

## FUNDAMENTOS

# Compreender e reagir precocemente ao trauma infantil<sup>1</sup>

Steven Marans<sup>2</sup>

1

Este trabalho foi apresentado no 53.º Congresso da Associação Psicanalítica Internacional, intitulado «A mente na linha de fogo», decorrido em Cartagena de Índias, Colômbia, entre 26 e 29 de julho de 2023

2

Psicanalista da Associação Psicanalítica Americana, Professor de Psiquiatria, Diretor do National Center for Children Exposed to Violent/ Childhood Trauma Center no Yale Child Study Center. E-mail: [steven.marans@yale.edu](mailto:steven.marans@yale.edu)

No seu artigo de 1968, «Indicações e Contraindicações para a Análise da Criança», Anna Freud discutiu o dilema com que muitas vezes se confrontam os analistas quando a sua avaliação indica que os danos no desenvolvimento de uma criança são «causados e mantidos por influências ativas e contínuas alojadas no ambiente» (p. 115). Salientou que, perante fatores externos tóxicos, «todos os aspetos da personalidade da criança são afetados negativamente, a menos que sejam disponibilizadas fontes definidas de provisões e apoio» (p. 115). Embora a criança vítima necessite de ajuda terapêutica, o tipo de ajuda não é claramente indicado, «nem está claramente circunscrito o papel do terapeuta no processo» (p. 115).

Além do meu trabalho clínico no consultório ou do meu papel de professor e supervisor, um dos principais focos do meu trabalho como psicanalista tem sido a compreensão do impacto traumático desses «fatores externos tóxicos» na vida das crianças. Também tentei aprender sobre os vários tipos de ajuda terapêutica que poderiam diminuir os efeitos a longo prazo da experiência traumática no desenvolvimento da personalidade da criança. O facto de o trauma de um vasto número de crianças e famílias, devastadas pela violência e por outros acontecimentos catastróficos, passar frequentemente despercebido e ser raramente visto nos nossos consultórios ou clínicas, levou ao desenvolvimento das colaborações psicanaliticamente informadas e das abordagens de tratamento que descreverei hoje.

A colaboração do Yale Center for Traumatic Stress and Recovery (YCTSR) com as autoridades, os serviços de proteção à criança, os avaliadores forenses de abuso infantil, o pessoal do departamento das urgências pediátricas, os advogados especializados em violência doméstica e as agências estatais e federais levou ao nosso envolvimento com milhares de crianças e suas famílias durante as últimas três décadas. Os eventos que iniciaram o nosso contacto incluíram:

homicídios, homicídios seguidos de suicídios, violência doméstica, agressões sexuais, maus tratos físicos e negligência, suicídios, acidentes de viação, bem como eventos de massa como tiroteios em escolas (incluindo em Newtown, CT e Uvalde, TX), o ataque terrorista de 11 de setembro e várias catástrofes naturais. O nosso apoio tem variado, desde respostas na crise até um breve contacto de acompanhamento durante o período peritraumático (ou seja, nas primeiras 12 semanas após o acontecimento traumático recente), bem como o envolvimento clínico a longo prazo.

## ANATOMIA DE UM PESADELO

Para nos aproximarmos das experiências de acontecimentos traumáticos das crianças, consideremos por um momento a recordação infantil ao acordar de um pesadelo. Lembre-se do coração acelerado, da respiração rápida, do suor e da confusão do pensamento — tentando desesperadamente localizar os limites da experiência; tentando determinar o que é real no terror/ameaça que o acordou. Nesses momentos pós-pesadelo, muitos de nós procurámos automaticamente fontes de segurança e alívio. Por vezes, procurámo-las na presença de outras pessoas e ficámos paralisados, sem palavras, diante dos pais, que podem ter perguntado solícitos sobre o sonho mau que tivemos, antes de nos mandarem de volta para a cama. Com poucas palavras disponíveis, podemos ter repetido, como um mantra, o seu lembrete: «foi só um sonho», e voltámos para os nossos quartos. Para alguns, não havia ninguém a quem recorrer. Fizemos o melhor que pudemos, acendendo as luzes, evitando o regresso ao sono e aos sonhos onde residia o nosso terror. Conscientes das chamadas esperançosas da realidade e da incerteza remanescente de que as ameaças percebidas estavam realmente apenas nas nossas mentes, fizemos tudo o que podíamos para mudar o canal e desativar a repetição instantânea e involuntária de temas que evocavam medo e

pavor. Apesar dos cenários de pesadelo altamente individualizados e variados, todos partilhámos os temas subjacentes e as várias versões dos seus efeitos aterradores.

