

# **CRIANÇAS EXPOSTAS AO TRAUMA DA VIOLÊNCIA FAMILIAR: ABORDAGENS TEÓRICAS DA SINTOMATOLOGIA DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO**

**Vânia Aónia Costa**

Mestranda em Psicologia e Saúde - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação (UP)  
[vania\\_aonia.duarte@sapo.pt](mailto:vania_aonia.duarte@sapo.pt)

**Ana Isabel Sani**

Professora Auxiliar - Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (UFP)  
[anasani@ufp.pt](mailto:anasani@ufp.pt)

### **Resumo**

Este artigo, fundamentado na dissertação de mestrado em psicologia e saúde, procura reflectir sobre o impacto de acontecimentos traumáticos, especificamente experiências de violência familiar, no percurso desenvolvimental da criança e adolescente. Várias perspectivas teóricas defendem que testemunhar um episódio de violência, particularmente um que envolva familiares, pode ser suficiente para produzir reacções de **stress** e despoletar alterações psicofisiológicas significativas que se ininterruptas, através de uma série de mecanismos podem originar sintomas severos, persistentes e disruptivos, típicos de uma Perturbação de Pós-Stress Traumático.

### **Abstract**

This article, based on a master dissertation in psychology and health, wants to reflect about the impact of traumatic events, specifically experiences of family violence, on child or adolescent development. Several theories support that witnessing a violent episode, particularly one involving family members, may be sufficient to produce stress reactions and to incite significant psychophysiological changes that if incessant, by a variety of mechanisms, can be able to cause severe, persistent and disruptive symptoms, typical of a Post-Traumatic Stress Disorder.

## 1. INTRODUÇÃO

Numerosos estudos na área da violência interparental têm mostrado que testemunhar raiva e interações conflituosas entre os cuidadores, podem constituir uma experiência altamente *stressante* (Grych & Cardoza-Fernandes, 2001) despoletando-se problemas de internalização e externalização, e também sintomas somáticos (Rossman, 2001), os quais podemos considerar como meras reacções desencadeadas pela experiência traumática, e que caracterizam sintomatologia típica de uma Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST).

Quando tentamos explicar os mecanismos subjacentes à PPST, deparamo-nos com várias perspectivas teóricas, que assentes em princípios ideológicos diversos, encontram nos processos neurobiológicos, nos mecanismos comportamentais de condicionamento, nos esquemas cognitivos, na aprendizagem social, entre outros, a explicação e compreensão deste quadro clínico.

No âmbito dos modelos biológicos e com base em estudos empíricos comprovados cientificamente, existem autores que apontam a redução do volume do hipocampo, as alterações dos níveis de cortisol, e a acção do glutamato, como possíveis causas para uma PPST (Heim & Nemeroff, 2001; Yehuda, 2000; Serra, 2003; cit Pires, 2005). As teorias que se direccionam mais numa linha psicodinâmica, defendem que perante uma experiência traumática o indivíduo acciona mecanismos de defesa primários, que enviesam a sua capacidade de assimilar novas informações e de as acomodar às pré-existentes, reflectindo dessa forma a formulação de Horowitz de que o processamento de uma resposta de *stress* assenta numa alternância de fases de intrusão e evitamento (Joseph, 2000). Segundo uma perspectiva mais comportamental, a PPST seria originada, após um acontecimento traumático, pela activação de mecanismos de condicionamento, dos quais resultariam respostas condicionadas de medo, segundo pressupostos mais ou menos complexos. Por sua vez, os modelos com base em ideologias mais cognitivas, consideram que não sendo as experiências traumáticas assimiladas e acomodadas aos esquemas cognitivos pré-existentes, serão despoletadas uma série de crenças erróneas e distorções cognitivas, sendo estas as variáveis envolvidas no desenvolvimento de sintomatologia de pós-*stress traumático*.

Neste sentido, são de facto muitos os processos e mecanismos envolvidos na compreensão da PPST, que caracterizando teorias mais clássicas, ou mais contemporâneas, são significativos para que numa óptica global possamos conhecer e explicar de que forma se processa a experiência de um conflito traumático.

Neste artigo, procuraremos debruçar-nos sobre algumas das teorias referenciadas, bem como nos factores que podem intervir no processo de ajustamento da criança, quando vítima de violência familiar.

