



## RELATO DE CASO

# A elaboração do trauma através do psicodrama – um relato de caso

## The trauma elaboration through psychodrama – a case report

*Carla Mafalda de Castro Ferreira Martins do Rio<sup>a</sup>*

*Silvia Catarina Freitas<sup>b</sup>*

*Maria Teresa Cabral<sup>c</sup>*

<sup>a</sup> Master's Degree in Medicine, Psychiatrist, Penafiel, Portugal.

<sup>b</sup> Master's Degree in Medicine, Psychiatry Resident, Penafiel, Portugal.

<sup>c</sup> Medical Doctor, Psychiatrist, Psychodramatist, Portugal.

DOI:10.5935/2318-0404.20170004

**Instituição:** Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

### Resumo

A Perturbação Stress Pós-Traumático (PSPT) define-se como uma resposta inadequada e aumentada a um evento, vivenciado como excecionalmente grave e ameaçador da integridade física e/ou psicológica do ser humano. Frequentemente está associada a sentimentos de culpa, vergonha, medo e impotência, repercutindo-se nas várias dimensões da vida do indivíduo. A psicoterapia afigura-se, nestes casos, essencial por permitir a elaboração do evento traumático, facilitando uma nova narrativa onde este se inscreva de forma mais adaptativa na história de vida. Este artigo pretende reflectir sobre o tratamento psicoterapêutico desta perturbação através do Psicodrama Individual, descrevendo o caso clínico de uma vítima de assalto com sequestro e tentativa de abuso sexual, com critérios de diagnóstico de PSPT, associado a sintomatologia depressiva grave e repercussão na auto-imagem e na vivência da sexualidade. Ao longo das sessões foram dramatizados materiais relacionados

a história de vida e com o evento traumático, entre outros, história psicodramática (filme da vida), esculturas da família, a dramatização do acontecimento traumático e a representação simbólica da relação erótica com o marido. Após conclusão da psicoterapia, a doente apresenta remissão da sintomatologia com recuperação do funcionamento pessoal e social. Através do psicodrama foi possível à doente exprimir as emoções negativas, integrando-as no acontecimento traumático e confrontar-se com a sua própria vulnerabilidade, permitindo-lhe assim dar continuidade ao seu presente.

**Palavras-chave:** Transtornos de Estresse Pós-Traumáticos; Psicodrama; Psicoterapia Breve; Sequestro; Violência Sexual.

### **Abstract**

Post-traumatic stress disorder (PTSD) is defined as an inadequate and increased response to an event, which seems exceptionally severe and threatening to the physical and/or psychological integrity. It is often associated with feelings of guilt, shame, fear and helplessness, with important repercussions on several dimensions of functioning. In these cases, psychotherapy is essential by allowing the elaboration of the traumatic event and the construction of a new narrative where the event takes a more adaptive role in life story. This article aims to reflect on the psychotherapeutic treatment of this disorder using individual psychodrama, describing the case of an assault's victim with kidnapping and attempted sexual abuse with PTSD diagnostic criteria, associated with severe depressive symptoms and with high impact on self-image and sexuality. In the psychodrama sessions were held psychodramatic history, family sculptures, dramatization of the traumatic event and the symbolic representation of her erotic relationship. After completion of psychotherapy, the patient presents remission of symptoms with recovery of her personal and social functioning. Through psychodrama it was possible to express negative emotions, integrating them in the traumatic event, allowing the patient to confront with her own vulnerability and give continuation to the present. Key words: Post-traumatic stress disorder; Individual psychodrama; Psychotherapy; Traumatic event; Kidnapping; Sexual abuse.

**Keywords:** Stress Disorders, Post-Traumatic; Psychodrama; Psychotherapy, Brief; Kidnapping (Disasters); Sexual Violence.

