

10 | INTERVENÇÃO FAMILIAR NO TRAUMA

Maria da Graça Pereira

Introdução

Nos últimos anos tem-se assistido a um rápido crescimento de esforços clínicos no sentido de ajudar os indivíduos traumatizados. Contudo, cada vez mais o papel dos cônjuges e dos filhos no tratamento do *stress* traumático tem sido identificado como um dos aspectos prioritários. Neste sentido, a intervenção familiar tem sido incluída no tratamento *standard* da intervenção em indivíduos traumatizados (Figley, 1978; Kelly, 1985; Sonnemberg, Blank e Talbot, 1985).

Como já foi referido em capítulos anteriores, o diagnóstico de PTSD inclui três tipos de sintomatologia (APA, 1994): 1) reexperienciar o trauma que inclui pensamentos intrusivos, *flashbacks*, pesadelos; 2) embotamento que inclui sentimentos de falta de interesse, alienação e afecto constrito; 3) hipervigilância que inclui insónias, irritabilidade, sentimentos de culpa e problemas de memória.

Em termos de implicações na família, quando o traumatizado é um veterano, podemos agrupar as consequências da PTSD também em três categorias (Rosenheck e Thomson, 1999): 1) sentimento de vazio que resulta da alienação, isolamento e irritabilidade; 2) ausência ou perda funcional do papel que o traumatizado desempenhava na vida familiar; 3) emergência de padrões de interacção disfuncionais na tentativa de manter a homeostasia. Neste sentido, as esposas e filhos sentem-se constantemente ameaçados pelas acções imprevisíveis do veterano e respondem sentindo-se responsáveis ou culpadas. Pior ainda é o facto de nestas famílias pouco ou nada se falar sobre este comportamento não permitindo que o trauma seja processado, aumentando, assim, o *distress* e o vazio interpessoal.

Por sua vez, o facto de o veterano frequentemente deixar de participar nas rotinas da vida familiar devido à parede que ergue entre si e o mundo coloca-o

também à margem das tarefas familiares, fazendo com que o seu papel de pai e marido deixe de ser cumprido. Este afastamento pode gerar nele mesmo sentimentos de desvalorização pessoal, aumentando assim o sentimento de alienação. Esta distância emocional pode levar a família, em termos de estrutura, a procurar recursos para tentar manter a homeostasia do sistema à custa do desenvolvimento dos restantes membros utilizando a triangulação (Bowen, 1976), alianças intergeracionais (Minuchin, 1974), identificação projectiva (Zinner, 1976) e padrões de subfuncionamento que favorecem, nos restantes elementos da família, padrões de comportamento compensatórios tóxicos muitas vezes disfuncionais (Rosenheck e Thomson, 1999).

O que passaremos a descrever, de seguida, são as fases principais do tratamento com famílias traumatizadas. No caso de o trauma estar relacionado com a experiência de guerra, apresentamos um modelo ligeiramente diferente que, a nosso ver, se justifica dada a especificidade do trauma e suas repercussões. São também descritas intervenções específicas com casais em que ambos os membros foram traumatizados bem como em crianças traumatizadas.

Toda a terapia familiar com indivíduos traumatizados tem por objectivo a recuperação da família actuando ao nível da perturbação secundária de *stress* traumático e processo familiar, tendo em atenção a estrutura familiar e os recursos de *coping* anteriores ao trauma (Catherall, 1997).

O modelo de terapia familiar que apresentaremos em seguida resumidamente foi desenvolvido por Figley (1989) com famílias traumatizadas. O objectivo da terapia é devolver à família o controlo para que possam recuperar do trauma. Neste sentido, a terapia apresenta-se em 5 fases: 1) criar compromisso para com os objectivos terapêuticos; 2) enquadrar o problema; 3) dar novo enquadramento ao problema; 4) desenvolver uma teoria da cura; 5) finalização e preparação para o futuro.

Fase 1. Criar compromisso com os objectivos terapêuticos

Em qualquer família e, em particular, nas famílias traumatizadas, compromisso e confiança são elementos críticos antes de iniciar qualquer tipo de terapia. Assim, o estabelecimento duma aliança terapêutica que permita à família assumir riscos em terapia é indispensável para que se estabeleça um clima de segurança. É também muito importante que o terapeuta, nesta fase, manifeste respeito e apreço pelo sofrimento da família.

Objectivos terapêuticos: 1) elicitar fontes de *stress* traumático e pós-traumático. Neste sentido, o terapeuta deve fazer uma avaliação dos stressores com os quais a família se debate para além da situação traumática; 2) identificar os métodos de *coping* e recursos de que a família dispõe. Todos os membros devem ter oportunidade para se expressarem de forma a que o terapeuta adquira uma visão sobre o que tem ajudado e dificultado a recuperação; 3) normalizar sintomas de *stress* traumático e pós-traumático. É importante que a

família seja tranquilizada e obtenha confiança em si mesma no sentido de aceitar que o que está a vivenciar é normal e faz parte do processo de recuperação.

Fase 2. Enquadrar o problema

1) Nesta fase, a família conta a sua história, ou seja, conta o que aconteceu do seu ponto de vista, em termos de acontecimentos, emoções e medos em relação ao futuro. Mesmo que o acontecimento tenha afectado só um membro, toda a família experiencia o trauma em certo grau e por isso deve fazer parte do processo de recuperação. O objectivo é que a atenção, em vez de estar situada no elemento que foi vítima, seja colocada na família, isto é, como é que o incidente traumático afectou as rotinas familiares e alterou a vida familiar, ou seja, como a vida de cada membro foi afectada pelo incidente. 2) Introduzir novas regras de comunicação é também importante no sentido de abrir canais de comunicação na terapia para que as pessoas possam falar abertamente da situação. 3) Promover compreensão e aceitação traduz empatia e desenvolve competências interpessoais no sentido de os membros da família saberem ouvir a perspectiva dos outros sem fazer julgamentos. 4) Evitar culpar a vítima e dirigir a atenção para a família são aspectos também importantes para que se possam trabalhar os padrões familiares.

Fase 3. Reenquadramento do problema

Esta fase tem por objectivo ajudar a família a ver o problema de uma forma que o torne mais funcional e fácil de lidar com ele. Neste sentido, é importante que os sintomas sejam reinterpretados no contexto do que aconteceu. Por exemplo, a esposa poder atribuir ao «abandonado» do marido um significado diferente depois de ter percebido as suas dificuldades em exprimir sentimentos. Assim, e dum ponto de vista sistémico, a sintomatologia pós-traumática pode ser reenquadrada duma forma positiva. A família começa assim a desenvolver novas perspectivas de encarar o problema que lhe permitem uma maior compreensão sobre o que se passou. Esta é pois a fase da reestruturação cognitiva e da conotação positiva do problema.