## 2. MODELOS EXPLICATIVOS E MECANISMOS SUBJACENTES AO DESENVOLVIMENTO E MANUTENÇÃO DA SINTOMATOLOGIA DE PPST

### 2.1. ALGUMAS TEORIAS CLÁSSICAS

#### 2.1.1. TEORIA DA RESPOSTA AO STRESS

Horowitz foi considerado um dos pioneiros na área da PPST (Horowitz, 1973, 1976; cit. Horowitz, 1983). A sua teoria assentava essencialmente na observação, com cariz psicodinâmico, de reacções normais e anormais e na crença de que os indivíduos desenvolvem conjecturas individuais acerca do mundo. Segundo este, quando um indivíduo experiencia um acontecimento traumático severo, este vai reagir a um nível psicológico, social e neurobiológico, numa perspectiva idiossincrática e transaccional (Horowitz, 1983). Quer dizer, quando nos deparamos com um acontecimento de natureza traumática, surge um período inicial de “*outcry*” caracterizado por uma reacção emocional intensa, ao qual se sucedem respostas de negação e intrusão, que caracterizam estádios cerebrais que embora possam flutuar, ocorrem geralmente de forma sequencial. Posteriormente, estas respostas são trabalhadas e gradualmente atenuadas, com o propósito de se readoptar a homeostasia prévia do organismo, ou seja, os níveis de *stress* mais ou menos semelhantes aos verificados antes da experiência *stressante*, atingindo-se um estado de “*completion*” (Horowitz, 1983). Neste sentido, o que este autor postulava era que face a um acontecimento traumático, surge uma resposta inicial de oposição à realização do trama, seguindo-se uma resposta secundária, na tentativa de assimilar a nova informação e acomodá-la aos conhecimentos prévios (1976, 1986; cit. Brewin & Holmes, 2003).

No entanto, a qualquer altura o acontecimento traumático pode ser percebido de forma tão intensa, ou prolongada no tempo, que vai inevitavelmente ser experienciado de forma patológica (Horowitz, 1983). Quando um indivíduo se depara com um excesso de informação, derivado do facto deste ser incapaz de harmonizar os pensamentos e memórias do trauma à representação significativa que este tinha previamente, tal provoca um estado de tensão e acciona uma série de mecanismos de defesa, com propósito de evitar as memórias. Esta necessidade, de conciliar a nova informação com os esquemas prévios, vai exigir ao indivíduo uma experienciação consciente do trauma, através de uma invasão da consciência pelas memórias traumáticas, sob a forma de intrusões, *flashbacks* e pesadelos. Há uma oscilação contínua entre o evitamento e a intrusão do trauma, mecanismo este responsável pelo ajustamento da informação. Assim, quando o processo de ajustamento falha e a nova informação permanece na memória activa vão-se despoletar reacções pós-traumáticas persistentes (Brewin & Holmes, 2003).

Mais tarde, Horowitz (1987, cit. Horowitz, 1996) propõe o Modelo Estrutural/Comportamental, que assenta na vulnerabilidade e resiliência, enquanto factores mediadores da natureza e do grau do impacto de uma experiência traumática na criança, e desta forma da susceptibilidade à PPST. Estas características de vulnerabilidade/resiliência seriam resultado da interacção de factores genéticos, biológicos, psicológicos, familiares e sociais.

#### 2.1.2. TEORIA DO CONDICIONAMENTO

Existe uma série de estímulos, que quando associados adquirem capacidade de incitar uma resposta de medo, através de um mecanismo de generalização (Keane, Zimering & Caddell,

1985, cit. Brewin & Holmes, 2003). Estes estímulos condicionados, apresentados ao mesmo tempo que a experiência traumática, passam a ser de forma condicionada associados a sentimentos de medo intenso e insegurança, e assim adquirem a capacidade de suscitar respostas emocionais em situações posteriores que se assemelhem à vivida (Orr, Metzger, Lasko, Macklin, Peri & Pitman, 2000).

No entanto, uma exposição repetida a memórias espontâneas do trauma, deveria ser suficiente para extinguir essas associações, a não ser que o indivíduo evite o estímulo condicionado, através de mecanismos de distração e bloqueio dessas memórias, desenvolvendo-se desta forma uma PPST.