### **Introdução**

O trauma psíquico é definido como “um acontecimento na vida do indivíduo que se define pela sua intensidade, pela incapacidade em que se encontra o indivíduo de lhe responder de forma adequada, pelo transtorno e pelos efeitos patogénicos que provoca na organização psíquica”<sup>1</sup>. Desta forma, o indivíduo é confrontado com um acontecimento que, pelo seu fator imprevisível, o coloca numa posição de impotência, angústia, medo e desamparo, sentindo que não possui as capacidades ou aptidões necessárias para lhe fazer face.

O transtorno de estress pós-traumático (TEPT) tem a sua origem epidemiológica em 1980, enquanto entidade nosológica reconhecida pela Associação Americana de Psiquiatria<sup>2</sup>, no seguimento de algumas dificuldades forenses relacionadas com o aumento do número de mortes entre ex-combatentes. Surgindo a necessidade de explicação deste aumento, verificando-se que o mesmo estaria ligado às neuroses de guerra ou traumas de guerra, já anteriormente estudados em Psicologia.

O TEPT define-se como uma resposta exarcebada a um evento sentido como excecionalmente grave e ameaçador da integridade física e psicológica do ser humano<sup>1</sup>.

O conceito teve origem epidemiológica em 1980, enquanto entidade nosológica reconhecida pela Associação Americana de Psiquiatria<sup>2</sup>, no seguimento de algumas dificuldades forenses relacionadas com o aumento do número de mortes entre ex-combatentes.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Trastornos Mentais (DSM-V, 2013), o TEPT diagnostica-se quando estão presentes os seguintes critérios: A) exposição a um episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual; B) presença de um (ou mais) sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência; C) evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento; D) alterações negativas nas cognições e no humor associadas ao evento traumático começado ou piorando depois da ocorrência de tal evento; E) alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento; F) o transtorno (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês; G) o transtorno causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo; H) o transtorno não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

O quadro clínico do TEPT caracteriza-se por emoções dolorosas causadas pela experiência traumática, evitamento de situações ligadas ao trauma, revivência do trauma (por pesadelos, flashbacks, pensamentos intrusivos ou estados dissociativos) e estado de alerta constante evidenciado por hipervigilância, irritabilidade, respostas exageradas a situações inesperadas ou sintomas vegetativos<sup>3</sup>. Não raros são os sentimento de vergonha, culpa, medo e impotência que afetam consideravelmente a auto-imagem e a identidade<sup>1,4,5</sup>.

Os fatores causais mais freqüentes para TEPT são as situações de combate, nos homens, e os estrupos e assaltos, nas mulheres<sup>6,7</sup>.

Depois da vivência de um evento traumático, a vida não é mais sentida como igual, já que a identidade, os afetos, a forma como se perspectiva a vida e a relação com o perimundo sofrem alterações significativas<sup>5,8</sup>. No TEPT perdese a segurança, a previsibilidade e a confiança, enquanto que o medo, a impotência e a perda de controlo passam a ser uma constante<sup>4</sup>. A culpa surge pela sensação de se terem colocado, eles mesmos, em perigos desnecessários ou não terem sido capazes de se defender<sup>5</sup>. Muitas vezes, e como tentativa de superação do trauma, este quadro é compensado por adição a drogas, álcool ou binge-eating<sup>9</sup>.

São reconhecidos alguns fatores de vulnerabilidade predisponentes do quadro, como a presença de trauma infantil, traços de personalidade disfuncionais, baixo suportefamiliar, sexo feminino, vulnerabilidade genética, mudanças estressantes no cotidiano, percepção de um evento com locus de controlo externo e consumos recentes de álcool ou drogas<sup>1</sup>.

O TEPT pode estar associado a outros transtornos psiquiátricos. Um estudo conduzido por Foa et al (2009)<sup>10</sup> mostrou que aproximadamente 80% das pessoas com TEPT apresentam outra comorbidade psiquiátrica, encontrando-se, em metade dos casos, transtornos depressivos e, num terço, transtornos ansiosos<sup>10</sup>. Existe boa evidência a suportar a utilização de psicofármacos no tratamento da TEPT, nomeadamente os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) e os inibidores ds recaptção de serotonina e norepinefrina (INRS), estando a sertralina e a paroxetina aprovadas pela FDA. A trazodona pode ser utilizada, em particular, quando há distúrbio do sono marcado. Estes fármacos atuam também ao nível das patologias comorbidas.<sup>1</sup> As benzodiazepinas não são recomendadas neste tratamento<sup>11</sup>.

