

Outro bebé morre: prevenção do homicídio infantil



Patricia Crittenden

As palavras são um instrumento muito poderoso. Podem revelar significados, obscurecê-los ou mudá-los/transformá-los. Recentemente, o “bebé P” acabou por morrer devido a maus-tratos infligidos pelos pais. Em Inglaterra, palavras como “tortura”, “engano”, “vandalismo sádico”... destacavam-se nas primeiras páginas dos jornais. Com palavras tão apelativas, as motivações destes pais foram definidas como “mal intencionadas” e “diabólicas” – ficando

para lá da compreensão humana. Palavras poderosas como estas marcam a forma como compreendemos e prevenimos a próxima tragédia.

No último número, escrevi acerca de Victoria Climbié. Será que aprendemos alguma coisa nos 8 anos que se seguiram à sua morte? Será que os profissionais que observaram o “bebé P” 60 vezes não sabiam que crianças que são repetidamente maltratadas pelos seus pais são bastante calmas, bem comportadas e, à medida que vão crescendo, muito “felizes”? O bebé P tinha um apelido “O smile”: “o seu sorriso tão alegre mascarava meses



de dor e de terror, criados pela sua mãe e padrasto” (Daily mail, Nov, 12, 2008). Será que os profissionais não entendem que pais como estes foram, eles próprios, vítimas enquanto crianças e, muitas vezes, colocados em perigo como adultos? A mãe do “bebé P” cresceu rodeada por assistentes sociais, e tinha já muita prática na forma de os manipular. Esse percurso – e a palavra “manipular” – molda a nossa compreensão e esconde o porquê desta mãe precisar das técnicas de assistência social. Será que o medo de abandono – que esta experimentou como criança – a conduziu aos seus perigosos companheiros e a levou a fazer tudo o que foi possível para ficar com o seu bebé? Será que os profissionais não sabiam que adultos como o padrasto do “bebé P”, que foram severa e perigosamente punidos

Conteúdos

Página

- 1 **Prevenção do homicídio infantil**
- 2 **Os povos indígenas do Canadá reclamam a sua vitalidade depois de gerações de maus-tratos**
- 3 **Vítimas e perpetradores: duas faces da mesma tragédia**
- 3 **A abordagem DMM na estruturação dos serviços**
- 4 **O tratamento de traumas severos**
- 6 **Investigação: a perturbação do desenvolvimento infantil em crianças filhas de vítimas de abuso sexual na infância**
- 7 **PSPT crónico e as suas origens nos traumas da infância**
- 7 **Indicadores para os profissionais**

Os editores gostariam de agradecer aos tradutores da edição do DMM em Português que permitiram que o jornal possa ser lido na sua língua. Os traduções são Marina Fuertes, Raquel Corval, Sara Figueiredo e Ana Kirby.

enquanto crianças, muitas vezes acabam por maltratar gravemente – muito gravemente – os seus filhos para os ensinar a evitar perigos piores? Adultos vindos de países que estão sistematicamente expostos ao perigo sabem isto. Será que aqueles que vivem em países mais seguros falham na avaliação que o poder da exposição não protegida ao perigo exerce na moldagem da mente e na organização do comportamento?

O que deveríamos ter aprendido com a morte da Victória Climbié que pudesse ter prevenido a morte do “bebé P”?

- Reconhecer a importância do falso afecto positivo, especialmente quando este é discrepante face à situação vivida;
- Evitar acusações aos pais e optar por tentar perceber os seus medos e traumas passados, de forma a podermos ajudá-los a proteger os seus filhos;
- Oferecer serviços de apoio a longo-prazo (ver Nickel, artigo na página 3).

Como devemos reagir? Devemos reorganizar os serviços existentes? Desenvolver novos protocolos? Culpar toda a gente? Não vamos tratar os profissionais da mesma forma que os pais do “bebé P” o trataram. Nem como os seus próprios pais os trataram a eles. Vamos reconhecer as boas intenções dos técnicos e o seu stress/desespero quando as suas boas intenções não foram suficientes e correu mal – o stress/desespero que os pais do “bebé P” também sentiram. Não vamos deixar toda a gente numa posição defensiva – porque isso vai mudar o seu comportamento para formas indesejadas. Em vez disso, será importante oferecer informação acerca dos afectos, dos efeitos do trauma e da importância da compaixão/empatia combinada com uma prática profissional segura desde os primeiros tempos de vida.

Não podemos prevenir cada uma destas mortes, mas podemos parar de repetir os mesmos erros.

O homicídio infantil é um tema desenvolvido por Patricia Crittenden, Ph.D no seu livro “Raising Parents” (2008).

Os internatos para crianças indígenas no Canadá: uma perspectiva pessoal



Mary Courchene

“O tratamento das crianças em colégios internos para crianças indígenas é um capítulo triste da nossa história e nunca voltará a repetir-se!”.

Esta afirmação foi feita pelo primeiro ministro, Steven Harper, a 11 de Junho de 2008, na assembleia da república (câmara dos comuns) canadiana quando este apresentou um pedido de desculpas oficial junto dos muitos representantes das populações indígenas do Canadá tais como as Primeiras nações, os Inuítes (esquimós) e os Métis devido às políticas de

assimilação devastadoras por parte do governo. Este tipo de internamento perdurou por mais de um século e marcou várias gerações de crianças que foram retiradas das suas famílias e forçadas a viver em escolas onde a sua língua e cultura materna foram banidas e onde muitas foram abusadas fisicamente e sexualmente.