No seguimento destas ideias de condicionamento e, mais recentemente, Orr *et al.* (2000, cit. Brewin & Holmes, 2003) mostraram que os indivíduos com PPST desenvolvem respostas condicionadas com maior celeridade, face a um acontecimento aversivo e de difícil extinção. De facto, segundo um estudo realizado em 1986, que comparou pacientes com desordem de ansiedade generalizada e indivíduos não ansiosos, já se havia verificado que embora os mecanismos de aquisição de sintomatologia de pós-stress traumático fossem semelhantes, os primeiros tinham mais dificuldades na sua extinção (Pitman & Orr, 1986, cit. Orr *et al.*, 2000).

Concluindo, embora se assistisse, em determinadas situações, a mecanismos de condicionamento, existiam lacunas consideráveis nas conceptualizações com base nestes, enquanto responsáveis pelo desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, devido essencialmente a limitações teóricas de base e à ausência de constructos cognitivos. Neste sentido, como complemento às teorias do condicionamento, começou-se a desenvolver uma variedade de estudos sobre cognição e emoção (Brewin & Holmes, 2003).

### 2.1.3. TEORIAS DO PROCESSAMENTO DE INFORMAÇÃO

Muitas das teorias de cariz cognitivo, que se focam particularmente no próprio acontecimento traumático e não no seu contexto pessoal ou social, e que denominamos de teorias de *processamento de informação*, tiveram a sua origem nos trabalhos de Lang (1979, cit. Brewin & Holmes, 2003), que tentavam compreender o condicionamento do medo e a resposta fóbica.

Este autor reformulou o contexto comportamental do condicionamento do medo, que se explicava mediante a aprendizagem das associações entre estímulos e respostas, à luz de uma conceptualização cognitiva. Assim, os eventos ameaçadores seriam representados na memória como interconexões entre computadores num sistema de rede, segundo três tipos de informação: informação sobre os estímulos relacionados com o trauma, como sinais e sons; informação acerca da resposta emocional e fisiológica ao evento; e a informação significativa, primariamente relativa ao grau de ameaça (Brewin & Holmes, 2003).

Quando a cognição e o afecto não são eficazmente integrados num mecanismo de resposta imediata de evitamento da ameaça, surge um estado mnésico de medo estável e coerente, que facilmente é activado perante qualquer estímulo que lembre o conteúdo da memória, levando o indivíduo a experimentar as mesmas reacções fisiológicas e a tentar criar avaliações significantes, que coincidem com a memória original (Brewin & Holmes, 2003).

## 2.2. TEORIAS CONTEMPORÂNEAS

Várias formulações teóricas contemporâneas têm vindo a ser propostas no sentido de explicar as reacções pós-traumáticas, das quais são de assinalar o *Modelo das trajectórias de vida desenvolvimentais* (Pynnos, 1993), *Modelo neurobiológico* (Schwarz e Perry, 1994), *Modelo multifactorial* (Fletcher, 1996), *Modelo integrativo conceptual* (Vernberg, La Greca, Silverman e Prienstein, 1996) e *Modelo etiológico* (Foy, Madvig, Pynoos & Camilleri, 1996). No entanto, tem havido um especial interesse nas teorias cognitivas, pelo facto destas não pretenderem substituir teorias existentes, mas ao invés disso, objectivarem explicar mecanismos primários (Creamer, Burgess & Pattison, 1992). As teorias cognitivas explanadas a seguir, são das mais importantes concepções acerca da PPST, devido ao facto de fomentarem a formulação de hipóteses testáveis, assim como o desenvolvimento de tratamentos directos, focando-se para isso no processamento da informação (Salmon & Bryant, 2002).

### 2.2.1. TEORIAS COGNITIVAS

#### 2.2.1.1. TEORIA DO PROCESSAMENTO EMOCIONAL DE FOA, STEKETEE E ROTHBAUM (1989)

A identificação de variáveis que influenciam o desenvolvimento da sintomatologia de PPST tem como princípio os mecanismos que facilitam ou bloqueiam o processamento emocional (Foa & Riggs, 1995).

