

ADVERSIDADE NA INFÂNCIA EXPLICA SINTOMAS ACTUAIS EM HOMENS DE MEIA-IDADE

Couto, M. & Maia, A.

Universidade do Minho

RESUMO

Introdução: A investigação mostra que situações de maltrato infantil estão relacionadas com o desenvolvimento de psicopatologia, como PTSD, instabilidade emocional, dificuldades no relacionamento interpessoal, impulsividade, etc.; bem como a um aumento de queixas físicas na idade adulta, a uma percepção de saúde mais negativa e aumento de comportamentos de risco para a saúde. Este estudo procurou averiguar a relação entre cuidados recebidos na infância e sintomas actuais em homens portugueses de meia-idade.

Método: Participantes: 81 homens, com idade média de 57,73 (dp= 3,991), responderam aos seguintes questionários: Questionário Sócio-Demográfico e Clínico, Childhood Trauma Questionnaire, Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático, Brief Symptoms Inventory, Roterdan Symptoms Checklist e Questionário de Hábitos e Estilos de Vida.

Resultados: A análise das correlações mostra que existe uma relação significativa entre as experiências de maltrato na infância, os sintomas físicos e psicológicos, a satisfação e a violência conjugal. As análises de regressão mostram que o abuso e negligência são preditores significativos de psicopatologia, queixas de saúde e ajustamento conjugal actual.

Conclusão: Os resultados vão ao encontro dos resultados da investigação sobre a relação entre cuidados recebidos na família e adaptação na idade adulta, e mostram como este impacto é visível a longo prazo.

INTRODUÇÃO

A exposição a acontecimentos traumáticos ao longo da vida é um factor que contribui para a alteração da percepção que cada indivíduo cria do mundo, de si próprio e dos outros, parecendo afectar consideravelmente o desenvolvimento dos indivíduos a vários níveis: emocional, cognitivo, comportamental e fisiológico (Van der Kolk, 1996).

A investigação realizada nas últimas décadas tem demonstrado a existência de uma associação clara entre a exposição a acontecimentos traumáticos e o subsequente desenvolvimento de sintomas psicológicos clinicamente significativos (Elliot, 1997) e o precipitar ou exacerbar de uma série de condições psiquiátricas, tais como a Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD), Perturbação Depressiva Major, Distímia, outras Perturbações de Ansiedade, nomeadamente Fobia Simples e Fobia Social, Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações de Personalidade (Connor & Butterfield, 2003; Yehuda & McFarlane, 1995, in Moreau & Zisook, 2003), sendo que a exposição prévia a outras situações de trauma, sobretudo na infância, pode aumentar o impacto de traumas futuros (Kulka et al, 1990; Breslau et al, 1999 in Albuquerque, 2003). O desenvolvimento de problemas ou perturbações de ordem afectiva (como a raiva ou a depressão, por exemplo), distorções cognitivas (manifestadas, por exemplo, por sentimentos de culpa, de vergonha e de baixa auto-estima), somatização e dissociação são também frequentemente apontados pela investigação como consequência do confronto com acontecimentos traumáticos. (Elliot, 1997). De acordo com a literatura, é igualmente comum assistir-se a alterações nas características prévias da personalidade. Vários estudos têm sugerido a relação entre experiências de vida adversas e traumáticas na infância e o desenvolvimento de um padrão de comportamento caracterizado por instabilidade emocional, impulsividade marcada (Herman, Perry, Van der Kolk, 1989 in Moreau & Zisook, 2003) e dificuldades no relacionamento interpessoal (Maia, 2004).

Apesar do considerável impacto psicológico da exposição a acontecimentos traumáticos, a investigação tem também demonstrado o impacto que esta exposição tem ao nível dos comportamentos de doença, queixas físicas, na utilização de meios médicos, na morbilidade e mortalidade (Maia, 2004). Estudos realizados demonstram que o confronto com experiências traumáticas está relacionado com um maior índice de problemas de saúde (Connor & Butterfield, 2003) e, conseqüentemente, com uma percepção mais negativa do estado de saúde (Green, Epstein, Krupnick & Rowland,

1997). Ainda de acordo com a investigação, os sujeitos com experiências de vida traumáticas parecem apresentar um maior número de comportamentos de risco para a sua saúde, nomeadamente consumo de substâncias (Brennan & Moos, 1990; Connor & Butterfield, 2003; Maia, 2004) e comportamento sexual de risco (Connor & Butterfield, 2003).