Fase 4. Desenvolvimento duma teoria da cura

Esta fase tem a ver com o significado que a família atribui ao evento traumático. Significa que o indivíduo e a família devem, no processo da terapia, articular uma teoria de cura, ou seja, uma nova perspectiva que permite à família ganhar controlo e dar sentido ao evento traumático tendo por base o trabalho efectuado nas fases anteriores. Neste sentido, é importante clarificar *insights*, o que implica que os elementos da família saibam ouvir e corrigir distorções no sentido de ajudar o traumatizado a fazer a recuperação, ou seja, é importante que seja a própria família a corrigir as distorções. Segundo Figley, existem cinco questões que devem ser respondidas com o objectivo da família criar uma teoria

da cura. As cinco questões são as seguintes: 1) Que aconteceu? É importante que a família tenha informação para poder categorizar o que lhe aconteceu. 2) Por que aconteceu? Esta questão é mais difícil de responder, já que envolve por parte da família uma procura de explicações. A família deve poder integrar o que aconteceu. Muitas vezes as questões religiosas e espirituais são importantes neste contexto. 3) Por que reagimos daquela maneira durante o acontecimento? A família deve ultrapassar sentimentos de culpabilidade, já que na altura estava a lidar com um acontecimento extraordinário em circunstâncias também elas extraordinárias em termos do *stress* que provocaram. 4) Por que reagimos daquela maneira após o acontecimento? É importante que a família aceite o seu comportamento da altura já que se encontrava a lidar com circunstâncias extremas de *stress* bem como aceitar que as reacções a seguir ao evento fazem parte dum processo normal perante acontecimentos imprevisíveis e incontroláveis. 5) E se algo semelhante volta a acontecer? Discutir as contingências e chegar a um consenso acerca de situações futuras é extremamente confortador para a família. Saber o que podem fazer, como família, é também uma forma de lhes devolver controlo e permitir que não se vejam mais como uma família traumatizada.

Segundo Figley, as respostas a estas questões permitem à família desenvolver uma teoria da cura. Nem todos os membros precisam de adoptar a teoria da cura com o mesmo entusiasmo, o importante é que seja um ponto de partida para que a família possa lidar com a situação e continuar com a sua vida.

Fase 5. Finalização e preparação

Nesta fase, é importante que a família sinta que atingiu os objectivos terapêuticos a que se propôs e fomentar o suporte social da família, especialmente em situações de necessidade. É igualmente importante que a família tenha desenvolvido regras de comunicação que lhe permitam ultrapassar futuras dificuldades, adquirindo assim um sentido de controlo. Por último é abordada a finalização do processo terapêutico com ênfase na prevenção, focando o que a família aprendeu com a situação e como se preparar para o futuro face a possíveis adversidades.

De uma forma geral, podemos dizer que os princípios fundamentais que regem a terapia com famílias traumatizadas são três (Ochberg, 1991): 1) normalização; 2) colaboração e fornecimento de controlo; 3) individualização.

O princípio da normalização refere-se à importância de enfatizar a normalidade da sintomatologia face ao stressor que a família experienciou. Embora para a família muitas vezes os sintomas sejam perplexos, dolorosos e não inteiramente compreensíveis, a verdade é que eles fazem parte dum processo de recuperação que necessita de algum tempo. Este princípio está patente na fase 1 de tratamento anteriormente referida.

O princípio de colaboração e de fornecimento de controlo refere-se à relação terapêutica e à necessidade de esta ser colaborativa entre a família e o terapeuta. Desta forma, a família reganha controlo no processo terapêutico. O sentir controlo é extremamente importante sobretudo quando a família se culpabiliza pelo que aconteceu. Este princípio está patente na fase dois: enquadramento do problema, permitindo que todos os membros da família contem e partilhem a sua história, explorando os seus sentimentos e promovendo a compreensão do que se passou, evitando «culpar a vítima». Na fase três – reenquadramento do problema – este princípio está presente quando se pede à família as diferentes versões do problema criando as condições para que este seja visto dum perspectiva diferente, mais funcional e com um significado que faz sentido para a família.

Finalmente, o princípio da individualização refere-se ao facto de o ajustamento ser singular e como tal diferente para cada família. Não há uma forma única de ajustamento, o que está patente numa forma clara na fase quatro do tratamento: desenvolvimento dum teoria de cura que é única para cada família e que lhe permite obter consenso em relação ao que aconteceu no passado e desenvolver optimismo em relação às suas capacidades para lidar com situações adversas no futuro. Este processo contribui para a coesão familiar permitindo à família responder de forma singular às cinco questões anteriormente referidas.

O quadro que a seguir propomos pretende oferecer uma integração das diferentes fases da terapia, juntamente com os princípios referidos bem como com as funções da terapia que a nosso ver são fundamentais no processo terapêutico com famílias traumatizadas.

Fases da terapia familiar	Princípios terapêuticos	Funções da terapia
Fase 1 <i>Criar compromisso com os objectivos terapêuticos</i>	Normalização	Estabilizar
Fase 2 <i>Enquadrar o problema</i>	Colaboração e fornecimento de controlo	Processar
Fase 3 <i>Reenquadramento do problema</i>		
Fase 4 <i>Desenvolvimento dum teoria de cura</i>	Individualização	Restabelecer
Fase 5 <i>Finalização e preparação</i>		

De seguida apresentaremos o caso da família Afonso no sentido de ilustrar as diferentes fases do processo terapêutico.

A D. Manuela procurou-nos por precisar de ajuda para o seu filho que tinha sofrido um acidente de viação. O Luís tinha 18 anos e, quando conduzia de volta a casa, despiستou-se na auto-estrada. A D. Manuela recebeu a notícia pelo telefone e quando chegou ao hospital encontrou o filho praticamente irrecognível. Tinha sofrido múltiplos traumatismos e não se sabia se sobreviveria. A D. Manuela foi incansável e esteve sempre presente no hospital pernoitando todas as noites até o filho ter alta. Por sua vez, o marido visitava o filho diariamente e voltava para casa para cuidar das filhas do casal. Durante este tempo a família debatia-se com o futuro do Luís. Seria que poderia voltar a estudar?, ficaria bem?, poderia fazer uma vida normal?

