Análise Psicológica (2008), 1 (XXVI): 47-58

Impacto do exercício de psicoterapia nos psicoterapeutas

EUGÉNIA FERNANDES (*)
ÂNGELA DA COSTA MAIA (*)

FALAR PODE FAZER BEM...
OUVIR PODE FAZER MAL...

Muitas das pessoas que procuram psicoterapia indicam a possibilidade de falar como uma das dimensões mais valorizadas. Não para falar das coisas boas que a vida lhes ofereceu – embora também o façam – mas especialmente para falar dos seus episódios mais difíceis, das emoções mais negativas. Os clientes trazem as suas histórias, que podem ser de dor, de negligência, de crítica, de rejeição, de abuso, de trauma..., contam-nos e faz-lhes bem.

Nas últimas duas décadas tem sido estudado o efeito que tem para o sujeito o acto de falar sobre os acontecimentos negativos e sobre as emoções a eles associados e os mecanismos que podem explicar esse efeito. Salienta-se a necessidade de o ser humano elaborar as suas experiências em forma de discurso, de modo a construir significado, dando-lhes continuidade narrativa (Sarbin, 1986), o que contribui quer para a sua organização cognitiva, quer fisiológica (cf. van der Kolk, 2003). Numa perspectiva narrativa esta é a forma de organizar o fluxo das experiências de vida, uma vez que através da construção narrativa é possível integrar a multiplicidade das ocorrências numa dimensão temporal, não só estruturando-as de forma a dar continuidade ao vivido, mas igualmente permitindo construir princípios e fins, impondo ordem e significado à diversidade (Sarbin, 1986; Polkinghorne, 1988).

Russel e van den Broek (1992) afirmavam que as pessoas organizam, compreendem, armazenam e relacionam experiências importantes das suas vidas através de representações com a forma narrativa. Na nossa perspectiva esta necessidade pode estar particularmente presente quando as experiências são inesperadas, imprevisíveis ou profundamente adversas, como ocorre nas situações de trauma. Estas experiências põem em causa as crenças básicas sobre um mundo previsível, organizado e justo, e a participação de si próprio nessa ordem (Horowitz, 1986), e exigem um esforço de construção de significado que possa ajudar a vítima a reorganizar a si e ao seu mundo, integrando emoções intensas e desorganizadas em elaborações narrativas com que possa construir novos significados. Frequentemente o que a pessoa mais deseja é esquecer (e "esquece-o" de facto em situações de amnésia dissociativa), mas frequentemente as imagens ou memórias do acontecimento transformam-se numa presença permanente com que a pessoa tem de lidar.

A este respeito os trabalhos de Pennebaker podem constituir um bom quadro de referência. Este autor começou em meados dos anos oitenta a realizar

(*) Departamento de Psicologia, Instituto de Educação e Psicologia, Universidade do Minho, Braga, Portugal. E-mail (da primeira autora): eugeniaf@iep.uminho.pt

estudos sobre o efeito da escrita sobre acontecimentos emocionalmente difíceis em comparação com a escrita sobre temas inócuos, tendo constatado que a oportunidade de escrever sobre momentos difíceis e as emoções negativas associadas estava relacionada com efeitos positivos a nível do bem-estar. Este efeito positivo é visível não só a nível da saúde psicológica como a nível do funcionamento fisiológico, sendo até estes resultados mais firmes e consistentes (cf. Smith & Pennebaker, 2001, para uma revisão). Por exemplo, escrever e falar sobre acontecimentos negativos e as emoções associadas revelaram ter um efeito positivo sobre o funcionamento do sistema imunitário (Petrie, Booth & Pennebaker, 1998).

A ideia base do modelo de Pennebaker é que, ainda que a inibição seja adaptativa e saudável, este processo é desadaptativo quando a pessoa tem histórias de vida que lhe foram difíceis, deseja ou precisa falar sobre elas, mas não tem condições para o fazer. Neste caso a inibição torna-se um processo activo, que pode ser mais ou menos consciente e esforçado de modo a pôr de parte pensamentos, comportamentos ou emoções. A inibição pode exigir trabalho e esforço, provocar ansiedade e ameaçar a saúde. Assim, e como referem Harber e Pennebaker (1992), a pessoa fica num paradoxo: a presença destas memórias é psicologicamente perturbadora, mas a sua supressão constitui uma ameaça à sua saúde uma vez que segundo Pennebaker (Pennebaker, 1989; Pennebaker, Colder & Sharp, 1990) este trabalho de continuamente "trazer para trás" – a restrição de pensamentos, sentimentos e comportamentos, para além de impedir o processamento da experiência e aumentar a interferência cognitiva nas tarefas quotidianas, é um trabalho fisiológico que implica actividade do sistema nervoso autónomo, sistema nervoso central nas regiões do septo e hipocampus (áreas relacionadas com a inibição), e nas áreas corticais. Se a inibição ocorrer por períodos de tempo muito longos conduz a mais perturbações emocionais, episódios de doença e dificuldades imunológicas. A este respeito Pennebaker salienta os resultados dos estudos com sujeitos com estilo de personalidade mais inibido que mostram que eles têm mais problemas de saúde e sono, elevação de cortisol, etc., e Pennebaker (1989) verificou que os sujeitos que tiveram um trauma na infância sobre o qual não puderam falar têm mais probabilidade de ficar doentes.

Por outro lado, as pessoas que não podem falar pensam mais vezes, sonham mais e mantêm as memórias das experiências traumáticas mais tempo activas. A este propósito, um estudo realizado com soldados da Segunda Guerra Mundial que participaram em testes secretos de gás mostarda mostrou que aqueles que foram impedidos de falar desenvolveram mais perturbação de stress pós-traumático (PTSD) (Schnurr, Ford, Friedman, Green, Dain, & Sengupta, 2000). Um outro estudo sobre as experiências inesquecíveis em pessoas com depressão clínica grave revelou que as histórias lembradas eram episódios de vida negativos, que tinham ocorrido há mais de quinze anos, sobre os quais muitos dos sujeitos nunca tinham tido a oportunidade de falar (Maia, 1998).

