução da ativação do sistema límbico em relação a gatilhos relacionados ao trauma, (3) superação de dificuldades psicológicas complexas, e (4) promoção de funcionamento ótimo. O primeiro nível é o mais adequado aos primeiros socorros psicológicos imediatamente após um desastre, sendo os níveis subsequentes introduzidos progressivamente, quando há reações complexas de estresse e transtornos crônicos. São identificadas vantagens de se acrescentar a estimulação de pontos de acupuntura à abordagem convencional de exposição, e são discutidos desafios relacionados a sensibilidades culturais e efeitos não-desejados. Após o estabelecimento de um modelo para a introdução da psicologia energética em esforços de ajuda humanitária, relatos de alguns contextos são apresentados, baseados em entrevistas com o autor deste artigo. Estes incluem relatos de trabalho humanitário com sobreviventes de tiroteios em massa, genocídio, guerras étnicas, terremotos, furacões, tornados, inundações, incêndios florestais e a pandemia de COVID-19. Centenas de outros relatos do campo mostram um padrão de resultados sólidos após o uso da psicologia energética nos dias ou semanas após o desastre, e no tratamento subsequente de problemas psicológicos relacionados ao trauma. Muitos desses relatos corroboram uns aos outros em termos do alívio rápido e benefícios em longo prazo. Finalmente, são apresentados exemplos de métodos mais eficientes de oferecer assistência utilizando grandes grupos, conselheiros leigos, tecnologia digital e cultivo da resiliência comunitária.

Palavras-chaves: acupressão, acupuntura, eventos catastróficos, desastres, técnicas de liberação emocional, psicologia energética, *Thought Field Therapy*

Embora os desastres naturais se tornem manchetes e chamem atenção nacional no curto prazo, o trabalho de recuperação e reconstrução é de longo prazo.

–Sylvia Mathews Burwell

Ex-secretária americana de Saúde e Serviços Humanos

INTRODUÇÃO

A psicologia energética é um tratamento novo para a cura emocional e o desenvolvimento psicológico, que envolve a estimulação somática de pontos de acupuntura (acupontos) fazendo uma leve percussão com as pontas dos dedos. Evidência de sua velocidade e efetividade tem se acumulado rapidamente, como demonstrado em mais de 120 ensaios clínicos e revisado no livro *The Science of Tapping* (Stapleton, 2019). Stapleton se refere à psicologia energética e outras intervenções somáticas como constituindo a “quarta onda” de psicoterapia, após a psicanálise, terapia comportamental, e abordagens cognitivas (p. xxiii). Uma estimativa confiável feita pelo psiquiatra de Harvard, Leskowitz, (2016) colocou o número de terapeutas que incorporam técnicas de psicologia energética em suas práticas na casa de “dezenas de milhares” (p. 181). Quando levadas a indivíduos e comunidades após um desastre, o desempenho dessa abordagem tem sido especialmente promissor, devido à sua capacidade de regular rapidamente as consequências fisiológicas do trauma, uma afirmativa que examinaremos nesse artigo.

INCIDÊNCIA E CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS DE GRANDES DESASTRES

O número de grandes desastres *naturais* registrado na década de 2010 a 2019 no mundo todo quase dobrou em comparação à década de 2000 a 2009 (de 4.212 para 7.348) na medida em que “eventos climáticos extremos passaram a dominar o cenário dos desastres no século XXI” (Escritório das Nações Unidas para a Coordenação de Questões Humanitárias [OCHA], 2020, p.1). Enquanto isso, uma análise das bases de dados com foco em desastres *causados pelo homem* em países industrializados no século XX revelou também “um crescimento exponencial” em sua frequência (Coleman, 2006, p.3). Tiroteios em massa, terrorismo, genocídio, guerras e conflitos violentos que impactam populações civis se juntam com um aumento da frequência de acidentes industriais na produção dessa escalada.

Quer sejam naturais ou provocados pelo homem, os desastres levam a graves perturbações e interrupções não só da vida de indivíduos, mas “do funcionamento da sociedade” (Karácsonyi *et al.*, 2021, p. 28). O gerenciamento de respostas a desastres tem focado em necessidades físicas e econômicas, enquanto as questões de saúde mental causadas por desastres têm frequentemente sido uma “área negligenciada” (Makwana, 2019, p. 3091). Entre as questões de saúde mental enumeradas por Makwana, além do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), estão ansiedade, depressão, choque, desespero, luto, tristeza, raiva, negação, comportamentos mal adaptativos, abuso de substâncias, insegurança, perturbações do sono, oscilações de humor, desconfiança,

paranoia, obsessões, perda de papéis habituais na comunidade e doenças físicas relacionadas ao estresse disseminados. Esses efeitos psicológicos de desastres são especialmente graves em crianças, mulheres e populações idosas dependentes.

INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS APÓS DESASTRES

Profissionais de saúde mental “começaram a responder a desastres em grandes números na década de 90” (DeAngelis, 2014, p. 63). Inicialmente, usavam intervenções em grupos nos quais sobreviventes, socorristas e familiares compartilhavam suas experiências. As intervenções hoje são mais refinadas. Envolvem o reconhecimento de que, para a maioria das pessoas, um processo de recuperação natural ocorrerá com o tempo. Intervenções apropriadas, nos dias que se seguem ao desastre incluem diminuir a agitação, explicar e normalizar respostas emocionais extremas, promover um senso de segurança e estabilidade, facilitar conexões com sistemas de suporte, e fazer encaminhamentos para aqueles que necessitam de apoio psicológico mais focado. Equipes de crise em saúde mental geralmente trabalham em conjunto com agências de ajuda humanitária como a Cruz Vermelha e recursos locais da comunidade.

DeAngelis baseou seu artigo *O que todo psicólogo deve saber sobre desastres* em entrevistas com pioneiros no desenvolvimento e prestação de intervenções psicológicas após eventos catastróficos, e no número especial de novembro de 2011 do *American Psychologist* com o tema “9/11 10 anos depois”. Embora enfatize que muitas pessoas mostram resiliência após um desastre sem fazer psicoterapia, ela também observou que, para aqueles que demonstram sofrimento grave ou dificuldades de funcionamento, primeiros socorros psicológicos podem ajudá-los a se estabilizar e colocar a vida em ordem. Para aqueles que ainda estão traumatizados várias semanas após o desastre, várias formas de terapia de crise foram desenvolvidas.

Com duração de uma única sessão a quantas sessões forem necessárias, DeAngeles explica que a terapia de crise difere de outras formas de terapia por ser mais direta e pragmática, focando em questões práticas, assim como em questões emocionais. A terapia de crise também enfatiza habilidades para a recuperação psicológica. Técnicas simples para manejo de estresse podem incluir respiração diafragmática, escrever um diário, ou engajamento em atividades que são prazerosas e oferecem aterramento. Técnicas cognitivas para ressignificação da experiência e das conclusões tiradas dela também são utilizadas na terapia de crise, assim como métodos de exposição para redução de respostas do sistema límbico a memórias e estímulos disparadores.

Uma das primeiras organizações a usar, sistematicamente, intervenções corpo-mente em missões pós-desastre foi o *Center for Mind-Body Medicine* em Washington, D.C. Em um estudo dessa abordagem conduzido 5 anos após o término da guerra de Kosovo em 1999, 82 adolescentes que eram crianças durante a guerra e que preenchiem os critérios para TEPT foram aleatoriamente alocados para um programa de 12 sessões em grupo, para o aprendizado de técnicas corpo-mente, ou para um grupo controle de lista de espera (Gordon *et al.*, 2008). O programa incluía “meditação, imaginação guiada, e técnicas de respiração; autoexpressão por meio de palavras, desenhos,

e movimento; treinamento autogênico e biofeedback; e genogramas” (p. 1469). A diminuição de sintomas de TEPT entre aqueles que passaram pelo programa alcançou alto grau de significância estatística em comparação com o grupo controle ($p < 0.001$). Os benefícios foram mantidos no seguimento após 3 meses. O grupo controle passou então pelo programa, e mostrou melhoras semelhantes nas medidas pré e pós-intervenção. Há três décadas, o Centro tem oferecido e expandido seus programas corpo-mente para abordar “trauma psicológico e estresse que afetam toda a população¹.”

ESTUDOS COMPARATIVOS DE INTERVENÇÕES PSICOLÓGICAS APÓS EVENTOS CATASTRÓFICOS

Vários estudos usaram métodos de metanálise para comparar os resultados de psicoterapias que foram aplicadas após desastres ou outras forma de pressão psicológica grave (Brown *et al.*, 2017; Morina *et al.*, 2017; Purgato *et al.*, 2018; Bangpan *et al.*, 2019; Mavranzouli *et al.*, 2020a; van Ginneken *et al.*, 2021). Essas revisões encontraram uma variação na efetividade dos vários métodos estudados para reduzir sintomas decorrentes do trauma e melhorar o funcionamento. A maioria das abordagens estudadas foram variações da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), como a Terapia de Exposição Narrativa (TEN), e formas de TCC focadas no trauma (TCC-FT). A TCC é considerada por muitos como o “padrão ouro” para o tratamento de condições psicológicas graves (David *et al.*, 2018). No entanto, outras terapias também foram incluídas nas comparações, tais como meditação, ludoterapia com crianças, terapia familiar, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), *Thought Field Therapy* (TFT) e *Emotional Freedom Techniques* (EFT).

Tanto o TFT quanto o EFT são formas de psicologia energética, que é o foco dessa revisão. Em cada um dos seis estudos citados acima, uma modalidade de psicologia energética foi incluída na comparação, e a abordagem demonstrou resultados fortes. Por exemplo, Brown *et al.* (2017) conduziram uma metanálise de tratamentos psicológicos para crianças que tinham vivenciado os efeitos do trauma após desastres naturais ou causados pelo homem. Somente um dos 36 estudos usou uma abordagem da psicologia energética, o TFT. Os tamanhos do efeito variaram de 0,09, um efeito pequeno, a 4,19, um efeito extremamente grande. A média dos tamanhos de efeito foi 1,47, um efeito grande. O maior efeito dos tratamentos investigados, 4,19, foi produzido pelo TFT. No estudo comparativo de Mavranzouli *et al.* (2020a), o EFT estava entre as 17 intervenções avaliadas para o tratamento de jovens traumatizados. O EFT foi uma das duas terapias mais efetivas na redução de sintomas de TEPT no final do tratamento, e a mais efetiva das 17 intervenções na manutenção da melhora dos sintomas de TEPT no seguimento. Terapias de *tapping*¹ têm, na realidade, tido um bom desempenho em relação ao “padrão ouro” da TCC. Os 10 estudos de comparação direta entre as duas modalidades mostraram pelo menos uma equivalência de resultados e, em vários estudos, os protocolos de psicologia energética superaram a TCC em velocidade e manutenção no seguimento (revisado em Feinstein, 2021b).

¹ <https://cmbm.org/>

Oito dos dez estudos de comparação direta entre TCC e abordagens de psicologia energética foram ensaios clínicos randomizados (ECRs). Um dos que não foi um ensaio clínico randomizado nos dá uma ideia das diferenças vivenciadas por aqueles que receberam os tratamentos. Foi um estudo retrospectivo no Curdistão com pessoas que tinham vivenciado violência contínua, atrocidades e convulsões políticas durante e após a guerra do Iraque (Seidi *et al.*, 2021). Os resultados do tratamento foram avaliados por clientes que foram tratados por um único psicoterapeuta por 2 anos. O terapeuta foi treinado em TCC e, posteriormente, em TFT. Trinta e um clientes preencheram os critérios para participar do estudo e foram alocados para TCC ou TFT usando amostragem intencional. Dos 13 clientes que receberam tratamento com TCC tradicional, um melhorou e os demais apresentaram nenhuma mudança nos sintomas, piora dos sintomas ou abandonaram o tratamento. Todos os 11 clientes que receberam tratamento com TFT apresentaram melhora dos sintomas. Sete dos que receberam TCC e não apresentaram melhora e nem perspectiva de melhora (as razões apresentadas pelo terapeuta incluíram fatores culturais, nível de escolaridade, dificuldade de aplicação de conceitos teóricos como a generalização excessiva, falha em completar as tarefas de casa, e fadiga devida ao número e duração das sessões de terapia) foram subsequentemente oferecidos tratamento com TFT. O tratamento com TFT levou a melhora em todos os casos.

Embora certamente seja possível que o único terapeuta desse estudo fosse simplesmente mais competente no TFT do que na TCC, os terapeutas que entrevistei para esse artigo e para trabalhos anteriores, que aprenderam algum protocolo de *tapping* em acupontos depois de terem usado a TCC no seu trabalho, comentaram, de maneira uniforme, que acrescentar o *tapping* a técnicas convencionais de exposição aumentou a velocidade e o poder de métodos que envolvem visitar eventos traumáticos. Mollon (2008), por exemplo, escreveu que a psicologia energética não é uma alternativa ao TCC, mas “um componente adicional crucial que aumenta enormemente sua eficácia,” oferecendo meios mais efetivos para “regulação do afeto, dessensibilização e interrupção de padrões” (p.619). Posteriormente exploraremos as razões pelas quais o *tapping* de acupontos, combinado com técnicas de exposição, está se mostrando mais efetivo do que técnicas de exposição isoladamente.

A NATUREZA DA PSICOLOGIA ENERGÉTICA

Psicologia Energética é um termo abrangente para abordagens de tratamento que incorporam um componente “energético” (Feinstein, 2022b) em seus processos psicoterapêuticos, frequentemente adaptadas de sistemas milenares de cura e espiritualidade como a ioga e o qi gong (Gallo, 2004). A estimulação somática de acupontos, fazendo uma leve percussão (*tapping*) neles é a abordagem mais amplamente usada e bem investigada na psicologia energética. Mais de 120 ensaios clínicos demonstram a eficácia do *tapping* em acupontos como uma intervenção psicoterapêutica, frequentemente com velocidade inusitada e resultados duradouros (Feinstein, no prelo). Uma meta-análise recente mostrou que o *tapping* em acupontos é um ingrediente essencial para esses efeitos potentes (Church *et al.* 2020).

¹ N.T. *Tapping* se refere à leve percussão de pontos de acupuntura específicos usando as pontas dos dedos em uma sequência pré-determinada.

Os estudos revisados compararam protocolos de *tapping* em acupontos com protocolos idênticos, exceto pelo fato de uma intervenção diferente – como respiração diafragmática ou *tapping* em “pontos falsos” – substituir o *tapping*. A maioria dos terapeutas que incorporam o *tapping* em acupontos em sua prática não o consideram sua abordagem primária, mas integram essa técnica às abordagens clínicas que já possuem (Feinstein, 2016).

Um mecanismo pelo qual o estímulo de acupontos melhora os resultados clínicos envolve a geração de sinais que ativam ou desativam regiões cerebrais específicas. Um programa de pesquisa de 10 anos na Faculdade de Medicina de Harvard, usando equipamentos de imagem para investigar os efeitos da estimulação de pontos de acupuntura usando agulhamento tradicional, verificou que certos pontos enviam sinais para a amígdala e outras partes do sistema límbico que reduzem a ativação quase instantaneamente (Fang *et al.*, 2009). Embora a acupuntura e a psicologia energética sejam práticas imensamente diferentes, o agulhamento tradicional de um acuponto e a estimulação manual dele mostraram efeitos semelhantes. Por exemplo, um estudo duplo cego comparando a penetração por agulhas de acupuntura com uma pressão não penetrante que simula a sensação de penetração mostrou melhoras clínicas equivalentes para as duas intervenções (Takakura and Yajima, 2009).

Até o momento, os poucos estudos de imagem de *tapping* em acupontos em contexto psicoterapêutico revelaram mudanças cerebrais que correspondem à melhora clínica. Por exemplo, um estudo de ressonância magnética funcional de tratamentos de *tapping* em acupontos com indivíduos obesos mostrou que regiões cerebrais envolvidas com fissura por alimentos, que eram ativadas quando imagens de alimentos não saudáveis eram mostradas antes do tratamento, não eram mais ativadas após o tratamento (Stapleton *et al.*, 2019). Essa diminuição de ativação cerebral ocorreu paralelamente à diminuição do desejo por aqueles alimentos. Outros estudos de imagem mostraram que o *tapping* em acupontos aumentava a atividade nas regiões frontais executivas envolvidas nas escolhas racionais e no gerenciamento de respostas emocionais em situações estressantes (Di Rienzo *et al.*, 2019; König *et al.*, 2019). Essa capacidade de ativar ou desativar regiões específicas do cérebro pela combinação do *tapping* em acupontos com ativação mental de questões preocupantes é, talvez, uma vantagem fundamental do método. Está, presumivelmente, no cerne da eliminação excepcionalmente rápida dos pareamentos estímulo-resposta mal adaptativos, como demonstrado em ensaios clínicos. Efeitos benéficos sobre as funções regulatórias e de engajamento social do nervo vago também foram observados após tratamentos com *tapping* em acupontos (Schwarz, 2018).