Quando o Luís teve alta para voltar para casa encontrava-se ainda em fase muito debilitada, tinha feito duas cirurgias plásticas e teria ainda de fazer mais para reconstruir a sobancelha. Encontrava-se também a recuperar duma perna pelo que precisava de canadianas e, dado que tinha sofrido um traumatismo encefálico, estava a tentar recuperar algumas das funções cognitivas. A vida lá em casa tinha parado desde esse momento. O pai fazia as refeições quando chegava do trabalho e a mãe, por sua vez, fazia o programa de estimulação cognitiva com o Luís que demorava no mínimo 1 hora. As irmãs mais novas do Luís tentavam, dentro do possível, adaptar-se a esta situação.

A família procurou-nos oito meses depois de o Luís ter voltado para casa. Nesta altura, este mantinha um discurso coerente e, à excepção duma pequena deficiência na perna, não revelava indícios do que tinha sofrido nos últimos tempos. A vida em termos de rotinas tinha normalizado. O problema segundo a mãe era que não conseguia ultrapassar o medo de alguma coisa poder acontecer novamente a um dos seus filhos. Neste sentido, tinha abdicado das férias com o marido porque já não conseguia deixar a casa sem que os seus filhos a acompanhassem. As filhas não podiam sair à noite e o Luís tinha de voltar não mais tarde que a meia-noite porque a mãe ficava acordada ao lado do telefone receando que tivesse acontecido algo. O marido, por sua vez, relatava que, apesar de compreender a mulher, esta tinha de mudar de atitude porque não podia estar constantemente a proteger os filhos. A D. Manuela tinha passado também a ter medo da noite, uma vez que o acidente com o filho tinha acontecido nessa altura e, por isso, recusava qualquer saída com o marido. O casal encontrava-se assim numa situação difícil em termos conjugais. O marido queixava-se de que não sabia o que fazer para ajudar a esposa que se isolava de todos por querer permanecer em casa no caso de acontecer alguma coisa.

Na primeira fase de terapia, o terapeuta estabeleceu com a família os objetivos terapêuticos que foram enunciados da seguinte forma: a família gostaria de reencontrar um equilíbrio que lhe permitisse voltar a usufruir dos tempos livres fora de casa, a fazer férias (o casal sozinho, como era habitual), a permitir que as filhas pernoitassem em casa de amigas esporadicamente e a ficarem em casa dos avós quando fosse necessário como anteriormente. Em relação ao

Luís, a família identificou a necessidade de definir horários de entrada à noite que fossem razoáveis bem como a necessidade de oferecer mais autonomia a um rapaz de 18 anos.

Na segunda fase da terapia, foi trabalhado o enquadramento do problema. Todos tiveram a oportunidade de contar o que tinha acontecido do seu ponto de vista e como era difícil de ultrapassar o medo de que algo semelhante pudesse voltar a acontecer. As irmãs do Luís referiram a dificuldade que tinham sentido na escola por a mãe não as ter podido mais ajudar nos trabalhos de casa e o facto de não terem recebido atenção durante os oito meses passados. O Sr. Afonso referiu a dificuldade em gerir a casa sozinho e a preocupação pela esposa que tinha deixado de lhe dar atenção e, seguindo ele, se tinha tornado uma pessoa diferente, isolada e sem sentido de humor. Por sua vez, o Luís referiu as dificuldades de prosseguir com a sua vida já que todos os seus movimentos eram controlados e fiscalizados bem como a necessidade de ter mais autonomia. Desta forma, todos os membros da família tiveram oportunidade de ventilar os seus sentimentos e partilharem as percepções que cada um tinha do sucedido.

Na terceira fase da terapia, o problema foi reenquadrado de modo diferente. Desta forma, o terapeuta foi ajudando a família a encontrar um significado diferente do que tinha acontecido. Assim, e em termos de conotação positiva do sintoma, foi sugerido ao Sr. Afonso que o isolamento e a falta de humor da esposa se deviam ao facto de esta se encontrar deprimida e não à falta de interesse afectivo pelo marido ou a ter deixado de gostar dele como ele tinha sugerido. Por sua vez, a teimosia do Luís em adquirir mais autonomia seria indicio de que se sentia praticamente reabilitado, o que era um ótimo sinal de que estava pronto para prosseguir a sua vida. O terapeuta ajudou também as irmãs do Luís a perceberem que, durante a doença do Luís, se tinham ambas tornado mais amigas e se tinham ajudado mutuamente nos trabalhos de casa, o que era também revelador de que se estavam a tornar cada vez mais independentes e capazes de gerir a sua vida escolar sem apoio dos pais. Finalmente, o medo da D. Manuela em confiar os filhos a alguém ou sair de casa era revelador do amor que tinha por eles e da preocupação em querer manter a sua família intacta.

Na quarta fase da terapia, a família trabalhou o desenvolvimento duma teoria de cura que desse sentido ao que tinha acontecido de forma a todos poderem prosseguir com as suas vidas bem como estratégias práticas que permitissem atingir os objetivos terapêuticos que tinham enunciado na primeira fase. Desta feita, foram trabalhados os horários da entrada e saída dos filhos, regras de comunicação quando estivessem atrasados e as rotinas familiares que a família achou pertinente manter ou mudar. Na sua teoria de cura, a família referiu a sensação de união que o acontecimento lhes tinha trazido e a gratidão que tinham para com Deus por lhes não ter tirado o Luís. A D. Manuela

referiu que tinha passado a ver a vida de forma diferente e que agora sabia como era importante dar atenção às coisas boas que tinha em vez de se centrar nas más ou lamentar-se. Dado que a família, na sua teoria de cura, tinha referido a importância de aproveitar todos os momentos em família, uma vez que podia sempre acontecer algo para o qual não tivessem controlo, foi estabelecido como meta a criação de actividades de lazer que lhes permitissem passar momentos agradáveis juntos. Ao nível do casal, foi também trabalhada a comunicação e a disponibilidade do Sr. Afonso para ouvir a esposa sempre que esta necessitasse de conversar. Esta foi capaz de verbalizar que amava o marido e que se não tivesse sido ele não tinha conseguido dar o tipo de apoio que tinha proporcionado ao Luís.

Finalmente, na última fase, a família trabalhou o que tinha apreendido com o que aconteceu e a confiança em juntos poderem lidar com situações incontroláveis. Numa sessão de *follow-up* seis meses depois, a família encontra-se bem. O Luís já conduzia e o casal tinha feito umas miniférias durante o período de Carnaval.

