ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA: A RECONSTRUÇÃO DEPOIS DO TRAUMA

Ângela da Costa Maia
Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Portugal

Resumo – *O abuso sexual na infância é uma experiência que pode ter um impacto perturbador em várias áreas de vida e está associado ao desenvolvimento de diversos sintomas. Neste trabalho são apresentados algumas das estratégias e objectivos de um processo psicoterapêutico que decorreu com uma cliente de 22 anos, estudante universitária, que tinha sido vítima de abuso sexual por parte do pai durante cerca de oito anos. O processo de terapia com esta cliente foi organizado em quatro fases: ouvir e validar a história e as emoções a ela associadas, estabilização dos sintomas, integração da experiência e promoção do desenvolvimento pessoal.*

PALAVRAS-CHAVE: Abuso sexual; Terapia de trauma; Perturbação de stress pós-traumático
KEY WORDS: Sexual abuse; Trauma therapy, Post-traumatic stress disorder

INTRODUÇÃO

A ocorrência de abuso sexual na infância tem vindo a ser progressivamente reconhecido quer pela comunidade científica, quer pelos meios de comunicação social, como uma experiência que afecta um número significativo de mulheres. Os valores de prevalência que se encontram na literatura apontam para um número que oscila entre os 12 e os 38% em amostras de mulheres na comunidade, e entre 22 e 48 % nas mulheres utentes de serviços psiquiátricos (Jacobsen & Richardson, 1987)[1]. O facto de em cerca de 95% dos casos o perpetrador ser um membro da família (e em mais de 50% dos casos o próprio pai), um amigo ou uma pessoa que é supostamente uma figura cuidadora, como professores, etc., torna estas situações particularmente difíceis de serem integradas. Talvez por isso esta é uma das formas de abuso cujos efeitos desvastadores mais têm sido reconhecidos (e.g. Palmer *et al*, 1990; Chu & Dill, 1990; Scheldrik, 1991; Mullen *et al*, 1993; Romans *et al*, 1995; Brodsky *et al*, 1995; Stein *et al*, 1996). Sanderson (1997) organiza os efeitos a longo prazo em seis áreas distintas: as

Toda a correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Ângela Costa Maia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4710-057 Braga, Portugal. Telef.: 253 604140, Fax: 253 678987, Mail: angelam@iep.uminho.pt

 © Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho

perturbações emocionais, como a baixa auto-estima, depressão, culpa e ansiedade; a qualidade das relações interpessoais, com particular ênfase no medo da intimidade e a revitimização; os problemas comportamentais, como os comportamentos autodestrutivos, o suicídio, as perturbações alimentares e o abuso de álcool e outras substâncias; os problemas cognitivos e perceptivos, como a negação, dissociação, amnésia, personalidade múltipla, etc.; problemas sexuais, que podem ir desde a insatisfação e problemas de activação ou orgasmo, até à promiscuidade ou prostituição; e, finalmente, as queixas físicas, que vão desde as queixas psicossomáticas às perturbações de sono.

Apesar da elevada prevalência da história de abuso sexual na infância entre a população feminina que procura ajuda psicológica; e de cada vez mais se reconhecer a gravidade dos sintomas exibidos pelas pessoas vítimas deste tipo de experiência, a descrição de casos clínicos com estes clientes é escassa, sendo igualmente rara a formação sobre as estratégias de intervenção mais ajustadas nestas problemáticas. O caso clínico que a seguir se apresenta procura contribuir para o preenchimento desta lacuna, apresentando os objectivos e estratégias de um processo terapêutico que durou cerca de dois anos e meio.

A PESSOA

Maria, uma estudante-trabalhadora universitária, inscreveu-se no Serviço de Consulta da Universidade por sugestão de uma colega, indicando na ficha de inscrição que preferia ser acompanhada por um terapeuta do sexo feminino e apresentando como principal problema uma depressão.

Extremamente sorridente e com linguagem vaga, começou por explicar que a vida tinha perdido o sentido e não sentia a energia que sentia antes para lutar. Tinha começado a ter dificuldade em estudar e era esta falta de capacidade de concentração, a sua raiva explosiva, a necessidade de se enfiar num canto do quarto em posição fetal com as luzes apagadas sem saber o que lhe passava na cabeça, e a sensação que andava sempre no ar, frequentemente sem saber tão pouco onde estava, que a perturbava e centrou a sua queixa nestes sintomas.