Apoiados nos estudos de Lang (1977), que postulavam o facto das emoções serem armazenadas em redes mnésicas, que continham informação acerca dos estímulos, respostas, e significados relacionados com os acontecimentos emocionais (Salmon & Bryant, 2002), Foa, Steketee e Rothbaum (1989, cit. Creamer *et al.*, 1992), propuseram uma teoria similar, adaptada à PPST. De acordo com esta teoria a experiência de um evento traumático resultaria no desenvolvimento de um sistema mnésico de medo, que abarcava: 1) informação dos estímulos envolvidos no acontecimento traumático; 2) respostas cognitivas, afectivas, fisiológicas, e comportamentais; e 3) informação interpretativa acerca dos significados dos estímulos e respostas da estrutura.

Neste sentido, o que Foa *et al.* (1989, cit. Salmon & Bryant, 2002) sugeriam era que face a um acontecimento de vida traumático, sistemas de medo compostos por uma série de informação armazenada, com base em fontes de ameaça, seriam desenvolvidos. Esta rede de sistemas seria então caracterizada por um conjunto de representações mentais, que estariam intimamente inter-relacionadas devido à sua forte associação ao medo, e que por isso rapidamente seriam activadas por inúmeros sinais internos e externos.

Assim, para que houvesse uma redução da resposta de medo, duas condições seriam necessárias, nomeadamente a disponibilização de determinados factores (e.g., *reminders*), no sentido de promover a activação da estrutura e sua posterior modificação, e ainda a acessibilidade da informação tida como incompatível com a estrutura do medo, com o objectivo do sistema de memória ser modificado (Creamer *et al.*, 1992). Quer dizer, numa primeira fase o sistema mnésico deve ser activado de forma prolongada para que a habituação à ansiedade e o declínio das associações à ameaça, possa ocorrer. Numa fase posterior dever-se-á corrigir a informação incompatível com o esquema de ameaça/medo, que se baseia na experiência e expectativa futura de perigo, no sentido de se facilitar a formação de novos

esquemas adaptativos (Salmon & Bryant, 2002). Assim, de uma forma eficaz, este processo permitiria criar nova informação, que provocaria uma dissociação entre os elementos da resposta e os elementos do estímulo na estrutura do medo e, conseqüentemente, uma modificação da informação acerca do significado dos estímulos ameaçadores e das respostas à ameaça (Creamer *et al.*, 1992).

A PPTS, de acordo com teorias como esta, resulta de uma predisposição atencional para procurar e identificar estímulos caracterizados como ameaçadores (Salmon & Bryant, 2002).

Após um acontecimento traumático, são necessários esforços especiais no sentido de se processar a situação, que irá por consequência levar ao ajustamento. Neste sentido, quando se desenvolvem distúrbios psicológicos crônicos, tal significa que o processamento não ocorreu com eficácia e a representação mnésica do acontecimento contém elementos patológicos, nomeadamente conjecturas erradas acerca do potencial de perigo e das competências individuais para lidar com a ansiedade extrema (Jaycox, Zoellner & Foa, 2002).

Na PPST, especificamente, o que parece ocorrer é que o indivíduo percepção o mundo como extremamente perigoso e a ele próprio como incapaz de lidar com o *stress*. As concepções pré-traumáticas do mundo e de si próprio, assim como a memória do trauma, e as interpretações pós-traumáticas da vítima estão implicadas no desenvolvimento e reforço das conjecturas erradas supracitadas, criando-se assim um ciclo vicioso que apoia a manutenção da psicopatologia pós-traumática (Jaycox, Zoellner & Foa, 2002).

### 2.2.1.2. MODELO DE PROCESSAMENTO COGNITIVO DE CREAMER, BURGESS E PATTISON (1992)

Este modelo foi proposto com base na síntese e reconceptualização de algumas teorias já existentes na altura (e.g., Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989; Horowitz, 1986; cit Creamer *et al.*, 1992) e postula que cada um de nós reage às situações de *stress*, mediante esquemas mentais pré-existentes, que contêm informação relacionada com as experiências passadas do indivíduo, assim como as suas crenças, conjecturas e expectativas de experienciar futuros acontecimentos traumáticos.

