

# Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico

Julio F. P. Peres\*  
Juliane P. P. Mercante\*\*  
Antonia G. Nasello\*\*\*

## INTRODUÇÃO

Ao longo da vida, estima-se que 51,2% das mulheres e 60,7% dos homens tenham vivenciado pelo menos um evento potencialmente traumático<sup>1</sup>. Entretanto, os eventos traumáticos em si não são determinantes isolados ou exclusivos do desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Experiências potencialmente intensas e devastadoras possuem efeitos variáveis<sup>2,3</sup>. Estudos revelam um grau de variedade interindividual no processamento da memória de eventos de vida e das emoções básicas<sup>4</sup>, enfraquecendo o conceito de “reação universal ao trauma”<sup>5,6</sup>. Muitas vítimas de trauma procuram apoio profissional, literatura, supervisão e amizade, enquanto outras enfatizam o colapso e/ou a vitimização<sup>7</sup>.

Embora existam algumas diferenças qualitativas significativas em como as pessoas traumatizadas e não-traumatizadas processam e categorizam suas experiências<sup>8</sup>, as perguntas cruciais permanecem: o que faz alguns dos indivíduos submetidos aos mesmos eventos estressores desenvolverem patologias e outros não? Quais são os preditores ao desenvolvimento de resultados positivos? Tais fatores poderiam ser úteis no tratamento das vítimas de trauma psicológico? Para responder parcialmente a essas perguntas, este artigo discutirá o relacionamento entre as dinâmicas psicológicas individuais e a maneira como os eventos traumáticos são processados. Trabalhando com os diálogos internos estabelecidos com o evento traumático, pretendemos contribuir com novas perspectivas psicoterapêuticas, a fim de tornar o tratamento de indivíduos com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) mais eficiente.

---

\* Neurociências e Comportamento. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP.

\*\* Instituto de Psiquiatria, Faculdade de Medicina, USP, São Paulo, SP.

\*\*\* Neurociências e Comportamento, Instituto de Psicologia, USP, São Paulo, SP. Departamento de Fisiopatologia, Faculdade de Medicina, Santa Casa de São Paulo, SP.

## CONTRIBUIÇÕES DA NEUROCIÊNCIA

As descobertas funcionais e estruturais da neuroimagem sugerem que a dificuldade em

sintetizar, categorizar e integrar a memória traumática em uma narrativa pode estar relacionada ao volume diminuído do hipocampo, à relativa diminuição na ativação do hemisfério esquerdo e à diminuição na atividade do córtex pré-frontal, do cíngulo anterior e da área de Broca<sup>5,9</sup>. Os níveis mais baixos de cortisol também podem influenciar a formação e o processamento da memória traumática<sup>10</sup>. Não obstante, é crucial compreender a fisiopatologia do trauma, pesquisando por que determinados indivíduos desenvolvem TEPT após a exposição traumática e outros aparentam resiliência aos mesmos eventos estressores.

Os processos de percepção e memória estão diretamente relacionados à geração de comportamentos adaptativos. A percepção é também um processo de inferência e pode ser influenciada pelas estratégias que foram funcionais e adaptativas no passado<sup>11</sup>. As experiências passadas afetam os padrões atuais de comportamento por meio das previsões de futuro com base nos bancos de memória. Todavia, a reconstrução de memórias emocionais e traumáticas é contínua e dinâmica. A neurociência demonstra que o cérebro não armazena propriamente registros factuais, mas sim traços de informações que serão usados para reconstruir as memórias, nem sempre representando um quadro fiel ao que foi vivenciado no passado. Para executar tal processo, diferentes partes do cérebro agem como nódulos neurais que codificam, armazenam e recuperam as informações que serão usadas para criar memórias<sup>12,13</sup>. Por conseguinte, sempre que um evento traumático ou emocional é recuperado, ele pode ser submetido a uma mudança cognitiva e emocional. Loftus<sup>14</sup> observou a imprecisão no processo de lembrança demonstrando o fenômeno de falsas memórias. Leichtman et al.<sup>15</sup> e Gonsalves & Paller<sup>13</sup> revelam que as similaridades entre memórias falsas e verdadeiras são mais profundas do que os pesquisadores tinham previamente pensado, e McNally<sup>16</sup> demonstrou que as respostas aos traumas são também conduzidas pelas crenças emocionais, a despeito de sua exatidão. Beckman<sup>17</sup> chamou atenção para as respostas neurofisiológicas compatíveis com aquelas observadas em indivíduos com TEPT e para memórias de eventos que nunca poderiam ter acontecido. Assim, tais achados sobre trauma psicológico trazem uma fundamental compreensão à psicoterapia. Mesmo que uma memória emocional não forneça um retrato