Metanálises de protocolos de *tapping* em acupontos aplicados no tratamento de ansiedade, depressão e TEPT – três das categorias diagnósticas que aparecem com mais frequência na prática clínica – mostraram grande tamanho de efeito (acima de 0,8) para cada condição. Na metanálise focada no tratamento de ansiedade, 14 ensaios clínicos randomizados (ECRs) incluíram um total de 658 participantes (Clond, 2016). O tamanho de efeito geral para esses 14 estudos, do pré para o pós-tratamento, foi de 1,23. No estudo de depressão, 12 ECRs com um total de 398 participantes tiveram um tamanho de efeito geral, do pré para o pós-tratamento, de 1,85 (Nelms and Castel, 2016). Na análise de tratamentos para TEPT, sete ECRs com um total de 247 participantes também

demonstraram um tamanho de efeito excepcionalmente alto (2,96) (Sebastian e Nelms, 2017). De acordo com uma base de dados mantida pela *Association for Comprehensive Energy Psychology*², outras condições psicológicas para as quais foi demonstrada resposta ao *tapping* em acupontos incluem fobias, raiva, estresse, dificuldade de concentração, fissura por alimentos, insônia e bloqueios de desempenho. Condições físicas que mostraram melhora estatisticamente significativa após o *tapping* em acupontos incluem fibromialgia, dor, cefaleias, ombro congelado, psoríase, obesidade, função imunológica, inflamação e função cardiovascular.

Embora revisões metanalíticas mostrem tamanhos de efeito fortes para o uso de protocolos de *tapping* no TEPT e depressão, até o momento, estudos de eficácia não fizeram distinção entre TEPT de evento único e TEPT complexo, ou entre sintomas de depressão e transtornos depressivos maiores (Feinstein, no prelo). Os profissionais devem, portanto, proceder com cautela com formas mais graves de qualquer uma dessas condições. Outra ressalva é que existem poucos dados, nesse momento, sobre a efetividade de protocolos de *tapping* na reversão de condições como transtornos psicóticos, demência, autismo, transtorno bipolar ou de personalidade. Uma limitação esporádica devido à mecânica da abordagem é que, como o *tapping* pode parecer “estranho”, nem todos se sentem confortáveis em realizá-lo. A segurança de uma modalidade clínica é uma preocupação especial no trabalho com sobreviventes de desastres. O risco de retraumatizar pessoas ao tentar ajudá-las a superar dificuldades emocionais após eventos catastróficos é um desafio constante para terapeutas de trauma (Duckworth and Follette, 2011). Protocolos de *tapping* em acupontos parecem ser menos vulneráveis a esse risco do que muitos outros métodos, porque são “elaborados para abordar o sofrimento de forma gradual e tolerável, titulando a exposição a traumas que, de outra forma, seriam insuportáveis e podem ter, anteriormente, sobrecarregado a capacidade de enfrentamento do cliente” (Mollon, 2013, p. 355). Uma revisão de ensaios clínicos de tratamentos com psicologia energética envolvendo mais de mil sujeitos mostrou que nenhum evento adverso foi relatado (Church, 2013). Schulz (2009) conduziu entrevistas em profundidade com 12 psicólogos que trabalhavam com sobreviventes adultos de abuso sexual na infância, e relatou que um tema em comum de todas as entrevistas foi que protocolos de psicologia energética permitiam que os clientes “aliviassem o trauma de forma não invasiva [o que] diminuí a possibilidade de retraumatização” (p.17).

UM TIPO DIFERENTE DE EXPOSIÇÃO

A exposição psicológica envolve o uso da imaginação ou memória para evocar mentalmente, em um contexto seguro, uma situação geradora de ansiedade. O procedimento é aplicado para reduzir a resposta de ameaça a disparadores de medo, e tem se mostrado “altamente efetivo para pacientes com transtornos de ansiedade, a ponto de a exposição dever ser considerada um tratamento de primeira linha, baseado em evidências para esses pacientes” (Kaplan and Tolin, 2011, p. 33). Frequentemente utilizado no trabalho com TEPT, a diferença mais fundamental entre os protocolos de *tapping* em acupontos e outras abordagens psicológicas para a cura emocional em longo prazo após desastres pode estar nos componentes do procedimento.

² <https://www.energypsych.org/researchdb8c71b7>

TABELA 1 | Duas abordagens contrastantes de exposição.

Tratamentos Convencionais de Exposição	Exposição com uma Intervenção Somática
(1) Exposição breve, como usada na dessensibilização sistemática (10 a 15 segundos em cada rodada do protocolo), pode ser efetiva para níveis baixos de ativação, mas não para estímulos altamente perturbadores. Além disso, um número grande de sessões ao longo de um período extenso é necessário para que a exposição breve seja efetiva mesmo com níveis baixos de ativação (Rothbaum and Foa, 1996/2007).	(1) Exposição breve combinada com estimulação de acupontos mostrou ser efetiva com condições que envolvem tanto níveis altos, quanto baixos de ativação, e algumas rodadas de exposição breve durante uma única sessão de terapia são, frequentemente, capazes de desacoplar a associação entre um estímulo e uma resposta de medo mal adaptativa.
(2) Exposição prolongada é geralmente necessária para o tratamento de transtornos de ansiedade, sendo, frequentemente, necessários 20 minutos antes que a ansiedade associada com uma fobia simples comece a diminuir, e até 60 minutos com agorafobia (Foa <i>et al.</i> , 1989). Para cenas traumáticas, até 100 minutos de <i>flooding</i> (no qual gatilhos geradores de ansiedade são apresentados de forma intensa e sustentada) foram necessários antes que diminuição da ansiedade fosse relatada (Keane, 1995).	(2) Exposição prolongada ou uma série de exposições repetidas não são necessárias para obter resultados clínicos desejados.
(3) Os clientes precisam “focar a atenção no material traumático e... não se distrair com outros pensamentos ou atividades” (Brewin, 2005, p. 272). Na verdade, acredita-se que permitir que o cliente se distancie “dos estímulos mais traumáticos não é mais efetivo para obter a extinção da ansiedade do que foram os episódios passados de memórias intrusivas” (Lyons and Keane, 1989, p. 147).	(3) O foco durante as sessões de exposição não é fixo. Em vez disso, enquanto a <i>tapping</i> continua, o foco pode se deslocar entre memórias traumáticas e outros pensamentos, crenças, sensações físicas, emoções expectativas.
(4) A exposição funciona para medo e ansiedade, mas parece não ser efetiva no tratamento de culpa ou outras emoções complexas que requerem construtos cognitivos superiores (Foa and McNally, 1996).	(4) Emoções que exigem construtos cognitivos superiores como culpa, vergonha ou luto responderam à abordagem.

Fontes para células dos “Tratamentos Convencionais de Exposição” incluem observações dos desenvolvedores da abordagem que ainda correspondem a práticas atuais. As células do “Componente Somático” foram corroboradas em uma análise de mais de 800 entrevistas ou respostas a inquéritos de praticantes de psicologia energética (Feinstein, 2021a).

Tratamentos de Exposição Convencionais

Um estudo de 2008 do Instituto de Medicina da Academia Nacional de Ciências, *Tratamento de Transtorno de Estresse Pós-Traumático: uma Avaliação da Evidência*, mostrou que apesar de quase três décadas de pesquisa desde a adoção do TEPT como uma categoria diagnóstica formal, os estudos existentes “não formam um corpo coeso de evidência sobre o que funciona ou não” (Comitê do Tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático, 2008, p.10). No entanto, o único tipo de intervenção (psicológica ou farmacêutica) cuja eficácia foi avaliada como sendo empiricamente estabelecida foi a exposição imaginária prolongada.

Apesar de a ideia de que a exposição seja necessária para o sucesso do tratamento do TEPT ser questionada, em parte devido à possibilidade de retraumatização (Farrell *et al.*, 2013), e de tratamentos alternativos terem sido propostos (Markowitz *et al.*, 2015), a exposição prolongada ainda é a abordagem mais amplamente recomendada para o tratamento do TEPT. A *Diretriz para Prática Clínica no Tratamento de Estresse Pós-Traumático* da Associação Americana de Psicologia (2017) endossa fortemente a terapia de exposição prolongada, ou terapia de exposição prolongada com reestruturação cognitiva, como a intervenção primária recomendada para o tratamento do TEPT. O *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) recebeu recomendação condicional. A psicologia energética não foi avaliada.

Inconsistências nas Experiências Clínicas com Tratamentos de Exposição

Embora o EMDR e o *tapping* em acupontos sejam abordagens muito diferentes, ambas utilizam exposição imaginária combinada com uma intervenção somática. A intervenção somática no EMDR pode incluir estimulação bilateral na forma de movimentos oculares de um lado para o outro, estimuladores táteis, ou outra forma de alternar estimulação direita-esquerda como percutir leve e alternadamente, os joelhos, pernas ou ombros. À medida que estudos de eficácia estabeleciam o EMDR

como um tratamento efetivo para o TEPT, começaram a se acumular dados de resultados que não eram consistentes com a orientação oriunda de experiências com outros tratamentos de exposição (Rogers e Silver, 2002). Rogers e Silver observaram, por exemplo, que “pesquisas anteriores sugerem que exposições breves repetidas somente resultam em redução do medo quando tanto a intensidade do estímulo, quanto a ativação são baixos. Mas o EMDR usa exposições muito breves (20 a 30 segundos) [mesmo que] a intensidade do estímulo seja alta, já que é pedido aos clientes que foquem na cena mais perturbadora” (p.49).

Quatro diferenças entre *formulações convencionais de terapia de exposição* (como delineada na literatura que institui a abordagem) e *exposição pareada como uma intervenção somática* (baseada em relatos de profissionais) foram delineadas (Feinstein, 2010), e são resumidas na **Tabela 1**.

Métodos Convencionais de Exposição não Eliminam o Aprendizado do Medo Original

O que pode explicar essas diferenças? Uma descoberta surpreendente na neurociência foi que abordagens convencionais de exposição *sobrescrevem* em vez de *substituírem* os aprendizados que geram medo, enquanto outras abordagens são capazes de gerar um novo aprendizado que *elimina* completamente o aprendizado antigo, uma diferença que tem implicações clínicas significativas (Dunsmoor *et al.*, 2015). Especificamente, se as associações antigas são sobrescritas em vez de eliminadas, o cliente fica vulnerável a recorrências via: (a) *recuperação espontânea* da resposta de medo condicionada, (b) *renovação* do medo quando o gatilho original é apresentado fora do contexto de extinção, (c) *reativação*, na qual o estímulo aversivo original é apresentado sem o gatilho original, mas renova a capacidade desse gatilho disparar uma resposta de medo. No entanto, se associações antigas tivessem sido apagadas neurologicamente, essas recorrências não seriam possíveis sem a ocorrência de um novo evento traumático.

Recorrências frequentes do antigo aprendizado após tratamentos convencionais de exposição foram mostrados tanto em

contexto laboratorial, quanto clínico (Dunsmoor *et al.*, 2015). A exposição não estava se mostrando tão efetiva quanto o esperado, mesmo com o acréscimo de técnicas de reestruturação cognitiva. Na verdade, estudos e metanálises recentes sugeriram que a TCC, com tratamento de exposição sendo uma de suas estratégias primárias, tem desempenho apenas um pouco superior ao efeito placebo (Leichsenring *et al.*, 2018), um achado controverso, mas provocativo.

A compreensão inicial de senso comum da terapia de exposição era de que a extinção (eliminação de uma resposta condicionada, como o medo de aranhas) é alcançada pela erradicação de uma associação antiga por meio de apresentações repetidas do gatilho (o estímulo condicionado) em um contexto seguro. Mas como a resposta podia retornar espontaneamente, era inegável que o aprendizado original não tinha sido eliminado, demandando que a teoria fosse revisada. Foa e McNally (1996) explicaram que, com base em evidência abundante, “a redução do medo não envolve o enfraquecimento da associação em si, mas envolve a formação de novas associações [que] se sobrepõem à influência das associações patológicas” (p.339).

Entretanto, estudos neuroquímicos indicaram que a administração de certas drogas, quando pareada com experiências geradoras de medo, tornam possível a erradicação de associações de medo antigas no nível neurológico (Berlau and McGaugh, 2006). Isso foi deduzido por múltiplos experimentos mostrando que o medo original não podia ser reativado usando qualquer método conhecido de reativação de medos extintos. Outro mecanismo mais potente do que a compreensão aceita da extinção fora descoberto. Ele explicava uma segunda forma de o cérebro se atualizar com base em novas experiências. Isso foi reforçado quando intervenções comportamentais, e não farmacêuticas, foram criadas que removiam o medo completamente, primeiro com animais de laboratório (Monfils *et al.*, 2009) e depois com sujeitos humanos (Schiller *et al.*, 2010). Monfils *et al.* observaram que comparações de métodos convencionais de extinção com aqueles que eliminam em vez de se sobrepõem a associações antigas “engajam mecanismos diferentes na amígdala lateral e levam a resultados de comportamento drasticamente diferentes” (p. 953).

Outra crença prevalente entre os neurocientistas era de que uma vez que um novo aprendizado seja consolidado na memória de longo prazo, está instalado permanentemente. Ele poderia ser modificado, ou mesmo eclipsado por experiências subsequentes, como no processo de extinção acarretado por técnicas convencionais de exposição, mas, mesmo assim, permaneceria e poderia ser reativado. No entanto, centenas de estudos ao longo de décadas mostraram que essa não é a única possibilidade. Pelo contrário, “uma memória consolidada pode...ser modificada, fortalecida, mudada ou até mesmo apagada!” (Nader, 2003, p. 65). Para que o aprendizado seja apagado, uma sequência deve ocorrer, na qual o desfecho previsto pelo aprendizado original não ocorra, uma divergência que os neurocientistas chamam de “erro de previsão” (Exton-McGuinness *et al.*, 2015).

Combinação de *Tapping* em Acupontos com Exposição Psicológica

Protocolos de *tapping* em acupontos realizam isso pedindo ao cliente para ativar mentalmente o aprendizado antigo – por exemplo, medo de aranhas – enquanto envia sinais de desativação para a amígdala por meio de

tapping em acupontos. Após algumas rodadas de *tapping*, a imagem de uma aranha pode ser acessada vividamente, mas o medo esperado não é vivenciado. Esse processo é ilustrado em um vídeo de 13 minutos mostrando trechos de um tratamento de 30 minutos (disponível em <http://phobiacase.EnergyPsychEd.com>, acessado em 10 de fevereiro, 2022). Como você pode ver pela surpresa no rosto da cliente, foi criado um erro de previsão. Essa é a sequência básica necessária para as vias neurais que mantêm o aprendizado antigo tornarem-se “despotencializadas” no nível sináptico. O aprendizado é reconsolidado de uma forma nova, que corresponde à experiência recente. Uma explicação mais detalhada desse processo está disponível em outro local (e.g., Feinstein, 2019), mas para o fim de compreender o papel da psicologia energética no trabalho humanitário, os conceitos chaves são: (a) a exposição *breve* é adequada se acompanhada de *tapping* em acupontos, (b) a retraumatização pode ser evitada, e (c) as mudanças são duradouras.

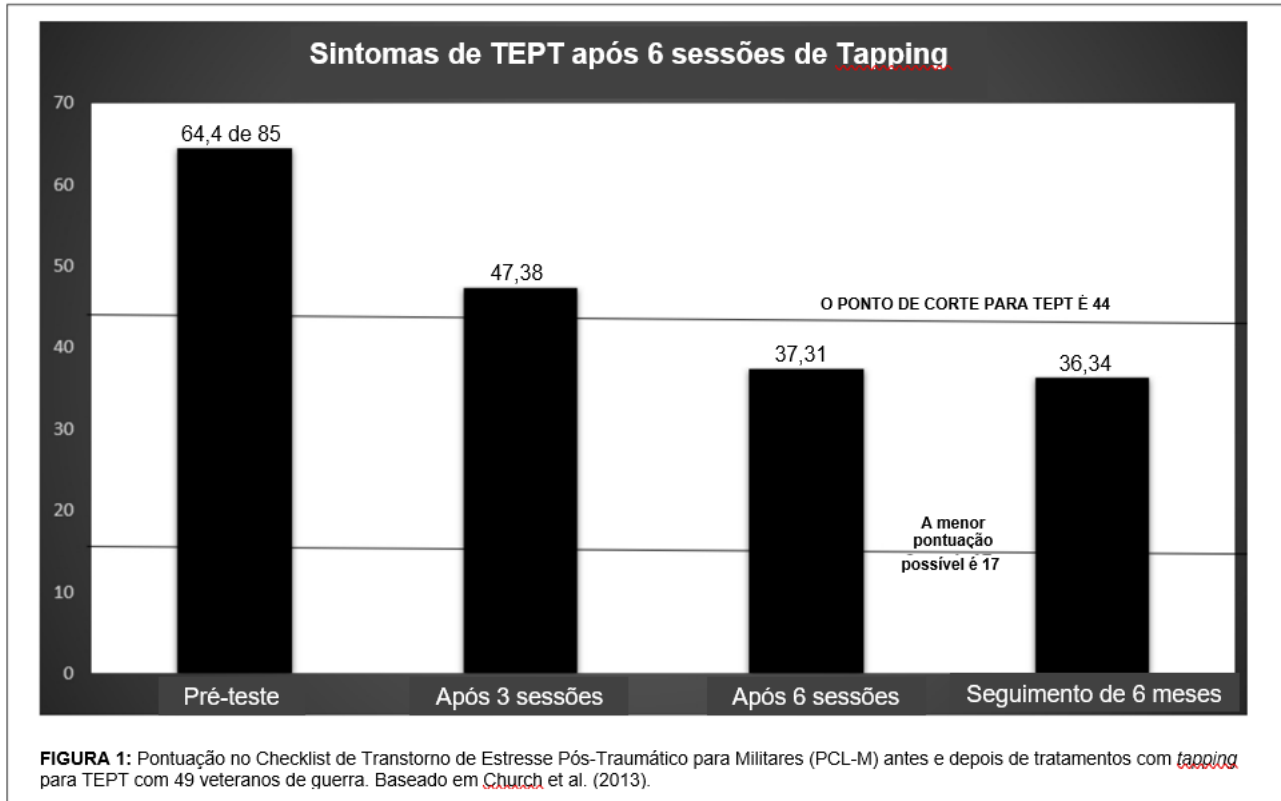
PSICOLOGIA ENERGÉTICA NO TRATAMENTO DE SOBREVIVENTES DE DESASTRES

A psicologia energética foi aplicada logo após desastres naturais ou causados pelo homem na Austrália, Bósnia, Brasil, Burundi, Colômbia, República Democrática do Congo, Equador, Alemanha, Guatemala, Haiti, Índia, Indonésia, Israel, Japão, Quênia, Kosovo, Kuwait, Libéria, México, Moldávia, Nairobi, Nova Zelândia, Nicarágua, Nigéria, Ruanda, Serra Leone, África do Sul, Sudão do Sul, Suécia, Tanzânia, Tailândia, Venezuela, Uganda e nos Estados Unidos. Equipes nos Estados Unidos trabalharam com sobreviventes de incêndios, terremotos, furacões, tornados, acidentes industriais e tiroteios em escolas, bem como em comunidades e instituições de saúde atingidas pela pandemia de COVID-19.

