

Débora Cristina Fava¹
Janaína Thais Barbosa Pacheco²

Transtorno de estresse pós-traumático e terapia cognitivo-comportamental na infância

Post traumatic stress disorder and cognitive behavioral therapy in childhood

RESUMO

A exposição a situações traumáticas na infância constitui-se em fatores de risco para o desenvolvimento de crianças e de adolescentes. As pesquisas têm procurado identificar os mecanismos psicológicos e neurobiológicos através dos quais a exposição a traumas resulta negativamente sobre o indivíduo e desenvolver intervenções psicológicas destinada ao tratamento das vítimas. Este artigo tem o objetivo de relacionar a exposição a traumas na infância e o desenvolvimento de Transtorno de Estresse Pós Traumático (TEPT) e descrever modelos de intervenção cognitivo-comportamental referidos na literatura e destinados a crianças e adolescentes com TEPT. Para isso, realizou-se uma revisão da literatura. O artigo aborda os seguintes temas: definição de maus tratos; achados sobre os efeitos da exposição a maus tratos, em especial o desenvolvimento de TEPT; e descrição de intervenções baseadas na terapia cognitivo-comportamental para pacientes com TEPT.

Palavras-chave: maus tratos; tratamento; trauma.

ABSTRACT

Exposure to trauma in childhood is risk factors for the children and adolescents development. Researches have attempted to identify the psychological and neurobiological mechanisms by which exposure to trauma results negatively on the individual and also attempted develop psychological interventions to treating victims. This article aims to relate the exposure to childhood trauma and the development of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and describe models of cognitive-behavioral intervention and reported in the literature for PTSD in children and adolescents. For this, we carried out a literature review. The article discusses the following topics: definition of abuse; effects findings from the exposure to maltreatment, in particular the development of PTSD, and description of interventions based on cognitive-behavioral therapy for patients with PTSD.

Keywords: maltreatment; trauma; treatment.

¹ Especialista em Psicoterapia Cognitivo - Comportamental - WP, Brasil. Formação em Manejo do Comportamento Infantil - PVCC, USA. Mestre em Cognição Humana - PUCRS - (Psicóloga e Psicoterapeuta Assessoria e Treinamento em Escolas e Pré-escolas) - Porto Alegre - SP - Brasil.
² Doutora em Psicologia pela UFRGS - (Professora Adjunta I do Departamento de Psicologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde Psicóloga e Psicoterapeuta).

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Programa de Pós Graduação em Psicologia. Área de Concentração Cognição Humana.

Correspondência:

Débora Cristina Fava.
Av. Ipiranga, nº 6681, prédio 11, sala 927. Partenon. Porto Alegre - RS. Brasil.
CEP: 90619-900.
E-mail: deborafava@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 19 de julho de 2012. cod. 109.
Artigo aceito em 09 de junho de 2013.

DOI: 10.5935/1808-5687.20120014

INTRODUÇÃO

As situações de violência e de maus-tratos podem desencadear ou potencializar problemas de saúde mental em crianças, prejudicando o desenvolvimento infantil (Habigzang & Koller, 2012; Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003). Diversos tipos de violência atingem crianças e adolescentes, constituindo-se em fatores de risco para o desenvolvimento (Assis, Avanci, Pesce, & Ximenes, 2009; Ribeiro, Andreoli, Ferri, Prince, & Mari, 2009).

A pesquisa sobre os efeitos da exposição a maus-tratos na infância tem procurado entender os mecanismos psicológicos e neurobiológicos pelos quais essa exposição resulta negativamente sobre a vítima (Beers & De Bellis, 2002; De Bellis, Hooper, Spratt, & Woolley, 2009; De Bellis & Thomas, 2003; Ghazarian & Buehler, 2010). Esse tema tem sido objeto de investigação em mais de 70% dos estudos que envolvem violência intrafamiliar nos últimos anos (Salgado, Lourenço, Amaral, Gomes, & Senra, 2011). Além disso, as pesquisas têm buscado desenvolver intervenções terapêuticas voltadas para esses indivíduos e avaliar sua eficácia (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004; Deblinger, Lipptman, & Steer, 1996; Scheeringa, Weems, Cohen, Amaya-Jackson, & Guthrie, 2011). Considerando os aspectos teóricos mencionados, o objetivo deste artigo é revisar estudos recentes que abordaram a relação entre a exposição a traumas na infância e o desenvolvimento de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Além disso, pretende descrever modelos de intervenção cognitivo-comportamental referidos na literatura e destinados a crianças e a adolescentes com TEPT. Para a busca dos artigos utilizados nesta revisão não sistemática da literatura foram utilizados os descritores “trauma”, “estresse”, “terapia cognitiva”, “terapia focada no trauma”, “infância” e “adolescência”. Os artigos foram selecionados nas bases eletrônicas de dados LILACS, MedLine e SciELO e publicados entre o período de 2000 a 2012. Artigos relevantes presentes na lista bibliográfica dos textos extraídos das bases de dados também foram consultados (*cross references*).

MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA

A descrição da prevalência de maus-tratos na infância e na adolescência no Brasil enfatiza a importância do tema. No Brasil, quase 60% das crianças de 1 a 9 anos foram atendidas nas unidades básicas de saúde no ano de 2010, vítimas de violência intrafamiliar (Waiselfisz, 2011). O Mapa da Violência contra crianças e adolescentes revela que o tipo de violência mais prevalente é a física, abrangendo 40% das vítimas que buscam atendimento. O abuso sexual constitui 23,8% das notificações para cada 100 mil vítimas com idade entre 10 e 14 anos. Em ambos os casos, mais da metade teve como agressores o pai ou a mãe (Waiselfisz, 2011).

Bernstein e colaboradores (2003) definem cinco tipos de maus-tratos: (1) negligência física, (2) negligência emocional, (3) abuso sexual, (4) abuso físico e (5) abuso emocional. Segundo os autores, a negligência física é definida como o fracasso de cuidadores em garantir o atendimento de necessidades básicas, como alimento, abrigo, roupas, segurança e saúde. A falta de supervisão dos pais também é incluída nessa definição, se isso coloca a criança em risco. A negligência emocional é entendida como a falha dos cuidadores em satisfazer as necessidades emocionais e psicológicas das crianças, incluindo amor, sentimento de pertencimento, nutrição e suporte. Constitui-se em toda forma de rejeição e desrespeito em relação à criança ou ao adolescente, podendo envolver comportamentos como punição e cobrança excessiva, humilhação e agressões verbais, além de privação de experiências esperadas para a sua idade, ou indução à prostituição e a práticas ilegais (Brasil, 2002).

O abuso sexual é caracterizado quando a vítima tem desenvolvimento psicosssexual inferior ao do agressor e é exposta a estímulos sexuais impróprios (Brasil, 2002). O abuso físico é referido como agressões corporais em uma criança por um adulto ou pessoa mais velha que representa um risco ou resulta em ferimentos (Bernstein et al., 2003). E, finalmente, o abuso emocional é definido por agressões verbais que diminuem o senso de valor e de bem-estar da criança, ou comportamentos dirigidos a ela que sejam humilhantes (Bernstein et al., 2003).

Dentre as práticas de violência citadas, uma das mais referidas na literatura é o abuso sexual (Habigzang & Koller, 2012). Percebe-se um aumento das taxas de abuso sexual infantil e uma crescente vulnerabilidade ao TEPT no sexo feminino (Walker, Carey, Mohr, Stein, & Seedat, 2004). Um estudo brasileiro investigou 617 vítimas de abuso sexual (71 crianças [idade < 10 anos] e 546 adolescentes [10 a 20 anos]). No grupo de crianças, em 84,5% dos casos o agressor era conhecido, em 60% dos casos o agressor era do núcleo familiar e em 40%, o agressor era vizinho ou outro conhecido. Entre os adolescentes, 27,7% conheciam o agressor, sendo que em 38,5% dos casos o agressor era do núcleo familiar e em 61,5% era pessoa próxima da família (Drezett et al., 2011). Esses resultados também indicam a alta prevalência de abuso sexual no ambiente doméstico (Drezett et al., 2011).

O abuso ou a violência contra a criança ocorre muitas vezes no ambiente familiar, o que pode tornar as sequelas do trauma ainda mais dramáticas. Em uma pesquisa com 110 crianças de 8 a 12 anos de idade, que testemunharam ou sofreram violência doméstica, constatou-se que 33 delas foram abusadas fisicamente pelos pais nos últimos seis meses, 16 testemunharam violência doméstica conjugal, 30 foram vítimas de violência doméstica e testemunharam violência conjugal, e apenas 31 das crianças não experienciaram qualquer tipo de violência doméstica (Sternberg et al., 1993).

Os efeitos da exposição a maus-tratos têm sido investigados por diferentes estudos que têm buscado identificar outros fatores que podem mediar o impacto dos maus-tratos sobre os indivíduos, tais como severidade do mau-trato e tempo de exposição (Pears & Fisher, 2005). Um estudo com população geral buscou avaliar a vulnerabilidade para a exposição e a magnitude dos eventos traumáticos em 1.420 crianças e adolescentes. Observou-se que um quarto da amostra experienciou pelo menos um evento de alta magnitude, e um terço experienciou um evento de baixa magnitude nos últimos três meses (Costello, Erkanli, Fairbank, & Angold, 2002). Os pesquisadores basearam-se na lista de estressores traumáticos extremos do DSM-IV (*American Psychiatric Association [APA], 2002*) para classificar os eventos de alta magnitude.

Com relação aos efeitos da exposição a maus-tratos, Lansford e colaboradores (2002) avaliaram os efeitos a longo prazo na infância sobre problemas psicológicos, comportamentais e acadêmicos. Os resultados demonstraram que adolescentes expostos a maus-tratos na infância estavam mais ausentes da escola e mais propensos a postergar o curso da faculdade em comparação aos que não foram maltratados. Também se verificou que as crianças que sofreram maus-tratos tinham níveis de ansiedade, agressão, depressão, dissociação, sintomas de TEPT, problemas sociais, problemas de pensamento e retraimento social maiores do que as não expostas a maus-tratos.

