

# **SINTOMATOLOGIA DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO EM CRIANÇAS EXPOSTAS A VIOLÊNCIA INTERPARENTAL**

**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 teórico pretende focar aspectos relacionados com a Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST) e sua relação com experiências infantis de Violência Interparental. Começa revendo os efeitos desenvolvimentais da exposição da criança a este tipo de violência, analisando-a posteriormente enquanto experiência traumática, focando particularmente as respostas de pós-stress traumático como sintomas consequentes ao trauma. Para finalizar, exploramos os mecanismos subjacentes ao desenvolvimento da PPST num contexto de violência familiar e o papel das variáveis mediadoras na sua minimização ou intensificação.

### **Palavras-chave**

Criança, violência interparental, pós-stress traumático

### **Abstract**

This theoretical article aims to focus on aspects related to Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and its correlation with child experiences of Interparental Violence. Firstly, the developmental effects of children's exposure to this kind of violence, subsequently, analysing it in terms of a traumatic experience, focussing particularly on the post-stress traumatic responses as consequential symptoms of trauma. To finalize, we explore the underlying mechanisms in the development of PTSD in an environment of family violence and the role of mediating variables in its minimization or intensification.

### **Key- words**

Child, interparental violence, post-traumatic stress

## 1. INTRODUÇÃO

As crianças são, por natureza, seres vulneráveis, frágeis, ingênuos e sensíveis aos mais diversos tipos de violência e exploração, que independentemente da intencionalidade do agressor, trazem consequências negativas para o desenvolvimento de um menor e como tal são caracterizados como formas de maltrato. Neste contexto de violência, existem maus-tratos de natureza indirecta, como os resultantes da exposição à Violência Interparental, que por si só, são capazes de provocar, nas crianças e jovens que a vivenciam, sintomas persistentes, disruptivos e patológicos. Estes abrangem sintomatologia traumática, medo e ansiedade, dificuldades em dormir, queixas somáticas, comportamento agressivo, desafiante, e até delinquente, assim como problemas na escola (Carlson, 1984; Layzer, Goodson & Delange, 1986, cit. Grych & Fincham, 2001).

De facto, as investigações que se têm debruçado sobre a violência interparental, conceito este que tem assumido ao longo da história diferentes designações, mostram que esta enquanto evento traumático provoca na criança alterações emocionais, comportamentais, cognitivas e fisiológicas. Tais manifestações, que por vezes impedem a restituição da homeostasia prévia do organismo, dão origem a sinais e sintomas severos, persistentes e disruptivos, que atingem um nível patológico e originam sintomatologia característica, podendo resultar, em alguns casos, em reacções típicas de uma Perturbação de Pós-Stress Traumático (APA, 2005). No entanto, o consenso acerca da violência interparental provocar este tipo de sintomatologia ainda está longe de ser alcançado, pelo que muitos autores defendem que esta está dependente de inúmeras características pessoais, familiares e situacionais.

Neste sentido, foram realizados alguns estudos com o propósito de se descobrir que tipo de competências a criança possuía, ou podia desenvolver, para lidar e resistir ao *stress* e assim evitar, ou minimizar, os efeitos negativos ao nível do seu desenvolvimento. Apesar de estar demonstrado que o maltrato é uma situação traumática que tem um impacto negativo no desenvolvimento infantil, contribuindo para a evolução de problemas emocionais, cognitivos, fisiológicos, comportamentais e sociais, as investigações também mostram que existe um largo espectro de efeitos, desde debilitações severas a nenhum dano aparente. Grych, Jouriles, Swank, McDonald & Norwood (2000, cit. Grych & Cardoza-Fernandes, 2001), corroboram esta ideia ao comentarem que *“crianças expostas a altos níveis de conflito e violência interparental manifestam padrões de ajustamento variáveis, com algumas a experienciar problemas internalizantes, outras externalizantes, e ainda outras não exibindo qualquer problema de ajustamento”* (p.157).

Assim, foi necessário perceber que tipo de factores especificamente influenciavam ou protegiam a criança das experiências do maltrato, facilitando a forma como esta lida e se adapta ao *stress* provocado pela situação de conflito interparental ou aumentando a capacidade desta lidar com a experiência traumática, contribuindo para que se torne resiliente.