Várias organizações internacionais de trabalho humanitário adaptaram a psicologia energética como tratamento nas missões pós-desastre. A Capacitar Internacional (“Capacitar” é uma palavra espanhola que significa empoderar, despertar, trazer uns aos outros à vida) tem trabalhado com comunidades em transição – incluindo aquelas pós trauma, violência, guerra e outros desastres - desde a década de 1980³. A equipe ganhou vários prêmios internacionais, e seu alcance se estende a cinco continentes. Entre as intervenções somáticas primárias da Capacitar estão o EFT, TFT e outras técnicas de acupressão para aliviar dor física e emocional. Charles Figlei, que atuou como o presidente do comitê do Departamento de Assuntos de Veteranos que primeiro cunhou o nome do TEPT, e que é também o fundador da Cruz Verde, permitiu que isso fosse publicado em um site de psicologia energética em 2005: “A psicologia energética está rapidamente provando estar entre as intervenções psicológicas mais potentes disponíveis para trabalhadores de assistência em desastres para ajudar os sobreviventes, assim como os próprios trabalhadores.”

A maioria dos indivíduos que levam serviços psicológicos para uma área de desastre segue as diretrizes geralmente aceitas articuladas por DeAngelis (2014) em termos de priorizar o alívio do estresse, explicar e normalizar reações emocionais extrema

³ <https://capacitar.org/>



facilitar a estabilização e um senso de segurança, conectar os sobreviventes com sistemas de suporte adequados, e colaborar com a comunidade local e com qualquer organização de socorro que tenha sido mobilizada.

Um Estudo Inicial

O primeiro ECR investigando o uso da psicologia energética com TEPT envolveu 49 veteranos de guerra com escores na faixa de TEPT em um checklist de sintomas padronizado para veteranos (Church *et al.*, 2013). Melhora dramática foi verificada após seis sessões de tratamento, com 42 dos 49 participantes não mais tendo escores acima do ponto de corte para TEPT. Os participantes foram recrutados de todo os Estados Unidos, e tratados por profissionais voluntários. Os ganhos persistiram no seguimento de 6 meses (veja **Figura 1**). O estudo foi replicado com achados semelhantes (Geronilla *et al.*, 2016).

A título de comparação, aproximadamente dois terços dos membros das Forças Armadas e veteranos que completaram um programa de tratamento com exposição prolongada e/ou terapia de processamento cognitivo, em estudos revisados por pares publicados entre 1980 e 2015, ainda se enquadravam nos critérios diagnósticos de TEPT após o tratamento (Steenkamp *et al.*, 2015). Houve apenas uma desistência no estudo de Church *et al.* Em contrapartida, nove de cada dez dos 49.425 veteranos das guerras do Iraque e Afeganistão com TEPT recém-diagnosticado, que buscaram assistência dos serviços administrados pelo Departamento Americano de Assuntos de Veteranos abandonaram os tratamentos convencionais recomendados, antes de completá-los (Seal *et al.*, 2010).

Quatro Níveis de Intervenções de Psicologia Energética após Eventos Catastróficos

Embora tratamentos de exposição sejam geralmente usados para cura em longo prazo ao invés de imediatamente após um desastre, os protocolos de *tapping* em acupontos podem ser aplicados em qualquer momento após o evento catastrófico. Se uma pessoa está vivenciando trauma agudo, não é necessário que imaginem o evento traumático. Já estão nele. Você pode orientá-la a fazer o *tapping* para diminuir imediatamente o estresse emocional, como com qualquer outra técnica de relaxamento potente. O *tapping* também pode ser aplicado em um estágio posterior da recuperação para desativar memórias intrusivas ou não processadas sobre o trauma. Depois de atender às necessidades físicas, estabelecer segurança e promover confiança e *rapport*, um modelo de quatro níveis categoriza as intervenções com psicologia energética em situações pós-desastre, de acordo com seu objetivo (Feinstein, 2008).

Primeiro Nível: Alívio imediato / Estabilização

Assim como um paramédico pode orientar um paciente em crise de ansiedade com uma técnica de controle de respiração que seja incompatível com a hiperventilação, a psicologia energética utiliza intervenções que diminuem rapidamente a resposta de luta ou fuga mediada pelo sistema límbico. Fazer o *tapping* em pontos de acupuntura específicos, cuja estimulação diminui sinais de ativação na amígdala (Hui *et al.*, 2005), por exemplo, parece diminuir rapidamente respostas emocionais intensas em situações

estressantes. Esse procedimento simples pode ser uma intervenção potente para oferecer primeiros-socorros psicológicos logo após um desastre. Muitas vezes os profissionais começam com as intervenções mais reconfortantes disponíveis para trazer alívio e estabilização – como a respiração diafragmática, abraços em si mesmo, balançar suave, e lembrar à pessoa de que ela sobreviveu e está segura agora – introduzindo o *tapping* quando adequado.

Segundo Nível: Redução da Ativação Límbica a Gatilhos Relacionados ao Trauma

Além do alívio imediato, o *tapping* em acupontos pode ser aplicado para mudar padrões mal adaptativos de respostas ao estresse que se desenvolvem após um desastre. Medo, raiva ou angústia amplificados podem ter se tornado neurologicamente associados a determinado estímulo interno ou externo. Ao reduzir a hiperativação límbica na presença do estímulo, padrões autodestrutivos afetivos, cognitivos e comportamentais podem ser interrompidos, incluindo comportamentos de evitação, uma tendência aprendida que serve para reforçar o TEPT (Badour *et al.*, 2012). Desacoplar respostas extremas ao estresse de memórias, fantasias arrepiantes ou gatilhos externos é importante para o sucesso no tratamento do TEPT (van der Kolk, 2014).

Terceiro Nível: Superação de Dificuldades Psicológicas Complexas

Questões complexas envolvendo experiências precoces de apego, relacionamentos atuais, objetivos pessoais, estilos de *coping*, ambiente de trabalho, e saúde física podem ter emergido em função da experiência traumática, e podem ser efetivamente abordadas, principalmente quando se alcançou progresso adequado nos dois primeiros níveis. Uma abordagem de psicologia energética é capaz de identificar e abordar aspectos importantes de problemas complexos. Fatores que contribuem para baixa autoestima, por exemplo, podem incluir memórias não resolvidas de abuso emocional parental, crenças autodestrutivas, avaliações exageradas de ameaças interpessoais, e ansiedade em situações sociais. A combinação de estimulação de acupontos com ativação mental de cenas, sentimentos ou crenças cuidadosamente selecionados pode ser aplicada a elementos de um problema psicológico complexo, um por um. Frequentemente se aplica um protocolo de *tapping* para “neutralizar crenças negativas centrais ou para instalar crenças positivas” (Gallo, 2004, p. 181). Seja usando o *tapping* para resolver memórias traumáticas anteriores ligadas a obstáculos na superação de traumas mais recentes, seja abordando uma crença da infância que contribui para pessimismo e desesperança, desemaranhar essas constelações frequentemente se torna o foco de um tratamento continuado, e pode ser necessário no acompanhamento pós-desastre para que ocorra a cura completa.

Quarto nível: Promoção de Funcionamento Ótimo

Mesmo após a estabilização, neutralização de respostas límbicas a estímulos traumáticos, e passos em direção à resolução de padrões autodestrutivos que têm origem na infância, restam as questões existenciais da vida. Na realidade, uma experiência catastrófica pode acentuar questões de significado, incerteza sobre o futuro, realidade do mal, e consciência sobre a inevitabilidade da morte. Ainda assim, pessoas que viram o pior da vida triunfam emocional e espiritualmente. Como Tolstoy observou, “Há algo no espírito humano que sobreviverá e triunfará, há uma pequena luz brilhante ardendo no coração do homem que não se apagará, não importa o quão escuro o mundo se torne.”

De fato, muitas pessoas descobrem que forças e resiliência antes desconhecidas emergem após um evento catastrófico. O termo *crescimento pós-traumático* descreve “mudanças psicológicas positivas que são vivenciadas como resultado de dificuldades com circunstâncias de vida altamente desafiadoras” (Jayawickreme and Blackie, 2014, p. 312). Entrevistas com profissionais de psicologia energética sugerem que uma abordagem energética sintonizada pode ajudar a revelar e fortalecer aquela “pequena luz brilhante”, favorecendo sentimentos de conexão espiritual e promovendo serenidade, confiança e coragem (Feinstein, 2021a). Apesar de essas serem questões permanentes, e frequentemente envolverem desafios intensos, maior estabilidade pessoal e um nível mais alto de funcionamento são resultados alcançáveis após experiências traumáticas.

No terceiro e quartos níveis, a psicologia energética é, frequentemente, integrada a outras abordagens clínicas ou de desenvolvimento pessoal. Por exemplo, no aprimoramento da resiliência pessoal, estratégias da Psicologia Positiva (tais como a “construção de forças de proteção” como a perseverança ou a capacidade para o prazer, Seligman, 2002, pp.6-7) podem oferecer uma estrutura enquanto técnicas de psicologia energética são empregadas para instalar tais forças.

Considerações Situacionais

Além do método, há o contexto. As intervenções da psicologia energética em contextos pós-desastre devem ser aplicadas com a compreensão das fases do trabalho humanitário, sensibilidade às questões culturais, vigilância em relação a dinâmicas contraintuitivas que frequentemente acompanham intervenções psicológicas após eventos catastróficos, a as vulnerabilidades do próprio profissional. Cada um desses tópicos é discutido nessa seção.

Calibrar Intervenções para as Três Fases do Trabalho Humanitário

As aplicações da psicologia energética após um desastre precisam ser calibradas às necessidades e limitações únicas de cada indivíduo, e a uma compreensão dos tipos de intervenção adequadas a diferentes momentos após um desastre. Um livro importante, *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice* (Ritchie *et al.*, 2007) inclui capítulos que discutem princípios para *respostas imediatas* ao desastre (Ruzek, 2007; Young, 2007; Ørner *et al.*, 2007), *intervenções 1 a 4 semanas* após a exposição ao trauma (Bryant and Litz, 2007), e *intervenções de mais longo prazo* (Raphael e Wooding, 2007). Os quatro níveis de intervenções da psicologia energética são adequados a essas três fases de intervenções do trabalho humanitário em Feinstein (2022a).

Sensibilidade Cultural

Ao oferecer intervenções em saúde mental a sobreviventes de desastres, considerações culturais e demográficas são, às vezes, críticas (Norris e Alegria, 2007). Embora exista pouca evidência empírica baseada somente no trabalho com sobreviventes de desastres para orientar profissionais de psicologia energética no estabelecimento de tratamentos diferenciados para populações específicas afetadas, MacKay e Alfred (2013) delinearão princípios gerais para o uso de protocolos de *tapping* com grupos étnicos e culturais diferentes daqueles do profissional. Eles podem ser aplicados também em situações pós-desastre.

“O Dr. Carl Johnson, pioneiro na aplicação de psicologia energética (especificamente o TFT) em contextos pós-desastre, enfatizou em nossas entrevistas, que o sucesso do tratamento pode, às vezes, “depende do uso de uma palavra cultural ou pessoalmente sensível”. O Dr. Johnson, psicólogo certificado pelo Conselho Americano de Psicologia Profissional, se aposentou de uma carreira como especialista em TEPT da Administração de Veteranos (AV). Ele aprendeu TFT no final de seu período na AV, e o considerou muito mais efetivo do que os instrumentos à sua disposição até então. No momento das entrevistas que fiz com ele em 2005, Johnson tinha viajado regularmente, por quase duas décadas após sua aposentadoria, para os locais das mais terríveis atrocidades e desastres do mundo para oferecer, voluntariamente, apoio psicológico usando o TFT.

Ele ofereceu um exemplo para ilustrar formas pelas quais restrições impostas aos homens em relação à expressão de estresse emocional podem tornar desafiador até mesmo nomear questões específicas que precisam ser mentalmente ativadas durante o *tapping* no trabalho pós-desastre. Um homem de etnia albanesa que falava inglês trouxe um soldado do Exército de Libertação do Kosovo para o hotel de Johnson. O tradutor disse: “Ele está aqui para obter ajuda com seu trauma de guerra.” Johnson explicou a escala de 0 a 10, e pediu ao homem para dar um número à intensidade de seu trauma. O tradutor conversou com o homem e então disse: “Nenhum número, nenhum.” Johnson perguntou: “Ele não está aqui porque está sofrendo com o trauma?”. O tradutor reafirmou: “Nenhum número, nenhum trauma.” Johnson continuou:

Senti que, embora o homem tivesse vindo em busca de ajuda, também estava obedecendo o tabu albanês que proíbe o sofrimento em homens. Decidi evitar qualquer menção a seu sofrimento, e disse para o tradutor: “Ok, mas você poderia pedir a ele para apenas pensar no evento traumático?”. A resposta: “Nenhum evento traumático.” Me dei conta de que, por definição, para ser qualificado como um evento traumático, ele teria que causar um trauma pessoal, que ele não podia admitir. Então perguntei a ele se ele tinha um momento ruim que tinha superado. A isso ele conseguiu dizer “Sim”. “Pedi a ele que pensasse no momento ruim que tinha superado. Perguntei se ele gostaria de regular seu corpo forte para prepará-lo para a próxima vitória, como regular o motor de um carro de corrida magnífico que venceu, mas precisa fazer uma regulagem para vencer de novo.” Ele disse: “Isso seria bom.”

Enquanto ele focava no evento que tinha superado, usei um procedimento de avaliação de energia para encontrar e tratar suas alterações energéticas. Finalmente, quando eu não consegui mais encontrar alterações em seu sistema de energia, perguntei a ele se havia mais alguma coisa a ser feita, ou se a regulagem estava completa. Ele parecia relaxado. Então ele falou por meio do tradutor: “Ele quer que eu diga a você que ele te agradece muito por curar o trauma dele.” Uma vez que o trauma tinha sido resolvido, usar a palavra não era mais um problema.

Muitas variações dessa história podem ser encontradas por equipes de ajuda humanitária enviadas para culturas com as quais não estão familiarizadas. O uso da psicologia energética com crianças também requer calibração. As crianças respondem pelo menos tão bem quanto os adultos ao *tapping* para a redução de ativação, de acordo com relatos de profissionais, mas a abordagem deve ser

proposta em um nível que seja adequado à idade, situação e grau de compreensão da criança.

Até mesmo explicar a psicologia energética em termos que respeitem e sejam congruentes com a visão de mundo e pressupostos de uma pessoa pode ser problemático. De fato, explicar uma abordagem fundamentada em um paradigma adotado de tradições antigas de cura tem provado ser um desafio importante para profissionais de psicologia energética ocidentais dentro de sua própria cultura. Por outro lado, pessoas de culturas fundamentadas em uma visão de mundo baseada em energia ou espíritos, como os Nativos Americanos ou membros de várias tribos africanas, frequentemente podem se conectar intuitivamente às teorias e aos métodos da psicologia energética.

Armadilhas Contrainstintivas

Pressupostos do senso comum sobre o trabalho com sobreviventes de desastres têm, às vezes, sido refutados pela observação clínica, e vários aspectos contrainstintivos de intervenções precoces pós-desastre foram identificados. Ruzek (2007) discute vários pressupostos que estão no cerne de vários modelos de intervenção e que devem ser examinados, em vez de ser aceitos sem crítica. Por exemplo, o *Critical Incident Stress Debriefing* – no qual sobreviventes de trauma compartilham, em um contexto com apoio profissional, suas experiências, pensamentos e reações emocionais com outros sobreviventes envolvidos no mesmo trauma – parecia fazer muito sentido e era amplamente aplicado. No entanto, forte evidência mostra que isso pode interferir com estratégias naturais de *coping* em pessoas resilientes, e aumentar, em vez de prevenir, a incidência de TEPT em indivíduos vulneráveis (McNally *et al.*, 2003).