O transtorno de estresse pós-traumático é um transtorno consistentemente relacionado à exposição a maus-tratos (Ackerman, Newton, McPherson, Jones, & Dykman, 1998; Bender, Postlewait, Thompson, & Springer, 2011; De Bellis & Thomas, 2003; Elkliit, Karstoft, Armour, Feddern, & Christoffersen, 2013; Flory, Yehuda, Passarelli, & Siever, 2012; Habigzang, Borges, & Dell'Aglio, 2010; Wolfe, Gentile, & Wolfe, 1989). Na infância tem sido visto como um problema por causa dos efeitos adversos nos âmbitos psicológico, biológico e também no desenvolvimento social (Pfefferbaum, 1997; Pynoos, 1994). Além disso, pode apresentar um curso debilitante com o passar dos anos, podendo levar à disfuncionalidade (Yule et al., 2000).

De acordo com o Manual diagnóstico e estatístico dos transtornos mentais (APA, 2002, 2013), o TEPT se caracteriza pelo surgimento de sintomas após a exposição direta ou indireta a um evento traumático que gere medo intenso, ameaça à integridade física ou a agressões reais. A versão mais recente do manual (APA, 2013) excluiu o critério sobre medo intenso e desamparo, pois estes não vêm se mostrando úteis para o diagnóstico adequado. O evento estressor deve ser considerado como ameaçador à vida e divide-se em três grupos de sintomas: revivência (critério B), esquiva (critério C) e excitabilidade (critério D).

No primeiro grupo de sintomas, incluem-se lembranças com conteúdo emocional ansiogênico, que sejam intrusivas e recorrentes ao evento. No caso de crianças, isso pode

ser expressado por jogos ou brincadeiras repetitivas que apresentem o conteúdo do trauma. Além disso, sonhos amedrontadores ou com o conteúdo do evento estressor, episódios de *flashback* ou reencenação específica do trauma são alguns dos critérios diagnósticos (APA, 2002, 2013).

Já no grupo de sintomas de esquiva persistente, o conteúdo do trauma é evitado fortemente na maneira de pensamentos, sentimentos, atividades, conversas relacionadas ao evento, locais e pessoas e qualquer situação que possa lembrar o evento. No terceiro grupo, excitabilidade aumentada, observam-se hipervigilância e dificuldade em manter a atenção e a concentração, além de aumento da irritabilidade e resposta de sobressalto exagerada. É necessário que os sintomas causem sofrimento e prejuízo clinicamente significativo em áreas importantes da vida do sujeito, além do evento estressor ter se passado há pelo menos um mês (APA, 2002, 2013).

Nas crianças, o TEPT pode apresentar sintomas mais específicos para a faixa etária, diferentemente dos critérios para adultos. Ressaltam-se algumas especificidades que podem ocorrer no diagnóstico de crianças, como manifestação de medo intenso por meio de comportamento agitado e desorganizado; tendência a reviver o evento por meio de brincadeiras ou sonhos amedrontadores, mesmo que não esteja diretamente ligado ao evento estressor; algumas vezes, podem expressar medo da morte ou de não chegar à idade adulta. Além disso, sintomas físicos como dor de cabeça e mal-estar abdominal são descritos como respostas possíveis no TEPT infantil (APA, 2002, 2013).

Lang e Sharma-Patel (2011) afirmam que a automutilação ou a autolesão são sintomas que podem ocorrer em crianças com TEPT. A autolesão é um comportamento que pode estar relacionado a estados emocionais gravemente ruins; os autores pontuam que a dor física seria buscada para o alívio da dor emocional (Lang & Sharma-Patel, 2011). Esse comportamento não se configura em outro diagnóstico, mas frequentemente está associado a quadros de traumas com uma forte associação com abuso sexual (Zlotnick, Mattia & Zimmerman, 1999). Afifi, Mota, Dasiewicz, MacMillan e Sareen (2012), relacionaram TEPT com transtorno desafiador de oposição e condutas agressivas.

Tierney (2000) afirma que o TEPT infantil vem geralmente acompanhado de muitas comorbidades e questiona a adequação do diagnóstico em função da dificuldade de operacionalizar os critérios para a população infantil. Nesse sentido, De Young, Kenardy e Cobham (2011) sugerem uma diminuição na quantidade de critérios necessários para realizar-se o diagnóstico de TEPT na infância. Por sua vez, Scheeringa, Wright, Hunt e Zeanah (2006) sugerem a diminuição da exigência quanto a alguns sintomas relacionados a comportamentos de esquiva em crianças pequenas. Em sua pesquisa, o critério C (esquiva persistente) apresentou diferença quando relacionado à idade da criança: apenas 4,8% das crianças de até 6 anos preenchem os três critérios exigidos pelo DSM-IV, contra 17,12% das crianças acima de 12 anos.

Alguns indivíduos podem ter apenas os sintomas nucleares do TEPT descritos pelo DSM-IV-TR (APA, 2002), enquanto outros têm uma infinidade de problemas auxiliares. Isso tem levado os investigadores a examinar e a distinguir subtipos de TEPT, incluído o TEPT complexo (Taylor, Asmundson, & Carleton, 2006).

