



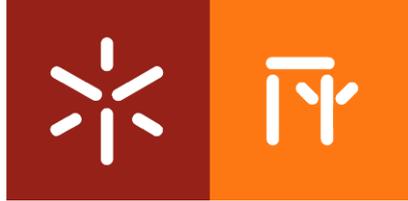
Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Carla Susana Abreu Pedras

**Variáveis de Saúde, Familiares e de
Psicopatologia em Filhos de Veteranos
da Guerra Colonial Portuguesa**

Julho de 2009



Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia

Carla Susana Abreu Pedras

**Variáveis de Saúde, Familiares e de
Psicopatologia em Filhos de Veteranos
da Guerra Colonial Portuguesa**

Tese de Mestrado em Psicologia

Área de Especialização em Psicologia da Saúde

Trabalho efectuado sob a orientação da

Professora Doutora Maria da Graça Pereira Alves

Julho de 2009

É AUTORIZADA A REPRODUÇÃO PARCIAL DESTA TESE, APENAS PARA EFEITOS DE INVESTIGAÇÃO, MEDIANTE DECLARAÇÃO ESCRITA DO INTERESSADO, QUE A TAL SE COMPROMETE

Universidade do Minho, ___/___/_____

Assinatura: _____

AGRADECIMENTOS

Dirijo um agradecimento muito sincero:

À Professora Doutora Maria da Graça Pereira, pela orientação deste trabalho, pelo rigor, seriedade, empenho e interesse demonstrado. Pela paciência, ajuda preciosa, apoio e pela confiança que sempre depositou em mim. A sua colaboração preciosa permitiu-me vivenciar uma das experiências mais enriquecedoras da minha vida.

Ao Presidente da Associação Portuguesa dos Veteranos de Guerra, pela disponibilização de todos os recursos necessários para a realização deste estudo.

Aos Veteranos e seus filhos, pela disponibilidade demonstrada, por terem participado neste estudo e aceitado partilhar os seus problemas, emoções e sentimentos.

Ao João, pelas palavras de encorajamento, pelo apoio incondicional, carinho e admiração que me transmitiu em todo o percurso. Agradeço-lhe também a sua imensa compreensão pelas minhas ausências... Sem a sua presença, este trabalho teria sido muito mais penoso.

À minha família, a quem privei o meu apoio e atenção nos meus momentos de ausência, por vezes difíceis de compreender...

À Mila e à Fátima pela ajuda técnica preciosa e pelo tempo que generosamente me dedicaram em momentos de aflição.

Às minhas amigas, mas principalmente à Carmo, à Carla, à Catarina e à Jónia, que sempre se mostraram disponíveis para me ajudar, bem como me tranquilizavam e encorajavam em momentos de cansaço e angústia. Sem a presença delas este trabalho não teria sido possível...

Por fim, agradeço a todos os que de uma forma directa ou indirecta me apoiaram e àqueles que aqui não nomeei, mas que contribuíram para execução deste trabalho. Que todos se revejam nesta “soma das partes”

RESUMO

Este estudo tem como finalidade estudar a Perturbação Secundária de Stress Traumático (*STSD*) em filhos de Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa. A amostra inclui 80 filhos adultos. Trata-se de um estudo correlacional e transversal.

Os instrumentos utilizados foram: “*Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI)*”, Versão de Investigação de Pereira e Pedras (2008); “*Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático Secundário*” (EARAT), de McIntyre (1997); “*Brief Symptoms Checklist*” (BSI), Versão Adaptada Canavarro (1999); “*Health Symptoms Checklist*” (HSC), Versão de Investigação de Pereira e Pedras (2008); “*Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale*” (FACES III), Versão Portuguesa de Curral e colaboradores (1999); “*Questionário de Estilo de Vida*” (QEV), Versão de Investigação de Pereira e Pedras (2008).

Os resultados revelam que 27.50% da amostra apresenta *STSD*. A *Sintomatologia Traumática* relaciona-se de forma positiva com: Psicopatologia (IGS e subescalas), Vivências Familiares Negativas na Infância e Sintomatologia Física e de forma negativa com o Estilo de Vida. O *STSD* relaciona-se com a psicopatologia, sintomatologia física e de forma negativa com o estilo de vida.

Encontramos diferenças entre o grupo de filhos com e sem o diagnóstico de *STSD* e com e sem *Sintomatologia Traumática*, ao nível das Vivências Familiares, Psicopatologia, Sintomatologia Física e Funcionamento Familiar. Em ambos os grupos, não se verificaram diferenças ao nível do estilo de vida.

Da análise das variáveis predictoras, verificamos que a Sintomatologia Física e as Vivências Familiares na Infância são predictoras da Sintomatologia Traumática, explicando cerca de 44 e 11% da variância respectivamente. A Psicopatologia e a Sintomatologia Traumática são os predictores da Sintomatologia Física, explicando cerca de 66 e 5% da variância respectivamente. O Funcionamento Familiar (adaptabilidade) apresentou-se como variável mediadora da relação entre Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida.

Relativamente às análises exploratórias, verificamos diferenças nas vivências familiares em função do género, idade e acompanhamento psicológico; na sintomatologia física, em função das habilitações literárias e acompanhamento psicológico e na sintomatologia traumática em função do acompanhamento psicológico.

Os resultados revelam a importância da intervenção com esta população ao nível da sintomatologia traumática e da sintomatologia física em particular.

ABSTRACT

This study aims to investigate the Secondary Traumatic Stress Disorder (STSD) in adult children of veterans of the Portuguese Colonial War. The sample comprises 80 adult children. This is a correlational and cross-sectional study.

The instruments used were: “*Questionário de Vivências Familiares na Infância*” (QVFI), Research Version of Pereira and Pedras (2008); “*Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático Secundário*” (EARAT), McIntyre (1997); “*Brief Symptoms Checklist*” (BSI), Portuguese version of Canavarro (1999); “*Health Symptoms Checklist*” (HSC), Research Version of Pereira and Pedras (2008); “*Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale*” (FACES III), Portuguese version of Curral et al., (1999); “*Questionário de Estilo de Vida*” (QEV), Research Version of Pereira and Pedras (2008).

The results showed that 27.5% of the sample have STSD. Traumatic Symptomatology is positively associated with: Psychopathology (IGS and subscales), Negative Family Experiences in Childhood and Physical Symptomatology, and negatively with Lifestyle. STSD is positively related to Psychopathology and Physical Symptomatology and negatively with Lifestyle.

Differences were found between the group with and without the diagnosis of STSD and with and without Traumatic Symptomatology, on Family Experiences, Psychopathology, Family Functioning and Physical Symptoms. In both groups, there were no differences on lifestyle.

In terms of predictors, Physical Symptomatology and Family Experiences in Childhood were the predictors of Traumatic Symptomatology, explaining 44% and 11% of the variance respectively. Psychopathology and Traumatic Symptomatology were the predictors of Physical Symptomatology, explaining about 66% and 5% of the variance respectively. Family Functioning (adaptability) was found to be a mediator in the relationship between Traumatic Symptomatology and Lifestyle.

In terms of exploratory analysis, differences were found on family experiences by gender, age and psychological support. We also found differences on Physical Symptomatology according to educational background and psychological support and finally on Traumatic Symptomatology according to psychological support.

The results show the importance of designing interventions for this population particularly on traumatic Symptomatology and Traumatology and Physical Symptomatology.

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	iii
RESUMO.....	iv
ABSTRACT.....	v
ÍNDICE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE TABELAS.....	xii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	xiii
ÍNDICE QUADROS.....	xiv
INTRODUÇÃO.....	17
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	19
Capítulo 1	
Exposição à Guerra: A Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD)	20
1.1. Exposição Directa e Indirecta ao Trauma: A Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD) e a Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD)	20
1.1.1. Percurso Histórico do PTSD ao STSD.....	21
1.1.2. Epidemiologia do PTSD e STSD na população dos Veteranos de Guerra	26
1.2. Exposição Indirecta ao Trauma: A Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) na Família dos Veteranos de Guerra.....	28
1.2.1. Modelo Geral de Transmissão do Trauma.....	28
1.2.1.1. Mecanismos de Transmissão do Trauma no Sistema Familiar	30
1.2.1.2. Mecanismos de Transmissão do Trauma no Sistema Conjugal	31
1.2.1.3. Mecanismos de Transmissão do Trauma de Pais para Filhos	35
1.2.1.3.1. A Transmissão Intergeracional do Trauma	44
Capítulo 2	
Funcionamento Familiar em Famílias com Veteranos de Guerra	48
2.1. Impacto do PTSD no Funcionamento Familiar	49
2.1.1. O Stress Traumático numa Perspectiva Sistémica: Impacto do trauma na família	49
2.1.2. Famílias de Veteranos de Guerra	52

Capítulo 3

Psicopatologia em Famílias com Veteranos de Guerra	62
3.1. Psicopatologia e PTSD em Veteranos de Guerra	63
3.1.1. Impacto da Psicopatologia e Doença Mental dos Progenitores nos Filhos	66
3.2. Características Psicopatológicas nos Filhos de Veteranos de Guerra	68

Capítulo 4

Sintomatologia Física em Famílias de Veteranos de Guerra	74
4.1. Impacto do Trauma na Saúde Física	75
4.1.1. Exposição ao Trauma, PTSD e Sintomatologia Física	75
4.1.1.1. Exposição ao Trauma, PTSD e Queixas de Saúde	75
4.1.1.2. Exposição ao Trauma, PTSD e Diagnóstico de Doença.....	80
4.1.2. Exposição ao Trauma, PTSD e Utilização dos Serviços de Saúde	81
4.1.3. Exposição ao Trauma, PTSD e Mortalidade	82
4.2. Sintomatologia Física e STSD	83

Capítulo 5

Estilo de Vida em Famílias de Veteranos de Guerra	86
5.1. Estilo de Vida e PTSD	87
5.1.1. Exposição ao Trauma, PTSD e Comportamentos de Risco	88
5.1.2. Estilo de Vida nos Filhos dos Veteranos de Guerra	96

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

97

Capítulo 6

Metodologia	98
6.1. Definição dos Objectivos	99
6.1.1. Questões de Investigação e Hipóteses	100
6.2. Design Estudo	101
6.3. Variáveis Estudadas	102
6.3.1. Variáveis Sócio-Demográficas e Clínicas	102
6.3.2. Variáveis Psicológicas	102
6.4. Procedimento da Recolha de Dados	103
6.5. Instrumentos de Avaliação e Estudos de Fidelidade	103
6.5.1. Descrição dos Instrumentos	104

6.5.1.1. Questionário Sócio-Demográfico e Clínico	104
6.5.1.2. Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI)	104
6.5.1.3. Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT)	106
6.5.1.4. Brief Symptom Inventory (BSI)	110
6.5.1.5. Health Symptom Checklist (HSC)	120
6.5.1.6. Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III)	123
6.5.1.7. Questionário de Estilo de Vida (QEV)	127
6.6. Procedimento Estatísticos	129
PARTE III – RESULTADOS	131
Capítulo 7	
Apresentação dos Resultados	132
7.1. Caracterização da Amostra	133
7.1.1. Caracterização Sócio-Demográfica da Amostra	133
7.1.2. Caracterização Clínica da Amostra	134
7.1.3. Caracterização das Variáveis Psicológicas	135
7.1.3.1. Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVF).....	135
7.1.3.2. Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT).....	136
7.1.3.3. Brief Symptoms Inventory (BSI)	137
7.1.3.4. Health Symptoms Checklist (HSC)	138
7.1.3.5. Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III)	139
7.1.3.6. Questionário de Estilo de Vida (QEV).....	139
7.2. Resultados dos Testes de Hipóteses	140
7.2.1. Hipótese 1	140
7.2.2. Hipótese 2	147
7.2.3. Hipótese 3	151
7.2.4. Hipótese 4	154
7.3. Resultados das Análises Exploratórias	157
7.3.1. Diferenças de Género nas Variáveis Psicológicas	157
7.3.2. Diferenças de Idade nas Variáveis Psicológicas	158

7.3.3. Diferenças ao nível da variável “Com quem vivem” nas Variáveis Psicológicas.....	159
7.3.4. Diferenças de Estado Civil nas Variáveis Psicológicas	159
7.3.5. Diferenças de Habilitações Literárias nas Variáveis Psicológicas	159
7.3.6. Diferenças ao nível do Acompanhamento Psicológico e/ou Psiquiátrico nas Variáveis Psicológicas	160
7.3.7. Diferenças ao nível da Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) nas Variáveis Clínicas	161

Capítulo 8

Discussão dos Resultados	162
8.1. Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica da Amostra	163
8.2. Caracterização das Variáveis Psicológicas	165
8.2.1. Vivências Familiares da Infância (QVF).....	165
8.2.2. Perturbação Secundária de Stress Traumático (EARAT)	166
8.2.3. Psicopatologia (BSI)	168
8.2.4. Sintomatologia Física (HSC)	168
8.2.5. Funcionamento Familiar (FACES III)	170
8.2.6. Estilo de Vida (QEV).....	171
8.3. Teste de Hipóteses	172
8.3.1. Hipótese 1	172
8.3.2. Hipótese 2	178
8.3.3. Hipótese 3	181
8.3.4. Hipótese 4	182
8.4. Análises Exploratórias	183
8.4.1. Diferenças de Género em função das Variáveis Psicológicas	183
8.4.2. Diferenças de Idade em função das Variáveis Psicológicas	184
8.4.3. Diferenças ao nível da Variável “Com quem Vivem”em função das Variáveis Psicológicas	184
8.4.4. Diferenças de Estado Civil em função das Variáveis Psicológicas	185
8.4.5. Diferenças de Habilitações Literárias em função das Variáveis Psicológicas	185
8.4.6. Diferenças ao nível do Acompanhamento Psicológico e/ou Psiquiátrico em função das Variáveis Psicológicas	186

8.4.7. Diferenças ao nível da Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) nas Variáveis Clínicas	188
8.5. Limitações do Estudo	188
Capítulo 9	
Conclusões	189
9.1. Conclusões	190
9.2. Implicações dos Resultados	192
9.2.1. Investigação Futura	192
9.2.2. Prática e Treino dos Profissionais de Saúde	193
Referências	195
Anexos	232

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Modelo de Stress por Compaixão	29
Figura 2- Modelo da Fadiga por Compaixão	30
Figura 3 - A influência das Experiências Adversas na Infância ao longo da vida	82
Figura 4: Mediação da Adaptabilidade Familiar entre a Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida	154
Figura 5: Mediação da Coesão Familiar entre Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida	156

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela -1 Sintomas de PTSD e STSD24

Tabela -2 Diferenças Gerais entre o Stress Normativo e o Traumático52

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Vivências Familiares na Infância	136
Gráfico 2 – Perturbação Secundária de Stress Traumático	136
Gráfico 3 - Perturbação Emocional (BSI >1.7)	138
Gráfico 4 - Sintomas Físicos	138
Gráfico 5 - Tipo de Família	139
Gráfico 6 - Comportamentos de Estilo de Vida Saudável	140

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Questionário de Vivências Familiares na Infância	106
Quadro 2: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala Revivência da EARAT	109
Quadro 3: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala Evitamento da EARAT.....	109
Quadro 4: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala Hipervigilância	110
Quadro 5: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Brief Symptoms Inventory (BSI)	114
Quadro 6: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Sub-escala Somatização (BSI)	116
Quadro 7: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Sub-escala Depressão (BSI)	116
Quadro 8: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Sub-escala Hostilidade (BSI)	117
Quadro 9: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Sub-escala Ansiedade (BSI)	117
Quadro 10: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Sub-escala Ansiedade Fóbica (BSI)	118
Quadro 11: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Sub-escala Psicoticismo (BSI)	118
Quadro 12: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Sub-escala Ideação Paranoide (BSI)	119
Quadro 13: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Sub-escala Obsessão-Compulsão (BSI)	119
Quadro 14: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Sub-escala Sensibilidade Interpessoal (BSI)	120
Quadro 15: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Health	

Symptom Checklist (HSC)	122
Quadro 16: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala	
Adaptabilidade (FACES)	126
Quadro 17: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala	
Coesão (FACES)	126
Quadro 18: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Questionário	
de Estilo de Vida (QEV)	128
Quadro 19: Caracterização Sócio-demográfica da Amostra	133
Quadro 20: Caracterização da Amostra em função dos Familiares com quem vive.....	134
Quadro 21: Caracterização da Amostra segundo as Variáveis Clínicas	135
Quadro 22: Sintomas Psicopatológicos nas Escalas do BSI na Amostra	137
Quadro 23: Tipo de Família na nossa amostra e em função do Diagnóstico de	
STSD.....	139
Quadro 24: Teste Qui-Quadrado (X^2) para a variável diagnóstico PTSD no Pai	
e diagnóstico STSD no Filho	141
Quadro 25: Correlação de Pearson para as variáveis Sintomatologia Traumática (STSD	
total e subescalas), BSI (IGS e subescalas) e Vivências Familiares nos filhos com Sintomatologia	
de STSD (n=53)	142
Quadro 26: Correlação de Spearman entre Psicopatologia (IGS e subescalas) e Vivências	
Familiares na Infância nos filhos com Diagnóstico de STSD (N=22)	143
Quadro 27: Correlação de Pearson para as Variáveis Sintomatologia Traumática (STSD	
Total e subescalas), Sintomatologia Física (HSC) e Estilo de Vida (QEV) nos filhos com	
Sintomatologia de STSD (=53).....	144
Quadro 28: Correlação de Spearman para as Variáveis Sintomatologia Traumática (Total	
e subescalas), Sintomas Físicos e Estilo de Vida nos filhos com Diagnóstico de	
STSD (N=22).....	145
Quadro 29: Resultados do Teste M-W relativamente às Variáveis Vivências Familiares	
(QVF), Psicopatologia (IGS e subescalas), Sintomatologia, Física (HSC), Funcionamento Familiar	
(FACES coesão e adaptabilidade) e Estilo de Vida (QEV) (n=53).....	148
Quadro 30: Resultados do Teste M-W relativamente às Variáveis Vivências Familiares	
(QVF), Psicopatologia (IGS e sub-escalas), Sintomatologia, Física (HSC), Funcionamento Familiar	
(FACES coesão e adaptabilidade) e Estilo de Vida (QEV) (n=80).....	150

Quadro 31: Variáveis Predictoras de Sintomatologia Traumática nos Filhos (Método Enter)(n=53).....	151
Quadro 32: Variáveis Predictoras de Sintomatologia Traumática nos Filhos (Método Stepwise) (n=53).....	152
Quadro 33: Variáveis Predictoras da Sintomatologia Física nos Filhos (Método Enter) (n=53).....	153
Quadro 34: Variáveis Predictoras da Sintomatologia Física nos Filhos (Método Stepwise) (n=53)	153
Quadro 35: Análise dos Efeitos da Mediação entre a Adaptabilidade Familiar e a Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida (n=53)	155
Quadro 36: Análise dos Efeitos da Mediação entre a Coesão Familiar e a Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida (n=53).....	156
Quadro 37: Resultados Significativos do Teste Manova em função das Diferenças de Género nas Variáveis Psicológicas	158
Quadro 38: Resultados Significativos do Teste Kruskal-Wallis em função da Idade nas Variáveis Psicológicas	158
Quadro 39: Resultados Significativos do Teste Mann-Whitney em função da variável “Com quem vivem” nas Variáveis Psicológicas	159
Quadro 40: Resultados Significativos do Teste Mann-Whitney em função do Estado Civil nas Variáveis Psicológicas	159
Quadro 41: Resultados Significativos do Teste Kruskal-Wallis em função das Diferenças das Habilitações Literárias nas Variáveis Psicológicas	160
Quadro 42: Resultados Significativos do Teste Mann-Whitney em função dos Filhos que se encontram em Acompanhamento Psicológico e/ou Psiquiátrico nas Variáveis Psicológicas.....	161

INTRODUÇÃO

A *Perturbação de Stress Pós Traumático* figura no Manual de Diagnóstico e Doenças Mentais, da Associação de Psiquiatria Americana, desde 1980 (Vaz Serra, 2003) e, a partir dessa data, as manifestações de stress manifestadas pelos militares após o cumprimento do serviço militar foram entendidas com maior rigor científico e acompanhamento médico e psiquiátrico. O PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) é um quadro clínico complexo caracterizado por três grupos de sintomas, os sintomas de revivência persistente do trauma, os sintomas de evitamento e os sintomas de hiperactivação (ou activação aumentada) (APA, DSM-IV-R, 2002). Na quarta edição do DSM passou a figurar no critério A que “a pessoa foi exposta a um acontecimento traumático (1) a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou ameaça à integridade física do próprio ou de outro” (pp.468), sendo considerado um acontecimento traumático o tomar conhecimento da morte violenta ou inesperada de alguém, ou da ameaça de morte vivida por um familiar ou amigo íntimo (Vaz Serra, 2003).

A ideia de que o trauma pode ser experienciado de uma forma indirecta sem que exista uma exposição directa à situação é relativamente recente. O trauma e os seus sintomas para além de afectar o indivíduo que o vivenciou directamente, afecta também todos aqueles que com ele estabelecem relações significativas e lhe são de grande proximidade (Pereira, 2003). O termo *Perturbação Secundária de Stress Traumático* (Figley, 1998), tem sido usado para descrever os efeitos nos filhos (Rosenheck & Nathan, 1985) e no parceiro conjugal (Matsakis, 1996) de indivíduos com perturbação de stress pós traumático.

Em Portugal, estima-se que cerca de um milhão de jovens portugueses cumpriram o serviço militar obrigatório, em 1961 e 1975, nas províncias de Angola, Guiné e Moçambique, na chamada Guerra Colonial. Albuquerque (1992) estimou, tendo como referência os dados encontrados em veteranos da guerra do Vietname, que existam em Portugal cerca de 140 mil veteranos com perturbações psicológicas crónicas diversas. Maia, McIntyre, Pereira e Fernandes (2006), num estudo levado a cabo com 350 veteranos, verificaram que 39% dos veteranos apresentavam PTSD, tal como Pereira, Lopes e Pedras (2008) que encontraram uma prevalência de 45% numa amostra de 180 veteranos.

Tendo em conta os números da perturbação de stress pós traumático nos veteranos da Guerra Colonial, coloca-se a questão de como estarão as suas famílias, em particular os filhos.

Os estudos indicam que as mulheres dos veteranos de guerra podem apresentar sintomas semelhantes à perturbação de stress pós traumático como flashbacks e sonhos relacionados com a experiência de guerra do veterano (Williams, 1980; Solomon, Waysman, Levy, Fried, Mikulincer, Benbenishty, Florian & Bleich, 1992a; Maltas & Shay, 1995; Mason, 1995; Nelson & Wriqth, 1996; Matsakis, 1996; Maloney, 1988; Pereira, 2003), apresentam elevados níveis de psicopatologia (Solomon, et al., 1992a) e sofrem de exaustão emocional (Beckham, Lytle & Feldman, 1996; Calhoun, Beckham & Bosworth, 2002).

Por estes motivos, é nosso objectivo perceber como se encontram os filhos dos veteranos de guerra, ao nível da psicopatologia, sintomatologia física, funcionamento familiar e estilo de vida, bem como se sofrem de uma *Perturbação Secundária de Stress Traumático*, pressupondo que exista uma Transmissão Intergeracional do Trauma de pais para filhos.

A compreensão e o conhecimento desta realidade permitirão desenvolver estratégias preventivas e psicoterapêuticas mais eficazes.

O presente estudo divide-se em três partes: a primeira, o enquadramento teórico, que apresenta a literatura acerca da perturbação de stress pós traumático no geral e da perturbação secundária de stress traumático em particular. Na segunda parte são apresentadas as opções metodológicas e o seu desenvolvimento, e por fim a terceira parte é destinada à apresentação dos resultados, análise e discussão e conclusões do estudo.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo 1

Exposição à Guerra:

A Perturbação de Stress Pós traumático (PTSD)

Este capítulo debruça-se sobre o percurso histórico da Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD) e Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD). São apresentados conceitos teóricos fundamentais, a caracterização dos sintomas e dados de prevalência do PTSD e STSD. São também apresentados os Modelos Explicativos da Transmissão do Trauma e os Mecanismos de Transmissão do Trauma no Sistema Familiar, sub-sistema Conjugal e sub-sistema parental, bem como o Processo de Transmissão Intergeracional do Trauma.

1.1. Exposição Directa e Indirecta ao Trauma: A Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD) e a Perturbação de Stress Secundário (STSD)

1.1.1. Percurso Histórico do PTSD ao STSD

Podemos encontrar as primeiras referências a esta perturbação nas manifestações clínicas e sintomas que os militares apresentavam após terem participado em conflitos bélicos. Nomeadamente, após a Guerra Civil Americana os sintomas de PTSD manifestados pelos militares eram descritos como um “síndrome do coração irritável” e de “coração exausto” e após a Primeira Guerra Mundial foram designados por “astenia neurocirculatória” ou “shell shock”. Da mesma forma, que as respostas perante estímulos que associavam aos combates eram designadas de “neurose de guerra”. Mas foi após a Guerra do Vietname (início 1964) que aumentou a preocupação da sociedade face às consequências deste tipo de situações (Vaz Serra, 2003) o que levou ao reconhecimento científico desta perturbação. Sendo assim, foi em 1980, que a Perturbação de Stress Pós Traumático foi reconhecida como entidade nosológica, data a partir da qual passou a ser descrita na 3ª Edição do Manual de Diagnóstico e Doenças Mentais, da Associação de Psiquiatria Americana, bem como no CID 10, da Organização Mundial de Saúde a partir do ano de 1992 (Vaz Serra, 2003). A partir desse momento, os termos anteriormente utilizados para descrever as manifestações psicológicas que os militares apresentavam após a sua participação na guerra, foram substituídos e a designação de Perturbação de Stress Pós Traumático começou a fazer parte do reportório clínico para explicar essas manifestações. Contudo, na 3ª edição do DSM o primeiro critério para o desenvolvimento desta patologia era a existência de um stressor reconhecido mas, na 3ª Edição Revista do DSM (APA, DSM-III R, 1987), esse stressor era considerado fora do âmbito das experiências normais dos seres humanos, i.é., experiências raras. Só na 4ª Edição do DSM (1994), novas alterações foram feitas, nomeadamente o carácter raro da experiência foi excluído do critério A do quadro de diagnóstico desta perturbação. Além disso, foi incluída a resposta da pessoa envolvendo medo, impotência e horror (Vaz Serra, 2003). Este facto deveu-se em grande parte aos estudos que foram sendo desenvolvidos sobre a prevalência do PTSD na população normal, onde os resultados apontavam para que 39% a 69% dos indivíduos tivessem sido expostos a acontecimentos considerados traumáticos (Breslau, Davis, Aandreski & Peterson, 1991; Breslau & Davis, 1992). Já nas populações psiquiátricas os valores encontrados são mais elevados

podendo chegar aos 90% (Kilpatrick, Edmunds & Seymour, 1992). Contudo, apenas 15% da população parece desenvolver PTSD (Kulka, Schlenger, Fairbank, Hough, Jordan, Marmar & Weiss, 1990; Yehuda, 2002).