Eu fui um dos representantes presentes nesse dia histórico, sou também uma dos 87.000 sobreviventes dos internatos e estou a escrever para partilhar uma perspectiva pessoal acerca do legado desastroso que esta linha de acção deixou nas vidas de várias gerações das Primeiras Nações, dos Inuítes e dos Metis.

Lembro-me dos anos da minha infância como alguém feliz e amada, confortada pela família que incluía os meus pais, avós, irmãos e outros membros da família alargada. Quando tinha 5 anos, fui levada juntamente com o meu irmão mais velho para um colégio interno, que por coincidência era a 5 minutos a pé da casa onde vivíamos.

Lembro-me de querer muito ir para a escola porque ia poder aprender inglês e decifrar os balões dos livros de banda desenhada que prendiam a minha atenção durante horas!

Estranhamente, os meus pais não nos prepararam para aquilo que deveríamos esperar na escola e levou pouco tempo até eu perceber porque não o puderam fazer. A minha mãe continua presa às memórias dolorosas da década que passou naquela escola em que agora se via forçada a inscrever os seus filhos!

A vida num colégio interno é uma vida de miséria, de uma inacreditável solidão e privação de conforto e afecto dos pais. Durante os 13 anos em que fui forçada a lá ficar, fui sistematicamente despida de dignidade, orgulho e levada a acreditar que a minha cultura, os meus costumes e a minha língua eram selvagens e primitivas. Como resultado, rapidamente aprendi a odiar o meu mundo, incluindo a mim própria e à minha gente (odiava também os meus ancestrais). Num dos verões que passei em casa, durante as nossas férias anuais de dois meses, lembro-me de olhar para os meus pais com um grande ressentimento e ódio, simplesmente porque eles eram índios e me saudavam na sua língua tradicional.

“De agora em diante falaremos apenas inglês nesta casa” disse eu. O meu pai olhou para mim com uma enorme tristeza à medida que as minhas palavras o atingiam. “Bem, acho que não voltaremos a falar com esta menina de novo” disse em Ojibway, a língua do nosso povo. Eu tinha apenas 11 anos.

Desde essa altura, a minha ausência de casa causou danos irreparáveis. Eu parecia quase um robot e incapaz de expressar sentimentos positivos como amor ou contentamento. Pelo contrário, era guiada pelo medo e pelo ódio em alturas cruciais da minha infância. Era uma estranha na minha própria casa,

incapaz de me relacionar com os meus pais e, porque as interacções entre rapazes e raparigas não eram permitidas, não podia relacionar-me com os meus irmãos na mesma escola.

Conto esta parte da minha história para mostrar que o sistema de internato no Canadá destruiu a família de toda uma população que compunha as Primeiras nações. Este processo foi deliberado e sistemático.

As Primeiras nações, os Inuítes e os Metis continuam presas a esta época negra da história canadiana. As estatísticas relativas às crianças em risco, às prisões e aos níveis de educação mais elevados, corroboram este fenómeno. Não é novidade que os aborígenes continuam a tentar encontrar a sua própria identidade. Muitos jovens, especialmente nos grandes centros urbanos, encontram-se sem ligação à sua cultura e língua, e estão perdidos numa sub-cultura pouco saudável.

Esta guerra no nosso espírito deixou cicatrizes geracionais e uma história que o mundo inteiro deve conhecer, dada a reputação do Canadá como país livre.

Como podemos ultrapassar isto?

A solução é reclamar as nossas tradições, os nossos costumes e as nossas línguas aproximando-nos dos mais velhos, que são os “guardadores” dos conhecimentos e tradições. Este movimento de reivindicação e revitalização é forte e nós somos uma gente resiliente.

Vamos ultrapassar isto.

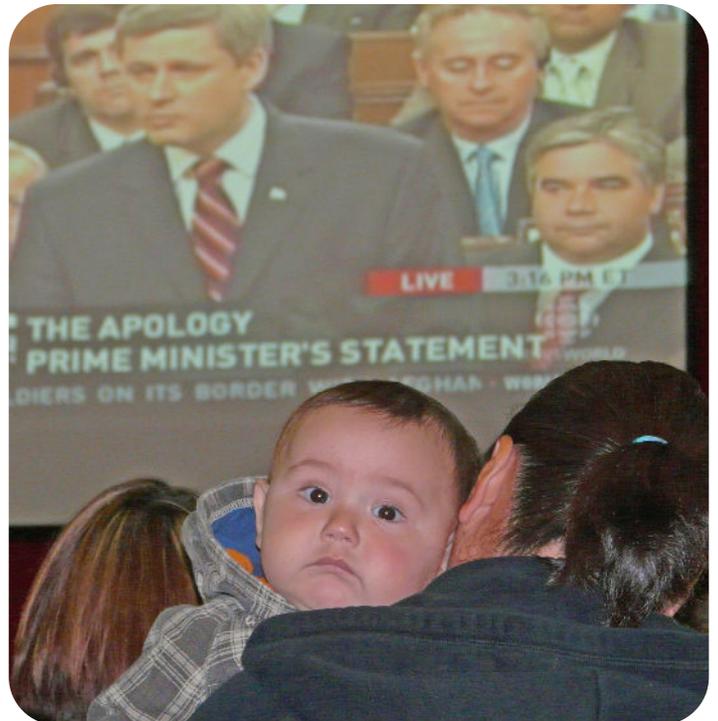


Photo: Duane Burnett, BC, Canada

Mary Courchene é a anterior reitora da educação aborígene no Colégio Red River em Winnipeg, Canadá.