Ainda que alguns sujeitos escolham não falar, ou outros não o façam devido a um estilo de personalidade repressivo, alguma investigação tem mostrado que há razões sociais para não partilhar algumas experiências adversas. Investigação revista por Harber e Pennebaker (1992) mostra que frequentemente as vítimas de situações traumáticas verificam que os interlocutores saltam de assunto, dão a sua própria opinião sobre o trauma ou evitam o contacto com a vítima, o que mostra bem como ouvir também é difícil. Algumas situações como as que enumeramos a seguir, pelas suas características, podem dificultar a expressão:

1 - Histórias de violência, negligência, abandono, abuso sexual e mau trato dentro da família de origem ou no casal; ou situações condenadas socialmente como fazer um aborto. A revelação destas situações torna-se difícil pela necessidade sentida de proteger a família, por vezes o próprio perpetrador, ou pela vergonha, embaraço ou culpa a que podem estar associadas...
2 - Situações em que os sujeitos querem falar, mas poucas pessoas estão disponíveis para ouvir: por exemplo, pais que perderam um filho, pessoas que têm doenças crónicas ou incapacitantes ou que podem levar à morte queixam-se que os outros não os querem ouvir falar sobre isso (cf. Lehman, Wortman & Williams, 1987). Uma das razões é porque é de facto perturbador ouvir acerca das emoções negativas dos outros.
3 - Situações em que várias pessoas estão envolvidas numa experiência negativa, um grupo ou parte da população, pelo que as pessoas à volta do sujeito estão a lidar com as suas

> próprias experiências e emoções negativas e por isso estão indisponíveis para ouvir os outros. A este respeito o que aconteceu trinta dias depois de um terramoto na zona de S. Francisco, é bem ilustrativo. Nessa altura surgiram umas t-shirts com os dizeres "obrigado por não partilhar comigo a sua experiência do terramoto". Um estudo feito nesta fase mostrou que as pessoas continuavam a ter vontade de falar, mas cada vez tinham menos pessoas disponíveis para as ouvir (Pennebacker & Harber, 1990, cit. por Harber & Pennebaker, 1992).

Uma reflexão sobre estas situações leva-nos directamente à experiência da psicoterapia. Muitas vezes os clientes depositam nos terapeutas as histórias que nunca tinham conseguido partilhar com mais ninguém, nem aos amigos mais íntimos. Por vezes essas histórias já tinham sido contadas, mas a psicoterapia constitui o primeiro contexto em que é possível expressar as emoções mais negativas acerca dessas histórias, enquanto simultaneamente é construído um novo significado através da elaboração narrativa. Este aspecto é extremamente relevante atendendo a que alguns estudos têm mostrado que quando se dá oportunidade de contar experiências negativas, impedindo a expressão emocional, o efeito pode ser especialmente perturbador, demonstrado pelo aumento nas doenças físicas (McClelland, 1979, cit. in Pennebaker, Hughes & O'Heeron, 1987).

A psicoterapia eficaz torna-se assim um contexto relacional seguro em que não só são abordados os temas mais difíceis da existência dos clientes, como é em si própria um espaço de expressão e experienciação do sofrimento.

Estudos sobre a experiência da psicoterapia têm mostrado que os clientes tendem a valorizar na psicoterapia aspectos como: ser ouvido, ser aceite, ser compreendido, qualidades da relação terapêutica que lhes dá permissão para falar do que antes não foi possível e lhes permite explorar e elaborar emoções, pensamentos e significados alternativos em relação a esses episódios. Esta possibilidade de explorar e experienciar sentimentos e elaborar significados pessoais são dimensões igualmente valorizadas pelos clientes. Por seu lado, os estudos de eficácia apontam para o efeito positivo da qualidade da relação terapêutica, onde é possível o processamento emocional relativo a situações negativas não resolvidas (cf. Raue & Goldfried, 1994; Watson & Greenberg, 1994; Bohart, Elliott, Greenberg, Watson, 2002).

O efeito benéfico do comportamento de relatar quer oralmente quer por escrito os acontecimentos de vida perturbadores e as experiências emocionais associadas tem sido atribuído a diferentes factores. Por um lado, o relato repetido das experiências favorece a percepção gradual de diferentes partes da experiência, bem como a habituação a expressão e vivência emocional. Um outro efeito é permitir o reconhecimento público do impacto dos acontecimentos, o que impede a continuidade do comportamento de inibição. Deste modo os acontecimentos traumáticos assumem outro significado e enquadramento na narrativa pessoal.

Mas, simultaneamente comunicar estas experiências exige seguir uma determinada estrutura e organização quer gramatical, quer temporal, uma estrutura narrativa. Nesta perspectiva, as pessoas precisam de representar esquematicamente as suas experiências (Russel & van den Broek, 1992), utilizando "marcadores" que ajudam nessa organização. Mandler (1984) propôs a gramática narrativa como a "estrutura" a que obedece a elaboração das experiências vividas (contexto; acontecimento precipitante, respostas internas, objectivo, acções, resultado, fim), e Chafe (1990) refere-se aos elementos que compõem as narrativas como uma evidência de que a mente requer alguns tipos de informação para funcionar (espaço, tempo, contexto social, acontecimento a decorrer). Assim, como salienta Bruner (1986) a narrativa permite estabelecer ordem e sequência, e falar e contar aos outros é uma forma de as alcançar. Esta dimensão é extremamente importante no caso de experiências traumáticas uma vez que, como salienta van der Kolk (2003), os sintomas de activação e as memórias que existem em quem desenvolve PTSD são desprovidas desta dimensão temporal, a intrusão pode acontecer em qualquer momento e, por isso, invadem a vivência do sujeito numa forma imprevisível e não integrada na sequência de vida. Estudos realizados por van der Kolk e col. (van der Kolk & Fisler, 1995; van der Kolk, Hopper & Osterman, 2001; van der Kolk, Bessel, Burbridge & Suzuki, 1997) verificaram que as memórias de acontecimentos traumáticos têm poucos elementos narrativos, com dimensões sensoriais e motoras isoladas. Dados recentes a nível da psicobiologia da forma como são organizadas estas memórias traumáticas (cf. van der Kolk, 2003) podem ajudar a compreender os resultados destes estudos e a impor-

tância de elaborar discursivamente essas experiências. Estudos da neuroimagem de pessoas com PTSD utilizando Tomografias de Emissão de Positrões verificaram que, quando expostos a narrativas das suas experiências traumáticas, os sujeitos que desenvolveram PTSD mostram uma activação do hemisfério direito, especialmente as estruturas relacionadas com a activação emocional, a memória sensorial e motora, mas uma diminuição do funcionamento do hipocampus, que tem funções de organizar a experiência no espaço e no tempo, e da área do lobo frontal inferior (área de Broca), responsável pela elaboração da linguagem. Por isso, como o autor que temos vindo a citar conclui, é importante que a terapia permita que o cliente perceba que "a experiência tem um princípio, um meio e um fim, e que o acontecimento pertence agora à sua história pessoal" (van der Kolk, 2003, p. 189).

Em suma, o comportamento de relatar e partilhar as experiências significativas a outros tem sido considerado uma estratégia importante para lidar com elas, que falta a muitas das pessoas que procuram a psicoterapia. Não se pretende que a psicoterapia substitua os outros significativos e os grupos de suporte, mas ela poderá ser, também, um catalizador do desenvolvimento do suporte social e dessa forma favorecer a diminuição dos comportamentos de inibição ou repressão emocional, conduzindo à organização e assimilação da experiência, e a melhorar a compreensão e construção de significado.