Na IV edição do DSM passou também a figurar no critério A, os acontecimentos traumáticos em que o indivíduo toma conhecimento da morte violenta ou inesperada de alguém, ou da ameaça de morte vivida por um familiar ou amigo íntimo (Vaz Serra, 2003). Nesta edição surge ainda a designação de Perturbação Aguda de Stress para as manifestações clínicas de duração inferior a um mês, dado que manifestações com duração superior são consideradas uma Perturbação de Stress Pós Traumático (Vaz Serra, 2003).

De entre várias situações potencialmente traumáticas, podemos referir os acidentes graves de meios de transporte (automóvel, autocarro); os desastres naturais, como um tsunami ou um tremor de terra; a agressão criminosa, em que a pessoa é vítima de uma agressão física, de um esfaqueamento ou tiro; a exposição a situações de combate, durante as quais o indivíduo sentiu a vida ameaçada e/ou presenciou a morte de alguém; a agressão sexual, abuso físico, sexual e negligência na infância, em que a pessoa foi vítima de uma violação, maus-tratos; as situações de rapto, prisioneiro de guerra, tortura (Vaz Serra, 2003), o testemunhar ou tomar conhecimento de acontecimentos traumáticos, tal como os profissionais da polícia, emergência médica e bombeiros (Maia & Fernandes, 2003) ou o viver com alguém que sofre de stress pós traumático (Pereira, 2003).

Nestas situações acima citadas a natureza do acontecimento em si, a sua intensidade, gravidade e a forma como a pessoa reage determinam a vivência do acontecimento como traumático (Vaz Serra, 2003).

Ao longo dos anos, um outro processo foi sendo estudado e que hoje designamos de *Perturbação Secundária de Stress Traumático* (STSD). Contudo, vários termos têm vindo a ser utilizados para designar este processo de traumatização secundária, nomeadamente “stress por compaixão”, “fadiga de compaixão” e “vitimação secundária” (Figley, 1983), “co-vitimação” (Hartsough & Myers, 1985, cit. Dekel & Solomon, 2006), “contra-transferência traumática” (Herman, 1992) e “traumatização vicariante” (McCann & Pearlman, 1989). Figley, em 1995, definiu o fenómeno do *stress por compaixão* como a consequência e o efeito negativo exercido sobre quem vive, ama, ajuda e fornece apoio a uma vítima de trauma, bem como as pessoas que têm conhecimento e/ou trabalham com uma vítima. Já a *fadiga de compaixão* é considerada a manifestação mais severa do stress por compaixão, dado que é um estado de

exaustão e disfunção, biológico, psicológico e social, resultante da exposição prolongada ao stress por compaixão e a tudo o que ele suscita. É considerada uma forma de burnout e pode levar a um aumento do conflito e disfunção familiar e divórcio. A fadiga por compaixão pode dar lugar a Perturbação Secundária de Stress Traumático (Figley, 1998).

Todavia, existe ainda um outro conceito que apresenta algumas semelhanças com a Perturbação Secundária de Stress Traumático que é o “burnout”. O *burnout* é um conceito muito estudado nos membros de uma família que prestam apoio a uma vítima de doença física ou psicológica, sendo definido por Pines e Aronson (1988) como «um estado de exaustão física, emocional e mental provocada por um envolvimento por um longo período de tempo em situações de grande exigência emocional» (pp. 9, cit. Figley, 1998, pp. 16), que se instala de uma forma gradual (Figley, 1998). Em contrapartida a *Perturbação Secundária de Stress Traumático* surge de uma forma repentina e, ao contrário, do que acontece no burnout existe um sentimento de desamparo e confusão, bem como uma sensação de isolamento. Os sintomas parecem desligados das suas causas reais e envolvem um período longo de recuperação (Figley, 1998). O Stress Traumático Secundário é o stress gerado por cuidar de alguém com uma Perturbação de Stress Pós Traumático e a Perturbação Secundária de Stress Traumático é um síndrome quase idêntico ao PTSD, excepto que no PTSD os sintomas surgem de forma directa após a vivência de um acontecimento traumático, no STSD surgem após a exposição e conhecimento acerca da situação traumática experienciada por outro significativo (Figley, 1998). Ou seja, a grande diferença entre o PTSD e o STSD é que no primeiro, o stressor é directo e experienciado pela própria vítima e, no STSD, o stressor é indirecto dado que o stress reside no lidar com a vítima primária de trauma com PTSD e estar exposto às suas reacções físicas e emocionais (Pereira, 2003), podendo de uma forma vicariante manifestar sintomas análogos ao da PTSD (Solomon, et al., 1992a) (Tabela 1). Sendo assim, o contacto próximo e prolongado com uma vítima de trauma com PTSD pode tornar-se num stressor crónico (Solomon, et al., 1992a). Podemos também verificar sintomas análogos ao do PTSD em terapeutas devido à exposição ao sofrimento dos pacientes (Figley, 1995b; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995).

Tabela 1: Sintomas de PTSD e STSD (Figley, 2003, pp.4-5).

Sintomas de PTSD	Sintomas de STSD
Critério A: O Acontecimento traumático que provoca sintomas	
Individual	Relações Interpessoais
<p>A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático onde ambas as condições estiveram presentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. A pessoa experienciou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram a ameaça de morte, morte real ou ferimento grave, ou a ameaça à integridade física do próprio ou de outros. 2. A resposta da pessoa envolveu medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror. Em crianças isto pode ser expresso por comportamento agitado e desorganizado. 	<p>Um ou mais elementos do sistema estiveram expostos a um acontecimento traumático, onde ambas as condições estiveram presentes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Todos ou alguns dos estímulos descritos acerca do PTSD, mais a exposição do sistema ao conhecimento do acontecimento, activou uma resposta sistémica no sentido de fornecer ajuda 2. O sistema é exposto a algumas ou a todas as reacções verificadas no PTSD, que estão associadas às estratégias de coping utilizadas.
Critério B: O acontecimento traumático é persistentemente reexperienciado de um (ou mais) dos seguintes modos:	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes acerca do acontecimento (incluem imagens, pensamentos ou percepções). Em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspectos do acontecimento traumático são expressos. 2. Sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento. Em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível. 3. Actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a re-ocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado). Em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento traumático. 4. Mal-estar psicológico intenso face à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático. 5. Reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aumento da necessidade de apoio e aumento do conflito devido ao stress provocado pelas lembranças. 2. Aumento da necessidade de apoio e aumento do conflito devido às dificuldades em dormir. 3. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio como resposta aos sintomas induzidos pelas memórias traumáticas. 4. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio como resposta aos sintomas traumáticos do PTSD quando expostos a estímulos que se assemelhem ao trauma. 5. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio como resposta à activação fisiológica quando exposto a estímulos que se assemelhem ao trauma.

Sintomas de PTSD	Sintomas de STSD
Critério C: Evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicada por três (ou mais) dos seguintes itens:	
1. Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma.	1. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta aos esforços do traumatizado em evitar as lembranças.
1. Esforços para evitar actividades, lugares ou pessoas que desencadeiem lembranças do trauma.	2. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta aos esforços do traumatizado em evitar as lembranças.
2. Incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma.	3. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta à incapacidade do traumatizado de se lembrar de aspectos importantes relacionados com o trauma.
3. Diminuição significativa do interesse em participar em actividades antes significativas.	4. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta à anestesia emocional do traumatizado perante diversas actividades.
4. Sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros.	5. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta aos sentimentos de distanciamento dos outros.
5. Gama de afectos restringida (por exemplo, incapaz de gostar dos outros).	6. Aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio em resposta à gama de afectos restringida do traumatizado.
6. Expectativas encurtadas em relação ao futuro (por exemplo, não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um percurso de vida normal).	7. Expectativas encurtadas em relação ao futuro.
Critério D: Sintomas Persistentes de activação aumentada (ausentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes itens:	
1. Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir	1. Dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir
2. Irritabilidade e acessos de cólera	2. Irritabilidade e acessos de cólera
3. Dificuldades de concentração	3. Dificuldade de concentração
4. Hipervigilância	4. Hipervigilância
5. Resposta de alarme exagerado	5. Resposta de alarme exagerada.
Critério E: Duração da perturbação (sintomas dos critérios B, C e D) superior a 1 mês.	
Critério F: A perturbação causa mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante: evidenciado por aumento dos conflitos familiares, disfunção sexual, comunicação interpessoal pobre, maior dependência, suporte social reduzido, estratégias de coping pobres.	Critério F: A perturbação provoca stress significativo e prejuízo social, ocupacional ou em outras áreas importantes: evidenciado por aumento do conflito no trabalho, faltas ao trabalho, insensibilidade com os clientes, stress prolongado, provocado pelo material traumático, suporte social reduzido e estratégias de coping pobres.
Especificar se:	
Aguda: se a duração dos sintomas for inferior a três meses.	
Crónica: se a duração dos sintomas for igual ou superior a três meses.	
Especificar se: Com início dilatado: se o início dos sintomas ocorrer pelo menos seis meses depois do acontecimento.	

1.1.2. Epidemiologia do PTSD e STSD na população de Veteranos de Guerra

Em Portugal, em relação à exposição a acontecimentos traumáticos, o único estudo existente foi levado a cabo por Albuquerque, Soares, Jesus e Alves (2003) onde foi encontrada uma taxa de exposição elevada, verificando que durante a vida 75% da população está exposta a pelo menos uma situação traumática e 44% a mais do que uma situação.

No que diz respeito à população dos veteranos de guerra, Foy, Resnick, Sippelle e Carroll (1987) verificaram que 25 a 30% dos veteranos de guerra do Vietname, com baixa exposição a situações de combate desenvolveram PTSD, mas que 70% dos veteranos envolvidos em situações ameaçadoras, como o ser ferido, presenciar a morte de civis e estar exposto ao grotesco e atrocidades, desenvolveram PTSD. De facto, o presenciar a morte de colegas é considerado um factor grande de vulnerabilidade para o desenvolvimento desta perturbação (Solkoff, et al., 1986, cit. Maia & Fernandes, 2003). De acordo com o *National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NVVRS), estudo epidemiológico realizado em 1984 com a população de veteranos de guerra do Vietname, existiam cerca de 500 mil veteranos do Vietname a sofrer de uma perturbação de stress pós traumático (PTSD) e perto de 1,7 milhão de veteranos irão apresentar reacções ao stress clinicamente significativas durante a sua vida (Kulka, et al., 1990, cit. Resick, 2000). Ou seja, 30,9% dos veteranos apresentavam PTSD e 49% apresentavam PTSD crónico. Também neste estudo se concluiu que quanto maior a exposição e a gravidade dos combates, maior a probabilidade de desenvolver PTSD.

Relativamente aos soldados da guerra do Golfo Pérsico (1990-1992), são descritas prevalências entre 8 a 16%, de 11% nos soldados americanos que combateram no Afeganistão e entre 15 e 17% nos soldados que estiveram no Iraque (Wolfe, Erickson, Sharkansy, King & King, 1999a; Hoge, Castro, Messer, McGurk, Cotting & Koffman, 2004). Relativamente aos refugiados da Bósnia que se estabeleceram nos EUA, 65% sofriam de PTSD (Vaz Serra, 2003).

Relativamente aos veteranos da Guerra Colonial Portuguesa, Albuquerque e Lopes (1997) estimaram, tendo como referência os dados encontrados em veteranos da guerra do Vietname, que existam em Portugal cerca de 140 mil veteranos com perturbações psicológicas crónicas diversas. Mais recentemente, numa amostra de Ex-Fuzileiros, Pereira e Monteiro-Ferreira (2006), verificaram que 66% dos veteranos preenchiam os critérios para o diagnóstico de PTSD e Maia e colaboradoras (2006), num estudo levado a cabo com uma amostra de 350

veteranos, verificaram que 39% dos veteranos apresentavam os critérios necessários para o diagnóstico de PTSD, bem como de morbilidade psicológica (56%). Numa amostra de 505 veteranos de guerra, 43% apresentavam um quadro clínico de PTSD e 36% critérios de PTSD, nomeadamente 13% sintomas de reexperienciação e activação, 5% sintomas de reexperienciação e 4% apenas sintomas de activação fisiológica (Pereira & Pedras, 2007), tal como Pereira e colaboradores (2008) verificaram que 45% dos 180 veteranos avaliados apresentavam o diagnóstico de PTSD.

No que diz respeito à Perturbação Secundária de Stress Traumático, nas mulheres dos veteranos, a literatura indica que cerca de 40% das mulheres de veteranos de guerra apresentam STSD (Koic, Franciskovic, Muzinic-Masle, Dordevic, Vondracek & Prpie, 2002; Franciskovic, Stevanovic, Jelusic, Roganovic, Klaric & Grkovic, 2007; Al-Turkait & Ohaeri, 2008). Em Portugal, Pereira e Monteiro-Ferreira (2006), verificaram, numa amostra de 56 mulheres de Ex-Fuzileiros, que cerca de 78% apresentavam sintomas de traumatização secundária e um estudo exploratório, revelou que as mulheres dos veteranos portugueses apresentam níveis elevados de ansiedade, depressão e dificuldade em lidar com emoções disfóricas (Lopes Pires, Lopes Pires, Costa, Cruz, Martins, Vieira, Domingues, Santos, Luís, Vieira & Vieira, 2006). Já Oliveira (2008), encontrou sintomas de STSD nas mulheres de veteranos com PTSD.

Relativamente, aos filhos dos veteranos, Beckham e colaboradores (1997a), verificaram que 45% dos filhos dos veteranos apresentavam sintomas de PTSD (Beckham, Braxton, Kudler, Feldman, Lytle & Palmer, 1997a). Já Davidson e Mellor (2001) compararam os filhos mais velhos dos veteranos com PTSD, com os filhos de veteranos sem PTSD e com um grupo de jovens da comunidade, não verificando diferenças nas medidas de sintomatologia de PTSD entre os grupos. Em Portugal, os dois estudos desenvolvidos com esta amostra encontraram uma influência directa da sintomatologia do veterano sobre as esposas e destas sobre os filhos, sobretudo nos filhos mais velhos, mas não encontraram sintomas de STSD nos filhos (Lopes Pires, et al., 2006; Oliveira, 2008). Estes autores sugerem que a mãe poderá funcionar como intermediária entre a perturbação emocional do marido e os efeitos desta nos filhos, como se “esbatesse” o seu impacto.

De facto, o que podemos verificar é que são escassos os estudos que se debruçaram sobre a sintomatologia traumática manifestada pelos filhos dos veteranos e parecem não ser consistentes nas suas conclusões. De acordo com a revisão da literatura, a maior parte dos estudos documentam sobretudo os problemas de comportamento, de desenvolvimento e

psicopatológicos manifestados pelos filhos adolescentes e adultos (Davidson, Smith & Kudler, 1989; Harkness, 1991; Westerink & Giarratano, 1999; Dansby & Marinelli, 1999).

1.2. Exposição Indirecta ao Trauma: A Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) na Família dos Veteranos de Guerra

1.2.1. Modelo Geral de Transmissão do Trauma (Figley, 1998)

Figley (1992, 1995a), no *Modelo de Transmissão do Trauma* sugere que os elementos de um sistema, neste caso os membros da família, esforçam-se por transmitir e manifestar empatia pela vítima, na tentativa de melhor a compreender (Figley, 1998, Fig.1). Neste esforço de compreensão e ajuda, os membros da família começam a sentir e a experienciar emoções muito semelhantes às da vítima, tais como imagens visuais (flashbacks), problemas de sono e sintomatologia depressiva ou outros sintomas resultantes da exposição directa às reacções e sintomas traumáticos da vítima. Segundo este modelo, o stress traumático secundário surge devido à conjugação de vários factores. O primeiro, diz respeito à presença da *capacidade de demonstrar empatia*, ou seja a capacidade de reconhecer a dor e o sofrimento dos outros, bem como a capacidade de demonstrar e manifestar empatia perante esse alguém em sofrimento. Verifica-se uma incapacidade de encontrar alívio através do distanciamento e a sensação de satisfação de ajudar a aliviar o sofrimento de outro. Esta é a essência do sentimento de compaixão pelo outro. Um membro da família, ou alguém que mantenha um contacto muito próximo e chegado à vítima do trauma, inevitavelmente sente a dor do outro, e o *stress por compaixão* surge quando se está exposto de forma prolongada ao sofrimento de outra pessoa.

Segundo Figley (1998), a capacidade empática está relacionada com a susceptibilidade individual para o *contágio emocional*, pois face à exposição prolongada ao sofrimento de outra pessoa, experienciamos os seus sentimentos e é como se “tirássemos” as emoções à vítima. A capacidade empática está associada à *preocupação empática*, que é a motivação para ajudar os outros. A capacidade de sentir empatia e o contágio emocional juntos definem o grau de esforço que a pessoa vai utilizar para tentar ajudar e reduzir o sofrimento da outra pessoa, este esforço é

a *resposta empática*. Esta resposta deve ter em atenção a hora, o tom e as palavras que são ditas à pessoa em sofrimento.

Contudo, existem dois factores que contribuem para a redução ou intensificação do *stress de compaixão*, nomeadamente o *sentido de eficácia* e a *dissociação*. Neste sentido, o sentimento de eficácia ou sentido de realização, refere-se ao grau de satisfação do membro da família no que diz respeito aos esforços que tem feito para aliviar o sofrimento da vítima. O outro factor é a dissociação do sofrimento da outra pessoa, ou seja, é a sensação que já se fez tudo o que estava ao seu alcance para ajudar a vítima, vivendo a vida sem se forçar a pensar no sofrimento da outra pessoa.

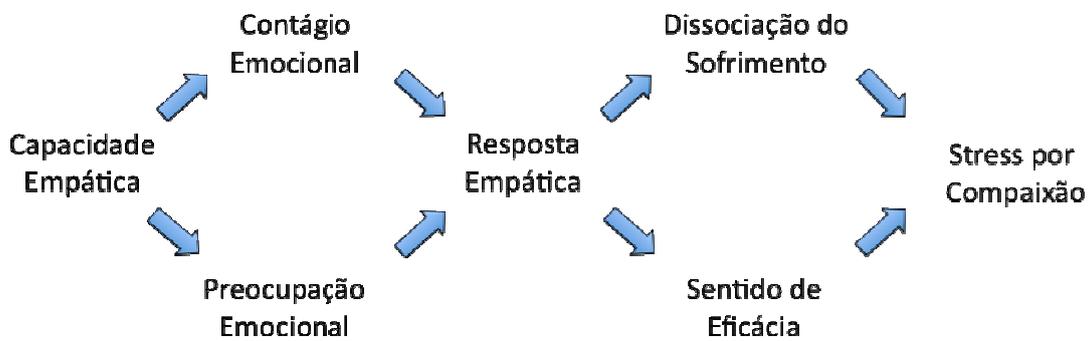


Figura 1: Modelo de Stress por Compaixão (Figley, 1998, pp. 21).

O segundo componente deste modelo é a interacção entre o stress por compaixão e mais três variáveis, que poderá dar lugar à *Fadiga por Compaixão* (Fig.2), a forma mais severa do stress por compaixão. Desta interacção fazem parte a *exposição prolongada ao sofrimento*, que abrange a falta da sensação de alívio face a tantas responsabilidades e a incapacidade de diminuir o stress por compaixão, e as *memórias traumáticas* provocadas pelo stress por compaixão e pela exposição prolongada e que estimulam os sintomas de PTSD e reacções associadas, tais como a depressão e a ansiedade generalizada.

A fadiga de compaixão é inevitável se adicionarmos a estes dois factores a *alteração nas rotinas*. Ou seja, se a pessoa estiver a vivenciar uma grande alteração do seu funcionamento normal diário, tal como uma doença, alteração do estilo de vida, estatuto social ou profissional ou ao nível das responsabilidades pessoais, este facto pode ser a última gota para precipitar o estado de burnout, em particular a fadiga de compaixão.

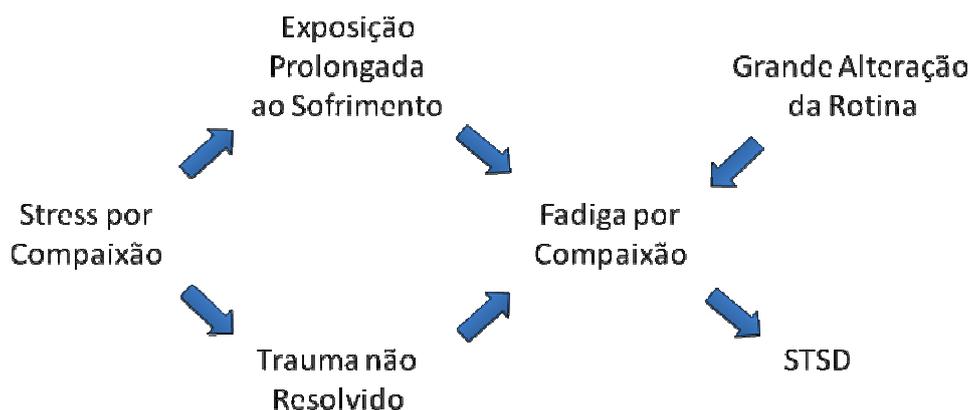


Figura 2: Modelo da Fadiga por Compaixão (Figley, 1998, pp. 23).

1.2.2.1. Mecanismos de Transmissão do Trauma no Sistema Familiar

O pressuposto base existente na Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) é que existe um mecanismo de contágio do traumatizado para os elementos que com ele estabelecem relações significativas de modo a que estes desenvolvam respostas semelhantes (Figley, 1983; Rosenheck & Nathan, 1985). Neste sentido, segundo Herman (1992) vários mecanismos podem explicar este processo de contágio: em primeiro lugar este facto pode suceder quando se tem conhecimento de que um elemento da família passou por uma situação traumática ou que um filho tem uma doença crónica/fatal (APA, DSM IV, 1994); uma outra possibilidade diz respeito à identificação que é feita com a vítima do trauma (Rosenheck & Nathan, 1985), que de uma forma vicariante, pode vir a desenvolver sintomas semelhantes, como no caso dos filhos que se identificam com o pai que esteve na guerra, não sendo necessário abordar as experiências directamente, ou então, a exposição a reacções emocionais e físicas da vítima, como os pesadelos, os flashbacks ou os pensamentos intrusivos, assistidos pelos filhos ou parceiras (Williams, 1980), podendo tomar a forma de internalização dos próprios sintomas (Maloney, 1988). Um outro mecanismo que pode explicar o processo de contágio refere-se à ligação emocional e vinculação que o indivíduo tem com a vítima de trauma, que através das suas atitudes e padrões de distância pode afectar de uma forma negativa o parceiro, desenvolvendo este problemas interpessoais similares aos do próprio traumatizado (Pereira, 2003) e por último, o facto de o traumatizado se comportar de uma forma “traumatizante” em

relação aos outros membros da família, através da violência, do abuso emocional, que pode por si só provocar sintomas de trauma nos parceiros e filhos (Matsakis, 1996).

Por sua vez, Figley (1985), descreve quatro formas de traumatização pelas quais os membros da família podem manifestar sintomas de PTSD, (1) pode ocorrer um *efeito simultâneo* do trauma quando todos os membros são afectados pelo mesmo acontecimento do traumático (ex: desastre natural ou incêndio); (2) pode ocorrer um *efeito vicariante* quando a família descobre que um dos membros experienciou um acontecimento traumático e está incapaz de entrar em contacto com esse membro; (3) a *traumatização intrafamiliar* pode ocorrer quando vários membros da família ficam traumatizados com um evento que ocorreu dentro da família, tal como a violência doméstica e vários tipos de abuso e por fim (4) a *traumatização secundária* que ocorre quando o acontecimento traumático parece “infectar” toda a família, contagiando os membros que estabelecem um contacto próximo com a vítima directa.