Trauma e Opressão



Pat Crittenden

O DMM News nº 5 centrou-se no trauma e o nº4 focou-se no sexo e violência. Por outras palavras, discutimos os ofensores e as vítimas. Neste número tratamos da resiliência e da transmissão da qualidade da vinculação entre gerações. Estes termos são comuns, mas não podemos passar por eles apressadamente, para não cair em enganos, que nos levaram no passado a evitar estas palavras.

Tomando, como exemplo, a dicotomia vítimas e ofensores, Peder Norbeck e Val Hawes mostraram que perigosos homicidas cresceram como vítimas. Jennie Noll, neste número, descreve uma rapariga sexualmente molestada pelo pai que negligenciou os seus filhos. Por essa razão, uma das crianças acabou por morrer e as outras duas foram-lhe retiradas. Esta rapariga é vítima ou ofensora? Estas palavras referem-se a pessoas diferentes ou à nossa atitude com a mesma pessoa em diferentes fases da sua vida? Estes termos reduzem a complexidade do seu sofrimento e o nosso entendimento ao um único acto – de modo a que a selecção da nossa resposta seja menos stressante para nós?

Actualmente, interpreto as palavras: ofensor, molestador e abusador como termos que definem uma pessoa segundo a perspectiva de outros. Por essa razão, as ditas palavras omitem aspectos cruciais sobre a pessoa tanto no presente como no passado e sobre a sua evolução.

As pessoas que fazem mal a outras sofreram sempre muito quando não tinham forma de se proteger e não tiveram ninguém que os confortasse. Como Sverre Varvin e Mary Heller referem, eles fizeram o que podiam para se protegerem, de acordo com a sua maturidade e experiência nessa altura. Eu concordo. Na infância, eles procuraram interpretar o melhor possível o que estava a acontecer, e tentaram organizar o seu comportamento para se protegerem do perigo e da dor. Geralmente, tal significa: (1) ficar hipervigilante a uma determinada informação; (2) produzir distrações ou informação enviesada relativamente à segurança e conforto; (3) agir demasiado depressa, antes de cuidadosamente integrarem a informação. Quando observamos o seu comportamento perigoso, temos dificuldade em perceber que se sentem em perigo e que estão a agir de um modo auto

protectivo e auto-confortante. Perceber isto pode ajudar-nos a responder de outras formas que permitam reduzir o perigo e o seu sofrimento.

As vítimas lidam com o problema oposto. Frequentemente, falhámos em prever quando os seus esforços em se protegerem, põem em risco terceiros, incluindo os seus companheiros e filhos – as pessoas que eles procuravam proteger. Os nossos esforços para salvar as vítimas não têm, por vezes, em conta a complexidade das suas relações com outros elementos da família.

Este último ponto leva-nos à questão da resiliência. Muita gente que foi vítima não prejudica os outros, ou tendo prejudicado, dão-se conta do seu acto e mudam. Ao apelidá-los de resilientes, podemos não dar a devida atenção ao processo que levou à sua maturidade. A palavra resiliência apela, por vezes, à ideia de passar incólume pela experiência traumatizante.

Nem por isso! Eles sofreram, trabalharam arduamente para lidar com essa experiência e o seu papel nela, e continuaram a lutar contra a sua perda. Resiliência não é um dom especial; é difícil de conseguir e tem um preço alto. É a transformação do sofrimento passivo numa acção de reparação. Mais, tal como Mary Courchene sugere, é ganho vezes sem conta à medida que se vai recuperando e se vai ajudando outros a atingir o mesmo. Resiliência é uma dor, sarada pela compaixão e não pela sorte.

Finalmente, a transmissão da vinculação ou dos maus-tratos. Como é que exactamente uma geração afecta a outra? A palavra “transmissão” sugere uma encomenda ou uma mensagem. Uma vez mais, não é assim. Cada pessoa deve viver e perceber o seu mundo, criar representações internas das suas percepções, organizar as suas estratégias e agir – em seu próprio benefício. Estas coisas não podem ser totalmente transmitidas e as crianças não podem organizar-se do mesmo modo que os pais. No caso particular das crianças em risco, estas geram um maior número de possibilidades para se protegerem.

Considero que a terminologia técnica omite processos, reduz a complexidade e não atende à variabilidade. Se nós queremos mesmo ajudar, o nosso trabalho é parar onde a linguagem não reporta a exacta complexidade dos fenómenos. Aí, devemos procurar colocarmo-nos na pele destas pessoas. Só assim nos podemos dar conta das suas estratégias protectivas (psicológicas e comportamentais), respeitar o esforço que essas organizações mentais requerem e prepará-los para celebrarem a tão merecida resiliência.