Esta incapacidade tinha surgido à cerca de um ano, quando se apaixonou por um colega. A vontade de vingança em relação a todos os homens que antes a movia tinha deixado de fazer sentido visto que se um homem era diferente, outros também o poderiam ser, e vingar-se de todos deixou de ser o objectivo da sua vida sem que este objectivo tivesse sido substituído por qualquer outro. Ainda vagamente relaciona estes problemas com o que lhe teria acontecido entre os 8 e os 16 anos, e ainda com o que viveu entre os 16 e os 17. Descreve esse último período como talvez ainda pior, porque se durante anos não contou nada acerca do que se passava entre ela e o pai por sempre ter ouvido a mãe dizer-lhe que gostava muito dele, quando percebeu que se estava a passar com a irmã o mesmo que com ela, concluiu que tinha de fazer algo porque "eu sabia que aguentava, mas a minha irmã era muito mais frágil". Mas durante um ano ninguém acreditou nela, tanto mais que sempre tinha

tido muita imaginação, sempre tinha sido considerada bem disposta e com muita força, e o pai desconfirmou tudo o que ela disse. Assim, e naquilo que ela descreve como "ainda pior do que o resto", durante esse ano teve de conviver com a presença do pai em casa, continuamente a ameaçá-la, e a ser acusada por todos da desestabilização familiar.

O DIAGNÓSTICO

Percebemos que estávamos perante um caso grave de abuso sexual na infância, e a experiência repetida desta vivência incestuosa tão traumática parecia relacionada com vários sintomas indicadores de Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD): reexperiênciação de momentos traumáticos, dificuldades de concentração, imagens intrusivas, estados dissociativos, isolamento e resposta diminuída ao mundo externo. Posteriormente viemos ainda a constatar a existência de sonhos recorrentes extremamente ameaçadores. A sensação de que tinha perdido o objectivo da sua vida e a incapacidade de planear uma carreira estavam também presentes.

CONCEPTUALIZAÇÃO E INTERVENÇÃO

No processo de terapia com esta cliente podemos diferenciar quatro fases: ouvir, normalizar e validar a história traumática e as emoções a ela associadas; estabilização dos sintomas, integração, e desenvolvimento pessoal.

Normalizar e validar a história traumática e as emoções a ela associadas

Em psicologia clínica e em psicoterapia obter uma boa história é o primeiro passo para realizar o diagnóstico e planear a intervenção, mas uma pessoa repetidamente abusada demora um tempo que pode ser longo a confiar em alguém. As mulheres abusadas são muito sensíveis às reacções dos outros e, por isso, uma atitude de aceitação sem questionamento directo, que respeita a lentidão com que os pormenores podem ser relatados é uma forma de transmitir segurança e confiança (cf. Walker, 1995).

Nas primeiras consultas procurou-se, por isso, acompanhar a cliente dando-lhe bastante controlo sobre o ritmo da auto-revelação e embora de modo vago a história foi-se enchendo de informações acerca do abuso sexual por parte do pai da cliente. Ela pertence ao grupo mais pequeno que é vítima de incesto por um período superior a 5 anos, e tal como na maioria dos casos ela começou por considerar normal, acreditando às vezes que tinha um pai bom, que lhe dava brinquedos, pegava ao colo, contava histórias; e havia um homem mau que lhe fazia coisas esquisitas e a magoava. Desenvolveu, por isso, uma grande capacidade de dissociar e

