

**UMA PROPOSTA E TRATAMENTO DE UMA NOVA ENTIDADE MÓRBIDA:
A SÍNDROME DO ESTRESSE PRÉ-TRAUMÁTICO (SEPT)**

ANTONIO PEDREIRA

UNAT-BRASIL – UNIÃO NACIONAL DE ANALISTAS TRANSACIONAIS

FATEP – FACULDADE DE TECNOLOGIA PAULO FREIRE

e-mail: atpedreira@uol.com.br

SALVADOR – BA

2010

UMA PROPOSTA E TRATAMENTO DE UMA NOVA ENTIDADE MÓRBIDA: A SÍNDROME DO ESTRESSE PRÉ-TRAUMÁTICO (SEPT)*

Antonio Pedreira

Médico, Psicoterapeuta e Educador

RESUMO

Na revisão bibliográfica deste estudo, através do CID-10 e do DSM-IV-TR, não há qualquer referência à Síndrome do Estresse Pré-Traumático (SEPT). As únicas referências encontradas abordam enfoques distintos: uma histórica e outra alusiva à terapia de vidas passadas. Este trabalho se propõe a descrever uma nova entidade mórbida do grupo dos Transtornos da Ansiedade, mas que, diferentemente do Transtorno do Estresse Pós Traumático (TEPT), cuja sintomatologia decorre de um episódio traumático bem definido, não há uma situação pré-traumática alguma. Neste caso os sintomas e sinais apresentados pelos 115 pacientes que estudamos, em um universo de 1235 clientes atendidos nos últimos cinco anos para as mais diversas condições de sofrimento psíquico, de ambos os sexos, não fizeram referência a qualquer situação traumática prévia. O objetivo deste trabalho é: (a) confirmar que se trata de uma nova entidade nosológica para a qual propomos designá-la como SEPT, (b) apresentar um esboço com cinco passos de uma proposta diagnóstica para esta síndrome inédita, (c) oferecer onze passos para o tratamento psicoterápico da SEPT, dentro do quadro de referência da Análise Transacional.

PALAVRAS CHAVE: Análise Transacional, psiquiatria, psicologia, ansiedade, *stress*.

INTRODUÇÃO

Desde a década de 60 que o programa de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde (OMS) vem se empenhando ativamente em um projeto de aprimoramento do diagnóstico e a classificação de transtornos mentais e de comportamento. Assim foram surgindo várias propostas de Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Também sucessivamente foram sendo apresentados glossários definindo cada categoria de transtorno mental, até atingir a sua Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10, 1992).

Na década de 70, ocorreram vários movimentos de expansão de contatos e estudos colaborativos internacionais, num crescente interesse em aperfeiçoar e uniformizar critérios diagnósticos para melhorar a classificação psiquiátrica por todo o mundo. Em especial, a APA – Associação Americana de Psiquiatria – editou e apresentou a Terceira Revisão do Manual de Diagnóstico e Estatístico. Este manual (DSM-III) ganhou notoriedade mundial pela adoção de critérios classificatórios específicos com o objetivo de melhorar a fidedignidade diagnóstica, atingida na sua Quarta Revisão, baseada em evidências, o conceituado DSM-IV-TR, publicada em 2000. Em ambos estão descritos os distintos Transtornos de Ansiedade e, entre estes, os transtornos neuróticos relacionados ao do estresse e somatoformes.