Apoio às famílias Aborígenes



Irmie Nickel

Os povos aborígenes do Canadá incluem First Nations peoples (as pessoas que vivam no Canada antes da chegada dos Europeus), os Métis (mistura entre First Nations peoples e Europeus) e os Inuit (outros povos do Norte). Em Manitoba, este grupo representa 10 % da população, dos quais cerca de 50% tem menos de 25 anos. Muitos estão em risco de desen-

volver relações de vinculação difíceis devido a um século de experiência escolar com internato.

Depois de muito debate, cada nação aborígene recebeu o direito de constituir os seus próprios serviços de apoio. A criação dos centros e das equipas foi realizada debaixo de um grande escrutínio, com pouco tempo de preparação e de treino para os profissionais, mas com a oportunidade de fazer algo muito significativo e diferente.

O DMM e populações aborígenes

A cultura aborígene é caracterizada por um vasto leque de vinculações assente na estrutura familiar e responsabilidades que reflectem os seus valores e tradições. Os pais aborígenes tendem a ser mais directivos e a preferem um ensino e aprendizagem não verbal, mais focado na importância de observar a criança nos seus contextos naturais. O DMM, que se centra na observação e identificação dos padrões de relacionamento, é congruente com as preocupações destes pais na priorização das competências e das capacidades adaptativas únicas das crianças, em vez de estabelecer rótulos de problemas comportamentais.

Segundo esta perspectiva, algumas equipas de apoio formadas com técnicos aborígenes conseguiram grandes feitos em pouco tempo. O “Métis Child, Family and Community Services” (2008) é uma delas. Esta equipa tem vindo a desenvolver programas adequados a diferentes serviços seguindo as orientações do DMM (Crittenden, 1992).

Estes programas incluem:

Níveis de Funcionamento Familiar (Patricia Crittenden, Ph.D.)



Famílias independentes e adequadas

O Young Mothers and Kookums Program procura estabelecer elos entre as jovens mães e a avós para um apoio continuado, supervisão e educação para a parentalidade.

Vulnerabilidade à crise (6 meses)

O Family Support Program procura fornecer um conjunto de serviços de prevenção e intervenção precoce baseada nas forças da família e na redução dos riscos.

Recuperável (1-5 anos)

The Family Enhancement Program procura oferecer à família contextos de acolhimento familiar apoiados e supervisionados, sempre que as crianças estão em risco de ser removidas da família.

Suportável (15-20 anos)

O Family Mentorship Program procura mentores a longo prazo adequados à família se possível na sua família alargada.

Inadequado (retirada das crianças)

O Kinship Care Program recorre à família alargada como família de acolhimento e procura fora da comunidade redes de apoio para estas famílias.

Nos próximos anos, espera-se que este projecto ao enfatizar o envolvimento da família alargada e da comunidade nos traga elementos importantes. Os princípios de protecção, oferta de conforto e de apoio à sobrevivência, enfatizados pelo DMM servem de base de trabalho.

Irmie Nickel, BOT, MA, é Director do Aulneau Renewal Centre, Winnipeg, Canada.

Referências

Crittenden, P.M. (1992). The social ecology of treatment: Case study of a service system for maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 22-34.

Métis Child, Family and Community Services (2008). Annual report, April 1, 2007-March 31, 2008.

Doutor, pode tratar o meu trauma?



Sverre Varvin

Os pacientes raramente fazem esta pergunta. Pelo contrário, normalmente chegam com sintomas confusos: como ansiedade inesperada, pensamentos intrusivos e preocupações rancorosas, tais como “o que me fizeram”. Estes pacientes sentem que algo se passa de errado com eles. Eles não conseguem controlar os seus filhos, os seus companheiros parecem ser uma ameaça, e acabam por procurar o isolamento.

O problema na vinculação e nas condições do processamento da informação

Penso que os pacientes estão certos. De acordo com a investigação na área dos traumas e memória, estes indivíduos sentem que algo está errado com a sua personalidade – na essência do que cada um é – e na forma como se relacionam com os outros.

Maus-tratos severos e traumáticos infligidos por outras pessoas, tal como abuso na infância, tortura e guerra, têm uma forte, e muitas vezes imprevisível influência, e implicam a activação de estratégias de vinculação. Por exemplo, uma estratégia comum é o indivíduo distanciar-se dos afectos negativos e das figuras de vinculação próximas. Um maior evitamento pode ser a melhor aposta para sobreviver em vários contextos. Esta pode ser a razão pela qual as estratégias tipo A predominam nos sobreviventes de abusos traumáticos.

Os traumas são operacionalizados através da memória processual e da memória visual, com muitos aspectos armazenados como memórias visuais e sensoriais. Há então uma memória traumática específica, um tipo de memória, diferente das outras, que fica gravada no cérebro como uma fotografia, quase impossível de apagar ou mudar? A persistência de imagens traumáticas nos sonhos de muitos pacientes levanta esta questão, mas nem a experiência clínica, nem as pesquisas no domínio da memória suportam esta ideia. As memórias são modificadas de acordo com o contexto em que são recordadas, e a terapia pode contextualizá-las. Quando os episódios traumáticos não são resolvidos, não existe uma narrativa coerente e válida da experiência. O aspecto chave da terapia é, então, ajudar o paciente a desenvolver uma narrativa coerente.

As experiências traumáticas são emersas em cenários simbólicos incompletos, dominados pela memória implícita, e estruturadas pelos padrões de vinculação adquiridos durante o desenvolvimento. As experiências traumáticas também remodelam as memórias mais precoces, fazendo com que situações seguras pareçam inseguras, e assim activando estratégias de vinculação inibitórias que anulam outras mais equilibradas.