fantasiar, descrevendo-se como uma criança sedutora, especialmente das professoras do colégio de quem conseguia tudo devido às suas histórias, artimanhas e boa-disposição. Esta dissociação entre pai bom/homem mau; fantasia e realidade, terminou por volta dos 10, 11 anos, idade em que começou a perceber que era apenas o pai que estava com ela e só nessa idade começou a questionar se o que se passava com ela se passaria com todos os pais e filhas tal como o pai lhe afirmava. Quando decidiu confrontar o pai, acreditando que o iria assustar por ameaçar contar, e sentindo pela primeira vez algum poder, este provou-lhe que ninguém acreditaria nela (tal como ninguém tinha acreditado numa empregada de quem o pai tinha também abusado) porque ela passava o tempo todo a contar histórias, e ameaçou metê-la num colégio interno longe da casa e completamente só. Nesse dia, com cerca de 10 anos, ela decidiu ser boa com ele, para ele não usar a força e não fazer queixa dela à mãe que já era distante, e jurou a ela própria que ele pagaria por tudo, deixando a vingança para mais tarde e elegendo-a como principal razão da sua vida. Passou então a perguntar frequentemente à mãe se ainda gostava do pai, ao que ela respondia invariavelmente que gostava cada vez mais. Decidiu então aguentar tudo só, para proteger a mãe, que já tinha problemas psicológicos e a quem julgava incapaz de lidar com uma situação destas. Contou aos 16, por perceber o envolvimento da irmã mais nova nas mesmas actividades, e demorou um ano a convencer a família. Durante um ano chamaram-lhe de tudo, e sentiu-se mais só do que nunca porque até a irmã que primeiro confirmou, depois não quis falar mais sobre o assunto. A partir dos 17 anos, com a divisão familiar, ficou a tomar conta de si própria, da mãe e da irmã, assumindo de algum modo que a separação se devia a ela. Aparentemente funcionava bem, estudava e trabalhava energicamente, mantendo a "bomba relógio" inactiva até que a sua paixão recente fez despoletar todos os sintomas.

As famílias em que existe incesto têm sido descritas como revelando algumas características próprias, sendo a parentificação da filha abusada uma das facetas apontada na literatura. A mãe da cliente tem origem numa família em que as suas necessidades não foram satisfeitas, revelando alguns traços de grande imaturidade emocional e relacional, tendo sido incapaz de dar às filhas a atenção que já tinha sido obrigada a dar à sua família de origem, acabando por se esvair completamente num marido igualmente carenciado emocionalmente. Esta filha, a mais velha, foi rapidamente parentificada, não só assumindo responsabilidades por tarefas domésticas, como por cuidar dos irmãos que iam nascendo e retiravam espaço ao casal. Tornou-se assim confidente das angústias do pai e da mãe, que frequentemente choravam ao contar-lhe os seus problemas, sem esperar receber nada em troca. Entretanto a mãe, desde sempre incapaz de lhe dar qualquer tipo de apoio, inscrevia-se num curso nocturno, e o pai tornou-se na única fonte da afecto, muito cedo confundindo esta relação e tornando-se abusador.

Era um relato mais das vezes vago, acompanhado sempre de um sorriso, com um afastamento quase extremo, como se de outra pessoa se tratasse. Estes momentos de "despersonalização" e a "desrealização" correspondiam, como viemos a verificar mais tarde,

às estratégias usadas durante os momentos de abuso em que "afastava-me do meu corpo e ficava a pairar colada ao tecto". Às vezes surgiam uma enorme repugnância ou incredulidade.

Simultaneamente emergiram claramente alguns temas e sintomas importantes na sua vida do dia a dia: estar "*aluada*", por exemplo, era capaz de percorrer várias ruas, atravessar de um lado para o outro e só muito mais tarde perceber onde estava ou chegar ao fim de uma aula sem saber como; *a solidão* (era amiga e ombro disponível de toda a gente, mas nunca falava dela e todos achavam que ela era super-mulher e nunca tinha problemas); *a insegurança e impotência*: ficava descontrolada todas as vezes em que não conseguia ter controlo total sobre as situações, e sentia-se ameaçada por vezes sem saber porquê explodindo facilmente; e *a dificuldade na intimidade*: problemas com o namorado a quem era incapaz de partilhar o que sentia e de pedir o que precisava. Um dos nossos objectivos foi "normalizar" estas respostas, ou seja, explicar que muitos dos seus comportamentos difíceis de entender deveriam ser compreendidos como reacções normais a situações extremamente anormais vivenciados por si. Este trabalho de "normalização" foi bastante importante uma vez que a cliente por vezes sentia que estava "maluca" e precisava de ser reassegurada de que era uma pessoa "normal"; favorecendo simultaneamente uma auto-imagem positiva. Como afirma Sanderson (1997), "O terapeuta precisa de ajudar a sobrevivente a tomar consciência de quão forte, corajosa e criativa teve de ser ao longo da sua vida para a tentar lidar com o trauma" (p. 125).