1.2.1.2. Mecanismos de Transmissão do Trauma no Sistema Conjugal

De igual modo, a perspectiva sistémica do trauma aplica-se também ao sistema conjugal, dado que existe um processo circular entre o nível de funcionamento da vítima primária e o nível de funcionamento da vítima secundária do trauma (Mead, 2002), exercendo um impacto adverso no funcionamento da díade. Contudo, a necessidade de olhar para o trauma conjugal numa perspectiva sistémica, advém também do facto dos sintomas da vítima secundária do trauma puderem intensificar os sintomas da vítima primária (Goff & Smith, 2005). Neste sentido, Goff e Smith (2005), propõem um *Modelo de Adaptação do Casal ao Stress Traumático* (CATS – Couple Adaptation to Traumatic Stress Model), onde fornecem uma descrição sistémica de como o indivíduo e o sistema conjugal ficam afectados quando experienciam um acontecimento traumático. Este modelo pressupõe vários componentes de avaliação e intervenção, nomeadamente, o nível de funcionamento individual, ou seja, os sintomas de PTSD da vítima primária bem como os sintomas secundários de stress traumático do cônjuge. Um outro componente, são os Factores que predis põem e os Recursos dos indivíduos. Assim, como factores que predis põem, os autores referem as características individuais e situações de stress não resolvidas experienciadas por um dos cônjuges anteriormente ao acontecimento traumático actual. Relativamente aos recursos, os autores referem os recursos pessoais de cada membro da família tais como recursos financeiros,

educação, saúde física, auto-estima, estratégias de coping positivas bem como os recursos psicológicos e aos recursos do sistema conjugal ou familiar, nomeadamente a coesão, adaptabilidade, partilha de autoridade e suporte social (McCubbin & Patterson, 1982). Os factores predisponentes e os recursos disponíveis podem ser um factor de risco ou protector dado que influenciam o ajustamento de ambos os cônjuges ao acontecimento traumático, bem como o ajustamento no sistema conjugal. O terceiro componente deste modelo é o funcionamento e dinâmica relacional no sistema conjugal, dado que os casais que experienciam situações traumáticas podem passar por situações de disfunção dos papéis, problemas ao nível da parentalidade, ajustamento familiar pobre, dificuldades ao nível da intimidade, pouca coesão e satisfação na relação, elevado conflito, raiva e violência. O funcionamento conjugal neste modelo é baseado em áreas identificadas empiricamente na literatura, em particular a vinculação, a satisfação relacional, o suporte e *nurturance*, poder, disfunção de papéis, estabilidade, adaptabilidade, intimidade, comunicação e conflito, ou seja componentes que sofrem uma influência mútua no sistema da diáde. O Modelo CATS propõe que a adaptação do casal ao trauma depende da interacção sistémica destes três componentes e de uma forma geral, podemos pensar na relação conjugal como um recurso indispensável na “cura” da vítima primária através do desenvolvimento de laços de vinculação, interrompendo padrões de funcionamento disfuncionais e criando um funcionamento mais saudável ao nível das relações interpessoais (Goff & Smith, 2005). As várias descrições clínicas existentes acerca da Perturbação Secundária de Stress Traumático (Figley, 1995a; Goff & Smith, 2005), têm permitido identificar alguns dos processos explicativos do seu desenvolvimento, nomeadamente (1) a super identificação e empatia, (2) a identificação projectiva (3) o stress crónico, (4) a selecção de companheiro (5) a alteração das crenças acerca do mundo, (6) a perda ambígua, (7) a vinculação e (8) as repostas conflituosas e psicofisiológicas.

O primeiro processo explicativo pressupõe o processo da *super identificação* das esposas com os veteranos (Williams, 1980). A exposição ao trauma do marido é de tal forma intensa que, ainda que de forma secundária, provoca nas esposas a internalização da imagem de stress do marido. A traumatização secundária pode ocorrer durante ou após a exposição a uma simples conversa acerca da experiência de sofrimento da vítima. Os membros da família ficam atentos às pistas do trauma no meio envolvente e através de um processo normal de aprendizagem, mimetizam as reacções do veterano a essas pistas (Maloney, 1988). Este autor verificou no seu estudo realizado com seis mulheres de veteranos de guerra com PTSD, que

estas experienciavam pesadelos com a guerra, tinham ataques de pânico despoletados pelos mesmos estímulos que os despoletavam no marido, tal como o som de helicópteros, ruídos repentinos, som de tiros e o som e cheiro da chuva de verão. Já Figley (1998), refere-se ao conceito da empatia em detrimento da identificação, contudo ambos os conceitos são uma tentativa de explicar a forma e o modo como as mulheres se identificam com os maridos traumatizados. Segundo este mesmo autor, o processo começa com o esforço de apoiar emocionalmente o veterano, levando a que a mulher ao tentar compreender os seus sentimentos e experiências se identifique com ele. À medida que vai conhecendo o seu sofrimento, vai tomando como dela, as suas experiências, sentimentos e memórias. Rosenheck e Nathan (1985) sugerem que a experiência de viver com um indivíduo traumatizado, sintomático por si só, pode levar a companheira a desenvolver sintomas próprios que não mimetizam necessariamente os sintomas de PTSD (Solomon, et al., 1992a). Contudo, as mulheres que possuem a capacidade de diferenciação, mantendo a sua individualidade e objectividade na separação do sofrimento emocional do outro, conseguem fornecer de uma forma genuína, empatia e cuidados à vítima do trauma (Goff & Smith, 2005).

Outro mecanismo que pode contribuir para a traumatização secundária é a *identificação projectiva*, um processo descrito nos casais (Catherall, 1992) e nas famílias de vítimas de trauma (Weingarten, 2004). Os parceiros conjugais ou os pais projectam no outro sentimentos inaceitáveis ou difíceis de gerir, atribuindo aquilo que inicialmente era uma ameaça interna (emoção) a uma ameaça externa, projectando-a no outro, i.é., sentimentos resultantes do trauma como a culpa, vergonha, problemas de auto-estima ou outras auto-atribuições negativas são projectados no outro (o “bad” self), na esposa ou em outro elemento da família, de forma a manter a auto-imagem (Goff & Smith, 2005). Este padrão de relacionamento interpessoal influencia o cônjuge a pensar e agir de forma a ser consistente com a projecção do outro cônjuge.

O terceiro mecanismo refere-se ao facto do contacto próximo e prolongado com um indivíduo que experienciou um acontecimento traumático e manifesta psicopatologia, se poder transformar num *stressor crónico* e ao longo do tempo provocar problemas psicológicos, como queixas somáticas e problemas psiquiátricos (Solomon et al., 1992a). Tal como Figley (1985) refere, cuidar e proporcionar apoio social a um marido veterano tem um custo elevado para a família. Este processo ganhou mais visibilidade com os estudos que evidenciaram a contribuição

do burnout das mulheres no desenvolvimento da traumatização secundária (“caretaking burden”) (Beckham, et al., 1996; Arzi, Solomon & Dekel, 2000; Calhoun, et al., 2002).

Um mecanismo relacionado com o anterior é a “*selecção de companheiro*”. A teoria da escolha de companheiro pressupõe que pessoas com características semelhantes tendem a escolher pessoas também semelhantes para companheiros (Bramsen, Van Der Ploeg & Twisk, 2002). A selecção de companheiro pode contribuir para uma maior vivência de problemas relacionados com o stress traumático, dado que ambos os cônjuges podem partilhar uma história de trauma prévia ou uma vulnerabilidade aumentada devido a outras experiências (Balcom, 1996). A existência de uma história traumática prévia e a convivência com o marido veterano problemático bem como uma relação marital disfuncional pode levar a um maior stress crónico (Nelson & Wright, 1996). Neste sentido, podemos constatar que as mulheres dos veteranos podem ser vítimas primárias e secundárias, tendo em conta a história de trauma da família de origem, mas também a sua experiência como mulher de um veterano estando expostas aos comportamentos e reacções do marido que poderão ser traumatizantes (Nelson & Wright, 1996).

Uma outra explicação encontrada na literatura refere-se à *alteração das crenças acerca do mundo*, dado que como se verificam alteradas na vítima primária, também o estão na vítima secundária. A mulher aprende que o mundo não é seguro. Esta crença é generalizada e acaba por alterar também a percepção da sua relação marital. Gilbert (1998, cit. Dekel & Solomon, 2006), refere que estas crenças juntamente com as tentativas de perceber o comportamento do marido que levam à traumatização secundária.

A *perda ambígua* é o sexto mecanismo, e pressupõe a presença da pessoa ao nível físico mas ausente ao nível psicológico e vice-versa (Boss, 1987, 1999, cit. Dekel & Solomon, 2006). No caso do PTSD, como uma doença psiquiátrica incapacitante, existe ambiguidade ao nível dos papéis e responsabilidades do veterano em casa. Esta falta de clareza imobiliza os outros membros da família, tornando-se esta ambiguidade à volta do indivíduo com PTSD uma doença debilitante por si só. Devido à natureza persistente da perda (perda persistente), os esforços físicos e psicológicos tornam-se extenuantes e esgotantes para estas mulheres, provocando sintomas de depressão, ansiedade, culpa e pesadelos. Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon e Polliack (2005), num estudo qualitativo com mulheres de veteranos descrevem a confusão e a tensão vividas pela mulher devido à ausência do papel de marido.

Um outro mecanismo resulta da *relação emocional* e de *vinculação* com o indivíduo vítima primária de um trauma (Goff & Smith, 2005). Num casal onde um dos elementos possui uma história de trauma podem existir respostas emocionais, padrões de distância, defesa e desconfiança que afectam de uma forma negativa o funcionamento conjugal. Segundo esta perspectiva, a traumatização secundária surge através da incapacidade do cônjuge traumatizado de estabelecer uma ligação e responder às necessidades de vinculação do parceiro conjugal de uma forma segura. O trauma pode causar uma disfunção na capacidade de estabelecer ligações e relações seguras com os outros, em particular com o parceiro conjugal. A anestesia, o isolamento, as manifestações de raiva e outros sintomas da vítima primária podem provocar sintomas de traumatização secundária no cônjuge (Goff & Smith, 2005). Pode assim, surgir um ciclo relacional de distância e separação mútua no casal que reduz a vinculação segura necessária para um bom funcionamento conjugal (Jonhson, 2002, cit. Goff & Smith, 2005).

Por fim, o último mecanismo descrito pela literatura refere-se às *respostas psicofisiológicas* e ao *conflito*. A investigação de Gottman (Gottman & Levenson, 1999; Gottman & Notarius, 2000), acerca da activação fisiológica e do conflito conjugal pode ajudar a perceber um dos mecanismos pelos quais o trauma afecta o sistema conjugal. Neste sentido, devido aos sintomas de activação aumentada experienciados pelas vítimas do trauma, pode existir uma relação entre a reactividade fisiológica e as interacções negativas e hostis, bem como com a insatisfação conjugal (Gottman & Notarius, 2000), onde o conflito é um dos principais sintomas. Contudo, a partir do momento em que o conflito atinge o patamar do abuso físico, emocional ou sexual, então não é mais considerado um factor no desenvolvimento da traumatização secundária, mas sim um mecanismo de traumatização primária (Goff & Smith, 2005).

1.2.1.3. Mecanismos de Transmissão do Trauma de Pais para Filhos

As crianças podem experienciar sintomas de PTSD após terem testemunhado uma situação traumática que envolveu a sua família (Pynoos & Eth, 1985, cit. Steinberg, 1998; Nader, Pynoos, Fairbanks & Frederick, 1990) ou por terem tido conhecimento que um familiar (Rosenheck & Nathan, 1985) ou um amigo experienciaram um acontecimento traumático (Blom, 1986; cit. Steinberg, 1998; Parker, Watts & Allsopp, 1995). Segundo Steinberg (1998) as crianças podem desenvolver uma Perturbação Secundária de Stress Traumático através de duas formas. A primeira refere-se à criança como testemunha, isto é, o *testemunhar* um familiar a

passar por um acontecimento traumático. O outro mecanismo é a criança *ter conhecimento* que esse familiar está afectado e traumatizado e/ou viver e presenciar a sua sintomatologia, tal como os pesadelos, a violência, a ansiedade e outros sintomas. Figley (1983), refere que as crianças possuem uma grande vulnerabilidade face a acontecimentos catastróficos que atinjam os seus familiares, dados os sentimentos fortes que nutrem por eles. A criança, enquanto testemunha engloba também a vitimização directa, dado que a criança pode testemunhar mas também ser vítima directa da situação traumática, sendo necessário distinguir estas duas condições (Pynoos & Eth, 1985, cit. Steinberg, 1998). Pynoos e Eth (1985) descrevem que a criança, enquanto testemunha sente-se desamparada e mantém-se passiva quando observa um acto de violência. Enquanto que a criança como vítima directa fica absorvida pelas suas sensações corporais de dor e pode não manifestar sintomatologia ou reagir imediatamente perante a situação, a não ser mais tarde. A criança que testemunha ganha consciência de uma forma mais rápida do perigo e desenvolve sintomas de uma forma mais imediata, bem como tem menos probabilidade de se dissociar e experienciar sentimentos de anestesia ou descrença. As crianças podem sofrer de sentimentos de culpa por não terem feito mais e fantasiar sobre o que podiam ter feito para impedir a situação (Steinberg, 1998). Por exemplo, as crianças cujos pais tentaram o suicídio, podem sentir uma necessidade maior de os proteger de futuras tentativas, bem como as crianças de pais que faleceram devido a ataques terroristas, podem sentir-se culpadas por não terem sido capazes de os ajudar e até encetar comportamentos autodestrutivos (Dreman & Cohen, 1990). Neste sentido, os filhos das vítimas de trauma podem experienciar sintomatologia de PTSD dos pais sem que tenham experienciado o trauma de uma forma directa. Sintomas de intrusão, hiperactivação e comportamentos semelhantes aos dos pais têm sido descritos em filhos de pais com PTSD (Steinberg, 1998). Este processo de transmissão da sintomatologia de PTSD de pais para filhos enfatiza o *efeito contagiante do trauma* (Terr, 1981; Blom, 1986, cit. Steinberg, 1998). Aliás, Figley (1983) refere mesmo que todos os elementos da família devem ser considerados vítimas, tenham ou não presenciado o acontecimento. A ênfase dada ao efeito contagiante do trauma na família tem vindo a ser estudado em várias situações traumáticas que envolvem crianças. Terr (1981) foi uma das primeiras autoras a enfatizar a natureza interpessoal do trauma, ao descrever o impacto deste nos outros membros da família e amigos. Segundo esta autora, o jogo pós traumático é considerado o mecanismo de transmissão do trauma entre as crianças. No jogo, a criança brinca com as outras crianças (irmãos, amigos, colegas de turma) representando de uma forma

dolorosa o acontecimento traumático. Assim, as crianças são expostas a pormenores do acontecimento traumático vivenciado pela vítima e podem identificar-se com ela, tornando-se vulneráveis ao desenvolvimento de sintomas de PTSD.

Um outro processo de extrema relevância para a transmissão da sintomatologia de PTSD para os filhos são as *reações parentais*, i.é., as reacções parentais perante um acontecimento traumático determinam na criança a vivência do trauma no momento e suas conseqüências a longo prazo, mesmo quando as crianças são vítimas primárias desse acontecimento (Steinberg, 1998). Em 1951, Freud e Dann (1951) descreveram as reacções ansiosas das crianças face a um bombardeamento durante a 2ª Guerra Mundial e verificaram que estas estavam associadas às reacções dos pais e não à sua exposição ao bombardeamento. De igual modo, outro autor verificou que as reacções das mães a um incêndio florestal eram os melhores predictores do desenvolvimento de um quadro de PTSD nas crianças, em relação à exposição directa das crianças ao acidente (McFarlane, 1987). As crianças pareciam afectadas em particular pela mudança dos padrões de parentalidade, bem como sofriam de sintomas intrusivos. Estes estudos enfatizam o papel preponderante das reacções dos pais ou de outros significativos no grau de traumatização da criança, enaltecendo a natureza interpessoal do trauma. De acordo com Steinberg (1998), as crianças dessa geração, bem como as que nasceram na geração seguinte, no seu papel de testemunhas, possuem uma grande vulnerabilidade ao desenvolvimento de trauma quando este é experienciado por outro significativo, podendo ficar tanto ou mais afectadas do que os seus pais e como se tivessem sido vítimas primárias (Steinberg, 1998).

A distinção entre trauma primário e secundário é mais académica que real, dado que uma criança que é vítima de violência é uma vítima primária mas uma criança que aprende a visão do mundo através do seu pai traumatizado, no contexto de uma relação, pode ser descrita como uma vítima secundária e ambas podem ocorrer simultaneamente. As crianças que são traumatizadas de forma primária bem como secundária, podem manifestar sintomas de intrusão acerca do trauma, através de sonhos durante o dia (sonhar acordada) e fantasias. Podem experienciar alterações comportamentais em resposta a estímulos ambientais simbólicos do trauma. As crianças traumatizadas de uma forma directa podem codificar a imagem do trauma na memória visual e subsequentemente rever a imagem na sua mente. De igual modo crianças de pais traumatizados podem experienciar imagens visuais recorrentes do trauma parental que construíram em fantasia ou através da informação que obtiveram dos pais ou de outras fontes.

Em resposta aos sintomas intrusivos, as crianças podem ficar num estado de ansiedade e hipervigilância, bem como podem agir e desenvolver medos relacionados com o trauma, devido à falta de palavras para descrever e processar o material traumático (Steinberg, 1998).

Neste sentido, debruçar-nos-emos, em maior pormenor, sobre as crianças, que sem terem experienciado o trauma de forma directa, podem manifestar sintomas de PTSD dos seus pais, o que Figley (1985) designou de “efeito quiasma”. Os filhos dos sobreviventes dos Holocausto são um bom exemplo deste fenómeno (Epstein, 1982; Axelrod, Schnipper & Rau, 1980), bem como os filhos dos veteranos de guerra do Vietname (Rosenheck & Nathan, 1985) e da II Guerra Mundial (Rosenheck, 1986).

Rosenheck e Nathan (1985) relatam a história de um filho de um veterano de guerra com dez anos que exemplifica de uma forma clara o impacto que o PTSD do pai pode exercer nos filhos. Sendo assim, estes autores descrevem um filho com dificuldades de atenção, que não cumpria com os trabalhos de casa, tinha problemas em adormecer, dores de cabeça e na escola chorava com facilidade sendo frequentemente enviado para casa. Como a sua preocupação principal eram os problemas do pai e o seu mal-estar, a sua vontade era permanecer em casa a maior parte do tempo possível para o acompanhar. Este sentido de responsabilidade pelo estado psicológico do pai, fazia-o sentir-se culpado e desamparado por não o conseguir ajudar. Desenvolveu medos e fantasias em relação às experiências do pai e muitos dos sintomas pareciam mimetizar os sintomas de PTSD do pai. Tal como o pai acordava de noite com pesadelos onde tinha medo de ser morto ou ser raptado. O seu medo principal era que ele, ou ambos, podiam ser mortos tal como na guerra e nas suas fantasias parecia que era ele que vivia os flashbacks do pai em vez da sua própria realidade. Embora este filho estivesse infeliz devido à atmosfera familiar hostil, ele admirava e identificava-se com o pai. Confessava que era frequentemente cruel para o irmão mais novo “tal como o meu pai faz” e que inclusive ameaçava de morte o irmão mais novo. Obtinha prazer em jogos de guerra e sonhava em ser soldado. Os sentimentos pelo pai eram intensos, mas confusos e ambivalentes. Segundo estes autores, o efeito directo da exposição ao material traumático do pai e a observação repetitiva das suas reacções traumáticas, resultaram em sintomatologia de PTSD, num mau funcionamento psicológico com repercussões académicas. Este filho manifesta um intenso envolvimento na vida emocional do pai, fronteiras individuais (do ego) pouco desenvolvidas, um elevado nível de culpa, ansiedade e agressividade e uma preocupação consciente ou não acerca de situações específicas que foram traumáticas para o pai. Rosenheck e Nathan (1985) referem que o

processo de traumatização secundária se desenvolveu através do mecanismo da identificação da criança com o pai, através da exposição à revivência das situações traumáticas pelo pai traumatizado, levando a que fantasiasse e internalizasse o mesmo tipo de situações que o pai actualmente vive.

Janoff-Bulman (1992) e McCann e Pearlman (1990), apresentam um quadro teórico assente no pressuposto que determinados constructos, crenças e assumpções acerca do mundo, são transmitidos aos filhos podendo influenciá-los de forma negativa (Janoff-Bulman, 1992, cit. Ancharoff, Munroe & Fisher, 1998).

Janoff-Bulman (1992) utiliza o conceito de esquema para explicar como o trauma influencia o desenvolvimento destas crenças e assunções acerca do mundo. Um esquema é uma estrutura mental que representa o conhecimento organizado acerca de um conceito ou tipo de estímulo. Estas assunções, crenças e representações internas acerca do próprio e dos outros, começam a ser desenvolvidas na infância e guiam a interacção com os outros. A partir do momento que estas assunções se desenvolvem elas são resistentes a mudanças excepto face a um acontecimento traumático. As sequelas psicológicas de um acontecimento traumático surgem através da alteração de três crenças fundamentais acerca do mundo e do próprio: 1) o mundo é benevolente, 2) o mundo possui significado e 3) o “eu” tem valor. As respostas ao acontecimento traumático são determinadas pela natureza do acontecimento, gerando por isso diferentes respostas. Contudo, o mundo deixa de ser considerado um local seguro e uma nova visão do mundo é construída. Segundo esta autora, basta a quebra de uma destas assunções para que a vítima deixe de sentir segurança nela própria e no mundo (Ancharoff, et al., 1998). Por sua vez, McCann e Pearlman (1990) baseiam-se na teoria construtivista do desenvolvimento do *self*, bem como no conceito anterior de crenças e assumpções. Estes autores referem que o *self* é a base da identidade de um indivíduo e da vida interna/interior e desenvolve-se como resultado de 1) reflexão, 2) interacção com os outros e 3) reflexão acerca dessas interacções. Segundo estes autores, o *self* é composto por quatro elementos: 1) capacidades básicas de manutenção da identidade e da auto-estima, 2) recursos do ego que regulam as interacções com o mundo, 3) necessidades psicológicas que motivam os comportamentos e 4) esquemas cognitivos, as crenças, assumpções e expectativas através das quais um indivíduo interpreta a sua experiência. Estes componentes do *self* são afectados pelo trauma interdependentemente e as necessidades dominantes do indivíduo determinam a sua resposta psicológica ao acontecimento. As necessidades que parecem serem mais afectadas pelo trauma incluem 1) o

quadro de referência, 2) segurança, 3) confiança e dependência, 4) estima, 5) independência, 6) poder e 7) intimidade. O trauma provoca uma disfunção nas necessidades do indivíduo e os esquemas são as manifestações cognitivas dessas necessidades. Segundo estes autores é este padrão de esquemas disfuncionais que é transmitido pelos pais traumatizados aos filhos, alterando as suas assumpções básicas, a sua visão do mundo e as suas crenças. Esta transmissão passa também pelos pensamentos, sentimentos e comportamentos que são paralelos aos sintomas de trauma dos pais e são gerados pelas experiências dos sobreviventes e que por eles são transmitidas (Munroe, Shay, Fisher, Zimering & Ancharoff, 1993). Contudo, existem variáveis que influenciam a transmissão das crenças traumáticas e que devem ser tidas em conta quando avaliamos ou intervimos com estas crianças, nomeadamente, 1) severidade do trauma parental, 2) o grau de disfunção das crenças e assumpções, 3) o grau de integração do acontecimento traumático do pai, 4) grau de restauro do significado da vida, 5) número e frequência de estímulos que despoletam recordações traumáticas e 6) a reexperienciação (Ancharoff, et al., 1998).

Neste sentido, é importante estarmos atentos às mensagens que são transmitidas pelos pais aos seus filhos. Contudo, nem todas as mensagens, crenças e assumpções são patológicas. Algumas podem mesmo ser úteis. Por exemplo um veterano que esteja sempre em alerta a algum sinal de emboscada, após o Vietname, e transmitir ao filho a necessidade de estar atento quando anda sozinho a pé durante a noite, não é mal adaptativo. O aspecto mais maligno da transmissão do trauma é o afecto em bruto que não foi integrado ou processado pelos seus pais e torna-se internalizado nas crianças de uma forma descontextualizada (Ancharoff et al., 1998), podendo aí sim revestir-se uma forte disfuncionalidade.

Sendo assim, os mecanismos de transmissão do material traumático de pais para filhos mais comumente descritos na literatura são os seguintes: o silêncio, a revelação em demasia, a identificação e a reconstrução (Ancharoff, et al., 1998).

O primeiro mecanismo o *Silêncio*, pode transmitir mensagens traumáticas tão poderosas como as palavras. Danieli (1984) descreve este processo como a “conspiração do silêncio”, dado que pode manter e aumentar os efeitos do trauma. Numa perspectiva sistémica, o silêncio pode transmitir regras, mitos, e meta-mensagens que a família pode adoptar sem questionar. O silêncio na família pode desenvolver-se de duas formas, i.é., os membros da família podem de uma forma empática ser coniventes (harmonizar) com o stress emocional do pai sobrevivente e com o objectivo de não suscitar mais stress eles esforçam-se por evitar assuntos que podem

despoletar desconforto ou mais sintomatologia. Este facto verifica-se facilmente nas crianças dos sobreviventes do holocausto, onde existe a sensação de que algo terrível aconteceu aos seus pais e daí a sua fragilidade. A segunda forma (Danieli, 1984) refere-se ao próprio comportamento do pai que pode inibir a discussão de temas sensíveis. Por exemplo, um veterano de guerra pode reagir com ansiedade, ataques de raiva, ou com um flashback, perante um assunto que despolete recordações do trauma da guerra. As crianças aprendem rápido a evitar assuntos, discussões, situações, pensamentos e emoções que elas acreditam que vão provocar estas reacções no pai. A família une-se para manter este silêncio com o objectivo de se protegerem e de protegerem o pai destas reacções pós trauma. Utilizam táticas e criam “crises” na família com o objectivo de manter distância do material traumático, nomeadamente mudando de assunto, transformando o filho em bode expiatório ou criando situações de conflito. Estas táticas alteram assim o foco da família no trauma do pai para assuntos considerados mais benignos. Contudo, a ansiedade nas crianças pode estar relacionada com a antecipação dos sintomas do pai e com as fantasias acerca do material traumático omitido e evitado. Uma variante do silêncio é a *Revelação Parcial (“Underdisclosure”)*, quando apenas são conhecidos detalhes pequenos e parciais da experiência traumática do pai, onde a criança num esforço de se sentir mais próxima do pai pode começar a tentar completar a história para melhor processar o acontecimento. No entanto, o fantasiar ou imaginar o trauma que os pais experienciaram, pode ser mais terrível do que a história traumática verdadeira (Ancharoff et al., 1998).