Trabalhadores de esforços humanitários são rotineiramente ensinados a “normalizar” reações agudas ao estresse. Isso valida a resiliência natural de sobreviventes, e os ajuda a compreender que suas reações são normais e transitórias, e não sinais de fraqueza pessoal ou doença mental. Isso serve para os indivíduos nos quais os sintomas de estresse agudo serão temporários, e isso pode ser terapêutico, uma vez que muitos indivíduos afetados são altamente sugestionáveis imediatamente após um trauma. Mas pode também gerar consequências negativas para sobreviventes com sintomas persistentes. Na realidade, estudos com sobreviventes de violência em massa mostram alto percentual de problemas persistentes, consideravelmente mais alto do que em sobreviventes de desastres naturais (Quarantelli, 2000). A ênfase excessiva no fato de que a maioria dos sintomas de reações de estresse agudo pós-trauma vão se dissipar espontaneamente ao longo do tempo pode inadvertidamente estigmatizar pessoas que precisam de tratamento e, em última instância, impedir que o recebam. Resumidamente, as pessoas podem, após um desastre, se tornar extremamente sensíveis, instáveis e reagirem de forma inesperada a afirmativas aparentemente inofensivas.

Outro pressuposto, que tem origem na psiquiatria de combate, é que é importante que especialistas em saúde mental intervenham ativamente, tão logo possível, após um trauma. No entanto, vários estudos sobre desfechos, além da preocupação em patologizar reações normais, dão “motivo para questionar se intervir precocemente resultará em melhor assistência” (Ruzek, 2007, p.20). Socorristas aprendem que os pressupostos de trabalho mais adequadas 24 horas após um desastre podem ser substancialmente diferentes dos pressupostos de trabalho mais adequados 3 semanas ou 6 meses depois. A aplicação da psicologia energética após um desastre deve ser calibrada às necessidades únicas e limitações de cada indivíduo

e à compreensão dos tipos de intervenção que são apropriadas nos vários momentos após o desastre.

Outras dinâmicas contraintuitivas também foram identificadas. Por exemplo, Levine (1997) mostrou que pessoas (assim como animais) que tremem após um trauma têm menos probabilidade de desenvolverem sintomas de TEPT. Assim, segurar e acalmar de forma invasiva uma pessoa que está tremendo pode, na realidade, interferir com a recuperação.

Até mesmo a meditação pode levar a resultados não intencionais (Lyford, 2022). Fay (2021) explica que práticas meditativas “podem gerar um estado de êxtase que pode ser amedrontador para pessoas com histórias de trauma. Dizer algo mesmo remotamente positivo pode gerar intenso ódio de si mesmo. Em um estado de êxtase, os limites podem ser vivenciados como muito difusos, deixando uma sensação de insegurança ou falta de controle. Também pode desencadear regressão” (p.39).

No entanto, dados os relatos favoráveis difundidos na literatura clínica sobre os benefícios da meditação, eu fiquei curioso sobre seu uso em situações pós-desastre. Quando fiz as entrevistas para a seção “Relatos de Campo” abaixo, perguntei à Dra. Lori Leyden se ela tinha usado meditação no trabalho com sobreviventes do tiroteio na Escola Fundamental Sandy Hook. Ela respondeu:

Na minha experiência, a meditação sem o tipo de liberação somática que ocorre com o *tapping* em acupontos é frequentemente contraindicada para trauma agudo e TEPT, porque a fisiologia do cliente não está regulada o suficiente para lidar com memórias intrusivas e outros sintomas de trauma que possam emergir. Isso pode fazê-lo se sentir ainda mais inseguro em seu corpo. Testemunhei várias pessoas, incluindo pais de crianças assassinadas, sendo informadas por professores de meditação que a meditação é um instrumento adequado para a cura do trauma, mesmo depois de os pais traumatizados terem expressado grande desconforto enquanto tentavam meditar.

Vulnerabilidade dos Profissionais de Trabalho Humanitário

Uma questão delicada é a vulnerabilidade do profissional prestando serviços de ajuda humanitária. Geralmente presume-se que a saúde psicológica e estabilidade do curador sejam maiores do que as do cliente, mas muitas vezes os profissionais de saúde do local passaram pelo mesmo evento traumático que as pessoas que estão atendendo. Podem também estar oferecendo cuidado a pessoas cujas histórias são recentes, terríveis e ativadoras. Oferecer treinamento e apoio para que trabalhem suas próprias experiências traumáticas não resolvidas é um elemento vital na preparação de profissionais da saúde para prestarem serviços de ajuda humanitária. Como as terapias de *tapping* podem gerar resultados rápidos e serem autoaplicadas, podem servir para a cura e evolução pessoal do profissional, enquanto ele está aprendendo como usá-las em situações pós-desastre.

RELATOS DE CAMPO

Na década após os ataques de 2001 ao Pentágono e ao World Trade Center, avanços foram feitos na: (a) avaliação das necessidades de indivíduos e comunidades impactados por eventos catastróficos, (b) criação de programas que abordem essas necessidades, e (c) avaliação desses programas (Watson *et al.*, 2011). Apesar disso, a natureza inesperada, o caos, e demandas urgentes

que surgem repentinamente quando acontece um desastre comprometem a avaliação sistemática quando equipes de resposta ao trauma chegam imediatamente após um evento catastrófico.

As pesquisas existentes sobre protocolos de *tapping* em situações pós-desastre foram geralmente conduzidas muito após a ocorrência do desastre, quando procedimentos de pesquisa sistemática eram mais viáveis. Resultados positivos após o tratamento de TEPT crônico em populações civis nos anos após um desastre têm, de fato, sido impressionantes. Por exemplo, em um estudo clínico quase duas décadas após a guerras de 1992-95 na Bósnia, 18 adultos foram selecionados com base no estresse emocional grave contínuo originado nas experiências durante as guerras, que incluíram lesões graves, tortura, espancamento, estupro, humilhação sexual e assistir a outros sendo agredidos ou assassinados. Cada um dos 18 participantes recebeu quatro sessões de 1 hora usando um protocolo de *tapping* em um período de 2 semanas. Um checklist padronizado de sintomas de TEPT em civis foi aplicado antes do tratamento, no final do tratamento e em um seguimento após 4 semanas (Boath *et al.*, 2014). Foram encontradas reduções significativas nos sintomas ($p = 0,009$) que se mantiveram no seguimento.

Em outro estudo de civis sobreviventes de violência sistêmica no ano anterior, Connolly e Sakai (2011) designaram aleatoriamente 145 sobreviventes adultos do genocídio em Ruanda em 1994 para o tratamento com TFT ou para uma lista de espera como grupo controle. As diferenças entre os grupos pós-tratamento e grupo controle foram altamente significativas ($p < 0,001$), com tamanho de efeito de moderado a grande tanto na frequência, quanto na gravidade dos sintomas. As melhoras foram mantidas no seguimento após 2 anos.

Apesar de pesquisas sistemáticas sobre intervenções com psicologia energética, imediatamente após um desastre, ainda estarem indisponíveis, centenas de relatos de campo mostram um padrão de fortes resultados após o uso da psicologia energética nos dias ou semanas após um desastre, e no tratamento subsequente de sintomas gerados pelo trauma. Muitos desses relatos corroboram uns aos outros em termos de alívio rápido e benefícios em longo prazo, mas o estado da arte na aplicação da psicologia energética imediatamente após desastres ainda reside, em grande parte, com profissionais que fazem esse trabalho. No restante desta seção, apresentarei uma pequena amostra dos relatos de pessoas que entrevistei (pessoalmente, por telefone, Zoom ou e-mail), que têm levado a psicologia energética a comunidades após desastres naturais ou causados pelo homem.

Tiroteio na Escola Fundamental Sandy Hook

Essa tragédia comovente amplamente divulgada ocorreu em 14 de dezembro de 2012 em Newton, Connecticut. Um ex-aluno da escola fundamental, de 20 anos de idade, atirou e matou 28 pessoas, incluindo 20 crianças entre 6 e 7 anos de idade, seis adultos que trabalhavam na escola, ele mesmo e sua mãe. Nick Ortner, um residente de Newtown de longa data, fundou uma das organizações mais influentes na promoção de uma abordagem de *tapping* em acupontos para cura e desenvolvimento pessoal⁴. Sua mãe, Dra. Maria Ortner, era psicóloga escolar em uma escola fundamental próxima. Ela havia trabalhado junto, tanto com a psicóloga escolar, quanto com o diretor que foram mortos em Sandy Hook.

⁴ <https://www.thetappingsolution.com/>, página visitada em 10 de fevereiro, 2022.

Profundamente tocado em muitos níveis, Nick estava determinado a levar seu conhecimento de psicologia energética e EFT, bem como suas conexões locais e globais, para fazer algo que gerasse cura genuína para a comunidade traumatizada. No dia seguinte ao tiroteio, ele contactou a Dra. Lori Leyden, uma colega especialista em trauma internacionalmente conhecida. Ela introduziu *tapping* em acupontos e outros métodos de trabalho humanitário após alguns dos piores desastres mundiais recentes envolvendo genocídio e tiroteios em massa⁵. Nick pediu à Dra. Leyden orientação em relação a oferecer uma resposta imediata e facilitar cura duradoura. Essa discussão se transformou em colaboração. Três dias depois a Dra. Leyden chegou para começar a organizar uma iniciativa terapêutica e de autocuidado em longo prazo para as muitas pessoas de Newtown afetadas pelo tiroteio.

Desde o dia em que chegou, a Dra. Leyden começou a conduzir sessões individuais e em grupo. Como os efeitos em longo prazo do trauma são bem conhecidos, e devido ao sucesso dela no trabalho com sobreviventes de violência terrível, a Dra. Leyden conseguiu trazer essa experiência imediatamente para a tarefa de estabelecer uma abordagem comunitária para Newtown que incorporasse práticas de assistência sustentáveis em longo prazo. Ela se comprometeu com o projeto e acabou morando em Newtown nos 3 anos seguintes, e o trabalho continua quase uma década depois. O objetivo era “chegar discretamente, ouvindo e observando, apoiando esforços locais, e fornecendo à equipe um método não intrusivo para avaliar necessidades, enquanto se oferece também assistência terapêutica e de autocuidado para aqueles que mais precisam.”

Nick enviou um pedido de voluntários para sua lista de 500.000 e-mails. Nick e a Dra. Leyden então selecionaram cuidadosamente 35 profissionais de *tapping* voluntários entre centenas de respostas, para ajudar a criar e construir um modelo em longo prazo para Newtown. O treinamento para aplicação de sua habilidade com *tapping* em acupontos a situações pós-desastre começou em 5 de janeiro de 2013, 22 dias após o tiroteio. Os voluntários ficaram de 35 a 60 horas em treinamento, junto com muito mais horas em supervisão, para se prepararem para as necessidades imediatas e em longo prazo daqueles afetados direta e indiretamente pela tragédia. Houve foco e esforços especiais em alcançar pais e outros membros das famílias daqueles que foram mortos, crianças que sobreviveram ao tiroteio, professores e outros funcionários da escola, socorristas, incluindo policiais, bombeiros, profissionais da saúde de emergência, legistas e agentes funerários. Em vez de tentar resumir o grande número de sessões individuais e em grupo, ou oficinas relacionadas e eventos comunitários, seguem alguns comentários de pessoas que receberam ou prestaram os serviços (fonte: Ortner *et al.*, s.d.):

Scarlett Lewis, mãe de Jesse Lewis, 6 anos de idade, morto durante o tiroteio: “Na minha tentativa de me recuperar da tragédia de perder meu filho, uma experiência que partiu meu coração, e me fez questionar continuar com minha própria vida, busquei muitos tipos diferentes de ajuda. Inicialmente busquei a terapia verbal tradicional que me deixou retraumatizada e me sentindo pior. Nick Ortner me apresentou o *tapping*, e sempre termino essas sessões com uma compreensão mais profunda de mim mesma, me sentindo melhor, com uma leveza de ser,

e esperança. O *tapping* me faz sentir melhor quando nada mais faz...”

Médico e socorrista, do setor de Medicina Legal: “A Dra. Leyden ofereceu seus serviços poucos dias após a tragédia. Ela esteve em nosso setor três vezes, e fez múltiplas sessões em cada visita, passando várias horas com técnicos, médicos, investigadores e outros funcionários diretamente envolvidos com o tiroteio de Sandy Hook. Os exercícios dela de *tapping* e respiração, bem como as discussões em grupo foram de muita ajuda para mim e minha equipe. Ela se mantém em contato comigo, para saber do nosso progresso, e se oferece para nos ajudar de qualquer forma que puder. Pessoalmente estou dormindo e funcionando melhor.”

Lynn Johnson, MS LPC LADC, Diretor, Centro para Serenidade, Hartford, CT. “Tenho me sentido muito honrada e tocada em fazer parte desse projeto. A Dra. Lori Leyden, Nick Ortner, Jondi Whitis, e todo o grupo realmente me inspiraram. Desenvolvi um programa para crianças pequenas chamado “*Feel Free Tap*”, que é uma versão do EFT para crianças de maternal até o 3º ano. Adorei compartilhar com o grupo e não posso esperar para levar para a comunidade mais ampla!”

Bonnie Skane, voluntária. “Ser parte dessa equipe de voluntários é uma honra e uma bênção. Apesar dessa tragédia terrível, vemos muitos pequenos milagres acontecendo todos os dias. É uma alegria ajudar alguém que está vivenciando dor emocional, ansiedade e estresse tremendos a encontrar alívio com o EFT! Eu realmente acredito que mudamos o mundo mudando a nós mesmos, e o EFT é simplesmente uma ferramenta incrível que nos dá a capacidade de liberar nossas emoções negativas, e escolher emoções positivas em vez disso.”

Alison Held, voluntária: “Há mudança positiva significativa acontecendo em Newtown e além como resultado do *tapping*! O *EFT Stress and Trauma Relief Project* está se desenvolvendo da forma mais linda possível, com uma comunidade nuclear de voluntários talentosos com uma visão clara e unificada de esperança, amor e cura.”

Eric Leskowitz, psiquiatra da Faculdade de Medicina de Harvard: O Dr. Leskowitz deu o seguinte conselho aos organizadores: “Com base na minha experiência clínica e na leitura de pesquisas, o EFT é o tratamento de escolha para intervenções rápidas em situações traumáticas como a de Newtown que desencadeiam emoções avassaladoras em indivíduos e grupos. Seu uso pode prevenir o desenvolvimento futuro de TEPT completo ao empoderar as pessoas para desenvolverem controle sobre seus próprios sistemas nervosos.”

Uma história comovente “que fecha um círculo completo” após a tragédia de Sandy Hook envolveu um menino de 12 anos cujo irmão de 6 anos foi morto durante o tiroteio. Apesar de sua mãe ter aderido rapidamente ao *tapping*, o menino estava altamente cético. Ele estava, compreensivelmente, com muita raiva de ter perdido o irmão, e não tinha ido à escola desde a tragédia 2 meses antes. A Dra. Leyden tinha trabalhado anteriormente com órfãos sobreviventes de genocídios na Ruanda, primeiro para cura, mas depois para ensiná-los a se tornarem líderes “centrados no coração”. O programa foi formalizado depois como

⁵ <https://www.createglobalhealing.org/>, página visitada em 10 de fevereiro, 2022.

“Project LIGHT: Ruanda.” Os que se formam nesse programa são chamados de “Embaixadores”, e o objetivo da iniciativa é conectar jovens traumatizados ao redor do mundo para se apoiarem mutuamente.

Organizou-se uma chamada via Skype entre o menino de 12 anos em Newtown e dois Embaixadores de Ruanda, jovens como ele, que tinham passado pelas piores das tragédias humanas. Durante a longa chamada, eles compartilharam profundamente, fizeram *tapping* juntos, e se conectaram genuinamente. O menino de Newtown ficou tão inspirado que voltou à escola no dia seguinte para fazer um discurso para seus colegas de sala sobre a importância de se importar com pessoas que vivenciaram tragédias ainda piores. Fechando o círculo, ele criou uma organização sem fins lucrativos que arrecadou dinheiro para que dois dos Embaixadores de Ruanda frequentassem a universidade. Vários anos mais tarde, ele viajou a Ruanda para um encontro emocionado com o Embaixadores que o tinham ajudado tanto enquanto ele estava em luto profundo pela morte do irmão.

Desafios nos Campos de Refugiados

Ao final de 2020, 82,4 milhões de pessoas em todo o mundo tinham sido desalojados à força como resultado de perseguição, conflitos, violência, violação de direitos humanos ou outros eventos que ameaçaram seriamente sua segurança (Agência de Refugiados das Nações Unidas, 2021). De acordo com estimativas confiáveis, cerca de um de cada três desses indivíduos sofre de depressão crônica, ansiedade ou TEPT (Turrini *et al.*, 2017), e todos estão enfrentando desafios de saúde mental significativos.

O campo de refugiados de Moria na Grécia era o maior campo na Europa quando Gunilla Hamne e Ulf Sandström, co-fundadores da *Peaceful Heart Network*⁶, foram chamados para ajudar com um menino de 8 anos muito perturbado que estava “fora de controle”. A *Peaceful Heart Network* desenvolveu uma abordagem de *tapping* em acupontos chamada *Trauma Tapping Technique* (TTT), que depende minimamente do uso de palavras. Derivada do TFT e EFT, essa abordagem simplificada é especialmente adequada para curar as feridas do trauma. Ela pode ser ensinada prontamente a sobreviventes de desastres e paramédicos ou levada para grandes grupos. Além do *tapping*, o TTT usa uma técnica para acalmar a si mesmo chamada “*Havening*”, outra abordagem que usa o toque para disparar reações eletroquímicas no corpo que podem diminuir respostas emocionais aumentadas a uma lembrança ou disparador (Ruden, 2019).