Embora normalmente se possa diferenciar a fase de avaliação da fase de intervenção, nestes casos o modo como a história é ouvida e a exploração das reacções emocionais e cognitivas validada, constitui em si um passo importante para uma melhor sobrevivência ao abuso. Sabe-se que quando o abuso é provocado por alguém em quem se tinha confiança, como o pai, amigo, ou terapeuta, será posteriormente difícil descriminar em quem se pode confiar (Walker, 1995; Sanderson, 1997). Obter a confiança do cliente foi por isso o primeiro passo, que se conseguiu pela atitude cuidada de não intrusão e respeito pelas necessidades e ritmo do cliente. Houve pois o cuidado de não confrontar o humor desajustado com que abordava a história, nem questionar directamente, seguindo apenas a cliente na sua revelação. Neste caso o processo foi lento, com algumas sessões em que havia alguma interrupção e eram abordadas questões do dia a dia, por exemplo da vida académica. Foi sempre reafirmado que não tinha de contar tudo, que ela é que decidia o que podia e queria partilhar e muitas vezes as nossas sessões não tinham "agenda".

Neste contar, a validação das histórias e dos sentimentos da cliente, mesmo os contraditórios em relação ao abusador, é um passo importante (cf., por exemplo, Sanderson, 1997). Ao ouvir cuidadosamente e ao dar apoio e suporte sem confrontação procurou-se transmitir a ideia que estava do lado dela, a vítima, para restabelecer a confiança e assim permitir que as memórias que iam aparecendo fossem enfrentadas (Walker, 1995).

Estabilização dos sintomas

Directamente relacionado com a confiança e a validação, é a segurança e o restaurar o sentido de controlo na própria vida. Tal como refere Walker (1995), se sem segurança a vítima não pode construir estratégias para se proteger de futuras ameaças, sem restabelecer o seu poder pessoal, não pode esperar re-ganhar o controlo da sua vida. Procurou-se, por isso, fazer com que a cliente se sentisse segura e valorizada na sessão, e trabalhou-se activamente para que se sentisse segura e com poder fora da sessão. Referimos estes aspectos como o direito a cuidar-se e a ser cuidada.

Um dos objectivos era fazê-la compreender que ainda tinha poder sobre a maior parte da sua vida embora não pudesse ter feito nada para impedir o abuso. Foi-lhe dito que tinha condições para melhorar, e explicado, para que sentisse mais controlo, que as memórias poderiam agora ser mais frequentes mas que isso era um sintoma normal do processo. Para além disso, o ênfase nas suas capacidades e não nos problemas ajudou a melhorar a auto-estima.

Por exemplo, trabalhou-se a organização das suas actividades, tentou-se identificar as alterações possíveis no seu quarto e nos seus espaços de vida de modo a que sentisse que tinha poder para introduzir mudanças na sua vida e sentir-se mais segura e confortável; enquanto o ensino do relaxamento ensinou-lhe que havia aspectos do corpo que estavam sob o seu controlo. Paralelamente, e utilizando como recurso as suas capacidades imagéticas, intencionalizou-se, a partir do relaxamento, e usando imaginação guiada, a criação de um lugar especial, imagem de um lugar real ou completamente imaginado, onde só ela pudesse entrar e fosse um espaço de bem-estar. Após algumas tentativas a cliente elegeu uma praia tropical perfeita, passando a activar esta imagem sempre que, por razões conhecidas ou desconhecidas, os seus sintomas de tristeza ou raiva eram dolorosos. Começou ainda a usá-la frequentemente para adormecer, sendo activada intencionalmente na terapia, especialmente emparelhada com os momentos mais "duros". A cliente começou assim a ser capaz de construir imagens de bem estar, e esta constatação de que para além de vítima de intrusão de imagens negativas, era também autora deu-lhe um grande conforto, e menos medo de deixar a sua memória ir, porque havia pelo menos algum paliativo. Deste modo utilizamos a capacidade de dissociação que a cliente tinha desenvolvido enquanto estratégia para lidar com o abuso e proteger-se desse impacto, mas agora com a intenção de aumentar a segurança interna. Nesta fase procurou-se ainda aumentar o contacto com a realidade utilizando estratégias de "objectivação" (Gonçalves, 1998) de modo a aumentar o processamento das informações sensoriais especialmente nas situações em que a dissociação poderia ser perigosa para o cliente, como fazer a viagem a pé entre a Universidade e a casa. Simultaneamente servia para apreciar a beleza do "mundo" até aí desconhecido do cliente, o que permitia descentrar dos seus pensamentos e imagens.