O desenvolvimento da perturbação surge com comportamentos de evitamento, dada a impossibilidade em apagar a existência do acontecimento original, impedindo assim o necessário confronto com a realidade<sup>1,12</sup>.

A psicoterapia tem, assim, por objetivo permitir ao doente exprimir e identificar as emoções negativas acumuladas, integrá-las no evento traumático e proporcionar estratégias de confrontação e mecanismos de coping<sup>8</sup>.

Os sintomas gerados por experiências traumáticas podem ser diretamente trabalhados com recurso ao enactment<sup>12</sup>.

A reconstrução do acontecimento, com o reviver das emoções, induz um processo de descarga emocional pelo qual a pessoa se liberta do conteúdo afetivo e de fortes emoções associadas<sup>12,13</sup>.

O psicodrama é uma psicoterapia de grupo cujas origens se encontram no teatro, na psicologia e na sociologia, sendo a dramatização o seu núcleo<sup>14</sup>.

O criador do psicodrama foi Jacob Levy Moreno que, aos quatro anos e meio, organizou uma brincadeira com algumas crianças no porão da sua casa, empilhando cadeiras sobre uma mesa, até o teto, para brincar de ser Deus. Essa experiência psicodramática é sentida pelo autor como uma cena precursora da criação do psicodrama. Moreno ao mesmo tempo em que dirige a cena, transforma-se em autor e ator do drama. O seu público compartilha e estimula o protagonista à ação. A experiência marca e a idéia germina na adolescência<sup>15</sup>.

Moreno persegue as suas idéias e projeta em 1922, com a ajuda do seu irmão William, um Teatro da Espontaneidade (Das Stegreiftheater), em Viena, passando a realizar improvisações espontâneas com um grupo de atores profissionais, até descobrir que a representação espontânea de situações da vida cotidiana produz efeitos terapêuticos (1924). Nasce assim entre 1922 e 1924 o Psicodrama em Viena<sup>15</sup>.

O psicodramatista atua in vivo, objetivando e analisando a situação permitindo ao protagonista observar o conteúdo do seu mundo interno antes de ser solicitado a reflectir abstratamente sobre ele<sup>14</sup>.

Uma sessão de psicodrama é constituída por três fases (aquecimento, dramatização e comentários), tendo em conta três contextos (dramático grupal e social) e utilizado cinco instrumentos (protagonista, ego auxiliar, diretor, cenário e plateia).

O objetivo do psicodrama é promover a catarse de integração através do treino da espontaneidade. Desenrola-se num cenário montado, em uníssono, pelo protagonista e pelo diretor, utilizando os egos auxiliares como ponte de comunicação, quando necessário.

A hipervigilância para sinais de perigo tende a esbater-se quando é experimentada a consciencialização e a expulsão de sentimentos intensos<sup>14</sup>. O desamparo aprendido começa a diminuir quando o protagonista é colocado no centro da sua experiência e estimulado a contar a sua história por meio da acção e da palavra, dentro da segurança clínica e com aliados terapêuticos<sup>12</sup>. As palavras são assim associadas a experiências e sentimentos internos, até então anónimos<sup>13</sup>.

Um dos riscos das técnicas psicodramáticas é a regressão descontrolada e o fortalecimento do trauma quando utilizadas de forma amadora e pouco fundamentadas numa teoria sólida e numa prática consciente<sup>12</sup>.

## Caso clínico

Relata-se de seguida a abordagem terapêutica de Manuela (nome fictício), de 30 anos de idade, casada, com 2 filhos, vítima de assalto com sequestro e tentativa de estupro um ano antes do ingresso na consulta de Psiquiatria. Foi proposto um plano de intervenção que consistiu não só em tratamento psicofarmacológico, mas também integração em psicodrama individual quinzenal.