Como psicanalistas, sabemos muito sobre os medos e perigos psíquicos contra os quais todos nos defendemos inconscientemente. Além da experiência direta do pesadelo, somos regularmente lembrados no nosso trabalho clínico — e nas nossas próprias vidas — das fontes mais proeminentes de perigo e medo que residem nos nossos mundos inconscientes e interiores: (1) perda da vida e da vida daqueles que amamos e de quem dependemos; (2) perda do amor dos outros e do amor a nós próprios; (3) danos no nosso corpo e diminuição de capacidades; (4) perda do controlo dos impulsos, dos afetos e do pensamento integrador; e (5) perda da estrutura externa, da previsibilidade e da ordem que fornece a base para antecipar, planear e responder aos novos desafios.

Como sabemos muito bem, este vasto conjunto de perigos, que alimentam os nossos pesadelos, também espreguiça ao fundo nas nossas vidas quando acordados. Embora os nossos esforços tenham muitas vezes custos elevados, a experiência da ansiedade-sinal alerta-nos, prepara-nos e permite-nos tomar medidas de proteção e defesa. E, no rescaldo do pesadelo, o medo e a excitação diminuem à medida que a realidade se reafirma e o sono pode voltar a proporcionar a oportunidade de múltiplas narrativas, as quais oferecem alternativas agradáveis aos aspetos temidos da nossa imaginação.

Quando, no entanto, os temas subjacentes aos nossos pesadelos são inesperadamente representados na vida real, a nossa capacidade de recuperar rapidamente a distinção entre os mundos interior e exterior e de voltar a adormecer é simplesmente, e tragicamente, uma opção impossível. Ao contrário da experiência do pesadelo, a situação traumática é uma situação em que os nossos medos inconscientes mais poderosos convergem para a sua súbita realização em acontecimentos sobre os quais não temos qualquer controlo e dos quais não há fuga possível.

### **DEFINIÇÃO DE TRAUMA E FASES DO TRAUMA**

Definimos a situação traumática como uma lesão decorrente da exposição a um perigo avassalador e imprevisível, que leva à experiência imediata de perda de controlo, desamparo e terror; à ausência de ansiedade-sinal e inviabilização dos métodos habituais de diminuição ou defesa contra a excitação intensa associada ao perigo (respostas de luta ou fuga); e à desregulação neurofisiológica, que compromete as respostas somáticas, afetivas, cognitivas e comportamentais aos estímulos. Após a exposição a acontecimentos traumáticos, as reações das crianças podem manifestar-se ou ocorrer em três fases: (1) a fase aguda, que vai de alguns momentos a

vários dias; (2) a fase peritraumática, até 12 semanas; e (3) a fase a longo prazo, para lá das 12 semanas após uma experiência traumática, em que surge a PTSD crónica e as perturbações relacionadas, decorrentes de adaptações crónicas a falhas de recuperação, que podem perturbar e fazer descarrilar a trajetória de desenvolvimento ideal da criança.

Nas crianças, as perturbações imediatas ou agudas refletem-se em sintomas nas seguintes áreas: a) somática (por exemplo, aumento do ritmo cardíaco, alterações na respiração); b) afetiva (por exemplo, embotada, perturbada/caótica); c) cognitiva (por exemplo, sentimentos de culpa, falhas no funcionamento executivo e integrativo); e d) comportamental (por exemplo, retraimento, interações agitadas e agressivas).

As consequências peritraumáticas refletem uma expressão mais organizada e persistente da desregulação traumática e podem ser observadas numa série de sintomas, incluindo perturbações do sono (incluindo o aumento de pesadelos); ansiedade de separação e comportamento «adesivo»; hipervigilância; queixas somáticas; irritabilidade e comportamento de oposição; regressão; impulsividade, fraca capacidade de concentração; repetição da experiência e reencenação do acontecimento em jogos e discussões; emoções embotadas, entorpecimento e isolamento social; evitamento de certas atividades e lugares; dissociação; comportamento agressivo; e dificuldades escolares ou comportamentos de risco. Muitas crianças e adolescentes que demonstraram o impacto traumático da exposição a acontecimentos violentos recuperam e continuam naquilo que Anna Freud descreveu como o «caminho ótimo do desenvolvimento». No entanto, para demasiadas crianças, a experiência de perigo incontrolável é demasiado familiar e é muitas vezes gerida sem recursos internos, familiares e ambientais que apoiem e promovam a recuperação.