Se na psicoterapia há espaço privilegiado para alguém falar, há também alguém que ouve e este ouvir pode fazer mal.

Considerando a presença do psicoterapeuta enquanto pessoa no contexto da psicoterapia, com a sua inerente dimensão histórica e social, temos de equacionar a possibilidade de muitas das suas memórias contarem as suas histórias de criança, adolescente, adulto, homem, mulher. No contexto da relação de ajuda, o seu ouvido atento ao cliente exige que as histórias do terapeuta fiquem geralmente caladas, em especial se se trata de vozes magoadas, vozes tristes, vozes frágeis e impotentes, que num contexto de co-construção terapêutica são de novo activadas, mas não podem ser expressas. É sobre o impacto da psicoterapia na pessoa do psicoterapeuta, uma dimensão que alguns autores consideram ter sido negligenciada na investigação em psicoterapia, que nos propomos escrever de seguida.

Concretamente diferenciamos o modo como este impacto se faz sentir, a três níveis: 1) o facto de o terapeuta também ser uma pessoa com uma história de vida e memórias que podem ser activadas a qualquer momento; 2) o facto de o exercício de psicoterapia implicar a tarefa de lidar com o sofrimento do cliente, e às vezes a impotência para o atenuar; 3) o facto de na sua actividade ser exposto a histórias potencialmente traumáticas que lhe são trazidas pelos clientes.

1) O psicoterapeuta também é uma pessoa

Enquanto pessoa, o psicoterapeuta também tem histórias, que podem ser de abandono, negligência, perdas, violência e mesmo mau trato, tal como atestam alguns estudos acerca da história de vida dos psicoterapeutas e que têm mostrado que existe entre este grupo profissional uma percentagem significativa de pessoas que vivenciaram acontecimentos bastante negativos durante a infância e adolescência. Entre estes acontecimentos contam-se a perda de pais, inversão de papéis, indisponibilidade emocional; criticismo e rejeição; abuso sexual e físico. Em relação a acontecimentos de perda precoce em profissionais de ajuda, Fussel e Bonney (1990), num estudo em que comparavam as experiências precoces de médicos e psicoterapeutas, verificaram que os psicoterapeutas relatam significativamente mais história de ausência parental devido a morte, doença prolongada separação ou divórcio, do que os médicos. No mesmo estudo verificou-se que os psicoterapeutas avaliam de forma significativamente mais negativa os conceitos de família, pai e mãe do que os médicos, experienciam também mais inversão de papéis, mais comunicação ambígua com a família e menos felicidade na infância que os médicos. Elliott e Guy (1993) encontraram que os psicoterapeutas relatavam níveis mais elevados de alcoolismo parental, hospitalizações psiquiátricas de pais, morte de familiares e disfuncionamento familiar, quando comparados com outros profissionais. Os mesmos autores salientam as percentagens elevadas de acontecimentos de perda grave (82%), comportamentos parentais inadequadas (61%), indisponibilidade emocional (25%), criticismo e comportamentos intrusivos (44%), respostas não empáticas (29%), rejeição pela mãe (23%), doença grave em criança (53%), doença grave da mãe (47%), ausência do pai (36%), mudanças traumáticas em casa (36%), outras perdas precoces ou acontecimentos traumáticos (38%), nos relatos dos psicoterapeutas. Para além de con-

textos familiares disfuncionais, vários estudos verificaram que uma percentagem considerável de terapeutas viveu experiência de abuso físico e sexual. Pope e Feldman-Summers (1992) num inquérito nacional realizado a 500 psicólogos clínicos (250 mulheres e 250 homens) verificaram que das 58% de respostas obtidas, cerca de 33,1%, por referência as vivências da infância ou adolescência, relatava alguma experiência de abuso físico ou sexual, sendo abuso sexual por familiares próximos, o mais relatado (13,8%). Neste mesmo estudo, na amostra de participantes que relataram abuso, 69,93% eram mulheres e 32,85% eram homens. Valores semelhantes foram referidos por Sandersen (1997) que verificou que 33% dos profissionais de psicologia relatam abuso sexual. Em comparação com outros profissionais, Elliott e Guy (1993) verificaram que os psicoterapeutas relatavam níveis mais elevados de abuso sexual e físico.

Procurando compreender esta tão elevada percentagem de pessoas com histórias adversas entre os terapeutas, Burton e Topham (1997) sugerem que as pessoas que sofreram de grandes perdas na infância ou experiências de trauma, podem estar predispostas para seguirem profissões de ajuda.

Em suma, a investigação sugere que as histórias de desenvolvimento adversas não são raras entre os psicoterapeutas e, como veremos de seguida, quando o terapeuta está no exercício da sua profissão esta sua história pode ser activada. Num estudo realizado por Fernandes (2001) a propósito das memórias do terapeuta, a autora conclui que em geral os terapeutas recordam as suas histórias pessoais enquanto o cliente fala sobre as suas histórias de vida. Se por um lado esta interacção mnésica no contexto da psicoterapia pode ser útil na compreensão das experiências e acontecimentos de vida que o cliente relata, por outro alerta-nos para a possibilidade de a psicoterapia ser uma fonte de exposição e re-traumatização do próprio psicoterapeuta quando as recordações activadas remetem para histórias de abandono, negligência, perda, maus-tratos ou violência, e nem sempre resolvidas.

Se no contexto da psicoterapia as memórias do terapeuta podem ser activadas, este é um contexto em que o terapeuta não pode falar sobre as suas memórias perturbadoras. Resta ao terapeuta reprimir as suas próprias memórias e inibir a respectiva expressão emocional, o que impede a sua elaboração. Para fazer face à sua própria perturbação, o terapeuta pode ser levado a evitar a exploração de alguns temas trazidos pelo cliente, como uma forma de se proteger da activação de uma memória com que não está capaz de lidar.

2) Confrontar e lidar com o sofrimento dos clientes

Para além de um conjunto de factores comuns a outras profissões identificadas como sendo de risco para o desenvolvimento de stress ocupacional (e.g. aspectos organizacionais), os profissionais de ajuda, como são os psicoterapeutas, acumulam um outro factor, o custo de cuidar inerente à tarefa de falar e ouvir directamente os clientes (Sabin-Farrell & Turpin, 2003). O trabalho com o cliente pode trazer o contacto com histórias difíceis que, muitas vezes, ilustram o quanto o ser humano pode ser cruel ou o sofrimento pode ser injusto. Os relatos de clientes com histórias de trauma confrontam o terapeuta com os abusos de poder e de confiança, falta de segurança e impotência das vítimas. O choque com esta informação pode gerar demasiada preocupação com o conteúdo traumático ouvido, sobrecarregando e impedindo a sua organização de um modo coerente com o próprio self do terapeuta.