Quando ocorre uma situação de *stress* extremo, o indivíduo vê-se confrontado com uma informação inconsistente com aquela que caracteriza os seus esquemas internos e, nesse sentido, torna-se urgente que os esquemas pré-existentes se moldem para que possam acomodar a nova informação. No entanto, nesta tentativa de assimilar informação ameaçadora, há uma exposição ao estímulo aversivo, que resulta num aumento da estimulação e num desejo de evitar<sup>1</sup>, ou escapar, a pensamentos e indícios que lembrem o trauma (Creamer *et al.*, 1992). Enquanto esta fase de assimilação e integração se processa, a informação é: "... armazenada na memória activa, e os elementos psicológicos do acontecimento continuam a produzir lembranças intrusivas e emocionais perturbantes" (Creamer *et al.*, 1992, p. 452). Neste sentido, o embotamento ou anestesia emocional, que ocorre como sintoma da PPST, é explicada por este modelo como uma defesa contra a invasão destas imagens intrusivas.

De um modo geral, o modelo em questão objectiva descrever o mecanismo de processamento cognitivo de *Recuperação*, mediante cinco estádios: *Exposição Objectiva*, *Formação de Sistemas*, *Intrusão*, *Evitamento* e *"Outcome"*.

Segundo Creamer *et al.* (1992), de acordo com a investigação, embora a severidade do *stressor* seja uma variável importante, esta não é determinante e numa intensidade de igual grandeza, origina distintos graus de sintomatologia, sendo esta por isso mediada por outras variáveis.

Neste sentido, considera-se que as percepções e avaliações subjectivas de um indivíduo acerca do acontecimento traumático, vão influenciar as reacções a curto e longo-prazo de forma mais determinante (Foa *et al.*, 1989; Green *et al.*, 1985; Horowitz, 1986; cit. Creamer *et al.*, 1992). Assim, se a incidência do acontecimento é percebida ou avaliada enquanto ameaçadora, as memórias relacionadas com o trauma serão *distressantes*, havendo uma maior predisposição para se desenvolver uma PPST. Nesta segunda etapa do processamento, assiste-se à formação de um sistema mnésico, com base na apresentação objectiva do estímulo, e na interpretação ou significação dada à experiência, que será influenciado pelo nível de exposição ao trauma e irá prever o nível de pensamento intrusivos (Creamer *et al.*, 1992).

Na etapa da intrusão, o sistema mnésico necessita ser activado e modificado para que a recuperação ocorra. Esta activação do sistema ocorre quando está presente informação compatível com o estímulo e resposta ou informação com significado no sistema mnésico. No entanto, como o sistema de memória contém estímulos e respostas, simultaneamente, quando activado surgem para além de recolções intrusivas, respostas aversivas. Por vezes, estas são funcionais, associando-se a níveis de sintomatologia reduzida, à medida que o sistema de medo modifica gradualmente, outras vezes tornam-se disfuncionais, originando níveis de estimulação extremas, assim como tentativas de escapar ou bloquear as memórias traumáticas, surgindo desta forma um evitamento como resposta ou estratégia de *coping* ao desconforto instalado (Creamer *et al.*, 1992).

Para que se dê a recuperação, o sistema deve ser activado por períodos de tempo suficientes para permitir que o processo ocorra eficazmente, situação que não se verificará se os níveis de evitamento forem extremos, o que sucede quando se manifesta continua sintomatologia psíquica. Resumindo, esta fase é determinada pelo grau de intrusão e pela influência de estilos de *coping* pré-existentes (Creamer *et al.*, 1992).

Concluindo, a recuperação é alcançada mediante um mecanismo de resolução do sistema de memória, que assenta na sua activação e modificação, evidente pela intrusão e que resulta em altos níveis de sintomatologia, que vão gradualmente diminuindo.

### 2.2.1.3. MODELO COGNITIVO-DESENVOLVIMENTAL

Este modelo visa essencialmente explicar de que forma as teorias cognitivas da PPST infantil, algumas das quais anteriormente comentadas, necessitam de considerar os factores desenvolvimentais (Salmon & Bryant, 2002, cit. Meiser-Stedman, 2002). Os autores deste modelo, reforçam a urgência de se compreender de que forma a criança codifica, e posteriormente resolve, uma experiência traumática, enfatizando essencialmente a importância e intervenção das variáveis desenvolvimentais.