Dentre os transtornos descritos, destaca-se um Distúrbio da Ansiedade denominado **Transtorno do Estresse Pós-Traumático**, também reconhecido pela sigla **TEPT**, considerada, na atualidade, a quarta queixa dos clientes em consultórios psiquiátricos. Neste, identificamos uma série de sintomas e sinais, conseqüentes a uma situação traumática bem definida. Tanto o DSM-IV-TR, quanto o CID-10 enquadram-no, de modo bem sistemático, oferecendo critérios de consenso internacional, para um diagnóstico preciso e indubitável. Fica óbvio que o TEPT se refere a efeitos em curto, médio ou longo prazo de vivências interpessoais traumáticas, tais como abuso físico e/ou sexual na infância, ameaças à integridade física de si mesmo ou de terceiros e experiências quase-morte. A principal característica do **TEPT** reside na ocorrência dos *flash-backs*, ou seja, o revivenciamento do trauma, sob a forma de fantasias diurnas das cenas traumáticas, ou pesadelos recorrentes. A esquiva dos maus sentimentos associados leva a pessoa a evitar o sexo – se foi vítima de abuso sexual – ou a distanciar-se de outros (evitando assim o risco dos relacionamentos íntimos). Ademais, o quadro do TEPT fica caracterizado por sintomas de maior excitabilidade, traduzida por sono perturbado, irritabilidade, explosões emocionais e resposta de sobressalto exagerada.

O diagnóstico do TEPT é mais fácil de ser feito, quando é possível de se reconhecer um trauma isolado no **passado** da pessoa, capaz de ser identificado como o agente causal responsável por uma significativa alteração do seu nível de funcionamento.

Na atualidade, temos nos defrontado com inúmeros clientes que nos reportam altos níveis de ansiedade, beirando um ataque de pânico, em razão de acontecimentos **futuros** os quais – na sua imaginação – poderiam ser capazes de atentar contra a sua segurança pessoal, ou mesmo com um potencial risco de vida. Em outras palavras, o **estresse é pré-traumático**, em termos de que antecede o episódio supostamente capaz de produzir o trauma, que é vivenciado de modo francamente **antecipatório**! Nas principais capitais brasileiras, as manchetes alarmantes dos jornais escritos e falados, bem como os telejornais, a Internet e as revistas de circulação nacional mostram, com riqueza de detalhes, as situações estressantes do nosso cotidiano, envolvendo assaltos, seqüestros, torturas, assassinatos, acidentes fatais, apagão aéreo e outros. Tudo isto representa um rico caldo de cultura para o desenvolvimento da Síndrome do Estresse Pré-Traumático (SEPT), que estamos propondo como nova entidade nosológica e a descrevendo neste trabalho.

O objetivo deste trabalho é apresentar o relato da experiência clínica com 115 pacientes que nos serviu de base nesta pesquisa qualitativa, nos últimos cinco anos, para tratamento psicoterápico com AT. Estes nos procuraram em razão de um transtorno de ansiedade em que há uma síndrome de estresse, na qual inexistia uma condição traumática prévia. Buscamos confirmar, então: (a) que se trata de uma nova entidade nosológica para a qual propomos designá-la como SEPT, (b) apresentamos um esboço com cinco passos de uma proposta diagnóstica para esta síndrome inédita, (c) oferecemos onze passos para o tratamento psicoterápico da SEPT, dentro do quadro de referência da AT.

Relato da Experiência Clínica

Em nossa prática clínica, tivemos a oportunidade de acompanhar em psicoterapia 115 casos de clientes – sendo 81 mulheres e 34 homens, com idade variando entre 12 e 60 anos de idade – em clínica particular, documentados em prontuários individuais. Os indivíduos (n=115) foram selecionados dentro de um universo de 1235 clientes atendidos nos últimos cinco (5) anos, para as mais diversas condições de sofrimento psíquico. Estes clientes apresentavam um transtorno da ansiedade que, ao invés de terem os sintomas e sinais de um estresse pós-traumático, exibiam características muito mais compatíveis

com esta nova entidade mórbida, para a qual propomos a designação de Síndrome do Estresse Pré-Traumático, pois toda a sintomatologia é compatível com altos níveis de ansiedade antecipatória, beirando um ataque do pânico. O denominador comum é que todos eles se referiam a acontecimentos futuros que, na imaginação, seriam capazes de atentar, virtualmente, contra sua segurança pessoal, sem que houvesse menção a terem sofrido qualquer trauma prévio.