Muitas destas situações podem dar origem a sensações de impotência, quando o terapeuta confronta situações de limite no cliente, que desafiam os limites da sua própria competência para oferecer cuidado paliativo e diminuir o sofrimento do cliente. Em algumas destas situações, o sofrimento percebido como insuportável está relacionado com história de ideação ou tentativas de suicídio, sendo ainda possível que façam parte da realidade do processo terapêutico a ocorrência de tentativas de suicídio ou suicídios consumados. Na prática, para além da tarefa de lidar com a angústia ou sensação de impotência, estas situações podem conduzir a perda do cliente pela morte deste.

Por outro lado, devido à necessidade de evocar situações extremamente dolorosas, pode fazer parte do processo a utilização de algumas estratégias terapêuticas que podem em si aumentar, ainda que transitoriamente, o sofrimento e sintomas do cliente, fazendo com que o terapeuta se sinta responsável por algum do sofrimento experienciado na terapia.

O envolvimento prolongado com experiências pessoais exigentes, a contínua exposição ao sofrimento e aos limites na sua actuação enquanto profissional, pode causar no psicoterapeuta exaustão emocional, física e mental. Esta experiência, conhecida como

burnout do psicoterapeuta, pode tornar-se progressivamente pior, assumindo por vezes níveis que se tornam difíceis de suportar e que interferem com a eficácia do seu trabalho. Há estudos que apontam para percentagens elevadas de sintomas de *burnout* nos psicólogos. Por exemplo, os resultados de um estudo realizado em Portugal sugerem que 27% dos psicólogos exibem sintomas de exaustão emocional (Gomes & Cruz, 1999).

Se o terapeuta negligencia o seu bem-estar, procurando a todo o custo aguentar a sobrecarga do sofrimento dos seus clientes, esse custo pode ser demasiado e hipotecar a própria psicoterapia. A percepção de alguma incompetência em si próprio, o evitamento de temas que gerem ansiedade, medo ou outros sentimentos difíceis de gerir pelo próprio terapeuta, podem-no trair, levando-o ao evitamento de certos assuntos ou tarefas necessárias a evolução da terapia. De facto uma das formas de lidar com esta informação difícil e dissonante é muitas vezes criar distância, dissociando de si próprio e do impacto vivido, assim como do próprio cliente. A necessidade sentida pelo terapeuta para cancelar consultas, chegar atrasado ou pouca vontade de se envolver, ou a maior intolerância às reacções do cliente, podem ser sinais da sobrecarga emocional ou de algum sentido de ineficácia que tornam difícil a resposta apropriada do terapeuta, mas que pode facilmente activar no cliente um certo sentido de distância e desinteresse. A indisponibilidade emocional do terapeuta em momentos cruciais do processo terapêutico pode assim, prejudicar no cliente o sentido de estar a ser cuidado e compreendido. No pólo oposto, e por se sentir dominado pelos problemas, o terapeuta pode agir com excessiva proximidade e emaranhamento relacional, prejudicando o processo terapêutico.

Assim, a necessidade de protecção do próprio self leva a que, frequentemente, os terapeutas usem mecanismos para lidar com o material doloroso, seja o sobreinvestimento no trabalho e no trauma, seja a negação, a intelectualização, o isolamento do afecto e a dissociação (Peralman & Saakvitne, 1995; McCann & Pearlman, 1999) assumindo um estilo de interacção, consigo e com os outros, mais cínico e hipervigilante. Não podemos, pois, deixar de dar atenção aos efeitos negativos e a possibilidade de a psicoterapia ser uma profissão de risco, especialmente entre aqueles que já eram vulneráveis.

3) Ouvir histórias traumáticas pode ser traumatizante

A literatura a propósito da relação entre ouvir e ajudar clientes com história de trauma e os efeitos no próprio terapeuta tem evidenciado alguma inconsistência suportada pelos resultados da investigação empírica (Edelwich & Brodsky, 1980; Herman, 1992; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Esta inconsistência reflecte a diversidade de termos usados para nomear o impacto nos terapeutas da exposição ao relato de histórias potencialmente traumáticas dos clientes. Os conceitos de trauma secundário e trauma vicariante têm sido usados para referir especificamente as reacções dos clínicos aos relatos de acontecimentos traumáticos experienciados pelos seus clientes, sendo portanto específicos daqueles que trabalham com sobreviventes de trauma (Jenkins & Baird, 2002; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Se alguns autores os usam de modo indiscriminado, outros preferem distinguir em função da especificidade do curso e natureza das reacções que os caracterizam. Traumatização vicariante tem sido definida como o efeito negativo de um processo cumulativo de escuta empática com as experiências traumáticas de clientes, no contexto de relações terapêuticas com vítimas (McCann & Pearlman, 1999; Pearlman & Maclan, 1995; Miller, 1998; Sabin-Farrell & Turpin, 2003). Este efeito tem sido associado a mudanças cognitivas resultantes de um questionamento sobre a visão do próprio self e do mundo, com uma consequente reformulação da identidade profissional. É neste sentido que nos referimos ao impacto, no terapeuta, de ouvir continuamente histórias difíceis, e do que elas provocam na existência dos clientes.

Alguns estudos empíricos têm contribuído com alguma evidência para compreender o trauma vicariante entre os profissionais que ajudam populações traumatizadas. Um estudo de Pennebaker, Colder e Sharp (1990, cit. por Harber & Pennebker, 1992) ilustra o impacto que ouvir histórias difíceis pode ter a curto prazo. Neste estudo verificou-se que ouvir histórias de sobreviventes do holocausto levou ao aumento do ritmo cardíaco e da resposta galvânica da pele, concluindo-se que se quem falava melhorava, quem ouvia piorava. Também Danieli (1988) investigou o impacto de ouvir histórias do holocausto, mas neste caso nas respostas emocionais dos psicoterapeutas, tendo encontrado um largo leque de reacções emocionais à escuta das histórias dos sobreviventes. Estas reacções incluíam culpa, raiva,

vergonha e horror, sentido de perda, e incapacidade para conter emoções intensas. O mesmo autor verificou que os psicoterapeutas usavam alguns mecanismos de defesa como o evitamento, a negação e o desleixo com o papel profissional, deixando transparecer como é difícil e exigente, quer do ponto de vista pessoal quer profissional, lidar com estes relatos.