## 2. SINTOMATOLOGIA DESADAPTATIVA COMO CONSEQUÊNCIA DA EXPOSIÇÃO À VIOLÊNCIA INTERPARENTAL: O PAPEL DA COGNIÇÃO E DA EMOÇÃO

A interação entre os aspectos cognitivos e emocionais são, em parte, a base de sustentação para que se possa accionar uma resposta adaptativa ao *stress* (Horowitz, 1986, cit. Rossman, 1998) enquanto processo de sobrevivência diante de uma ameaça ao bem-estar físico e psíquico - situação traumática.

Quando esta situação de ameaça é continuada, o processo de adaptação ao *stress* exige do organismo mais do que este pode dar, impondo-se uma situação de desregulação homeostática, a qual vai despoletar consequências fisiológicas negativas, a vários níveis do funcionamento psicológico e fisiológico, que se generalizarão a situações além das que impulsionaram a ameaça inicial (Rossman, 1998). Quer dizer, de acordo com algumas investigações, que tiveram como população de estudo adultos com sintomatologia de pós-*stress* traumático, perante uma ameaça contínua à sobrevivência, um indivíduo permanece num estado de desregulação. Este estado, despoleta uma série de alterações, ao nível dos sistemas de percepção, cognição e emoção que começam a funcionar de forma atípica, em parte para compensar este estado, impulsionando também mudanças estruturais cerebrais. Numa criança, cujo cérebro está ainda em desenvolvimento, não se sabem que outras consequências major poderão surgir (Rossman, 1998).

Na opinião de Rossman (1998), a ameaça continuada pode também trazer repercussões ao nível do desenvolvimento. Este processa-se através da exploração do ambiente, no entanto, perante uma situação de *stress*, se a segurança proporcionada pelas figuras de vinculação não é assegurada, esta exploração é reduzida, situação que vai dificultar o equilíbrio dos processos de assimilação<sup>1</sup> e acomodação<sup>2</sup> e, conseqüentemente, o normal desenvolvimento da inteligência, tal como Piaget postula.

Neste sentido, tudo parece indicar que face a repetidas experiências de ameaça o processo de percepção-cognição é lesado e, conseqüentemente, o conteúdo dos esquemas interpessoais (Rossman, 1998). Este cenário vai por sua vez provocar um efeito cascata no desenvolvimento infantil, afectando os recursos cognitivos e emocionais que a criança possui para lidar com as diferentes tarefas e desafios desenvolvimentais, impulsionando o desenvolvimento de sintomatologia desadaptativa, que se irá ramificar a outros domínios desenvolvimentais, tais como o comportamental e o social (Rossman, 1998)

De facto, segundo Cummings e Davies (1994) é típico encontrarmos em crianças oriundas de famílias violentas, onde se manifestam situações de conflito e violência interpARENTAL em particular, perturbações de externalização, incluindo agressividade, comportamentos inadaptados, vandalismo e delinquência. No entanto, os problemas de internalização, embora não com uma prevalência tão significativa comparativamente aos anteriores, talvez por

1 Consiste em modificar a nova informação para que esta se possa encaixar dos esquemas pré-existentes (Rossman, 1998).

2 Processa-se através da alteração dos esquemas pré-existentes no sentido de receber nova informação (Rossman, 1998).

estes serem muitas vezes subvalorizados e negligenciados, também se manifestam. Como exemplo destes encontramos sintomas de depressão, ansiedade, e isolamento social. Assim, parece que as crianças reagem tipicamente quando expostas a situações de raiva, através da manifestação de respostas motoras de *distress*, tais como choro, paralisia emocional, movimentos faciais e corporais, como tapar os ouvidos, verbalizações de desconforto, ansiedade, preocupação, entre outros (Cummings, 1987; Cummings, Iannotti & Zahn-Waxler, 1985<sup>a</sup>, cit. Cummings & Davies, 1994). Nas crianças até à idade escolar, respostas emocionais positivas também se podem manifestar, no entanto, estas estarão provavelmente relacionadas com a estimulação geral das emoções e da ansiedade nervosa e não serão sinónimo de felicidade (Cummings, 1987, cit. Cummings & Davies, 1994). Deste modo, um comportamento observável numa criança não nos indica, com certeza, o que ela está na realidade a sentir, pelo que os processos internos, como a ansiedade, não podem ser inferidos com confiança a partir de um comportamento externo e talvez seja por isso que as desordens de internalização sejam frequentemente negligenciadas.

