

Quando a guerra parece não ter fim: Uma intervenção psicoterapêutica em Perturbação Stress Pós-Traumático de Guerra¹

Eugénia Fernandes² & Ângela Maia (*Universidade do Minho, Portugal*)

(*Recibido 10 Octubre 2000/Received 10 October 2000*)

(*Acceptado 20 Noviembre 2000/Accepted 20 November 2000*)

RESUMO. Para muitos veteranos de guerra, a guerra nunca acaba. Imagens, pesadelos, sensações corporais inexplicáveis, mantêm a vivência de um mal estar incontrolável e muitas vezes quase insuportável. Para além desta revivência contínua, as sensações de embotamento emocional, dificuldades de concentração, instabilidade e dificuldade de controlo de impulsos tornam difícil a construção de uma vida pessoal, familiar e social alternativa. Esta é uma resposta “normal” em pessoas que vivem momentos de uma enorme activação fisiológica e emocional, associados a experiências de extremo mal estar, muitas vezes de ameaça à vida, como são as situações de guerra, e designa-se por Perturbação Pós-Stress traumático. Nesta comunicação abordaremos essencialmente os objectivos e as fases de um modelo de intervenção psicoterapêutica em sujeitos com Stress Pós Traumático de Guerra.

PALAVRAS CHAVE. Trauma. Perturbação Pós-Stress Traumático. Intervenção psicoterapêutica.

ABSTRACT. For many war veterans, the war never ends. Images, nightmares, and unexplainable corporal sensations maintain the existence of an almost uncontrollable and sometimes unbearable discomfort. Besides this continuous re-

¹ Este modelo tem vindo a ser desenvolvido pela autoras, doutoradas em psicologia clínica e psicoterapeutas no Serviço de Consulta Psicológica da Universidade do Minho, com vítimas de situações traumáticas, sob a orientação da Professora Doutora Teresa McIntyre.

² Correspondencia: Instituto de Educação e Psicologia. Universidade do Minho. Campus de Gualtar 4719 Braga. Portugal. E-Mail: eugeniaf@iep.uminho.pt

enactment, the emotional numbing sensations, the concentration difficulties, and the instability and difficulty in impulse control make alternative family, personal, and social life formation very difficult. This is a "normal" reaction in people that experience episodes of great physiological and emotional arousal associated to extreme discomfort experiences, and often life threatening, as is the case of war situations. This reaction is denominated as the Post Traumatic Stress Disorder. In this article we will approach the aims and the phases of a psychotherapeutic intervention model with subjects diagnosed as presenting Post Traumatic Stress Disorder of War.

KEY WORDS. Trauma. Post-Traumatic Stress Disorder. Psychotherapeutic Intervention.

RESUMEN. Para muchos veteranos de guerra ésta nunca acaba; imágenes, pesadillas, sensaciones corporales inexplicables mantienen la vivencia de un malestar incontrolable y muchas veces casi insoportable. Más allá de esta revivencia continua, las sensaciones de embotamiento emocional, dificultades de concentración, inestabilidad y dificultad de control de los impulsos hacen difícil la vida personal, familiar y social. Se trata de una respuesta "normal" en personas que viven momentos de una enorme activación fisiológica y emocional, asociados a experiencias de extremo malestar, muchas veces amenazantes para la propia vida, como la situación de guerra, denominándose trastorno de estrés postraumático. En este artículo se abordan los objetivos y las fases de un modelo de intervención psicoterapéutica en sujetos con estrés postraumático de guerra.

PALABRAS CLAVE. Trauma. Trastorno de estrés postraumático. Intervención psicoterapéutica.