O menino no campo de Moria estava reagindo violentamente em sua família e contra outras pessoas no acampamento “mordendo, jogando objetos e pedras, destruindo tendas, fazendo xixi em todo lugar, e rasgando suas roupas.” O pai era muito cuidadoso e paciente, e se esforçava ao máximo para controlar o menino. A mãe tinha se tornado indiferente e passiva. Toda a situação estava criando caos na família e, num espaço tão superlotado, chegou um ponto em que a família corria o risco de ser forçada a sair do acampamento sem ter aonde ir. Hamne e Sandström descrevem sua experiência:

Fomos a uma das tendas e fizemos alguns desenhos e acrobacias para nos conectarmos. De repente, o menino começou

a destruir tudo na tenda, inclusive os livros e brinquedos, pegando pedras grandes e as atirando em todo mundo. Ele quebrou as pernas de metal de uma mesa, e demonstrou que poderia usá-las como armas. Ele exigiu mais canetas, que ele então quebrou em pedaços. Quando o menino se acalmou, demonstramos nossos exercícios e técnicas para o pai e para as outras crianças da família. O intérprete também participou. Vimos que o pai conseguia segurar o menino e abraçá-lo, então seria possível ele fazer *tapping* com o menino.

Quando terminamos, dissemos ao pai que ele deveria fazer o *tapping* e *Havening* o máximo possível. Alguns dias depois, recebemos uma mensagem do intérprete: “Gostaria de lhes dar notícias maravilhosas. O pai me disse que está usando *tapping* com o menino, e está indo muito bem! O pai ficou superfeliz e o menino super calmo e amável.” O intérprete nos abraçou.

Junto com o trabalho com os refugiados, o *Peaceful Heart Network* colaborou com trabalhadores e grupos locais, levando sessões e treinamentos de TTT a aproximadamente 250.000 pessoas em 30 países, enfrentando uma ampla gama de desafios pós-desastre. No Nepal, mais de 900 sobreviventes de tornados receberam sessões individuais ou em grupo de TTT. Nas áreas mais violentas de Beni, na República Democrática do Congo, aproximadamente 3.000 pessoas desalojadas, a maioria jovens e mulheres, foram atendidas. Após o ciclone Idai no Zimbábue, o *Network* atendeu aproximadamente cem pessoas cujas casas foram varridas. No maior campo de refugiados do mundo, BidiBidi na Uganda, o *Network* tem engajamento constante com os refugiados por meio de um pastor local, cujos treinadores alcançaram mais de 2.000 pessoas desde 2018. Na Colômbia, treinaram assistentes sociais em um grupo que apoia vítimas de tráfico. Indivíduos e grupos podem conectar-se aos serviços deles por meio da página <https://peacefulheart.se/>.

Incêndios na Califórnia

Kristin Miller, uma psicóloga clínica residente no norte da Califórnia, é membro do Comitê Humanitário da *Association for Comprehensive Energy Psychology* (ACEP). Ela levou os “Recursos para Resiliência” da ACEP e a abordagem TTT desenvolvida pelo *Peaceful Heart Network* para aqueles afetados pelos incêndios devastadores que se alastram em sua comunidade ano após ano. Ela tem achado esse “conjunto altamente portátil de habilidades não verbais, autoadministradas para manejo de estresse e trauma” útil e eficiente. Ela começou “aparecendo em todos os lugares possíveis onde pessoas estavam reunidas para escutar suas histórias e compartilhar habilidades.” A Dr. Miller refletiu ainda:

Minha surpreendente constatação, após várias ondas de assistência em minha comunidade, é que ninguém tinha as habilidades para acalmar seu sistema nervoso e processar o trauma. Isso era verdade quer eu estivesse trabalhando com bombeiros, outros socorristas, funcionários de hospitais, profissionais de saúde mental, terapeutas treinados, funcionários de escolas ou em abrigos da Cruz Vermelha.

⁶ <https://peacefulheart.se/>, página visitada em 10 de fevereiro, 2022.

⁷ <https://www.r4r.support>, página visitada em 10 de fevereiro, 2022

Mas à medida que essas habilidades estão sendo mais incorporadas em nossa comunidade, o caminho para a recuperação se torna mais claro. Quando a equipe médica, trabalhadores locais e bombeiros desceram de nossas montanhas negras, sem árvores, os encontramos para processar o estresse pós-evento. Muitos trabalharam 70 ou 80 dias seguidos, tentando controlar os incêndios florestais. Muitos viram muita morte, sendo que alguns tiveram que passar de carro ao lado de corpos para remover pessoas de cidades que estavam pegando fogo. Outros circularam em seus caminhões ao redor das pessoas para manterem as chamas afastadas enquanto as pessoas lutavam pela vida. Todos vivenciaram sentimento de impotência à medida que os incêndios se alastravam indiscriminadamente, desarticulando todos os planos para um combate efetivo aos incêndios, como quando a cidade inteira de Paradise queimou em menos de 2 horas.

Um supervisor de bombeiros chegou completamente atordoado com sintomas de estresse traumático. Fizemos duas longas sessões de TTT. Liguei para ele alguns meses depois, e ele disse: “Estou bem. O *tapping* foi um ótimo band aid!”

Funcionários de uma prestadora de serviços públicos sofriam com a perda de colegas, enquanto eram responsabilizados pelo incêndio. Em um incidente nessas circunstâncias terríveis, usamos o TTT no corredor de um hotel, e conseguimos usar o *tapping* com o trauma, e limpar a sobrecarga antes de eles investigarem a morte de um membro da equipe.

Cheguei em uma sala cheia de homens em um abrigo da Cruz Vermelha, horas depois de terem escapado do incêndio de novembro de 2018 (que causou 86 mortes) apenas com suas vidas. Um dos homens estava em modo luta, gritando com raiva ao celular. Outro fazia um movimento de balanço para frente e para trás, tentando regular seu sistema. Outro estava totalmente ausente, congelado em um olhar vago. Outro homem parecia um pouco relaxado e aberto a engajamento. Ele recontou histórias coletivas horríveis sobre o que os homens naquele ambiente tinham vivenciado. Convidei-o a fazer alguns exercícios respiratórios de regulação comigo. Logo, um por um, todos os homens se juntaram a nós. Aí pudemos acrescentar o *tapping*. Todos se acalmaram, e seus sistemas nervosos ficaram regulados cerca de 20 minutos. Não muito depois disso, esse grupo saiu de sua “caverna” e começou a ajudar as outras pessoas. Apesar de terem sido traumatizados como os outros, tornaram-se uma força tranquilizadora no abrigo.

Uma iniciativa mais recente de apoio foi para a equipe médica em um hospital durante o quinto incêndio florestal de 2021 em nossa comunidade. Isso ocorreu durante a onda de COVID Delta. Eu fiquei com a equipe fazendo *tapping* e respirando. Eles tinham enfrentado dias longos de plantões de 18 horas e muitas mortes no hospital. As pessoas ficaram surpresas com o quão rápido conseguiam regular seu sistema nervoso juntos, mesmo em meio a emergências frequentemente fatais. A supervisora me levou para fora chorando após uma enfermeira, que tinha se tornado paciente, falecer. Uma das responsabilidades dolorosas dessa supervisora era fazer cumprir a regra de que nenhum familiar poderia entrar nas unidades de COVID. Todas as vezes isso ativava seu próprio luto, pois ela não tinha podido estar com seu marido quando ele faleceu. Sentamos e fizemos o *tapping* e honramos juntas o luto. Um sorriso retornou a seu rosto.

Muitos outros membros do Comitê Humanitário da ACEP também foram chamados para prover serviços de campo após grandes incêndios florestais. Outros têm trabalhado com trauma vivenciado por comunidades devido à pandemia. Alguns membros responderam a tiroteios em massa e outros desastres. O Comitê mesmo iniciou o Projeto Veterano-para-Veterano em Nevada, treinando líderes na comunidade de veteranos a ensinar métodos de autoajuda da psicologia energética a outros veteranos para reduzir sintomas de traumas relacionados ao combate. Mais de uma dúzia de grupos agora têm “Líderes de Apoio entre Pares” treinados em TFT pelo Projeto Veterano-para-Veterano, incluindo o *Veteran Transition Resource Center* em Las Vegas, o Programa Heróis Ocultos da Fundação Elizabeth Dole, um hospital regional da Administração de Veteranos, e seções locais da Legião Americana, dos Veteranos de Guerras Estrangeiras e grupos femininos de veteranas.

O Comitê Humanitário da ACEP também criou o “Recursos para Resiliência” citado acima, um projeto que busca aliviar o sofrimento ensinando técnicas de autoajuda para aqueles que estão vivenciando os efeitos da violência, trauma e desastres naturais. A iniciativa do Recursos para Resiliência inclui um programa gratuito de treinamento em primeiros-socorros emocionais, e slides para uso pela comunidade, disponíveis em www.r4rtraining.support. O Comitê também criou, em colaboração com a *Peaceful Heart Network*, uma série de vídeos elaborados para ajudar profissionais que desejam se envolver com projetos de ajuda humanitária. O Comitê, também em parceria com a *Peaceful Heart Network*, treinou membros de equipes de cinco organizações diferentes, unindo médicos, psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais no uso do TTT para trabalho com refugiados sírios. Esse treinamento foi gravado em vídeo com tradução para o árabe. O Comitê também fez uma parceria com o Projeto LUZ para trazer o *tapping* a 48 facilitadores que trabalharam com mais de 400 jovens e famílias em Ruanda.

Um Orfanato em Ruanda

Em 2006, Caroline Sakai, Suzanne Connolly e Paul Oas conduziram um estudo de tratamentos com TFT com 50 órfãos de Ruanda que sofriam sintomas graves de TEPT (Sakai *et al.*, 2010). Os resultados superaram enormemente os de qualquer estudo revisado por pares existente sobre tratamento de TEPT com uma única sessão, em termos de velocidade, grau de efetividade e percentual de sujeitos que foram ajudados. Depois de uma única sessão, 48 das 50 crianças, muitas das quais testemunharam o assassinato de seus pais durante o genocídio, não tinham mais pontuação para TEPT baseada em uma checklist padronizada preenchida por seus cuidadores antes e após o tratamento. Os benefícios foram mantidos no seguimento após 1 ano usando o mesmo checklist. No relato a seguir, a Dra. Sakai descreve a experiência de uma das participantes do estudo, uma menina de 15 anos que tinha 3 anos de idade na época do genocídio em 1994:

Ela estava se escondendo com sua família e outros moradores dentro da igreja local. A igreja foi atacada por homens com facões que começaram um massacre. O pai dela disse para ela e outras crianças correrem, e jamais olharem para trás. Ela obedeceu e estava correndo o mais rápido que conseguia, mas aí ela ouviu seu pai “gritando como um homem louco.”

Ela se lembrou do que o pai havia dito, mas seus gritos eram tão fortes que ela voltou e, horrorizada, assistiu a um grupo de homens com facões assassinares seu pai.

Não houve um dia nos 12 anos seguintes em que ela não vivenciasse *flashbacks* dessa cena. Seu sono era perturbado por pesadelos que voltavam a essa lembrança. Em sua sessão de tratamento, pedi a ela que se lembrasse dos flashbacks e me imitasse enquanto eu fazia o *tapping* em determinados pontos de acupuntura enquanto ela contava a história dos *flashbacks*. Após alguns minutos, seu choro doído e afeto deprimido repentinamente se transformaram em sorrisos. Quando perguntei a ela o que tinha acontecido, ela relatou ter acessado lembranças boas. Pela primeira vez, ela conseguiu se lembrar do pai e família brincando juntos. Ela disse que até então, ela não tinha memórias da infância de antes do genocídio.

Poderíamos parar aqui, mas, em vez disso, orientei-a a voltar para o que tinha acontecido na igreja. O intérprete olhou para mim, como se perguntando: “Por que você está trazendo isso à tona novamente quando ela está bem?” Mas eu buscava um tratamento completo. A menina começou a chorar novamente. Ela contou ter visto outras pessoas sendo assassinadas. Ela refletiu que estava viva por causa do raciocínio rápido de seu pai, distraíndo a atenção dos homens, enquanto dizia para as crianças fugirem.

A menina chorou novamente quando vivenciou novamente os horrores que testemunhou enquanto se escondia do lado de fora com outra criança pequena. As duas foram as únicas sobreviventes de sua vila inteira. Novamente o *tapping* possibilitou que ela tivesse a lembrança sem ter que reviver o terror da experiência.

Depois de 15 ou 20 minutos abordando uma cena após a outra, a menina sorriu novamente, e começou a falar sobre sua família. Sua mãe não permitia que as crianças comessem frutas doces, porque não eram boas para os dentes. Mas seu pai as levava para casa escondidas nos bolsos e, quando sua mãe não estava olhando, as dava para as crianças. Ela ria entusiasmadamente enquanto relatava isso, e o tradutor e eu ríamos com ela.

Então trabalhamos com várias outras cenas. Finalmente, quando perguntamos: “O que aparece para você agora quando você se lembra o que aconteceu na igreja?”, ela refletiu, sem lágrimas, que ela ainda se lembrava do que tinha acontecido, mas que não estava mais vívido como se ainda estivesse acontecendo. Agora estava apagado e distante, como algo de muito tempo atrás. Ela então começou a falar sobre outras lembranças boas. Seu semblante e postura deprimidos não estavam mais evidentes.

Ao longo dos próximos dias, ela descreveu como, pela primeira vez, não teve *flashbacks* ou pesadelos, e conseguiu dormir bem. Ela parecia alegre, e me disse como estava contente em ter lembranças felizes da família. A pontuação dela foi de muito acima do ponto de corte para TEPT para muito abaixo depois desse tratamento com uma única sessão, e permaneceu assim no seguimento um ano depois.

O impacto potente de sessões únicas realizadas com cada um dos 50 adolescentes surpreendeu os pesquisadores. O plano deles para o estudo incluía três sessões de tratamento, mas uma emergência no país desviou metade da equipe clínica. Como os pré-testes já haviam sido conduzidos, os investigadores decidiram continuar com a única sessão que conseguiam oferecer, e torcer pelo melhor. Os resultados e a estabilidade dos benefícios no seguimento após 1 ano, de acordo com minhas entrevistas com a Dra. Sakai, superaram as expectativas.

O estudo foi conduzido em colaboração com o Comitê de Assistência ao Trauma da Fundação *Thought Field Therapy*, a primeira organização a enviar sistematicamente equipes de ajuda humanitária treinadas em *tapping* em acupontos para locais com problemas ao redor do mundo. Mais de 20 de seus projetos anteriores, incluindo destacamentos para Ruanda, Haiti, México, Uganda, República Democrática do Congo, Nova Orleans e Tanzânia, estão registrados em <http://www.tftfoundation.org/category/past-projects>. O primeiro ensaio clínico de TFT no tratamento de pessoas repetidamente expostas a eventos traumáticos (N=31) mostrou diminuição significativa em todos os subgrupos de sintomas de TEPT (Folkes, 2002), e quatro estudos que investigaram resultados de projetos anteriores da Fundação demonstraram a velocidade e potência do TFT em situações pós-desastre (Dunnewold, 2014). O livro da Dra. Sakai de 2014, *Overcoming Adversity: How Energy Tapping Transforms Your Life's Worst Experiences – A Primer for Post-Traumatic Growth* é um relato tocante e esclarecedor de muitas de suas experiências.

Furacão Katrina

Um furacão pode causar devastação terrível em minutos. No dia 29 de agosto de 2005, o furacão Katrina atingiu Nova Orleans e as áreas adjacentes, causando mais de 1.800 fatalidades e um prejuízo de 125 bilhões de dólares. Uma equipe de doze profissionais de TFT de oito estados foi convidada por três organizações médicas e de assistência social em Nova Orleans para oferecer tratamento e treinamento para as suas equipes 4 meses após o furacão Katrina. Os funcionários desses serviços médicos e de assistência social foram, além de cuidadores, inevitavelmente vítimas do desastre, e a estratégia tomada foi fazer o tratamento deles ser parte de seu treinamento. Um total de 161 participantes recebeu tratamento e treinamento em seis locais diferentes, tendo sido o maior número em uma tenda do exército na unidade cirúrgica móvel do Hospital Charity no Centro de Convenções de Nova Orleans. Foram obtidas avaliações escritas de 87 participantes. Desses, 86 afirmaram que perceberam mudanças positivas e/ou eliminação dos problemas que estavam vivenciando na época. Dados compilados pela Dra. Sakai (que também havia feito o trabalho em Ruanda) dos 22 participantes que ela tratou mostraram que suas queixas incluíam raiva, ansiedade, depressão, comer para combater a ansiedade, frustração, culpa, culpa do sobrevivente, dor, perda de controle, necessidade de melhora de desempenho, sobrecarga, pânico, dor física, ressentimento, tristeza, vergonha, estresse, traumatização e preocupação. Cada área problema foi avaliada com a escala SUD (Unidades Subjetivas de Perturbação) de 0 a 10. Antes do tratamento, a pontuação média para as 51 áreas problema descritas pelos 22 clientes foi de 8,14. Após o tratamento, que geralmente foi de uma única sessão individual de menos de 15 minutos (após uma orientação em grupo de meia hora), baixou para 0,76, uma diminuição surpreendente.