completamente factual da experiência passada, o conteúdo emocional configurado como memória é uma representação absolutamente genuína dos referenciais internos do indivíduo. Misturar e falsificar memórias são processos naturais do ser humano e devem ser usados de maneira eficaz para promover a saúde mental. Izquierdo<sup>18</sup> postula que “... nós somos o que nós recordamos. Sem nossas memórias, nós não seríamos ninguém, e sem evocá-las, misturá-las e falsificá-las, nós não poderíamos viver”. A recuperação de uma memória emocionalmente carregada é influenciada pela interpretação particular do evento. Quando os profissionais dispõem as memórias recuperadas dos indivíduos como enganos ou fantasias, podem aumentar as dificuldades de seus pacientes<sup>19</sup>.

Ainda que as memórias venham de experiências, as novas memórias são construídas e evocadas com base nos milhões de memórias e fragmentos de memórias encontrados no cérebro. Múltiplos sistemas de memória são ativados simultaneamente e podem interagir em várias ocasiões<sup>20,21</sup>. Assim, as memórias declarativas (verbalmente acessíveis), alinhadas a atitudes resilientes – capacidade de atravessar dificuldades e voltar a ter uma qualidade de vida satisfatória –, tais como aprendizagem positiva das experiências, auto-estima, autoconfiança e tranquilidade ao lidar com as dificuldades, podem ser parte desse imenso repertório e, conseqüentemente, podem participar do processo de reconstrução da memória.

Outros achados da neurociência mostraram que os reguladores e os moduladores mais importantes na aquisição, formação e evocação de memórias são as emoções e o nível de consciência<sup>12,22</sup>. A recuperação de memórias traumáticas, tanto espontâneas como provocadas, ocorre em um estado alterado da consciência, com importante expressão emocional. Uma vez modificado o estado de consciência, por meio da indução de relaxamento<sup>23</sup>, a percepção do mesmo evento também sofre mudanças<sup>24</sup> e, conseqüentemente, há uma nova interação e relacionamento com o contexto que a vítima do trauma está enfrentando. Portanto, os psicoterapeutas de vítimas de trauma devem estar qualificados para trabalhar com emoções e estados alterados de consciência que modulam diretamente a formação da memória. Postulamos que a faculdade neurofisiológica de reinterpretar e reconstruir memórias emocionalmente carregadas pode também ser usada com eficiência na psicoterapia<sup>25</sup>.

## RESILIÊNCIA E PREDISPOSIÇÃO AO TRAUMA PSICOLÓGICO

A busca em compreender as respostas ao trauma está voltada também para a contribuição da personalidade e dos fatores ambientais. Estudos sugerem que a exposição precedente ao trauma e a intensidade da resposta ao trauma agudo podem afetar o desenvolvimento de TEPT<sup>10</sup>. Os resultados indicam que os indivíduos com sentimentos de insegurança, falta de controle pessoal e alienação aos outros são os mais prováveis a vivenciar elevados níveis de depressão e sintomas de TEPT subsequentes à exposição a eventos traumáticos<sup>26</sup>. As pessoas que são incapazes de confiar nos outros, são sensíveis à rejeição, sentem-se facilmente feridas e possuem dificuldade em fazer amigos experimentam os níveis mais elevados de sofrimento que seguem a um evento potencialmente traumático<sup>27</sup>. Meta-análises revelaram consistentemente diversos preditores de TEPT, incluindo a fragmentação do núcleo familiar, baixo grau de instrução e prévio histórico de internação psiquiátrica<sup>7,28</sup>.