Trata-se de uma doente sem antecedentes de perturbação psiquiátrica, considerando inclusivamente que “nunca precisaria de Psiquiatria... eu penso sempre muito positivo”. Esta problemática foi abordada pela Manuela com o seu Médico de Família que lhe prestou um suporte adequado e entendeu ser necessário referência a consulta de Psiquiatria.

Na consulta era visível a sua dificuldade em sintonizar os sentimentos com o acontecimento e com as consequências do mesmo, focando-se essencialmente na temática sexual “quando estou com o meu marido não consigo ter atividade sexual satisfatória como acontecia antes; surgem imagens daquele momento do assalto e paraliso”.

Na primeira consulta, a 25 de Junho de 2015, procedeu-se a uma escuta empática do relato do episódio do assalto que incluía ameaça à sua integridade física e à dos filhos e tentativa de estupro. Foi medicada com duloxetine 60mg, trazodona 100mg e zolpidem 10mg, tendo realizado, previamente, uma avaliação psicológica.

A avaliação psicológica ocorreu em três momentos do processo terapêutico – na primeira consulta individual (18/07/2014), antes do início o psicodrama individual (22/08/14) e após quatro sessões de psicodrama individual (31/10/2014). Foram aplicados os seguintes testes: S.CL.90 R (avaliação de sintomatologia psicopatológica), I.R.P (inventário de resolução de problemas), Inventário Clínico de Auto-Conceito, PCL-C (Posttraumatic Stress Disorder Checklist – Civilian Version), QAECCS (questionário de ativação de esquemas cognitivos em contexto sexual), QCSD (questionário de crenças sexuais disfuncionais) e QMS (questionário de modos sexuais).

Destaca-se, nesta avaliação, uma elevada pontuação em todas as dimensões avaliadas pelo SCL90-R (Somatização, Obsessões e Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo) e um grau de severidade dos sintomas de TEPT significativamente acima da média, avaliados pelo PCLC. Na avaliação da capacidade de coping, através do Inventário de Resolução de Problemas, denotou-se uma boa capacidade de funcionamento, apresentando contudo baixa capacidade em pedir de ajuda, e elevada tendência ao confronto e resolução activa dos problemas. A aplicação do Inventário Clínico do Auto-Conceito mostrou, também, um resultado total considerado ligeiramente abaixo da média. Relativamente ao funcionamento sexual, avaliado com a aplicação dos Questionários de Ativação de Esquemas Cognitivos em contexto sexual, das Crenças Sexuais Disfuncionais e dos Modos Sexuais, concluiu-se não existirem crenças disfuncionais, mas sim pensamentos de fracasso/desistência, de estupro, de passividade e emoções prevalentes no decorrer da atividade sexual de tristeza, medo e vergonha.

A paciente foi reavaliada numa segunda consulta em julho de 2015 e apesar da ligeira melhoria da sintomatologia, mantinha dificuldades importantes no desempenho sexual com reação de evitamento de atividade sexual e empobrecimento emocional na relação conjugal. Dada a evidência da relação entre a sintomatologia apresentada e o evento traumático foi-lhe proposto tratamento individual em psicodrama, que aceitou.

Iniciou psicodrama individual de frequência quinzenal no início de Setembro.

Antes da primeira sessão de psicodrama realizou nova avaliação psicológica onde revelou manutenção da pontuação elevada para a presença de Sintomatologia Psicopatológica e de TEPT. No Inventário de Resolução de Problemas não pontuou na baixa capacidade de pedir de ajuda. Na Avaliação do Auto-Conceito apresentou já um resultado total considerado normativo. A funcionalidade sexual mantinha-se globalmente semelhante à primeira avaliação.

### **1. Primeira sessão**

Pedi-se à Manuela para realizar a História Psicodramática (de Bermudez) onde se denotou uma infância feliz, mas com várias vivências difíceis, todas elas encaradas com elevado optimismo. Referia ter tido situações difíceis “mas sempre consegui controlar...”, apercebendo-se que o assalto se apresentou diferente uma vez

que o seu desenlace não dependia de si, não sendo controlável. Elegeu os três momentos piores e melhores da sua vida e escolheu o assalto para trabalhar na sessão.