Além da equipe de TFT, profissionais do EFT também trabalharam imediatamente após o furacão, e mais tarde com aqueles que ficaram desabrigados. Sophia Cayer, que é altamente experiente em *tapping*, descreveu sua experiência com uma mulher que não apenas tinha sido traumatizada pelo furacão, mas também pelo tempo que passou em seguida em um abrigo, depois que sua casa foi destruída. Um mês após o Katrina, ela estava tão deprimida que não conseguia funcionar, passando muito de seu tempo chorando incontrolavelmente. Cayer continuou:

Quando me sentei com ela, ela tinha uma mão sobre o rosto, chorando e sem conseguir falar. Eu gentilmente pedi permissão para pegar sua mão e ver se conseguia ajudá-la a relaxar. Ela concordou, e comecei a fazer o *tapping* suavemente nos pontos de energia de sua mão. Em alguns minutos as lágrimas começaram a diminuir. Ela ainda não conseguia falar sobre a experiência, então continuei com o *tapping* e conversando com ela. Usei uma técnica específica de EFT que oferece alívio sem que a pessoa precise descrever o evento verbalmente. Entre outras questões, ela estava assombrada por gritos e sons de disparos de arma de fogo durante as noites que ela ficou no abrigo. Enquanto ela estava quieta, na maior parte do tempo ainda sem conseguir falar, continuei a trabalhar com ela, com as lágrimas indo e vindo. Após vários minutos, ela levantou a cabeça e conseguiu falar. Então ela sorriu. Mais tarde nessa noite, a vi num grupo para sobreviventes. Seus amigos, que inicialmente me conectaram a ela, pareciam surpresos, relatando que ela voltara a ser uma pessoa alegre novamente. Sempre me lembrarei dos sorrisos dela e dos abraços de gratidão.

Cayer refletiu que o *tapping*, “mesmo que seja uma única sessão, não deixa a pessoa desamparada. Não é uma questão de apenas acalmá-la e depois deixá-la ir. Ela recebe ferramentas potentes que pode usar regularmente enquanto passa pela crise e posteriormente.”

Veteranos de Guerra

Depois de saber o primeiro ensaio clínico randomizado demonstrando a efetividade de protocolos de *tapping* no tratamento de 49 veteranos de guerra (Church *et al.*, 2013), contatei o pesquisador principal do estudo, e perguntei se eu poderia entrevistar alguns dos terapeutas envolvidos. Queria ter uma ideia das *experiências* resumidas nas estatísticas. Uma das terapeutas, Ingrid Dinter, descreveu seu trabalho com Keith, um soldado de infantaria que tinha servido no delta do Mekong durante a Guerra do Vietnã. Ele relatou em sua primeira sessão de terapia com ela que tinha visto “muitas mortes dos dois lados”. Mais de três décadas depois ele ainda era atormentado com pesadelos e *flashbacks* repetidos: “Às vezes, acho que vejo soldados vietnamitas atrás de arbustos e árvores.” Sua insônia grave, complicada pelos pesadelos, o deixava fatigado e incapaz de funcionar durante o dia. Ele tinha sido diagnosticado com TEPT, e relatou que sua terapia de grupo e individual através do Departamento de Assuntos de Veteranos (VA) não ajudaram com seus sintomas.

Keith recebeu 6 sessões de uma hora com Ingrid durante as quais ela pediu que ele fizesse o *tapping* em acupontos enquanto focava em memórias traumáticas da guerra e outros estressores psicológicos. Na primeira

sessão, ele relatou que desde o término da guerra, raramente tinha conseguido dormir mais do que 1 ou 2 horas por vez, e tinha uma média de 2 pesadelos por noite. Ao final da sexta sessão, estava dormindo por 7 a 8 horas ininterruptas, e não estava tendo pesadelos. Ele disse que outros sintomas, como memórias intrusivas, reações de sobressalto, e culpa obsessiva avassaladora também tinham diminuído. Uma entrevista de seguimento 6 meses depois e outros testes mostraram que os ganhos foram sustentados.

Até o momento, mais de 21.000 veteranos receberam sessões de *tapping* gratuitas ou a baixo custo do *Veterans Stress Solution*⁸. Um clipe de 10 minutos com trechos breves de entrevistas com quatro veteranos de guerra antes e depois dos tratamentos com psicologia energética, e com trechos dos tratamentos que receberam, pode ser encontrado em www.vetcases.com.

Terremotos e Inundações

Um terremoto em 2010 no Haiti causou mais de 200.000 mortes e oito bilhões de dólares de danos. Setenta e sete dos sobreviventes foram avaliados para TEPT com um inventário de sintomas padronizado. Quarenta e oito pontuaram na faixa para TEPT. Após dois dias de instrução em EFT, nenhum dos participantes apresentava pontuação para TEPT pós-teste ($p < 0,001$). A pontuação pós-teste de sintomas e gravidade de sintomas diminuiu, em média, 72%, variando entre uma redução de 21% e 100% (Gurret *et al.*, 2012). Outra equipe foi para o Haiti 6 meses após o terremoto para oferecer treinamento em TFT. Além de relatarem a efetividade do tratamento com *tapping*, discutem desafios, como os recursos limitados para saúde e infraestrutura precária, que tiveram que ser superados para o sucesso do programa (Robson e Robson, 2012).

Um terremoto na Indonésia em 2006 matou mais de seis mil pessoas e destruiu 60.000 casas. A *Tapas Acupressure Technique*^{9a} (TAT), uma abordagem de psicologia energética na qual se mantém o toque nos acupontos (não são percutidos) durante o componente verbal, foi ensinado para trabalhadores locais do esforço humanitário, o que resultou em cerca de seis mil adultos e crianças receberem o tratamento em contextos individuais ou em grupo. A Associação Mexicana para Terapia de Crise tem usado o TAT no treinamento de centenas de profissionais de linha de frente que trabalham com inundações e outros desastres naturais no México, Nicarágua, Venezuela e Colômbia. Ignacio Jarero, presidente da Associação, afirmou no website do TAT: “Crianças e adultos relataram diminuição significativa nos escores do SUD ao completarem o protocolo. O TAT é nossa técnica favorita para diminuir o estresse porque é fácil de ensinar a aplicar” (página visitada em 10 de fevereiro de 2022).

PRESTAÇÃO EFICIENTE DE SERVIÇOS DE PSICOLOGIA ENERGÉTICA

Logo após um desastre, os recursos de resposta de emergência e da comunidade, estão, frequentemente, sobrecarregados. Quando centenas ou milhares ou dezenas de milhares de pessoas foram afetadas, a necessidade

⁸ <https://www.stresssolution.org/>

⁹ <https://tatlife.com/disaster-relief/>

de se ter sistemas de prestação de serviços mais eficientes do que o atendimento individual emerge com urgência implacável.

Uma metanálise de 10 terapias para o tratamento de TEPT em adultos mostrou que a que usou um protocolo de *tapping* em acupontos foi mais custo-efetiva do que a TCC com foco em trauma, inibidores seletivos de recaptção de serotonina (SSRIs), e seis das sete outras terapias avaliadas (Mavranzouli *et al.*, 2020b). Uma razão para esse custo-efetividade é que os tratamentos de psicologia energética tendem a funcionar tão rapidamente na redução da hiperativação do sistema límbico induzida pelo trauma. São também altamente flexíveis, pois podem ser oferecidas como terapia individual por profissionais ou terapeutas leigos, em aulas, workshops, on-line como teleterapia, e/ou ensinadas como técnica de autoajuda.

Quatro abordagens que emergiram para ofertar serviços de psicologia energética mais eficientemente envolvem o uso de grandes grupos, terapeutas leigos, formato on-line e treinamento de profissionais e instituições locais para cuidar dos efeitos duradouros de uma grande catástrofe. Cada um desses aspectos é discutido nessa seção.

Grandes Grupos

Todas as abordagens de psicologia energética que são mais amplamente usadas em trabalhos humanitários (EFT, TAT, TFT, TTT) foram aplicadas tanto no formato em grupo, quanto no individual. Técnicas energéticas simples para acalmar-se a si mesmo podem reduzir rapidamente os sintomas de estresse agudo, e podem ser ensinadas de modo eficiente em contextos de grupos. Como não é necessário verbalizar os traumas para sentir os benefícios de procedimentos básicos de psicologia energética, os participantes conseguem obter alívio imediato sem ter que revelar a outros membros do grupo memórias ou emoções específicas.

Também foi desenvolvida uma abordagem em grupo que leva os participantes além do primeiro nível das intervenções de psicologia energética, logo após um desastre (alívio imediato/estabilização), de forma anônima para a maioria dos participantes. Ela envolve pedir a cada pessoa para pensar em uma memória ou emoção perturbadora, e dar uma nota de 0 a 10 na escala SUD. Um voluntário do grupo é então escolhido para uma sessão de *tapping* orientada por um profissional treinado, enquanto o grupo observa. Simultaneamente, os membros do grupo são orientados a focar no estresse psicológico do voluntário, em vez de focar em suas próprias questões. Eles fazem a autoaplicação dos procedimentos que estão sendo usados com o voluntário, como se a questão do voluntário fosse sua. Isso faz com que o voluntário sinta o apoio focado do grupo, enquanto os membros do grupo vivenciam sintonia e compaixão para com o voluntário. Eles testemunham, praticam e internalizam mais o procedimento do *tapping*. A abordagem também tem um efeito inesperado. Quando os membros do grupo voltam e reavaliam sua própria situação inicial, dando uma segunda nota na escala SUD, a maioria verifica que a intensidade emocional ou perturbação diminuiu.

Chamado de “benefícios emprestados”, esse fenômeno é amplamente relatado por profissionais de *tapping* e foi investigado. Um delineamento intrassujeitos foi usado com 102 indivíduos que participaram de um de dois workshops de 3 dias sobre Benefícios Emprestados conduzidos pelo criador do EFT, Gary Craig (Rowe, 2005). Os participantes receberam um checklist de sintomas padronizado, bem estabelecido, um mês antes do workshop, imediatamente antes, imediatamente após, 1 mês após e 6 meses após o workshop.

Nenhuma diferença significativa foi encontrada nas médias da pontuação nos testes um mês antes versus imediatamente antes do workshop. Após o workshop, no entanto, uma diminuição altamente significativa (p , 0,0005) foi encontrada na medida global do checklist de estresse psicológico, bem como em todas as nove subescalas. Essas melhoras se mantiveram no seguimento de 6 meses. A maioria dos participantes não recebeu tratamento individual durante os workshops. Apesar de os mecanismos desse “contágio” positivo não terem sido estabelecidos, profissionais descrevem, consistentemente, achados semelhantes (Church and House, 2018). O valor de se utilizar tal efeito após um desastre em massa – onde os sobreviventes passaram por experiências paralelas – é óbvio.

Por exemplo, durante o trabalho da Dra. Leyden em Ruanda, a organização que estabeleceu que vilas e que grupos ela encontraria, tinha alocado seis dias para que trabalhasse com cem órfãos que também eram chefes de família. A idade variava entre 19 e 25 anos. Na época do genocídio, tinham apenas 5 a 11 anos de idade, mas tiveram que cuidar de dois a seis outros órfãos sem apoio para comida, aluguel, educação ou gastos diários. Com cerca de 100.000 órfãos de guerra e centenas de milhares de outras crianças órfãs como resultado da morte de seus pais por HIV/AIDS, o governo de Ruanda não tinha recursos ou condições para cuidar desses órfãos.

Como atendimento individual para 100 pessoas durante o período de seis dias não seria muito produtivo, Leyden decidiu se encontrar com o grupo todo em cada um dos seis dias. Ela ainda conseguiu realizar sessões individuais, mas podia amplificar o impacto delas ao conduzi-las diante do grupo todo. Usando o modelo dos benefícios emprestados, todos no grupo acessavam sua própria área de maior preocupação antes de cada sessão individual, davam uma nota na escala SUD, e então voltavam a atenção para fazer o *tapping* junto com a pessoa que estava trabalhando com a Dra. Leyden na frente da sala, usando as palavras que a pessoa usava.

A primeira sessão individual foi com um jovem de aproximadamente 20 anos de idade, que cuidava de três outros órfãos desde o genocídio. Ele ainda sofria com memórias intrusivas sobre o genocídio ocorrido 14 anos antes. Ele avaliou seu estresse como sendo “mais do que 10” na escala de SUD de 0 a 10. Ele, a Dra. Leyden, e todo o grupo fizeram *tapping* com as afirmativas abaixo ou outras semelhantes, uma de cada vez:

- Minha mente não se sente segura.
- Minhas memórias nunca desaparecerão.
- Serei aterrorizado por essas memórias pelo resto da minha vida.
- Tenho medo de dormir por causa dessas memórias.

Após 25 minutos de *tapping*, ele relatou que estava em um dois na escala SUD. Ele comentou: “Minha mente se sente segura agora. Sei que estou seguro agora. Estou ansioso para ir dormir essa noite.” Ao mesmo tempo, a Dra. Leyden relatou sentir uma mudança palpável na sala. Havia uma sensação calma de paz que não estava presente antes da sessão. Quando ela verificou com o resto do grupo, todos os cem participantes relataram estar em dois ou menos em relação à questão original deles. Especificamente, uma pessoa após outra relatou sentir-se mais segura no corpo do que jamais se lembravam de ter sentido.

À medida que a semana passava, o jovem relatou que seu senso de calma persistia em casa cada noite. Ele conseguiu dormir em paz. Outros que tiveram a sessão individual abordaram outros temas, incluindo os listados abaixo, enquanto o grupo fazia o *tapping* junto a eles.

- Desamparo por ser órfão.
- Desesperança por não ter a expectativa de um futuro brilhante.
- Cura para a ferida do estupro.
- Terror em relação ao retorno de memórias intrusivas de seus pais e famílias sendo assassinados na frente deles.
- Dor de passar fome com frequência.
- Ansiedade por não conseguir atender às necessidades básicas das crianças mais novas sob seu cuidado.

Durante as sessões, os participantes relataram como o novo senso de segurança os ajudou a lidar melhor com os desafios que enfrentavam diariamente. Também ensinaram suas “famílias” a fazerem o *tapping* em casa, o que os fez sentirem-se mais em controle de sua situação, e mais capazes de ajudar outros membros da família, quando estavam se sentindo estressados ou traumatizados. A Dra. Leyden comentou que, para ela, foi “outro lembrete do que já vi centenas de vezes: o poder do *tapping* para regular novamente a disfunção fisiológica que ocorre quando uma pessoa está traumatizada.”

Terapeutas Leigos

Como um número muito maior de voluntários pode ser disponibilizado para trabalho humanitário do que profissionais de saúde mental treinados, esforços para treinar leigos rápida e eficientemente para oferecerem serviços de apoio emocional seguros e efetivos têm sido realizados e parecem promissores. Um estudo publicado no Boletim da Organização Mundial de Saúde fez a revisão de 20 ensaios clínicos envolvendo 5.612 participantes. Ele investigou resultados após uma variedade de tratamentos oferecidos por terapeutas leigos, com foco em TEPT, depressão, ansiedade, e uso de álcool. A revisão concluiu que “o uso de terapeutas leigos profissionalmente treinados para oferecer intervenções em saúde mental em países de baixa e média renda foi associado a melhoras significativas em sintomas de saúde mental em uma variedade de contextos” (Connolly *et al.*, 2021, p. 572).

Uma análise dos profissionais em um estudo de EFT no tratamento de TEPT com veteranos de guerra foi conduzido por Stein e Brooks (2011). Dos 59 profissionais voluntários, 26 eram terapeutas licenciados em saúde mental (LMPs) e 33 eram “coaches” leigos. Baseado nos critérios de seleção do estudo original, todos os veteranos pontuaram acima do ponto de corte para TEPT em um inventário de TEPT padronizado para veteranos. Após seis sessões, 90% dos veteranos tratados pelos LMPs não mais pontuavam na faixa de TEPT, em contraste com 83% tratados pelos “coaches” leigos. Essa tendência para resultados melhores com LMPs não alcançou significância estatística, e os autores concluíram que o EFT oferecido por “coaches” leigos era “uma estratégia efetiva para abordar o TEPT nessa população” (p. 11).

Dois ensaios clínicos de tratamentos com TFT após o genocídio em Ruanda (Connolly e Sakai, 2011; Connolly *et al.*, 2013) e o relato do uso do TFT após o terremoto de 2010 no Haiti (Robson e Robson, 2012) foram notáveis não só por sua efetividade. Eles também usaram terapeutas leigos para oferecer os serviços.

No estudo de 2011 de Connolly e Sakai com 145 sobreviventes do genocídio em Ruanda, os 28 líderes comunitários que administraram os tratamentos receberam dois dias inteiros de treinamento em TFT, incluindo prática e supervisão enquanto aplicavam os tratamentos. Os participantes foram designados aleatoriamente para uma única sessão de tratamento em grupo ou nenhum tratamento. Todos relataram sintomas de TEPT que persistiam por mais de uma década após o genocídio (que foi um dos critérios de seleção). Esses sintomas foram significativamente reduzidos ($p < 0,001$) no grupo tratamento, mas não nos controles. Os ganhos se mantiveram no seguimento após 2 anos. Os autores do estudo concluíram:

Embora seja desejável que se utilizem profissionais de saúde mental experientes no tratamento de TEPT grave, a possibilidade de engajar líderes comunitários para tratar membros da comunidade com a aplicação de uma modalidade terapêutica não narrativa eficaz, que não requer anos de treinamento clínico, aumenta enormemente os potenciais recursos em saúde mental em uma comunidade devastada por trauma em larga escala (p.171).