Introdução

Neste trabalho apresentamos um modelo desenvolvimental de intervenção psicoterapêutica em sujeitos vítimas de situações traumáticas. Este modelo tem como pressuposto a ideia de que as experiências traumáticas interrompem as tarefas desenvolvimentais, introduzindo descontinuidade no percurso de vida e deixando as vítimas presas a uma repetição compulsiva das imagens e sensações de trauma, mas também presas daquilo que foi perdido e da sua impotência para sair dessa experiência. De acordo com este princípio, um ingrediente básico do processo terapêutico é oferecer condições de segurança e confiança, que possam tornar o sujeito capaz de enfrentar o desafio de voltar a visitar as suas memórias, os seus sofrimentos, mas também voltar a acreditar nos seus projectos e nos seus desejos. Este processo deve ser orientado para a identificação das fragilidades introduzidas pelo trauma mas também das potencialidades do sujeito para construir um futuro alternativo. No caso específico dos veteranos de guerra, temos de reconhecer que tem havido um vazio quase total na preocupação da comunidade científica em discutir publicamente este tema, o que tem sido acompanhado do silêncio social. Este facto é tanto mais chocante quanto sabemos que uma grande

parte das famílias portuguesas foi afectada pela guerra do ultramar. Em 1995 houve um primeiro encontro realizado em Lisboa sob a coordenação do Professor Afonso de Albuquerque, um pioneiro no esforço de divulgar resultados obtidos no seu trabalho com esta população no Hospital Júlio de Matos. Este ano foram discutidos e publicados os decretos de Lei que vêm reconhecer o quanto incapacitante pode ser o impacto da experiência de guerra. Vão-se abrindo assim espaços para que estas experiências vividas no silêncio do sofrimento individual possam ser partilhadas, discutidas e apoiadas. Este é também o objectivo deste trabalho. Escolhemos para título “Quando a Guerra parece não ter fim” reconhecendo assim que alguns veteranos de guerra trazem consigo uma guerra que permanece nas memórias, nas respostas fisiológicas e nas angústias... A guerra é um acontecimento bastante ameaçador para todos aqueles que nela se vêm envolvidos e o seu impacto sobre os sujeitos pode ser ampliada em algumas circunstâncias que constituem factores de risco para o desenvolvimento de Perturbação Pós-Stress Traumático de Guerra. Entre eles contam-se o tipo, intensidade e duração da ameaça; a velocidade do início do acontecimento; o número de acontecimentos simultâneos; a impossibilidade de escape e a existência de admoestações, para além de algumas características individuais como a existência de acontecimentos traumáticos prévios e saúde frágil (Sandeman, 2000). Se estas circunstâncias são factores de risco em qualquer situação, na guerra vários destes factores estão simultaneamente presentes, contribuindo assim para que um grande número daqueles que se vêm envolvidos desenvolva sintomas de perturbação. No entanto outra categoria de factores poderá contribuir para esbater o impacto dos factores de risco. Entre os factores protectores contam-se a existência de suporte social e familiar; a existência de competências de confronto eficazes e de recursos para lidar com a crise ou ainda uma concepção do significado do acontecimento que o torne aceitável (Sandeman, 2000). Assim, é neste balanço entre a existência de factores de risco e de factores protectores que podemos encontrar um leque de consequências que vai desde as pessoas pouco afectadas até aquelas que ficam perturbadas para sempre. Nos parágrafos seguintes descrevem-se os sintomas que permitem fazer o diagnóstico de presença de Perturbação Pós Stress Traumático.

Sintomas de PSPT³

O PSPT como entidade nosológica autónoma surgiu inicialmente no DSM-III-R, a partir da experiência dos psiquiatras norte americanos com os veteranos de guerra do Vietnam. Actualmente e de acordo com o sistema nosológico da DSM-IV os critérios de diagnóstico de PSPT são os seguintes: exposição a um acontecimento traumático; experiência, observação ou confronto com a ameaça de morte, ferimento grave ou ameaça à integridade física; a resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror; re-experiência persistente do acontecimento; evitamento persistente de estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral; e