A escolha da Análise Transacional (AT), como método psicoterápico, deveu-se à longa intimidade que o autor tem na utilização do instrumental teórico-prático desta linha de terapia, ao longo dos últimos 30 anos, no tratamento de outros distúrbios da ansiedade. Ademais, a pronta adesão dos clientes à AT em razão da fácil compreensão da terminologia, e em função da já comprovada eficácia do método – Novey, 2007 – foram avaliadas e traduzidas pelo grau de satisfação, declarado pelos clientes, em *follow up* de seis meses a um ano.

Estudo de caso: síndrome do estresse pré-traumático

Para ilustrar este trabalho, trago um estudo de caso, cujos atendimentos realizaram-se no período de 10 de março, 2005, a 30 de abril, 2005, no meu consultório particular na Bahia. As sessões terapêuticas com duração de 50 minutos, inicialmente 3 vezes na primeira semana, pelo cunho agudo do estresse do cliente, e subseqüentemente, uma vez por semana. Convencionemos aqui chamar o cliente pelo nome fictício de José. É um adulto jovem de 43 anos, cor branca, casado, tem dois filhos adolescentes que moram com os pais. É um profissional de nível superior completo e possui pós – graduação em Administração Escolar.

A 1ª consulta me foi referendada por um parente dele, meu ex-cliente, do qual tratei como médico e terapeuta de uma depressão, com resultados bem favoráveis.

No primeiro contato José estava muito nervoso, angustiado e ávido para começar a consulta logo. Sem paciência para responder os dados identificatórios, foi logo dizendo – estou muito mal!

Queixa principal - Sensação de estresse agudo de origem recente.

História do problema atual - Vinha bem, com saúde física e mental equilibradas até que sua secretária recebeu um telefonema de um agente da Receita Federal solicitando-lhe que agendasse uma reunião, a sós, com o referido cliente, diretor da escola. Mesmo sendo

uma pessoa íntegra, sem antecedente algum de qualquer problema pessoal com o fisco, quer como pessoa física, quer como pessoa jurídica, José começou a ficar inquieto além do habitual, e passou a apresentar uma série de sintomas estranhos. Buscou o nosso consultório com ansiedade alta e atordoado, sem entender porque aquele membro da Receita Federal requereu um encontro com hora marcada, para a próxima semana, e logo com ele e não com toda a diretoria da Escola. Vaticinava que, nos oito dias até o referido encontro ele não teria paz. Rejeitou inicialmente a idéia tomar medicação ansiolítica. Porém retornou no dia seguinte em consulta extra, na qual reportou pesadelos, sonhos vívidos e fantasias diurnas com cenas dele sendo preso, humilhado e execrado publicamente por algum tipo de problema que não tinha noção do que se tratava. Pensamentos catastróficos povoavam sua mente, ocupada em rastrear toda a ilibada vida pregressa, sem conseguir atinar qual erro grave teria cometido. Rastreou a evolução dos seus bens materiais: casas, fazenda, escola, carros etc. Nenhum indício de algo, mínimo que fosse, ao arripio da lei. Aceitou tomar ansiolítico diazepínico (Clonazepan). Que lhe reduziu a intensidade da ansiedade sem, contudo, se livrar da tensão de espera e das fantasias catastróficas que assumiam o caráter de angústia intrusiva, produzindo “*flashes*” diurnos de um realismo virtual. À noite, dormiu rápido, mas o sono era agitado, perturbado por pesadelos angustiantes, e não lhe era reparador. Acordou cansado e procurou de novo, minha ajuda para uma psicoterapia com Análise Transacional.

De saída buscamos, sem sucesso, na história pregressa do cliente, detectar se houve alguma vivência catastrófica, pois o seu quadro era compatível com o do Transtorno de Estresse Pós Traumático: entorpecimento, embotamento emocional, anedonia, evitação e retração social. O terror auto-infligido era descabido por inexistir qualquer fundamento de um prévio evento traumático ao qual tivesse sido exposto. Buscamos desdramatizar a suposta situação traumática, mediante técnica de exageração, do tipo:

Psicoterapeuta – Que de pior pode acontecer a você?