Evidências sugerem que o traço de personalidade da ousadia protege na exposição ao estresse extremo<sup>29</sup>. A ousadia tem três dimensões: a motivação de encontrar sentido na vida diária, a crença de que se pode influenciar o entorno e os resultados dos eventos e a opinião de que se pode aprender e crescer a partir das experiências positivas e negativas. Esses aspectos predisõem à confiança, ao suporte social e à superação das adversidades, facilitando o manejo do estresse da experiência. Em um estudo realizado em 2003, a resiliência e os fatores de ajustamento que se seguiram aos eventos estressores foram mediados pela experiência de emoções positivas, tais como solidariedade, gratidão, interesse e amor<sup>30</sup>. A contribuição de práticas espiritualistas budistas, como a meditação e a oração, também exerceram um papel ativo no desenvolvimento de mecanismos de superação psicológica entre refugiados tibetanos<sup>31</sup>. Finalmente, a confiança subjetiva manifestada pela crença em um Deus amado e responsivo influenciou positivamente a resiliência de indivíduos que atravessaram enfermidades graves<sup>32</sup>. O fator crucial ao desenvolvimento da resiliência está em como os indivíduos percebem sua capacidade de lidar com os eventos e controlar seus

resultados. A percepção de si mesmo e os diálogos internos após a ocorrência do evento traumático são preditores de resultados psicológicos satisfatórios ou não<sup>33</sup>. Os diálogos internos de autopiedade, desamparo, autovitimização e autodepreciação podem realçar as emoções negativas relacionadas à memória traumática e exacerbar o sofrimento psicológico. As pessoas que cultivam diálogos internos de enfrentamento, procurando modificar o presente positivamente, superam com maior facilidade traumas psicológicos<sup>25</sup>.

## COMO OS DIÁLOGOS INTERNOS AFETAM AS MEMÓRIAS TRAUMÁTICAS

“Trauma”, em sua raiz etimológica grega, significa lesão causada por um agente externo. Esse conceito migrou ao campo psicológico, e, conseqüentemente, supõe-se com freqüência que um trauma ocorre quando as defesas psicológicas naturais são transgredidas. Freud<sup>34</sup> declarou que o trauma psíquico se caracteriza por um afluxo de excitações que é excessivo em relação à tolerância do indivíduo e à sua capacidade de dominar e de elaborar tais excitações. A maneira como as pessoas processam o evento estressante após sua ocorrência é determinante para que o trauma seja configurado ou não. A caracterização de um evento como traumático não depende somente do estímulo estressor, mas também da tendência do processamento perceptual do indivíduo.

Dinâmicas psicológicas podem ser compreendidas como uma tendência interpretativa emocional que afeta o diálogo interno relacionado a um evento significativo. Assim como várias pessoas no mesmo ambiente podem experimentar e perceber distintas situações e vivenciar aspectos comuns, as memórias emocionais sob as mesmas circunstâncias podem ser similares, mas nunca idênticas. Os diálogos internos, baseados nos processos auto-referentes das experiências diárias, afetarão o relacionamento externo com os eventos cotidianos e também episódios traumáticos. Se um psicoterapeuta fornecer os mesmos elementos a dois indivíduos para que construam uma história, com ou sem valência emocional, o enredo apresentará circunstâncias e incidentes psicológicos diferentes, o que torna a história peculiar a cada narrador. A experiência reconstruída como uma memória que provoca tristeza ou qualquer outra emoção deve ser respeitada

como um processo subjetivo. Assim, a narração da memória traumática é enviesada pelo repertório individual de representações da realidade e dinâmicas psicológicas, que configuram padrões interpretativos do evento. Conseqüentemente, postulamos que os psicoterapeutas devem observar, além dos episódios emocionais ou traumáticos, o enredo interpretativo que aflora com o “conteúdo de memória”. Nossa experiência clínica revela que a compreensão do indivíduo traumatizado sobre a relação entre o conteúdo emocional e a dinâmica psicológica que mantém o sofrimento favorece uma psicoterapia eficiente.