Um segundo mecanismo refere-se à *Revelação Exagerada (“Overdisclosure”)*. O risco envolvido no ouvir e testemunhar as experiências traumáticas é a alteração da visão de que o mundo é um local seguro, que existe um significado em tudo o que acontece e de que o ser humano tem valor. A partilha da experiência traumática pode ter um valor terapêutico muito grande no sentido que alivia a sensação de isolamento da vítima, contudo pode ser problemático se a pessoa que ouve não estiver equipada para partilhar a intensidade da experiência na sua forma mais grosseira. Embora se verifique frequentemente que as vítimas se esforçam por proteger a sua família da dor associada às suas memórias, muitas até o evitam totalmente, por vezes, algumas, contam a sua experiência traumática de um modo que pode traumatizar as crianças (revelação directa) (Ancharoff, et al., 1998). A informação traumatizante relacionada com o trauma parental deve ser transmitida de forma adequada, tendo em conta a idade da criança, e em doses que permitam à criança ouvir a experiência e receber apoio parental apropriado. Contudo, o grau pelo qual os pais conseguem adaptar a informação que transmitem

às crianças, tem a ver com a forma como lidam com os próprios sintomas e talvez com o grau de alteração das suas próprias assumpções. Os sobreviventes de trauma que ainda não conseguiram integrar as suas experiências têm dificuldades em escolher o quanto e quais os aspectos vão contar, bem como em modular afectos associados. Uma revelação total pode ser levada a cabo por pais que querem rapidamente preparar os filhos para sobreviver a um mundo no qual eles não acreditam e não confiam, mostrando como o perigo é omnipresente (Ancharoff, et al., 1998).

A *Identificação* é outros dos mecanismos descritos na literatura. As crianças que vivem com um pai traumatizado podem estar continuamente expostas às reacções pós trauma imprevisíveis e assustadoras. As crianças tendem a sentirem-se responsáveis pelo stress do pai e sentem que se forem bons filhos o pai não vai ficar triste ou não se vai zangar, e por isso esforçam-se para não o incomodar. Os filhos de pais traumatizados são semelhantes às crianças parentificadas de mães deprimidas e alcoólicas (Gizynsky, 1983, cit. Harkness, 1993; Greenfield, Swartz, Landerman & George, 1993). Os papéis acrescidos aumentam as ansiedades nestas crianças que ainda não estão preparadas para lidar com as exigências da vida adulta. As crianças dos veteranos identificam-se com a experiência do pai num esforço de o conhecer melhor e numa tentativa de sentir os seus sentimentos, possivelmente levando ao desenvolvimento de sintomatologia paralela (Harkness, 1993). Os sintomas de intrusão e reexperienciação podem ser confusos e disfuncionais para as crianças, pois os pais podem ter reacções imprevisíveis e explosivas durante os sintomas de intrusão, tendo muita dificuldade ou mesmo incapacidade em explicarem o que aconteceu. Por outro lado, os pais podem sentir-se culpados de expor a família ao seu sofrimento, isolam-se e ficam emocionalmente anestesiados, impossibilitados de contactar com as suas crianças. As crianças por sua vez podem apresentar o mesmo tipo de comportamento. A propensão do veterano para a hipervigilância pode ser transmitida à criança através da observação e da modelagem, dado que a criança pode aprender a sentar-se no mesmo canto que o pai e acreditar que o mundo é perigoso e deve estar sempre em alerta. Imitar o comportamento parental é também um meio para ganhar a aceitação de um pai que tem dificuldade na intimidade devido ao trauma (Ancharoff, et al., 1998).

Por último, os sobreviventes de um acontecimento traumático têm a tendência de fazer reconstruções desse episódio - *Reconstrução*. A perigosidade reside no facto destas reconstruções terem lugar perante outras pessoas, i.é., os filhos, que são induzidos a participar em relações baseadas na mesma perspectiva, segundo a mesma visão do mundo e a agir de

variadas formas em concordância com dinâmicas específicas do trauma original (Munroe, Shay, Fisher, Makary, Rapperport & Zimering, 1995). A participação de outras pessoas nesta reconstrução leva-as a activar emoções paralelas às emoções vivenciadas pela vítima no trauma original, provocando a traumatização secundária. Simultaneamente, estas interacções testam constantemente a validade da visão do mundo que o traumatizado possui, de forma a confirmá-la. As pessoas mais próximas podem começar a sentir, pensar e a comportar-se como se elas também tivessem passado pelo acontecimento traumático. Embora o conteúdo da interacção varie, os temas e os seus efeitos são iguais, i.é., é criado um isomorfismo da experiência do sobrevivente numa outra pessoa, uma relação que cria um padrão ou estrutura paralela à experiência traumática da pessoa e produz sentimentos, pensamentos, e comportamentos comuns a essa experiência. O isomorfismo comportamental leva a criança directamente à visão traumatizada do seu pai. Levar a criança para cenários que se assemelhem ao trauma parental forçosamente transmite à criança a visão do mundo do seu pai e esta vivência sentimentos, emoções e pensamentos, bem como comportamentos paralelos. Catherall (1992), refere-se a este processo como identificação projectiva ou contra-transferência (Wilson & Lindy, 1994, cit. Ancharoff, et al. 1998).

O exemplo que descrevemos de seguida citado por Ancharoff e colaboradores (1998) ilustra a presença e a conjugação possível destes mecanismos: «Um pai veterano enquanto via televisão com o seu filho de oito anos, observou algo que despoletou uma memória traumática da guerra e começou a falar das suas experiências traumáticas, inclusive pormenores relacionados com situações que envolveram atrocidades. O pai perante o seu próprio horror pediu desculpa e saiu de casa rapidamente de forma a conter os seus próprios sentimentos. O filho foi exposto às experiências de atrocidade em tempo de guerra (revelação em demasia). A saída abrupta do pai deixou-o sem “closure” e a especular sobre o que mais aconteceu e o seu significado (silêncio). Sem ninguém com quem falar, saiu e foi jogar basquetebol para obrigar a informação a sair-lhe da cabeça (identificação). Foi deixado com os sentimentos paralelos de ter conhecimentos acerca da experiência traumática da guerra mas sem permissão para abordar o assunto e talvez pensar (reconstrução isomórfica). Uma parte da experiência traumática do pai foi transmitida ao filho para ser incorporada na sua visão do mundo» (Ancharoff, et al., 1998, pp.266).

É importante ressaltar que os efeitos da transmissão das crenças e assumpções traumáticas, nem sempre são negativas. Não é possível prever o grau pelo qual a transmissão

das crenças traumáticas vai afectar as crianças dado que não existe um instrumento adequado para medir este constructo e o impacto distinto na vítima primária e secundária. Contudo, existem factores de risco baseados na história de vida. Nesse sentido, uma avaliação deve incluir uma avaliação do funcionamento cognitivo, afectivo e psicossocial da criança, bem como do funcionamento psicossocial e marital dos pais. Para perceber a visão do mundo da família devemos ter em atenção os mitos, temas comuns, assumpções, crenças e padrões de relacionamento da família (Ancharoff, et al., 1998).

1.2.1.3.1. A Transmissão Intergeracional do Trauma

A transmissão intergeracional do trauma foi descrita pela primeira vez entre os filhos dos sobreviventes do holocausto (Freyberg, 1980; Krystal & Niederland, 1968; Rakoff, Sigal & Epstein, 1966; Sigal & Rakoff, 1971, cit. Ancharoff, et al., 1998; Baranowsky, Young, Johnson-Douglas, Williams-Keeler & McCarrey, 1998). Embora alguns autores identifiquem problemas patológicos nestes filhos (Rakoff, 1966; Trossman, 1968, cit. Ancharoff, et al., 1998) outros não o verificaram (Klein, 1971). No entanto, sabe-se que estes filhos demonstram uma baixa tolerância em ouvir as memórias traumáticas dos pais (Prince, 1985, cit. Ancharoff, et al., 1998; Klein, 1971), manifestam comportamentos e sintomas neuróticos e psicóticos semelhantes ou simbólicos da experiência traumática dos pais (Kestenberg, 1983; Krell, 1982; Link, Victor & Binder, 1985; Rodin & Rodin, 1982) bem como experienciam dissociação, anestesia emocional e sonham acordados com aquilo que lhes parece ser a experiência traumática dos pais (Epstein, 1979, cit. Ancharoff, et al., 1998). Estes filhos apresentam uma tendência para evitar separações dos pais, têm manifestações de raiva, um elevado grau de evitamento afectivo e um grande desejo de proteger os pais da dor emocional (Klein, 1971), manifestando sentimentos de responsabilidade parental (Nadler, Kav-Vanaki & Gleitman, 1985; Rose & Graske, 1987; Zerling, Podietz, Belmont, Shapiro, Ficher, Eisenstein & Levick, 1984). São descritos como apáticos, confusos e incertos sobre os seus objectivos de carreira (Krystal & Niederland, 1971, cit. Ancharoff, et al., 1998), bem como parecem ser mais vulneráveis à resposta de stress subsequentemente a um trauma na idade adulta (Solomon, Kodler & Mikulincer, 1988). Utilizam um estilo defensivo relacionado com a expressão de afectos, como a raiva, agressão e ansiedade (Lichtman, 1984; Nadler, et al., 1985), mas lutam mais pela independência e autonomia do que as crianças de pais que não foram vítimas do holocaustos (Rose & Garske, 1987). Danieli (1985)

faz referência ao significado especial que estes filhos têm para os pais e descreve que a presença psicológica do Holocausto está sempre presente nas casas dos sobreviventes e que esta é absorvida por “osmose”. Danieli (1985) e Epstein (1979) não consideraram estas crianças como uma população patológica, mas sim crianças que lutam em silêncio com as mensagens de guerra que lhes são transmitidas pelos pais, tais como que o mundo não é seguro, o futuro é incerto, o diabo existe no mundo, que os pais são frágeis, apesar das aparências (Epstein, 1979, cit. Ancharoff, et al., 1998).

Também existem estudos que se debruçaram sobre efeitos nos filhos dos veteranos que estiveram em campos de concentração Japoneses, durante a II Guerra Mundial (Doreleijers & Donovan, 1990), que relatam uma negação do trauma por parte dos pais, referem a existência de mensagens sobre a guerra transmitidas aos filhos e um encorajamento subtil da agressividade. Estes autores referem que os pais incutem nos seus filhos as mesmas defesas que lhes foram úteis durante o período de tempo em que estiveram internados. De igual modo a permanência em campos de concentração nos Estados Unidos, parece ter exercido um impacto igualmente negativo nos sobreviventes e nos seus filhos (Nagata, 1991, cit. Doreleijers & Donovan, 1990), onde se verifica a existência de padrões de comunicação acerca do trauma disfuncionais (comunicação inibida), que realça nas crianças a sensação de mau presságio e consciência do trauma parental. Estas crianças experienciam uma maior sensação de vulnerabilidade quando comparadas com as crianças de pais que não passaram por esta situação traumática, bem como manifestam, durante a psicoterapia, a sensação de desenraizamento, constrição emocional na família, bem como sensação de opressão face ao silêncio na família e apresentam uma baixa auto-estima, preocupações vocacionais, problemas de assertividade e de identidade.

Em relação aos filhos dos veteranos de guerra do Vietname, Figley (1985) referiu-se à transmissão intergeracional do trauma como efeito de quiasma onde os sintomas traumáticos são transferidos para quem apoia e fornece suporte.

Motta, Joseph, Rose, Suozzi e Leiderman (1997) tentaram perceber melhor o mecanismo de transmissão das memórias traumáticas de guerra recorrendo não só a instrumentos tradicionais de avaliação do trauma, como o IES e o MMPI-2PK, mas também ao Stroop modificado. Este teste é considerado um procedimento útil dado que obtém informação sobre o impacto do trauma sem questionar directamente os participantes acerca das suas experiências. No Stroop modificado são impressas palavras emocionalmente significativas em

cartões de cores diferentes. A tarefa consiste em verbalizar a cor do cartão ignorando a palavra escrita. Neste estudo, foram utilizadas palavras relevantes da guerra do Vietname que exercem um impacto emocional nos veteranos (McNally, English & Lipke, 1993) e por isso era esperado que também o exercesse nos seus filhos. O que estes autores verificaram foi que dos vários instrumentos utilizados, apenas o Stroop foi eficaz em diferenciar os filhos dos veteranos de guerra dos filhos de indivíduos não veteranos, sugerindo a que o Stroop parece ser sensível na detecção dos efeitos psicológicos subtis da traumatização secundária nos filhos dos veteranos de guerra, ao contrário dos outros instrumentos, i.é., o Stroop foi eficaz no detectar de influências inacessíveis ao reconhecimento consciente e estas influências subtis estão reflectidas numa performance lenta na tarefa cognitiva de nomear a cor da palavra. Contudo, os autores sugerem uma interpretação alternativa para estes resultados, onde em detrimento de detectar a influência da traumatização secundária nos filhos dos veteranos, esta tarefa pode significar simplesmente que determinadas palavras têm uma especial relevância para eles. Esta última explicação parece ser a mais razoável dado que estamos a avaliar a transmissão intergeracional do trauma numa amostra de filhos de veteranos e não numa amostra de filhos de veteranos com PTSD. Também Suozzi e Motta (2004), verificaram que este instrumento era útil em diferenciar os filhos de pais com elevada exposição ao combate e outros com pouca exposição, i.é., os filhos dos veteranos que experienciaram elevados níveis de combate apresentaram tempos de latência mais longos nas respostas ao Stroop, onde tinham que verbalizar a cor do cartão e ignorar as palavras emocionalmente significativas impressas. Este estudo sugere uma transferência de preocupações relacionadas com o trauma e com a guerra dos pais para os filhos. O que se torna notório é o facto de esta diferença ocorrer no grupo de filhos de pais com elevada exposição a combate passado mais de três décadas (Suozzi & Motta, 2004) e tendo em conta a baixa intensidade da sintomatologia traumática secundária (McCann & Pearlman, 1990) o que torna mais difícil a sua avaliação e detecção. Uma das explicações sugeridas por estes autores, para o tempo de latência das repostas dos filhos ao Stroop é a activação do medo. A activação do medo pode ocorrer quando as necessidades de segurança e confiança dos próprios estão ameaçadas pela exposição continuada a uma vítima de trauma primária (McCann & Pearlman, 1990). É possível que as palavras relacionadas com o trauma original tenham despoletado respostas de medo intenso nos filhos de veteranos com elevada exposição a combate (Suozzi & Motta, 2004). Uma outra explicação refere-se a um desvio de atenção provocado por um estado emocional negativo, que interferiu com as trajectórias que produzem a resposta e processam o estímulo.

Por fim, a última explicação sugere que a ansiedade perante a situação de avaliação pode provocar uma demora nas respostas.

Neste capítulo fizemos uma pequena revisão da literatura numa perspectiva histórica e desenvolvimental da Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD) e da Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD). De seguida abordamos os Modelos Explicativos da Transmissão do Trauma nos vários sistemas onde o elemento traumatizado está inserido e o fenómeno de Transmissão Intergeracional do Trauma que pressupõe uma transmissão do material traumático de pais para filhos.

O próximo capítulo apresenta o impacto do PTSD no funcionamento familiar dos indivíduos com trauma, incluindo as famílias dos veteranos de guerra.

Capítulo 2

Funcionamento Familiar em Famílias de Veteranos de Guerra

Este capítulo apresenta as consequências e os efeitos negativos exercidos pelo quadro de PTSD no funcionamento familiar dos veteranos de guerra. São também apresentadas as características familiares mais descritas na literatura.

2.1. Impacto do PTSD no Funcionamento Familiar

O quadro clínico de PTSD exerce um impacto extremamente adverso no funcionamento familiar da vítima primária do trauma, mas também em todos os elementos da família que com ela coabitam diariamente devido ao grau de grande proximidade e envolvimento emocional.

Este impacto adverso do quadro clínico de PTSD tem vindo a ser estudado em vários tipos de acontecimentos traumáticos que afectam as famílias, nomeadamente nas famílias dos sobreviventes do holocausto (Danieli, 1985; Lev-Wiesel & Amir, 2000), nas famílias de veteranos de guerra envolvidos em vários confrontos bélicos (Jordan, Marmar, Schlenger, Kulka, Hough & Weiss, 1992; Solomon, et al., 1992a; Evans, Hugh, Hopwood & Watt, 2003), mas também nas famílias de crianças vítimas de acidentes ou doença grave na infância (Shudy, Almeida, Ly, Landon, Groft, Jenkins & Nicholson, 2006), nas crianças vítimas de tiroteios na escola (Jordan, 2003) e nas famílias das crianças que vivenciaram um terramoto (Kiliç, Ozguven & Sayil, 2003). Inclusivamente, existem estudos que enaltecem o papel de suporte da família à vítima de rapto (Navia & Ossa, 2003), bem como a importância do funcionamento familiar no desenvolvimento de PTSD em adolescentes com cancro (Pelcovitz, Libov, Mandel, Kaplan, Weinblatt & Septimus, 1998). De igual modo, as famílias das vítimas sobreviventes a uma tentativa de homicídio (Horne, 2003), bem como as famílias das vítimas de tortura (Kira, 2004), têm sido alvo de atenção por parte da comunidade científica, face à evidente disfunção e crise originada por um acontecimento traumático deste género na família.

2.1.1. O stress Traumático numa Perspectiva Sistémica: Impacto do Trauma na Família

A teoria do stress na família teoriza a forma como a família responde ao stress e a uma crise (McCubbin & McCubbin, 1989).

Os primeiros estudos que surgiram sobre o impacto do trauma após guerra na família foram realizados com as famílias dos sobreviventes do Holocausto. De acordo com a vasta investigação sobre o impacto da experiência do Holocausto nas famílias dos sobreviventes, existe um “legado” de experiências e recordações que passa de geração em geração, onde estas famílias se organizam em função da experiência traumática que viveram no passado, lidando

com esta experiência traumática de uma forma bastante heterogénea (Chaitin, 2003). Neste sentido, segundo Danieli, (1988, cit. Chaitin, 2003), as famílias dos sobreviventes do Holocausto utilizam quatro estratégias de coping para lidar com o passado e descreve-as segundo as seguintes características: “famílias vitimizadas”, as “famílias lutadoras”, as “famílias anestesiadas” e as “famílias que fazem”.

Assim, as “famílias vitimizadas” são aquelas predominantemente depressivas, que manifestam uma união simbiótica com os restantes membros, sentem receios, desconfianças e por isso evitam o mundo exterior, vivendo em constante receio de um novo Holocausto e preocupadas apenas com a sua sobrevivência. Nestas famílias os problemas psicológicos são minimizados em detrimento dos problemas de saúde física.

As “famílias lutadoras” apresentam uma forte necessidade de reconhecimento, não toleram depressões ou fraquezas, mas defendem a união familiar, a lealdade e a agressividade para com os outros. Nestas famílias existe um forte envolvimento intergeracional dos membros, bem como uma sobreprotecção entre estes.

As “famílias anestesiadas” vivem no passado, resignadas, em silêncio, não partilham informações sobre a sua experiência no Holocausto e não existem manifestações de sentimentos ou emoções.

Por fim, as “famílias que fazem”, sentem uma forte necessidade de serem bem sucedidas para contrariar a humilhação e a vergonha que sentiram durante a guerra, onde normalmente o sobrevivente adopta o papel principal na família e os restantes adoptam os papéis secundários. Chaitin (2003), no seu trabalho com famílias de sobreviventes do Holocausto (amostra não clínica), verificou que para além destas quatro estratégias de coping descritas anteriormente, as famílias também devem ser diferenciadas em mais duas categorias, as famílias nas quais “a vida continua” e as “famílias separadas”.

Relativamente ao impacto do trauma dos veteranos de guerra na família, Hill (1949, cit. Figley, 1998) foi um dos primeiros investigadores a estudar a crise familiar que pode surgir em situações de guerra e pós guerra, tendo descrito o fenómeno da transmissão do stress (ou do material traumático) a outros elementos da família e o seu impacto adverso, nas famílias de veteranos da II Guerra Mundial (Figley & Barnes, 2005). De igual modo, Waller (1944, cit. Figley & Barnes, 2005), um contemporâneo de Hill, também relatou o efeito da guerra na família de veteranos, descrevendo que os veteranos se sentiam como emigrantes de regresso à sua terra natal, sentiam-se confusos e experienciavam uma sensação de indiferença e afastamento da

família e amigos. Figley, (1978), descreveu a sensação de “separação” entre as experiências do veterano traumatizado e a sua família e os efeitos a longo prazo que o trauma exercia nas relações familiares e passados cinquenta anos, os mesmos sentimentos são manifestados pelos soldados que regressam da Guerra do Iraque (Figley & Barnes, 2005).

Figley e Barnes (2005) apresentam uma reflexão sobre o trauma numa perspectiva sistémica, referindo que o trauma provoca uma “ferida” emocional e por vezes física, que é transmitida e vivida pela família da vítima primária do trauma. Esta ferida pode afectar a família ao nível das suas rotinas diárias, padrões de interacção, mecanismos de coping, comunicação, disciplina e ao nível do suporte emocional que é fornecido. Estes autores apresentam resumidamente as características que determinam se um acontecimento é vivenciado pela família como um stressor comum ou um stressor traumático (Tabela 2), nomeadamente o tempo de preparação, o grau de antecipação, a experiência prévia, as fontes de apoio, a experiência dos outros, a duração da crise e a sensação de controlo, i.é. os acontecimentos de vida que induzem stress considerado normal, os indivíduos podem-se preparar bem como antecipar determinadas situações, o que não acontece nos acontecimentos traumáticos dado que são imprevisíveis e repentinos. Felizmente a maioria das pessoas, ao contrário das situações da vida que induzem stress normativo, não têm experiência prévia pessoal sobre a vivência de acontecimentos traumáticos, mas sim conhecimento de alguém que passou por um. Após vivenciar uma situação traumática o indivíduo tem dificuldade em falar sobre o que aconteceu e dificuldade em se aproximar de outros que tenham passado pelo mesmo, aumentando a sensação de isolamento e de sentirem que são os únicos. Um outro factor que distingue o stress normativo do stress traumático é a duração dos episódios que no stress traumático são considerados longos devido aos efeitos que se mantêm por tempo indeterminado. Por fim, a sensação de controlo é quase ou totalmente inexistente quando se experimenta uma situação traumática.

Segundo Barnes (1998), a vítima primária vivência sintomas que de alguma forma estão associados com o trauma, enquanto a vítima secundária vivência sintomas que estão associados à vítima primária do trauma. Daí que o trauma não possa ser considerado apenas segundo uma perspectiva linear em que resulta de uma experiência considerada traumática pela vítima, dado que a manutenção dos sintomas do trauma é um processo sistémico que resulta da dança interaccional entre a vítima primária e todos aqueles que interagem com ela diariamente.

Tabela 2: Diferenças Gerais entre o Stress Normativo e o Traumático (Figley & Barnes, 2005, pp.383)

Características	Stress Normativo	Stress Traumático
Tempo de Preparação	Algum	Pouco a nenhum
Grau de Antecipação	Muito	Nenhum
Experiência Prévia	Alguma	Nenhuma
Fontes de Apoio	Muitas	Poucas ou nenhuma
Experiência dos Outros	Universal	Pouco frequente
Duração da Crise	Nenhuma a pouco	Pouco a muito
Sensação de Controlo	Moderada a alta	Pouca a nenhuma

Sendo assim, podemos constatar que, com o passar dos anos, a traumatização secundária ou sistémica começou a ser reconhecida e estudada e os técnicos começaram a ser sensibilizados para o facto de ser necessário compreender como é que uma família reage a uma catástrofe ou a um acontecimento traumático, para poder intervir de uma forma eficaz ao nível psicoterapêutico.

2.1.2. Famílias de Veteranos de Guerra

Os estudos sobre o funcionamento familiar dos veteranos de guerra têm-se debruçado sobretudo nas famílias dos veteranos de guerra do Vietname, mas não só, pois existem trabalhos desenvolvidos também com as famílias dos veteranos da guerra de Israel (Solomon, Mikulincer, Freid & Wosner, 1987; Solomon, 1988a; Solomon, Waysman, Belkin, Levy, Mikulincer & Enoch, 1992b), com os veteranos de guerra que participaram na Operação Tempestade no Deserto (Ford, Shaw, Sennhauser, Greaves, Thacker, Chandler, Schwartz & McClain, 1993; Waysman, Mikulincer, Solomon & Weisenberg, 1993; Ford, Chandler, Thacker, Greaves, Shaw, Sennhauser & Schwartz, 1998; Taft, Schumm, Panuzio & Proctor, 2008) e com as famílias de militares Alemães que participaram nas missões de paz (Dirkzwager, Bramsen, Adér, Henk & van der Ploeg, 2005; Fairbank & Fairbank, 2005; Fals-Stewart & Kelley, 2005).

Todas estas famílias têm como factor comum a presença de um veterano de guerra com PTSD e de uma forma geral aquilo que se verifica é que o impacto adverso da sintomatologia de PTSD se manifesta através de uma insatisfação e disfunção ao nível do funcionamento familiar. Aliás, Figley (1995a) refere que existe um padrão de funcionamento familiar característico nas

famílias de veteranos com PTSD, distinto do padrão familiar dos veteranos sem PTSD. Contudo, a importância do funcionamento familiar é enaltecida através dos estudos que referem o desenvolvimento do quadro de PTSD do próprio veterano. Silver (1985, cit. Waysman, et al., 1993), verificou que para além da experiência de combate, o predictor mais poderoso do PTSD, entre veteranos, era um mau funcionamento familiar, tal como foi verificado por Stockton (1982, cit. Waysman, et al., 1993), que comparou dois grupos de veteranos e verificou que o funcionamento familiar era mais significativo em distinguir os veteranos que tinham PTSD dos que os que não tinham, do que os factores desenvolvimentais ou de personalidade. Neste sentido parece que o sistema familiar tem o papel potenciador de manter (alimentar) ou eliminar o PTSD (Herndon & Law, 1986, cit. Waysman, et al., 1993).