Terapia familiar com veteranos

Segundo Rosenheck e Thompson (1999), o que torna a terapia de casal e familiar única com esta população é o facto de a brecha que separa o casal ser a experiência de combate que culmina no desligamento e vazio emocional. Isto traduz-se muitas vezes na não participação do veterano nas rotinas da vida familiar. Segundo os autores, alguns veteranos recusam participar em terapia familiar porque não querem que as esposas ou os filhos tomem conhecimento das suas experiências, muitas das vezes, devido a sentimentos de culpa ou por não considerarem a sua prestação em combate digna de menção. Outras vezes ainda, por vergonha de terem sido «assassinos».

A nossa experiência diz-nos ser fundamental nas primeiras consultas de avaliação ter uma noção precisa do ambiente familiar no sentido de aceitação e compreensão pela realidade do veterano, uma vez que é desastroso para este sair das sessões de terapia familiar tendo sido severamente criticado. É pois necessário que os elementos da família possam oferecer suporte, especialmente na fase inicial da terapia, quando o veterano mais necessita de ventilar as suas emoções. Muitas vezes o que acontece também é que a esposa ou os filhos ao ouvirem o veterano falar de experiências desastrosas tendem a tranquilizá-lo de imediato, o que pode ser sentido por ele como balofo e interpretado como falta de entendimento pelo que está a dizer, ou então como compaixão (Rosenheck e Thompson, 1999). Assim, em vez de se sentir ajudado, o veterano pode sentir-se rejeitado e acreditar que a família não o entende nem está preparada para ouvi-lo falar das suas experiências.

O modelo de terapia familiar proposto por Rosenheck e Thompson (1999) inclui uma fase disjunta e uma fase conjunta de terapia familiar. Na fase disjunta, a esposa do veterano recebe terapia em consulta individual ou em grupo com outras esposas de veteranos. Por sua vez, os filhos do veterano recebem terapia individual. A terapia na fase disjunta tem como base o tratamento da perturbação secundária de stress traumático. Neste sentido, e no caso da esposa, são essencialmente trabalhadas as emoções em relação ao marido, bem como os aspectos da diferenciação de sentimentos que muitas vezes as angustiam. Posteriormente, a terapia tende a centrar-se na identificação das necessidades pessoais e daquilo que ela deseja para a sua vida pessoal e familiar. Depois deste processo e quando decidem continuar no casamento, usualmente as esposas passam a interessar-se por perceber o que na realidade se passa com o marido bem como sobre a problemática da perturbação pós-stress traumático. Nessa altura, é importante a clarificação das especulações que possam ter acerca das experiências do marido, o que pode também ser feito em intervenção de grupo juntamente com outras mulheres. Ainda segundo os autores, a experiência de grupo permite não só partilhar as experiências como ajudar a esposa a perceber que não é a responsável pelos estados emotivos do seu marido e usufruir das experiências dos outros membros em termos de validação das suas próprias emoções.

Por seu turno, a terapia familiar disjunta com os filhos do veterano tem de ter em atenção a maturidade das crianças e aquilo que estas estão preparadas para compreenderem. Neste modelo, as crianças só recebem terapia individual se manifestam problemas ou tiverem dificuldades emocionais. Os problemas mais frequentemente apresentados pelas crianças são agressividade, controlo de impulsos, problemas disciplinares, bem como pesadelos, sentimentos de culpa e medos intrusivos que não sabem explicar (Nathan e Rosenheck, 1984). Desta feita, a terapia, inicialmente, tem como objectivo ajudar as crianças a diferenciarem-se emocionalmente dos seus progenitores e a reconhecerem que são seres diferentes. O processo de superidentificação e o descontrolo em relação ao *distress* experienciado pelo seu pai contribui substancialmente para a sintomatologia que apresentam. Assim, a terapia foca-se no processo de diferenciação quer com as crianças mais novas quer com os adolescentes. O objectivo é fornecer espaço para que possam conhecer-se e ganhar distância da intensidade da interacção familiar adquirindo um sentido de mestria sobre o que se passa com o seu pai e com eles.

Em relação ao veterano, a parte disjunta da terapia tem a ver com: 1) a destoxização das experiências de guerra e 2) integração em actividades que ofereçam um sentido existencial. Isto significa que o objectivo final da terapia é a participação activa na vida familiar e social. A este nível, os capítulos que se debruçam sobre a terapia cognitivo-comportamental ou a redução do incidente traumático podem ser veículos importantes para a destoxização das memórias

de guerra. Só após esta fase, o veterano está pronto para poder falar, sem medos, da reacção dos seus familiares sobre as suas experiências e, a família, para poder empatizar de verdade e oferecer o suporte de que ele precisa. Por outro lado, só nesta fase é que o veterano se disponibiliza para trabalhar as questões familiares desenvolvimentais, bem como mudar os aspectos estruturais das rotinas familiares. A fase seguinte da terapia segue o modelo conjunto de terapia familiar que não é diferente da terapia familiar com indivíduos traumatizados no geral.

Quando a fase disjunta não tem lugar, a própria terapia familiar tem riscos elevados no processo de debater sentimentos de raiva, perda e medos, podendo desencadear reacções prepotentes e adversas que poderão retraumatizar os familiares não oferecendo as condições para uma discussão aberta dos assuntos abordados.

Desta feita, a terapia familiar com veteranos torna-se essencial e fundamental no processo de tratamento do veterano e constitui parte integrante dum tratamento global que pode incluir terapia individual, de grupo e farmacológica, de acordo com as necessidades do veterano. Os autores deste modelo salientam um aspecto, que consideramos importante, e que se refere à distinção entre fase disjunta de terapia familiar em vez de psicoterapia individual coadjuvante, uma vez que a primeira se refere a um estágio anterior na evolução do tratamento familiar com todo o sistema e não tem sentido sem ela, o que não acontece com a segunda.

Assim, a terapia familiar com traumatizados pode apresentar formatos variados dependendo do tipo de situação traumática. Os autores do modelo propõem que quando se trata de disfunções que derivam primariamente do interior da família, o formato de terapia familiar conjunta é o mais apropriado. Situações em que os problemas apresentados derivam de experiências traumáticas experienciadas fora da família, como no caso de guerra, rapto, catástrofes, etc., podem beneficiar numa fase inicial disjunta de terapia familiar antes da fase conjunta.

De seguida, apresentaremos um modelo de terapia de casal com a característica particular de ambos os membros terem tido experiências de trauma anteriores ou durante o casamento. O motivo por que decidimos incluir o modelo neste capítulo tem a ver com o facto de a terapia de casal, neste caso, se revestir de especificidade, já que o que acontece frequentemente é estarmos perante um membro do casal cujo comportamento activa o trauma do cônjuge e a resposta deste ter por consequência o activar, por sua vez, do trauma do primeiro (Balcom, 1996).