Cliente – Ser flagrado em algum tipo de delito fiscal, ser preso, denunciado e morrer de vergonha.

Psicoterapeuta – Ok, exceto a morte, tudo mais tem jeito. Já consultou seu contador?

Cliente – Ele garante que está tudo certo e legal em minha vida financeira.

Psicoterapeuta – Que bom que está tudo bem na sua vida financeira e obrigações legais. Vamos realizar uma técnica de Redecisão? É possível?

Após explicar-lhe que depois de se submeter a um relaxamento físico e mental, iria sintonizar no foco de sua consciência, as imagens mentais que vinham aparecendo como alucinações visuais e auditivas nos seus “*flashes diurnos*” e sonhos vívidos. O cliente disse ser fácil focalizar estas fantasias, tendo em vista a alta frequência com que elas vêm assolando a sua mente. Logo que foi identificado o que o cliente tinha vontade de fazer, e o que impedia de fazê-lo, propus que ao realizá-lo adotasse uma nova decisão – também na fantasia.

Devidamente apaziguado, descontaminado o ego Adulto para uma análise cognitiva ou lógica da realidade, e encorajado a que pudesse realizar condutas de enfrentamento da situação temida, usou todo o potencial do seu ego Adulto, associado ao poder autoprotetor do seu ego Pai.

Saiu melhor da terapia e retornou no início da semana subsequente, véspera do encontro temido, trazendo notícias de uma melhoria considerável. Referia ainda à ocorrência de episódios das imagens mentais diurnas e sonhos vívidos, como se o evento traumático estivesse ocorrendo. Por isso, mantinha-se hipervigilante, com alto grau de excitabilidade e sobressalto intenso.

Além de mantermos a medicação, confrontei-lhe quanto à grandiosidade dos temores advindos dos seus mecanismos fantasistas e viciosos, e a concomitante desqualificação da sua capacidade autoprotetora. Procurei ainda, dar-lhe consciência de como desencadeava a ansiedade, mediante uma espécie de senha mental: e, se...? Ademais, denunciámos o medo-do-medo, como o mecanismo emocional condicionador do medo intenso, impotência e pavor, presentes neste intenso sofrimento psicológico. Fechei a sessão induzindo-lhe a evocar os maus sentimentos secretos, desdramatizando e desculpabilizando-os.

Uma semana após a última sessão, o cliente retornou calmo e sereno, depois de conhecer a intenção do agente da Receita Federal: obter uma bolsa de estudo para seu filho! Devidamente aliviado, estava convicto de que de nada valeu tanto estresse que sofreu de modo antecipatório e desnecessário, sem um trauma prévio – o que configura o diagnóstico de Síndrome do Estresse Pré-traumático.

Acompanhamos o cliente em terapia, já sem remédio, cuja retirada foi isenta de rebote, pela adoção pelo cliente de condutas produtivas baseadas em conceitos de AT que aprendeu.

Follow up

De seis em seis meses tivemos uma sessão de controle e acompanhamento da cura desta SEPT, que o cliente já esboçara em outras ocasiões, sem alcançar a intensidade do episódio descrito. Apliquei também com este cliente um processo de crescente autoconfiança, através de intervenções no seu sistema de crenças. Após dois anos e meio, o cliente estava livre deste tipo de transtorno de ansiedade, que descrevi como SEPT.

A Síndrome do Estresse Pós-Traumático (SEPT)

Alinhamos aqui os componentes da SEPT, na qual podemos reconhecer os clássicos sintomas decorrentes do crescente medo antecipado, ou seja, inquietação, insegurança, preocupação, nervosismo, temor, pavor e pânico. Todos estes estados traduzem a ansiedade psíquica. Como, tudo que afeta o corpo reflete na mente, e tudo que afeta a mente reflete no corpo, logo aparecem os efeitos corporais do medo, conhecidos como somatizações, tais como, mãos frias, suores frios, respiração ofegante, coração acelerado, tremores finos ou mais grossos, palpitações, olhos arregalados, boca seca, palidez, hipertensão, entre outros. É claro que a intensidade destes sintomas, variará na dependência do grau do estresse e da sensibilidade individual. Quando ocorreu uma dada situação traumática, devido a um estresse agudo, isto pode caracterizar o TEPT. Contudo, a SEPT pode se desenvolver sem nenhuma vivência catastrófica prévia, cabendo ao indivíduo promover uma espécie de terror infligido a si mesmo.