Quando as crianças não se conseguem recuperar de reações e sintomas agudos e peritraumáticos, as reações a longo prazo refletem alterações dos sistemas neurais básicos, bem como adaptações sintomáticas crónicas. Podem alterar gravemente o curso normal do desenvolvimento das crianças e resultar em consequências psicológicas, fisiológicas e sociais para toda a vida. Estas podem incluir: problemas de vinculação/relacionamento; PTSD; perturbações de ansiedade; perturbações de humor; abuso de substâncias; comportamentos antissociais; comportamentos violentos e/ou abusivos; doença crónica; e perturbações de personalidade. Estes resultados a longo prazo não só refletem o enorme impacto que os traumas não resolvidos têm sobre os indivíduos, mas também sobre os membros da família e a comunidade em geral. Estes impactos mais vastos são ainda mais profundos e críticos quando consideramos

a quantidade de crianças que correm o risco de vir a desenvolver sintomas a curto e a longo prazo, em resultado da sua exposição a uma violência avassaladora e a outros acontecimentos catastróficos.

### **COMPREENDER OS SINTOMAS DE TRAUMAS NA INFÂNCIA**

Tal como acontece com o pesadelo, após a desregulação traumática aguda e imediata das funções executivas do ego, dos sistemas fisiológicos de excitação, da experiência somática e cognitiva, a criança traumatizada procura proteger-se, desfazer a experiência original de desamparo, assumindo uma postura vigilante em relação ao mundo exterior, «localizando» externamente a fonte de perigo, num esforço para desenvolver estratégias para evitar a sua repetição. Com o objetivo de reverter a experiência traumática, a criança tenta assumir o controlo, reintroduzindo a ansiedade-sinal e atribuindo a ameaça a uma fonte identificável. Se o perigo puder ser localizado externamente e antecipado, podem ser tomadas medidas para evitar sentir-se novamente num lugar passivo, sem controlo e desamparado. No entanto, como sabemos, os sintomas de evitamento e de tentativa de controlo têm o seu próprio preço, uma vez que, para isso, as crianças tentam afastar-se de tudo o que possa despertar os medos humanos mais básicos. O desafio de recuperar um sentido de controlo pessoal é exacerbado à medida que as experiências originais de perda de controlo traumático relacionadas com o acontecimento são revisitadas, quando as alterações fisiológicas — em particular, a desregulação do sistema noradrenérgico — tornam os corpos mais vulneráveis a limiares mais baixos de sobressalto, a alterações rápidas do ritmo cardíaco, da respiração e da tensão muscular. Estes sintomas somáticos podem ser especialmente angustiantes quando os indivíduos são incapazes de localizar conscientemente as recordações traumáticas ou os fatores desencadeantes que lhes deram origem.

Múltiplos fatores contribuem para a extensão do impacto traumático dos acontecimentos, incluindo a proximidade física e emocional de um perigo visto como esmagador; vulnerabilidades pré-existentes ao nível do desenvolvimento; antecedentes traumáticos significativos; nível de angústia dos prestadores de cuidados; e perturbações contínuas das rotinas da vida quotidiana. Além disso, os dois fatores mais preditivos de más evoluções pós-traumáticas são: (1) a incapacidade de reconhecer a angústia pós-traumática da criança e (2) a ausência de apoio social/familiar.

Embora possamos sentir-nos sobrecarregados com o grande número de crianças que correm o risco de falhar na recuperação do trauma, quando

aplicamos o que sabemos sobre os fenómenos do trauma e sobre os fatores de proteção da identificação precoce e do apoio social, há também razões para ter esperança e agir. No entanto, para primeiro identificar e depois responder melhor às necessidades das crianças traumatizadas, enquanto clínicos psicanalíticos, nós, no YCTSR, precisámos de ir além dos nossos consultórios e trabalhar com parceiros que vêm regularmente e fornecem uma identificação precoce das crianças que estão em maior risco devido à sua exposição à violência e à catástrofe. Em New Haven (Connecticut), começámos por recorrer a uma nova colaboração com profissionais que continuam a fazer visitas ao domicílio 24 horas por dia, 7 dias por semana — a polícia.