Considerando os dados obtidos a partir de uma revisão da bibliografia actual, este estudo pretende 1) determinar a taxa de exposição a trauma na infância e ao longo da vida numa amostra de homens de meia-idade da população adulta portuguesa, 2) averiguar a relação entre a exposição a situações de trauma na infância e ao longo da vida e o desenvolvimento de sintomas psicológicos e na saúde física e 3) identificar as variáveis clínicas e sociais relacionadas com o desenvolvimento de maior perturbação.

METODOLOGIA

Participantes: 81 sujeitos do sexo masculino, com idades entre os 51 e os 66 anos de idade, que não participaram na guerra colonial. A média de idades é de 57,73 (DP= 3,99). A maioria dos sujeitos (55%) tem um nível de escolaridade baixo, tendo concluído no máximo até 4 anos de escolaridade e 84,6% é casado.

Instrumentos

Questionário Sócio-Demográfico e Clínico (Maia, McIntyre, Pereira, Fernandes, 2001): composto por cinco grupos de questões: a) dados sócio-demográficos; b) dados familiares; c) dados profissionais; d) dados da história passada e e) dados clínicos.

Childhood Trauma Questionnaire – C.T.Q. (Bernstein et al., 1994, adaptação portuguesa de McIntyre & Costa, 2002): avalia a presença de maus-tratos e os cuidados recebidos na infância e adolescência, nomeadamente situações de abuso psicológico, abuso físico e abuso sexual e ainda situações de cuidado.

Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático – E.A.R.A.T. (McIntyre, 1993; McIntyre & Ventura, 1996): avalia os critérios de diagnóstico de PTSD definidos pelo DSM-IV (APA, 1996).

Brief Symptoms Inventory – B.S.I. (Derogatis, 1993; adaptado por Canavarro, 1995): avalia sintomas psicopatológicos em termos de nove dimensões (somatização, obsessões-compulsões, sensibilidade interpessoal, depressão, ansiedade, hostilidade,

ansiedade fóbica, ideação paranóide e psicoticismo) e três índices globais, sendo estas últimas avaliações sumárias de perturbação emocional.

Rotterdam Symptoms Checklist – RSCL (Haes et al. 1990; adaptação de McIntyre & Gameiro, 1998): avalia a intensidade de determinados sintomas físicos e psicológicos, sendo que no nosso estudo foram apenas integrados os itens referentes aos sintomas físicos.

Questionário de Hábitos e Estilos de Vida – Q.H.E.V. (Wardle & Steptoe, 1991; adaptação de McIntyre e Soares, 1995): avalia alguns hábitos de saúde dos participantes, nomeadamente em termos de dieta e hábitos alimentares, abuso de substâncias, práticas de saúde positivas e cuidados preventivos.

Dyadic Adjustment Scale – Revised – DAS-r (versão portuguesa de Pereira, 2003) – avalia o consenso entre o casal, satisfação conjugal e coesão do casal.

Inventário de Comportamentos de Violência Conjugal – I.V.C. (Machado, Matos & Gonçalves, 2001; adaptação de Maia, Fernandes, Pereira e McIntyre, 2004) - inventário que avalia a perpetração de actos de violência com o cônjuge / companheiro actual e em relações anteriores, bem como a frequência desses mesmos comportamentos.

Lista de Acontecimentos de Vida – L.A.V. (versão portuguesa de Maia e Fernandes, 2002) - *checklist* de diferentes acontecimentos de vida potencialmente traumáticos, que podem ter acontecido directa ou indirectamente ao longo da vida.

NEO – Five Factor Inventory – NEO-FFI (Costa & McCrae, 1989, adaptado por Lima & Simões, 2000) - trata-se de uma versão reduzida do NEO-PI-R (Lima & Simões, 1995), e visa também avaliar cinco domínios da personalidade: neuroticismo, extroversão, abertura à experiência, conscienciosidade e amabilidade.