Sendo assim, é necessário ter em conta quais os comportamentos do veterano que mais podem afectar a família de uma forma negativa, nomeadamente os comportamentos de evitamento, não falar, não pensar, não sentir e não confiar resumem os comportamentos de evitamento mais importantes; o embotamento afectivo, o estar “desligado” e “congelado” emocionalmente e as dificuldades em expressar emoções ou sentimentos positivos; a alienação e o isolamento social, existe uma “parede” que funciona como uma barreira para a comunicação com a família e com o exterior; a depressão crónica associada a uma baixa auto estima e percepção de rejeição pelos outros; a ideação suicida origina um estado de preocupação constante e de vigilância quase permanente, o uso de substâncias com o objectivo de atingir um estado de “anestesia emocional” para não ter que lidar com a dor; a violência física e psicológica; a desconfiança e ira, o não confiar em ninguém e a activação fisiológica leva a reacções impulsivas de raiva ira e hostilidade (Pereira, 2003). Estes sintomas manifestam-se através de um maior nível de conflito e distress na família e no casal (Carroll, Rueger, Foy & Danahoe, 1985; Caselli & Motta, 1995), uma vez que os veteranos apresentam problemas ao nível da intimidade (Riggs, Byrne, Weathers & Litz, 1998) e de sociabilização (Roberts, Penk, Gearing, Robinowitz, Dolon & Patterson, 1982), problemas ao nível da expressão de sentimentos e de abertura e revelação (*self-disclosure*), bem como manifestações de agressividade física e dificuldades de ajustamento (Carroll, et al., 1985), manifestam mais comportamentos de agressividade para com a esposa como forma de resolução de conflitos (Savarese, Suvak, King & King, 2001) e problemas ao nível interpessoal e de resolução de problemas (Nezu & Carnevale, 1987).

Um dos estudos mais referenciados, levado a cabo com os veteranos de guerra do Vietname, foi realizado por Kulka e colaboradores (1990). Este estudo teve vários objectivos e um deles foi estudar as características do funcionamento familiar dos veteranos de guerra com PTSD em comparação com os veteranos sem PTSD. Através do relato das esposas dos veteranos verificou-se que os veteranos com PTSD casam mais vezes, mantêm-se casados por menos tempo, manifestam problemas de reajustamento, baixo nível de funcionamento familiar elevados níveis de problemas maritais, violência e perigosidade na família, desmoralização, vulnerabilidade a um estado de esgotamento. Em relação à família verificou-se um elevado nível de PTSD e um nível baixo de bem-estar subjectivo, bem como taxas elevadas de problemas comportamentais nas crianças.

Na sua generalidade, os estudos com as famílias de veteranos com PTSD indicam que estas apresentam elevados níveis de conflito e distress familiar e conjugal (Westerink & Giarratano, 1999; Beckham, et al., 1996; Dekel, et al., 2005), pouca coesão e adaptabilidade, bem como dificuldades de comunicação (Rosenheck & Thomson, 1986), baixos níveis de satisfação marital e expressividade na família (Westerink & Giarratano, 1999; Caselli & Motta, 1995) e rigidez (Williams & Williams, 1985, cit. Dekel, et al., 2005).

Jordan e colaboradores (1992), levaram a cabo um estudo com famílias de veteranos de guerra com PTSD e sem PTSD e verificaram que os veteranos com PTSD apresentavam mais problemas maritais e de relacionamento, dificuldades parentais e pior ajustamento familiar descrevendo as suas famílias como “extremas” ao nível da coesão e da adaptabilidade. Nestas famílias existia mais violência do que nas famílias dos veteranos sem PTSD e os seus filhos apresentavam problemas de comportamento clinicamente significativos. Solomon e colaboradores (1992b) verificaram que as relações maritais dos veteranos Israelitas com PTSD eram mais conflituosas, menos íntimas, menos consensuais, menos coesas, e menos satisfatórias quando comparadas com as relações maritais dos veteranos sem PTSD. De igual modo, um outro estudo veio ressaltar que os efeitos adversos da experiência traumática em teatro de guerra, podem-se manifestar na família logo após o primeiro ano do término da sua comissão, onde foram verificados elevados níveis de PTSD associados a uma baixa expressividade, pouca coesão e elevado conflito na família (Solomon, et al., 1987).

Waysman e colaboradores (1993) avaliaram 127 mulheres de veteranos de Israel, que participaram na guerra do Líbano, diagnosticados com uma reacção aguda de stress e 85 mulheres de veteranos sem diagnóstico de reacção aguda de stress. Deste estudo resultou a

definição de seis tipos de família que Waysman categorizou segundo Moos e Moos (1977): (1) “família expressiva e estruturada”; (2) “família expressiva e desestruturada”; (3) “família meio-termo”; (4) “família de orientação moral rígida”; (5) “família que contém conflito” e (6) “família que contém conflito contido” (Waysman, Mikulincer, Solomon, & Weisenberg, 1993).

O primeiro tipo de famílias, “família expressiva e estruturada”, é o mais comum nesta amostra de veteranos (35%), manifestando um bom nível de coesão e expressividade, baixos níveis de conflito, sendo as relações entre os membros caracterizadas pela aproximação e abertura. Nestas famílias o crescimento pessoal é encorajado, bem como a independência dos membros.

O segundo tipo de família, “expressiva-desestruturada”, constitui 16% da amostra. Tal como as famílias anteriores, apresentam um bom nível de coesão e expressividade, mas diferem destas no baixo nível de organização, controlo na ênfase da religião e moralidade. Estas também são caracterizadas por um nível elevado de independência e baixo nível de orientação para o sucesso.

O terceiro tipo de família, “família meio-termo”, constituiu 19% da amostra, e parecem ser as menos diferenciadas ao nível do ambiente familiar. Os resultados não se desviam muito da média em nenhuma área, ou seja, parecem estar um pouco acima da média na coesão, mas abaixo na expressividade e conflito. Têm pouco controlo, pouco ênfase nas actividades recreativas, culturais ou intelectuais. Parecem evitar qualquer tipo de envolvimento, seja dentro ou fora da família.

O quarto tipo de família, “família de orientação moral rígida”, constitui 14% da amostra. Este tipo de família apresenta a média mais elevada dos seis tipos de família ao nível do: controlo, organização, ênfase na religião e moralidade e na orientação para a realização. Contudo apresentam baixos níveis de expressividade e independência. É esperado que os membros da família se conformem e que invistam as suas energias no trabalho, não sendo estimulada a expressão de emoções e o desenvolvimento de interesses fora da família.

O quinto tipo de família, “família que contém conflito”, constitui o grupo mais pequeno da amostra (6%) e parecem ser as famílias que apresentam mais disfunção ao nível do funcionamento familiar. O seu perfil apresenta elevados níveis de conflito e pouca coesão e expressividade, pouca organização e pouco empenhamento em áreas de realização e crescimento pessoal, bem como de actividades fora da família. O conflito está sempre presente e a raiva é a única emoção passível de ser manifestada. Não existe suporte entre os membros.

O sexto tipo de família, “família que contém conflito contido” (10%), apresentam o mesmo nível de conflito que o tipo de família anterior, embora este esteja contido. A diferença é que este tipo de família apresenta menos disfunção nas outras áreas de funcionamento, não apresentam níveis tão baixos de coesão e têm lugar para a expressão de sentimentos positivos, que não apenas a raiva e o conflito. As áreas de desenvolvimento e crescimento pessoal encontram-se na média indicando que o nível de conflito não é tão devastador como nas famílias anteriores. O facto de serem estimulados para a construção de relações fora de casa conseguem diminuir o efeito negativo do seu ambiente familiar conflituoso. Concluindo, Waysman e colaboradores (1993) neste estudo verificaram que as mulheres dos veteranos Israelitas de famílias orientadas para o conflito eram mais prevalentes nas mulheres dos veteranos com PTSD, bem como apresentavam mais psicopatologia quando avaliadas através do SCL 90-r. As mulheres de famílias expressivas eram as mais funcionais e menos prejudicadas. Neste sentido parece que as famílias expressivas têm mais recursos sociais e respondem melhor ao PTSD do veterano (Hobfoll, 1989; Holahan & Moos, 1986, cit. Waysman, et al., 1993).

Os militares que participaram em missões de paz podem passar por situações de stress extremo, em zonas de guerra potencialmente traumáticas, podendo desenvolver PTSD (Litz, 1996; Litz, Orsillo, Friedman, Ehlich & Batres, 1997; Dirkzwager, et al., 2005). Neste sentido, Ford e colaboradores (1993) verificaram ao estudar os soldados da Operação Tempestade no Deserto, que estes apresentavam uma comunicação menos efectiva, dificuldades na resolução de problemas, menos satisfação sexual e dificuldades de funcionamento familiar (Taft, et al., 2008).

Numa amostra de 180 veteranos da Guerra Colonial, verificou-se que 79% pertenciam a famílias extremas e 20% a famílias intermédias. Não foram encontradas famílias equilibradas. Os veteranos que pertenciam a famílias extremas apresentavam mais psicopatologia e mais sintomatologia de PTSD, particularmente sintomas de intrusão e evitamento (Pereira, et al., 2008).

Estes estudos indicam claramente que os veteranos que sofrem de PTSD apresentam mais problemas ao nível do funcionamento familiar do que os veteranos que não sofrem de PTSD (Carrol, et al., 1985; Jordan, et al., 1992; Riggs, et al., 1998; Evans, et al., 2003; Taft, et al., 2008).

Ainda que a maioria dos estudos se tenham debruçado sobre o impacto do quadro clínico de PTSD do veterano no funcionamento familiar, isto é, na presença ou ausência de

PTSD, outros estudos demonstraram interesse em perceber quais os grupos de sintomas deste quadro clínico que maior impacto exercem no funcionamento familiar, nomeadamente os sintomas de intrusão, evitamento e activação fisiológica (Ford, et al., 1993; Riggs, et al., 1998; Taft, et al., 2008; Evans, et al., 2003; Hendrix, Jurich & Schumm, 1995; Hendrix, Erdmann & Briggs, 1998).

Neste sentido, a literatura revela que os sintomas de evitamento (Riggs, et al., 1998; Ford, et al., 1993; Evans, et al., 2003), os sintomas de anestesia e embotamento emocional (Taft, et al., 2008) e os de intrusão e activação fisiológica (Hendrix, et al., 1995; Hendrix, et al., 1998; Evans, et al., 2003) parecem estar associados à disfunção familiar e a relações problemáticas. Contudo, é necessário salientar que os sintomas de activação fisiológica se encontram associados ao consumo e abuso de álcool e à agressividade conjugal (Savarese, et al., 2001).

Evans e colaboradores (2003), estudaram a associação entre estes três grupos de sintomas e a percepção do funcionamento familiar por parte dos veteranos e esposas. Os resultados indicam que existe uma associação entre os sintomas de intrusão, evitamento e activação fisiológica e o relato do funcionamento familiar pelos veteranos, enquanto os relatos das esposas sobre o funcionamento familiar apenas se relacionavam com os sintomas de evitamento e activação fisiológica. Contudo, são os sintomas de evitamento que os veteranos indicam como associados a um funcionamento familiar pobre, ao contrário das esposas. Evans e colaboradores (2003), explicam estes resultados tendo em conta o impacto adverso dos sintomas de intrusão no próprio veterano e não tanto nas esposas, ao contrário dos outros dois grupos de sintomas que parecem interferir em maior grau com a esposa. De igual modo, Hendrix e colaboradores (1998) verificaram que as esposas dos veteranos consideravam que os sintomas de evitamento exerciam um impacto negativo na vida da família, bem como diminuía a comunicação. Os níveis elevados de sintomas de activação fisiológica eram preditores de menor coesão e adaptabilidade familiar, bem como de menor satisfação marital (Hendrix, et al., 1998). Já Taft e colaboradores (2008), verificaram que os sintomas de anestesia emocional/embotamento afectivo e a activação/falta de controlo eram os que mais impacto exerciam no funcionamento familiar dos Veteranos que participaram na Operação do Deserto, ao contrário dos sintomas de intrusão e evitamento.

Para além do PTSD e dos três grupos de sintomas que o constituem, também a comorbidade e outros problemas psicológicos associados a este quadro clínico, podem exercer

um impacto negativo no funcionamento familiar e até mesmo serem em grande parte responsáveis pela disfunção familiar (Chemtob, Hamada, Roiblat & Muraoka, 1994; Byrne & Riggs, 1996; Riggs, et al., 1998; Savarese, et al., 2001; Erickson, Wolfe, King, King & Sharkansky, 2001; Taft, Pless, Stalans, Koenen, King & King, 2005).

Neste sentido, Evans e colaboradores (2003) estudaram o papel da depressão, da raiva e do abuso de álcool como variáveis mediadoras, em relação ao impacto dos três grupos de sintomas de PTSD nos relatos de funcionamento familiar dos veteranos e esposas e verificaram que as dificuldades ao nível familiar seriam provocadas não tanto pelos sintomas de PTSD, mas mais directamente pelas manifestações de raiva, pela sintomatologia depressiva e pelos sintomas de afastamento e embotamento afectivo.

Por fim, no que diz respeito à relação pai/filho a literatura revela que os indivíduos que apresentam história de trauma relatam uma relação pai/filho pobre (Lauterbach, Bak, Reiland, Mason, Lute & Earls, 2007) e os sintomas de PTSD que em particular exercem um impacto mais negativo na relação pai/filho são os sintomas de evitamento e embotamento afectivo e os sintomas de activação aumentada. Ruscio, Weathers, King e King (2002), verificaram que o embotamento afectivo é o único sintoma de PTSD que está consistentemente associado com a percepção do veterano da relação entre pai/filho. Isto indica que os veteranos com um significativo embotamento afectivo (não necessariamente um quadro de PTSD), estão em maior risco de desenvolver problemas ao nível interpessoal, o que por sua vez, desencadeia um desinteresse, distanciamento e falta de disponibilidade emocional que caracterizam o embotamento afectivo, podendo diminuir a capacidade do pai e a prontidão para procurar e sentir prazer nas actividades com os seus filhos, levando a uma qualidade de relação com a criança pobre. Numa replicação do estudo anterior, Samper, Taft, King e King (2004), estudaram a relação entre os sintomas de PTSD do pai veterano e a satisfação parental, mas controlaram o diagnóstico de depressão major, abuso de dependências, álcool e a existência de violência conjugal que está associada a uma parentalidade negativa. Dos 250 veteranos estudados, os que apresentavam elevados níveis de PTSD e sintomas de evitamento e embotamento afectivo estavam em particular risco de relatar uma má satisfação parental, levando-os a considerar que os sentimentos de distanciamento e incapacidade de experienciar emoções são transportados para a relação parental. É possível que estes sintomas levem a mais problemas de comportamento nas crianças, situação, que por sua vez, leva a uma satisfação parental pobre, dado que existe uma forte associação entre os sintomas de evitamento e

embotamento afectivo, bem como a severidade do PTSD e uma satisfação parental pobre (Samper, et al., 2004), De igual modo, Rosenheck e Thomson (1986) referem que os sintomas de embotamento afectivo e de evitamento são os que mais prejudicam o funcionamento familiar, bem como a performance do papel de pai. O pai isola-se e cria um vazio emocional, levando à perda de funcionalidade do seu papel de pai (Galovski & Lyons, 2004). Um efeito adicional deste distanciamento emocional é a crença dos filhos de que os pais não gostam deles (Frederikson, Chamberlain & Lang, 1996). A disfunção ao nível interpessoal observada nos veteranos com PTSD pode ter um impacto directo na sua capacidade parental e interromper o desenvolvimento de uma relação pai/filho positiva (Galovsky & Lyons, 2004), bem como pode diminuir a sua capacidade de envolvimento de interacções normais e necessárias para o desenvolvimento de uma boa relação (Ruscio, et al., 2002). Também Harkness e Zador (2001) referem que o problema central do PTSD na família é a indisponibilidade emocional do membro com PTSD. De igual modo, do *National Vietnam Veterans Readjustment Study* (Kulka, et al. 1990) sobressai a relação entre o PTSD e um ambiente familiar disfuncional, instabilidade emocional, psicopatologia na família, mau ajustamento psicológico e problemas de comportamento nas crianças dos veteranos com PTSD (Jordan, et al. 1992). Ainda que estes autores tenham verificado, uma relação positiva entre o PTSD, em particular os sintomas de evitamento e embotamento afectivo, e uma insatisfação parental bem como problemas na relação pai/filho e problemas de comportamento nas crianças, Harkness (1993) não encontrou uma associação entre a intensidade dos sintomas de PTSD do veterano e o comportamento das crianças. Esta conclusão discrepante em relação aos outros estudos, deve-se essencialmente ao facto de o estudo de Harkness ter tido como objectivo avaliar o impacto de diferentes níveis de PTSD no comportamento dos filhos, enquanto que os outros estudos comparam filhos de veteranos com PTSD e filhos de veteranos sem PTSD.

Outra característica do pai, que interfere numa boa relação pai/filho é a experiência de guerra directa e a participação em violência abusiva. A experiência de guerra directa pode tornar o veterano incapaz de exercer a sua parentalidade, dando lugar a problemas de desenvolvimento e comportamento nas crianças, sendo o PTSD do pai um factor indirecto no comportamento dos filhos (Rosenheck & Fontana, 1998). De igual modo, também a participação do pai em violência abusiva durante a guerra, parece interferir e exercer um impacto adverso na relação pai/filho. Rosenheck e Fontana (1998) verificaram que a participação em violência abusiva estava relacionada com uma forma virulenta de PTSD, que por sua vez parece afectar de forma adversa

a relação pai/filho (Haley, 1985, cit. Rosenheck & Nathan, 1985). Os resultados indicam, que os filhos dos veteranos que participaram em violência abusiva apresentavam mais problemas de comportamento. Caselli e Motta (1995), referem que as reacções parentais têm um papel importante na modelagem do comportamento da criança e na sua capacidade futura para lidar com os acontecimentos de vida stressantes, tal como sugere Greenwald (2000) que a perda de controlo, os gritos frequentes, a imposição de disciplina rígida, os castigos inconsistentes e pouco razoáveis, exercem um impacto adverso nas crianças. Concluindo, parece que de facto dos três grupos de critérios de PTSD, os sintomas do Grupo C e D, ou seja, os sintomas de evitamento e embotamento afectivo e os sintomas de hiperactivação, parecem ser os maiores responsáveis pela relação pai/filho deficitária bem como pelos problemas psicológicos e de comportamento manifestados pelos filhos.

A literatura tem mostrado, em relação às características da relação pai/filho, que existe uma relação emaranhada e problemática devido aos conflitos frequentes (Jurich, 1983; Westerink & Giarratano, 1999; Galovski & Lyons, 2004; Al-Turkait & Ohaeri, 2008), bem como caracterizada por um estilo de parentalidade, baseado na exigência, super-protecção e no controlo (Harkness, 1993). Segundo Jurich (1983), a adolescência é o período mais complicado para o próprio e família, devido ao processo de desenvolvimento da identidade do adolescente e da reavaliação do projecto de vida do progenitor.

Segundo Jurich (1983), os veteranos de guerra foram para a guerra ainda muito jovens e podem ter sofrido de uma privação de identidade ou de uma suspensão de desenvolvimento. Rodearam-se de barreiras defensivas que mantiveram uma distância emocional entre eles próprios e as suas esposas e pares, e procuraram nos filhos intimidade e auto-afirmação que os levaram a tornarem-se demasiado envolvidos na vida dos seus filhos. Durante a adolescência, a relação emaranhada entre pai/filho pode contribuir para a confusão de identidade e *"foreclosure"* na criança, estabelecendo um padrão intergeracional. Por este motivo, os padrões de funcionamento traumáticos podem funcionar bem enquanto a criança é pequena (aliados e inimigos), contudo podem deixar de funcionar a partir da adolescência e dos primeiros anos da idade adulta, quando o adolescente deseja uma maior autonomia e independência. Um pai que não se envolveu na infância da criança pode correr o risco de se identificar e tornar-se mais envolvido na rebelião típica da adolescência. Por outro lado, as crianças são menos afectadas pelos estados emocionais parentais do que os adolescentes (Green, Korol, Grace, Vary, Leonard, Goldine & Smitson-Cohen, 1991) porque estes podem ser mais influenciados pela perda de

funções dos parentais, tornando-se mais facilmente responsabilizados por novos papéis. Os adolescentes correm mais facilmente o risco de se identificarem com os pais bem como de internalizarem sentimentos negativos como a culpa e a responsabilidade (Appleyard & Osofsky, 2003). Segundo Jurich (1983) o risco de transmissão intergeracional é muito elevado neste período.

Ao longo deste capítulo verificamos que ao longo da história dos vários conflitos bélicos, foram sendo documentadas as consequências adversas ao nível do funcionamento familiar dos veteranos de guerra com PTSD. As consequências negativas de viver com um veterano de guerra com PTSD verificam-se sobretudo ao nível da dinâmica familiar, coesão e adaptabilidade entre os membros, comunicação e adopção de papéis.

Contudo, não só o quadro de PTSD exerce um impacto negativo na dinâmica familiar. Como poderemos ver no capítulo seguinte, também a comorbilidade psicológica, frequentemente associada ao PTSD, está associada a uma forte disfuncionalidade na família.

Capítulo 3

Psicopatologia em Famílias com Veteranos de Guerra

Como o quadro clínico de PTSD raramente se manifesta de forma isolada, este capítulo apresenta uma breve descrição das perturbações do Eixo I e II mais comumente associadas ao PTSD e o seu reflexo ao nível da qualidade de vida dos Veteranos de Guerra. De seguida, será abordado o impacto da Psicopatologia e Doença Mental dos progenitores nos filhos, finalizando com a Caracterização Psicopatológica dos Filhos dos veteranos de guerra.

3.1. Psicopatologia e PTSD em Veteranos de Guerra

O quadro clínico de PTSD dificilmente se manifesta de forma isolada. Cerca de 50 a 90% dos indivíduos com PTSD apresentam outras desordens (Yehuda & Wong, 2002, cit. Vaz Serra, 2003), tais como a ansiedade, depressão, abuso de substâncias, problemas ao nível das relações interpessoais, problemas de saúde física e défices cognitivos (Joseph, Williams & Yule, 1997).

O abuso de substâncias (73%), a depressão (26%), a distímia, bem como a ansiedade, a fobia social (Orsillo, Heimberg, Juster & Garret, 1996), a agorafobia (Crowson, Frueh, Beidel & Turner, 1998) e a perturbação de pânico (Freedy & Donkervoet, 1995), bem como as perturbações psicóticas (Kozaric-Kovacic & Borovecki, 2005) são as perturbações comórbidas que mais se destacam.

Relativamente à morbilidade psicológica, a depressão e a ansiedade são ambas muito mais elevadas nos veteranos com PTSD comparando com os veteranos sem PTSD, (Orsillo, Weathers, Litz, Stneiberg, Huska & Keane, 1996; Taft, Vogt, Marshall, Panuzio & Niles, 2007). Aliás, vários estudos indicam que o PTSD e a depressão major representam uma “vulnerabilidade conjunta” (Breslau, Davis, Peterson & Schultz, 2000; O’Donnell, Creamer & Pattison, 2004; Green, Krupnick, Chung, Siddique, Krause, Revicki, Frank & Miranda, 2006), sendo o PTSD um factor de risco para o desenvolvimento da depressão e a depressão para o desenvolvimento de PTSD, ou seja, existe uma reciprocidade entre PTSD e depressão (Erickson, et al., 2001). As perturbações do humor são as perturbações do Eixo I mais comumente associadas ao diagnóstico de PTSD nos veteranos de guerra (Roszell, McFall & Malas, 1991; Dunn, Yanasak, Schillaci, Simotas, Rehm, Soucek, Menke, Ashton & Hamilton, 2004) e Kramer, Booth, Han e Williams (2003) verificaram que o facto de existir uma perturbação depressiva juntamente com um quadro de PTSD aumentava as dificuldades de funcionamento e o distress psicológico dos veteranos, bem como a procura dos serviços de saúde mental e o abuso de substâncias. Tal como a depressão, também a sintomatologia ansiosa (traço e estado) se manifesta muito elevada (Fairbank, Keane & Malloy, 1983).

Além disso, Taft e colaboradores (2005) verificaram que a presença de sintomatologia depressiva é um factor de risco para a agressividade em veteranos com PTSD, sendo a agressividade e a raiva (Chemtob, et al., 1994) perturbações frequentemente manifestadas pelos veteranos com PTSD, aumentando o risco de violência interpessoal (Beckham, Feldman, Kirby,

Hertzberg & Moore, 1997b). Aliás vários estudos com veteranos com PTSD demonstram que esta população apresenta elevados níveis de hostilidade, que se traduzem em comportamentos agressivos e violentos e pouco auto-controlo (Beckham, et al., 1997b). Maia e colaboradores (2006) verificaram que 37% dos veteranos da Guerra Colonial relatavam pelo menos um tipo de comportamento agressivo, sendo os mais frequentes os insultos a familiares, amigos ou colegas. Estas autoras verificaram ainda que, 37% dos veteranos reconhecia ter praticado pelo menos um tipo de acto de violência conjugal, sendo os mais frequentes o insultar/difamar, dar uma bofetada e partir e destruir objectos de propósito.

Em relação às perturbações de personalidade em veteranos com PTSD, os estudos indicam que 79% dos pacientes apresentavam pelo menos uma desordem de personalidade (Bollinger, Riggs, Blake & Ruzek, 2000), sendo as mais frequentemente verificadas a perturbação de personalidade obsessiva-compulsiva (16,5% - 28%), evitante (12,2% - 46,2%), borderline (8,7%), paranóide (46,2%) e anti-social (15%) (Bollinger, et al., 2000; Dunn, et al., 2004). Segundo Dunn e colaboradores (2004), 16% dos veteranos da sua amostra apresentavam duas ou mais desordens de personalidade.