Freud escreveu que, se uma pessoa não se recorda de um trauma, ele provavelmente será reencenado: “o trauma é reproduzido não como uma memória, mas como uma ação, um comportamento”. Freud enfatizou que o indivíduo repetiria alguns comportamentos sem estar ciente de que o trauma estava se repetindo e postulou que “esta seria a maneira pela qual o trauma é lembrado”<sup>34</sup>. DelMonte<sup>19,35</sup> observou também que determinadas memórias traumáticas podem ser reproduzidas comportamentalmente pela compulsão em repetir a experiência abusiva ou outros comportamentos autodestrutivos, tais como o abuso de substâncias e a automutilação. De fato, observamos, em nossa prática clínica, que, em geral, o paciente não tem consciência da dinâmica psicológica que dispara o comportamento atual relativo ao trauma. Curiosamente, essa dinâmica geralmente foi repetida no passado, com menor intensidade. O psicoterapeuta pode ajudar o paciente a tornar-se consciente do “lugar/papel” comum ocupado em diferentes enredos emocionais passados. Essa consciência viabiliza a escolha de novas atuações saudáveis no presente contexto de vida. Quando a memória traumática estiver narrativamente estruturada<sup>19</sup>, consideramos importante que os psicoterapeutas percebam e trabalhem as dinâmicas psicológicas com seus pacientes. A desarticulação das dinâmicas patológicas se processa com o fortalecimento gradual de novos diálogos internos resilientes. Quando dinâmicas de autovitimização ou autopiedade são repetidas no discurso do paciente, o terapeuta pode questionar se o mesmo discurso está contido na narrativa da memória traumática. Se um “lugar” específico é ocupado em diversas histórias emocionais passadas, então a mesma dinâmica pode estar presente na

dificuldade atual do paciente. A psicoterapia pode, assim, trazer padrões previamente inconscientes de comportamento à luz da consciência. As redecisões cognitivas baseadas no repertório resiliente do indivíduo podem promover a construção de novos diálogos internos, sentimentos e comportamentos mais saudáveis.

#### PROMOVENDO RESILIÊNCIA NA PSICOTERAPIA

A finalidade das psicoterapias aplicadas às vítimas de traumas psicológicos é atribuir gradualmente novos significados emocionais à experiência traumática passada que não ocorre mais no presente<sup>36</sup>. A ciência psicológica tem dado maior atenção às terapias de exposição imaginária para a reestruturação cognitiva de eventos passados sob uma nova perspectiva de compreensão e aprendizagem<sup>23,37</sup>. O componente essencial do tratamento de exposição envolve repetidos confrontos com as memórias do estressor traumático (exposição de imagens). Por outro lado, o confronto com as memórias traumáticas em terapia de grupo (*debriefing*) tem se mostrado ineficaz no tratamento de indivíduos com o TEPT<sup>38</sup>. Conseqüentemente, o efeito terapêutico não ocorre somente com o confronto, mas com a maneira como as memórias são confrontadas para promover a reestruturação cognitiva e terapêutica. O princípio terapêutico de confrontos repetidos deve ser alinhado aos preditores de resiliência, como, por exemplo, enfrentar as adversidades em vez de recriar o sofrimento. As terapias de exposição e reestruturação cognitiva melhoram acentuadamente o TEPT, e seus resultados continuam estáveis<sup>23</sup>.