As respostas somáticas são igualmente importantes quando surgem num contexto de conflito e violência interparesntal. Isto porque, existem vários estudos que indicam alterações significativas nas respostas fisiológicas da criança, ao nível do ritmo cardíaco, pressão sanguínea sistólica e condutância dérmica, durante e após a exposição a uma situação de violência interparesntal (El-Sheikh, Cummings & Goetsch, 1989; El-Sheikh *et al.*, 1989; El-Sheikh & Cummings, 1992; Ballard, Cummings & Larkin, 1993, cit. Cummings & Davies, 1994).

A par dos distúrbios de comportamento, encontramos com frequência crianças que desenvolveram competências sociais e relacionais disfuncionais (Grych & Fincham, 1990, cit. Cummings & Davies, 1994), muitas vezes detectadas pelos professores no contexto escolar, assim como uma performance académica diminuída.

### 3. A VIOLÊNCIA INTERPARENTAL ENQUANTO EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA

#### 3.1. A RESPOSTA DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO EM CRIANÇAS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA INTERPARENTAL

Os estudos empíricos e as perspectivas teóricas a eles associados, que procuram explicar as consequências de uma experiência traumática na criança são, embora recentes, já em número significativo (e.g., Foy, Madvig, Pynoos & Camilleri, 1996; Koverola, 1995; Pynoos, Steinberg & Goenjian, 1996; Vernberg, La Greca, Silverman & Prinstein, 1996, cit. Kerig, Fedorowicz, Brown & Warren, 2000). Estes modelos conceptuais e compreensivos, apesar de defenderem ideologias singulares e distintas, em conjunto oferecem-nos uma visão 1) *integrativa*, ao considerar a criança no seu todo, sob uma perspectiva funcional, 2) *contextual*, uma vez que procuram atender ao contexto, ou seja, aos sistemas nos quais a criança se encontra inserida, e 3) *desenvolvimental*, ao compreender a interpretação e reacção da criança à experiência traumática em função da sua idade ou estágio desenvolvimental (Kerig *et al.*, 2000).

Diante uma ameaça física ou psicológica, o organismo desenvolve uma resposta pós traumática, semelhante à que se despoleta como resultado de uma reacção do organismo a *stressores* consequentes de um estado de doença – Síndrome de Adaptação Geral – pois ambos constituem um processo instintivo de protecção individual, necessitam

da mobilização de recursos, envolvem uma desregulação do sistema cérebro-corpo e evoluem para um estado mais grave quando todos os recursos esgotam (Selye, 1956, cit. Rossman & Ho, 2000). Neste sentido, os sintomas que surgem após a experenciação de um acontecimento traumático, seja ele provocado por uma condição de doença, ou não, como será no contexto de uma situação de violência interparental, constituem recursos mobilizados com o propósito de proteger o organismo e restituir a homeostasia prévia. Por exemplo, os sintomas de evitamento e embotamento da reactividade podem funcionar como factores de protecção, dando ao organismo uma sensação de cansaço, exigindo-lhe que se distancie do perigo. O sintoma de reexperenciação pode também inicialmente ter uma função funcional e adaptativa, pois enquanto elemento no processo de ajustamento pós trauma (Horowitz & Reidbord, 1992, cit. Rossman & Ho, 2000) pode facilitar o mecanismo de acomodação da nova experiência, uma vez que se assim não for, e estas memórias forem evitadas pelo individuo, o processo de adaptação falha. Resumindo, da mesma forma que o corpo responde a uma doença, enquanto situação *stressante*, as respostas pós traumáticas a outros acontecimentos de vida, como num contexto de violência familiar, representam uma reacção normal, embora desreguladora, com o propósito de facilitar o reajustamento, a não ser que a ameaça seja intensa e prolongada (Rossman & Ho, 2000).