³ Existem disponíveis uma variedade de instrumentos para a realização de uma avaliação formal de PTSD. Eles incluem escalas de auto-relato e entrevistas clínicas estruturadas. (Cf. Maia & Fernandes, em preparação).

activação aumentada e persistente. Na prática podemos observar em veteranos de guerra alguns comportamentos como ter sonhos persistentes e repetidos que envolvem cenas de guerra, imagens e memórias intrusivas de situações de combate; dificuldade em lidar ou total evitamento de objectos, pessoas, ou de qualquer sensação que faça lembrar a guerra (ex, evitar o verde tropa, não ser capaz de ver filmes sobre África, etc.). Outras das manifestações poderão ser uma irritabilidade contínua, com dificuldade de concentração, e uma sensação de perigo eminente, ou mesmo respostas de medo exageradas a situações como ruídos intensos, sombras, etc, o que pode tornar o dia-a-dia insuportável. Estes comportamentos condenam muitas vezes os veteranos de guerra a uma experiência de solidão e isolamento, tanto mais que falar sobre os problemas é difícil e nem sempre os outros significativos estão disponíveis e preparados para ouvir e compreender. Outras vezes as situações vividas foram tão intensas que o próprio veterano pensa que dificilmente alguém o poderá compreender e ajudar. Este é também um reflexo da sensação de impotência para mudar as situações, característica das vítimas de traumas. A psicoterapia tem-se apresentado como uma alternativa a outro tipo de intervenções, por ser um espaço em que é dada permissão para falar quer das situações da guerra, quer das preocupações actuais. Se um dos sintomas de PSPT é o evitamento, o princípio da psicoterapia é de que falar faz bem...

A intervenção psicoterapêutica em PSPT

O modelo de intervenção que aqui apresentamos está organizado em cinco fases. A primeira fase, avaliação, pode ou não incluir a utilização de questionários e entrevistas estruturadas, e tem como principal objectivo obter um primeiro relato das experiências traumáticas, dos factores de risco e/ou protectores e avaliar o funcionamento actual do sujeito. Na segunda fase procura-se a construção da confiança e da segurança de modo a criar as condições e recursos necessários para o trabalho terapêutico acerca do trauma. A estabilização dos sintomas constitui a terceira fase deste modelo e nela procura-se lidar com sintomas de depressão, ansiedade e/ou perturbações psicofisiológicas presentes. Na quarta fase trabalha-se no sentido da integração da experiência traumática na totalidade da vida do sujeito, proporcionando assim continuidade narrativa. A quinta e última fase constitui uma oportunidade para solidificar as aprendizagens e implementar os projectos pessoais, libertando o sujeito para o futuro.

Avaliação⁴

A fase de avaliação é uma fase crucial no processo terapêutico e deve ser conduzida

⁴ Existem disponíveis vários instrumentos sob a forma de questionários de auto-relato ou entrevistas estruturadas que permitem fazer o diagnóstico formal de PTSD (Cf. Maia e Fernandes, em preparação). Neste trabalho, no entanto, a avaliação é entendida como uma fase do próprio processo de psicoterapia, não tendo como objectivo medir, mas antes aumentar a compreensão da experiência traumática e do impacto que ela teve para o sujeito.