De posse dos mais prevalentes sintomas e sinais que estiveram presentes na maioria dos nossos clientes, acreditamos ser possível formular um esboço diagnóstico para servir de base diagnóstica para novas pesquisas. Ademais, oferecemos subseqüentemente os principais passos para uma abordagem psicoterápica humanista, como o é a Análise Transacional.

ESBOÇO DIAGNÓSTICO DA SEPT

O termo criado por Gilad Atzmon (2007), que em inglês recebeu a designação de *Pré-Traumatic Stress Disorder*, traduzido como Distúrbio do Estresse Pré-Traumático, é o resultado de um episódio imaginário situado em algum lugar do futuro que, embora jamais tenha ocorrido, assume um realismo virtual, apavorando a pessoa. Costumamos declarar em nossas conferências que, na maioria das vezes, sofremos muito mais na fantasia do que na realidade. Esta assertiva pode ser conferida na vida prática de cada um de nós, e, certamente, poderemos verificar que o medo de extrair um dente pode ser pior do que a extração; o medo do parto é geralmente pior do que o parto; o medo a um procedimento cirúrgico pode ser mais sofrido, do que o ato cirúrgico em si. Assim, podemos verificar que a fantasia paranóide que vem tomando conta do cotidiano dos nossos concidadãos – em função da crescente violência urbana – tem se tornado uma espécie de pré-trauma, um flagelo que infligimos a nós próprios, e que pode requerer tratamento medicamentoso e psicoterápico.

Uma suposta realidade perigosa e indesejável pode servir de estopim para desencadear um ataque de pânico, ou agudização de um quadro do Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), comprometendo significativamente a qualidade de vida da pessoa que apresenta a **SEPT**, comprometendo-lhe a auto-estima, auto-imagem e autoconfiança. Para Eric Laurent (*apud* Miquel Bassols, 2004), trata-se de uma variante da clássica histeria descrita por Freud, com uma “roupagem mais atualizada”.

Pela Análise Transacional, encontramos na notável contribuição de um dos mais destacados teóricos da atualidade, Vann Joines (2000), que entre as seis Adaptações de Personalidade descritas por ele, a dos Super-Reativos Entusiastas – correspondendo aos histéricos – não é para ser rotulada como sendo uma entidade mórbida, mas como um estilo adaptativo. Em outras palavras, uma pessoa pode ser sadia e manifestar esta adaptação de personalidade, com base no modo como sobreviveu em seu grupo familiar de origem ou em qualquer grupo substituto da família original. Convém mencionar aqui, que na abordagem psicoterápica destes clientes Super-Reativos, a meta terapêutica – a “porta alvo” a ser atingida – não deverá ser o comportamento, e sim o seu sistema de pensamento, acessado pela “porta aberta” do sentir. Já que os histéricos lidam com o mundo, primeiramente através dos sentimentos, necessitarão integrar o pensar, para estarem em equilíbrio.

Na revisão bibliográfica, deste estudo não constatamos qualquer alusão à SEPT. Também não consta do CID-10, nem do DSM-IV-TR qualquer referência a esta entidade nosológica. Por via de consequência, não há critérios diagnósticos, tampouco. Na internet encontramos apenas dois artigos que aludem ao tema, porém abordando o assunto de duas perspectivas distintas. Com efeito, embora os seus respectivos autores usem títulos aproximados ao nosso, o desenvolvimento do conteúdo é bem diverso. No artigo de Atzmon (2007), há referência ao que este autor chamou de “psicose coletiva de Israel”, aludindo ao fantasma que, historicamente, paira na cabeça do povo israelense de ter o seu país “varrido do mapa” por ataque de algum vizinho da comunidade árabe. Chega até mesmo a propor, metaforicamente, a criação de um grande divã coletivo para todo o seu povo. Não há, pois, qualquer esboço diagnóstico, nem tampouco proposta psicoterápica concreta.