No campo da violência familiar, começam então a surgir estudos que abordam os conceitos de trauma e perturbação de pós-*stress* traumático e que se preocupam em compreender de que forma pode a criança ser lesada, procurando descrever quais os recursos internos e externos utilizados por ela para lidar eficazmente com os acontecimentos *stressantes*, reais ou percebidos como tal, e quais as sequelas ou sintomas traumáticos típicos daí resultantes (Lehmann, 1997). De facto, as investigações nesta área mostram que o impacto da exposição da criança à violência interparental é negativa, estando comprovado que estas revelam competências inferiores nos domínios social e escolar (Wolfe, Zak, Wilson & Jaffe, 1986; Dawud *et al.*, 1991; Peplar & Moore, 1989; Rossman, Bingham & Emde, 1997; Rossman *et al.*, 1997; Wolfe & Mosk, 1983; Peplar & Moore, 1989, cit. Rossman & Ho, 2000), problemas de agressividade (Doumas, Magolin & John, 1994; Emery, 1989; Holden & Ritchie, 1991, cit. Rossman & Ho, 2000) e adopção de padrões de resolução de problemas rígidos e agressivos (Rosenberg, 1984, cit. Rossman & Ho, 2000).

Neste sentido, enquanto surgiam inúmeros estudos numa linha de investigação mais direccionada para as sequelas comportamentais resultantes da exposição da criança à violência interparental, outras começavam a orientar-se para as respostas traumáticas (e.g., Devoe & Graham-Bermann, 1997; Graham-Bermann & Levendosky, 1998; Lehmann, 1997; Rossman *et al.*, 1997; Silvern & Kaersvang, 1989, cit. Rossman & Ho, 2000). Esta orientação, segundo Lehmann (1997), poderá ser explicada com base em três factos: 1) estudos clínicos descritivos de crianças que tinham sido testemunhas do homicídio, violação ou suicídio de um dos cuidadores, e manifestavam sintomatologia de pós-*stress* traumático severa, enquanto outras não apresentavam qualquer sintoma dessa natureza (e.g., Burman & Allen-Mearns, 1994; Black *et al.*, 1992; Black *et al.*, 1993; Osofsky *et al.*, 1995; Pynoos & Eth, 1984, 1985, 1986, 1995; Pruett, 1979; Pynoos & Nader, 1988; Scheeringa *et al.*, 1995; Zeanah & Burke, 1984); 2) argumentos de que uma criança que testemunha formas menos letais de violência contra as mães, que excluem homicídio ou suicídio, estão igualmente em risco de desenvolver PPST (e.g., Wolfe & Jaffe, 1991); 3) pequeno número de estudos empíricos que começavam a documentar PPST em crianças que testemunham formas menos letais de violência (e.g., Martinez & Richters, 1993; Osofsky, Wewers, Hann & Fick, 1993; Fitzpatrick & Boldizar, 1993; Holaday *et al.*, 1992; Landis, 1989; Rossman, 1994).

Assim, todas as investigações que surgiam tendo como principal objecto de estudo as crianças que vivem experiências de violência interparesntal, eram unânimes em defender que o *stress* traumático é uma resposta à violência experienciada pela criança e a incidência e gravidade da sintomatologia são semelhantes às manifestadas como reacção a outro tipo de situações traumáticas tradicionalmente associadas à PPST (Fletcher, 1996; La Greca *et al.*, 1996; McLeer, Callaghan, Henry & Wallen, 1994, cit. Rossman & Ho, 2000).

Concluindo, testemunhar um acontecimento violento, especialmente quando envolve figuras de vinculação e suporte, é suficiente para por si só produzir na criança uma resposta de pós-*stress* traumático, da mesma forma que uma experiência de violência directa (Kilpatrick, Litt & Williams, 1997). Assim, uma criança exposta a violência interparesntal, seja qual for a natureza da agressão, desenvolve sintomatologia de PPST, despoletando sentimentos de terror, insegurança, ameaça, o que muitas vezes a impele a procurar explicações para o sucedido, podendo frequentemente surgir auto-atribuições de responsabilidade, auto-culpabilização, vulnerabilidade pessoal ou percepção do mundo como perigoso (Wolfe *et al.*, 1991, 1994; Wolfe & Gentile, 1992; Wolfe & Birt, 1995; cit. Lehmann, 1997). De acordo com Lehmann (1997), a dinâmica destes processos internos, associados a outros factores, de natureza individual, familiar, social e características do próprio conflito, podem explicar a forma distinta como as crianças lidam e se ajustam a um acontecimento traumático, o que pode atenuar ou exacerbar a sintomatologia de PPST.