### **DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA — POLICIAMENTO COMUNITÁRIO**

A coordenação das atividades de policiamento e de saúde mental, que começou em New Haven no início da década de 1990, teve origem numa preocupação e frustração partilhadas sobre as necessidades não satisfeitas das crianças e famílias traumatizadas. Os agentes da polícia estavam particularmente preocupados com o grande número de crianças encontradas em chamadas de serviço da polícia que nunca receberam qualquer forma de intervenção ou cuidados informados sobre o trauma. Aprender com as perspetivas profissionais de cada um e ver as crianças e as famílias através dos olhos das atividades profissionais do outro, ao longo do tempo, levou à evolução do Child Development-Community Policing (CD-CP), que inclui os seguintes elementos:

1. Formação de todos os agentes da polícia em princípios psicanalíticos do desenvolvimento da criança e do comportamento humano e desenvolvimento de respostas policiais informadas sobre os traumas no local de intervenção em caso de violência e outras situações catastróficas.
2. Formação para todos os clínicos do CD-CP em noções básicas de operações, responsabilidades, estruturas e respostas da polícia, incluindo patrulha, segurança de locais, investigação, causa provável e uso da força.
3. Serviço de plantão em funcionamento 24 horas por dia, 7 dias por semana, oferecendo consultas telefónicas de emergência e resposta no local, bem como visitas de acompanhamento colaborativas de agentes-advogados e clínicos às vítimas e famílias após as primeiras chamadas de serviço da polícia.
4. Conferência semanal de análise de casos com a polícia, a saúde mental e os parceiros do serviço de proteção de menores para planear o seguimento e a disposição do caso com base nas necessidades identificadas pela equipa multidisciplinar.

A colaboração, atualmente em funcionamento há 30 anos, permitiu reconhecer que, com formação cruzada adequada, os parceiros da polícia e da saúde mental podem identificar eficazmente as crianças em risco em resultado da sua exposição a acontecimentos traumáticos a que a polícia responde regularmente. Respondendo em conjunto, os parceiros do CD-CP estão bem posicionados para iniciar intervenções imediatas e precoces, que podem reduzir o sofrimento agudo e evitar a desregulação traumática, diminuindo os maus resultados a longo prazo associados a falhas na recuperação. Desde as suas origens em 1991, a parceria entre o Yale Center for Traumatic Stress and Recovery e o New Haven Department of Police Service respondeu conjuntamente a mais de 15 000 crianças e suas famílias a nível local. O programa Child Development-Community Policing foi replicado e adaptado em numerosas comunidades nos Estados Unidos e no estrangeiro e continua a fornecer formação e assistência técnica solicitada pelas comunidades que procuram replicar o modelo CD-CP.

Ao responder de forma imediata, no local, a equipa clínico-policial trabalha em conjunto para: restabelecer a ordem e a estabilização psicológica; avaliar e atender às necessidades básicas das vítimas, incluindo a sua segurança imediata; avaliar o estado de saúde comportamental dos membros da família e fornecer-lhes informações sobre potenciais reações pós-traumáticas, estratégias básicas de redução dos sintomas específicas da fase de desenvolvimento, bem como encaminhamento para cuidados clínicos de acompanhamento. Consideremos a seguinte vinheta clínica.

#### MIKE R.

Mike, de nove anos, testemunhou a morte a tiro de um vizinho adolescente que idolatrava, John. O rapaz mais velho tinha vencido o seu adversário num jogo de basquetebol, sendo que este depois o acusou de fazer batota. Os dois adolescentes envolveram-se numa luta de empurrões, que culminou no adversário de John a sacar de uma arma e dar-lhe dois tiros no peito. John morreu quase de imediato. A seu pedido, Mike e a sua mãe foram inicialmente observados pelo nosso clínico de serviço, imediatamente após a entrevista com a polícia. Na fase aguda da intervenção, o terapeuta convidou o rapaz a fazer desenhos. Sem qualquer sugestão sobre o conteúdo, o rapaz fez imediatamente um desenho atrás do outro, em que o atirador e a arma ficavam cada vez maiores, enquanto o rapaz e o seu amigo adolescente se reduziam a meros pontos na página. Nas semanas que se seguiram, Mike tinha pesadelos frequentes, andava irritado em casa e na escola e envolvia-se cada vez mais em lutas físicas com o irmão mais novo e com os colegas. Antes do tiroteio, Mike

tinha um bom desempenho escolar, e apesar de o pai ter abandonado a família quando o rapaz tinha três anos, a mãe descreveu um historial de desenvolvimento normal. A sua única preocupação era o facto de o filho passar demasiado tempo fora de casa, estando muitas vezes várias horas sozinho ou a ver os rapazes mais velhos a jogar basquetebol nos campos onde tinha ocorrido o tiroteio.