de forma cuidadosa uma vez que as pessoas vítimas de situações traumáticas têm uma enorme dificuldade em falar e as emoções podem ser tão intensas que ultrapassam a capacidade do veterano para lidar com elas. Se acreditamos que em qualquer processo terapêutico se deve questionar directamente sobre a existência de situações traumáticas, no caso dos veteranos de guerra deve-se ter um cuidado especial, no sentido de dar permissão para que essas histórias sejam contadas na versão do sujeito. Uma avaliação tradicional centrada no diagnóstico pode impedir que a história seja contada e alguns cuidados podem facilitar a revelação das situações e experiências traumáticas (cf. Walker, 1995). Por exemplo as questões impostas e directas sobre o trauma podem levar a versões incompletas dos acontecimentos ou respostas indirectas como forma de se proteger da re-experiência das emoções intensas associadas ao trauma. Como salienta Walker (1995) neste processo pode ser prejudicial o terapeuta tentar acelerar a história, mostrar sinais de impaciência, interromper o sujeito, dar conselhos, formar ou comunicar julgamentos sobre a situação, o que pode ser interpretado como não compreensão, vontade de não ouvir ou acusação; ou como sinais de que tem de tomar conta de si sozinho. Ir acompanhando empaticamente e ajudar a clarificar algumas afirmações mais vagas, por exemplo “Depois aconteceu AQUILO”, dá estrutura e suporte. Por seu lado sumariar a história pode ajudar a fazer novas ligações. As questões devem ser colocadas de modo cuidadoso e apoiante o que ajuda a ultrapassar emoções como a vergonha ou a culpa, e a fornecer poder e auto-eficácia. Por isso dar tempo e controlo sobre o ritmo da revelação é essencial para o sujeito possa confiar e manter o seu próprio equilíbrio. Ouvir-se a si próprio a contar a história com a expressão das sensações que lhe estão associadas ajuda a integrar e dar sentido à experiência. Para que este processo de revelação das experiências ocorra num clima de segurança, o reconhecimento das emoções e sentimentos do sujeito é uma tarefa central atendendo a que é comum observar-se emoções discordantes ou nenhuma emoção, sentimentos caóticos e contraditórios, bloqueio, negação ou distorção. É possível contar algumas histórias horríveis de modo desumanizado e robótico, ou de modo completamente distorcido (Walker, 1995). Aceitar e reconhecer estas dificuldades ajuda a que o sujeito perceba que está a ser acreditado. O terapeuta deve normalizar as reacções do sujeito à experiência traumática, explicando ao sujeito que a sua perturbação está directamente relacionada com a experiência na guerra, ainda que a forma como os sintomas muitas vezes surgem (por vezes anos depois) pareça nada ter a ver com ela. Pode ser importante educar o sujeito sobre a prevalência e os efeitos psicológicos mais tardios do trauma, o que ajuda a desestigmatizar e aumenta a consciência sobre a sua experiência traumática: não é porque é “maluco”, mas porque passou por situações que por serem demasiado extremas, “anormais”, despoletam no ser humano reacções “estranhas”. Ajudar o sujeito a tomar consciência de quão forte, corajoso e criativo ele tem sido para viver com o trauma, pode ser importante para ele se ver como capaz de enfrentar as tarefas terapêuticas. Para além de ser muito importante normalizar as reacções dos sujeitos é igualmente importante validar os seus relatos, crer nas suas experiências, na sua verdade, histórias, direitos, pensamentos, emoções e escolhas (mesmo que inconsistentes). Por ser difícil lidar com as emoções associadas às experiências traumáticas, pode acontecer que após o sujeito ter sido capaz de as lembrar numa sessão, na seguinte parece ser impossível

dar continuidade a esta tarefa. Esta tendência para lembrar e depois “re-esquecer” é característica das vítimas de trauma que ainda estão a lidar com a reconhecimento do trauma (Walker, 1995). Ajudar a começar (ou a recomeçar) pode ser muito importante para ultrapassar estes momentos. Por exemplo, “Tem alguma ideia do que será mais fácil para si contar?”. Atendendo a que em situações de guerra os sujeitos podem estar envolvidos em acções das quais se podem sentir arrependidos e/ou culpados é importante dirigir a responsabilidade dos acontecimentos para a situação de guerra, independentemente do que o sujeito fez. Esta fase de avaliação para além de ser um momento para dar a oportunidade do sujeito falar acerca da experiência traumática, deve ainda ser uma espaço de exploração das redes de apoio e experiências de vida protectoras. Só deste modo o trauma pode ser compreendido na totalidade de vida do sujeito.