### 3.2. VARIÁVEIS MEDIADORAS DE PPST NA VIOLÊNCIA INTERPARENTAL

Crianças que experienciam violência familiar foram identificadas como estando em risco substancial de vir a manifestar uma incidência significativa de PPST (Kilpatrick & Williams, 1998), no entanto, nem todas as crianças expostas a *stressores* intensos, como é a violência interparesntal, desenvolvem este tipo de sintomatologia, o que sugere a existência de factores/variáveis que promoveriam na criança uma resistência ou minimização da vulnerabilidade à manifestação de psicopatologia derivada de *stress* (Fantuzzo & Lindquist, 1989; Foy, Osato, Houskamp & Neumann, 1992, cit. Kilpatrick & Williams, 1998).

Como possíveis variáveis mediadoras da resposta de *stress* da criança, podemos apontar: idade, género, locus de controlo, estratégias/estilo de *coping*, auto-culpabilização, percepção de ameaça, nível de bem-estar emocional da mãe (Gibbs, 1989, cit. Kilpatrick & Williams, 1998), múltipla vitimização/co-existência maltrato directo, suporte familiar/parental (Lehmann, 2000), proximidade afectiva do agressor (Kilpatrick & Williams, 2000), cronicidade, terror e imprevisibilidade do acontecimento (Lehmann, 1997), entre outros.

Os estudos que referem o papel da idade e do género, enquanto variável mediadora da resposta de *stress* da criança a uma experiência de violência interparesntal não são consensuais, havendo autores que defendem que uma criança mais velha sofrerá um impacto mais severo (Gleser, Green & Winget, 1981; Wolfe, Jaffe, Wilson & Zak, 1985, cit. Kilpatrick & Williams, 2000) e outros, que crianças mais novas exibem mais *distress* e quando comparadas com adolescentes, estas manifestam também mais problemas emocionais (Black *et al.*, 1993, cit. Lehmann, 2000). Relativamente ao género, o consenso também não se verifica, defendendo-se por isso que a resposta ao *stress* não está directamente dependente desta variável (Fletcher, 1997; Udwin, 1993; cit. Lehmann, 2000).

Segundo alguns estudos apontados por Kilpatrick & Williams (2000), um locus de controlo externo, ou seja, a crença da criança de que não tem qualquer poder de controlo sobre a sua vida, está associada a uma maior vulnerabilidade para desenvolver psicopatologia (e.g., Allen & Tarnowski, 1989; Romi & Itskowitz, 1990; Work, Parker & Cowan, 1990), da mesma forma que o uso de estratégias de *coping* passivas/paliativas são consideradas menos eficazes no ajustamento ao *stress* (e.g., Gibbs, 1989), embora haja autores que defendam o oposto (e.g. Cummings & Davies, 1994).

Relativamente aos sentimentos de auto-culpabilização, Creamer (1990, cit. Kilpatrick & Williams, 2000) refere que existe entre estes e a sintomatologia de pós-*stress* traumático uma relação, sendo que os estudos sugerem que o nível de auto-culpabilização pode mediar a severidade da PPST (e.g., Frederick, 1985; Galante & Foa, 1987; Nader, 1993, cit. Kilpatrick & Williams, 2000).

Numa situação de violência doméstica, em que o *stressor* mais do que ser uma pessoa humana, é habitualmente alguém com quem a criança partilha uma relação de proximidade, o impacto do trauma terá uma incidência significativamente maior (Kilpatrick, Litt & Williams, 1997) e o suporte familiar/parental poderá ter um importante papel na minimização dos danos (Rossmann *et al.*, 1997, cit. Lehmann, 2000).

Existem ainda estudos que apontam ser frequente crianças expostas a violência interparental serem cumulativamente vítimas de violência directa, física e/ou sexual, manifestando nestes casos sintomas de PPST mais intensos (Lehmann, 1997).

#### 4. CONCLUSÃO

Com esta explanação teórica, procuramos incitar a reflexão acerca das sequelas que poderão irromper quando uma criança experiencia situações de violência doméstica, quer dizer, de natureza traumática.

