

NOTA INTRODUTÓRIA

Maria da Graça Pereira e João Monteiro-Ferreira

A convivência dos seres humanos com experiências traumáticas tem uma antiguidade que se perde nas brumas do tempo. Como escreveu Marques-Teixeira (2000), «a história do trauma é tão antiga quanto a da angústia face à morte e ao sofrimento». Desde que existem como tais (condição indispensável para a consciência da morte e a antecipação do perigo), os seres humanos têm mantido um contacto muito estreito com situações que consideramos extremas ou traumáticas. Se, nos tempos bárbaros, era frequente presenciarmos acontecimentos terríveis – guerras, maus tratos, abusos sexuais, etc. –, as sociedades mais modernas, desenvolvendo embora formas de convivência mais aceitáveis, apenas parcialmente conseguiram evitar tais situações dramáticas com o seu intenso impacto emocional sobre os seres humanos (van der Kolk e McFarlane, 1996). Bem vistas as coisas, não só não se conseguiu evitar a existência daquelas situações traumáticas, como foram acrescentadas outras novas, como os acidentes rodoviários e todos os que estão associados ao desenvolvimento tecnológico. De facto, os estudos epidemiológicos (Breslau *et al.*, 1991; Breslau *et al.*, 1999) demonstraram que, mesmo nos países onde não se produziram grandes catástrofes, as pessoas comuns sofreram ou presenciaram situações que podem ser consideradas para além do limite das experiências com que a vida confronta qualquer cidadão comum.

Num estudo recente e inédito no nosso país, Albuquerque *et al.* (2002) demonstram como a problemática do trauma está amplamente disseminada na nossa sociedade. Com uma prevalência durante a vida de PTSD¹ global da ordem dos 7,78%, a extrapolação para a população com idade igual ou supe-

¹ A tradução para português da expressão anglo-saxónica *posttraumatic stress disorder* tem-se revelado particularmente controversa, sem horizonte de consenso entre os diversos centros académicos e clínicos. Por essa razão, ao longo deste livro, decidimos manter a sigla internacional.

rior a 18 anos traduzir-se-ia em mais de 650 000 casos! A mesma prevalência na população exposta ao combate foi de 0,8% da amostra total e de 10,9% dos indivíduos expostos (ex-combatentes), o que corresponderia a cerca de 67 000 casos. Se considerarmos agora a prevalência actual (ou seja, o número de casos que, no momento da realização do estudo, apresentavam a doença), temos um valor de quase 450 000 casos para a PTSD global e de um pouco mais de 58 000 casos na população exposta ao combate. Pode concluir-se, desde logo, que as situações de PTSD não atingem primordialmente os veteranos da guerra colonial, verificando-se, ao invés, um claro predomínio do género feminino na faixa etária de 46-65 anos e dos indivíduos viúvos ou divorciados. Considerada em função da actividade profissional, a prevalência da PTSD global mostra predomínio nas domésticas, nos desempregados e no grupo dos trabalhadores não especializados. As situações responsáveis pela indução de uma proporção maior de casos de PTSD foram a violação, o abuso sexual antes dos 18 anos, a morte violenta de familiar ou amigo e, finalmente, o combate, apresentando algumas situações traumáticas diferenças significativas na distribuição por géneros. Por último, a percentagem da população exposta a pelo menos uma situação traumática era de 75,7% e a mais que uma era de 43,5%.

Apesar das limitações do estudo reconhecidas pelos próprios autores, as conclusões deste primeiro e precioso passo para o conhecimento da nossa realidade são suficientemente impressionantes e exigem que paremos para pensar e nos preparemos para agir.

Que o trauma emocional grave tenha um grande impacto sobre as pessoas, todos o percebemos intuitivamente. Mas já sabemos também, de uma forma mais científica e através de estudos rigorosos, que aquele impacto de acontecimentos traumáticos pode modificar os indivíduos nos planos biológico, psicológico e social. A comprová-lo está o facto de a recordação do acontecimento traumático ser susceptível de tingir a totalidade da vida psíquica do indivíduo, a ponto de poder ficar perturbada a sua capacidade de apreciar adequadamente a realidade que o rodeia. Van der Kolk e McFarlane (1996) exprimem-no de forma muito sugestiva: «Esta tirania do passado interfere com a capacidade de prestar atenção quer às situações familiares quer a novas situações. Quando uma pessoa chega ao ponto de se concentrar selectivamente na procura de recordatórios do passado, a vida tende a perder o seu colorido e a experiência contemporânea deixa de ser a sua orientadora.»

Quando se avaliam as pessoas que passaram por estas experiências, verificamos que umas as superam, sem que delas resultem grandes sequelas, ao passo que outras permanecem fixadas ao acontecimento, como se o seu estado de ânimo e a sua reactividade ao meio tivessem ficado atarracados ao acontecimento.

Assim, mesmo que os acontecimentos pertençam ao passado, tal não significa que a experiência esteja terminada para os que nela estiveram envolvidos. Muitas vezes, os indivíduos têm de lidar com os seus efeitos durante um longo período de tempo. Nestes casos, o acontecimento pode voltar à superfície durante os sonhos e em lembranças subitamente recorrentes. É um período de confusão. Toda a espécie de dúvidas se manifesta a propósito de coisas que eram tão obviamente seguras no passado! Os indivíduos estão habitualmente deprimidos mas, simultaneamente, estão também inquietos. É difícil aceitar todas as modificações que o drástico acontecimento arrasta consigo. As vítimas, além de perturbadas com o sucedido, sentem com frequência que foram abandonadas. Prefeririam fazer de conta que nada aconteceu, mas são continuamente confrontadas com a irrevocabilidade do acontecimento. Têm medo: medo de estarem sós, medo de que o acidente se repita, medo de tudo o que possa fazer emergir as recordações. Assim, evitam tudo o que possa dizer respeito ao acontecimento.