Observamos, em nossa experiência clínica, que as dinâmicas psicológicas influenciam a interpretação do evento traumático e permeiam a reconstrução da memória, afetando a relação com esse evento. Descreveremos brevemente as três fases principais que são necessárias para reconstruir terapêuticamente a memória traumática, de acordo com nossa abordagem psicoterápica, baseada na terapia de exposição e reestruturação cognitiva<sup>23,25</sup>. A primeira fase ocorre durante a anamnese, com a valência positiva das memórias emocionais relacionadas às atitudes resilientes, em que a auto-estima, a autoconfiança e uma auto-interpretção positiva são recuperadas e fortalecidas.

*Primeira fase: durante a anamnese*

*Terapeuta – Você se lembra de situações em que enfrentou e superou dificuldades? Como se sentiu?*

*Paciente – Aos 10 anos, eu venci o medo de escuro para levar o meu irmão menor, que chorava, ao quarto dos meus tios. Eu me senti bem, um vencedor.*

As interpretações do evento estressor ocorrem por meio dos diálogos internos sobre como o indivíduo recorda o trauma. Conseqüentemente, durante a segunda fase, o indivíduo evoca e narra a memória traumática para compreender, com a ajuda do terapeuta, as emoções e os estados de consciência que modularam a memória, a percepção, a interpretação e o relacionamento correspondente ao evento estressor. O paciente se torna consciente da dinâmica psicológica e das correspondentes interpretações que mantêm o sofrimento psicológico. Uma vez que os sistemas múltiplos de memória são ativados simultaneamente e podem interagir em várias ocasiões<sup>20,21</sup>, a reconstrução terapêutica da memória traumática está ligada diretamente à interface, com o banco de memória resiliente previamente reforçado.

*Segunda fase: durante a exposição imaginária*

*Terapeuta – Traga agora a lembrança do acidente de carro que sofreu... Tome consciência das emoções/sensações/pensamentos relacionados à sua percepção do evento traumático...*

*Paciente – Estou agoniado, meu corpo treme, eu não posso fugir, correr, estou desesperado, preso dentro do carro, tenho horror de carros...*

*Terapeuta – Agora inspire profundamente, relaxe, sinta-se em posição bem confortável, observe sua respiração tranquila... (após indução de relaxamento) Lembre-se das memórias agradáveis que relatou, quando superou o medo de escuro, quando enfrentou o medo de cair e aprendeu a andar de bicicleta aos 12 anos, quando... Tome consciência das emoções/sensações/pensamentos positivos que vivenciou e fale no tempo presente sobre esse estado.*

*Paciente – Eu me sinto bem, capaz de fazer coisas que não conseguia antes, tenho mais força!*

A terceira fase promove o “deslocamento” dos diálogos internos alinhados ao banco de memória resiliente com a finalidade de gerar novas interpretações, que facilitarão a reestruturação terapêutica da memória traumática. A possibilidade de interação dos circuitos neurais é um aspecto crucial no desenvolvimento de uma abordagem psicoterápica, que pode favorecer a tradução integrativa da memória traumática num sistema declarativo e resiliente de memória.

Uma vez que as dinâmicas psicológicas podem alimentar padrões disfuncionais de comportamento, a psicoterapia será mais eficiente quando o paciente compreender a relação entre as memórias carregadas de emoção e o sofrimento psicológico trazido como queixa. A maneira pela qual o indivíduo percebe, interpreta e se relaciona com o evento estressor por meio de suas memórias pode ser modificada terapeuticamente. Nossa experiência clínica mostra que a compreensão dessas dinâmicas facilita o direcionamento do indivíduo a construir novas escolhas preditoras de resiliência.