<sup>1</sup> *Evitamento*, no contexto deste modelo, refere-se a comportamentos evitantes, assim como a re-atribuições cognitivas (Creamer *et al.*, 1992)

O processamento de informação começa com a codificação, que está dependente da atenção dispensada pela criança às várias pistas, da avaliação do acontecimento, e da atribuição de significados (Stein, Wade & Liwag, 1997, cit. Salmon & Bryant, 2002). Neste sentido, a capacidade de recordar informação acerca de acontecimentos *stressantes* e não *stressantes* depende da codificação da informação, facto que é influenciado pela idade, sendo que crianças mais novas tendem a codificar menos ou de forma mais lenta, resultado da sua atenção ser desviada de estímulos perturbantes para outros aspectos da situação traumática, o que diminui a informação susceptível de ser recuperada/recordada.

A codificação, avaliação e representação mnésica dos acontecimentos varia em função de factores como o conhecimento base e o desenvolvimento da linguagem, que associados à capacidade da criança regular emoções, recuperar informação mnésica e manter-se em diálogo com os adultos, vão influenciar a forma como a criança se adapta à experiência traumática – ajustamento pós-traumático (Salmon & Bryant, 2002).

Quando uma criança mais nova, apresenta imaturidade face a alguns destes domínios ou factores desenvolvimentais, nomeadamente à regulação emocional, cognição social, memória, linguagem e conversação, esta encontra-se protegida de sintomas negativos, no entanto, tal imaturidade pode resultar numa diminuição na capacidade de *coping*. Neste processo, o papel dos adultos é de extrema importância, pois o suporte e empatia por eles transmitidos, podem reforçar funções cognitivas e emocionais adaptativas e a sua interpretação é crucial na compreensão da PPST infantil. Isto porque, dialogar com um adulto permite à criança reinstalar a experiência na memória e prevenir o esquecimento, avaliar e interpretar a experiência, corrigir concepções erradas, lidar e regular as suas emoções, adquirir informação acerca de estratégias de *coping* e melhorar a performance (Salmon & Bryant, 2002).

### 3. FACTORES INFLUENCIADORES DA RESPOSTA TRAUMÁTICA

A interacção de factores de risco, em associação com a severidade do trauma, parecem mediar o desenvolvimento de sintomatologia típica de PPST, ou seja, o ajustamento da criança a um evento traumático. Partindo deste pressuposto, o estudo de crianças, que perante situações de trauma intenso, como violência familiar, não desenvolveram PPST, é pertinente, no sentido de se analisarem variáveis específicas como resiliência, competências de *coping* e avaliação do suporte social, que podem ser determinantes para que a criança ou adolescente lide eficazmente com situações de *stress* (Davies & Siegel, 2000).

São inúmeras as características apresentadas por autores diversos, enquanto factores que aumentam o risco ou a vulnerabilidade, de uma criança desenvolver PPST. Davidson (1993, cit. Davies & Siegel, 2000) considera sete factores como responsáveis por tornar uma criança vulnerável a sintomatologia típica de PPST, especificamente trauma infantil sexual ou físico, baixa auto-estima, separação de um dos pais antes da idade dos 10 anos, desordem psiquiátrica em parentes de primeiro grau, e ser do sexo feminino. Já para Foa e Riggs (1993, cit. Davies & Siegel, 2000) a PPST ocorrerá com maior probabilidade quando os esquemas pré-existentes interagem negativamente, ou inconsistentemente, com a memória e processamento do trauma, mediante factores de risco como: 1) percepção do mundo como seguro *vs* auto-percepção enquanto pessoa invulnerável, ou 2) percepção do mundo como perigoso *vs* auto-percepção enquanto pessoa vulnerável.

Os factores individuais de personalidade têm, também, um papel importante, considerando-se que o locus de controlo é um dos mais relevantes, sendo que Joseph, Brewin, Yule e Williams (1993, cit. Davies & Siegel, 2000) defendem o sentimento de falta de eficácia pessoal como mediador de PPST crónica. A tendência para experienciar ansiedade ou emoções negativas, parecem estar igualmente associadas ao desenvolvimento de PPST severa na criança.

Segundo Lehmann (2000), variáveis como múltipla traumatização, idade, género, e resposta familiar são também passíveis de influenciar uma resposta traumática. Relativamente à múltipla traumatização, Black *et al.* (1993, cit. Lehmann, 2000) referem haver cerca de 60% de crianças, numa amostra caracterizada por ter testemunhado o homicídio da mãe, que sofreram uma exposição simultânea de violência familiar continuada. Na mesma linha de investigação, Famularo *et al.* (1991, cit. Lehmann, 2000) descobriram que 80% dos menores envolvidos nos seus estudos de violência interpaparental, tinham histórias de traumatização prévia, que incluíam abuso físico e/ou sexual.