O trauma complexo representa formas extremas de estressores traumáticos devido à natureza e ao tempo (Ford & Courtois, 2009). Os problemas centrais do trauma, como desregulação de afeto, dissociação, desregulações somáticas, prejuízos no desenvolvimento e padrões de apego desorganizado, permanecem como base para esse diagnóstico. Entretanto, o diagnóstico vai além da tríade do DSM-IV (Ford & Courtois, 2009). Ford e Courtois (2009) definem o trauma complexo como o resultado da exposição a eventos estressores repetitivos e prolongados, que envolveram dano ou abandono por parte dos cuidadores e ocorreram nos períodos de vulnerabilidade desenvolvimental, como infância ou adolescência.

As vítimas também podem desenvolver dificuldades invasivas em outros domínios, como autoestima e autoeficácia (Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2006). Nesses indivíduos, podem ser observados problemas tais como instabilidade de humor, irritabilidade, relações altamente conflituosas, dificuldades de manter amizades e falta de confiança em outras pessoas. Além disso, eles podem apresentar problemas acadêmicos e comportamentos prejudiciais, incluindo uso de substâncias (Cohen et al., 2006). Por essas experiências serem geralmente crônicas, elas comprometem o desenvolvimento da personalidade do indivíduo e a confiança básica nas relações primárias (Ford & Courtois, 2009).

Confirmando esse dado, Taylor e colaboradores (2006) ressaltam que uma característica fundamental do TEPT complexo é a presença de traços importantes de transtornos da personalidade, particularmente de características *borderline*. Por exemplo, deficiência de modulação do afeto, comportamento autodestrutivo e impulsivo, perturbação da identidade e diminuição da qualidade e quantidade dos relacionamentos. Somatização, como problemas digestivos e dor crônica, também foi característica encontrada em indivíduos descritos com TEPT complexo (Pelcovitz et al., 1997).

Apesar do trauma complexo não ser um diagnóstico descrito no DSM-IV, as pesquisas têm demonstrado a importância e a relevância do assunto na população infantil (Viola, Schiavon, Renner, & Grassi-Oliveira, 2011). Para Blaustein e Kinniburgh (2010), o impacto do trauma nas crianças pode produzir um efeito importante porque acontece em um período do desenvolvimento que é fortemente influenciado pela natureza e pela qualidade da relação com os cuidadores.

TRATAMENTOS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA TEPT NA INFÂNCIA

As intervenções cognitivo-comportamentais são referência no que se refere ao tratamento de TEPT em adultos. Alguns autores (Blaustein & Kinniburgh, 2010; Cohen & Mannarino, 2011; Deblinger et al., 1996) têm procurado desenvolver e investigar a eficácia do tratamento cognitivo-comportamental para crianças que foram expostas a situações traumáticas e que desenvolveram TEPT. No Brasil, Caminha, Kristensen e Dornelles (2007) desenvolveram uma sequência de sessões para tratamento cognitivo-comportamental que envolvem sessões de psicoeducação, sessões de treinamento e de prevenção à recaída baseada no tratamento do TEPT em adultos. Ressaltam o aspecto afetivo do tratamento e o trabalho de reestruturação cognitiva por meio de técnicas de trabalho com as emoções e com a memória.

O estudo das terapias cognitivo-comportamentais (TCC) no tratamento do TEPT em vítimas de maus-tratos é mais expressivo internacionalmente (Almeida, 2012). No Brasil, poucos estudos que propõem ou avaliam intervenções protocoladas e estruturadas para o tratamento de TEPT e os efeitos dos maus-tratos na infância foram encontrados. Habigzang e colaboradores (2009) propuseram uma intervenção em grupo de adolescentes que sofreram abuso sexual. A grupoterapia, de 16 sessões semiestruturadas, foi avaliada por instrumentos psicológicos de sintomas de ansiedade, depressão, TEPT, estresse infantil e crenças e percepções da criança em relação à experiência abusiva. Os instrumentos foram aplicados antes, durante e após a intervenção, e os resultados indicaram significativa redução de sintomas e alteração de crenças e percepções distorcidas sobre o abuso sexual (Habigzang et al., 2009).

Deblinger e colaboradores (1996) avaliaram a eficácia de um tratamento cognitivo-comportamental para crianças. O estudo foi realizado com 90 participantes na faixa etária de 7 a 13 anos, divididos em três grupos (crianças, pais, pais e filhos) e comparou a eficácia do tratamento com TCC com um grupo atendido pelo programa *Community Care*. Os grupos que receberam tratamento com TCC tiveram melhora em comparação ao grupo-controle, e o grupo de TCC apenas com a criança, ou criança com os pais, foi superior ao grupo parental, em que as crianças não participaram.

A intervenção intitulada *Attachment, Self Regulation and Competency frame work* (ARC) (Blaustein & Kinniburgh 2010) foi estruturada para tratamento do trauma complexo em crianças. Esse é um modelo baseado na modificação de componentes de três domínios centrais identificados em crianças que experienciaram situações traumáticas: apego, autorregulação e competência (Blaustein & Kinniburgh, 2010).