Construção da confiança e da segurança

As vítimas de trauma apresentam em comum uma dificuldade em confiar e sentir-se seguros em relação aos outros e em relação ao meio, o que é visível nos sintomas de alerta, hiper-vigilância e a falta de confiança nos outros. Por isso, o desenvolvimento da segurança no ambiente terapêutico e na sua própria vida, constitui um passo crucial para a mudança. Esta segurança interna e externa pode demorar a ser construída e deve merecer uma preocupação contínua por parte do terapeuta. Algumas estratégias podem facilitar o desenvolvimento desta segurança quer dentro da sessão terapêutica, quer na construção da segurança interna e externa. Para o desenvolvimento da segurança na relação terapêutica contribuem todos os comportamentos do terapeuta no sentido da aceitação e da compreensão da pessoa do cliente. Mas a segurança no contexto terapêutico decorre também da possibilidade de o sujeito poder antecipá-lo como um espaço previsível, o que passa por o terapeuta não permitir qualquer interferência durante o tempo da sessão (ter o cuidado de desligar telefones, sinalizar o gabinete de modo a assegurar que não será interrompido, etc.), estruturar o tempo e explicar ao sujeito o plano e tarefas da sessão e do processo terapêutico. Este conhecimento sobre alguns aspectos da terapia aumenta o sentido de controlo e segurança por parte do sujeito. O desenvolvimento da segurança interna baseia-se na construção em imaginação de “um lugar especial”, lugar construído pelo sujeito, e que está inteiramente vocacionado para lhe transmitir conforto e segurança. Nesta estratégia, após a indução do relaxamento, pede-se ao sujeito para se transportar para um espaço real ou imaginário, a que só ele tem acesso, e em que possa experienciar paz, bem estar, sensações tão ausentes no seu dia a dia. A activação repetida desta imagem de segurança, é uma forma de um sujeito, que se tem sentido vítima da intrusão de imagens e sensações ameaçadoras e desconfortáveis associadas à guerra, poder oferecer a si próprio a oportunidade de criar imagens sobre as quais tem controlo e com conteúdo de paz. Para além de um trabalho intencional de modo a trabalhar e transmitir segurança durante o próprio processo terapêutico, este deve ser orientado para que o sujeito se sinta seguro também fora da sessão. Incentivar os sujeitos a realizar algumas tarefas entre as sessões, como por exemplo produzir alterações nos seus espaços pessoais de modo a sentir-se mais confortável

e seguro, mudar a disposição da mobília, mudar objectos, mudar algumas características das relações com os outros, evitando as situações mais difíceis, conflituosas; colocando limites e definindo fronteiras nas relações. Estas tarefas, além de contribuírem para aumentar a sensação de segurança, ajudam a pessoa a compreender que ainda tem poder pelo menos para mudar alguma coisa na sua vida.

Estabilização de sintomas

É frequente as pessoas com PSPT apresentarem sintomas de depressão, ansiedade, dificuldades de relacionamento interpessoal ou outros sintomas. Por outro lado, essas pessoas têm capacidades que as têm ajudado a sobreviver e é importante identificá-las, encorajando-as a estarem conscientes delas. De modo a ultrapassar as sensações de impotência e desânimo, tão frequentes, o ênfase deve estar em quão eficazes são as suas estratégias de coping actuais e o quê e como deve ser modificado. A estabilização de sintomas é particularmente importante nos casos de depressão e ansiedade, e portanto deve haver um trabalho clínico dirigido para essas perturbações. A medicação não deve ser descurada quando a activação fisiológica ou o evitamento interferem de forma grave no ajustamento, mas esta medicação deve ser explicada de modo a não ser entendida como mais uma forma de controlo sobre o sujeito. No sentido de conseguir lidar com algumas situações de vida, conseguir resolver situações de forma activa e melhorar o relacionamento com os outros, é importante ensinar competências de solução problemas, comunicação e assertividade, competências parentais positivas e efectivas, definir e proteger fronteiras em relação a si próprio e aos outros, estabelecer e manter a intimidade, expressar a sua sexualidade, etc. Em síntese, estas estratégias podem permitir que o sujeito cuide melhor de si próprio e dos outros. O envolvimento do sujeito em algumas actividades que lhe permitam descentrar-se das suas experiências, nomeadamente as de cariz social e comunitário pode ajudar a criar alternativas para a sua vida e por isso deve ser incentivado. Entre elas podemos considerar o tomar contacto com materiais ou livros, trabalhar com grupos de auto-ajuda, pertencer associações de veteranos de guerra como por exemplo a APOIAR, tornar-se activo na comunidade, tornar-se auto-suficiente em termos económicos: procurar emprego; saber como usar o dinheiro que ganha, etc.