Os traumas originam frequentemente estratégias tipo A. Como resultado de um processamento incompleto da memória, estímulos não relacionados nem semelhantes podem provocar ansiedade extrema e evitamento. O uso do córtex pré-frontal e da região do hipocampo pode ser diminuído enquanto respostas agudas (luta, fuga, congelamento) mediadas pela amígdala e cerebelo podem dominar.

Os efeitos dos traumas diferem de acordo com a idade em que ocorrem. Isto é tão verdade para um adolescente vítima da guerra, como para uma pessoa mais velha vítima de genocídio: um percurso de vida é quebrado. Não poder casar com a pessoa amada na adolescência (ou sentir-se incapaz de amar novamente) ou não ser capaz de exercer a sua função de avô/avó (ou perder um dos netos) são terríveis golpes face às expectativas desenvolvimentais. Como tal, torna-se claro que vejo a psicoterapia para pacientes traumatizados como algo mais (e frequentemente como outra coisa), do que um tratamento para “o trauma”.

Tratamento

A maioria das pessoas expostas a catástrofes naturais extremas não desenvolve perturbações pós-traumáticas. Muitas experimentam fortes reacções de sofrimento e passam por reacções traumáticas que acabam por se atenuar e não requerem tratamento especializado. No entanto, devemos estar cientes dos sintomas tardios, que podem aparecer várias décadas após ter decorrido a situação de perigo e ameaça.

A combinação da exposição ao perigo de risco de vida, especialmente o que é provocado pelo homem, e/ou da perda de alguém querido e do golpe na auto-estima, parece representar um risco significativo para o trauma psíquico (Weisaeth, 2006). Este tipo de exposição combinada, que pode ser repetitiva ou duradoura, afecta um número substancial de pessoas que vivenciam guerras, episódios de terrorismo, perseguições ou outras situações enquanto refugiadas.

Experiências como estas podem afectar o sistema de crenças do indivíduo (i.e. memória semântica), bem como as estruturas subjacentes e a dinâmica da mente. Quando traumáticas, estas experiências podem conduzir a mudanças mais permanentes na personalidade e nas funções da vinculação. O indivíduo sente-se frequentemente em perigo e os padrões de vinculação relacionados com a sobrevivência vão dominar as relações pessoais.

Os efeitos são visíveis nos relacionamentos, estabelecendo padrões de transferência com o terapeuta, e que são visíveis no início de todo o processo terapêutico. O “tratamento do trauma” começa, conseqüentemente, desde o primeiro contacto com o sistema de tratamento.

Se o sistema de tratamento é caracterizado por negligência, procedimentos obsessivos, suspeita face aos estrangeiros (receio de muitos refugiados), é construído um elemento anti-terapêutico desde o início do tratamento. A expectativas de ser negligenciado e de não conseguir estabelecer um padrão de vinculação adaptativo é reforçadas.

Os terapeutas e todos aqueles que organizam o tratamento e o apoio devem estar conscientes de uma tríade de expectativas que caracteriza muitos dos indivíduos traumatizados:

- 1) **Alguma coisa má pode acontecer a qualquer momento**
- 2) **Não haverá qualquer ajuda, e**
- 3) **Ninguém se importará.**

Infelizmente, a experiência mostra que este sistema de crenças pode tipificar muitos dos primeiros encontros terapêuticos. Se as primeiras tentativas para obter ajuda terapêutica forem sinónimo de dificuldades e frustrações, é provável que os indivíduos traumatizados activem sobretudo padrões de vinculação evitante associados à detecção de qualquer sinal de perigo no outro.

“Uma paciente vítima de incesto com o seu pai e vítimas de outros homens. Numa das sessões, ela entra confusa e alerta. É visível o pânico no seu olhar. Parecia estar receosa de não ver o seu efeito no terapeuta. Após algum trabalho terapêutico ela refere: “Eu estava receosa, de não o fazer sentir bem. É sempre assim. Eu tenho de ter cuidado. Se os homens não se sentirem bem, as coisas podem mudar de repente. Assim, eu sou apanhada. Eu não consigo fazer nada. Eu devo fazer o que eles dizem.”

Isto refere-se a uma situação com o pai. A sua estratégia de vinculação evitante era uma reacção à posteriori, no sentido de prevenir o que já tinha acontecido.

A compreensão e o processamento destas situações de transferência são o foco de qualquer terapia do trauma. O terapeuta tem de lidar com diversos aspectos:

Se você se sente angustiado

Quando viver situações de intensa angústia pode sentir-se incapaz, ansioso, assustado e irritado. Por vezes, isto pode ocorrer muito tempo após de ter passado por esta experiência de perigo. Existem algumas coisas que pode fazer e que podem ajudá-lo:

- Encontre um lugar que seja seguro e dê algum tempo a si próprio para se acalmar.
- Se puder, procure pessoas em quem confie e contacte as pessoas próximas de si.
- Pergunte-lhes se elas podem ficar consigo e fale com elas quando se sentir capaz.
- Coma, descanse e cuide de si próprio, ou deixe os outros cuidarem de si.
- Não se isole.
- Seja gentil consigo próprio - a recuperação leva tempo.