Pediu-se para representar simbolicamente a família antes e depois do assalto, auxiliada, para tal, por duas fotografias de cada momento escolhidas por si. Fez a representação de duas fotografias muito semelhantes, envolvendo os quatro elementos da família: a primeira, uma fotografia tirada à saída da maternidade, após nascimento do 2º filho e a segunda ocorre no batismo do mesmo. Os solilóquios durante troca de papéis evidenciaram uma homeostase familiar, como se o evento traumático não tivesse contaminado o equilíbrio familiar. Contudo salientava a alteração na intimidade do casal, que relacionava com o acidente e perante a qual revelava dificuldade de resolução. Nos seus solilóquios, começa a perceber-se mais do impacto do assalto na sua situação financeira e na estruturação da sua vida profissional e familiar, assim como o impacto na autoestima, pois desde então regrediu em termos profissionais e aumentou significativamente de peso.

## **2. Segunda sessão**

A Manuela apresentou-se mais organizada no que respeita ao impacto do assalto, centrando-se na necessidade de reviver o acidente, relatando, pelo que o faz em palco, com a dramatização desse momento. Ficou evidente o medo de morrer e o medo de retaliação com vingança nos seus filhos (ameaças estas feitas pelo assaltante) durante toda a dramatização. No final da dramatização, a Manuela disse sentir-se aliviada e compreendida, desculpabilizando-se e percebendo que nada poderia ter feito para modificar favoravelmente aquele momento. Comentou ainda que o que sentiu na dramatização, tal como na vida real foi tão intenso que “...é difícil encontrar palavras para o descrever”.

## **3. Terceira sessão**

A paciente apresentou-se mais animada, referindo sentir novamente mais energia perante a vida. Relatou uma conversa ocorrida entre si e a filha sobre as dificuldades da vida atual, em que esta usou a história do tesouro escondido no final do arco-íris, para simbolizar a situação. Contou ter dito à filha que iriam procurá-lo juntas. A paciente acrescentou que, também na sua perspetiva, o tratamento era a busca desse tesouro e que, quando começou a terapia não conseguia ver o arco-íris, considerando que naquele momento tinha percorrido 70% do caminho para chegar ao local do tesouro. Referia que ainda precisava de perceber o que lhe faltava para retomar o nível de satisfação e confiança na vida que tinha antes do assalto. Foi-lhe proposto dramatizar nesta sessão a relação erótica com o marido, antes e depois do assalto. Percebeu-se que existia no casal uma intimidade, sintonia e cumplicidade na relação sexual muito satisfatória antes do assalto e, após o mesmo, existiam comportamentos disfuncionais por parte da paciente, havendo pouca partilha da sua vivência interna. O marido não a questionava, respeitando, em silêncio, o sofrimento da Manuela. No aqui e agora, a Manuela mostrava alguma libertação, com maior disponibilidade e iniciativa para a relação erótica.

A disponibilidade na partilha dos aspectos mais difíceis da sua experiência de trauma, a facilidade progressiva em se expor e também o aporte vivencial que um auditório mais alargado poderia trazer à evolução

clínica da Manuela, levounos no final desta sessão a propor-lhe continuar o tratamento em contexto de grupo terapêutico. Aceitou, nesta sessão, integrar um grupo de psicodrama.

Procedeuse, neste momento, a uma reavaliação psicológica que revelou ausência de psicopatologia, nomeadamente daquela associada ao TEPT. No Inventário de Resolução de Problemas observou-se uma aquisição de estratégias adaptativas para a resolução de problemas e relativamente à funcionalidade sexual, já não apresentava praticamente pensamentos e emoções disfuncionais.