Em Portugal, Albuquerque e Lopes (1997), concluíram que a depressão, as fobias e ansiedade eram as perturbações mais verificadas nos veteranos da Guerra Colonial. Por sua vez, Maia e colaboradores (2006) revelaram que 56% dos veteranos apresentavam sintomas clínicos de morbilidade psicológica significativos e Pereira e Pedras (2007), verificaram que 51% dos veteranos apresentavam comportamentos de impulsividade, em particular a agressividade, perda de controlo, ataques de raiva e irritabilidade fácil; 49% apresentavam comorbilidade como a depressão, ansiedade, distímia, doença bipolar e ideação suicida; 58% dos veteranos relatavam outros problemas tais como sintomatologia psicótica, fobias, agorofobia e ataques de pânico e 3% relatavam praticar actos de agressividade conjugal. Um outro estudo levado a cabo com uma amostra de 180 veteranos, revelou que 71% apresentava sintomas de psicopatologia, bem como aqueles que preenchiam os critérios de diagnóstico para PTSD apresentavam mais psicopatologia. Os valores de psicopatologia encontravam-se significativamente acima da média da população geral e indicavam perturbação emocional, particularmente nas escalas de somatização, depressão ansiedade, ideação paranóide e hostilidade (Pereira, et al., 2008). Em relação à morbilidade psicológica, 71% dos veteranos apresentavam níveis elevados de depressão (depressão moderada a severa) mas o mesmo não foi encontrado ao nível da ansiedade. Os níveis de ansiedade estado e traço encontravam-se acima da encontrada na

população geral (a média para a ansiedade estado é 35 e nesta amostra foi encontrada uma média de 60, bem como a média da população geral para a ansiedade traço é de 34 e nesta amostra verificou-se 59. Contudo, os veteranos com PTSD apresentavam níveis de ansiedade mais elevados (Pereira, et al., 2008).

Tendo em conta a complexidade do quadro de PTSD e a comorbilidade associada, é importante reflectir nas consequências deste quadro, na qualidade de vida e funcionamento diário dos veteranos de guerra. Se tivermos em consideração o Critério F do diagnóstico da Perturbação de Stress Pós Traumático (309.81) (APA, DSM IV-R, 2004, pp. 468), onde é descrito que “ a perturbação provoca mal-estar clinicamente significativos ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante de funcionamento”, é natural que a qualidade de vida nesta população esteja fortemente afectada e nesse sentido diminuída (Schonfeld, Verboncoeur, Fifer, Lipschutz, Lubeck & Buesching, 1997; Stein, Walker, Hazen & Forde, 1997; Schnurr, Hayes, Lunney, McFall & Uddo, 2006; Magruder, Frueh, Knapp, Johnson, Vaughn, Carson, Powell & Hebert, 2004). Sendo assim, os estudos indicam que o PTSD está associado a dificuldades ao nível da percepção do estado de saúde física e de um funcionamento social pobre (Wolfe, Schnurr, Brown & Furey, 1994; Golding, 1996). Recentemente, Rapaport, Clary, Fayyad e Endicott (2005), verificaram que 59% dos indivíduos com PTSD da sua amostra, apresentavam um prejuízo severo ao nível da qualidade de vida comparando com as outras perturbações da ansiedade estudadas (perturbação de pânico, fobia social e obsessiva-compulsiva). Neste estudo a perturbação depressiva major crónica revelou exercer um impacto maior ao nível da qualidade de vida (85% de indivíduos). Estes resultados vão de encontro ao estudo de Mittal, Fortney, Pyne, Edlund e Wetherell (2006) que verificaram que, se a perturbação de ansiedade ou o quadro clínico de PTSD se manifestar associado a sintomatologia depressiva, então a qualidade de vida estará ainda mais afectada. Relativamente à população de veteranos de guerra, Zatzick e colaboradores (1997), estudaram o impacto do PTSD em diversos domínios da qualidade de vida de uma amostra nacional representativa dos veteranos do Vietname, tendo verificado que os veteranos com PTSD apresentavam maiores dificuldades ao nível do funcionamento em vários domínios, comparando com o grupo de veteranos sem PTSD, excepto na medida da quantidade de dias passados na cama (Zatzick, Marmar, Weiss, Browner, Metzler, Golding, Stewart, Schlenger & Wells, 1997). Neste sentido, estes autores verificaram que os veteranos com PTSD apresentavam maior número de doenças físicas crónicas, bem como corriam um risco mais elevado de apresentar uma diminuição do

seu bem-estar, comprometimento ao nível da saúde física, maiores limitações físicas e não estarem a trabalhar (na data da avaliação), comparando com o grupo de veteranos sem PTSD. Associadamente e tendo em conta que o PTSD se insere nas Perturbações da Ansiedade, numa revisão sobre os estudos epidemiológicos e clínicos que investigaram o impacto das perturbações de ansiedade na qualidade de vida, podemos verificar que a presença destas desordens tão frequentes em veteranos (perturbação de pânico, fobia social, ansiedade generalizada e perturbação obsessiva-compulsiva), exercem um impacto extremamente negativo no funcionamento psicossocial e qualidade de vida dos indivíduos (Mendlowicz & Stein, 2000). O estudo de Zatzick e colaboradores (1997), claramente demonstra a associação existente entre uma diminuição da qualidade de vida e dificuldades de funcionamento em indivíduos com PTSD. Contudo, num estudo levado a cabo com veteranos em tratamento, foi encontrada uma associação entre a severidade dos sintomas e uma qualidade de vida psicossocial e física pobre, no início do tratamento, mas que após um tratamento bem sucedido, os sintomas de PTSD diminuem e a qualidade de vida aumenta de uma forma sincrónica (Schnurr, et al., 2006). Também numa amostra de veteranos da Guerra Colonial se verificou que os veteranos com PTSD apresentavam uma menor qualidade de vida em todos os domínios, excepto ao nível da qualidade de vida física. Contudo este último resultado pode ser explicado pelo nível elevado de somatização encontrado nesta amostra. O PTSD era predictor de menor qualidade de vida geral e os veteranos que manifestavam níveis elevados de depressão e ansiedade apresentavam uma pior qualidade de vida física, psicológica, social, meio ambiente e geral (Pereira, et al., 2008). Neste estudo, um baixo nível de depressão predizia uma boa qualidade de vida física, a ansiedade predizia a qualidade de vida psicológica e o PTSD revelou-se o melhor predictor da qualidade de vida social. A ansiedade e depressão prediziam a qualidade de vida ambiental. Por fim, o PTSD, depressão e ansiedade, explicavam 69% da variância na qualidade de vida geral.

3.1.1. Impacto da Psicopatologia e Doença Mental dos Progenitores nos Filhos

A literatura revela que as crianças de pais portadores de uma doença mental, tais como a depressão e a esquizofrenia (Downey & Coyne, 1990) têm mais problemas de ajustamento. Por exemplo, os estudos sobre crianças de pais depressivos sugerem que estas têm mais dificuldades, sendo os adolescentes particularmente vulneráveis, vivenciando elevados níveis de depressão e conflito entre pai/filho (Beardslee, et al., 1983, cit. Downey & Coyne, 1990), elevadas taxas de sintomas de internalização e externalização, défice na vida social e na

performance académica, não atribuída a limitações intelectuais e uma saúde física pobre (Downey & Coyne, 1990). Apresentam ainda um maior risco de desenvolver psicopatologia (Davidson & Mellor, 2001) e uma propensão para as perturbações de ansiedade e de conduta (Merikangas & Angst, 1995, cit. Dansby & Marinelli, 1999). Aliás, um estudo de prevalência indica que 25% a 50% destas crianças poderão vir a sofrer de problemas psiquiátricos comparando com 10% a 20% das crianças que não têm pais com doença mental (Worland, Weeks & Janes, 1987, cit. Maybery, Ling, Szakacs & Reupert, 2005). De entre várias perturbações psiquiátricas, as mais referidas são as seguintes: hiperactividade, perturbações de conduta, perturbações de humor e de ansiedade, recusa escolar, perturbações obsessivas, perturbações de dependências e enurese (Goodman & Scott, 1998, cit. Radfar, Haghani, Tavalaei, Modirian & Falahati, 2005). De facto, a taxa de problemas emocionais, de comportamento e de desenvolvimento é muito mais elevada do que nas crianças da população geral (Brotman, Band & Weisz, 1988; Compas, 1987; Lazarus & Folkman, 1984, cit. Maybery, et al., 2005; Beardslee, Versage & Gladstone, 1998; Cicchetti, Rogosh & Toth, 1998; Klimes-Dougan, Free, Ronsaville, Stilwell, Welsch & Radke-Yarrow, 1999). Não só o impacto directo da perturbação mental do pai, mas também alguns factores familiares ajudam a aumentar o risco de problemas mentais nos adolescentes tais como o nível social baixo, conflitos na família, famílias desorganizadas e relações distorcidas entre elementos da família (Kaplan & Sadock, 2000, cit. Radfar, et al., 2005), bem como o isolamento, conflito conjugal e dificuldades financeiras (Rutter, 1986, cit. Maybery, et al., 2005). As explicações sugeridas referem que devido à doença mental, o pai pode deixar de proporcionar uma educação responsável e sensível, afectando também o funcionamento familiar (Maybery, et al., 2005). Se por um lado, a taxa de mortalidade bem como a probabilidade de cometer suicídio naqueles que apenas viveram só com um dos progenitores é significativamente maior do que naqueles que viveram com ambos (Sauvola, Rasanen & Joukamma, 2001). Por outro lado, a presença do pai com um papel activo na família leva a uma melhor saúde mental na família (Radfar, et al., 2005).

O período de maior risco para as crianças é quando pai tem um episódio grave de doença mental sugerindo que estes períodos de “crise” exercem um forte impacto nas crianças (Cowling, 1999, cit. Maybery, et al., 2005). Um outro aspecto importante que sobressai na literatura é a forma como a criança lida com a doença do pai, dado que pode ser um risco para a sua saúde mental. Os mecanismos mais utilizados são o evitamento e o distanciamento (Maybery, et al., 2005). Estas estratégias são comumente referidas como focadas na emoção

e consideradas “pouco saudáveis” se mantidas a longo prazo (Folkman & Lazarus, 1988, McCrae & Costa, 1986, cit. Maybery, et al., 2005) Por fim, estas crianças são referidas na literatura como as “crianças escondidas” (Fudge & Mason, 2004) dado que o nosso sistema de saúde normalmente não está sensibilizado para as suas necessidades e vulnerabilidades.

3.2. Características Psicopatológicas dos Filhos dos Veteranos de Guerra

Segundo a literatura, os filhos dos veteranos de guerra com PTSD apresentam um *menor ajustamento psicológico* do que os filhos dos veteranos de guerra sem PTSD e os jovens da comunidade, nomeadamente mais problemas psiquiátricos, mais stress psicológico e mais sintomas de stress (Westerink & Giarratano, 1999; Beckham, et al., 1997a; Davidson & Mellor, 2001; Radfar, et al., 2005). Radfar e colaboradores (2005) verificaram que 62,8% dos filhos adolescentes dos veteranos do Vietname apresentavam sintomas psiquiátricos, tendo em conta os valores encontrados na população geral em outros estudos, bem como, 23% dos filhos veteranos com PTSD recebiam acompanhamento psiquiátrico comparando com 0% no grupo de controlo (Davidson, et al., 1989) e procuravam mais ajuda técnica (Ahmadzdeh & Malekian, 2004). Estes últimos autores concluíram que esta elevada percentagem de filhos a relatar sintomas psiquiátricos pode estar relacionada com o stress familiar e com a presença de um progenitor com problemas, que tem dificuldade em manter o seu papel de progenitor activo. Por outro lado, nestas famílias há um elevado risco de conflitos, perda das capacidades parentais e comportamentos agressivos. Neste sentido, verificaram que as perturbações mentais dos pais veteranos, entre, elas o PTSD, exercem um impacto negativo na família e em particular no nível de saúde mental dos filhos. Outra conclusão importante deste estudo foi que a presença do pai, com um papel activo na família, aumenta a saúde mental dos adolescentes.

De igual forma, os filhos dos veteranos de guerra com PTSD apresentam mais *problemas no seu desenvolvimento*, no que diz respeito à sua performance académica, mostrando uma atitude negativa face à escola, com défice de atenção, pouca criatividade, mais faltas, médias baixas, mau aproveitamento nos testes e por consequência mais problemas na escola (Harkness, 1991; Klaric, Franciskovic, Klaric, Kvesic, Kastelan, Graovac & Lisica, 2008; Davidson, et al., 1989; Dansby & Marinelli, 1999).

Ao nível de *problemas de comportamento*, os filhos dos veteranos de guerra com PTSD parecem ser pouco comunicativos, manifestam dificuldade em lidar com a autoridade e com os

problemas, bem como apresentam maiores níveis de agressividade, raiva, hiperactividade, delinquência, uma energia excessiva, anorexia, comportamentos anti-sociais e consumo de drogas, sobretudo opiáceos (Parsons, Kehle & Owen, 1990; Davidson & Mellor, 2001; Jordan, et al., 1992; Harkness, 1993; Matsakis, 1996; Kulka, et al., 1990; Caselli & Motta, 1995; Beckham, et al., 1997a). Aliás, Ahmadzdeh e Malekian (2004) encontraram uma taxa elevada de problemas de comportamento em filhos de veteranos com PTSD, 15 anos após a guerra do Iraque. Segundo Harkness (1991), após analisar o comportamento de várias crianças de veteranos com PTSD concluiu que estas geralmente manifestam um de três tipos de padrões de resposta diferentes. O primeiro padrão de resposta refere-se às crianças super-identificadas. Este padrão é o mais destrutivo dado que a criança através da traumatização secundária (Rosenheck & Nathan, 1985) começa a experienciar um desequilíbrio emocional semelhante ao do pai veterano com PTSD. As crianças com traumatização secundária são frequentemente a companhia mais íntima do pai e correm o risco de “reviver” o trauma do pai através de sintomas como os pesadelos e flashbacks. Normalmente a preocupação principal destas crianças é o estado psicológico e bem-estar do pai. Por este motivo a vida destas crianças roda à volta do pai, manifestando dificuldades em desenvolver amizades e de concentração na escola (Harkness, 1991).

Outro padrão comumente verificado nestas crianças é a criança “cuidadora” ou “salvadora”. Estas crianças adoptam os papéis e responsabilidades dos pais. Normalmente culpam-se pelos problemas que surgem em casa, assumindo que se forem “boas” os problemas em casa diminuem. Estas crianças assumem que é sua responsabilidade manter os pais felizes e garantir que nada corra mal. Por consequência, frequentemente perdem a espontaneidade e o interesse nas actividades diárias. Tal como os filhos de alcoólicos, estas crianças correm o risco de continuar o mesmo padrão na vida adulta (Harkness, 1991).

O terceiro padrão de resposta refere-se às crianças que não estão envolvidas na vida familiar e se sentem emocionalmente isoladas. Normalmente têm conhecimento da experiência de guerra do pai e precisam de apoio, mas recebem pouco suporte por parte dos pais. No esforço de serem reconhecidos e “notadas” esforçam-se por terem uma boa performance académica. Contudo, o facto de se sentirem emocionalmente isoladas, socializam pouco e correm o risco elevado de desenvolver sintomatologia ansiosa e depressiva (Harkness, 1991). No entanto, é de salientar que nem todas as crianças desenvolvem problemas emocionais em resposta ao PTSD do pai.

Ao nível da *sintomatologia psicopatológica*, os filhos são descritos na literatura como tendo uma baixa auto-estima, maior risco de internalizar problemas de apreensão (insegurança, auto-culpabilização, ansiedade etc), tensão (frustração, irritabilidade) e ansiedade (agitação, timidez, indisciplina) bem como de depressão, estando a dimensão de criatividade baixa, manifestarem comportamentos esquizóides, medos nocturnos e manifestações somáticas (Rosenheck & Nathan, 1985; Westerink & Giarratano, 1999; Beckham, et al., 1997a; Dansby & Marinelli, 1999; Davidson & Mellor, 2001; Ahmadzdeh & Malekian, 2004; Al-Turkait & Ohaeri, 2008). De igual forma, Jacobsen, Sweeney e Racusin (1993), verificaram que os filhos de veteranos em idade de latência manifestavam níveis elevados de psicopatologia durante as sessões de psicoterapia, especialmente na área da modulação dos afectos, na capacidade de lidar com o stress e em pedir ajuda aos adultos. Beckham e colaboradores (1997a), através do “Minnesota Multiphasic Personality Inventory” verificaram que 65% dos filhos dos veteranos de guerra com PTSD tinham pelo menos uma escala clínica significativamente elevada, sendo as mais frequentemente a hipocondria (30%), depressão (20%), desvio psicopático (25%), psicoastenia (32%), esquizofrenia (22%) e hipomania (25%). Tendo em conta os resultados elevados nestas escalas, os filhos desta amostra têm dificuldade em lidar com a autoridade, sofrem de stress emocional, depressão, raiva, energia excessiva e relacionamento interpessoal inibido. Para além disto, apresentavam elevados níveis de raiva e hostilidade, 40% dos filhos relatava consumo de drogas ilegais, 35% problemas de comportamento e 15% história de comportamentos violentos. Concluindo, os resultados indicam que não existe um perfil MMPI para os filhos dos veteranos com PTSD, embora a presença de valores elevados ao nível de várias escalas sugiram uma disfunção psicológica substancial. Num outro estudo, mas com filhos dos veteranos da II Guerra Mundial, foi encontrada uma elevada prevalência de traços de personalidade narcisista e um estilo de vinculação inseguro (Eurelings-Bontekoe, Verschuur & Schreuder, 2003).

O estudo “*Morbidity of Vietnam Veterans: A Study of the Health of Australia’s Vietnam Veterans Community*” (DVA, 1998, cit. Australian Institute of Health and Welfare, AIHW, 2000), concluiu que os filhos dos veteranos do Vietname corriam um risco mais elevado de cometer suicídio quando comparados com a população Australiana geral. Esta taxa era três vezes superior à das crianças da população geral. Em 1999, um outro estudo (Validation Study, AIHW, 1999, cit. AIHW, 2000) vem confirmar estes dados sendo os resultados alarmantes dado que 92% dos filhos dos veteranos confirmavam ideação suicida. Segundo este, 81% dos filhos dos

veteranos que cometiam suicídio, eram homens com idades compreendidas entre os 10 e os 39 anos e nasceram no período de 1986 a 1997. Os métodos mais frequentes nos homens era o enforcamento, estrangulamento e sufocação (34%), 25% cometia suicídio através do envenenamento por gases ou vapores e 18% através de armas de fogo ou explosivos. As mulheres recorriam primeiramente ao envenenamento por gases ou vapores, por substâncias líquidas ou sólidas, e por último ao enforcamento, estrangulamento e sufocação. Segundo este estudo, os filhos dos veteranos apresentavam também um elevado número de mortes, sobretudo devido a doença ou acidente (AIHW, 2000).

As dificuldades nos filhos dos veteranos de guerra são registadas também ao nível da *interacção social*, onde se verificam estudos que apontam para uma incapacidade para desenvolver e manter amizades (Rosenheck & Nathan, 1985; Parsons, et al., 1990; Harkness, 1991; Beckham, et al., 1997a; Matsakis, 1996; Dansby & Marinelli, 1999).

Quanto ao *funcionamento familiar*, os filhos de veteranos com PTSD percebem as suas famílias como mais conflituosas e menos coesas (Westerink & Giarratano, 1999), disfuncionais, pouco comunicativas e com dificuldade de fornecer ajuda uns aos outros (Davidson & Mellor, 2001). Relativamente aos pais, os que têm PTSD percebiam mais problemas comportamentais nos seus filhos do que os veteranos sem PTSD. Apenas o grau de PTSD e não a exposição a combate emergiu como um importante predictor de problemas de comportamentos nos filhos. De facto, os estudos indicam que os veteranos de guerra com PTSD apresentam uma maior dificuldade em proporcionar um ambiente seguro que promova o crescimento e o desenvolvimento dos seus filhos (Haley, 1984, cit. Solomon, 1988a). As crianças percebem o ambiente familiar como inseguro e imprevisível, começando a manifestar problemas de comportamento e emocionais (Klaric, et al., 2008). Neste sentido, os filhos dos veteranos com PTSD apresentam mais problemas de desenvolvimento e comportamentais, problemas de relacionamento com os pais, maior número de problemas em casa bem como as mães relatavam que os seus filhos possuem mais problemas de comportamento do que as mães de crianças de não veteranos (Dansby & Marinelli, 1999; Beckham, et al., 1997a; Klaric, et al., 2008). Outra variável que parece interferir com a relação pai/filho é a existência de violência na família que segundo Harkness (1993) parece influenciar mais o desenvolvimento de psicopatologia nos filhos do que a presença de PTSD no pai. Harkness (1993) verificou que os veteranos com PTSD que exerciam algum tipo de comportamento violento percebem as suas crianças como deprimidas e ansiosas, com

manifestações somáticas e esquizóides, pouco comunicativas, hiperactivas, agressivas e delinquentes. Neste estudo, os rapazes eram vistos pelos pais como mais perturbados do que as raparigas. Uma outra conclusão deste estudo é o facto do baixo nível de funcionamento familiar, a experiência de combate do pai e a violência paternal, se relacionarem significativamente com os problemas de comportamento das crianças, dificuldades académicas e competências sociais baixas. Neste estudo foi utilizada uma amostra de veteranos com PTSD, divididos de acordo com a presença ou ausência de violência. Harkness (1993) refere que a presença de violência na família influencia mais o desenvolvimento de psicopatologia na criança do que a presença de PTSD no pai ou o nível de funcionamento familiar, contudo, não incluiu um grupo de filhos de veteranos sem PTSD.

Em relação à *sintomatologia de PTSD* nos filhos, Beckham e colaboradores (1997a) verificaram através do Inventário de Personalidade MMPI que, 45% dos filhos de pais com PTSD apresentavam sintomas de PTSD na sub-escala de PTSD. Os que apresentavam maior número de sintomas de PTSD apresentavam também mais hostilidade. Numa amostra de filhos de pais sujeitos a tortura, 38% dos rapazes e 71% das raparigas apresentavam sintomas de PTSD (Daud, Skoglund & Rydelius, 2005). Já Davidson e Mellor (2001) não verificaram diferenças na avaliação da sintomatologia de STSD num grupo de filhos de pais com PTSD, em relação ao grupo de filhos de pais sem PTSD, bem como Lopes Pires e Colaboradores (2006) e Oliveira (2008), não encontraram sintomas de STSD nos filhos de veteranos com PTSD. No entanto, Yehuda, Halligan & Bierer (2001a), concluíram que o PTSD estava presente nos filhos quando um dos progenitores tinha PTSD crónico. Este estudo foi levado a cabo com filhos dos sobreviventes do Holocausto e outras das conclusões que sugere é a possibilidade de existir vulnerabilidades específicas, como características de personalidade e alterações genéticas, que influenciam a resposta biológica do stress, podendo estes factores de risco ser transmitidos aos filhos. Na literatura encontramos referência a uma linha de investigação que sugere a possibilidade do PTSD ter uma origem genética transmitida de geração em geração, colocando os filhos em risco de desenvolver e adquirir condições relacionadas (O'Brien, 2004).

O quadro clínico de PTSD por si só é complexo, mas quando se apresenta associado a outras perturbações psicológicas, tais como as perturbações do humor, desordens de personalidade e perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, torna-se ainda mais

disfuncional e exerce um forte impacto negativo ao nível da qualidade de vida dos veteranos de guerra.

Também os filhos dos veteranos de guerra com PTSD apresentam menor ajustamento psicológico, mais problemas de desenvolvimento e de comportamento, dificuldades de interacção social, problemas ao nível do funcionamento familiar e problemas psicopatológicos.

As consequências do quadro de PTSD não se reflectem apenas ao nível do funcionamento psicológico mas também ao nível da saúde física.

Capítulo 4

Sintomatologia Física em Famílias de Veteranos de Guerra

Este capítulo apresenta a relação entre a exposição ao trauma e a saúde física, ao nível de queixas de saúde, problemas de saúde diagnosticados, maior utilização dos serviços de saúde e aumento da taxa de mortalidade, entre a população de indivíduos expostos ao trauma, com PTSD.

4.1. Impacto do Trauma na Saúde Física

A exposição ao trauma exerce um efeito negativo na saúde física (Wolfe, et al., 1994; Schnurr, 1996; Schnurr & Jankowsky, 1999; Hidalgo & Davidson, 2000), que se traduz num aumento das queixas de saúde (Litz, Keane, Fisher, Marx & Monaco, 1992; Ullman & Siegel, 1996; Wagner, Wolfe, Rotnitsky, Proctor & Erickson, 2000), bem como num aumento de doenças e problemas de saúde objectivamente avaliados (Beckham, Moore, Feldman, Hertzberg, Kirby & Fairbank, 1998), numa maior utilização dos serviços de saúde (Kimerling & Calhoun, 1994; Kulka et al., 1990; Walker, Newman & Koss, 2004; Elhai, North & Frueh, 2005; Elhai, Kashdan, Snyder, North, Heany & Frueh, 2007) e num aumento da mortalidade (Friedman & Schnurr, 1995, cit. Beckham, et al., 1998). Por estes motivos, a investigação sobre a exposição ao trauma, PTSD e saúde física tem seguido quatro linhas de investigação: os problemas de saúde relatados pelos indivíduos, o diagnóstico de doença, a utilização de serviços de saúde e a mortalidade (Resick, 2000; Green & Kimerling, 2004).