RESULTADOS

Análise Descritiva

Adversidade na infância: verificou-se que, ao nível do abuso psicológico, 21 dos sujeitos (25,9%) referem que até aos 15 anos de idade alguém da família berrou e gritou com eles e 7 (8,7%) referem que até aos 15 anos de idade as pessoas da família

disseram-lhe coisas que os humilharam. No que respeita ao abuso físico, apenas 3 sujeitos (3,7%) referem que até aos 15 anos de idade foram batidos com tanta força que ficaram com pisaduras ou marcas, 4 (5,1%) referem que os castigos recebidos até aos 15 anos foram cruéis e apenas 2 (2,4%) referem que até aos 15 anos foram castigados com um cinto, uma tábua, corda ou algum objecto duro. Em relação ao abuso sexual, a maioria dos participantes (n=76; 98,7%) acreditam que não foram abusados sexualmente até aos 15 anos. Por fim, relativamente às situações de cuidado na infância, a maioria dos sujeitos (n=45; 55,6%) até aos 15 anos considera que tinha alimentação suficiente, 41 sujeitos (50,6%) consideram que até aos 15 anos tinham a roupa necessária e apenas 18 sujeitos (22,2%), referem ter recebido apoio e acompanhamento escolar muitas vezes em casa até aos 15 anos de idade.

Adversidade ao longo da vida: A análise da adversidade ao longo da vida incluiu a observação e a vivência de experiências traumáticas, considerando os resultados obtidos no L.A.V e parte dos resultados obtidos no E.A.R.A.T. Verificámos que num total de 71 sujeitos apenas 12 (16,9%) referem que nenhum dos acontecimentos potencialmente traumáticos apresentados se aplica à sua experiência de vida, sendo que os acontecimentos de vida mais frequentemente relatados pelos sujeitos como tendo acontecido foram: acidente num transporte (28,2%), ocorrência de uma experiência traumática, como por exemplo, ferimentos graves, ou outra experiência que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros (15%), doença ou ferimento que ameaçou a vida (14,3%), exposição a substâncias tóxicas (6,3%) e sofrimento humano intenso (6,4%). No entanto, os resultados obtidos a partir da análise do E.A.R.A.T., no qual os sujeitos são directamente inquiridos acerca do facto de alguma vez terem tido alguma experiência traumática, revelam que a maioria dos sujeitos (n=57; 71,3%) refere nunca ter tido uma experiência traumática. Apenas 23 sujeitos (28,8%) responderam afirmativamente, sendo que as experiências traumáticas vivenciadas mais relatadas foram: acidentes de viação (n=7; 30,6%), morte de familiar (n=4; 17,4%) e problema de saúde grave (n=4; 17,4%).

Sintomas psicológicos actuais: Os resultados obtidos revelam que, em termos dos sintomas de PTSD, as dificuldades em adormecer (23,1%) e a hipervigilância (22,8%) são dos sintomas mais relatados pelos sujeitos, pertencendo ambos ao grupo de sintomas de activação. Seguem-se os sintomas como ficar perturbado com algo parecido à experiência traumática (19,4%), evitar pensamentos associados à experiência (16,2%),

evitar actividades que fazem lembrar a experiência (15,1%) e sentir-se nervoso face a barulhos fortes ou inesperados (13,8%). No entanto, apenas 3 sujeitos (4,3%) parecem cumprir os critérios de diagnóstico definidos pelo DSM-IV (APA, 1996).

Doenças actuais e queixas físicas: Os resultados demonstram que 29 sujeitos (36,3%) relatam a ausência de doença. A maioria dos sujeitos (n=46, 57,5%) refere ter entre uma a duas doenças, sendo que as doenças cardiovasculares são as mais frequentes, relatadas por 25 (30,9%) dos participantes. As queixas físicas mais comuns incluem cansaço (n=68; 83,9%), dores musculares ou músculos doridos (n=62; 76,6%) e dores nas costas (n=49; 60,6%).

Comportamentos de risco para a saúde: A maioria dos participantes não apresenta comportamentos de risco em termos de dieta alimentar. Quanto ao consumo de substâncias, nomeadamente de café, álcool e tabaco, os dados revelam que apenas 16 sujeitos (20%) consomem 3 ou mais chávenas de café por dia, 27 sujeitos (34,6%) bebeu mais do que 1 copo de vinho fora das refeições, sendo que 11,3% fê-lo para aliviar algum desconforto ou mal-estar. Apenas 20% dos participantes considera que tem um problema em beber em demasia. A maioria dos sujeitos (n=65; 81,2%) não fumou qualquer cigarro e 23 (28,4%) não praticaram qualquer exercício físico na última semana.

Funcionamento familiar: Os resultados revelam uma média de satisfação com o ajustamento conjugal de 47,41 (DP=7,61). A maioria dos participantes (n=50; 87,7%) refere que nunca perpetró actos de violência conjugal na relação actual. Apenas 7 (12,3%) assumem que já o fizeram.