Fase de Integração

As experiências traumáticas introduzem na vida do sujeito uma descontinuidade narrativa, interrompendo os projectos de vida e a estabilidade e a segurança existente. Muitas vezes estas experiências ficam para sempre dissociadas de um percurso, que fica assim para sempre hipotecado. A fase da Integração procura oferecer ao sujeito a oportunidade de revisitar as experiências traumáticas e as perdas que elas lhe impuseram, mas agora num contexto seguro e com outro tipo de recursos o que dá a possibilidade de sanar as feridas que elas abriram. A fase de integração processa-se em três momentos: regressão, reformulação da auto-imagem e luto das perdas múltiplas. A regressão consiste numa re-experiência das situações, pensamentos e sentimentos associados com

o trauma. Tal como referimos em relação à fase de avaliação, o primeiro momento em que a história é contada, o terapeuta deve validar e afirmar estes sentimentos enquanto oferece suporte e segurança. No processo de re-experiênciação da situações deve intencionalizar-se a abertura de um canal de comunicação com o jovem que sofreu a guerra, levando-o a expressar ao adulto as suas necessidades, medos, ansiedades e sentimentos. O adulto deve assegurar ao jovem que não deixará que ele seja de novo traumatizado; que cuidará dele, o protegerá e que gosta muito dele. Para realização deste trabalho podem recorrer-se a várias estratégias nomeadamente às técnicas da gestalt e experienciais como “duas cadeiras”, “cadeira vazia”. Este processo de re-experiênciação pode permitir a identificação, com o sobrevivente, dos comportamentos actuais que estão a ser afectados por aquele jovem que viveu em guerra e das estratégias para lidar com esses comportamentos. No segundo momento da fase de integração procura-se que o sujeito reformule a sua auto-imagem, ao tornar-se capaz de integrar memórias reprimidas, afectos e cognições num self adulto. O trabalho de integração permite a revisão e reavaliação das percepções de si próprio, vendo-se como mais capaz de controlo sobre a sua vida. Faz parte ainda da fase de integração o luto das múltiplas perdas que a participação na guerra acarretou: da juventude que não se teve, da confiança, de um mundo seguro, dos projectos que se interromperam.... Os sobreviventes precisam de sentir que têm o direito a fazer o luto, de expressar emoções como tristeza, revolta e culpa. Eles devem ser encorajados a exercer este direito, reconhecer que há certas perdas que não podem recuperar, precisam de as deixar ir, em vez de continuamente as procurar. A resolução deste processo passa pelo sobrevivente reconhecer que não pode mudar o seu passado mas pode influenciar e escolher o seu futuro.

Desenvolvimento e Fortalecimento Pessoal

A última fase deste modelo de intervenção em vítimas de trauma orienta-se para o desenvolvimento e fortalecimento pessoal. De algum modo esta fase é uma sistematização e consolidação de várias dimensões que vão sendo trabalhadas ao longo de todo o processo terapêutico. A atenção ao bem estar físico, emocional e social, a valorização da imagem corporal, a utilização de competências para lidar com situações problemáticas do dia a dia, a implementação de escolhas / papeis, a construção e manutenção de relações de suporte; são sinais de que o sujeito é capaz de pôr fim à guerra, “deixar ir” a experiência de trauma e perceber-se como uma pessoa com futuro.