4.1.1. Exposição ao Trauma, PTSD e Sintomatologia Física

4.1.1.1. Exposição ao Trauma, PTSD e Queixas de Saúde

No que diz respeito à exposição ao trauma e problemas de saúde relatados pelos indivíduos, a investigação aponta para uma relação positiva entre a exposição a situações traumáticas e problemas de saúde física, bem como um maior número de doenças crónicas (Green & Kimerling, 2004). O *Epidemiological Catchment Area Study* (estudo ECA), um estudo epidemiológico, documentou que os indivíduos com história de exposição ao trauma ao longo dos anos apresentavam relatos de uma saúde “pobre” e um maior número de doenças crónicas (Ullman & Siegel, 1996). Exemplo concreto desta relação entre exposição ao trauma e saúde são os estudos que se debruçaram sobretudo sobre a experiência de abuso sexual que parece estar associada a relatos de uma saúde “pobre” e a um aumento dos relatos de sintomas físicos ao nível do sistema reprodutivo, nomeadamente menstruação irregular, dor durante a relação sexual e pouco prazer sexual (Golding, 1994; Golding, 1996). De igual forma, Leserman e colaboradores (1996) verificaram que 66,5% das mulheres com problemas gastrointestinais relataram ter vivenciado algum tipo de abuso físico ou sexual, mas, as que tinham sido vítimas

de abuso sexual, relataram mais dor, mais dias de incapacidade passados na cama, mais cirurgias e maior disfunção física do que as que não tinham experienciado este tipo de abuso. Também a vitimização criminal e os acidentes estão associadas a um número elevado de sintomas físicos crónicos e a limitações no funcionamento diário (Flett, Kazantis, Lang, MacDonald & Millar, 2002). Um outro estudo que vem ao encontro destes resultados, refere que mulheres idosas (idade superior a 60 anos) que apresentavam história de violência interpessoal, quando comparadas com mulheres não expostas a este tipo de vitimização, apresentavam maior número de relatos de sintomas físicos e um maior consumo de medicação (Higgins & Follette, 2002). Já no estudo ACE (*Adverse Childhood Experience*), Felitti e colaboradores (1998), verificaram que os indivíduos que relatavam quatro ou mais tipos de experiências adversas na infância (exposição a situações traumáticas como a violência inter-parental, presença de um elemento na família toxicodependente, doente mental ou em risco de suicídio, e ex-presidiário) tinham uma probabilidade maior de relatar bronquite crónica, enfisema, enfarte, cancro, acidentes vasculares cerebrais, bem como história de fracturas ósseas e hepatite e, mais uma vez, considerar o seu estado de saúde como “pobre” (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss & Marks, 1998). Flaherty e colaboradores (2006), num estudo levado a cabo com crianças entre os 4 e os 6 anos de idade, concluíam que os efeitos negativos da exposição à adversidade na infância se reflectiam ainda mesmo durante o período de infância da criança. Estes autores verificaram que a vivência de pelo menos uma experiência adversa duplicava o risco de uma saúde pobre e 4 ou mais exposições triplicava o risco de doença, com necessidade de recorrer aos serviços médicos.

Na população de militares, homens e mulheres ainda no activo, a exposição ao trauma estava associada a um maior número de relatos de sintomas físicos (Martin, Rosen, Durand, Knudson & Stretch, 2000) e o mesmo se verificou nos veteranos que trabalharam na morgue na Guerra do Golfo, que tendo estado expostos à morte e não a combate, apresentavam um maior número de relatos de sintomas físicos quando comparados com os valores da avaliação pré serviço militar (baseline) (McCarroll, Ursano, Fullerton, Liu & Lundy, 2002). Por sua vez, Proctor e colaboradores (1998) encontraram uma elevada prevalência de queixas físicas, sobretudo ao nível do sistema neurológico, pulmonar, gastro-intestinal, dermatológico, músculo-esquelético, psicológico e neuropsicológico em veteranos da Guerra do Golfo. Estas queixas estavam associadas à exposição a agentes tóxicos, como os pesticidas e à inalação de fumos.

Na relação consistente entre exposição ao trauma e aumento dos relatos de saúde pobre, maior número de sintomas físicos e até doenças crónicas, tivermos em conta a experiência de combate e a presença do quadro de PTSD, então podemos verificar que os estudos documentam resultados semelhantes (Kulka, et al., 1990; Eisen, Goldberg, True & Henderson, 1991). O *National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NVVRS), numa amostra de 1632 homens e mulheres que serviram no Vietname, concluiu que a exposição ao combate estava significativamente associada a relatos de uma saúde pobre (Kulka et al., 1990), bem como 16% dos veteranos da II Guerra Mundial e da Coreia apresentavam um maior número de sintomas físicos ao longo da vida (Schnurr, Spiro, Aldwin & Stukel, 1998) e, mesmo após 15 anos do cumprimento do serviço militar, o risco de declínio físico mantinha-se mais elevado nos veteranos com exposição a combate do que nos não expostos (Elder, Shanattan & Clipp, 1997). Um outro estudo que vem ao encontro dos resultados anteriores sugere uma forte relação entre a exposição ao combate e os relatos de hipertensão, problemas gastrointestinais, problemas nas articulações e problemas de audição (Eisen, et al., 1991). No que diz respeito à presença de diagnóstico de PTSD, este parece estar significativamente associado ao aumento do número de queixas de saúde (Boscarino, 1997; Friedman & Schnurr, 1995, cit. Beckham et al., 1998; Taft, Sern, King & King, 1999; Schnurr, Spiro & Paris, 2000a; Wolfe, Proctor, Erickson, Heeren, Friedman, Huang, Sutker, Vasterling & White, 1999b), maior número de doenças crónicas (Boscarino, 2004) e uma percepção do estado de saúde geral como “pobre” (NVVRS; Kulka, et al., 1990; Hoge, Terhakopian, Castro, Messer & Engel, 2007). O diagnóstico de PTSD parece estar também associado a dificuldades no funcionamento, a um menor bem-estar e limitações físicas (Schnurr, Friedman & Green, 1996; Schnurr, Ford, Friedman, Green, Dain & Sengupta, 2000b; Taft, et al., 1999) bem como a uma qualidade de vida relacionada com a saúde “pobre”, particularmente ao nível físico, social e mental (Butterfield, Forneris, Feldman & Beckham, 2000; Barret, Doebbeling, Schartz, Voelker, Falter, Woolson & Doebbeling, 2002). O diagnóstico de PTSD está também associado a um maior número de idas ao médico e faltas ao trabalho (Hoge, et al., 2007).

Wolfe e colaboradores (1994), verificaram numa amostra de mulheres veteranas do Vietname, com PTSD, que estas apresentavam mais problemas de saúde, tais como, sintomas cardiovasculares, gastrointestinais, dermatológicos, ginecológicos, oftalmológicos e de otorrino, do que as mulheres sem PTSD. Tal como numa amostra de veteranos da Guerra do Golfo com PTSD, Baker e colaboradores (1997) verificaram relatos de fadiga, náuseas, dores musculares,

tonturas, dores nas costas, dores no estômago e dormência. Dentro da mesma linha de investigação, mas mais compreensivo e extensivo, é o *Vietnam Experience Study* (CDC, Boscarino, 1997), que ao estudar a relação entre PTSD e relatos de saúde em veteranos do Vietname, verificou que o diagnóstico de PTSD estava associado a um risco mais elevado de relatos de doenças crônicas (50 a 150%) tais como: doenças do sistema circulatório, digestivo, músculo-esquelético, endócrino, respiratório e doenças infecciosas (não transmissíveis sexualmente), depois de ter sido controlada a hipocondria. Neste último estudo, 68% dos veteranos com PTSD apresentavam relatos de doença crônica após o serviço militar em comparação com 48% veteranos sem PTSD. No estudo de Wagner e colaboradores (2000) a presença de sintomas de PTSD à data do regresso da guerra, era o melhor predictor de problemas de saúde nos dois anos seguintes. Um outro estudo concluiu que quanto maior a severidade do quadro de PTSD, maior o número de sintomas e problemas de saúde apresentados (Friedman & Schnurr, 1995, cit. Beckham, et al., 1998).

No que diz respeito aos veteranos da Guerra Colonial, Maia e colaboradores (2006), numa amostra de 350 veteranos, verificaram que as doenças mais relatadas eram, doenças do sistema nervoso (65%), gastro-intestinais (41%) e cardiovasculares (38%). As queixas físicas mais prevalentes foram as dores nas costas e dores musculares, o cansaço e a dificuldade em adormecer. Numa outra amostra com 505 veteranos de Guerra Colonial, foi verificado que 19% apresentavam queixas relacionadas com dor crónica, nomeadamente cefaleias, lombalgias e mialgias; 17% apresentavam queixas relacionadas com o sistema músculo-esquelético, em particular reumatismo e hérnias discais; 15%, queixas do sistema cardiovascular, como história de enfarte do miocárdio, angina de peito e HTA; 12% queixas do sistema neurológico, em particular história de AVC, doença de Parkinson e epilepsia; 10% queixas do sistema metabólico (diabetes tipo I e II) e 21% apresentavam outras queixas diversas, mas menos prevalentes, tais como asma, psoríase, perda de audição, bronquite, DPOC, úlceras gástricas, cancro da próstata, entre outras (Pereira & Pedras, 2007).

Dentro da área de investigação sobre as queixas e problemas de saúde relatados pelos indivíduos, não podemos deixar de referir a relação existente entre trauma e sintomas físicos sem explicação médica, dado que se manifestam na ausência de uma patologia orgânica diagnosticada (Maia, 2006). Estas queixas físicas sem evidência médica são tradicionalmente designadas pela comunidade médica como idiopáticas e por sintomas psicogénicos (Engel, 2004). Esta conversão de sintomas refere-se à transformação de problemas e conflitos

psicológicos em sintomas físicos, menos estigmatizantes, e este processo de conversão de sintomas psicológicos em físicos é designado por somatização (Engel, 2004), levando a que frequentemente os indivíduos interpretem as sensações físicas como sintomas de doença (Green & Kimerling, 2004). Neste sentido, se na população em geral a prevalência da somatização é de apenas 0,1 a 0,2% (Swartz, et al., 1991, cit. Engel, 2004), já nos indivíduos expostos ao trauma e com PTSD esta ocorre entre a 13 a 15% (Boudewyns, Albrecht, Talbert & Hyer, 1991; Solomon & Mikulincer, 1987; Solomon, 1988b; Shalev, Bleich & Ursano, 1990; Lindy, Green & Grace, 1992; Andreski, Chilcoat & Breslau, 1998). Esta relação foi confirmada em vários estudos, nomeadamente Roy, Koslowe, Kroenke e Magruder (1998), encontraram nos militares da guerra do Golfo, aquando do seu regresso, relatos de vários sintomas, sendo os mais frequentes: fadiga (60%), dores articulares (47%), dores de cabeça (44%), perda de memória (41%), distúrbios do sono (41%) urticária (30%), dificuldades de concentração (31%), humor depressivo (30%) e dores musculares (22%). Contudo, estes sintomas não foram relacionados com causas orgânicas que os explicassem. Por este motivo, os sintomas foram considerados “sintomas físicos sem explicação médica” (Hunt, Richardson & Engel, 2002; Tackett, Maciejewski, Richardson, Hunt, Roberts & McFall, 2005). Dentro da mesma linha de investigação, Engel Liu, McCarthy, Miller e Ursano (2000) encontraram uma média de 6,7 sintomas físicos (de uma lista de 16) nos veteranos com PTSD enquanto que, naqueles diagnosticados com doenças físicas, apresentavam uma média de 4,3 sintomas e nos considerados “saudáveis” uma média de 1,2 sintomas. Também outros autores, concluíram que os veteranos com PTSD apresentam um grande número de sintomas somáticos, uma probabilidade três vezes maior de apresentar história de somatização, desenvolver dor e sintomas conversivos, quando comparados com indivíduos sem PTSD (Andreski, et al., 1998; Beckham, et al., 1998). Contudo, é necessário realçar o facto de que quanto mais severo o quadro de PTSD, maior e mais significativo será o risco de desenvolver somatização (Andreski, et al., 1998; Jakupcak, Osborne, Michael, Cook, Albrizio & McFall, 2006). A elevada prevalência de queixas de saúde sem explicação médica, representam 60% das visitas anuais em ambulatório (Schappert, 1992), bem como um aumento da utilização dos serviços de saúde e (Katon, Sullivan & Walker, 2001). Em relação aos veteranos da Guerra Colonial, a média dos valores de somatização apresentados eram superiores, mais precisamente o dobro, da obtida numa amostra da população geral (Maia, et al., 2006), tal como em outro estudo 58% dos veteranos apresentavam queixas psicossomáticas (Pereira & Pedras, 2007).

4.1.1.2. Exposição ao Trauma, PTSD e Diagnóstico de Doença

Da relação entre exposição ao trauma, PTSD e saúde física sobressai também a prevalência de doenças físicas diagnosticadas de forma objectiva (Beckham, et al., 1998; Green & Kimerling, 2004). Neste sentido, os estudos indicam que os veteranos de guerra, avaliados através de um exame médico rigoroso, apresentavam um risco mais elevado de desenvolver doenças cardiovasculares, dermatológicas, gastrointestinais (Schnurr, et al., 2000a) músculo-esqueléticas e circulatórias (Ouimette, Cronkite, Henson, Prins, Gima & Moos, 2004). Sendo as doenças cardiovasculares as mais frequentemente verificadas (Shalev, et al., 1990; Sibai, Fletcher & Armenian, 1989), dado que o PTSD contribui substancialmente para o aumento do risco de problemas cardiovasculares (Friedman & Schnurr, 1995, cit. Beckham, et al., 1998; Grenier, Swenson, FitzGibbon & Leach, 1997; Beckham, Vrana, Barefoot, Feldman, Fairbank & Moore, 2002; Beckham, Taft, Vrana, Feldman, Barefoot, Moore, Mozley, Butterfield & Calhoun, 2003; Benyamini & Solomon, 2005; Kubzansky, Koenen, Spiro, Vokonas & Sparrow, 2007). Por sua vez O´Toole e Catts (2008) encontraram uma relação entre o diagnóstico de PTSD e doenças como a asma, artrite, e doenças cardiovasculares como a hipertensão. Num outro estudo, que avaliou a saúde dos veteranos de guerra do Vietname, (*The Vietnam Experience Study*, CDC, 1988, cit. Green & Kimerling, 2004) através de medidas psicológicas, médicas e laboratoriais, verificou-se que estes veteranos apresentavam um maior consumo de medicação prescrita, uma maior prevalência de doenças, sintomas somáticos, problemas de fertilidade, perda de audição, sangue nas fezes, história de infecção por hepatite B, baixa contagem de esperma e um viés da proporção de esperma morfologicamente normal. A exposição a agentes tóxicos durante o serviço militar está associada ao desenvolvimento de sarcomas, linfomas não-Hodgkin, doença de Hodgkin e leucemia (Cypel & Kang, 2008). Uns anos mais tarde, Boscarino (2004) concluiu que o PTSD crónico e o PTSD complexo estavam associados ao desenvolvimento de doenças auto-imunes, tais como a artrite reumatóide, psoríase, diabetes tipo 1 (insulina dependente) e doenças da tiróide. De igual forma, confirmou a presença de marcadores biológicos consistentes com uma variedade de doenças inflamatórias, incluindo as doenças cardiovasculares da resposta anti-inflamatória (O´Toole & Catts, 2008). Também nos prisioneiros de guerra, quando comparados com um grupo de indivíduos da comunidade, foi encontrado um elevado risco de doenças do sistema nervoso periférico, problemas nas articulações e coluna, e úlcera péptica (Nice, Garland, Hilton, Bagget & Mitchel, 1996).

4.1.2. Exposição ao Trauma, PTSD e Utilização dos Serviços de Saúde

No que diz respeito à utilização dos serviços de saúde a literatura indica que a história de trauma está associada a um maior recurso aos serviços de saúde (Sansone, Wiederman & Sansone, 1998; Switzer, Dew, Thompson, Goycoolea, Derricott & Mullins, 1999; Deykin, Keane, Kaloupek, Fincke, Rothendler, Siegfried & Creamer, 2001; Elhai, et al., 2005; Walker, Katon, Russo, Ciechanowski, Newman & Wagner, 2003; Elhai, Reeves & Frueh, 2004; Walker, et al., 2004), maior número de visitas ao médico (Golding, Stein, Siegal, Burnam & Sorenson, 1988; Reiter & Gambone, 1990, Talley, Flett, Zinsmeister & Melton, 1994), mais dias passados “de cama” (Leserman, Drossman, Li, Toomey, Nachman & Glogau, 1996) e mais cirúrgias (Drossman, Laserman, Nachman, Li, Gluck, Toomey & Mitchell, 1990). Esta relação intensifica-se na presença do diagnóstico de PTSD (Kramer, et al., 2003; Eytan, Toscani, Loutan & Bovier, 2006; Hoge, et al., 2007; Polusny, Ries, Schultz, Calhoun, Clemensen & Johnsen, 2008; O’Toole & Catts, 2008) e mais uma vez, quanto mais severo o quadro de PTSD maior a utilização dos serviços de saúde (Elhai, et al., 2005). Calhoun, Wiley, Dennis e Beckham (2009) verificaram que as mulheres com PTSD apresentavam relatos de maior número de problemas de saúde ao longo da vida, mais queixas de saúde, percepção de saúde pobre e maior número de problemas médicos no ano anterior. Neste estudo as queixas de saúde não foram atribuídas à perturbação de somatização. No que diz respeito à população de veteranos de guerra, os veteranos do Vietname são os responsáveis pela taxa mais elevada de utilização dos serviços de saúde (*Centers for Disease Control*, CDC, 1988, cit. Boscarino, 2004), bem como, entre a população de veteranos de guerra, aqueles que têm PTSD, recorrem mais frequentemente ao serviço de saúde, seja por motivos físicos ou mentais, do que os veteranos sem PTSD (Rosenheck & Fontana, 1995; Boscarino, Galea, Ahern, Resnick & Vlahov, 2002; Maguen, Schumm, Norris, Taft, King, King & Litz, 2007; Beckham, et al., 1998; Taft, et al., 1999; Marshall, Jorm, Grayson & O’Toole, 2000; Eytan, et al., 2006; Schnurr, Friedman, Sengupta, Jankowski & Holmes, 2000c; Ford, Schnurr, Friedman, Green, Adams & Jex, 2004; Elhai, et al., 2007).

4.1.3. Exposição ao Trauma, PTSD e Mortalidade

Relativamente à mortalidade os indivíduos com história de exposição ao trauma na infância e PTSD apresentam maiores índices de mortalidade (Felitti, et al., 1998). Felitti e colaboradores (1998) sugerem o desenho de uma pirâmide para apresentar as consequências das experiências adversas na infância ao longo da vida. No topo da pirâmide encontramos a morte prematura, como última consequência da adversidade vivenciada (Figura 3).



Figura 3: A Influência das Experiências Adversas na Infância ao longo da vida (Felitti, et al., 1998).

Relativamente à população de veteranos de guerra o *Vietnam Experience Study* (CDC, 1987, cit. Boscarino, 2006) verificou que o risco de mortalidade precoce, nos primeiros cinco anos após a passagem à disponibilidade, era 17% mais elevado nos veteranos de guerra do Vietname do que nos restantes veteranos de guerra, sendo atribuído sobretudo a mortes acidentais e externas. Estes veteranos corriam ainda o dobro do risco de mortalidade por cancro do pâncreas e no caso das mulheres veteranas, cancro do útero, do que os restantes veteranos e as mulheres americanas da comunidade (Watanable & Kang, 1995; Thomas, Kang & Dalager, 1991). Tal como se verificou nos veteranos do exército (CDC, 1987, cit. Boscarino, 2006), também os fuzileiros apresentavam uma taxa elevada de mortalidade e risco para o

desenvolvimento de vários tipos de cancro (Watanable & Kang, 1995). Já os veteranos com PTSD apresentavam um risco de morte mais elevado do que a comunidade geral (Rosenheck, 2000), mesmo após trinta anos do fim do serviço militar (Boscarino, 2006), sendo que 2/3 das mortes deviam-se a causas comportamentais: acidentes (29,4%), mortes intencionais (13,8%) (homicídios e suicídios), abuso de substâncias (14,7%) e HIV/hepatite C (Drescher, Rosen, Burling & Foy, 2003). Um outro estudo que vai de encontro a estes resultados sugere que os veteranos com PTSD tinham uma probabilidade quase quatro vezes maior de morrerem por suicídio e aproximadamente três vezes mais probabilidade de morrerem por envenenamento accidental quando comparados com veteranos sem PTSD (Bullman & Kang, 1994). Por sua vez, as mulheres que cumpriram serviço militar no Vietname possuíam uma taxa de morte elevada devido a acidentes de viação (Cypel & Kang, 2008), mas que nos veteranos da guerra do Golfo tinha tendência a dissipar-se após 7 anos do término do serviço militar (Kang & Bullman, 2001).

Também na população de prisioneiros de guerra foi encontrada uma taxa de mortalidade elevada nos primeiros seis anos após a libertação devido sobretudo a tuberculose e acidentes (Cohen & Cooper, 1954, cit. Eberly & Engdahl, 1991), a cirrose (Hearst, Newman & Hulley, 1986), violência e doenças cardiovasculares (Richardson, 1965, cit. Eberly & Engdahl, 1991). O estudo de Collins e colaboradores (2004), é um dos poucos estudos onde não se verificou uma relação entre a exposição ao trauma e uma taxa de mortalidade elevada. Estes autores, através de um follow-up de 10 anos, verificaram que o grupo de sobreviventes do Holocausto não apresentava uma taxa de mortalidade superior à do grupo não exposto, sugerindo desta forma a existência de uma forte resiliência.

4.2. Sintomatologia Física e STSD

Relativamente às queixas de saúde e doenças diagnosticadas nas esposas dos veteranos de guerra a literatura revela que as mulheres apresentam dor crónica, dores de cabeça, indigestão, fadiga crónica, susceptibilidade a infecções e um aumento do consumo de drogas, álcool, tabaco e narcóticos, sendo as mulheres deprimidas as que apresentavam mais dor crónica (Foy, 1994, cit. Koic, et al., 2002). Koic e colaboradores (2002), referem que as mulheres dos veteranos com PTSD apresentam uma síndrome de dor crónica (95% - 72,5%) distribuído por diferentes localizações do corpo, mas que as dores mais características se localizam na cabeça e nas costas, sendo estas as zonas típicas de uma dor psicogénica. A ajuda

médica é menos eficaz nas mulheres dos veteranos com PTSD (60,7%), do que nas mulheres de veteranos sem PTSD (79,2%), realçando a origem psicológica da dor. Estes autores verificaram também que as mulheres dos veteranos com PTSD, para além dos níveis elevados de dor crónica, também apresentavam mais depressão (75%) e ansiedade (77, 5%).

No que concerne aos filhos, os estudos indicam que o serviço militar dos pais veteranos exerceu um impacto negativo ao nível da saúde física, de uma forma indirecta (Field & Kerr, 1988). Field e Kerr (1988) sugerem que, os efeitos do serviço militar, que se verificaram em primeiro lugar nos pais veteranos, foram transmitidos aos filhos. Estes autores verificaram que um terço dos veteranos da Guerra do Vietname relatava sérios problemas de saúde, sobretudo do foro do sistema reprodutivo. Recorriam frequentemente a alternativas reprodutivas e a esposa relatava mais complicações na gravidez e até a ocorrência de aborto espontâneo. A origem e o mecanismo que desencadeia estes problemas são pouco claros, mas a hipótese que se coloca é que a exposição a agentes potencialmente tóxicos pode ter provocado alterações genéticas e potenciado o desenvolvimento de problemas de saúde nos militares. Um outro estudo desenvolvido pelo *Center for Military and Veterans' Health* (CMVH, 2007) verificou que os filhos dos veteranos apresentavam problemas de saúde física possivelmente relacionados com as doenças dos pais, nomeadamente a possibilidade de morte prematura, baixo peso à nascença e malformações como a espinha bífida e cancro, bem como problemas predominantemente do sistema nervoso central, esquelético e cardiovascular. O estudo de Acneilson do *Department of Veterans Affairs* (1998, cit. CMVH, 2007) revelou que a leucemia, o tumor de Wilm's, cancro do SNC e anormalidades congénitas eram os problemas mais frequentemente verificados nos filhos dos veteranos, bem como uma elevada taxa de mortalidade (O'Brien, 2004). Uma outra referência alusiva à saúde dos filhos, diz respeito a um estudo levado a cabo com filhos de pais sujeitos a tortura, onde 46% dos rapazes e 43% das raparigas apresentavam somatização (Daud, et al., 2005).

Se por um lado, o pai veterano transmitiu aos filhos problemas de saúde (tal como a espinha bífida que está associada à exposição ao agente laranja usado na Guerra do Vietname), por outro lado, os problemas de saúde dos veteranos afectaram o seu estilo de vida, coping e as suas capacidades parentais e indirectamente pode ter contribuído para doenças ou problemas de saúde nas crianças (CMVH, 2007).

Em suma, a literatura revela que a exposição ao trauma e o PTSD exercem um impacto adverso ao nível da saúde física. Este impacto pode ser verificado através do elevado número de queixas de saúde e de doenças diagnosticadas. Este facto sugere uma maior utilização dos serviços de saúde e, por último, uma taxa elevada de mortalidade. Relativamente aos filhos dos veteranos de guerra, a exposição a agentes tóxicos por parte dos veteranos, podem ter transmitido defeitos genéticos ao filho durante a concepção. Os filhos podem ter nascido com problemas congénitos que, em muitos casos, conduziu à morte (Field & Kerr, 1988).

No próximo capítulo será abordado, com maior pormenor, as consequências da exposição ao trauma e do quadro de PTSD no estilo de vida, em particular a adopção de comportamentos de risco para a saúde.

Capítulo 5

Estilo de Vida em Famílias de Veteranos de Guerra

Este capítulo apresenta a exposição ao trauma e as experiências adversas na infância como factores de risco para o desenvolvimento de comportamentos de risco (consumo de substâncias, comportamentos sexuais, estilo de vida sedentário e tentativas de suicídio) e as consequências adversas da exposição ao trauma ao nível da saúde física e mental. Por fim, é abordado o fenómeno da transmissão intergeracional de comportamentos de risco dos progenitores para os filhos.

5.1. Estilo de Vida e PTSD

Matarazzo (1984, cit. Ogden, 2004) define comportamento de saúde tendo em conta os hábitos prejudiciais para a saúde e os comportamentos de protecção da saúde. Os hábitos prejudiciais para a saúde são os comportamentos patogénicos como por exemplo fumar e os comportamentos de protecção para a saúde, são os comportamentos imunogénicos como fazer um check-up. No fundo, um comportamento de saúde é um comportamento cujo objectivo é impedir o aparecimento de uma doença (Kasl & Cobb, 1996, cit. Ogden, 2004).

A exposição a acontecimentos traumáticos e experiências adversas na infância, bem como a consequente sintomatologia psicopatológica, sobretudo o quadro clínico de PTSD, podem levar ao desenvolvimento e/ou manutenção de comportamentos de risco para a saúde (Rheingold, Acierno, & Resnick, 2004).