Entretanto a cliente começou a perceber a possibilidade de pedir para ser cuidada, e descobriu formas de transmitir ao namorado algumas das suas necessidades ou sensações. Pela

primeira vez pediu-lhe para ele lhe dar a mão porque isso a fazia sentir mais segura e confortável, para ser abraçada, ou coisas tão simples como andar do lado de dentro do passeio, porque também é assim que se deve fazer às crianças. E deste modo em vez de apenas transmitir mal estar que não conseguia explicar, procurou mais activamente ter o que precisava. Surpreendentemente para ela foi a constatação que às vezes estava triste. Se anteriormente apenas percebia que estava mal sem saber como ou porquê as imagens intrusivas lhe eram impostas (alguns autores tem sugerido que as memórias traumáticas são guardadas em áreas sub-corticais e expressas em imagens visuais e físicas, sem controlo da experiência consciente — cf. Walker, 1995), à medida que as emoções foram exploradas e aceites na sessão, ela foi sendo capaz de as transmitir aos outros sentindo-se capaz de lidar com elas e deixou de se sentir tão "aluada". As cores, os cheiros, os espaços, começaram a enriquecer as suas vivências, e as sensações de impotência diminuíram. Por exemplo, quando estava em situações que não pode controlar, já raramente fica paralisada, procurando formas de se ocupar ou mudar algumas condições.

Outras queixas apresentadas no início, como a solidão, a insegurança e impotência e a dificuldade na relação com o namorado começaram portanto a resolver-se e foi assim que numa sessão disse "Agora quero falar do que me aconteceu durante aqueles anos". Estava pronta! Mas numa atitude típica de protecção e cuidado dos outros, questionou-se sobre o direito dela de partilhar connosco coisas que eventualmente nos iriam perturbar. Se acerca da obrigação sentida na infância de tomar conta do pai e da mãe lhe tinha sido afirmado que os adultos quando precisam de ajuda devem procurá-la noutros adultos e não nos filhos crianças, neste caso foi-lhe igualmente lembrado que ela estava ali para ser cuidada, e assegurado que nós tínhamos meios para isso. Passou-se assim a uma outra fase da terapia.

Integração das experiências traumáticas

Durante a primeira fase da terapia, especialmente centrada no estabelecimento de relação e estabilização de sintomas essencial na construção de condições para as fases seguintes, ficou claro que o medo e dor emocional associado ao abuso era ainda demasiado forte. De um modo especial verificou-se o cuidado de justificar ou desculpar a mãe, desvalorizando as suas necessidades como filha e criança, e frequentemente acusando-se implicitamente por alguma da experiência abusiva.

Sentimos por isso a necessidade de realizar alguma reformulação e restruturação cognitiva de modo a que a cliente compreendesse a informação antes confusa e ditada pelos pais, diminuindo assim a culpa.

O nosso papel foi dar voz à criança, a responsabilidade foi colocada no abusador, e em quem não lhe deu o apoio emocional ou protecção apropriada. De uma forma afirmativa foi-lhe transmitida a ideia de que procurar carinho e afecto é normal nas crianças, e o que não era normal era o comportamento do pai. De modo a preservar aquilo que tinha recebido do pai (a

única figura cuidadora), foi construída a imagem de uma caixa onde a cliente "guardou" o pai bom, de modo a poder enfrentar as suas piores características.

Nesta fase alguns pesadelos centrados na vivência daquele ano em que tentou fazer-se acreditar começaram a tornar-se frequentes. No início o pesadelo diário envolvia a presença de toda a família, mas todos estavam à mesa do lado do pai, e ela estava só, do outro lado, porque ninguém a acreditava. O pai pedia a um irmão para ir buscar a faca com que a mataria, e o irmão anuía. Quando contou o pesadelo, este foi reactivado na sessão, de modo a que ela pudesse dizer o que queria e ser ouvida e acreditada. O pesadelo nunca mais voltou a ser o mesmo, mas agora, e mais uma vez repetidamente, acordava todos os dias assustada porque estava só com o pai, começava uma luta e ele atacava-a. Pelo menos agora eram só eles os dois, mas ela não podia fazer nada para se defender. Mais uma vez o trabalho com este pesadelo obrigou a considerar as suas necessidades enquanto criança, especialmente ser amada e protegida. Isto levou à manifestação de uma grande raiva, mas pela primeira vez, e usando a cadeira vazia, a cliente foi capaz de acusar o pai de tudo, e afirmar-lhe que ele não tinha o direito de fazer o que fez porque ela gostava dele, precisava dele, e ele traiu-a. Afirmou, convicta, que ele era mentiroso e que, contrariamente ao que ele lhe dizia, agora acreditavam nela. O pesadelo seguinte era revelador de um novo equilíbrio de poder. Ainda estavam à luta, mas quem caía era o pai, e ela podia atacá-lo espetando a faca na perna dele. Escolheu não o ferir, mas o facto de ter poder para escolher deu-lhe uma grande força.