No outro artigo, de Jordan Campos (2010), mesmo com o título afirmativo: “Sim, Existe o Transtorno do *Stress* Pré-Traumático”, o autor relata dois interessantes quadros de clientes dele, com os quais justifica o título. Um primeiro em que aconteceu aparecimento de depressão e dores ciáticas na perna direita, sem uma causa orgânica detectável para as queixas, mental e física, juntas, as quais precederam a um acidente de carro que a fez fraturar a perna direita oito dias depois. O segundo caso, de “uma paciente que desenvolveu um quadro de psoríase grave e com bastante comprometimento da pele” refratário aos medicamentos, que “além de não promoverem melhora considerável, provocavam efeitos adversos. Veio a descobrir, dois meses depois, uma traição do marido que já duravam dois anos, inclusive com manutenção de uma família paralela”. Propôs duas hipóteses básicas de investigação: percepção extra-sensorial como origem do transtorno pré-traumático levando às somatizações que precederam à revelação dos eventos traumáticos subseqüentes, e a terapia regressiva de traumas de vidas passadas como alternativa de ajuda “na superação da depressão e no pós-operatório” da cliente. Conclui dizendo que, expondo este fruto de suas observações e experiências, acredita “assim contribuir um pouquinho que seja no entender transpessoal e total dos conflitos humanos”. Não há também, neste segundo artigo, passos para o diagnóstico, nem uma descrição de passos psicoterápicos sistematizados em dados objetivos.

Pelo ineditismo do tema e em razão da inexistência de critérios identificatórios para esta síndrome, buscamos nos inspirar no modelo do DSM-IV-TR para o Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Com base nesta pesquisa, apresentamos, a seguir, uma proposta diagnóstica para a Síndrome do Estresse Pré-Traumático (SEPT).

ESBOÇO DOS CINCO PASSOS DIAGNÓSTICOS PARA A SEPT

O possível evento traumático é vivenciado na forma de imagens, percepções e pensamentos catastróficos, de modo aflitivo;

- Sem uma efetiva exposição ao temido evento traumático, havendo ou não perigo potencial ou real de morte, ou mesmo um risco à integridade física, a pessoa exhibe: **medo intenso, impotência e pavor**;
- **O possível evento traumático** é vivenciado de modo aflitivo na forma de imagens, percepções e pensamentos catastróficos;
- Agir e sentir, **como se o evento traumático estivesse ocorrendo**, podendo chegar a ter alucinações e dissociações;
- O indivíduo se mostra com excitabilidade exacerbada, **hiper-vigilante**, com alto nível de irritabilidade e sobressalto intenso;
- O sofrimento psicológico é intenso diante da exposição a indícios simbólicos de algum aspecto do evento virtualmente traumático, e **vivenciado na fantasia de modo antecipatório**.

ASPECTOS PSICOTERÁPICOS NO SEPT – OS 11 PASSOS

Também dentro da linha da Análise Transacional, podemos oferecer possíveis resoluções para o que denominamos de Síndrome do Estresse Pré-Traumático, mediante os 11 passos psicoterápicos seguintes:

- 1) Buscar na história pregressa do cliente, se houve alguma vivência catastrófica referente ao estresse pré-traumático;