Se a ansiedade e a dificuldade em dormir persistirem, procure ajuda profissional. Lembre-se que você pode ser ajudado, mesmo passado muito tempo depois.



- Padrões relacionais defensivos e geralmente demasiado rígidos
- Crença de que o pior pode acontecer a qualquer altura e sem ajuda
- Complexas transferências e contra-transferências: podem alternar entre padrões idealizados com isolamento e representações vítima-ofensor que afastam o paciente do terapeuta;
- Fortes identificações projectivas: o terapeuta deve incluir, quer o ofensor projectado, quer partes magoadas do mundo interno do paciente.
- A consciência das estratégias de vinculação evitantes é indispensável. O paciente tem dificuldade em representar os seus sentimentos, especialmente os negativos. “Tenho de estar sempre alerta” é o slogan para o paciente traumatizado.
- Os cenários traumáticos podem aparecer como um sentimento de perigo presente, e podem ser tratados de forma significativa como representações mentais relacionadas não apenas com o passado mas também e, principalmente, com o presente.

O tratamento leva algum tempo: o paciente tenta alterar a forma de lidar com os outros, e ao mesmo tempo ter uma vida mais satisfatória. A incapacidade de amar é, possivelmente, o efeito mais devastador dos traumas criados pelo homem.

Sverre Varvin, M.D. Colabora com o Norwegian Centre for Violence and Traumatic Stress Studies, e é psicanalista na sua prática privada.

Referências

Weisaeth, L. (2006). Collective Traumatic Stress: Crisis and Catastrophes, In B. B. Arnetz and R. Eckman (Eds.) Stress, Health and Disease. Weinheim: Wiley.

Proteger a geração seguinte: Filhos de mulheres sexualmente abusadas na infância



Jennie Noll

Wilma fez o telefonema fatídico: o seu filho de 10 meses estava afogado na banheira. Quando os serviços de emergência médica chegaram, encontraram Wilma drogada, o seu filho de 4 anos a tentar salvar o bebé já morto, enquanto, o filho do meio chorava copiosamente no parque.

Alguns meses mais tarde, deprimida e depois de uma tentativa de suicídio com drogas, Wilma falou sobre o incidente, admitindo abusar de álcool e drogas para lidar com a depressão e com a severa dor da lembrança da sua infância. Wilma tinha sido repetidamente violada pelo seu pai até aos 12 anos. Nesta conversa, ela reflectiu sobre como esta experiência traumática que afectou um homem e da dificuldade de ser "próxima" (apegada) aos seus filhos. E agora ... tudo tinha afectado os seus filhos. "Quando é que o este pesadelo teria fim?"

A história da Wilma é verdadeira. Este exemplo aterrador retrata as difíceis lutas que as crianças que sobreviveram a abusos sexuais travam e de, como podem afectar os seus filhos.

A nossa investigação

A nossa equipa avaliou 84 raparigas vítimas de abusos sexuais desde a infância até à maternidade e procurámos estudar como se desenvolviam as crianças. A maioria dos estudos longitudinais são retrospectivos com dados recolhidos através dos relatos das vítimas. O nosso estudo é prospectivo. Mantivemos 96% da amostra das raparigas abusadas e comparamos com um grupo de 89 raparigas que não sofriam abusos à mais de 20 anos (Noll, Trickett & Putnam, 2008). As raparigas foram avaliadas 6 vezes ao longo do seu desenvolvimento. Actualmente, foram avaliadas 135 dos seus filhos.

Revisão da Literatura

Apesar de apenas 30% dos adultos abusados sexualmente na infância cometerem abusos com os seus filhos (Kaufman & Zigler, 1987), as suas experiências traumáticas podem ter outras consequências ao nível físico e psicológico na sua vida adulta e podem vir a prejudicar de outras formas os seus filhos.

O abuso sexual envolve a violação precoce do elo sexual podendo resultar na associação do sexo com extrema violência e/ou com a ideia de intimidade entre a criança e o adulto. Crittenden teoriza que tais representações sobre os contribuem a continuidade dos maus tratos ao longo de gerações (Crittenden, 2008). Nalguns estudos, em comparação com o grupo de controlo, as mães com história de abuso davam menor atenção, respondiam de modo diferente e tiravam elações sobre o comportamento dos seus bebés com base nas suas representações (distorcidas) da infância.

A experiência de abusos sexuais remete as vítimas para um elevado risco de trauma emocional continuado e dificuldade no relacionamento inter-pessoal, com distorções cognitivas e afectivas relativamente ao sexo e à intimidade (Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Com efeito, as relações incestuosas entre filhas e pais tendem a ser vividas sem coerção física ou violência, o que leva as vítimas a sentir que colaboraram e culpam-se pelo sucedido. A culpa e a vergonha podem levar à confusão relativamente à excitação sexual, intimidade e segurança. Alexander (1992) identificou várias consequências do abuso sexual relacionadas com a vinculação, incluindo alterações de humor, práticas parentais ineficazes e perigosas e, insegurança na vinculação adulta.