Terapia de casal em que ambos apresentam experiências de trauma

No capítulo 4 da Primeira parte, foram descritas as características de casais em que ambos os elementos foram traumatizados. Duma forma geral, acontece que quando um deles melhora, o outro entra em crise criando ao terapeuta desafios que muitas vezes culminam em novas crises para o casal (Balcom, 1996). Casais duplamente traumatizados, segundo o autor, têm uma dinâmica interaccional que exige uma orientação sistémica diferenciada. O termo «duplamente traumatizados» descreve casais em que ambos os parceiros experienciaram um trauma ou múltiplos traumas que continuam a ter um impacto no indivíduo e no funcionamento da relação. O trauma pode ter ocorrido antes de terem iniciado a relação conjugal ou durante a relação.

Como já foi referido a propósito da perturbação secundária de *stress* traumático, no capítulo 4 da Primeira parte, os parceiros de muitos sobreviventes de trauma desenvolvem também sintomatologia traumática. Duma forma geral, quanto mais maduro for o indivíduo mais possibilidades tem em termos de recursos de *coping* para lidar com o trauma (Vaillant, 1986). O trauma será tanto mais devastador quanto mais interferir com o desenvolvimento psicológico do indivíduo e menos maturidade este apresentar antes do trauma (Wilson, 1978). A característica principal destes casais é a grande reactividade emocional. Esta reactividade pode manifestar-se numa forma clara, impulsiva, descontrolada ou, pelo contrário, através dum afecto embotado, distanciamento ou ausência. Nestes casais, a dinâmica interpessoal está constantemente a ser sabotada pelo trauma, particularmente a comunicação e a intimidade (Balcom, 1996). Comportamentos normais como manifestações de afecto podem desencadear nestes casais, devido à reactividade emocional, respostas traumáticas. O caso que a seguir descrevemos ilustra este aspecto.

A Fernanda durante o seu casamento com o Francisco descobriu que o seu marido tinha uma relação extraconjugal. Já estavam casados há 15 anos e ela nunca suspeitara ou podia imaginar que o marido fosse capaz de lhe ser infiel. Depois do *affair* descoberto, o marido terminou a relação extraconjugal determinado a fazer com que o seu relacionamento com a esposa retomasse o seu curso normal e dispondeu-se a responder a todas as questões que esta tivesse. Neste sentido, esforçou-se por ser mais carinhoso com a esposa e manifestar abertamente o seu arrependimento. Contudo, sempre que tentava aproximar-se da esposa esta reagia agressivamente recusando o carinho e agredindo-o com alusões à «outra». A partir de uma certa altura, o Francisco deixou de ter manifestações de carinho, «deixando simplesmente a vida correr». Por seu turno, a Fernanda reagiu ao seu distanciamento ainda com mais agressividade referindo que ele não fazia nada para a reconquistar. O Francisco passou a refugiar-se cada vez mais no trabalho referindo que a esposa não permitia

qualquer aproximação sem o incriminar e que toda a intimidade conjugal estava comprometida já que ela fazia questão de trazer «a outra» para a cama. A sua reacção à crítica gerava ainda mais distanciamento como forma de protecção. O casal procurou terapia quando o filho mais novo com 8 anos desenvolveu uma depressão.

Este caso mostra como o comportamento dum indivíduo, neste caso o marido, activa o trauma na esposa e, como o comportamento desta, por sua vez, desencadeia uma resposta traumática no marido que, no exemplo concreto, era para ambos exacerbada por experiências passadas de perda. Nestes casos nem sempre ambos os parceiros, embora vítimas de trauma, têm uma dinâmica interpessoal que desencadeia sempre respostas traumáticas. Na realidade, a experiência de trauma não tem de ser contínua e pode ser intermitente, não constituindo a totalidade das experiências do casal. Segundo Balcom (1996), pode acontecer que em certos casos exista sobretudo reactividade ao parceiro sem manifestação integral de respostas de trauma. Em termos terapêuticos, o desafio é maior quando ambos os parceiros exibem respostas completas de trauma e grande reactividade emocional.

No modelo proposto por Balcom (1996), a terapia, com este tipo de casos, tem sobretudo de oferecer um sentimento de segurança para que o casal possa abordar as questões que estão no cerne da dança interpessoal. Tal como na situação com veteranos de guerra, é importante abordar o trauma e posteriormente as consequências que este tem ao nível da relação actual com o cônjuge. Neste sentido, a terapia no formato disjunto, a nosso ver, permite destoxizar o trauma e sobretudo identificar os padrões de interacção que desencadeiam respostas traumáticas, distinguindo ou diferenciando traumas passados da relação presente. Por sua vez, o formato conjunto permite interromper os ciclos recursivos de respostas de trauma e centrar-se sobretudo no fortalecimento da relação actual nas áreas que se encontram afectadas, isto é, desenvolver respostas alternativas, mais flexíveis, com diferentes interpretações que ajudam o casal a diferenciar-se.

De seguida, apresentamos o resumo da intervenção do caso anteriormente descrito que ilustra este processo.

A Fernanda em terapia começou por trabalhar o seu trauma passado em relação à sua mãe e posteriormente a sensação de perda após tomar conhecimento do *affair* do marido. Numa fase seguinte, em que as emoções de agressividade e raiva foram trabalhadas no processo terapêutico, a Fernanda desenvolveu um pouco de empatia pela situação actual do marido que, nas suas palavras, tinha perdido «a outra» e a mulher, simultaneamente. Depois de ter decidido que queria manter o casamento por gostar do marido, identificou alguns dos aspectos relacionais entre ambos que poderiam ter levado ou mantido a relação extraconjugal. A partir desta altura, a terapia conjugal foi feita no formato conjunto e centrou-se nos padrões recursivos que desencadeavam respostas de

trauma, em particular as manifestações de carinho do marido. O Francisco por sua vez trabalhou as respostas de trauma elicitadas pela agressão e criticismo da esposa. Sempre que o casal conseguisse implementar os novos padrões de interacção deveria oferecer reforços mútuos. Juntamente com o terapeuta, foram desenvolvidas tarefas no sentido de aumentar a cumplicidade do casal e o tempo junto em actividades agradáveis. Estabelecidas as fronteiras entre o passado e o presente, em particular os novos padrões de relacionamento, a tarefa seguinte foi para o Francisco genuinamente aprender a empatizar com o que o *affair* representou para a esposa. A partir deste momento, a terapia de casal baseou-se na confiança perdida no sentido de a restaurar ao nível da comunicação, intimidade, relação com os filhos e lazer.