- 2) Desdramatização a partir da vivência – na fantasia – da situação temida e das possíveis respostas comportamentais que teria;
- 3) Identificação do que o cliente imagina que teria vontade de fazer e o que, supostamente, poderia impedi-lo de fazer; (Goulding, M. & Goulding, R., 1985)
- 4) Realização destes atos – na fantasia – e a tomada de uma nova decisão de sobrevivência (REDECISÃO); (Goulding, M. & Goulding, R., 1985)
- 5) Validação das condutas de enfrentamento (em vez da mera e mais cômoda evitação) com a plena atenção de seu ego Adulto, e acionando o poder de proteção do ego Pai, com todo o seu repertório autoprotetor; (Berne, E. 1984)
- 6) Descontaminação do ego Adulto, para uma análise cognitiva ou lógica da realidade factual; (Berne, E. 1972 e 1984)
- 7) Confrontar os seus mecanismos fantasistas de **maximização** da situação pré-traumática e de **minimização** das suas capacidades autoprotetoras. Em linguagem de AT, **GRANDIOSIDADE** \longleftrightarrow **DESQUALIFICAÇÃO** que fazem parte da síndrome da passividade descrita por Schiff (1975). Confrontamos então, este mecanismo vicioso que são distorções cognitivas. A proporção que a consciência da pessoa se aprofunda ela muda comportamentalmente.
- 8) Dar consciência ao cliente, do processo desencadeador do **SEPT**, presente na sua senha mental de fantasias geradoras da ansiedade: “E, se...!” (Antonio Pedreira, 1997 e 2009)
- 9) Promover o descondicionamento do mecanismo emocional básico, responsável pela autopetuação da **SEPT**, traduzido pelo medo-do-medo; (Pedreira, 2009)
- 10) Trazer à tona os sofrimentos secretos do cliente, desdramatizando e desculpabilizando-os; (Pedreira, A., 1997 e 2009)
- 11) Interferir no seu sistema de crenças, promovendo uma adoção de uma consistente autoconfiança. (Pedreira, A., 2009)

Convém ter em mente que estes passos não obedecem a uma ordem rigorosa. Eles se mostraram úteis na esmagadora maioria dos clientes que serviram de base para este

estudo. Óbvio que compete ao terapeuta – Analista Transacional – eleger quais destes passos melhor se aplicam ao caso de seu cliente e o momento mais propício para a sua aplicação..

CONCLUSÕES

Pelo exposto, parece indubitável a existência desta nova entidade mórbida, por nós denominada de Síndrome do Estresse Pré-Traumático (SEPT) que se encaixa no grupo dos Transtornos da Ansiedade, ao lado do clássico Transtorno do Estresse Pós-Traumático. Igualmente, a proposta de critérios diagnósticos para seu enquadramento sistemático e a devida classificação psiquiátrica da SEPT, além do oferecimento de um modelo de atuação psicoterápica que possibilita o seu tratamento não medicamentoso, tornam factíveis novas investigações sobre o tema.

Ademais, pela experiência clínica acumulada nos últimos 30 anos usando primordialmente AT como linha mestra de uma terapia humanista existencial, chegamos à conclusão de que a Análise Transacional dispõe de recursos psicoterápicos inesgotáveis para o tratamento dos Transtornos de Ansiedade. Neste particular, além de ser uma potente abordagem para fazer frente aos aspectos psíquicos subjacentes aos sintomas, tem se mostrado útil para a sustentabilidade do bem-estar propiciado pelos medicamentos ansiolíticos, quando da sua retirada.

Por tudo isto, podemos reafirmar, uma vez mais, que o referencial teórico-prático (AT) se mostrou exitoso para o tratamento de uma nova entidade mórbida como esta, ficando evidenciada, uma vez mais, sua eficácia e efetividade como já demonstrado previamente (Novey, T. 2006).

Um antídoto precioso para a resolução dos Transtornos da Ansiedade, também aqui se mostra de grande valia: o autoconhecimento e manejo eficaz do seu sistema emocional. Por isso, torna-se recomendável a adoção de uma crescente competência emocional pela AT, para o enfrentamento, também, dos casos clínicos da SEPT (Pedreira, A., 1997 e 2009).