Todas estas consequências exercem o seu efeito sobre as vidas dos que nelas estão envolvidos. Após algum tempo, muitas pessoas conseguem lidar com o choque, mesmo se a lembrança não desaparecer. Algumas, no entanto, têm tais dificuldades com a experiência dolorosa que necessitam de ajuda externa. É sobretudo a essas que o presente livro se dirige.

Neste sentido, a primeira parte aborda o *stress* traumático em termos de definição de vulnerabilidade, avaliação e *coping*. Assim, o capítulo 1 caracteriza o *stress* traumático em termos de definição, diagnóstico, efeitos e prevenção. O capítulo 2 debruça-se sobre a epidemiologia da perturbação pós-*stress* traumático (PTSD) e a resposta ao trauma, bem como a sua avaliação, em termos individuais. O capítulo 3 foca as questões do trauma em termos da vulnerabilidade ao *stress*, significado atribuído e processo de *coping*. No capítulo 4 é abordada a perturbação secundária de *stress* traumático (STSD). Este capítulo, tal como o capítulo 2, aborda as questões de avaliação, apresentação dos instrumentos que permitem ao profissional realizar uma abordagem rigorosa do impacte secundário do trauma.

Na segunda parte, é abordado o *stress* traumático em relação às experiências da guerra colonial vivenciadas pelos inúmeros portugueses que fizeram o serviço militar nas antigas colónias. Assim, o capítulo 5 é um depoimento de um profissional de saúde que retrata a sua experiência de médico ao serviço das Forças Armadas Portuguesas em Moçambique. Por sua vez, o capítulo 6 descreve a mesma experiência de guerra mas do ponto de vista de um combatente, desde o momento da partida até ao momento do regresso ao Continente. Estes dois capítulos, a nosso ver, proporcionam uma panorâmica geral do significado e das vivências que a guerra implicou em termos humanos para aqueles que nela tiveram de participar, em particular os dilemas e conflitos

que são posteriormente desenvolvidos no capítulo 7, que aborda os aspectos psicológicos da guerra. Finalmente, o último capítulo descreve um conjunto de investigações sobre as sequelas psicológicas associadas à experiência de guerra em populações civis de Angola envolvendo crianças de rua, adolescentes e mulheres.

A terceira parte aborda as questões de intervenção e apresenta diversos modelos teóricos e respectivas estratégias. Assim, no capítulo 9 é apresentada a terapia cognitivo-comportamental, descrevendo-se os seus vários modelos e as diferentes intervenções terapêuticas. O capítulo 10 apresenta a intervenção familiar no trauma de uma forma geral, incluindo variantes quando aplicada a casais, em que ambos são vítimas de experiências de trauma, ou a veteranos de guerra, assim como a crianças traumatizadas. O capítulo 11 apresenta a terapia baseada na Redução do Incidente Traumático, descrevendo o tratamento e estudos de eficácia. O capítulo 12 aborda a terapia farmacológica, apresentando as recomendações e os fármacos mais indicados no tratamento geral da PTSD e de problemas específicos associados. O capítulo 13 versa as várias reflexões sobre o diagnóstico da perturbação de stress traumático apresentando as suas implicações em termos clínicos e sociopolíticos. A este nível, as questões que ainda necessitam de respostas bem como os desafios futuros, quer em termos teóricos quer de investigação são também delineados.

Esperemos que este livro possa, desta forma, contribuir para uma melhor sensibilização sobre o stress traumático e fornecer algumas pistas úteis aos profissionais que, na prática, têm de directamente lidar com os efeitos cruéis que habitam a experiência de vida de algumas pessoas.

Embora não possamos captar a essência do trauma, cabe-nos pelo menos ajudar a transcender os seus efeitos...

Bibliografia

- ALBUQUERQUE, A.; SOARES, C.; JESUS, P. M.; ALVES, C. (2002), *Estudo da Prevalência da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) na População Adulta Portuguesa* (trabalho não publicado).
 BRESLAU, N.; CHILCOAT, H. D.; KESSLER, R. C.; DAVIS, G. C. (1991), «Previous exposure to trauma and PTSD effects of subsequent trauma: results from the Detroit Area Survey of Trauma», *Am. J. Psychiatry*, 156, pp. 902-907.
 BRESLAU, N.; DAVIS, G. C.; ANDRESKI, P.; PETERSON, E. (1991), «Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults», *Arch. Gen. Psychiatry*, 48, pp. 216-222.
 MARQUES-TEIXEIRA, J. (2000), «Trauma e stress: uma divergência com implicações clínicas», *Saúde Mental*, IV, 3, pp. 9-16.
 VAN DER KOLK, B. A.; McFARLANE, A. C. et al. (eds.) (1996), *Traumatic Stress. The effects of overwhelming experience on mind, body and society*, Nova Iorque, The Guilford Press, pp. 3-23.

PRIMEIRA PARTE

Stress traumático: prevalência, avaliação e coping