Por esta altura e iniciativa própria, o casal decidiu inscrever-se em danças de salão, o que lhes proporcionava a oportunidade de «certarem o passo» de uma forma estruturada e ao mesmo tempo relaxante.

O desenvolvimento da empatia e compreensão para com o outro permitiu ao casal libertar-se do jugo da influência das experiências passadas e a terapia de casal prosseguiu com as questões comuns em casais não traumatizados.

Terapia familiar com crianças traumatizadas

A avaliação da PTSD na criança ainda é mais controversa do que a avaliação no adulto. Na verdade, a controvérsia reside no número de sintomas de cada uma das categorias que tem de estar presente para poder ser feito um diagnóstico. Embora o *DSM-IV* seja usado para diagnosticar PTSD, há quem sugira que os critérios deveriam ter em atenção a fase desenvolvimental da criança já que em estádios de desenvolvimento diferentes as crianças exibem diferentes tipos de grupos de sintomas (Cohen, 1998). Ainda segundo este autor, o reexperienciar do trauma na criança pode manifestar-se através do jogo repetitivo em que o tema traumático está presente, sonhos recorrentes acerca do trauma, agir ou sentir como se o trauma estivesse a ocorrer, *distress* intenso ou reactividade fisiológica à exposição de situações que se aproximem ou simbolem o trauma. O evitamento, por sua vez, pode manifestar-se através dos esforços em evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma, amnésia em relação a uma parte do trauma, falta de interesse em participar nas actividades normais, sentimento de estranheza em relação aos outros, leque de afectos restrito e uma perspectiva de futuro muito curta. Por sua vez, os sintomas de hipervigilância incluem dificuldades em dormir, irritabilidade ou crises de ira, dificuldades de concentração e respostas de alarme exageradas.

Acontecimentos traumáticos que ameacem a vida física, emocional ou a segurança da criança são comuns e incluem acontecimentos exteriores à família,

experiências de perda, interações familiares que põe em risco a criança ou acontecimentos relacionados com as figuras de vinculação (Felitti, Anda, Nordenberg *et al.*, 1998). Os estudos mostram que entre 15% e 43% de raparigas e entre 14% e 43% de rapazes experienciam pelo menos um acontecimento traumático nas suas vidas. Desses, 3% a 15% das raparigas desenvolvem PTSD bem como 1% a 6% dos rapazes (Hamblen, 1998).

Na criança, o impacto do trauma depende de factores desenvolvimentais como a idade, as circunstâncias do stressor, as reacções das figuras parentais, o desenvolvimento cognitivo e moral (Mowbrays, 1988) que obviamente vão determinar a adaptação e a recuperação da criança (Figley, 1989). A relação entre *stress* traumático e doença na criança só muito recentemente tem sido analisada (Eth e Pynoos, 1985; Hyman, Zelikoff, e Clarke, 1987) e na verdade pouco se sabe, excepto da importância do estágio de desenvolvimento da criança para lidar com a situação (Mowbray, 1988). A intervenção familiar com crianças deve ter em atenção a forma como as crianças lidam com *stress* traumático. Muitas vezes as crianças são ignoradas em terapia familiar especialmente quando são muito novas, sendo facilmente assumido que o problema se encontra nos pais e sendo o foco da terapia a relação conjugal.

Em termos de PTSD, Figley descreve quatro aspectos pertinentes para que a intervenção possa ser bem-sucedida: 1) a criança deseja estar envolvida na terapia – impor que a criança esteja presente ou negar-lhe o acesso é correr o risco de criar mais uma experiência negativa ou traumática para a criança; 2) a criança consegue compreender as sessões e ter um papel activo; 3) a família está a lidar numa forma apropriada com as reacções da criança ao trauma, ou seja, consegue ajudar a criança a lidar com a dor e é sensível às suas necessidades. Este aspecto é muito importante uma vez que as reacções emocionais dos pais e o suporte à criança são mediadores dos sintomas de PTSD na criança (Cohen, 1998). Finalmente, 4) se a criança faz parte integrante do acontecimento traumático deve também fazer parte do tratamento.

Segundo Finkelhor e Berliner (1995), os ingredientes-chave na intervenção em crianças traumatizadas incluem: 1) expressão de sentimentos relacionados com o abuso; 2) trabalho ao nível das atribuições negativas em relação a si e aos outros; 3) ensino de competências de prevenção em relação a futuros abusos; 4) diminuição do sentido de estigma e isolamento; 5) desenvolvimento de estratégias de *coping* para lidar com os afectos negativos e as sensações fisiológicas desagradáveis. Além disso, é imprescindível que a situação traumática não esteja a decorrer e tenha terminado (Thomas, 1995) e que a disponibilidade das figuras parentais para ajudar a criança esteja assegurada.

O processo terapêutico com crianças não é muito diferente do que foi descrito em relação a um adulto. É importante que os pais resolvam o seu *distress* emocional em relação ao trauma pois isso permite-lhes ser mais responsivos às necessidades da criança. Assim, a intervenção familiar segue as mesmas fases e

o foco, tal como foi enfatizado anteriormente, é transferido da «vítima» para a família.

O problema do trabalho com crianças é o uso da linguagem que qualquer psicoterapia exige, sendo a terapia familiar neste aspecto em tudo semelhante. Neste sentido, a criança que ainda não tem maturidade cognitiva para se exprimir em termos de linguagem ou cujo trauma tenha ocorrido numa idade muito jovem em que as memórias traumáticas possam não estar acessíveis via exploração verbal ficam assim numa situação difícil para poderem usufruir da intervenção terapêutica (Hanney e Kozłowska, 2002). Os acontecimentos traumáticos podem ter ocorrido quando a criança possuía um sistema de memória declarativa muito imaturo e, por isso, esses acontecimentos podem não estar acessíveis por via verbal (Terr, 1988). Além disso, a maior parte das crianças muito pequenas tem dificuldade em articular os seus pensamentos e sentimentos e muitas vezes as tentativas de discutir os acontecimentos traumáticos em terapia resulta num estado de ansiedade exagerada, hiperactividade, agressividade ou mutismo por parte da criança (Perry e Pollard, 1998).