O sistema de cuidados da criança, que inclui os pais e cuidadores, serve como moderador dos efeitos da exposição a eventos ou situações traumáticas, constituindo-se em um sistema de confiança, que é a base para um desenvolvimento saudável (Cohen & Mannarino, 2000). Quando esse sistema está mal estruturado, no caso do trauma complexo, as crianças desenvolvem dificuldades nas relações, no funcionamento afetivo, cognitivo e funcional (Blaustein & Kinniburgh, 2010).

Com base nisso, dos três domínios propostos pelo *ARC treatment*, o domínio do apego tem como alvo melhorar a qualidade da relação entre a criança e seus cuidadores, modificando a qualidade do afeto do cuidador para com a criança e ensinando ambos a fazerem uma leitura apropriada das pistas do outro e a responder adequadamente. Também visa a aumentar a habilidade nas práticas parentais adequadas e desenvolver rotinas e rituais entre criança e cuidador para que a criança perceba a relação como mais segura (Arvidson et al., 2011).

O segundo domínio, a autorregulação, objetiva alcançar a habilidade da criança em identificar seus sentimento e comunicar de forma mais assertiva a sua experiência interna. Procura realizar a identificação, a modulação e a expressão do afeto (Arvidson et al., 2011). O terceiro domínio do modelo é a competência, que se centra na capacidade da criança para adquirir as habilidades fundamentais para o seu desenvolvimento. Crianças que experimentam trauma complexo investem sua energia para a sobrevivência e não no desenvolvimento de competências adequadas à idade; podem ficar atrasadas em relação aos pares em uma variedade de domínios de desenvolvimento ou deixar de desenvolver um sentido de confiança e eficácia no desempenho da tarefa (Arvidson, et al., 2011).

O domínio da competência visa a promover a construção de funções executivas, a fim de aumentar a capacidade da criança para se envolverna resolução de problemas, no planejamento e na antecipação e para desenvolver a habilidade de um senso de *self* que incorpora as experiências do passado e do presente. As crianças são encorajadas a criar uma narrativa de sua vida, explorar atributos pessoais, e desenvolver uma orientação futura (Arvidson, et al., 2011). O modelo ARC não é um programa protocolado ou estruturado e não foram encontradas pesquisas empíricas testando a eficácia desse tratamento.

Diferentemente, a TCC focada no trauma (TF-TCC) (Cohen & Mannarino, 2011; Cohen, Mannarino, Berliner, & Deblinger, 2000; Cohen, Mannarino, & Deblinger, 2010; Deblinger, Mannarino, Cohen, Runyon, & Steer, 2011) constitui-se em uma intervenção estruturada e tem tido a sua eficácia investigada. A TF-TCC foi desenvolvida especialmente para crianças e adolescentes e consiste em: psicoeducação, educação do trauma, manejo de estresse e relaxamento, modulação e expressão do afeto, enfrentamento e processamento cognitivo, narrativa do trauma e desenvolvimento de habilidades

comportamentais e treino de adequação do comportamento. As sessões individuais com as crianças são acompanhadas por algumas sessões em que os adultos responsáveis estão presentes. Apesar da TF-TCC não ser apenas destinada a vítimas de maus-tratos, mas, também, a vítimas de qualquer evento traumático, essas sessões com a família ajudam os pais ou responsáveis a entenderem como a criança foi afetada pelos maus-tratos e a desenvolver, em ambos, sentimentos de segurança.

O protocolo utilizado por Cohen e colaboradores (Scheeringa, Cohen, & Amaya-Jackson, 2002), destinado a crianças em idade pré-escolar, subdivide-se em 12 sessões: (1) psicoeducação, conhecimento e motivação do paciente e descrição do panorama geral sobre o tratamento; (2) manejo comportamental e/ou modulação da conduta desafiadora com o objetivo de identificar as estratégias educativas dos pais e o padrão de atitudes da criança; (3) identificação dos pensamentos e sentimentos disfuncionais; (4) exercícios de relaxamento, aprendizado sobre os sentimentos ruins e construção de uma escala da valência dos sentimentos; (5) declaração da história do trauma e criação de uma hierarquia de estímulos ansiogênicos relacionados ao trauma (também se explora, nos pais, a representação do trauma e os sintomas relacionados); (6) desenvolvimento da narrativa mais fácil, menos ansiogênica do trauma; (7 e 8) desenvolvimento da narrativa um pouco mais ansiogênica e elaboração de um plano de segurança (assim como nas sessões 6 e 9); (9 e 10) desenvolvimento da narrativa dos piores momentos do trauma e início da revisão da terapia; (11) trabalho com a prevenção da recaída; e (12) revisão total do tratamento e alta.

Em todas as sessões os responsáveis participam nos minutos finais. O tratamento é acompanhado de um livro que a criança preenche e constrói com o terapeuta. Na última sessão, o livro e o que incluiu as tarefas de casa são revisados (Scheeringa et al., 2002).