Análise Inferencial

A realização de uma correlação de Spearman entre as diferentes variáveis do estudo permitiu obter os seguintes resultados que se podem observar no quadro I.

Quadro I - Resultado da correlação de Spearman entre as diferentes variáveis

	I	II
I. Adversidade na infância		
II. Adversidade ao longo da vida	,285*	
III. Sintomas de PTSD	,109	,249
IV. Índice geral de sintomas	,490**	,424**
V. Queixas físicas (RSCL)	,415**	,350**
VI. Doenças actuais	,311**	,197
VII. Comportamentos de risco para a saúde (QHEV)	,280*	,118
VIII. Ajustamento conjugal	-,358**	-,210
IX. Índice violência conjugal	,030	,085
X. Neuroticismo	,365**	,221

* p < .05 ** p < .01

Tal como é possível verificar, a adversidade na infância relaciona-se de forma positiva com a adversidade ao longo da vida, o índice geral de sintomas, queixas físicas, o total de doenças actualmente relatadas, a adopção de comportamentos de risco para a saúde e a dimensão da personalidade *neuroticismo*. Por outro lado, está relacionada de forma negativa com o ajustamento conjugal. A adversidade ao longo da vida está relacionada de forma positiva com a adversidade na infância, o índice geral de sintomas e as queixas físicas, sendo de salientar uma relação altamente significativa com estas duas últimas variáveis.

A realização de uma regressão linear hierárquica, usando o método Enter, e considerando num primeiro bloco a adversidade na infância e, num segundo bloco a adversidade ao longo da vida, permitiu obter os resultados apresentados no quadro II.

Quadro II - Resultado da regressão linear hierárquica para análise da adversidade como variável preditora

	Adversidade na infância				Adversidade ao longo da vida			
	R ²	R ² ajustado	Beta	F	R ²	R ² ajustado	Beta	F
Sintomas de PTSD	,007	-,012	,082	,355	,046	,010	,203	1,259
Sintomas psicopatológicos (BSI)	,217	,204	,466	16,916*	,271	,247	,239	11,166*
Queixas físicas (RSCL)	,154	,140	,393	11,294*	,170	,143	,129	6,240
Doenças actuais	,105	,090	,324	7,152**	,108	,078	,057	3,634

Comportamentos de risco para a saúde	,099	,084	,314	6,468*	,116	,085	,133	3,792
Ajustamento conjugal	,114	,095	-	6,275*	,114	,077	-,009	3,076
Índice de violência conjugal	,001	-,022	,337	,045	,002	-,045	-,026	,036
Neuroticismo	,115	,100	,338	7,893**	,121	,092	,085	4,145

* p < .05 **p < .01 ***p = .000

Tal como se pode constatar este modelo não se revelou significativo para o desenvolvimento de sintomas de PTSD, nem para o índice de violência conjugal. No entanto, revelou-se totalmente significativo para o índice geral de sintomas, ou seja, para o total de sintomas psicopatológicos actuais, avaliados pelo BSI. De facto, verifica-se que este modelo explica cerca de 25% da variância dos sintomas psicopatológicos. Ainda de acordo com os dados apresentados no quadro II, quando consideramos as variáveis queixas físicas, total de doenças relatadas e os comportamentos de risco para a saúde como variáveis a prever, verificámos que a variável adversidade ao longo da vida não parece acrescentar qualquer valor significativo à variável adversidade na infância que, por sua vez, parece assumir-se como uma variável preditora das queixas físicas, total de doenças actuais e comportamentos de risco para a saúde. De facto, a adversidade na infância parece explicar 14% da variância das queixas físicas, cerca de 9% do total de doenças actuais e cerca de 8% dos comportamentos de risco para a saúde. De acordo com os dados apresentados, a adversidade na infância será a única variável do total de adversidade a dar um contributo significativo para o ajustamento conjugal, explicando cerca de 10% da sua variância. O facto de beta apresentar valores negativos, sugere que uma maior adversidade na infância se relaciona com menor ajustamento conjugal. Por fim, apenas a adversidade na infância parece dar um contributo significativo para o neuroticismo, explicando cerca de 10% da sua variância.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