O estudo de Connolly *et al.* (2013) foi uma replicação parcial da investigação de 2011, novamente usando um desenho de sessão única com terapeutas leigos, que receberam dois dias de treinamento de TFT para o tratamento de sintomas de trauma, trabalhando com uma população diferente de sobreviventes do genocídio em Ruanda. Como no estudo anterior, o autorrelato de diminuição de sintomas foi altamente significativo para o grupo tratamento.

Tendo alcançado cerca de 250.000 indivíduos que vivenciaram desastres em mais de 30 países, provavelmente o *Peaceful Heart Network* tem a maior experiência na utilização de grandes grupos e terapeutas leigos para levar o *tapping* para áreas pós-desastre. Eles me explicaram como seu alcance se multiplica tão rapidamente: “Um de nossos treinamentos em autoaplicação do TTT, em uma vila africana, teve 40 participantes. Pedimos a cada participante que ensinasse para 4 outras pessoas. Também pedimos que eles pedissem a cada pessoa que ensinasse para ensinar mais 4 pessoas. Em dois meses o TTT tinha se espalhado para milhares de pessoas na área.” O livro de Hamne e Sandström’s (2021), *Trauma Tapping Technique: A Tool for PTSD, Stress Relief, and Emotional Trauma Recovery* (2021), descreve a abordagem.

Formato on-line

A pandemia de COVID-19 fez com que muitos psicoterapeutas inovassem as formas de prestar seus serviços on-line. Evidência crescente mostra que a prestação de serviços de saúde mental via telessaúde pode ser efetiva. Uma metanálise recente mostrou que, em algumas circunstâncias, a terapia cognitivo-comportamental on-line foi mais efetiva do que sessões presenciais (Luo *et al.*, 2020). Os protocolos de *tapping* em acupontos são especialmente adaptáveis aos tratamentos on-line,

e o formato on-line tem sido usado com essa abordagem por mais de uma década (Church, 2012). Church listou várias vantagens do tratamento on-line e de recursos de autoajuda, tais como maior alcance, acesso do usuário a suporte 24h por dia, sete dias por semana, anonimato, e custos mais baixos. Ele também discutiu potenciais desvantagens, como a possibilidade de ab-reações ou retraumatização sem apoio prático imediato, autotratamento inadequado para diagnósticos graves em saúde mental como esquizofrenia ou transtorno bipolar, e falta de controle de qualidade ou responsabilidade pouco clara para os que desenvolvem e oferecem serviços on-line.

O primeiro estudo sistemático de tratamentos on-line com psicologia energética mostrou que um programa de EFT de 8 semanas on-line reduziu significativamente dor, ansiedade e depressão, ao mesmo tempo que melhorou a vitalidade, funcionamento social e medidas de saúde mental em 26 mulheres diagnosticadas com fibromialgia (Brattberg, 2008). A maioria das mais de 21.000 sessões de *tapping* oferecidas pelo *Veterans Stress Solution* (ver nota de rodapé 8) foi on-line. O programa “Recursos para Resiliência” do Comitê Humanitário da ACEP posta uma variedade de instrumentos on-line que podem ajudar a “aliviar o sofrimento ensinando técnicas de autoajuda àqueles que vivenciam os efeitos da violência, do trauma e de desastres naturais” (ver nota de rodapé 7). Um aplicativo de celular que orienta os usuários na aplicação de protocolos de *tapping* em acupontos para ansiedade e estresse foi investigado em um estudo de larga escala que incluiu 270.461 usuários do aplicativo, que encontrou uma redução de sintomas altamente significativa ($p < 0.001$) (Church *et al.*, 2020).

Um formato on-line pode não apenas tornar os serviços mais acessíveis, como facilitar sessões em grandes grupos. Os membros do Comitê Humanitário da ACEP relataram, em um inquérito informal, o uso frequente de sessões em grupo via Zoom ou aulas de telessaúde. Em um ECR que investigou os resultados de tratamentos com EFT sobre estresse, ansiedade e níveis de *burnout* durante a pandemia, 72 enfermeiras foram randomizadas para um grupo de *tapping* ou um grupo controle que não recebeu tratamento (Dincer and Inangil, 2021). Baseado em uma única sessão orientada em grupo on-line, reduções no nível de estresse, ansiedade e indicadores de *burnout* alcançaram altos níveis de significância estatística ($p < 0,001$). O grupo controle não mostrou mudança estatisticamente significativa nessas medidas.

Treinamento de Profissionais e Instituições Locais

Uma única grande catástrofe pode mudar uma comunidade para sempre. Apesar de equipes de ajuda humanitária vindas de outras áreas poderem trazer recursos indispensáveis, o tempo delas na comunidade é relativamente curto. Equipes de ajuda humanitária de psicologia energética de Newtown a Parkland a Ruanda, a comunidades de aborígenes na Austrália têm desenvolvido formas de treinar e empoderar líderes locais e sobreviventes de desastres para melhorar a resiliência em longo prazo da comunidade. Antes de partirem, as equipes de ajuda humanitária estão, cada vez mais, oferecendo treinamento em protocolos de *tapping* em acupontos para profissionais e agências de saúde mental locais, que atenderão às necessidades em longo prazo de suas comunidades. Por exemplo, após o tiroteio na escola de ensino médio em Parkland, Flórida, que é parte do condado de Broward, uma comunidade de 2,2 milhões que foi profundamente afetada, profissionais treinados estão agora oferecendo serviços de EFT em 20 agências no condado. Isso foi possível

devido ao reconhecimento por parte das agências governamentais, bem como de fundações privadas – incluindo o Conselho de Serviços da Criança local e a *New York Life Insurance* – da necessidade de se expandir e replicar as terapias de *tapping* para que se tornem amplamente disponíveis.

Tendências na Prestação de Serviços

Baseado nas minhas entrevistas com profissionais que incorporaram a estimulação de acupontos no trabalho humanitário, essas quatro tendências têm aparecido para aumentar o impacto de intervenções da psicologia energética. Para apoiar as duas primeiras tendências (aplicação em grandes grupos e o uso de membros da comunidade cuidadosamente selecionados para que aprendam o método, e então ensinem para outros sobreviventes com a supervisão da equipe) há uma tendência a simplificar os protocolos de *tapping*. Isso permite que os protocolos de *tapping* sejam pronta e amplamente aplicados para alívio imediato e reestabilização. Uma forma básica de se fazer isso é focar o *tapping* na sensação sentida (de acordo com Gendling, 1982) de memórias traumáticas ou de outras emoções perturbadoras em vez de depender de descrições verbais ou frases formuladas. A terceira tendência, a utilização de tecnologia digital, aparece tanto para tornar a melhor orientação para lidar com um desastre amplamente disponível, quanto para conduzir sessões de tratamento ajustadas para cada situação, de forma remota, com indivíduos e grupos. Todos esses três desenvolvimentos podem ser utilizados na quarta tendência, que é empoderar a comunidade local para abordar desafios contínuos de saúde mental, e desenvolver maior resiliência por ter sobrevivido à tragédia.

Treinamento

Treinamento e certificação nas várias formas de psicologia energética estão disponíveis em inúmeras organizações. Entre as maiores e mais respeitadas estão a *Association for Comprehensive Energy Psychology*¹⁰, *EFT Universe*¹¹, *Thought Field Therapy*^{QR 12}, *EFT International*¹³, e *Evidence Based EFT Training*¹⁴. Além das habilidades básicas necessárias para abordar questões psicológicas usando protocolos de *tapping* em acupontos, o treinamento para atuar como um profissional que atende em emergências está amplamente disponível em organizações como a Cruz Vermelha¹⁵, a Academia de Traumatologia da Cruz Verde¹⁶, e do Instituto Internacional de Treinamento em Trauma¹⁷. Uma lista de outros cursos presenciais e on-line pode ser encontrada em <https://www.apa.org/practice/programs/dmhi/dmh-training/disaster-mental-health-training>. Mais de uma dúzia de livros está disponível para se estudar sobre as questões que qualquer profissional que atue em desastres precisa compreender. Três dos meus favoritos são o já mencionado *Interventions Following Mass Violence and Disasters* (Ritchie *et al.*, 2007), *The Body Keeps the Score*

¹⁰ <https://www.energypsych.org/>

¹¹ <https://eftuniverse.com/>

¹² <https://tfttapping.com/>

¹³ <https://eftinternational.org/>

¹⁴ <https://evidencebasedeft.com/>

¹⁵ <https://www.redcross.org/take-a-class/disaster-training>

¹⁶ <https://greencross.org/>

¹⁷ <https://traumaonline.net/certified-clinical-trauma-professional-ctcp/>

(van der Kolk, 2014), e *The Worst Is Over: What to Say When Every Moment Counts* (Acosta and Prager, 2014).

Pesquisa Futura

Estudos sistemáticos adicionais são necessários, pois cada vez mais equipes de trabalho humanitário estão utilizando protocolos de psicologia energética. Entre os tópicos que precisam de mais investigação estão: (a) As intervenções de psicologia energética imediatamente após um desastre são mais efetivas do que outras modalidades na prevenção de sintomas pós-traumáticos em longo prazo?; (b) Quais estratégias da psicologia energética são mais efetivas durante cada fase da recuperação pós-desastre?; (c) Que ajustes precisam ser feitos de acordo com o tipo de desastre?; (d) Quando é melhor utilizar ou não uma grande ênfase nos componentes verbais dos protocolos de psicologia energética?; e (e) Como abordagens eficientes de prestação de serviço, como o uso de grandes grupos e da tecnologia digital podem ser moldadas para melhorar, e não diluir, os efeitos do método?

CONCLUSÃO

A crescente incidência de desastres naturais e causados pelo homem resultou em uma escassez crítica de recursos de saúde mental para abordar as consequências emocionais e o comprometimento funcional de milhões de pessoas que vivenciaram eventos catastróficos ao redor do mundo. A aplicação de intervenções da psicologia energética após desastres em mais

de 30 países é promissora, e formas eficientes de execução incluem grandes grupos, terapeutas leigos, tecnologia digital e empoderamento da comunidade. Relatos daqueles que oferecem esses serviços, bem como um número limitado de estudos empíricos parecem animadores, destacando-se a capacidade da técnica para aliviar rapidamente as consequências neurológicas do trauma como uma das suas grandes vantagens.

HISTÓRIA E PERMISSÕES

Esse artigo é uma revisão e atualização minuciosas, adaptada do artigo de 2008 “*Energy Psychology in Disaster Relief*,” publicado em *Traumatology*, 14(1), 124–137. Copyright © 2008 da *American Psychological Association*. Passagens selecionadas reproduzidas com permissão.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

O autor conduziu cada estágio no desenvolvimento desse manuscrito.

AGRADECIMENTOS

O autor gostaria de agradecer a Lori Leyden e John Freedom por suas inestimáveis sugestões em versões anteriores desse manuscrito.

REFERÊNCIAS

- Acosta, J., and Prager, S. I. (2014). *The Worst is Over: What to Say When Every Moment Counts (Rev.)*. Scotts Valley: CreateSpace.
- American Psychological Association (2017). *Clinical Practice guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in adults*. Washington: American Psychological Association.
- Badour, C. L., Blonigen, D. M., Boden, M. T., Feldner, M. T., and Bonn-Miller, M. O. (2012). A longitudinal test of the bi-directional relations between avoidance coping and PTSD severity during and after PTSD treatment. *Behav. Res. Ther.* 50, 610–616. doi: 10.1016/j.brat.2012.06.006
- Bangpan, M., Felix, L., and Dickson, K. (2019). Mental health and psychosocial support programmes for adults in humanitarian emergencies: a systematic review and meta-analysis in low and middle-income countries. *Br. Med. J. Glob. Health* 4:e001484. doi: 10.1136/bmjgh-2019-001484
- Berlau, D. J., and McGaugh, J. L. (2006). Enhancement of extinction memory consolidation: the role of the noradrenergic and GABAergic systems within the basolateral amygdala. *Neurobiol. Learn. Mem.* 86, 123–132. doi: 10.1016/j.nlm.2005.12.008
- Boath, E., Stewart, T., and Rolling, C. (2014). The impact of EFT and Matrix Reimprinting on the civilian survivors of war in Bosnia: a pilot study. *Curr. Res. Psychol.* 5, 64–72. doi: 10.3844/crsp.2014.64.72
- Brattberg, G. (2008). Self-administered EFT (Emotional Freedom Techniques) in individuals with fibromyalgia: a randomized trial. *Integr. Med.* 7, 30–35.
- Brewin, C. R. (2005). “Implications for psychological intervention,” in *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives*, eds J. J. Vasterling and C. R. Brewin (New York, NY: Guilford), 271–291.
- Brown, R. C., Witt, A., Fegert, J. M., Keller, F., Rassenhofer, M., and Plener, P. (2017). Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychol. Med.* 47, 1893–1905. doi: 10.1017/S0033291717000496
- Bryant, R. A., and Litz, B. T. (2007). “Intermediate interventions,” in *Interventions following mass violence and disasters: Strategies for mental health practice*, eds E. C. Ritchie, P. J. Watson, and M. J. Friedman (New York: Guilford), 155–173.
- Church, D. (2012). Online delivery of efficacious therapies for depression, anxiety, PTSD, and pain [Editorial]. *Energy Psychol.* 4, 9–12. doi: 10.9769/EPJ.2012.4.1.DC
- Church, D. (2013). Clinical EFT as an evidence-based practice for the treatment of psychological and physiological conditions. *Psychology* 4, 645–654. doi: 10.4236/psych.2013.48092
- Church, D., Hawk, C., Brooks, A., Toukolehto, O., Wren, M., Dinter, I., et al. (2013). Psychological trauma in veterans using EFT (Emotional Freedom Techniques): a randomized controlled trial. *J. Nerv. Ment. Dis.* 201, 153–160. doi: 10.1097/NMD.0b013e31827f6351
- Church, D., and House, D. (2018). Borrowing benefits: group treatment with Clinical Emotional Freedom Techniques is associated with simultaneous reductions in posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression symptoms. *J. Evid.-Based Integr. Med.* 23:2156587218756510. doi: 10.1177/2156587218756510
- Church, D., Stapleton, P., and Sabot, D. (2020). App-based delivery of Clinical Emotional Freedom Techniques: cross-sectional study of app user self-ratings. *JMIR Mhealth Uhealth* 12, 869–877. doi: 10.2196/18545
- Clond, M. (2016). Emotional Freedom Techniques for anxiety: a systematic review with meta-analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 204, 388–395. doi: 10.1097/NMD.0000000000000483
- Coleman, L. (2006). Frequency of man-made disasters in the 20th century. *J. Contingencies Crisis Manag.* 14, 3–11. doi: 10.1111/j.1468-5973.2006.00476.x
- Committee on Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (2008). *Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence*. Washington: Institute of Medicine of the National Academy of Sciences.
- Connolly, S., and Sakai, C. (2011). Brief trauma intervention with Rwandan genocide-survivors using thought field therapy. *Int. J. Emerg. Ment. Health* 13, 161–172.