Buscando examinar a eficácia e a viabilidade de FT-TCC, os autores estudaram participantes durante 12 sessões de tratamento do TEPT em crianças pequenas (de 3 a 6 anos de idade) expostas a tipos heterogêneos de traumas (Scheeringa et al., 2011). As técnicas específicas incluídas foram: a psicoeducação sobre o TEPT, o reconhecimento de sentimentos, o treino de estratégias de enfrentamento, exposições graduadas a lembranças relativas ao trauma por três modalidades (imaginação, desenho e ao vivo) e um plano de segurança (incluindo adequação de comportamento e atitudes). Às primeiras duas sessões e à última os pais estiveram presentes na sala de atendimento e, nas demais, a criança sabia que os pais as estariam assistindo por uma câmera em tempo real. A segunda metade de todas as sessões incluía apenas terapeutas e pais. O protocolo de intervenção usado nessa pesquisa foi uma adaptação de um protocolo de tratamento para crianças abusadas sexualmente (Cohen & Mannarino, 1996).

Os resultados sugeriram que a FT-TCC é mais eficaz do que uma condição de lista de espera para os sintomas de TEPT, e constataram um efeito duradouro após seis meses de *follow up*. Também houve benefícios para reduzir os sintomas de várias comorbidades, tais como depressão, ansiedade de separação e transtorno desafiador de oposição (Scheeringa et al., 2011).

Outro estudo comparou a eficácia da TF-TCC em um grupo de 75 crianças com a terapia centrada na criança (CCT) em um grupo de 83 crianças (Cohen et al., 2004). Essa modalidade de tratamento consiste em estabelecer uma relação terapêutica de confiança, encorajando pais e filhos a direcionarem o conteúdo e a estrutura do tratamento, e a validar suas experiências. Os grupos receberam tratamento de 12 sessões. Houve melhora dos sintomas de TEPT em 75% dos sujeitos de grupo de TF-TCC e em 49% do grupo de CCT. Houve diferença para os sintomas de evitação, revivência e hipervigilância (Cohen et al., 2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste artigo foi realizar uma revisão da literatura sobre a relação entre exposição a maus-tratos e TEPT, bem como sobre tratamentos cognitivo-comportamentais para o transtorno em crianças e em adolescentes. Pretende-se contribuir para a prática de profissionais que trabalhem com a mesma abordagem com populações clínicas portadoras de TEPT ou expostas a fatores de risco para o desenvolvimento do transtorno.

A revisão indicou os efeitos da exposição a maus-tratos sobre o desenvolvimento de crianças e de adolescentes, incluindo prejuízos cognitivos, afetivos, comportamentais e o surgimento de sintomas psicopatológicos. Nesse sentido, as evidências quanto à relação entre os maus-tratos e TEPT são consistentes.

Estudos internacionais revisados evidenciaram o trabalho de estruturação e validação de intervenções cognitivo-comportamentais para crianças e adolescentes com TEPT (Cohen et al., 2004; De Bellis et al., 2009; Scheeringa et al., 2011). No Brasil, poucos estudos foram encontrados com esse objetivo, indicando a necessidade de esforços para o desenvolvimento de pesquisas que estruturem e avaliem a eficácia de programas de intervenção para indivíduos com TEPT e sintomas associados.

REFERÊNCIAS

Ackerman, P. T., Newton, J. E. O., McPherson, W. B., Jones, J. G., & Dykman, R. A. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abused children (sexual, physical, and both). *Child Abuse & Neglect*, 22(8), 759-774. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00062-3. DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00062-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00062-3)

Affi, T. O., Mota, N. P., Dasiewicz, P., MacMillan, H. L., & Sareen, J. (2012). Physical punishment and mental disorders: results from a nationally representative US sample. *Pediatrics*, 130(2), 184-192. doi: 10.1542/peds.2011-2947 DOI: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2011-2947>

Almeida, V. M. (2012). Tratamento psicoterápico para vítimas de abuso sexual infantil: Evidências da literatura internacional. *Revista Médica de Minas Gerais*, 22(2), 221-225. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/rmmg/index.php/rmmg/issue/view/65/showToc>

American Psychiatric Association [APA]. (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.

American Psychiatric Association [APA]. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-V (5th ed.). Arlington: American Psychiatry Publishing.

Arvidson, J., Kinniburgh, K., Howard, K., Spinazzola, J., Stothers, H., Evans, M., ...Blaustein, M. E. (2011). Treatment of complex trauma in young children: Developmental and cultural considerations in application of the ARC intervention model. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 4(1), 34-51. doi: 10.1080/19361521.2011.545046. DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/19361521.2011.545046>

Assis, S. G., Avanci, J. Q., Pesce, R. P., & Ximenes, L. F. (2009). Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 349-361. doi: 10.1590/S1413-81232009000200002. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200002>

Beers, S. R., & De Bellis, M. D. (2002). Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 159(3), 483-486. doi: 10.1176/appi.ajp.159.3.483. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.159.3.483>

Bender, K., Postlewait, A. W., Thompson, S. J., & Springer, D. W. (2011). Internalizing symptoms linking youths' maltreatment and delinquent behavior. *Child Welfare*, 90(3), 69-89.

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluwalia, T. & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. *Child Abuse Neglect*, 27(2), 169-190. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0) DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

Blaustein, M. E., & Kinniburgh, K. M. (2010). Treating traumatic stress in children and adolescents: How to Foster resilience through attachment, self-regulation and competency. New York: Guilford.