Assim o trabalho terapêutico com crianças exige a utilização de outras técnicas como o uso de brinquedos, desenhos, plasticina, pintura, etc. Em primeiro lugar, o contexto artístico é algo agradável para a criança e contrário à experiência de trauma, tendo também a possibilidade de poder ser usado numa forma simbólica gerando assim menos ansiedade na criança. Concomitantemente, a possibilidade da criação duma narrativa coerente com a criação artística permite à criança desenvolver a teoria da cura e assim fazer uma integração da experiência. Por sua vez, a discussão familiar sobre o desenho ou o trabalho de arte efectuado, além de permitir a criação de narrativa verbal, ajuda a criança a sequenciar os factos e a explorar os sentimentos associados.

O que passaremos a descrever é o uso do «livro de histórias» em terapia familiar com crianças traumatizadas, baseado no trabalhos de Hanney e Kozłowska (2002).

O livro de histórias consiste na exploração da situação traumática usando desenhos e ilustrações. É apresentado à família como parte do plano terapêutico servindo de explicação sob a forma como a terapia vai decorrer. O livro é composto por um conjunto de folhas A4 agrafadas. No início da terapia, foca-se à família marcadores, lápis de cor ou aguarelas para poderem desenhar. Todos os elementos a família participam e nenhum membro pode corrigir o desenho de outro. A regra básica consiste no respeito mútuo pelos diferentes pontos de vista expressos pelos diferentes membros. Só o próprio pode mudar o seu trabalho de arte. As diferentes perspectivas ou pontos de vista expressos no desenho são depois discutidos em família.

Fases da terapia

- 1) Inicialmente, o livro de histórias começa num período anterior ao trauma, de forma que seja produzido o mínimo de ansiedade e a criança em particular, se sinta competente e confiante no seu trabalho antes que os eventos traumáticos sejam explorados. Cada página do livro representa um segmento da história. Não existem regras definidas em relação a como os membros da família dividem o espaço na folha entre si ou partilham materiais. Se a família for grande podem usar folhas A3 separadas que depois são também agraçadas ao livro que permitem que vários membros em simultâneo desenhem. Estas questões são negociadas entre os membros da família e o terapeuta observa a interacção familiar. O foco muda assim entre o livro em si e aqui e agora do que se está a passar na sessão. O terapeuta facilita o processo fazendo perguntas sobre o desenho indagando acerca das pessoas, o que fazem, o que sentem, mantendo sempre a interacção entre todos os membros.
- 2) A segunda fase evolui da primeira e inicia-se quando a criança desenha imagens relacionadas com o acontecimento traumático. O terapeuta e os pais apercebem-se disso quando questionam a criança sobre o desenho e esta refere situações, pensamentos ou sentimentos desagradáveis. Exemplo duma questão que o terapeuta pode colocar: «Como é que se sente o menino aqui desenhado?» Em relação aos pais: «Sabiam que o Gonçalo, se sente com muito medo tal como este menino aqui no desenho?» «Gonçalo como podias mostrar ao pai que estás com medo?» O objectivo é colocar questões de forma a identificar padrões circulares de interacção familiar. Simultaneamente com a exploração dos aspectos ligados ao trauma, é trabalhada a interacção familiar de forma que os pais possam aprender a lidar com a criança quando esta necessita de exprimir ira, por exemplo, descontentamento ou outras emoções. O processo de criar imagens relacionadas com o acontecimento traumático e depois acrescentar uma narrativa permite a exploração dos sentimentos, a clarificação de crenças, aceitação e empatia dos membros familiares sobre o que aconteceu facilitando a comunicação entre os diferentes elementos. É no final desta fase que a criança faz a integração da experiência.
- 3) A terceira fase da terapia tem início quando as imagens relacionadas com o acontecimento traumático deixam de produzir ansiedade e a criança desenvolve meios de *coping* para lidar com a situação.

O trabalho sobre os desenhos pode sempre ser revisto, interrompido ou trabalhado ao longo das sessões sempre que nova informação esteja disponível. No final da terapia, a criança leva o livro consigo.

De seguida ilustraremos as diferentes fases com um caso clínico.

O Pedro é uma criança de 4 anos que vive com os seus pais e um irmão 10 anos mais velho. A relação dos pais não é muito boa desde que o pai se envolveu numa relação extraconjugal e a esposa descobriu. A família pediu ajuda porque o Pedro tem presenciado as discussões do casal e ultimamente anda muito agitado em casa e no infantiário, agredindo várias vezes os outros meninos. O casal refere que passou por uma fase muito má e que pensou no divórcio mas que ambos estão dispostos a esperar por estarem muito preocupados com o Pedro. Este tem tido um comportamento diferente do habitual chorando sempre que o deixam ficar no infantiário. Em casa pergunta frequentemente pelo pai quando este não chega à hora habitual. Segundo os pais, o comportamento piorou quando o Pedro presenciou o pai a bater na mãe fazendo com que esta sangrasse do nariz, embora isso tivesse acontecido há dois meses.

Na primeira fase da terapia, o Pedro começou por desenhar a família toda unida num piquenique que tinham feito no Gerês. Cada um dos pais decidiu usar folhas A4 separadas para o seu trabalho artístico. Assim, a mãe optou por desenhar um dia na praia e o pai escolheu o dia de S. João. Depois de explorados os sentimentos em relação a cada um dos desenhos foram feitas perguntas circulares em relação à forma como cada um se sentiu, quem estava mais próximo de quem, quem gostava mais de estar com quem, etc. Depois disto iniciou-se a segunda fase da terapia. O Pedro optou por desenhar a mãe numa dimensão exagerada com uma cabeça muito grande e uma criança que identificou como sendo ele próprio. O pai não constava do desenho nem o irmão. Indagado sobre como se sentiam essas duas figuras refere que a mãe está a chorar e ele está triste porque o pai não está. Na sessão seguinte desenha o pai e a mãe e logo a seguir risca os dois ficando visivelmente agitado e começando a rasgar a folha. O terapeuta ajudou os pais a acalmarem o Pedro e este a exprimir a sua ira numa forma mais apropriada. O Pedro voltou a compor a folha e desenhou-se a si entre os pais. O terapeuta indagou o que o Pedro estava a sentir e este respondeu que a mãe estava com medo do pai e ele estava muito triste. A sessão focou-se então nos sentimentos de tristeza da família e o terapeuta perguntou ao Pedro se achava que podia fazer com que os pais deixassem de estar zangados um com o outro. As questões centraram-se no que ele fazia, pensava e sentia quando via os pais zangados e o Pedro respondeu que o pai tinha feito sangue à mãe tornando-se novamente muito agitado, e nessa altura, com o marcador vermelho, desenhou sangue na cara da mãe. Esta fase da terapia durou algumas sessões até que a ansiedade do Pedro fosse decrescendo, permitindo que as figuras fossem desenhadas sem que o Pedro exibisse comportamentos de fúria. Durante esta fase, o trabalho dos pais através da empatia e confiança no quanto gostavam do filho foi extremamente importante. Além disso permitiu-lhes ter também uma percepção de quanto os dois episódios tinham marcado o filho.