Conclusão

Os terapeutas das vítimas de trauma confrontam-se muitas vezes com as sensações de desânimo aprendido e impotência que marcam tão profundamente a vida destas pessoas. Às vezes uma longa história de terapia sem resultados positivos consolida esta crença de que lutam pela paz numa batalha irremediavelmente perdida, enquanto outros não têm tão pouco forças para procurar ajuda. A Lei nº 46/99 de 16 de Junho instituiu o reconhecimento de uma perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de stress durante a participação na vida militar e propôs a criação

de uma rede nacional de apoio para aqueles que ficaram afectados, oferecendo o apoio médico, psicológico e social adequado. Temos constatado na nossa prática, e no contacto com outros profissionais de saúde, o quanto é difícil trabalhar com vítimas de PSPT, sendo muitas vezes sentidas pelo próprio terapeuta algumas das sensações de impotência e desânimo que são transmitidas pelas vítimas. A formação específica nesta área tem sido escassa, quer a nível da formação inicial das escolas de Psicologia e Medicina, quer a nível de formação pós graduada. A este respeito salientamos a iniciativa do Departamento de Formação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, que este ano organizou já dois módulos de formação nesta área. Esperamos que o modelo de intervenção que aqui apresentamos possa dar uma contribuição para todos aqueles que procuram ultrapassar as dificuldades inerentes à intervenção com vítimas de trauma, permitindo a criação de alternativas eficazes que possam fazer acreditar que a intervenção em PSPT é viável. Apesar de neste trabalho se falar de fases ou momentos do processo terapêutico (o que é importante em termos didácticos e uma forma de oferecer continuidade narrativa aos leitores), devemos salientar que elas não correspondem necessariamente a uma sequência temporal. Por vezes é necessário voltar atrás, outras vezes os sujeitos elaboram as experiências a um ritmo mais rápido do que as propostas terapêuticas, “saltando” algumas fases. Um exemplo do que afirmamos é não ser necessária a fase de integração, quando a fase de avaliação por ter sido cuidadosamente realizada, dá oportunidade de o sujeito integrar as experiências traumáticas. Por fim gostaríamos de salientar que o trabalho com vitimas de trauma, pelas emoções que podem ser activadas e pelo conteúdo das histórias relatadas, pode tornar o trabalho terapêutico um desafio maior do que aquele que o próprio terapeuta, sozinho, é capaz de ultrapassar. Por isso a terapia em trauma é considerada por vários autores (Leitner, 1995; Maia & Fernandes, 2000; Sanderson, 1997; Walker, 1995) como exigindo o recurso a supervisão. Esta é também a nossa experiência no Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano da Universidade do Minho.

Referências

- Leitner, L. M. 1995. Optimal therapeutic distance: a therapist experience of personal construct psychotherapy. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds) *Constructivism in Psychotherapy* (pp 357-370). APA. Washington
- Maia A. & Fernandes, E. (2000). *Falar faz bem; ouvir perturba: o impacto do exercício de psicoterapia no psicoterapeuta*. I Congresso Internacional de Psicologia e Saúde Ocupacional. Maia, Portugal.
- Maia, A. e Fernandes, E. (em preparação) Questões de avaliação de Perturbação de Stress Pós Traumático.
- Sandeman, M. (2000). *Primeiro curso pós graduado sobre stress traumático*. Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina, Lisboa.
- Sanderson, C. (1997). *Counseling adults survivors of child sexual abuse*. Jessica Kingsley Publishers: London.
- Walker, L.E.A. (1995). *Abused women and survivor therapy. A practical guide for psychotherapist*. America Psychological Association: Washington, D.C.