Brasil. Ministério da Saúde. (2002). Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde: um passo a mais na cidadania em saúde. Brasília: Ministério da Saúde. (Série A Normas e Manuais Técnicos; n. 167). Disponível em: <http://bvsm.s.saude.gov.br>

Caminha, R. M., Kristensen, C. H., & Dornelles, V. (2007). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-trauma. In A. V. Cordioli, Psicoterapias: Abordagens atuais (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Cohen, J., & Mannarino, A. (1996). A treatment outcome study for abused preschool children: Initial findings. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 42-50. doi: 10.1097/00004583-199601000-00011

Cohen, J., & Mannarino, A. (2011). Trauma-focused CBT for traumatic grief in military children. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 41(4), 219-227. doi: 10.1007/s10879-011-9178-0 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10879-011-9178-0>

Cohen, J. A., & Mannarino, A. P. (2000). Predictors of treatment outcome in sexually abused children. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 983-994. doi: 10.1016/S0145-2134(00)00153-8 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134\(00\)00153-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0145-2134(00)00153-8)

- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2010). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for traumatized children. Evidence-based psychotherapies for children and adolescents, 295-311.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Berliner, L., & Deblinger, E. (2000). Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents An Empirical Update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(11), 1202-1223. doi: 10.1177/088626000015011007
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents*. New York: Guilford.
- Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A. P., & Steer, R. A. (2004). A multisite, randomized controlled trial for children with sexual abuse-related PTSD symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(4), 393-402. doi: 10.1097/00004583-200404000-00005 DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00004583-200404000-00005>
- Costello, E. J., Erkanli, A., Fairbank, J. A., & Angold, A. (2002). The prevalence of potentially traumatic events in childhood and adolescence. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 99-112. doi: 10.1023/A:1014851823163 DOI: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1014851823163>
- De Bellis, M. D., & Thomas, L. A. (2003). Biologic findings of post-traumatic stress disorder and child maltreatment. *Current Psychiatry Reports*, 5(2), 108-117. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-003-0027-z>
- De Bellis, M. D., Hooper, S. R., Spratt, E. G., & Woolley, D. P. (2009). Neuropsychological findings in childhood neglect and their relationships to pediatric PTSD. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(6), 868-878. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1355617709990464>
- De Young, A. C., Kenardy, J. A., & Cobham, V. E. (2011). Diagnosis of posttraumatic stress disorder in preschool children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(3), 375-384. doi: 10.1080/15374416.2011.563474 DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2011.563474>
- Deblinger, E., Lippmann, J., & Steer, R. (1996). Sexually abused children suffering posttraumatic stress symptoms: initial treatment outcome findings. *Child Maltreatment*, 1(3), 10-21.
- Deblinger, E., Mannarino, A. P., Cohen, J. A., Runyon, M. K., & Steer, R. A. (2011). Trauma -focused cognitive behavioral therapy for children: impact of the trauma narrative and treatment length. *Depression and Anxiety*, 28(1), 67-75. doi:10.1002/da.20744 DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/da.20744>
- Drezett, J., Caballero, M., Juliano, Y., Prieto, E. T., Marques, J. A., & Fernandes, C. E. (2011). Estudo de mecanismos e fatores relacionados com o abuso sexual em crianças e adolescentes do sexo feminino. *Journal de Pediatria do Rio de Janeiro*, 77(5), 413-419. doi: 0021-7557/01/77-05/413
- Elklit, A., Karstoft, K., Armour, C., Feddern, D., & Christoffersen, M. (2013). Predicting criminality from child maltreatment typologies and posttraumatic stress symptoms. *European Journal of Psychotraumatology*, 4. doi:10.3402/ejpt.v4i0.19825. DOI: <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19825>
- Flory, J. D., Yehuda, R., Passarelli, V., & Siever, L. J. (2012). Joint effect of childhood abuse and family history of major depressive disorder on rates of PTSD in people with personality disorders. *Depression research and treatment*. doi: 10.1155/2012/350461. DOI: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/350461>
- Ford, J. D., & Courtois, A. C. (2009). Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. In C. A. Courtois, & J. D. Ford (Eds.), *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*(pp. 13-30). New York: Guilford.
- Ghazarian, S. R., & Buehler, C. (2010). Interparental conflict and academic achievement: An examination of mediating and moderating factors. *Journal of Youth and Adolescence*, 39(1), 23-35. doi: 10.1007/s10964-008-9360-1 DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10964-008-9360-1>
- Habigzang, L. F., Borges, J. L., Dell'Aglio, D. D., & Koller, S. H. (2010). Caracterização dos sintomas do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) em meninas vítimas de abuso sexual. *Psicologia Clínica*, 22(2), 27-44. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pc/v22n2/03.pdf>
- Habigzang, L. F., & Koller, S. H. (2012). Violência contra crianças e adolescentes. Porto Alegre: Artmed.
- Habigzang, L. F., Stroehrer, F. H., Hatzenberger, R., Cunha, R. C., Ramos, M. S., & Koller, S. H. (2009). Grupos de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual. *Revista de Saúde Pública*, 43(1), 70-78.
- Lang, C. M., & Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma Violence Abuse*, 12(1), 23-37. doi: 10.1177/1524838010386975 DOI: <http://dx.doi.org/10.1177/1524838010386975>
- Lansford, J. E., Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., Joseph Crozier, M. P. M., & Kaplow, J. (2002). A 12-year prospective study of the long-term effects of early child physical maltreatment on psychological, behavioral, and academic problems in adolescence. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 156(8), 824-830. DOI: <http://dx.doi.org/10.1001/archpedi.156.8.824>
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A. F., & Silveira, R. O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 65-74.
- Pears, K., & Fisher, P. A. (2005). Developmental, cognitive, and neuropsychological functioning in preschool-aged foster children: Associations with prior maltreatment and placement history. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 26(2), 112-122. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00004703-200504000-00006>
- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress*, 10(1), 3-16. doi: 10.1002/jts.2490100103 DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/jts.2490100103>
- Pfefferbaum, B. (1997). Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *Journal American Academic of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(11), 1503-1511. doi: 10.1016/S0890-8567(09)66558-8 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0890-8567\(09\)66558-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0890-8567(09)66558-8)
- Pynoos, R. S. (1994). Posttraumatic stress disorder: A clinical review. *Lutherville: Sidran*.
- Ribeiro, W. S., Andreolli, S. B., Ferri, C. P., Prince, M., & Mari, J. J. (2009). Exposure to violence and mental health problems in low and middle income countries. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(Supl. 2), 49-57. doi: 10.1590/S1516-44462009000600003 DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462009000600003>
- Salgado, F. S., Lourenço, L. M., Amaral, A. C., Gomes, S. F. L., & Senra, L. X. (2011). O impacto do testemunho da violência interpessoal em crianças: uma breve pesquisa bibliométrica e bibliográfica. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 4(1), 104-111.
- Scheeringa, M. S., Cohen, J., & Amaya-Jackson, L. (2002). *Preschool PTSD treatment. Version 1.7*. Retrieved from <http://www.infantinstute.org/MikeSPDF/PPTversion7.pdf>