No decurso da psicoterapia duas vezes por semana, que continuou durante oito meses após o tiroteio, os desenhos de Mike e as narrativas que os acompanhavam tornaram-se mais elaborados. Neles, revelava o papel central que John tinha desempenhado na sua vida interior, como a representação mais próxima de um pai pouco recordado e altamente idealizado — forte, competente e interessado nele. Mike descrevia cada vez mais como a atenção de John — que o deixava ir ao campo de basquetebol e ocasionalmente lhe ensinava alguns lançamentos — tinha sido um contraste importante com as queixas da mãe e as preocupações com a sua segurança, que o faziam sentir-se como um bebé.

Neste contexto, Mike regressou repetidamente ao momento em que John foi baleado e ao seu sentimento de descrença e confusão, que depois se transformou em mágoa, raiva e culpa. Ao descrever a imagem recorrente de ver John cair no chão com uma expressão de surpresa, Mike conseguia agora pôr em palavras aquilo que constituía a essência do seu momento traumático: a figura/representação de força e competência, com que tão desesperadamente se identificava, caindo como um bebé indefeso e deixando-o abandonado. Com o reconhecimento da ligação entre o passado e o presente, associada aos seus anseios por um pai e um amigo que o tinham abandonado, Mike e o seu terapeuta puderam começar a dar sentido à irritabilidade e à luta que serviam para restabelecer o poder, expressar raiva e se defender de sentimentos «infantis» indesejados, associados a estes anseios. O mais importante talvez tenha sido a capacidade de Mike reconhecer que o seu comportamento de «durão» refletia o seu desejo de inverter a sua experiência original de traumatização, que, para ele, representava a convergência de perigos internos e externos — de perda, vulnerabilidade e danos corporais, comportamento louco e total desamparo.

A sua perda traumática da sensação de controlo confirmou não só a sua própria sensação de «ser um bebé», mas também destruiu, mais uma vez, a sua necessária idealização de uma figura paterna/masculina poderosa, com a qual se pudesse identificar. Progressivamente, Mike foi sendo alertado para as situações em que sentia que a sua competência era atacada — fossem as brincadeiras dos amigos, as provocações de um irmão mais novo ou as preocupações e expectativas da sua mãe —, que davam origem a contra-ataques zangados. A sua

irritabilidade e as suas lutas diminuíram e acabaram por parar, tal como os pesadelos que o aterrorizavam e lhe roubavam a segurança do sono.

Além das sessões individuais, o terapeuta reunia-se com Mike e a sua mãe. À medida que conseguiam identificar os comportamentos problemáticos como «sintomas» e fontes de batalhas/lutas, Mike podia começar a receber um tipo de apoio muito diferente da sua mãe. Ao conseguir ultrapassar a frustração, as lutas furiosas e a preocupação, a Sra. R. podia agora expressar a Mike quando achava que ele estava a passar um mau bocado e ajudá-lo a lembrar-se de que lutar com os outros não faria desaparecer o aborrecimento com o seu amigo mais velho, nem o faria sentir-se melhor consigo próprio. Por sua vez, Mike sentiu-se menos infantilizado pela mãe e mais capaz de tolerar a sua necessidade genuína de atenção e apoio numa altura em que se sentia tão triste e angustiado. Embora não pudesse controlar o que tinha acontecido ao seu amigo, podia agora orgulhar-se da sua maior capacidade de controlar os sintomas que se seguiram.

### **OS PAIS/CUIDADORES COMO MEDIADORES**

No centro dos conceitos psicanalíticos em relação à infância, está a noção de que, em cada fase do desenvolvimento, o papel primordial dos adultos cuidadores é ajudar as crianças até que elas sejam capazes de confiar nas suas próprias capacidades de mediar e dominar as experiências internas e externas. Tal como a história de Mike ilustra, quando o nível de estimulação e as exigências da realidade ultrapassam as capacidades de mediação da criança, o risco de sobre-estimulação e de angústia é maior, assim como a necessidade de apoio e amortecimento por parte do adulto. Este papel é especialmente crucial quando as crianças são forçadas a lidar com acontecimentos avassaladores e com uma sobre-estimulação que atinge proporções traumáticas, para as quais não têm a maturidade cognitiva nem psicológica necessárias.