O trabalho em relação à mãe foi também extremamente importante. A cliente sempre a cuidou e preocupou-se com ela, sem esperar algo em troca, e sempre desculpabilizou a mãe pela distância mantida. Quando procuramos que atendesse às suas necessidades enquanto criança, um pesadelo em relação à mãe tornou-se presente: a mãe a dar-lhe uma bofetada, e ela a responder meigamente: "dá do outro lado", à espera que a mãe escolhesse não dar. Este teste era bem amargo, porque acordava todos os dias a acreditar que a mãe lhe ia dar de facto outra bofetada. Também aqui, e por imaginação guiada, procuramos que a cliente encontrasse outra forma mais apropriada de pedir à mãe para a respeitar e cuidar dela. Por isso a frase "dá do outro lado", foi substituída por "não me batas mais porque eu gosto de ti e preciso de ti". Curiosamente nesta altura teve um pesadelo em que a mãe não é protectora, mas dessa vez confronta a mãe e acusa-a por não a proteger, demitindo-se do papel que ela e a irmã esperavam de uma mãe. Mais uma vez a tristeza de ter estado sempre só, e a raiva associada à impotência vivida foi expressa e integrada.

Embora este pesadelo não tenha voltado, esta foi das partes da vida da cliente mais difíceis de resolver, continuando a cuidar mais do que ser cuidada.

O objectivo da revivência das memórias traumáticas não é catártico no sentido etimológico grego de "limpar e purificar". Para a pessoa se construir com coerência narrativa tem de se sentir autora de todas as suas memórias, e nas pessoas abusadas ou que passaram por situações muito traumáticas esta integração não se deu devido às emoções intensas com que foram vividas e que a vítima, especialmente quando criança, não tinha meios de integrar. Usando a divisão proposta por Guidano (1991) entre um EU experienciador, e um ME reflexivo

e integrador, defendemos que no trauma o EU experienciou, mas não houve a possibilidade de uma reflexão integradora que desse sentido a essa experiência, mantendo-a assim como um intruso na identidade da pessoa. Ao poder lembrar essas experiências não procuramos a activação fisiológica no sentido da ab-reacção, mas antes emparelhar estas memórias de experiências com emoções menos ameaçadoras que o adulto é agora capaz de integrar, procurando as possibilidades de aceitar a tristeza, ou a raiva como emoções adequadas em relação aqueles em quem confiou, sem se sentir espartilhar. Não pudemos deixar ainda de salientar a possibilidade de encontrar estratégias de coping para a situação e dar sugestões no sentido de que nas próximas vezes que estas imagens se tornem intrusivas, a dor e o sofrimento a elas associados sejam menor.

Nesta situação foi a partir de técnicas de regressão na idade, estabelecendo pontes para o passado, que as situações foram reactivadas, tendo a cliente revivido situações especialmente marcadas pela impotência face a um pai muito mais forte e ameaçador, pelas acusações de que foi vítima sem poder defender-se, e situações em que o abuso não foi completamente consumado, mas a vítima não sabia o que iria acontecer nem tinha meios para se defender. Esta reactivação, quer em estado alterado de consciência - o estado mais próximo do modo como a experiência foi vivida, quer reflectida conscientemente no contexto da relação, foi proporcionando a integração deste ME reflexivo, dando uma continuidade narrativa em que há uma autora, reconciliando as experiências boas e más, e admitindo a reorganização e a reconstrução de significados.

Desenvolvimento pessoal

A última fase da terapia procura o desenvolvimento pessoal, trabalhando a imagem corporal ou a orientação para o futuro, incentivando a tomada de decisão e as escolhas, e consubstanciando o bem estar físico e a relação com os outros.

Neste caso estes objectivos começaram a ser cumpridos desde a segunda fase da terapia, sendo que no final correspondeu a uma sensação da cliente de que tinha vários projectos (quer interpessoais, quer pessoais) para realizar na sua vida. Simultaneamente era mais capaz de tirar prazer das coisas e mais capaz de pedir ajuda; mais capaz de se cuidar e de ser cuidada.