## **Discussão/ Conclusão**

Com o acontecimento vivido e assalto e tentativa de estupro, tornou-se subitamente claro para a Manuela que não é absolutamente “dona do próprio destino”, o que provocou um colapso nas crenças pré-estabelecidas e evocou nos um outro conceito, o de vulnerabilidade. Esta noção de vulnerabilidade/impotência, juntamente com as mudanças económicas consequentes do assalto, levou a uma forte distorção na sua autoimagem, passando a considerar-se menos atraente e tornando-se menos aguerrida, portanto menos capaz em importantes papéis da sua vida, nomeadamente de esposa, mãe e empresária. É de salientar ainda que este sofrimento foi vivido em silêncio, o que sugere uma “retracção do eu, em campo tenso”.

O psicodrama permitiu à Manuela reexperienciar o momento traumático, libertando-se dos sentimentos de medo e de culpa perante o sucedido. Quando avaliada em consulta, a Manuela aparentou ser uma mulher com bom funcionamento e saúde mental previamente ao evento traumático. Nesse sentido, entende-se que o psicodrama estaria precisamente indicado por permitir focar este seu período de vida. De facto, a sua rápida evolução ao longo de 3 sessões, confirmada pela disparidade entre a 2ª e 3ª avaliações psicológicas, confirmou a hipótese de estarmos perante uma pessoa com uma personalidade com uma boa adaptação pré-mórbida, apresentando-se a sintomatologia em estreita relação com o evento em causa.

A Manuela, após conversa filha, escolheu espontaneamente o arco-íris para simbolizar o tratamento, sinalizando a necessidade de percorrer um caminho para alcançar o nível de funcionamento antes do evento estressor.

De facto, simbolicamente, o arco-íris é visto como uma transfiguração da luz, uma ponte que liga o terreno ao divino ou, por outras palavras, uma mensagem divina que anuncia algo: alegria e transformação. Figura-se como o caminho para alcançar o desejado.

## **Referências**

1. Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
2. American Psychiatric Association (APA). DSM III. Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais; 1980.



3. Albuquerque A, Soares C, Jesus PM, Alves C. Perturbação pós-traumática do stress: avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa, *Acta Médica Portuguesa*. 2003; 16: 309-320.
4. Pio-Abreu JL. Elementos de psicopatologia Explicativa. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian; 2012.
5. Ferreira-Santos E. Avaliação da magnitude do transtorno de estresse em vítimas de sequestro. [dissertação] São Paulo: Faculdade de medicina da universidade de São Paulo; 2006.
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-on-set distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication, *Archives of general psychiatry*. 2005; jul; 62 (7): 768.
7. American Journal Association. Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais. DSM-V. Lisboa: Climepsi; 2014.
8. Cowen P, Harrison P, Burns T. Shorter oxford textbook of psychiatry. Vol 1. 6th ed. Oxford (UK): Oxford university press; 2012.
9. Gelder M G, Andreasen N C, Lopez-Ibor Jr J, Geddes R. New Oxford textbook of psychiatry. 2nd ed. Oxford (UK): Oxford university press; 2009.
10. Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA. Effective treatments for PSPT: practice guidelines from the international society for traumatic stress studies. Guilford Press; 2009.
11. Saraiva CB, Cerejeira J. Psiquiatria fundamental. Lisboa: Lidel; 2014.
12. Kellermann, PF, Hudgins, MK. Psicodrama do trauma: o sofrimento em cena. Editora Ágora; 2010.
13. Moreno JL. Psicodrama. 13ª ed. São Paulo: Editora Cultrix; 2014.
14. Rojas-Bemúdez JG. Introdução ao Psicodrama. São Paulo: Editora Agora; 2016.
15. Guimarães LA. História do Psicodrama – Da evolução do criador à evolução da criação. Salvador Bahia: ASBAP.

Revisão bibliográfica realizada por Catarina Freitas. Caso clínico e Discussão/ Conclusão elaboradas por Carla Rio. Revisão e supervisão do trabalho por Teresa Cabral.

### **Correspondência**

*Carla Rio*

Avenida do Hospital Padre Américo 210,  
4564-007 Guilhufe, Penafiel, Portugal  
carlamio@gmail.com

Submetido em: 31/12/2015

Aceito em: 25/07/2017