É de suma importância ressaltar que o profissional jamais poderá perder de vista, desde o início, a noção de individualidade e de singularidade da pessoa que se encontra diante dele, como o cliente sente, pensa e o que diz de seu problema, o qual precisa de uma atenção especial. É essencial que se mantenha uma postura acolhedora e uma plena consciência das idiosincrasias e limitações do cliente ao fazer alguns trabalhos de enfrentamento. O respeito pelo outro e uma escuta empática favorecem grandemente o estabelecimento de um vínculo terapêutico, que é fundamental para o êxito de uma terapia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS E ELETRÔNICAS

- ATZMON, Gilad. EL SÍNDROME DE ESTRÉS PRE-TRAUMÁTICO: UNA APROXIMACIÓN A LA PSICOSIS COLECTIVA ISRAELÍ. www.gilad.co.uk/writings Enero 2007; Tlaxcala.
- BASSOLS, Miquel. NOVEDADES DE LA HISTERIA, NOTAS PARA UN TRABAJO DE CARTEL, Sept, Jornadas de Bilbao, 2004,
- BERNE, Eric. WHAT DO YOU SAY AFTER YOU SAY HELLO? New York: Grove Press, 1972.
- _____. ANÁLISE TRANSACIONAL EM PSICOTERAPIA. São Paulo: Nobel, 1984.
- CID – 10. DÉCIMA REVISÃO DA CLASSIFICAÇÃO ESTATÍSTICA INTERNACIONAL DE DOENÇAS E PROBLEMAS RELACIONADOS À SAÚDE. São Paulo: EDUSP, Vol.1- 1992.
- DSM - IV – TR AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS, Fourth edition, Washington, DC, APA, 2000.
- ERSKINE, Richard & ZALCMAN, Marilyn. SISTEMA DE DISFARCES. Prêmios Eric Berne, UNAT-BRASIL, p. 155-168, 1984.

- GOULDING, Mary & GOULDING, Robert. AJUDA-TE PELA ANÁLISE TRANSACIONAL. São Paulo, IBRA-AS, 1985.
- JOINES, Vann. O USO DA TERAPIA DA REDECISÃO COM DIFERENTES ADAPTAÇÕES DA PERSONALIDADE. Prêmios Eric Berne, UNAT-BRASIL, p. 215-230, 1984.
- CAMPOS, Jordan. SIM, EXISTE O TRANSTORNO DO STRESS PRÉ-TRAUMÁTICO! <http://somostodosum.ig.com.br/club/artigos.asp?id=22177>, 2010.
- NOVEY, Theodore B. MENSURAÇÃO DA EFETIVIDADE DA ANÁLISE TRANSACIONAL: UM ESTUDO INTERNACIONAL. Prêmios Eric Berne, UNAT-BRASIL, p. 228-251, 2009.
- PEDREIRA, Antonio. A HORA E A VEZ DA COMPETÊNCIA EMOCIONAL – LEVANDO INTELIGÊNCIA ÀS EMOÇÕES. Salvador – Bahia: Casa da Qualidade, 6ª Edição, 1997.
- _____ ARITMÉTICA DAS EMOÇÕES – UMA VIAGEM INÉDITA AO UNIVERSO DAS EMOÇÕES ATRAVÉS DA ANÁLISE TRANSACIONAL. Salvador – Bahia: Contexto Serviços Editoriais, 1ª Edição, 2009.
- SCHIFF, Jaqui et al. CATHEXIS READER: TA TREATMENT OF PSYCHOSIS. Nova York: Harper & Row, 1975.

Notas:

* Antonio Pedreira é médico, psicoterapeuta grupal, individual e de casal; conselheiro e Membro Certificado Clínico da UNAT-BRASIL e da ALAT. Membro Didata da UNAT e ALAT e Ex-Presidente ALAT (2007-2009). Autor de 10 livros sobre temas de AT

** Agradecimentos à Ede Lanir e Sonia Nogueira pela acurada revisão do conteúdo psicológico e transacional, bem como pelo apoio logístico na formatação final deste trabalho.

CRISTIANCA MARGARETE ALVES DE BOMI
UNAT-BRASIL - União Nacional de Analistas Transacionais
FATEP - Faculdade de Tecnologia Paulo Pires

PORTO ALEGRE - RS

DEZEMBRO / 2010