No que diz respeito a factores como idade, considera-se que quando uma experiência traumática é vivida por crianças com idades inferiores aos 11 anos, a sintomatologia típica de pós-stress traumática tende a ocorrer com uma probabilidade três vezes superior à de qualquer outra idade, estando por isso os pré-adolescentes e adolescentes numa situação de maior vulnerabilidade (Davidson & Smith, 1990, cit. Davies & Siegel, 2000). De facto, na revisão que Lehmann (2000) faz dos estudos que relacionam a PPST e a exposição da criança a violência interpaparental, 65% deles apontam as crianças mais novas como exibindo maiores níveis de *distress*. Neste sentido, Black *et al.* (1993, cit. Lehmann, 2000) compararam 58% de crianças em idade escolar com 10% de adolescentes da sua amostra, e concluíram que as crianças mais novas apresentavam de facto mais problemas emocionais.

Quanto ao género, as mulheres parecem estar numa situação de risco aumentado, comparativamente aos homens, esta situação, segundo Ostrov, Offer e Howard (1989, cit. Davies & Siegel, 2000) está relacionada com o facto das mulheres serem geralmente mais sintomáticas, expressando maior *distress*, enquanto que os homens apresentam uma maior tendência para exteriorizar os comportamentos. No entanto, os estudos que sugerem o género enquanto variável mediadora não são consensuais, e com base nesse facto os estudos actuais do trauma não apontam claramente as diferenças de género (Fletcher, 1997, Udwin, 1993; cit. Lehmann, 2000).

Finalmente, os factores familiares podem ter também um forte impacto nas crianças enquanto impulsionadores de PPST, em particular o estado civil dos cuidadores, estabilidade familiar, educação, sistema de suporte social da família, e funcionamento psicológico dos cuidadores (Amaya-Jackson & March, 1995a, cit. Davies & Siegel, 2000). No entanto, a reacção dos pais ao acontecimento traumático talvez constitua o factor familiar mediador com maior impacto. Quando o adulto permanece calmo, e aparenta estar a controlar a situação, os medos da criança são minorados, enquanto que se este reage descontroladamente, ou ao invés disso, minimiza ou não sabe como responder ao acontecimento, a criança vai manifestar ansiedade e insegurança aumentada (Pynoos, 1994, cit. Davies & Siegel, 2000). Segundo alguns estudos, tal como o de Rossman *et al.* (1997, cit. Lehmann, 2000), o suporte familiar é de extrema importância, tendo eles verificado que quando os pais proporcionam à criança apoio e suporte, as suas respostas ao trauma são minimizadas.

## 4. CONCLUSÃO

Tal como refere Rossman (2001), em pleno século XXI, e após a “década do cérebro”, tornou-se possível compreender o funcionamento deste, sob situações de *stress* e trauma, nas quais se incluem a violência interparental. A estas conceptualizações cérebro-corpo, outros pressupostos assentes em mecanismos vários, e baseados em factores ou variáveis mediadoras distintas, procuram explicar e ilustrar de que forma uma criança pode desenvolver psicopatologias como resposta a uma experiência traumática, enfatizando-se assim aquilo a que Rossman (2001) designou de “perspectiva do trauma”.

Neste sentido, surgiram modelos que segundo diferentes abordagens, tentam explicar a associação entre a exposição a um acontecimento traumático e o desenvolvimento de sintomatologia de PPST.

Das teorias clássicas, aponta-se o Modelo de Horowitz, que segundo Dalglish (2004), tem a distinção de ter sido o primeiro a reforçar a influência cognitiva nas reacções ao trauma, sem se alhear das suas raízes clássicas assentes na psicologia dinâmica. Horowitz (1986, 1997, cit. Dalglish, 2004), argumenta que a importância do sistema cognitivo para o processamento da informação traumática, surge de um processo específico que este designa por *completion tendency*, que reflecte a necessidade psicológica de acomodar a nova informação aos esquemas prévios, e trabalhá-los até estes entrarem em acordo. Esta tendência de *completion*, será a força motriz para que os mecanismos de assimilação e acomodação possam ocorrer, enquanto estruturas significantes, possibilitando uma contínua actualização e reorganização do conhecimento à realidade (Dalglish, 2004).