Os nossos resultados

Os dados do nosso estudo são dramáticos e afectam amplamente o desenvolvimento e as competências adaptativas. Mães sexualmente abusadas tem maior probabilidade de desistirem da escolaridade obrigatória e de terem problemas psiquiátricos, usarem drogas, abusarem do álcool e viverem experiências de violência doméstica quando comparadas com mães que não sofreram abusos. Os seus filhos tendem a ter mães adolescentes, a nascerem de partos prematuros e a estarem referenciados pelos serviços de protecção social em comparação com as crianças do grupo de controlo. As crianças filhas de vítimas de abusos sexuais tendem a apresentar piores desempenhos cognitivos e maior perturbações da vinculação (com base em Ainsworth's Strange Situation for infants and Crittenden's Preschool Assessment of Attachment for 2-5 year olds) quando comparadas com crianças filhas de mães não abusadas (Kwako, 2007).

As crianças filhas de vítimas de abusos sexuais na sua infância incorrem em risco de:

- 1) serem abusadas ou negligenciadas, tanto nas mãos dos seus pais ou de outros cujo o acesso foi permitido pelos pais;
- 2) consequências negativas por lidarem com mães que sofreram de sequelas emocionais, psiquiátricas e interpessoais na sua infância.

CSA Tratamento

A resolução do trauma infantil deve abranger (ou ser revisitado em) vários estágios do desenvolvimento. Em cada etapa, diferentes tópicos tornam-se importantes e requerem atenção. Acresce que, à medida que as crianças adquirem maturidade, tornam-se capazes de conceber resoluções mais complexas e completas para diferentes assuntos. Entre os quais o namoro, à iniciação à sexualidade, casamento e gerar filhos. A ajuda profissional pode ser necessária quando os pais precisam de seguir em frente mas as necessidades desenvolvimentais dos seus filhos ainda requer reviver aquilo, ainda que de um modo diferente.

Perturbações da vinculação tanto afectam as suas vítimas no estabelecimento das suas relações futuras de vinculação com outros adultos como na relação com os filhos, contribuindo para um processo inter-geracional de reprodução dos maus tratos e outros risco.

No entanto, nem todas as vítimas sofrem tanto como a Wilma sofreu, e nem todos os filhos das vítimas carregam este legado. Existem segundas oportunidades. Muitas vítimas mostram resiliência, conseguem recuperar com apoio intensivo, procuram oportunidades de recuperar, ou procuram formar relações de vinculação saudáveis com os seus parceiros e crianças. Existe esperança e podemos aprender a recuperar com este caso.

Jennie Noll é Professora Associada de Pediatria, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio, USA.

Referências

- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 185-195.
- Crittenden, P. M. (2008). *Raising Parents*. Collumpton, UK: Willan.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(2), 186-192.
- Kwako, L. (2007). *Adjustment of offspring born to mothers sexually abused in childhood*. Doctoral Dissertation, The Catholic University of America, Washington DC.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(3), 575-586.
- Noll, J. G., Trickett, P.K., & Putnam, F.W. (2008). The cumulative burden borne by offspring whose mothers were abused as children: Descriptive results from a multigenerational study. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3).

“Sinto como se estivesse num pesadelo terrível do qual não consigo acordar”



Mary Brownescombe Heller

As Perturbações de Stress Pós-Traumático (PSPT) caracterizam-se por duas condições opostas:

1. Evitamento físico ou emocionalmente de qualquer situação, pensamentos e imagens que possam recordar o evento traumático;
2. Recordações em forma de ‘flashbacks’ intrusivos do acontecimento traumático, terror, hyper-vigilância e pânico desencadeados involuntariamente.

Estas duas condições provocam o típico vaivém entre o estado de evitar (dissociação) e o estado de reviver a experiência de novo (emersão).

Em casos de PSPT crónico, estas respostas persistem durante anos. Estudos sugerem que a recuperação de PSPT depende da natureza e intensidade da ameaça vivida e da representação construída sobre essa ameaça que desencadeou o trauma (a sentida) aliada a factores pessoais. Estes factores pessoais incluem falta de suporte social, experiências de risco vividas na infância, outros traumas e doenças mentais anteriores. (Horowitz, 1992; McFarlane, 1990). A experiência de trauma durante a infância pode minar o desenvolvimento de competências neurofisiológicas e psicológica para lidar com situações altamente stressantes e potencialmente traumatizantes, aumentando desta forma o risco de desenvolver PSPT na vida adulta (Heller, 2001; Shin et al, 2005).

A investigação

Usando AAI (entrevista clínica da vinculação) segundo o método de DMM, explorei a relação entre os traumas da infância e o PSPT crónico num grupo de 22 adultos sinalizados para tratamento (Heller, 2001). Os sujeitos eram oriundos de todos os estratos sociais e não tinham diagnóstico de doença mental antes do começo do PSPT. Muitos tinham tido experiências de perdas significativas não resolvidas e/ou traumas durante a sua infância, mas estes acontecimentos eram vistos como pouco significativos na sua vida actual. Uma participante comentou, “Certamente eu desenvolvi PTSD porque nunca me aconteceu nada de mal, e por isso eu não sabia como reagir perante algo como isto.” Aos cinco anos de idade, esta participante teve a experiência de quase perder o pai num acidente terrível numa mina, ficando gravemente inválido e a família abalada.

As perdas e os traumas da infância deste grupo tinham uma semelhança notável com o acontecimento que precipitou o PSPT em adulto. Por exemplo, um professor de educação física desencadeou PSPT depois de um aluno ter caído e morrido durante a sua aula. O pai deste professor tinha desaparecido após a sua nascença e, aos seis anos de idade ele viu o seu muito querido avô morrer à sua frente enquanto os dois passeavam.