A parceria CD-CP respondeu à necessidade de estabilização no momento da crise e de identificação precoce de crianças que necessitavam de cuidados clínicos, e também nos proporcionou oportunidades regulares de observar diretamente as crianças e os pais em todas as fases das reações traumáticas. Estas observações serviram de base ao desenvolvimento do nosso tratamento precoce e peritraumático, Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI), que capitaliza o papel central dos pais como mediadores das capacidades acrescidas de auto-observação das crianças, como fator crítico para alcançar a ordem e o domínio perante a desregulação traumática.

### **CFTSI**

O CFTSI é um modelo de tratamento de 5–8 sessões, de base psicanalítica e desenvolvimental, com eficácia comprovada na redução dos sintomas

de stresse traumático e na redução ou interrupção da PTSD e perturbações relacionadas. Foi desenvolvido especificamente para ser implementado com crianças, adolescentes e seus cuidadores durante o período inicial ou peritraumático de resposta ao trauma, logo após um evento potencialmente traumático ou a recente revelação formal de abuso físico ou sexual (como numa entrevista forense). A CFTSI centra-se, em primeiro lugar, (1) no estabelecimento de um quadro de referência partilhado entre a criança e os pais sobre os fenómenos do trauma e dos sintomas pós-traumáticos; seguido (2) do aumento da capacidade de apreciação desses sintomas pelos pais no contexto das fases de desenvolvimento e da história do desenvolvimento da criança; (3) na maximização das capacidades de auto-observação, tanto da criança como dos pais; (4) no reforço da comunicação entre a criança e o prestador de cuidados sobre os sintomas traumáticos da criança; e finalmente (5) na disponibilização de estratégias para ajudar as crianças e as famílias a dominar as reações traumáticas. Além disso, a CFTSI melhora o rastreio e a avaliação inicial das crianças afetadas pelo stresse traumático, oferecendo uma oportunidade para avaliar as necessidades da criança e introduzindo facilmente o tratamento a longo prazo, quando indicado. Foram também desenvolvidas aplicações de tratamento da CFTSI para crianças de 3 a 6 anos, bem como para crianças recentemente colocadas em famílias de acolhimento.

A CFTSI é uma intervenção que tem por base um manual, acompanhado por um protocolo de treino padronizado, sendo o único tratamento baseado em investigação para a fase inicial das reações pós-traumáticas. Um primeiro ensaio aleatório controlado demonstrou que as crianças que tinham recebido CFTSI, em comparação com as que tinham recebido abordagens de tratamento mais tradicionais, tinham menos 65% de probabilidades de preencher os critérios completos do DSM IV para PTSD e menos 73% de preencher critérios parciais ou completos para PTSD três meses após a conclusão do tratamento. Numerosos estudos posteriores reproduziram estes resultados e demonstraram também, de forma consistente, um aumento significativo do reconhecimento e da comunicação dos sintomas de trauma por parte da criança e dos pais/cuidadores. Normalmente, as crianças envolvidas nestes estudos tinham um historial de trauma extenso antes de serem encaminhadas para o CFTSI. Além disso, os pais/ /cuidadores que participaram na CFTSI também apresentaram uma diminuição clinicamente significativa dos sintomas de stresse pós-traumático.

As crianças são normalmente encaminhadas para o CFTSI pela polícia, pelo pessoal das urgências pediátricas, pelos serviços de proteção de menores, por avaliadores forenses de maus-tratos a crianças

e por prestadores de cuidados de saúde — aqueles que têm o maior contacto precoce com crianças cuja exposição à violência e a outros acontecimentos catastróficos as colocam em maior risco de sofrimento pós-traumático.

Mais de 1500 clínicos de saúde mental nos EUA e na Europa receberam formação em CFTSI, muitos dos quais estão agora a contribuir para um ensaio aberto do modelo que envolve mais de 3500 casos.

Além do desenvolvimento do programa Child Development-Community Policing e em resultado do que aprendemos ao longo dos anos sobre os fenómenos clínicos e as circunstâncias do trauma infantil, o Yale Center for Traumatic Stress and Recovery do Child Study Center desenvolveu a Child and Family Traumatic Stress Intervention (CFTSI) como uma intervenção breve e precoce, que demonstra eficácia na prevenção da PSPT e de perturbações relacionadas em crianças que foram expostas a acontecimentos traumáticos avassaladores, ao mesmo tempo que constitui uma oportunidade para determinar quais destas crianças podem necessitar de tratamento psicoterapêutico a longo prazo. 📄

## REFERÊNCIAS

- Freud, A. (1968). Indications and Contraindications for Child Analysis. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 23(1), 37–46. Doi: 10.1080/00797308.1968.11822948