O impacto psicológico e na saúde física do trauma e de acontecimentos de vida stressantes ou adversos é algo já amplamente explorado e demonstrado na literatura (Connor & Butterfield, 2003; Elliott, 1997; Green, Epstein, Krupnick & Rowland, 1997; Jang, Stein, Taylor, Asmundson & Livesley, 2003; King, King, Faibank, Keane & Adams, 1998; Maia, 2004; Moreau & Zisook, 2003; Norris, 1992). No nosso estudo verificámos a ocorrência de um número considerável de experiências adversas na

infância e ao longo da vida, associado a uma prevalência, suficientemente significativa, de psicopatologia capaz de interferir no funcionamento pessoal, social, conjugal e de saúde dos indivíduos, no entanto, convém salientar que a exposição prévia a outras situações de trauma, sobretudo na infância, pode aumentar o impacto de traumas futuros (Kulka et al., 1990 & Breslau et al., 1999 in Albuquerque, 2003; Norris, 1992). De facto, os resultados obtidos demonstram que a adversidade na infância assume um papel principal, enquanto variável preditora, explicando nalguns casos uma parte muito significativa do número de queixas físicas, o total de doenças actuais, o índice de comportamentos de risco para a saúde, o ajustamento conjugal e a dimensão da personalidade *neuroticismo*.

Muito embora a maioria dos resultados obtidos no nosso estudo esteja de algum modo de acordo com os resultados obtidos noutras investigações, não poderíamos, mesmo assim, deixar de referir algumas limitações. É certo que existe toda uma série de factores de risco que não foi possível contemplar no âmbito deste estudo, no entanto, parece-nos que existirão dois factores cuja abordagem seria pertinente e os quais certamente consideraremos em investigações futuras: o suporte social, enquanto principal preditor de resiliência e de adaptação e os estilos de coping.

Por fim, e considerando a intervenção propriamente dita, os resultados obtidos alertam-nos para a necessidade de atendermos e compreendermos o impacto social e na comunidade da adversidade no funcionamento dos indivíduos. De facto, as alterações no funcionamento social, laboral e conjugal são consideráveis, às quais se associam os elevados custos resultantes da necessidade de procura dos recursos de saúde, sobretudo quando consideramos outras condições como termo de comparação.

BIBLIOGRAFIA

- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., e Alves, C. (2003). Perturbação Pós-Traumática de Stress (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- Association, American Psychiatric (1996). *DSM –IV Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4.ª edição)*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Brennan, P. & Moos, R. (1990). Life Stressors, Social Resources and Late-Life Problem Drinking. *Psychology and Aging*, Vol. 5, N.º 4, 491-501.

- Breslau, N. (1998). Epidemiology of Trauma and Posttraumatic Stress Disorder. In Yehuda, R. (Ed.). *Psychological Trauma*, 1, 1-27. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI. In M.R. Simões, M. Gonçalves, L.S. Almeida (Eds). *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*, vol. II, pp. 87-109. Braga: SHO / APPORT.
- Connor, M.D & Butterfield, M.P.H. (2003). Posttraumatic Stress Disorder. *Focus – The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 3, 247-262
- Elliott, D.M. (1997). Traumatic Events: Prevalence and Delayed Recall in the General Population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 65, N. 5, 811-820.
- Green, B.L., Epstein, S.A., Krupnick, J.L. & Rowland, J.H. (1997). Trauma and Medical Illness: Assessing Trauma-Related Disorders in Medical Settings. In Wilson, J.P. & Keane, T.M. (Eds). *Assessing Psychological Trauma* (pp 160-191). New York: Guilford Press.
- Jang, K.L., Stein, M.B., Taylor, S., Asmundson, G.J. & Livesley, W.J. (2003). Exposure to traumatic events and experiences: aetiological relationships with personality function. *Psychiatric Research*, 120, 61-69.
- King, L.A., King, D.F., Keane, J., Adams, T. & Gary, A. (1998). Resilience – recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans hardiness, post war social support and additional stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 420-434.
- Maia, A. (2004). Trauma, PTSD e Saúde. *Congresso Internacional sobre Stress Pós-Traumático: modelos, abordagens e práticas*. Leiria: ADFa.
- Moreau, M.D. & Zisook, M.D. (2003). Rationale for a Posttraumatic Stress Spectrum Disorder. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, Vol. 1, 3, 265-272

Norris, Fran H. (1992). Epidemiology of Trauma: Frequency and Impact of Different Potentially Traumatic Events on Different Demographic Groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 60, 3, 409-418

Van Der Kolk, B.& McFarlane, A. (1996). The Black Hole of Trauma. In Van der Kolk, B., McFarlane, A. & Weisaeth, L. (eds). *Traumatic Stress: the effects of Overwhelming experience on mind, body and society*. (pp.3-23). New York: Guilford Press.