Semelhanças como estas fizeram com que eu propusesse que o trauma verdadeiro era o antigo, que continuava activo, mas dissociação. O trauma vivido na fase adulto ampliava os sentimentos que continuavam inexpressos ligado ao trauma anterior. Estes indivíduos, embora mentalmente e fisicamente saudáveis como adultos, retinham estados mentais precários que cediam sob o impacto de acontecimentos de perigo equivalente.

Quando os dados da AAI destes indivíduos foram comparados com os dados do grupo de controlo ou com o grupo de ‘diagnóstico misto’ (Crittenden / Heller – artigo não publicado), os resultados sugeriram que a existência de distúrbio de vinculação prévio criava uma predisposição para o desenvolvimento de PSPT na vida adulta.

Três sub-grupos emergiram deste grupo com PSPT:

- **Estratégias de vinculação C+:** angustiados e preocupados, com pensamentos de retaliação e vingança.
- **Combinação A/C:** misturavam estratégias de vinculação pela alienação com sintomas passivo/agressivos.
- **Estratégias de vinculação A+(compulsivos):** com características severamente deprimidas.

Intervenção

Porque estes grupos usam pensamentos e sentimentos diferenciadamente, a abordagem terapêutica não pode ser igual com todos os pacientes com PTSD. Não só é provável que não seja eficaz como pode mesmo ser prejudicial.

O ‘Greg’ tinha 50 anos e fazia parte do grupo A+. Há oito anos atrás, enquanto mudava um guindaste com barras de aço sofreu um acidente no cais. O guindaste voltou-se caindo sobre ele e deitando-o por terra. Ele convenceu-se que iria morrer esmagado. A carga de aço veio a parar a pouca distância de onde Greg estava deitado. Mais tarde, Greg tinha pesadelos e ‘flashbacks’ diários. Nem a medicação, nem o aconselhamento ou o CBT o ajudaram. Com o passar dos anos e sem melhoras, o Greg fez várias tentativas de suicídio. Quando o conheci, ele frequentava um centro de dia e encontrava-se desanimado e sem esperança.

“ Eu abro a porta da sala... e é como se estivesse lá... tudo se passa de novo. Sabe, o aço tem gosto. E eu vejo, provo, cheiro, ouço, sinto... aquela carrada de aço que se aproxima de mim. O coração começa a bater fortemente e sente-se vontade de vomitar. Está lá... e não se pode sair.”

Todos os sentidos estavam envolvidos nesta representação aterrorizante. Conforme o aço se aproximava, o recuso à terceira pessoa para relatar o sucedido distanciavam Greg do terror; não é ele mas sim outra pessoa que tinha de sair. Isto é um padrão típico do discurso dos As distanciados. O AAI mostrou uma história de perdas não resolvidas. Ele idealizou a sua infância: “Eu sempre fui o menino de olhos azuis”. Na realidade, a sua infância foi emocionalmente depauperada e fria. A sua única memória era a do seu pai a ser sido trazido para casa, com a roupa ensanguentada, após um grave acidente de trabalho.

O Greg foi convidado a participar em sessões semanais de psicoterapia individual durante um ano. Esta intervenção era centrada na expressão do afecto negativo sem perigo facilitando, assim, o reconhecimento e expressão da vergonha, culpa, raiva e humilhação que ele sentia a respeito do que lhe aconteceu. Aos poucos foi retomando o contacto com os seus colegas que não via há oito anos. Quando a terapia terminou, sem os tormentos provocados pelo PTSD crónico, conseguiu um emprego de porteiro. Este emprego adequava-se a sua estratégia A e colocou-o longe do cais que significava para ele perigo.

O tratamento de PSPT

- Escute com empatia as palavras e os sentimentos
- Deixe que a pessoa conte a sua história à sua maneira
- Permaneça calmo
- Deixe que os pacientes escolham as técnicas de modificar o seu comportamento, aquelas que se adequam mais ao seu caso
- Seja pontual e consistente

Evite

- Ignorar (ou rejeitar) pensamentos e sentimentos dos pacientes – mesmo quando estes parecerem bizarros
- Impor as suas ideias ao paciente
- Apressar o paciente para que ‘melhor’

Mary Brownescombe Heller, D.Clin.Psych, is in private practice.

Referências

- Horowitz, M.J. (1992). The Effects of Psychic Trauma on Mind: Structure and processing of meaning. In J. Barron, N. Eagle & D. Wolitski (Eds.) *Interface of Psychoanalysis and Psychiatry*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Heller, M.B. (2001). *The dynamic relationship between childhood experiences of loss and trauma and PTSD in adults*. Unpublished doctoral thesis. University of Teesside, Cleveland, England.
- McFarlane, A. (1990). Vulnerability to Post-traumatic Stress Disorder, in M. Wolff & A. Moshaim (Eds.) *Post-Traumatic Stress Disorder*. New York & London: The Guilford Press.
- Shin, L.M., Rauch, S.L. & Pitman, R.K. (2005). Structural and Functional Anatomy of PTSD: Findings from neuroimaging research, In J.J. Vasterling & C.R. Brewin (Eds.) *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive and Clinical Perspectives*. New York & London: The Guilford Press.