Na terceira fase da terapia, as sessões centraram-se na relação actual dos pais e o Pedro desenhou o pai a jogar futebol com ele e a mãe a cozinhar. Numa outra sessão, o Pedro desenhou-se a andar de trotinete e posteriormente na escola com os meninos. O terapeuta abordou então com o Pedro o comportamento apropriado na escola e a necessidade de a família passar mais tempo de lazer juntos. A discussão centrou-se sobre o que podiam fazer aos fins-de-semana. Sempre que o Pedro exibia comportamentos desadequados, um dos pais durante a sessão colocava-o em *time-out*. O último capítulo do livro centrou-se sobre o terminar da terapia e futuro da família.

Gostaríamos assim de salientar que o trabalho com crianças e em particular a terapia familiar com o uso do livro de histórias passa pelos mesmos passos que a terapia familiar com famílias traumatizadas quando a vítima é um adulto. Neste sentido, a primeira fase pretende ajudar a criança a estabelecer uma relação com o terapeuta num momento em que a sua ansiedade é mínima, a segunda fase é semelhante ao enquadramento do problema e posterior reenquadramento no sentido de ajudar a contar a história e a perspectiva-la com os elementos da família de forma a todos se aperceberem do ponto de vista de cada um e da forma como foram afectados pelo acontecimento. Finalmente, na terceira fase, a criança está capaz de integrar a experiência quando consegue desenhar o acontecimento e falar dele sem lhe provocar sensações de stress permitindo-lhe desta forma integrar o que aconteceu e centrar-se noutros aspectos, o que a nosso ver é recriar a história permitindo que a família desenvolva, em conjunto, uma teoria de cura sobre os eventos.

É importante ter sempre em mente quando trabalhamos com famílias traumatizadas a ideia de que na maior parte dos casos se trata de uma família normal que viveu ou está a lidar com um acontecimento anormal. O objectivo de qualquer terapia pós-traumática é a mudança do estatuto de vítima para o de sobrevivente, ou seja, uma alteração de percepção que permita à família continuar o seu desenvolvimento sem ficar organizada à volta do trauma.

Antes de terminar, gostaríamos de enfatizar a necessidade da importância de se realizar uma boa avaliação familiar antes de iniciar terapia familiar, pois em situações específicas de violação, violência doméstica, incesto ou no caso de veteranos de guerra, como referimos no início deste capítulo, o formato disjunto nas fases iniciais do tratamento pode ser a modalidade de escolha especialmente em famílias fragmentadas e divididas, em que a segurança física e psicológica dos membros não está assegurada.

Bibliografia

- BALCOM, D. (1996), «The Interpersonal Dynamics and Treatment of Dual Trauma Couples», *Journal of Marital and Family Therapy*, 22 (4), 431-442.
- BOWEN, M. (1976), «Theory in the practice of psychotherapy», in P. J. GUERIN (ed.), *Family Therapy: Theory and practice*, Nova Iorque: Gardner Press.
- CATHERALL, D. R. (1997), «Family Treatment when a member has PTSD», *NCP Clinical Quarterly*, 7 (2), National center for Post-traumatic Stress Disorder.
- COHEN, J. (1998), «Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Htp:// www.findarticles.com.
- ETH, S.; PRNOOS, R. (eds.) (1985), *Post-traumatic stress disorder in children*, Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- FIGLEY, C. (1978) (ed.), *Stress disorders among Vietnam veterans*, Nova Iorque: Brunner/Mazel.
- FIGLEY, C. (1989), *Helping traumatized families*, S. Francisco: Jossey Bass Inc. Publishers.
- FINKELEHOR, D.; BERLINER, L. (1995), «Research on the treatment of sexually abused children: A review and recommendations», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 3, 1408-1423.
- HAMBLEN, J. (1998), «PTSD in children and adolescents. Practice Parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37: 10. Suplemento. National Center for Posttraumatic Stress disorder.
- HANNEY, L.; KOZLOWSKA, K. (2002), «Healing traumatized children: Creating illustrated storybooks in family therapy», *Family Process*, 41, (1), 37-65.
- HYMAN, I. A.; ZELIKOFF, W.; CLARKE, J. (1987), «Understanding PTSD in children: A study of educator induced trauma», artigo apresentado no encontro anual da American Psychological Association, Nova Iorque.
- KELLY, W. (1985) (ed.), *Post-traumatic stress disorder and the war veteran patient*, Nova Iorque: Brunner/Mazel.
- MINUCHIN, S. (1974), *Families and family therapy*, Cambridge: Harvard University Press.
- MOWBRAY, C. T. (1988), «Post-traumatic therapy for children who are victims of violence», in F. M. OCHENBERG (ed.), *Post-traumatic therapy and victims of violence*, Nova Iorque: Brunner/Mazel.
- NATHAN, P.; ROSENHECK, R. (1984), «Secondary Traumatization in the children of Vietnam veterans with PTSD», *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 538-539.
- OCHENBERG, F. M. (1991), «Posttraumatic therapy», *Psychotherapy*, 28, (1).
- PERRY, D. P.; POLLARD, R. (1998), «Homeostasis, stress, trauma e adoption: A neurodevelopmental view of childhood trauma», *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 7, 33-51.
- ROSENHECK, R.; THOMSON, J. (1999), *Detoxification of Vietnam War trauma: A combined Family - Individual approach*.
- SONNENBERG, S.; BLANK, A.; TALBOT, J. (1985) (eds.), *Stress and recovery in Vietnam veterans*, Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- TERR, L. (1988), «What happens to the memories of early childhood trauma?», *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27, 96-104.
- THOMAS, J. M. (1995), «Traumatic stress disorder presents as hyperactivity and disruptive behaviour: Case presentation, diagnoses, and treatment», *Infant Health Journal*, 16 (4), 316-317.
- VAILLANT, G. (1986) (ed.), *Empirical studies of ego mechanisms of defense*, Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- WILSON, J. (1978), *The forgotten warrior project*, Cincinnati, OH: DAV.
- ZINNER, J. (1976), «The implications of projective identification for marital interaction», in H. G. GRUNBAUM e J. CHRIST (eds.), *Contemporary marriage: Structure, dynamics and therapy*, Boston: Little Brown e Co.