*Terceira fase: durante a exposição imaginária e reestruturação cognitiva*

*Terapeuta – Agora, preservando esse estado agradável de relaxamento, força e capacidade, recupere a memória do acidente de carro e observe como você pode modificar sua interpretação a respeito daquele evento.*

*Paciente – Parece que vejo a situação sem estar tão agoniado. Estou mais seguro assistindo à memória.*

*Terapeuta – Como se sente em relação ao medo de carro agora?*

*Paciente – Não parece tão forte quanto antes.*

*Terapeuta – Elabore uma frase afirmativa para lembrar-se desse estado positivo ao aproximar-se de um carro.*

*Paciente – Eu sou capaz de voltar a dirigir carros.*

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A despeito da natureza e severidade do trauma, o mais proeminente preditor de ajuste positivo futuro e resiliência é uma percepção saudável de auto-eficácia, baseada no conhecimento da capacidade própria de enfrentar e superar dificuldades<sup>27</sup>. Memórias carregadas de emoção são representações subjetivas de um evento. Embora haja

variedade interindividual em como a memória de eventos diários e as emoções básicas são processadas<sup>4</sup>, a habilidade neural de reconstrução emocional e reinterpretação das memórias traumáticas pode ser também utilizada com eficácia na psicoterapia. O nível de consciência e as emoções modulam a formação da memória<sup>12,22</sup>, e os sistemas múltiplos de memória podem ser ativados simultaneamente e interagir em várias ocasiões<sup>20,21</sup>. Considerando os achados da neurociência, o fator-chave para a reconstrução terapêutica das memórias traumáticas está em trabalhar propriamente os estados de consciência e as emoções para modificar a modulação da memória traumática e, conseqüentemente, a relação com o evento passado. A dinâmica psicológica que emoldura o enredo da memória traumática também pode ser mutável. Postulamos que a psicoterapia voltada para as vítimas de traumas deve propiciar a percepção e conscientização do paciente sobre as características psicológicas permeantes à interpretação do evento e a influência relativa da respectiva dinâmica psicológica na continuidade do sofrimento psíquico. Aprender e crescer a partir das experiências positivas e negativas de vida e desenvolver a capacidade de lidar com adversidades severas são aspectos cruciais a serem trabalhados em psicoterapia. Entretanto, os psicoterapeutas não devem dizer intelectualmente aos pacientes “como fazer isso”, e sim facilitar, através da vivência terapêutica, a autocompreensão sobre a possibilidade de escolher dinâmicas psicológicas preditoras de melhor qualidade de vida<sup>25</sup>.

A intenção deste artigo é iluminar o valor do trabalho psicoterápico com diálogos internos das vítimas de trauma psicológico. Esclarecer os padrões comportamentais inconscientes que mantêm o sofrimento psíquico prenuncia a conquista de melhores dinâmicas psicológicas, alinhadas a um presente saudável.