Estudos qualitativos (Schauben & Frazier, 1995) sobre o impacto do trabalho com clientes com histórias de abuso mostraram que os psicoterapeutas tinham dificuldade no estabelecimento de fronteiras, na construção de confiança e em ajudar o cliente a lidar com as emoções sobre o abuso. Os mesmos estudos sublinhavam a longa duração destes processos terapêuticos associada à progressiva dificuldade do terapeuta em lidar com os seus próprios sentimentos negativos em relação ao abuso. Crothers (1995) num estudo com terapeutas de mulheres vítimas de abuso sexual, verificou que as terapeutas relatavam respostas afectivas como raiva e frustração, assim como diminuição na energia, perturbações do sono e queixas físicas. Um terço destas terapeutas relatou sintomatologia de stress traumático: intrusões, aumento da vigilância relacionada com a segurança de si e dos outros, e dificuldades em confiar. Quando questionadas sobre mudanças cognitivas, referiam aumento dos sentimentos de vulnerabilidade, mudanças na forma como perspectivavam o mundo, e na sua identidade. Face a estes estudos, podemos concluir que os psicoterapeutas se enquadram no grupo de profissionais que, pela natureza do seu trabalho, podem ter acesso a histórias dramáticas, estando por isso em risco de desenvolver um processo de traumatização vicariante.

Mas se alguns psicoterapeutas sofrem este custo no decorrer do seu trabalho com vítimas de trauma, outros são o testemunho de como é possível, apesar de todo o envolvimento e confronto com o sofrimento dos clientes, manter-se equilibrado e eficaz nestas situações. Isto leva-nos a considerar as variáveis que podem moderar o efeito negativo e contribuir para a resiliência.

FACTORES MEDIADORES DO DESENVOLVIMENTO DE TRAUMA VICARIANTE OU SECUNDÁRIO

O impacto da exposição cumulativa ao trauma vivido pelos clientes é mediado por características do próprio terapeuta, bem como por alguns factores do processo e da relação terapêutica.

Se por um lado algumas características pessoais do terapeuta são relatadas na literatura como variáveis protectoras e promotoras da sua competência face a um trabalho tão exigente, como o é o trabalho com vítimas de abuso, violência ou de outros acontecimentos potencialmente traumáticos, por outro lado, outras características são mais responsáveis pelo custo deste trabalho e aumentam a vulnerabilidade do terapeuta para o desenvolvimento de sintomatologia de stress relacionada com trauma.

Entre as características do terapeuta mais enunciadas na literatura estão a história de trauma do próprio terapeuta, o género, o trabalho de longa duração com casuística de trauma e a experiência e competência profissional do terapeuta (Miller, 1998).

A história pessoal de trauma pode ser um factor de risco para o desenvolvimento de sintomas face à exposição a histórias de trauma do cliente. Se as experiências de trauma não resolvidas do terapeuta podem ser activadas pela sua exposição aos relatos de traumas semelhantes por parte dos clientes, constituem também um dos factores altamente preditores de sintomas nos terapeutas (Miller, 1998; Ghahramanlou & Brodbeck, 2000). Neste sentido a literatura aponta para valores de trauma vicariante consistentemente superiores no grupo de terapeutas com história pessoal de trauma quando comparados com outro grupo de terapeutas sem história de trauma (Pearlman & Madan, 1995).

Em relação ao género, os estudos têm apontado para uma maior vulnerabilidade das terapeutas mulheres para o desenvolvimento de sintomatologia de trauma vicariante (Hayes, Gelso, Van Wagoner & Diemer, 1991). Esta maior fragilidade associada ao género feminino é consistente com a investigação recente que o identifica como uma variável que aumenta a vulnerabilidade para o desenvolvimento de sintomas após a exposição a adversidades (Tolin & Foa, 2006).

O trabalho de longa duração com problemáticas de trauma tem sido identificado como uma das variáveis preditoras de sintomas no terapeuta, apresentando-se negativamente relacionado com dimensões como a autoconfianca, e auto-estima do terapeuta (Pearlman & Maclan, 1995; Ghahramanlou & Brodbeck, 2000). No entanto, alguns estudos sugerem que os terapeutas com menor tempo de exposição a relatos e experiências de trauma nos

clientes estão mais vulneráveis a trauma vicariante. Algumas explicações adiantadas para este fenómeno, relacionam-se com o facto de os terapeutas mais frágeis do ponto de vista pessoal desistirem rapidamente deste trabalho, levando a que eventualmente sejam os mais resilientes a manter-se no trabalho com estas populações. Por outro lado, os terapeutas com mais experiência têm tendência para continuar a procurar formação e supervisão, o que lhes permite ganhar recursos para reduzir a adversidade face às experiências de stress e aumentar a competência profissional (Miller, 2002). Assim, a competência do terapeuta parece exercer um efeito amortecedor do impacto negativo da exposição cumulativa a histórias terríveis, apesar de poder ser resultante de um trabalho prolongado com problemáticas de trauma nos clientes.

Alguns autores têm sublinhado que os terapeutas competentes têm tendência para serem mais capazes, não só de serem empáticos e responsivos às necessidades dos clientes com histórias difíceis, como também serem capazes de estabelecer fronteiras entre si enquanto pessoa, e o seu cliente. Estes terapeutas são capazes de perceber as suas necessidades, identificar o impacto da sua própria história e diferenciar estes factos das necessidades dos seus clientes, conseguindo deste modo maior eficácia na forma como lidam com as histórias dos clientes e com o impacto em si, enquanto terapeuta e pessoa (Hayes, Gelso, Van Wagoner & Diemer, 1991; Figley, 1995). A este propósito Fernandes (2001) verificou que os terapeutas menos experientes eram mais perturbados pelo processo narrativo dos seus clientes, sendo menos eficazes na gestão da emergência das suas próprias memórias enquanto ouviam os seus clientes. Podemos antecipar que a dificuldade na gestão da activação mnésica por parte de terapeutas menos experientes, associada a uma história pessoal de trauma, poderá dificultar a sua eficácia e competência no lidar com as histórias difíceis dos clientes.