- Connolly, S. M., Roe-Sepowitz, D., Sakai, C., and Edwards, J. (2013). Utilizing community resources to treat PTSD: a randomized controlled study using Thought Field Therapy. *Afr. J. Trauma. Stress* 3, 82–90. doi: 10.13140/RG.2.2.14793.44644
- Connolly, S. M., Vanchu-Orosco, M., Warner, J., Seidi, P. A., Edwards, J., Boath, E., et al. (2021). Mental health interventions by lay counsellors: a systematic review and meta-analysis. *Bull. World Health Organ.* 99, 572–582. doi: 10.2471/BLT.20.269050
- David, D., Cristea, I., and Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Front. Psychiatry.* 9:4. doi: 10.3389/fpsy.2018.00004
- DeAngelis, T. (2014). What every psychologist should know about disasters: being competent in the face of a disaster takes training and know how. *Monit. Psychol.* 45, 62–65.
- Di Rienzo, F., Saruco, E., Church, D., Daligault, S., Delpuech, C., Gurret, J. M., et al. (2019). Neuropsychological correlates of an energy psychology intervention on flight phobia: a MEG single-case study. *PsyArXiv* [Preprint]. doi: 10.31234/osf.io/s3hce
- Dincer, B., and Inangil, D. (2021). The effect of Emotional Freedom Techniques on nurses' stress, anxiety, and burnout levels during the COVID-19 pandemic: a randomized controlled trial. *Explore* 17, 109–114. doi: 10.1016/j.explore.2020.11.012
- Duckworth, M. P., and Follette, V. M. (eds) (2011). *Retraumatization: Assessment, Treatment, and Prevention*. New York: Routledge.
- Dunnewold, A. L. (2014). Thought Field Therapy Efficacy Following Large Scale Traumatic Events. *Curr. Res. Psychol.* 5, 34–39. doi: 10.3844/crpsp.2014.34.39
- Dunsmoor, J. E., Niv, Y., Daw, N., and Phelps, E. A. (2015). Rethinking extinction. *Neuron* 88, 47–63. doi: 10.1016/j.neuron.2015.09.028
- Exton-McGuinness, M. T. J., Lee, J. L. C., and Reichelt, A. C. (2015). Updating memories: the role of prediction errors in memory reconsolidation. *Behav. Brain Res.* 278, 375–384. doi: 10.1016/j.bbr.2014.10.011
- Fang, J., Jin, Z., Wang, Y., Li, K., Kong, J., Nixon, E. E., et al. (2009). The salient characteristics of the central effects of acupuncture needling: limbic-paralimbic-neocortical network modulation. *Hum. Brain Mapp.* 30, 1196–1206. doi: 10.1002/hbm.20583
- Farrell, N. R., Deacon, B. J., Dixon, L. J., and Lickel, J. J. (2013). Theory-based training strategies for modifying practitioner concerns about exposure therapy. *J. Anxiety Disord.* 27, 781–787. doi: 10.1016/j.janxdis.2013.09.003
- Fay, D. (2021). *Becoming Safely Embodied: A Guide to Organize Your Mind, Body and Heart to Feel Secure in the World*. New York: Morgan James.
- Feinstein, D. (2008). Energy psychology in disaster relief. *Traumatology* 14, 124–137. doi: 10.1177/1534765608315636
- Feinstein, D. (2010). Rapid treatment of PTSD: why psychological exposure with acupoint tapping may be effective. *Psychotherapy* 47, 385–402. doi: 10.1037/a0021171
- Feinstein, D. (2016). A survey of energy psychology practitioners: who they are, what they do, who they help. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 8, 33–39. doi: 10.9769/EPJ.2016.8.1.DF
- Feinstein, D. (2019). Energy psychology: efficacy, speed, mechanisms. *Explore* 2019, 340–351. doi: 10.1016/j.explore.2018.11.003
- Feinstein, D. (2021a). Perceptions, reflections, and guidelines for using energy psychology: a distillation of 800+ surveys and interviews with practitioners and clients. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 13, 13–46. doi: 10.9769/EPJ.2021.13.1.DF
- Feinstein, D. (2021b). Six empirically-supported premises about energy psychology: mounting evidence for a controversial therapy. *Adv. Mind Body Med.* 35, 17–32.
- Feinstein, D. (2022a). *Energy psychology in disaster relief (revised excerpt)*. Available online at: <https://2008-disaster-relief-paper-excerpts.EnergyPsychEd.com> (accessed February 21, 2022).
- Feinstein, D. (2022b). The energy of energy psychology. *OBM Integr. Complement. Med.* 7:28. doi: 10.21926/obm.icm.2202015
- Feinstein, D. (in press). Integrating the manual stimulation of acupuncture points into psychotherapy: a systematic review with clinical recommendations. *J. Psychother. Integr.*
- Foa, E. B., and McNally, R. J. (1996). "Mechanisms of change in exposure therapy," in *Current controversies in the anxiety disorders*, ed. R. M. Rapee (New York: Guilford), 329–343.
- Foa, E. B., Steketee, G., and Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behav. Ther.* 20, 155–176. doi: 10.1016/S0005-7894(89)80067-X
- Folkes, C. (2002). Thought field therapy and trauma recovery. *Int. J. Emerg. Ment. Health* 4, 99–103.
- Gallo, F. P. (2004). *Energy psychology: Explorations at the Interface of Energy, Cognition, Behavior, and Health*, 2nd Edn. New York: CRC Press.
- Gendlin, E. T. (1982). *Focusing*, 2nd Edn. New York: Bantam.
- Geronilla, L., Minewiser, L., Mollon, P., McWilliams, M., and Clond, M. (2016). EFT (Emotional Freedom Techniques) remediates PTSD and psychological symptoms in veterans: a randomized controlled replication trial. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 8, 29–41. doi: 10.9769/EPJ.2016.8.2.LG
- Gordon, J. S., Staples, J. K., Blyta, A., Bytyqi, M., and Wilson, A. T. (2008). Treatment of posttraumatic stress disorder in postwar Kosovar adolescents using mind-body skills groups: a randomized controlled trial. *J. Clin. Psychiatry* 69, 1469–1476. doi: 10.4088/jcp.v69n0915
- Gurret, J.-M., Caufour, C., Palmer-Hoffman, J., and Church, D. (2012). Post-earthquake rehabilitation of clinical PTSD in Haitian seminarians. *Energy Psychol.* 4, 33–40. doi: 10.9769/EPJ.2012.4.2.JPH
- Hamne, G., and Sandström, U. (2021). *Trauma Tapping Technique: A Tool for PTSD, Stress Relief, and Emotional Trauma Recovery*. Stockholm: Peaceful Heart Publishing.
- Hui, K. K.-S., Liu, J., Marina, O., Napadow, V., Haselgrove, C., Kwong, K. K., et al. (2005). The integrated response of the human cerebro-cerebellar and limbic systems to acupuncture stimulation at ST 36 as evidenced by fMRI. *NeuroImage* 27, 479–496. doi: 10.1016/j.neuroimage.2005.04.037
- Jayawickreme, E., and Blackie, L. E. (2014). Post-traumatic growth as positive personality change: evidence, controversies and future directions. *Eur. J. Pers.* 28, 312–331.
- Kaplan, J. S., and Tolin, D. F. (2011). Exposure therapy for anxiety disorders: theoretical mechanisms of exposure and treatment strategies. *Psychiatr. Times* 28, 33–37.
- Karácsonyi, D., Taylor, A., and Bird, D. (eds) (2021). *The Demography of Disasters: Impacts for Population and Place*. Switzerland: Springer.
- Keane, T. M. (1995). The role of exposure therapy in the psychological treatment of PTSD. *NCP Clin. Q.* 5, 1–6.
- König, N., Stever, S., Seebacher, J., von Prittwitz, Q., Bliem, H., and Rossi, S. (2019). How therapeutic tapping can alter neural correlates of emotional prosody processing in anxiety. *Brain Sci.* 9:206. doi: 10.3390/brainsci9080206
- Leichsenring, F., Abbass, A., Hilsenroth, M. J., Luyten, P., Munder, T., Rabung, S., et al. (2018). "Gold standards," plurality and monocultures: the need for diversity in psychotherapy. *Front. Psychiatry* 9:159. doi: 10.3389/fpsy.2018.00159
- Leskowitz, E. (2016). Integrative medicine for PTSD and TBI: two innovative approaches. *Med. Acupunct.* 28, 81–183. doi: 10.1089/acu.2016.1168
- Levine, P. (1997). *Waking the Tiger: Healing Trauma*. Berkeley: North Atlantic Books.
- Luo, C., Sanger, N., Singhal, N., Patrick, K., Shams, I., Shahid, H., et al. (2020). A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine* 24:100442. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100442
- Lyford, C. (2022). Is meditation as safe as we think? *Psychother. Netw.* 46, 11–13.
- Lyons, J. A., and Keane, T. M. (1989). Implosive therapy for the treatment of combat-related PTSD. *J. Trauma. Stress* 2, 243–264.
- MacKay, D., and Alfred, P. K. (2013). "Cross-cultural EFT," in *Clinical EFT handbook: A definitive resource for practitioners, scholars clinicians and researchers* vol. 2, eds D. Church and S. Marohn (California: Energy Psychology Press), 437–446. doi: 10.1111/jmft.12416
- Makwana, N. (2019). Disaster and its impact on mental health: a narrative review. *J. Fam. Med. Prim. Care* 8, 3090–3095. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_893_19
- Markowitz, J. C., Petkova, E., Neria, Y., Van Meter, P. E., Zhao, Y., Hembree, E., et al. (2015). Is Exposure Necessary? A Randomized Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy for PTSD. *Am. J. Psychiatry* 172, 430–440. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14070908

- Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Stockton, S., Meiser-Stedman, R., et al. (2020a). Psychological and psychosocial treatments for children and young people with post-traumatic stress disorder: a network meta-analysis. *J. Child Psychol. Psychiatry* 61, 18–29. doi: 10.1111/jcpp.13094
- Mavranezouli, I., Megnin-Viggars, O., Grey, N., Bhutani, G., Leach, J., Daly, C., et al. (2020b). Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults. *PLoS One* 15:e0232245. doi: 10.1371/journal.pone.0232245
- McNally, R. J., Bryant, R. A., and Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress?. *Psychol. Sci. Public Interest* 4, 45–79. doi: 10.1111/1529-1006.01421
- Mollon, P. (2008). *Psychoanalytic Energy Psychotherapy*. London: Karnac.
- Mollon, P. (2013). “Client safety,” in *Clinical EFT Handbook Vol 2*, eds D. Church and S. Marohn (Fulton: Energy Psychology Press), 355–362.
- Monfils, M. H., Cowansage, K. K., Klann, E., and LeDoux, J. E. (2009). Extinction–reconsolidation boundaries: key to persistent attenuation of fear memories. *Science* 324, 951–955. doi: 10.1126/science.1167975
- Morina, N., Nickerson, A., Malek, M., and Bryant, R. (2017). Meta-analysis of interventions for posttraumatic stress disorder and depression in adult survivors of mass violence in low- and middle-income countries. *Depress. Anxiety* 34, 679–691. doi: 10.1002/da.22618
- Nader, K. (2003). Memory traces unbound. *Trends Neurosci.* 26, 65–72. doi: 10.1016/S0166-2236(02)00042-5
- Nelms, J., and Castel, D. (2016). A systematic review and meta-analysis of randomized and non-randomized trials of Emotional Freedom Techniques (EFT) for the treatment of depression. *Explore* 12, 416–426. doi: 10.1016/j.explore.2016.08.001
- Norris, F., and Alegria, M. (2007). “Promoting disaster recovery in ethnic-minority individuals and communities,” in *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*, eds E. C. Ritchie, P. J. Watson, and M. J. Friedman (New York: Guilford), 319–342. doi: 10.1017/s1092852900019477
- Ørner, R. J., Kent, A. T., Pfefferbaum, B. J., Raphael, B., and Watson, P. J. (2007). “The context of providing immediate postevent intervention,” in *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*, eds E. C. Ritchie, P. J. Watson, and M. J. Friedman (New York: Guilford), 121–133. Ortnr, N., Leyden, L., and Lewis, S. (n.d.). *Newtown Trauma Relief Collaboration Project*. Newtown: Newtown Trauma Relief Collaboration Project.
- Purgato, M., Gastaldon, C., Papola, D., van Ommeren, M., Barbui, C., and Tol, W. A. (2018). Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. *Cochrane Database Syst. Rev.* 7:CD011849. doi: 10.1002/14651858.CD011849.pub2
- Quarantelli, E. L. (2000). *Disaster Planning, Emergency Management and Civil Protection: The Historical Development of Organized Efforts To Plan for and to Respond To Disasters*. Newark: University of Delaware Disaster Research Center. <https://udspace.udel.edu/bitstream/handle/19716/673/PP301.pdf?isAllowed=y&sequence=1>.
- Raphael, B., and Wooding, S. (2007). “Longer-term mental health interventions for adults following disasters and mass violence,” in *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*, eds E. C. Ritchie, P. J. Watson, and M. J. Friedman (New York: Guilford), 174–192.
- Ritchie, E. C., Watson, P. J., and Friedman, M. J. (eds) (2007). *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. New York: Guilford.
- Robson, P., and Robson, H. (2012). The challenges and opportunities of introducing Thought Field Therapy (TFT) following the Haiti earthquake. *Energy Psychol. J.* 4, 41–45. doi: 10.9769/EPJ.2012.4.1.PR
- Rogers, S., and Silver, S. M. (2002). Is EMDR an exposure therapy?: a review of trauma protocols. *J. Clin. Psychol.* 58, 43–59. doi: 10.1002/jclp.1128
- Rothbaum, B. O., and Foa, E. B. (1996/2007). “Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder,” in *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society*, eds B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, and L. Weisaeth (New York: Guilford), 491–509.
- Rowe, J. E. (2005). The effects of EFT on long-term psychological symptoms. *Couns. Clin. Psychol.* 2, 104–111.
- Ruden, R. A. (2019). Harnessing electroceuticals to treat disorders arising from traumatic stress: theoretical considerations using a psychosensory model. *Explore* 15, 222–229. doi: 10.1016/j.explore.2018.05.005
- Ruzek, J. I. (2007). “Models of early intervention following mass violence and other trauma,” in *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*, eds E. C. Ritchie, P. J. Watson, and M. J. Friedman (New York: Guilford), 16–34.
- Sakai, C. S. (2014). *Overcoming Adversity: How Energy Tapping Transforms Your Life's Worst Experiences – A Primer for Post-Traumatic Growth*. Santa Rosa: Energy Psychology Press.
- Sakai, C. S., Connolly, S. M., and Oas, P. (2010). Treatment of PTSD in Rwandan genocide survivors using Thought Field Therapy. *Int. J. Emerg. Ment. Health* 12, 41–50.
- Schiller, D., Monfils, M.-H., Raio, C. M., Johnson, D. C., LeDoux, J. E., and Phelps, E. A. (2010). Preventing the return of fear in humans using reconsolidation update mechanisms. *Nature* 463, 49–53. doi: 10.1038/nature08637
- Schulz, P. (2009). Integrating energy psychology into treatment for adult survivors of childhood sexual abuse. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 1, 15–22. doi: 10.9769/EPJ.2009.1.1.KS
- Schwarz, R. (2018). “Energy psychology, polyvagal theory, and the treatment of trauma,” in *Clinical Applications of the Polyvagal Theory: The Emergence of Polyvagal-Informed Therapies*, eds S. W. Porges and D. A. Dana (New York, NY: Norton), 270–284.
- Seal, K. H., Maguen, S., Cohen, B., Gima, K. S., Metzler, T. J., Ren, L., et al. (2010). VA mental health services utilization in Iraq and Afghanistan veterans in the first year of receiving new mental health diagnoses. *J. Trauma. stress* 23, 5–16. doi: 10.1002/jts.20493
- Sebastian, B., and Nelms, J. (2017). The effectiveness of Emotional Freedom Techniques in the treatment of posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Explore* 13, 16–25. doi: 10.1016/j.explore.2016.10.001
- Seidi, P., Jaff, D., Connolly, S. M., and Hoffart, A. (2021). Applying Cognitive Behavioral Therapy and Thought Field Therapy in Kurdistan region of Iraq: a retrospective case series study of mental-health interventions in a setting of political instability and armed conflicts. *Explore* 17, 84–91. doi: 10.1016/j.explore.2020.06.003
- Seligman, M. E. P. (2002). “Positive psychology, positive prevention, and positive therapy,” in *Handbook of Positive Psychology*, eds C. R. Snyder and S. J. Lopez (New York: Oxford University Press), 3–9.
- Stapleton, P. (2019). *The Science Behind Tapping*. Carlsbad: Hay House Inc.
- Stapleton, P., Buchan, C., Mitchell, I., McGrath, J., Gorton, P., and Carter, B. (2019). An initial investigation of neural changes in overweight adults with food cravings after Emotional Freedom Techniques. *OBM Integr. Complement. Med.* 4:14. doi: 10.21926/obm.icm.1901010
- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., and Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *J. Am. Med. Assoc.* 314, 489–500. doi: 10.1001/jama.2015.8370
- Stein, P. K., and Brooks, A. J. (2011). Efficacy of EFT provided by coaches versus licensed therapists in veterans with PTSD. *Energy Psychol. Theory Res. Treat.* 3, 11–17. doi: 10.9769/EPJ.2011.3.1.PKS.AJB
- Takakura, N., and Yajima, H. (2009). Analgesic effect of acupuncture needle penetration: a double-blind crossover study. *Open Med.* 3, e54–e61.
- Turrini, G., Purgato, M., Ballette, F., Nosè, M., Ostuzzi, G., and Barbui, C. (2017). Common mental disorders in asylum seekers and refugees: umbrella review of prevalence and intervention studies. *Int. J. Ment. Health Syst.* 11:51. doi: 10.1186/s13033-017-0156-0
- UN Refugee Agency (2021). *Figures at a Glance*. Geneva: UN Refugee Agency.
- United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs [OCHA] (2020). *The Human Cost of Disasters: An Overview of the Last 20 Years 2000- 2019*. New York: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.
- van der Kolk, B. A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking.
- van Ginneken, N., Chin, W. Y., Lim, Y. C., Ussif, A., Singh, R., Shahmalak, U., et al. (2021). Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst. Rev.* 8:CD009149. doi: 10.1002/14651858.CD009149.pub3
- Watson, P. J., Brymer, M. J., and Bonanno, G. A. (2011). Postdisaster psychological intervention since 9/11. *Am. Psychol.* 66, 482–494. doi: 10.1037/a0024806

Young, B. H. (2007). "The immediate response to disaster: guidelines for adult psychological first aid," in *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*, eds E. C. Ritchie, P. J. Watson, and M. J. Friedman (New York: Guilford), 134–154

Conflito de Interesse: DF conduz treinamentos, oferece serviços clínicos, e escreveu livros relacionados à abordagem examinada nesse manuscrito.

Nota da editora: Todas as afirmações expressas nesse artigo são exclusivamente dos autores, e não representam, necessariamente, a opinião das organizações a que estão vinculados,

nem a da editora, dos editores e dos revisores. Qualquer produto que possa ser avaliado nesse artigo, ou afirmação que possa ser feita por seu fabricante não é garantida, nem endossada pela editora.

Copyright © 2022 Feinstein. Esse é um artigo de acesso aberto, distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License (CC BY). O uso, distribuição ou reprodução em outros permitido, desde que seja dado crédito ao(s) autor(es) original(is) e ao(s) proprietário(s) dos direitos autorais, e que a publicação original nesse periódico seja citada, de acordo com a prática acadêmica aceita. Nenhum uso, distribuição ou reprodução que não obedeça a esses termos é permitida.