*O passado é maleável e flexível, modifica-se com novas interpretações das recordações e re-explicações do que aconteceu.*<sup>39</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1995;52:1048-460.
2. McFarlane AC, Yehuda R. Resilience, vulnerability and the course of posttraumatic reactions. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, eds. *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. Nova York: Guilford; 1996. p. 155-81.
3. Chertoff J. Psychodynamic assessment and treatment of traumatized patients. *J Psychother Pract Res*. 1998;7:35-46.
4. Eugene F, Levesque J, Mensour B, Leroux JM, Beaudoin G, Bourgouin P, et al. The impact of individual differences on the neural circuitry underlying sadness. *Neuroimage*. 2003;19(2 Pt 1):354-64.
5. Hull AM. Neuroimaging findings in post-traumatic stress disorder. Systematic review. *Br J Psychiatry*. 2002;181:102-10.
6. Jones E, Vermaas RH, McCartney H, Beech C, Palmer I, Hyams K, et al. Flashbacks and post-traumatic stress disorder: the genesis of a 20th-century diagnosis. *Br J Psychiatry*. 2003;182:158-63.
7. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:748-66.
8. McFarlane AC, Yehuda R, Clark CR. Biologic models of traumatic memories and post-traumatic stress disorder. The role of neural networks. *Psychiatr Clin North Am*. 2002;25:253-70.
9. Bremner JD. Neuroimaging studies in post-traumatic stress disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2002;4:254-63.
10. Yehuda R. Risk and resilience in posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(Suppl 1):S29-36.
11. Nisbett RE, Masuda T. Culture and point of view. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2003;100:11163-70.
12. Baddeley A, Bueno O, Cahill L, Fuster JM, Izquierdo I, McGaugh J, et al. The brain decade in debate: I. Neurobiology of learning and memory. *Braz J Med Biol Res*. 2000;33:993-1002.
13. Gonsalves B, Paller KA. Mistaken memories: remembering events that never happened. *Neuroscientist*. 2002;8:391-5.
14. Loftus EF. Memory distortion and false memory creation. *Bull Am Acad Psychiatry Law*. 1996;24:281-95.
15. Leichtman MD, Wang Q, Davies KI. Sharing memories and telling stories: American and Chinese mothers and their 3-year-olds. *Memory*. 2000;8:159-77.
16. McNally RJ. Progress and controversy in the study of posttraumatic stress disorder. *Ann Rev Psychol*. 2003;54:229-52.
17. Beckman M. False memories, true pain. *Science*. 2003;299:1306.
18. Izquierdo I. Memória. *Porto Alegre: Artmed*; 2002. p. 9.
19. DeMonte MM. Retrieved memories of childhood sexual abuse. *Br J Med Psychol*. 2000;73:1-13.
20. Poldrack RA, Packard MG. Competition among multiple memory systems: converging evidence from animal and human brain studies. *Neuropsychologia*. 2003;41:245-51.
21. Wieser S, Wieser HG. Event-related brain potentials in memory: correlates of episodic, semantic and implicit memory. *Clin Neurophysiol*. 2003;114:1144-52.
22. Dolan RJ. Emotion, cognition and behavior. *Science*. 2002;298:1191-4.
23. Marks I, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 1998;55:317-25.
24. Dietrich A. Functional neuroanatomy of altered states of consciousness: the transient hypofrontality hypothesis. *Conscious Cogn*. 2003;12:231-56.
25. Peres JFP, Mercante JPP, Prieto-Peres MJ, Nasello AG. Psychological dynamics affecting traumatic memories: implications in psychotherapy. *Psychol Psychother*. 2005. In press.

26. Regehr C, Hill J, Glancy GD. Individual predictors of traumatic reactions in firefighters. *J Nerv Ment Dis.* 2000;188:333-9.
27. Regehr C, Hemsworth D, Hill J. Individual predictors of posttraumatic distress: a structural equation model. *Can J Psychiatry.* 2001;46:156-61.
28. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2003;129:52-71.
29. Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S. Hardiness and health: a prospective study. *J Personal Soc Psychol.* 1982;42:168-77.
30. Fredrickson BL, Tugade MM, Waugh CE, Larkin GR. What good are positive emotions in crises? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001. *J Pers Soc Psychol.* 2003;84:365-76.
31. Holtz TH. Refugee trauma versus torture trauma: a retrospective controlled cohort study of Tibetan refugees. *J Nerv Ment Dis.* 1998;186:24-34.
32. Koenig H. Religion and coping with serious medical illness. *Ann Pharmacother.* 2001;35:352-9.
33. Benight CC, Ironson G, Durham RL. Psychometric properties of a hurricane coping self-efficacy measure. *J Trauma Stress.* 1999;12:379-86.
34. Freud S. The etiology of hysteria. In: The standard edition of the complete works of Sigmund Freud. Hogarth, London: J Strachy Ed. and Trans.; 1962. v. 3, p. 189-221.
35. DelMonte MM. The embodied mind, the talking cure and the silence of meditation. In: DelMonte M, Haruki Y, eds. The embodiment of mind: eastern and western perspectives. Delft: Eburon Publishers; 1998. p. 129-39.
36. van der Kolk BA, McFarlane AC, van der Hart O. Treatment. In: van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L, eds. Traumatic stress. Nova York: Guilford Press; 1996.
37. Leskin GA, Kaloupek DG, Keane TM. Treatment for traumatic memories: review and recommendations. *Clin Psychol Rev.* 1998;18:983-1001.
38. Lewis SJ. Do one-shot preventive interventions for PTSD work? A systematic research synthesis of psychological debriefings. *Aggress Violent Behav.* 2003;8:329-43.
39. Berger PL. Invitation to sociology: a humanistic perspective. New York: Anchor; 1963. p. 57.