Para além das características do terapeuta, a própria interacção terapêutica envolve alguns factores que poderão ser responsáveis pela resposta de trauma vicariante. Entre os factores mais referidos na literatura contam-se os inerentes à qualidade da relação terapêutica e as condições necessárias para uma relação de ajuda eficaz (Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

A nossa experiência, quer enquanto terapeutas quer enquanto supervisoras, mostra-nos que não é raro que um terapeuta que ouve frequentemente histórias de trauma responda com impotência e manifeste emoções negativas que ele observa ou percebe no próprio cliente. Este processo de identificação e contra-transferência fragiliza as respostas do terapeuta às necessidades do cliente, e cria vulnerabilidade no próprio terapeuta quer a nível profissional, quer a nível pessoal. O terapeuta sente-se frequentemente menos eficaz, o que potencia acções menos adequadas do ponto de vista terapêutico, como por exemplo o desenvolvimento de cumplicidades, emaranhamento ou distância relacional. Por outro lado, a nível mais pessoal, o terapeuta fica mais vulnerável ao desenvolvimento de sintomatologia de trauma vicariante, como por exemplo a diminuição da autoprotecção, o questionamento das suas próprias crenças e por consequência o desafio da sua própria identidade. Se por um lado a fragilidade pessoal vulnerabiliza o terapeuta, este ao deixar-se envolver num ciclo interpessoal desadaptado com o cliente corre o risco de não se aperceber do prejuízo para o processo de ajuda (Herman, 1992; Peralman & Saakvitne, 1995; Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

A empatia é um outro factor do processo terapêutico que tem sido referido na literatura como estando envolvido no desenvolvimento do trauma vicariante. A competência empática do terapeuta é essencial para ajudar o cliente a sentir-se compreendido e favorecer o seu confronto com os acontecimentos vividos, assim como favorecer o reequilíbrio pessoal, voltando a confiar em si e no mundo. No entanto, o envolvimento empático com os sentimentos associados às experiências de trauma do cliente, e esta experiência emocional sincrónica associada a um baixo nível de autoconsciência dessas emoções podem desafiar a perspectiva do terapeuta face a si próprio e face ao mundo, tornando-o vulnerável ao desenvolvimento de trauma vicariante (Sabin-Farrell & Turpin, 2003).

Em suma, ouvir histórias terríveis, sobre as quais o terapeuta não tem controlo ou em relação às quais se percebe sem poder, pode perturbar o terapeuta e desafiá-lo a mudar a sua perspectiva sobre o mundo e sobre os seus valores. Mas, ò reconhecimento do risco que este impacto representa não pode fazer esquecer as dimensões positivas que estão potencialmente envolvidas no trabalho psicoterapêutico.

IMPACTO POSITIVO DA PRÁTICA DA PSICOTERAPIA

Se por um lado podemos testemunhar, a partir

da nossa prática enquanto terapeutas e enquanto supervisoras, os resultados da investigação sobre o impacto negativo que a prática da psicoterapia pode ter na saúde e bem-estar do terapeuta, não podemos esquecer que é também no confronto com o relato das histórias dos nossos clientes, sejam elas mais leves ou mais dolorosas, que a flexibilidade pessoal e profissional do terapeuta é desafiada e potenciada. A este propósito, por exemplo Crothers (1995), mostrou que o efeito do trabalho com vítimas de trauma nem sempre é relatado de um modo negativo e prejudicial para o terapeuta. No seu estudo, os psicoterapeutas relataram efeitos positivos relacionados com uma maior clarificação da sua identidade, uma maior apreciação dos clientes e das suas potencialidades e um maior questionamento da vida e dos valores.

Assim, consideramos que ouvir as histórias dos outros pode também constituir uma oportunidade para o desenvolvimento do próprio psicoterapeuta, quer enquanto pessoa, quer enquanto profissional. No assumir do seu estatuto social enquanto agente de mudança, o próprio terapeuta não escapa ao impacto deste movimento, do qual é conveniente que tome consciência e o assuma, tal como sugere a investigação empírica focada na compreensão do desenvolvimento do terapeuta.

Num estudo efectuado sobre o desenvolvimento dos terapeutas, Orlinsky e colaboradores (1999) mostraram que o contexto e a prática da psicoterapia criam oportunidades de mudança para o próprio psicoterapeuta, sublinhando os movimentos de mudança positiva, ao longo da carreira. Entre outros resultados, este estudo mostrou que grande parte (60%) dos psicoterapeutas se percebiam como tendo mudado ao longo da sua prática, e entendiam esta mudança no sentido do progresso. Algumas das mudanças relatadas pelos psicoterapeutas participantes neste estudo referiam-se à sua competência em compreender o que se passa na terapia momento a momento, a mestria nas técnicas de intervenção e ao uso construtivo das suas próprias reacções pessoais aos clientes. O mesmo estudo mostrou ainda que uma percentagem baixa (4-5%) de terapeutas refere indicadores de algum impacto negativo da prática terapêutica no seu desenvolvimento (ex., desilusão com a terapia e falta de responsividade empática), mas uma percentagem consideravelmente superior relatou envolvimento durante as sessões terapêuticas (38%), e continuavam a sentir-se estimulados e envolvidos na terapia (24-30%). Por outro lado, um estudo de Skovholt e Rønnestad (1992) mostrou que os terapeutas com mais tempo de prática profissional tendiam a mostrar níveis mais realistas de autoconsciência das competências profissionais, maior satisfação profissional, e menores níveis de ansiedade. Os mesmos autores sugerem que os terapeutas mais experientes tendem a demonstrar um autoconceito mais coerente e um maior sentido de integridade pessoal.

Por conseguinte apesar dos riscos que temos vindo a relatar, é inegável que o exercício da psicoterapia é uma oportunidade de crescimento e mudança.

CONCLUSÃO: PREVENIR O CUSTO E PROMOVER O IMPACTO POSITIVO DO EXERCÍCIO DA PSICOTERAPIA

Como em outras profissões de alto risco, podemos contar com algumas estratégias que promovem os factores protectores face à exposição às histórias de sofrimento e trauma dos clientes de psicoterapia. Entre as estratégias que têm sido sugeridas por diferentes autores algumas têm uma dimensão mais pessoal, outras, mais organizacional. Entre as estratégias de nível pessoal têm sido sobejamente recomendadas as atitudes de cuidado próprio por parte do terapeuta (Mahoney, 1991; Miller, 1998; Hesse, 2002; Newman & Gamble, 1995; Miller, 1998). Os autores defendem que todos os terapeutas devem estabelecer e manter um equilíbrio entre as suas vidas a nível pessoal e profissional, sendo este cuidado particularmente importante nos terapeutas que ouvem histórias de trauma. O cuidado em geral com a própria saúde física e psicológica, seja pelo cuidado com uma boa alimentação, a prática do exercício, a procura do descanso, a programação de fins-de-semana ou férias intercalares, a participação em actividades de lazer e de prazer, poderão contribuir para que o psicoterapeuta mantenha a sua saúde em boas condições (Astin, 1997; Hesse, 2002). O envolvimento e desenvolvimento de uma vida espiritual e/ou social têm sido referidas como importantes para o cuidado do terapeuta consigo próprio, por favorecerem a recuperação de um sentido de esperança, e de significado dos projectos de vida (Levine, 1996). A rotina diária do psicoterapeuta deve incluir actividades de redução da ansiedade, a procura do suporte social formal ou informal, assim como o contacto com amigos e a família, contribuindo desta forma para manter e

assegurar um sentido de continuidade e identidade pessoal (Saakvitne & Pearlman, 1996; Hesse, 2002). Por outro lado, Conrad e Perry (2000) salientam a importância de o psicoterapeuta permitir-se a si próprio estar só, experienciar e processar as próprias emoções, quer estas sejam sobre as histórias ouvidas, quer sejam sobre as suas próprias memórias activadas a propósito dos relatos dos seus clientes. Todas estas actividades de cuidado consigo próprio permitem ao psicoterapeuta restaurar a perspectiva do mundo na sua globalidade e reencontrar o seu lugar nesse mundo (Hesse, 2002).