No âmbito dos modelos contemporâneos, aqueles que assentam em ideologias cognitivas, denominados por “teorias de rede”, são sem dúvida os mais aclamados. Estas assentam a sua tese na organização do conhecimento abstracto, apoiando-se para isso na compreensão das representações mentais. Quer dizer, as “teorias de rede”, explicam de que forma peças de informação distintas se podem activar mutuamente, e levar ao desenvolvimento de sequelas, o que apela para os sintomas de PPST, enquanto *reminders* do trauma (Dalglish, 2004). Como podemos verificar, foram muitas as teorias que segundo estes pressupostos se desenvolveram, no entanto, é de focar que o trabalho de Edna Foa e seus colaboradores é considerado o protótipo representativo da generalidade das “teorias de rede” (Dalglish, 2004).

Concluindo, é importante que se considere cada uma das abordagens teóricas explanadas ao longo deste artigo numa óptica integral, procurando em cada uma delas um contributo específico para que se possa compreender o impacto de uma experiência traumática no percurso desenvolvimental infantil, e a forma como a criança se adapta a essa mesma experiência, através da influência de determinadas variáveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BREWIN, C. & Holmes, E. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *In: Clinical Psychology Review*, 23, pp. 339-376.
- CREAMER, M., Burgess, P. & Pattinson, P. (1992). Reaction in trauma: a cognitive processing model. *In: Journal of abnormal psychology*, 101, pp. 452-459.

- DALGLEISH, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: the evolution of multirepresentational theorizing. *In: Psychological Bulletin*, 130, 2, pp. 228-260.
- DAVIES, L. & Siegel, L. (2000). Posttraumatic stress disorder in children and adolescents: a review and analysis. *In: Clinical child and family psychology review*, 3, 3, pp. 135-154.
- FOA, E. & Riggs, D. (1995). Posttraumatic stress disorder following assault: theoretical considerations and empirical findings. *In: American Psychological Society*, 4, 2, pp.61-65.
- GRYCH, J. H. & Cardoza-Fernandes, S. (2001). Understanding the impact of interparental conflict on children: the role of social cognitive processes. *In: Grych, J. H. & Fincham, F. D. (Ed.). Interparental Conflict and Child Development: theory, research, and application.* USA. Cambridge University Press. pp. 157-187.
- HOROWITZ, M. (1983). Post-traumatic stress disorders. *In: Behavioral sciences & the law*, 1, 3, pp. 9-23.
- HOROWITZ, M. (1996). Development perspectives on child and adolescent posttraumatic stress disorder. *In: Journal of school psychology*, 34, pp.189-191.
- JAYCOX, L., Zoellner, L. & Foa, E. (2002). Cognitive-behaviour therapy for ptsd in rape survivor. *In: Psychotherapy in practice*, 58, 8, pp. 891-906.
- JOSEPH, S. (2000). Psychometric evaluation of Horowitz's impact of event scale: a review. *In: Journal of traumatic stress*, 13, 1, pp. 101-113.
- LEHMANN, P. (2000). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and child witnesses to mother-assault: a summary and review. *In: Children and youth services review*, 22, 3/4, pp. 275-306.
- MEISER-STEDMAN, R. (2002). Towards a cognitive-behavioral model of ptsd in children and adolescents. *In: Clinical child and family psychology review*, 5, 4, pp.217-232.
- ORR, S., Metzger, L., Lasko, N., Macklin, M., Peri, T. & Pitmann, R. (2000). De novo conditioning in trauma-exposed individuals with and without posttraumatic stress disorder. *In: Journal of abnormal psychology*, 109, 2, pp. 290-298.
- PIRES, T. (2005). Perturbação de stress pós-traumático em vitimas de acidentes rodoviários. Tese de Mestrado. Universidade do Minho.
- ROSSMAN, B. B. (2001). Long term effects of children's exposure to domestic violence. *In* S. A. Graham-Bermann & J. Edleson (Ed.), *Domestic violence in the lives of children. The future of research, intervention and social policy.* Washington. American Psychological Association. pp. 35-65.
- SALMON, K. & Bryant, R. (2002). Posttraumatic stress disorder in children. The influence of developmental factors. *In: Clinical psychology review*, 22, pp.163-188.