CONCLUSÃO

O projecto de vida que a cliente tinha estabelecido para si há cerca de dez anos era vingar-se de todos os homens. Lembro que quando este projecto deixou de fazer sentido os sintomas de PTSD foram despoletados e a cliente ficou paralisada porque este objectivo não foi substituído por outra projecção viável para o futuro. O nosso trabalho procurou contribuir para que a cliente fosse capaz de integrar nas suas memórias os momentos mais difíceis,

aceitando-os como experiências sobre as quais não teve controlo e das quais foi apenas vítima, fazendo o luto do que tinha perdido na infância ao expressar a tristeza e a revolta pelo que foi perdido, mas encontrando o bem estar suficiente para elaborar projectos para se realizar no futuro.

Por isso, não posso deixar de me lembrar das palavras de Lenore Walker (1995) e que desejo para esta cliente: "viver bem é a maior vingança".

NOTA

1 Tem havido alguma discussão sobre a veracidade dos relatos de abuso sexual, nomeadamente quando perpetrados pelo pai. A investigação recente tem apontado exactamente no sentido contrário, verificando que a maioria das mulheres vítimas de abuso só o relata quando directamente questionada sobre isso (e.g. Briere & Runtz, 1988), e mais de um terço (38%) das mulheres identificadas na infância como vítimas quando entrevistadas 20 anos depois sobre experiências da infância não recorda qualquer tipo de abuso sexual (Williams, 1994, 1995). Estes resultados corroboram a ideia de que a dissociação e a amnésia fazem parte das estratégias utilizadas pelas vítimas.

REFERÊNCIAS

Briere, J. & Runtz, M. (1988). Symptomatology associated with childhood sexual victimization in a non clinical adult sample. *Child Abuse and Neglect*, 12, 51-59.

Brodsky, B.; Cloitre, M. & Dulit, R.A (1995). Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1788-1792

Chu, J. A. & Dill, D.L. (1990). Dissociate Symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 147, 887-891.

Gonçalves, O. (1998). *Psicoterapia cognitiva narrativa, um manual de terapia breve*. S. Paulo, Brasil: Edipsy.

Guidano, V. F. (1991). The self in process: *Toward a post-rationalist cognitive therapy*. New York: Guilford.

Jacobsen, A. & Richardson, B. (1987). Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: evidence of the need for routine enquiry. *American Journal of Psychiatry*,144, 908-913.

Mullen, P. E.; Martin, J.L.; Anderson, J.C.; Romans, S.E. & Herbison, P. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, 721-732.

Palmer, R.L.; Oppenheimer, R.; Dignon, A. Chaloner, D.A. & Howells, K. (1990). Childhood sexual experiences with adults reported by women with eating disorders: An extended series. *British Journal of Psychiatry*, 156, 699-703.

Romans, S.E.; Martin, J.L.; Anderson, J.; Herbison, G.P.& Mullen, P.E. (1995). Sexual abuse in childhood and deliberate self-harm. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1336-1342.

Sanderson, C. (1997). *Counseling adults survivors of child sexual abuse*. Jessica Kingsley Publishers: London.

Scheldrik, C. (1991). Adult sequelae of child sexual abuse. *British Journal of Psychiatry*, 158, 55-62.

Stein, M.B.; Walker, J.R.; Anderson, G.; Hazen, A.L.; Ross, C.A.; Eldridge, G. & Forde, D.R. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders in a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153, 275-277.

Walker, L.E.A. (1995). *Abused women and survivor therapy. A practical guide for psychotherapist*. America Psychological Association: Washington, D.C.

Williams, L.M. (1994). Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1167-1176.

Williams, L.M.(1995). Recovered memories of abuse in women with documented child sexual victimization histories. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 649-673.

SEXUAL ABUSE IN CHILDHOOD: THE RECONSTRUCTION AFTER TRAUMA

Abstract – *Sexual abuse during childhood is an experience that can have a disturbing impact in several areas of life and it is associated to the development of several symptoms. In this paper we present some of the strategies and aims of a psychotherapeutic process with a 22 year-old client, university student, that was a victim of sexual abuse on the part of the father during about eight years. The therapy process with this client was organised in four phases: to hear and to validate the history and the associated emotions; to stabilise the symptoms, to integrate the experience and to promote personal development.*