- Scheeringa, M. S., Weems, C. F., Cohen, J. A., Amaya-Jackson, L., & Guthrie, D. (2011). Trauma-focused cognitive-behavioral therapy for post-traumatic stress disorder in three through six year-old children: A randomized clinical trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(8), 1469-1476. doi: 10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02354.x>
- Scheeringa, M. S., Wright, M. J., Hunt, H. P., & Zeanah, C. H. (2006). Factors affecting the diagnosis and prediction of PTSD symptomatology in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 644-651. DOI: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.163.4.644>
- Sternberg, K. J., Lamb, M. E., Greenbaum, C., Cicchetti, D., Dawud, S., Cortes, R. M., Krispin, O., & Lorey, F. (1993). Effects of domestic violence on children's behavior problems and depression. *Developmental Psychology*, 29(1), 44-52. doi: 10.1037/0012-1649.29.1.44 DOI: <http://dx.doi.org/10.1037/0012-1649.29.1.44>
- Taylor, S., Asmundson, G. J. G., & Carleton, R. N. (2006). Simple versus complex PTSD: A cluster analytic investigation. *Anxiety Disorders*, 20(4), 459-472. doi: 10.1016/j.janxdis.2005.04.003 DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2005.04.003>
- Tierney, J. A. (2000). Post-traumatic stress disorder in children: Controversies and unresolved issues. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry Nursing*, 13(4), 147-158. doi: 10.1111/j.1744-6171.2000.tb00094.x DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1744-6171.2000.tb00094.x>
- Viola, T. W., Schiavon, B. K., Renner, A. M., & Grassi-Oliveira, R. (2011). Trauma complexo e suas implicações diagnósticas. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 55-62. doi: 10.1590/S0101-81082011000100010
- Waiselfisz, J. J. (2011). Os novos padrões da violência homicida no Brasil: Mapa da violência 2012. São Paulo: Instituto Sangari. Disponível em: http://www.sangari.com/mapadaviolencia/pdf2012/mapa2012_web.pdf
- Walker, J. L., Carey, P. D., Mohr, N., Stein, D. J., & Seedat, S. (2004). Gender differences in the prevalence of childhood sexual abuse and in the development of pediatric PTSD. *Archives of Women's Mental Health*, 7(2), 111-121. doi: 10.1007/s00737-003-0039-z DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s00737-003-0039-z>
- Wolfe, V. V., Gentile, C., & Wolfe, D. A. (1989). The impact of sexual abuse on children: A PTSD formulation. *Behavior Therapy*, 20, 215-228. doi: 10.1016/S0005-7894(89)80070-X DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894\(89\)80070-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0005-7894(89)80070-X)
- Yule, W., Bolton, D., Udwin, O., Boyle, S., O'Ryan, D., & Nurrish J. (2000). The Long-term effects of a disaster experienced in adolescence: I: the incidence and course of PTSD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(4), 503-511. doi: 10.1111/1469-7610.00635 DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/1469-7610.00635>
- Zlotnick, C., Mattia, J. I., & Zimmerman, M. D. (1999). Clinical correlates of self-mutilation in a sample of general psychiatric patients. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 187(5), 296-301. DOI: <http://dx.doi.org/10.1097/00005053-199905000-00005>