Se é importante que os terapeutas tenham consciência crítica sobre a sua vulnerabilidade face ao impacto do seu trabalho, reconhecendo o trauma vicariante como parte normal do seu trabalho, é igualmente necessário que as instituições se orientem por políticas de saúde favoráveis a este reconhecimento, ajudando a manter nos seus técnicos um sentido de ligação institucional, favorecido por um clima de cuidado, de suporte, valorização e preservação da identidade dos seus profissionais. Neste sentido, o suporte institucional deve ser orientado para a organização de oportunidades para normalizar, partilhar e lidar com as reacções emocionais resultantes da exposição a trauma (Newman & Gamble, 1995). A este nível é importante que os clínicos tenham a oportunidade de limitar o número de casos com história de trauma e tenham disponível o suporte necessário para reduzir o impacto de ouvir histórias demasiado difíceis. Neste contexto, a possibilidade de obter supervisão ou formação contínua tem sido frequentemente recomendada. A actividade de supervisão pressupõe, para além de todas as orientações técnicas, que falar faz bem, também ao psicoterapeuta! É importante falar, num contexto profissionalmente adequado e seguro, sobre a história que se ouviu e especialmente sobre as emoções e pensamentos que essa história activou, especialmente em casos de abuso físico, emocional ou sexual. Se tomarmos em consideração os factores mediadores do impacto da ajuda a clientes com estas histórias, isto é tanto mais importante quanto menos experiente nestas problemáticas é o terapeuta e quanto mais ele se sentiu emocionalmente activado. Às vezes não é a história contada, mas as emoções desorganizadas, intensas ou mesmo dirigidas ao próprio terapeuta que devem ser partilhadas e integradas. Como já referimos, vários autores (Miller, 1998; Yassen, 1995) têm sugerido que os terapeutas que se mostram mais competentes na ajuda a clientes com história de trauma tendem a estar disponíveis para continuar a sua formação e supervisão. Um dos factores apontados pelos autores como útil é a continuidade quer da formação, quer da supervisão, e a oportunidade que estes terapeutas têm de enquadrar teoricamente a sua intervenção, estruturar e distanciar de modo saudável as diferentes experiências emocionais emergentes durante o seu trabalho (Hesse, 2002).

O suporte social tem sido muito estudado e referido na literatura como um dos mais fortes factores de protecção face ao desenvolvimento de sintomatologia de trauma nas vítimas de acontecimentos de vida adversos. No caso do trauma vicariante, o suporte social, especialmente entre grupos de pares, também tem provado ser um dos factores que mais contribui para proteger do impacto negativo do exercício de psicoterapia ou outras formas de cuidar dos outros. Ouvir os outros colegas que também ouvem histórias de trauma pode ser uma das formas mais poderosas de lidar com o seu impacto (Astin, 1997), assim como a sensação de ser ouvido e compreendido.

Manter um equilíbrio entre a vida profissional e a vida pessoal é particularmente importante quando a nossa prática nos confronta com o sofrimento, quer este seja o efeito de acontecimento críticos acidentais quer seja provocado pelo infortúnio deliberado.

REFERÊNCIAS

Astin, M. (1997). Traumatic therapy: How helping rape victims affects me as a therapist. *Women and Therapy, 20*, 101-109.

Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L., & Watson, J. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 89-108). Oxford: Oxford University Press.

Bruner, J. S. (1986). *Actual minds, possible worlds.* Cambridge, MA: Harvard University Press.

Burton, M., & Topham, D. (1997). Early loss experience in psychotherapists, church of England clergy, patients assessed for psychotherapy, scientists, and engineers. *Psychotherapy Research, 7*, 275-300.

Chafe, W. (1990). Some thins that narratives tell us about the mind. In B. K. Britton, & A.D. Pellegrini (Eds.), *Narrative Thought and narrative Language* (pp. 79--98). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Charney, A. E., & Pearlman, L. A. (1998). The ecatasy and the agony: The impact of disaster and trauma work on the self of the clinician. In P. Kleespies (Ed.), *Emergency psychological services: The evaluation and management of life-threatening behaviour* (pp. 418-435). New York: The Guilford Press.

Conrad, D. J., & Perry, B. D. (2000). The cost of caring. *Child Trauma Academy's Interdisciplinary Education Series,* http://www.bem.tmc.edu/cta/Cost_of Caring I. htm.

Crothers, D. (1995). Vicarious traumatization in work with survivors of childhood trauma. *Journal of Psychological Medicine, 15*, 64-67.

Danieli, Y. (1988). Confronting the unimaginable: psychotherapists' reactions to victims of Nazi Holocaust. In J. P. Wilson, Z. Harel, & B. Kahama (Ed.), *Human adaptation to extreme stress – From the Holocaust to Vietnam* (pp. 219-238). London: Plenum.

Edelwich, J., & Brodsky, A. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions.* New York: Human Sciences Press.

Elliott, D. M., & Guy, J. D. (1993). Mental health professionals versus non-mental health professionals: Childhood trauma and adult functioning. *Professional Psychology: Research and Practice, 24*, 83-90.

Fernandes, E. M. (2001). *Encontro de narrativas terapêuticas.* Braga: CEEP.-UM.

Figley, C. R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 1-20). New York: Brunner/Maze.

Fussel, F. W., & Bonney, W. C. (1990). A comparative study of childhood experiences of psychotherapists and physicists: Implications for clinical practice. *Psychotherapy, 27*, 505-512.

Ghahramanlou, M., & Brodbeck, C. (2000). Predictors of secondary trauma in sexual assault trauma counselors. *International Journal of Emergency Mental Health, 2*, 229-240.

Gomes, R., & Cruz, J. (1999). *Estudo do stress e do burnout no exercício profissional da psicologia em Portugal.* Braga: Centro de Estudos de Investigação e Psicologia, Universidade do Minho.

Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist.* New York: Wiley.

Harber, K. D., & Pennebaker, J. W. (1992). Overcoming traumatic memories. In S. Christianson (Ed.), *The handbook of emotion and memory. Research and theory* (pp. 359-387). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Hayes, J. A., Gelso, C. J., Van Wagoner, S. L., & Diemer, R. A. (1991). Managing countertransference: what the experts think. *Psychological Reports, 69*, 138-148.

Herman, J. (1992). *Trauma and recovery.* New York: Basic Books.