## RESUMO

A exposição a eventos estressores e violentos ocorre com relativa frequência em grande parte da população. A busca pela compreensão das respostas ao trauma está voltada também para a contribuição dos fatores da personalidade. A maneira como os indivíduos processam o evento estressor é crítica para a determinação ou não do trauma. O cérebro não armazena propriamente registros factuais, mas traços de informações que serão usados para recriar memórias, as quais nem sempre expressam um retrato completamente fidedigno da experiência passada. Sempre que um evento traumático é recordado, este pode submeter-se a mudanças cognitivas e emocionais. Postulamos que os psicoterapeutas devem trabalhar, além do evento traumático em si, os diálogos internos que mantêm a relação patológica com o episódio passado. A exposição imaginária e a reestruturação cognitiva

podem auxiliar as vítimas de experiências traumáticas a evoluir a partir de suas experiências negativas, com o desenvolvimento de diálogos internos saudáveis e resilientes.

Descritores: Memória traumática, dinâmicas psicológicas, psicoterapia, resiliência, transtorno de estresse pós-traumático.

## ABSTRACT

Exposure to life-threatening and violent events is relatively common in a significant portion of the population. Efforts aimed at understanding responses to traumas have also focused on the contribution of personality factors. The way people process the stressful event is of paramount importance for the determination of trauma. The brain does not store records of facts; rather, it keeps traces of information that are later used to recreate memories, which do not always express a completely faithful picture of the past experience. Whenever a traumatic event is retrieved, it may undergo cognitive and emotional changes. We postulate that therapists must go beyond the traumatic event itself and work with the internal dialogs that maintain the pathological relationship with the past episode. Therapy based on exposure and cognitive restructuring may help trauma victims experience psychological growth from their negative experiences, by fostering resilient internal dialogues.

Keywords: Traumatic memory, psychological dynamics, psychotherapy, resilience, post-traumatic stress disorder.

Title: Fostering resilience in psychological trauma victims

## RESUMEN

La exposición a eventos estresores y violentos ocurre con relativa frecuencia en grande parte de la población. La búsqueda por la comprensión de las respuestas al trauma también está dirigida a la contribución de los factores de la personalidad. La manera como los individuos procesan el evento estresor es crítica para la determinación o no del trauma. El cerebro no almacena propiamente registros factuales, sino rasgos de informaciones que serán usados para recrear memorias, las que no siempre expresan un retrato completamente fidedigno de la experiencia pasada. Siempre que se recuerda un evento traumático, éste puede ser sometido a cambios cognitivos y emocionales. Postulamos que los psicoterapeutas deben trabajar, además del evento traumático mismo, los diálogos internos que mantienen la relación patológica con el episodio del pasado. La exposición imaginaria y la reestructuración cognitiva pueden ayudar a las víctimas de experiencias traumáticas a evolucionar

*a partir de sus experiencias negativas, con el desarrollo de diálogos internos saludable y resilientes.*

Palabras clave: *Memoria traumática, dinámicas psicológicas, psicoterapia, resiliencia, trastorno de estrés postraumático.*

Título: *Promoviendo resiliencia en víctimas de trauma psicológico*

Correspondência:

Julio Peres

Rua Maestro Cardim, 887

CEP 01323-001 – São Paulo – SP

Fone: (11) 9983.8174

E-mail: julioperes@usp.br

Copyright © Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul – SPRS