Neste sentido, a investigação mostra e a literatura documenta, que crianças expostas a traumas violentos experienciam sintomas e reacções de PPST após a vivência traumática, havendo por isso uma correlação entre situações de exposição continuada a violência interparental e o desenvolvimento de patologia típica de PPST. Existe de facto uma incontestável compilação de evidências que suportam a associação entre a exposição à violência interparental e um conjunto de problemas de saúde mental e consequências sociais, na criança e adolescente (Moretti, Obsuth, Odgers & Reebye, 2006). Kitzman *et al.* (2003, cit. Moretti *et al.*, 2006) reforçam que a exposição à violência interparental está correlacionada com ambos problemas de internalização e externalização, estando a criança mais propensa a manifestar sintomatologia de PPST, tal como memórias intrusivas e hipervigilância, que podem alterar as respostas à situação de conflito parental ou associar-se a estímulos semelhantes ao traumático pelo aumento de reacções cognitivas e comportamentais crónicas e desajustadas (Meiser-Stedman, 2002, cit. Moretti, 2001).

No entanto, as consequências de um trauma dependem em grande escala das interacções que cada criança estabelece com os vários sistemas do seu contexto ambiental. São as características individuais de cada criança e as experiências de vida precoces, assim como os factores físicos e sociais dos sistemas que a rodeiam, enquanto factores de risco ou

fatores protectores, que contribuem para a capacidade de resiliência ou elasticidade/resolução e ajustamento a situações de vida traumáticas, ou para o desenvolvimento de sintomatologia desadaptativa, típica de uma PPST. Neste sentido, podemos dizer, que apesar das consequências de viver diariamente em contextos de violência crônica serem devastantes no crescimento infantil, nem todas as crianças experimentam consequências clínicas e prejudiciais no seu desenvolvimento, sendo que algumas fazem mesmo uso destas experiências traumáticas como promotoras de competências, que lhes permitem enfrentar de forma mais resistente e eficaz, situações adversas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN PSYCHOLOGY ASSOCIATION (APA)** (2005). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR*. 4th Ed. Arlington: American Psychology Association.
- CUMMINGS, E. M. & Davies, P.** (1994). *Children and Marital Conflict. The Impact of Family Dispute and Resolution*. New York. The Guilford Press.
- 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.
- KERIG, P. K., Fedorowicz, A. E., Brown, C. A. & Warren M.** (2000). Assessment and intervention for ptsd in children exposed to violence. In R. A. Geffner, P. G. Jaffe & M. Sudermann (Ed.), *Children exposed to domestic violence. Current issues in research, intervention, prevention and policy development*. New York. The Haworth Maltreatment & Trauma Press. pp. 85-106.
- KILPATRICK, K. L., Litt M. & Williams, L. M.** (1997). Post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. In: *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 4, pp.639-644.
- KILPATRICK, K. L. & Williams, L. M.** (1998). Potencial mediators of post-traumatic stress disorder in child witnesses to domestic violence. In: *Child Abuse & Neglect*, 22, 4, pp.319-330.
- LEHMANN, P.** (1997). The development of posttraumatic stress disorder (ptsd) in a sample of child witnesses to mother assault. In: *Journal of family violence*, 12, 3, pp.241-257.
- 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.
- MORETTI, M. M., Obsuth I., Odgers, C. L. & Reebye, P.** (2006). Exposure to maternal vs. paternal partner violence, ptsd, and aggression in adolescent girls and boys. In: *Aggressive Behavior*, 32, pp.385-395.
- ROSSMAN, B. B.** (1998). Descartes's error and posttraumatic stress disorder: cognition and emotion in children who are exposed to parental violence. In G. W. Holden, R. Geffner & E. N. Jouriles (Ed.), *Children exposed to marital violence. Theory, research and applied issues*. (pp. 223-256). Washington: American Psychological Association.
- 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.
- ROSSMAN, B. B. & Ho, J.** (2000). Posttraumatic responses and children exposed to parental violence. In R. A. Geffner, P. G. Jaffe & M. Sudermann (Ed.), *Children exposed to domestic violence. Current issues in research, intervention, prevention and policy development*. New York. The Haworth Maltreatment & Trauma Press. pp. 85-106.