Hesse, A. R. (2002). Secondary trauma: how working with trauma survivors affects therapists. *Clinical Social Work Journal, 30*, 293-309.

Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes.* New York: Jason Aronson.

Jenkins, S. R., & Baird, S. (2002). Secondary traumatic stress and vicarious trauma: a validational study. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 423-432.

Levine, J. (1996). Oklahoma City: The Storytelling of a disaster. *Smith College Studies in Social Work, 67*, 21-38.

Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy.* New York: Basic Books.

Maia, A. M. (1998). *Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão.* Tese de doutoramento apresentada à Universidade do Minho.

Mandler, J. (1984). *Scripts, stories and scenes: Aspects of schema theory.* Hillsdale, NY: Earlbaum.

McCann, L., & Pearlman, L. A. (1999). Vicarious Traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 131-149.

Miller, L. (1998). Our own medicine: traumatized psychotherapists and the stresses of doing therapy. *Psychotherapy, 35*, 137-146.

Newman, D. A., & Gamble, S. J. (1995). Issues in the professional development of psychotherapists: countertransference and VT in the new trauma therapist. *Psychotherapy, 32*, 341-247.

Orlinsky, D., Ambuhl, H., Ronnestad, H., Davis, J., Gerin, P., Davis, M., Willutzki, U., Botermans, J. F., Dazord, A., Cierpka, M., et al. (1999). Development of psychotherapists: concepts, questions, and methods of a collaborative international study. *Psychotherapy Research, 9*, 127-153.

Pearlman, L. A., & MacIan, P. S. (1995). Vicarious traumatization: an empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. *Professional Psychology: Research and Practice, 26*, 558-565.

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. (1995a). *Trauma and therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors.* New York: W. W. Norton.

Pearlman, L. A., & Saakvitne, K. (1995b). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.

Pennebaker, J. W. (1989). Confession, inhibition and disease. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 22, pp. 211-244). New York: Academic Press.

Pennebaker, J. W., Hughes, C. F., & O'Heeron, R. C. (1987). The psychophysiology of confession: Linking inhibitory and psychosomatic processes. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 781-793.

Pennebaker, J. W., Colder, M., & Sharp, L. K. (1990). Accelerating the coping process. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 528-537.

Petrie, K. J., Booth, R. J., & Pennebaker, J. W. (1998). The immunological effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*, 1264-1272.

Polkinghorne, D. (1988). *Narrative knowing and the human sciences*. Albany: Suny Press.

Pope, K. S., & Feldman-Summers, S. (1992). National survey of psychologists' sexual and physical abuse history and their evaluation of training and competence in these areas. *Professional Psychology: Research and Practice, 23*, 353-361.

Russel, R. L., & van den Brock, P. (1992). Changing narratives schemas in psychotherapy. *Psychotherapy, 29*, 344-354.

Saakvitne, K. W., & Pearlman, L. A. (1996). *Transforming the pain: a workbook on vicarious traumatization*. London: W. W. Norton.

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

Sarbin-Farrell, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious traumatization: implications for the mental health of health workers?. *Clinical Psychology Review, 23*, 449-480.

Sarbin, T. R. (Ed) (1986). *Narrative psychology: The storied nature of adult conduct*. New York: Praeger.

Schauben, L. J., & Frazier, P. A. (1995). Vicarious trauma: the effects on female counselors of working with sexual violence victims. *Psychology of Women Quarterly, 19*, 49-64.

Schnurr, P. P., Ford, J. D., Friedman, M. J., Green, B. L., Din, B. J., & Sengupta, A. (2000). Predictors and outcomes of posttraumatic stress disorder in World War II veterans exposed to mustard gas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 258-268.

Skovholt, T. M., & Ronnestad, M. H. (1992). Themes in therapist and counselor development. *Journal of Counseling & Development, 70*, 505-515.

Smith, J. M., & Pennebaker, J. W. (2001). What are the health effects of Disclosure? In A. Baum, T. A. Revenson, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of health psychology* (pp. 339-348). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychological Bulletin, 132*, 959-992.

van der Kolk, B. A., & Fisler, R. E. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress, 8*, 505-525.

van der Kolk, B. A. (2003). Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. In M. S. Solomon, & D. S. Siegel (Eds.), *Healing trauma. Attachment, mind, body and brain* (pp. 168-195). New York: W. W. Norton.

van der Kolk, B. A., Hopper, J., & Osterman, J. (2001). Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods. *Journal of Agression, Maltreatment and Trauma, 4*, 9-31.

van der Kolk, B. A., Bessel, A., Burbridge, J. A., & Suzuki, J. (1997). The psychobiology of traumatic memory: clinical implications of neuroimaging studies. *Annuals of the New York Academy of Sciences, 821*, 99-113.

Yassen, J. (1995). Preventing secondary traumatic stress disorder. *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 178-208). New York: Brunner/Mazel.

RESUMO

Neste artigo, as autoras debatem os custos e benefícios do exercício da psicoterapia no próprio psicoterapeuta. Começam por assumir os benefícios da psicoterapia para o cliente, fundamentando o impacto positivo que falar sobre as experiências emocionalmente difíceis ou potencialmente traumáticas pode ter no seu crescimento e mudança. Por outro lado, não esquecendo o carácter relacional da psicoterapia, as autoras debatem o impacto negativo que o acto clínico de escutar relatos terríveis e/ou presenciar a expressão do sofrimento, pode ter no próprio terapeuta. Assumindo o carácter de risco que representa a profissão de psicoterapeuta, mas notando a resiliência de muitos terapeutas, as autoras discutem o outro lado da questão, sublinhando a oportunidade de crescimento e desenvolvimento pessoal e profissional que esta actividade também pode oferecer. Por fim, sugerem um conjunto de cuidados aos terapeutas, a ter em consideração consigo próprios, para prevenir os riscos e potenciar os benefícios do exercício da psicoterapia.

Palavras-chave: Psicoterapeuta, trauma vicariante, crescimento, auto-cuidado.

ABSTRACT

In this paper, the authors discuss therapist's costs and benefits from to practice psychotherapy. Assuming the benefits of psychotherapy for clients, they justify the positive impact of talk about emotional hard full or potentially traumatic experiences on their growth and change. Nevertheless, not forgetting the relational character of psychotherapy, the authors discuss the negative impact that the clinical act of listen hard narrations and/or to witness the client's suffering, can have on the therapist him self. Assuming psychotherapy as a risk job, but looking at resilient psychotherapists, the authors discuss the others side of question, and underline psychotherapy as an opportunity for personal growth and professional development. Finally they suggest some kinds of self-care indications for therapists, in order to prevent risks and to increased benefits from psychotherapy practice.

Key words: Psychotherapist, vicarious trauma, growth, self-care.