Relativamente às experiências adversas na infância reportamo-nos ao estudo de Felitti e colaboradores (1998) (*Childhood Experiences Study – ACE Study*), onde foram avaliados de forma objectiva 9.508 adultos de um centro de cuidados primários, de forma a perceber qual a relação entre exposição a experiências adversas na infância e doenças na idade adulta, comportamentos de saúde associados com as maiores causas de morte e incapacidade nos Estados Unidos. As experiências adversas na infância, consideradas neste estudo, foram o abuso psicológico, o abuso físico, o abuso sexual, o testemunhar violência conjugal nos pais, viver com um adulto familiar toxicodependente, doente mental, suicidário ou ex-condenado/presidiário. O que se verificou é que para além das experiências adversas na infância raramente ocorrerem de forma isolada, i.é., frequentemente são relatados vários tipos de abuso, estas aumentam o risco de adopção de comportamentos de risco para a saúde, bem como a presença de doenças crónicas na idade adulta (Green & Kimerling, 2004). Os comportamentos de risco para a saúde têm um papel mediador na relação entre a exposição ao trauma e doenças na idade adulta e quanto maior a frequência da exposição ao trauma maior o risco de adopção de comportamentos prejudiciais para a saúde (Felitti, et al., 1998; Walker, Gelfand, Katon, Koss, Korff, Bernstein & Russo, 1999). Felitti e colaboradores (1998) avaliaram dez comportamentos de risco para a saúde: consumo de tabaco, obesidade severa, inactividade física, humor depressivo, tentativas de suicídio, alcoolismo, consumo de drogas, consumo de drogas parental, elevado número de parceiros sexuais (»50) e história de doenças sexualmente transmissíveis, e relacionaram-nos com o número de experiências adversas vivenciadas na infância. O que

encontraram foi uma relação positiva entre a exposição ao trauma na infância e a adoção de comportamentos de risco na idade adulta. Os indivíduos que experienciaram 4 ou mais categorias de experiências adversas na infância corriam um risco 4 a 12 vezes superior de adotar comportamentos de risco para a saúde como o alcoolismo, consumo de drogas e depressão, 2 vezes superior de consumir tabaco, relatar saúde pobre, ter 50 ou mais parceiros conjugais e doenças sexualmente transmissíveis e um risco 1,4 a 1,6 vezes maior de inatividade física e obesidade. O número de experiências adversas na infância estava relacionado com a presença de doenças na idade adulta.

5.1.1. Exposição ao Trauma, PTSD e Comportamentos de Risco

Em relação aos comportamentos de risco, os mais estudados são o consumo de substâncias, tais como a nicotina (Anda, Croft, Felitti, Nordenberg, Giles, Williamson & Giovino, 1999), o álcool (Dube, Anda, Felitti, Edwards & Croft, 2002) e as drogas (Dube, Felitti, Dong, Chapman, Giles & Anda, 2003a); os comportamentos sexuais de risco (Howard, 2007; Hillis, Anda, Felitti & Marchbanks, 2001), a adoção de um estilo de vida caracterizado pelo sedentarismo e obesidade (Felitti, 1993; Felitti, et al., 1998; Springs & Friedrich, 1992), bem como o aumento do risco de tentativas de suicídio (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson & Giles, 2001a). Sendo assim, tendo em conta a relação entre a exposição ao trauma e os comportamentos de risco para a saúde, os estudos seguem duas linhas de investigação. Alguns estudos dedicaram-se a avaliar o aumento do risco de adoção de comportamentos que prejudicam a saúde após a vivência de experiências traumáticas na infância e outros debruçaram-se sobre a relação existente entre a exposição a esses mesmos comportamentos de risco na família de origem e a sua adoção na vida adulta.

No que diz respeito à exposição ao trauma na infância e o consumo de substâncias, os estudos têm se debruçado sobre o consumo de tabaco, álcool e drogas e a sua relação com a exposição ao trauma e com o PTSD.

Em relação ao *consumo de tabaco*, os estudos sugerem que existe uma relação entre a exposição ao trauma e o consumo de tabaco. Anda e colaboradores (1999) verificaram esta mesma relação positiva entre o consumo de tabaco e a vivência de vários tipos de experiências adversas na infância (abuso emocional, físico e sexual, ter uma mãe agressora, a separação parental e o divórcio, crescer com um elemento da família com abuso de substâncias, com uma

doença mental ou com um membro da família preso). Os indivíduos que relatavam cinco ou mais experiências adversas possuíam um risco, entre quatro a doze vezes superior aos que não relatavam nenhuma experiência adversa, de consumir tabaco (Anda, et al., 1999). Walker e colaboradores (1999, encontraram uma probabilidade maior de iniciar o consumo de tabaco em mulheres vítimas de maus-tratos (abuso sexual na infância, abuso emocional ou negligência). Na população mais jovem a mesma relação foi encontrada em jovens vítimas de abuso sexual que relatavam maior consumo de tabaco (Hernandez, 1992) do que os jovens que não relatavam história de abuso (Kaplan, Pelcovitz, Salzinger, Weiner, Mandel, Lesser & Labruna, 1998). Na população de veteranos de guerra, Schnurr e Spiro (1999) verificaram uma relação positiva entre a experiência em combate e o consumo de tabaco e uma relação directa entre os sintomas de PTSD e o consumo de tabaco. A taxa de consumo de tabaco em veteranos com PTSD (57% a 66%) era significativamente mais elevada do que os veteranos sem o diagnóstico de PTSD (34% a 37%) (Solomon, 1988b; Falger, Op den Velde, Hovens, Schouten, De Groen & Van Duijn, 1992; Shalev, et al., 1990). De igual forma, o grupo com PTSD fumava um maior número de cigarros por dia (Shalev, et al., 1990).

Relativamente ao *consumo de álcool*, os estudos indicam uma relação significativa entre a exposição ao trauma e o consumo de álcool (Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders & Best, 1997; Miller, Downs & Testa, 1993; Springs & Friedrich, 1992; Winfield, George, Swartz & Blazer, 1990; Walker, et al., 1999). Aliás, não só o consumo de álcool mas também de medicamentos analgésicos (Schwartz, Bradley, Penza, Sexton, Jay, Haggard, Garlow & Ressler, 2006). Em estudos retrospectivos o trauma na infância é um factor de risco significativo para o consumo de álcool em homens e mulheres adultos (Felitti, et al., 1998; Kendler, Bulik, Silberg, Hetterma, Myers & Prescott, 2000; Miller, et al., 1993; Pribor & Dinwiddie, 1992; Schaefer, Sobieraj & Hollyfied, 1988; Springs, & Friedrich, 1992; Walker, et al., 1999; Dube, Anda, Felitti, Edwards & Croft, 2002). Por exemplo, estudos com mulheres vítimas de abuso sexual indicam que estas têm uma maior probabilidade de consumir álcool, mas as que foram vítimas de abuso na infância e idade adulta corriam ainda o risco de vir a consumir drogas (McCauley, Kern, Kolodner, Dill, Schroeder, DeChant, Ryden, Derogatis & Bass, 1997; Kendler, et al., 2000; Kilpatrick, et al., 1997) e outras de desenvolver dependência (Eca estudo) (Winfield, et al., 1990). Na população de adolescentes, aqueles que foram abusados na infância, bem como os que experienciaram abuso extra familiar, tinham uma maior probabilidade de vir a consumir e abusar de álcool, conduzir após beber e beber antes das relações sexuais (Hernandez, Lodico &

DiClemente, 1993). O nível de exposição ao trauma está especialmente associado com a uma maior probabilidade de beber abusivamente (Kilpatrick & Resnick, 1993, cit. Rheingold, et al., 2004; Kulka, et al., 1990). Tendo em consideração a presença de PTSD, os indivíduos que preenchem os critérios para o diagnóstico de PTSD têm uma maior probabilidade de consumir álcool do que os que não têm PTSD (Kilpatrick & Resnick, 1993, cit. Rheingold, et al., 2004; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Ouimette, Wolfe & Chrestman, 1996). Na população de veteranos de guerra, a exposição a combate estava associada a um aumento da prevalência de abuso de álcool e ao diagnóstico de PTSD, quando comparados com o grupo sem PTSD (Kulka, et al., 1990; Stewart, 1996; Schnurr & Spiro, 1999; Shalev, et al., 1990). Esta diferença no estudo de Solomon (1988b) permanecia significativa nos três anos de follow-up. Segundo Stewart (1996) a exposição ao trauma tem um efeito indirecto nos problemas de consumo de álcool, através do PTSD. Esta relação é cíclica dado que a traumatização leva ao PTSD, que por sua vez leva à iniciação e/ou exacerbação do abuso de álcool, que por sua vez leva a uma nova traumatização ou mesmo à morte (Rheingold, et al., 2004).

No que diz respeito ao *consumo de drogas*, as experiências adversas como os maus-tratos e abuso na infância aumentam o risco de consumo de drogas ilícitas (Whitmire, Johnsen & Harlow, 1996, cit. Rheingold, et al., 2004; Kilpatrick, et al., 1997; Burnam, Stein, Golding, Siegel, Sorenson, Forsythe & Telles, 1988; Kendler, et al., 2000; Walker, et al., 1999; Felitti, et al., 1998; Dube, et al., 2003a). No estudo de Dube e colaboradores (2003a), cada uma das dez categorias de experiências adversas na infância avaliadas (abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligência física, negligência emocional, mãe que utilizava a punição física, separação ou divórcio parental, elemento na família com doença mental, consumidor de substâncias ou ex-condenado), estavam associadas a uma probabilidade duas a quatro vezes maior de consumo de drogas, aos 14 anos, e a um aumento do risco de consumir na idade adulta. Nos adolescentes que foram fisicamente abusados, a taxa de drogas intravenosas era 14 vezes superior do que a verificada nos jovens não abusados (Cunningham, Stiffman, Dore & Earls, 1994). Além disso, a cocaína e os opiáceos eram as drogas mais consumidas pelos jovens abusados (Cotler, Compton, Mager, Spitznagel & Janca, 1992). O consumo de drogas, tal como o consumo de álcool, está ainda associado a um aumento do risco de vitimização, por representar um risco directo para a saúde que por sua vez pode aumentar o risco de nova traumatização (Kilpatrick, et al. 1997). O consumo de drogas aumenta também o risco de comportamentos que levam a doenças sexualmente transmissíveis, lesões intencionais ou

deliberadas, problemas cardíacos, violência interpessoal, incapacidade e crime (Shafer & Boyer, 1991; Smith, 2000; Ghuran & Nolan, 2000). No que diz respeito ao quadro clínico de PTSD, os estudos indicam que os veteranos com PTSD tinham 6 vezes mais probabilidade de consumir drogas do que os veteranos sem PTSD (Kulka, et al. 1990; Kessler, et al., 1995). Os sintomas de evitamento e activação, e os distúrbios de sono eram os mais frequentemente associados a esse consumo (Dansky, Brady & Roberts, 1994). Saladin e colaboradores (1995), verificaram que os indivíduos com consumo de álcool e PTSD exibiam mais sintomas de activação do que aqueles com PTSD e dependentes de cocaína. Parece existir uma relação interactiva onde os indivíduos que experienciam sintomas de PTSD mais severos são os que utilizam as drogas como mecanismo de coping para lidar com o stress intenso, embora o consumo de drogas provoque uma exacerbação dos sintomas. Em relação aos veteranos da Guerra Colonial, a maioria dos veteranos apresentavam 2 a 3 comportamentos de risco para a saúde tais como o consumo de álcool, tabaco, gorduras e sedentarismo (Maia, et al., 2006). Neste estudo, 81% dos veteranos relatavam consumir álcool, 23% tabaco e 88% relatavam consumir cafeína. Segundo os veteranos, os consumos destas substâncias tinha como objectivo diminuir o desconforto e o mal-estar (Maia, et al., 2006).

Segundo Felitti (2003), numa sugestão revolucionária, a origem dos comportamentos de adição está predominantemente nas experiências adversas vivenciadas na infância, i.é., na “dependência de experiências de infância” e não na “dependência de substâncias”. Felitti (2003) realça o facto dos comportamentos de risco, serem uma consequência das experiências adversas na infância, como podemos verificar na pirâmide ACE (Figura 3).

Os *comportamentos sexuais de risco*, como ter relações sexuais desprotegidas e ter vários parceiros, aumenta o risco de problemas de saúde e gravidezes indesejadas (McGinnis & Foege, 1993; Dietz, Spitz, Anda, Williamsom, McMahon, Santelli, Nordenberg, Felitti & Kendric, 1999; Hillis, et al., 2001; Zierler, Feingold, Laufer, Velentgas, Kantrowitz-Gordon & Mayer, 1991). Felitti e colaboradores (1998) verificaram que indivíduos expostos a quatro ou mais categorias de experiências adversas na infância tinham um risco 4 a 12 vezes maior de relatar 50 ou mais parceiros conjugais bem como doenças sexualmente transmissíveis. Hillis e colaboradores (2001), numa amostra de 5.060 mulheres, verificaram que cada uma das sete categorias de experiências adversas na infância avaliadas (abuso emocional, físico e sexual, ter uma mãe agressora ou consumidora de substâncias, viver com um elemento na família doente mental ou ex-condenado) estava relacionada com o início da vida sexual aos 15 anos, com a percepção de

correr riscos de contaminação pelo HIV e ter 30 ou mais parceiros sexuais. Neste estudo à medida que aumentava a frequência das experiências adversas na infância, aumentava também o risco de adopção destes comportamentos. Num estudo com resultados semelhantes (Walker, et al., 1999), as mulheres com história de maus-tratos na infância tinham mais probabilidade de ter relações sexuais sem conhecer a história sexual do parceiro. Resnick, Acierno e Kilpatrick (1997) verificaram que as vítimas de abuso sexual podem sentir dificuldades em adoptar comportamentos de protecção nas suas relações sexuais consentidas e por isso ficarem em risco de contaminação pelo HIV. Além disso, os indivíduos vítimas de abuso sexual na infância tinham um risco quatro vezes mais elevado de praticar prostituição e o dobro de probabilidade de ter HIV (Zierler, et al., 1991). De igual modo, os rapazes violados têm três vezes mais probabilidade de ter comportamento homossexual na adolescência e a história de abuso sexual aumentava 4 vezes o risco de não utilizar preservativo e as raparigas não levavam os parceiros a usar (Cunningham, et al., 1994). Estes jovens tinham ainda um risco aumentado de utilizar drogas injectáveis (Cunningham, et al., 1994) e um risco 70 a 80% maior de consumir tranquilizantes e consumir álcool abusivamente (Zierler, et. al., 1991). Baseados nos dados do estudo Ace, Dietz e colaboradores (1999), verificaram que a primeira gravidez indesejada estava associada ao abuso psicológico, sexual e físico, ao abuso físico da mãe pelo companheiro e à experiência de violação. As mulheres que relatavam 4 ou mais tipos de abuso na infância tinham uma probabilidade 1,5 superior às que não experienciaram qualquer tipo de abuso, de engravidar sem o desejar na idade adulta (Dietz, et al., 1999) e a gravidez na adolescência era 2,6 vezes mais prevalente em mulheres que relatavam em particular, a experiência de abuso sexual na infância (Zierler, et al., 1991). Quanto à população de veteranos de guerra, frequentemente os militares regressam da guerra com sintomatologia forte e intensa associada às experiências traumáticas que viveram. Howard (2007) num estudo de caso, tenta ilustrar de que forma o comportamento sexual compulsivo pode ser um mecanismo de coping para lidar com as memórias intrusivas. Segundo este autor, o comportamento sexual e a visualização de pornografia, são consideradas formas de auto-medicação, tal como o consumo de álcool nos alcoólicos.

Outros comportamentos de saúde que podem ser afectados pela exposição ao trauma na infância são a *alimentação* e o *exercício físico* (Williamson, Thompson, Anda & Felitti, 2002). Felitti (1993) verificou, numa amostra de adultos obesos, que 25% dos participantes relatavam história de abuso sexual na infância, comparando com 6% do grupo controlo. De igual forma,

Felitti e colaboradores (1998) encontraram um risco 1,4 a 1,6 mais elevado de obesidade severa e inatividade física em adultos com experiências adversas na infância. De facto, a história de maus-tratos na infância parece aumentar significativamente a probabilidade de não praticar exercício físico regular e de ter um IMC elevado (Walker, et al., 1999). Outros estudos têm vindo a encontrar uma relação entre a exposição ao trauma e o desenvolvimento de perturbações alimentares. Dansky, Brewerton, Kilpatrick e O'Neil (1997) estudaram a relação entre abuso sexual, bulimia e episódios de binge numa amostra representativa e verificaram uma elevada prevalência de relações sexuais forçadas ao longo da vida nos participantes com bulimia (26,6%) comparando com 11,5% dos participantes com binge e 13,3% nos participantes sem bulimia ou episódios de binge. Também a história de violência física e sexual conjugal parece estar associada ao consumo de tabaco, álcool em excesso e hábitos nutricionais pobres (McNutt, Carlson, Persaud & Postmus, 2002). Também na população de veteranos de guerra com PTSD, podemos verificar que a exposição ao trauma se relaciona com os valores do IMC (Schnurr, et al., 2000a). Num estudo com 221 veteranos com PTSD, verificou-se que cerca de 83% tinham sobrepeso ou obesidade, tendo em conta o valor do IMC, encontrado na população de veteranos e na população geral (Vieweg, Julius, Fernandez, Tassone, Narla & Paudurangi, 2006), bem como as mulheres veteranas com PTSD tinham uma probabilidade quase duas vezes superior de sofrerem de obesidade quando comparadas com as mulheres sem PTSD (Dobie, Kivlahan, Maynard, Bush, Davis & Bradley, 2004).

O *suicídio* é a oitava causa de morte nos Estados Unidos (Kaplan & Sadock, 1996, cit. Dube, et al., 2001a) e quando o relacionamos com a exposição ao trauma na infância e na idade adulta, então verificamos que, por exemplo, o abuso físico e sexual na infância aumenta o risco de tentativas de suicídio (Beautrais, Joyce & Mulder, 1996; Brown, Cohen, Johnson & Smalles, 1999). Dube e colaboradores (2001a), verificaram que cada uma das oito categorias de experiências adversas na infância (abuso emocional, físico e sexual, ter uma mãe agressora, separação ou divórcio, viver com um elemento na família consumidor de substâncias, doente mental ou ex-condenado), aumentava duas a cinco vezes mais a probabilidade de tentar o suicídio. Como raramente uma experiência adversa ocorre de forma isolada e única, sendo os seus efeitos adversos cumulativos (Felitti, et al., 1998; Anda, et al., 1999), à medida que aumentava o número de experiências adversas vividas, aumentava dramaticamente o risco de tentar o suicídio na infância/adolescência e idade adulta. Perante estes resultados, o risco de suicídio na idade adulta reforça os efeitos extremamente adversos da vivência de experiências

traumáticas na infância. Neste estudo a prevalência ao longo da vida de tentar o suicídio era de 3,8%. Para além deste risco elevado, as crianças que relatam experiências adversas na infância apresentam também um risco mais elevado de comportamentos de auto-mutilação. (van der Kolk, Perry & Herman, 1991). Na população de militares, 57% dos prisioneiros de guerra da II Guerra Mundial que estiveram presos pelos Japoneses relatam ter tido pensamentos suicidas e 7% chegaram mesmo a fazer tentativas (Miller, Martin & Spiro, 1989), bem como 38% dos prisioneiros sujeitos a tortura no Sri Lanka, relataram ter pensado no suicídio (Somasundaram, 1993, cit., Ferrada-Noli, Asberg, Ormstad, Lundin & Sundbon, 1998). Se tivermos em conta o diagnóstico de PTSD, podemos verificar que num estudo com refugiados expostos a várias situações traumáticas (testemunhar atrocidades na guerra, ser prisioneiro, ser alvo de tortura e dor infligida, entre outros), 79% tinham como diagnóstico principal PTSD que estava significativamente associado a uma elevada prevalência de comportamentos suicidários. Esta prevalência aumentava na presença de comorbilidade depressiva (Ferrada-Noli, et al., 1998). Num estudo retrospectivo, verificou-se que a incidência dos sintomas de PTSD era maior entre os veteranos do Vietname que cometeram suicídio, do que entre os veteranos que faleceram devido a acidentes de viação (Farberow, Kang & Bullman). Numa amostra de 505 veteranos da Guerra Colonial, 49% apresentava comorbilidade, em particular sintomatologia depressiva, ansiosa, bipolar e ideação suicida (Pereira & Pedras, 2007).

Para além dos efeitos nefastos, das experiências adversas na infância, na saúde física (Walker, et al., 1999), também se verificaram consequências negativas ao nível da saúde mental, mas ambas estão relacionadas com o tipo de abuso experienciado (Edwards, Holden, Felitti & Anda, 2003). Por exemplo, Mullen, Markin, Anderson, Romans e Herbison (1996) encontraram saúde pobre em mulheres que relatavam mais de um tipo de abuso na infância, comparando com aquelas que apenas relatavam um tipo de abuso. Outros autores concluíram que as crianças que foram vítimas de negligência, de abuso físico e verbal, apresentavam uma visão do mundo mais negativa (Ney, Fung & Wickett, 1994). Segundo estes estudos parece que os vários tipos de experiências adversas na infância provocam efeitos diferentes. Briere & Runtz (1998) verificaram que o abuso físico estava mais associado a respostas e a comportamentos agressivos. Por sua vez, o abuso sexual a uma conduta sexual disfuncional e o abuso emocional a uma baixa auto-estima. Segundo Walker e colaboradores (1999), as mulheres que relatam abuso ou negligência na infância apresentam níveis significativos de incapacidade funcional, sintomas físicos, mais comportamentos de risco para a saúde e um maior número de problemas

médicos diagnosticados. Nas mulheres que apresentavam múltiplos tipos de abuso o declínio físico era mais acentuado. No estudo de Edwards e colaboradores (2003), 43% das mulheres relatavam pelo menos um dos seis tipos de abuso avaliados, mas mais de 1/3 da amostra experienciou mais do que um tipo. Estes autores concluíram que à medida que aumentavam o tipo de abusos aumentava também os efeitos negativos para a saúde mental.

As experiências adversas na infância, sobretudo os efeitos cumulativos de múltiplos tipos de abusos, exercem um impacto extremamente adverso ao nível da saúde mental e física. Se por um lado, aumentam o risco para: comportamentos de risco (como o alcoolismo, consumo de tabaco e drogas); comportamentos sexuais de risco (como o ter múltiplos parceiros e vulnerabilidade para a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis); percepção da saúde pobre; depressão; suicídio; inactividade física e obesidade severa, por outro aumenta o risco de desenvolvimento de várias doenças, como a doença cardíaca isquémica, cancro, doença crónica pulmonar e do fígado e fracturas ósseas, e em última instância à morte (Felitti, et al., 1998; Dube, Felitti, Dong, Giles & Anda, 2003b). A vivência de experiências adversas na infância foi também considerada um factor de risco para a condição de sem abrigo, na idade adulta (Herman, Susser, Struening & Link, 1997).

Outros estudos debruçaram-se sobre o fenómeno da transmissão intergeracional dos comportamentos de risco de pais para filhos, partindo do pressuposto base que o presenciar a adopção de determinados comportamentos de risco para a saúde por parte dos pais, aumenta o risco, por parte dos filhos, de adopção dos mesmos na idade adulta. Exemplos desta última linha de investigação são os estudos com filhos de pais alcoólicos. Neste sentido, a investigação indica que os filhos de pais alcoólicos correm um risco mais elevado de vivenciar outras experiências adversas, tal como a negligência e o abuso, o testemunhar violência doméstica e o estar exposto ao consumo abusivo de drogas, doenças mental, suicídio e comportamento criminal (Felitti, et al., 1998; Anda, et al., 1999; Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards & Giles, 2001b; Flemming, Mullen & Bammer, 1997; Wolock & Magura, 1996; McCloskey, Figueredo & Koss, 1995; Dube, Anda, Felitti, Edwards & Croft, 2002). Por outro lado, crescer com um pai alcoólico constitui também um risco elevado para o desenvolvimento do alcoolismo na idade adulta, psicopatologia e outros problemas médicos e sociais (Humphreys, 1996; Merikangas, Dierker & Szatmari, 1998; Nordberg, Rydelius & Zetterstrom, 1993; Anda, Whitfield, Felitti, Chapman, Edwards, Dube & Williamson, 2002; Dube, et al., 2001b). O estudo de Anda e colaboradores (2002) vem ao encontro destes resultados uma vez que na sua amostra, crescer com um pai alcoólico

aumentava significativamente o risco de experienciar as nove experiências adversas na infância avaliadas (abuso emocional, físico e sexual, presenciar violência doméstica, separação ou divórcio, crescer com um elemento na família consumidor de substâncias, doente mental, suicidário ou ex-condenado). O mesmo foi verificado em outro estudo semelhante em que comparando indivíduos sem exposição ao trauma na infância, o risco de consumir álcool de forma abusiva, relatar história de alcoolismo e casar com um alcoólico era duas a quatro vezes superior na presença de várias experiências adversas na infância (Dube, et al., 2002). Anda e colaboradores (2002) concluíram que a maior parte dos adultos que apresentavam consumo de álcool, relatavam história de alcoolismo parental. Crescer numa família com um elemento alcoólico estava também associado a um maior consumo de drogas nos adolescentes rapazes e a um aumento dos comportamentos desviantes nas raparigas (Ritter, Stewart, Bernet, Coe & Brown, 2002).

5.1.2. Estilo de Vida nos Filhos dos Veteranos de Guerra

Westerink e Giarratano (1999) estudaram o stress psicológico, funcionamento familiar, auto estima e estilo de vida em filhos de veteranos de guerra com PTSD maiores de 15 anos. Os filhos dos veteranos quando comparados com jovens da comunidade, apresentavam um nível mais elevado de stress psicológico, percepcionavam as suas famílias como mais conflituosas e menos coesas, bem como apresentavam menor auto-estima. Para avaliar o estilo de vida foi utilizado um questionário construído pelos autores onde eram obtidos dados como o género, estatuto da família, experiências traumáticas prévias, contacto com terapeutas e medidas de saúde e bem-estar, como saúde geral, prática de exercício físico, consumo de tabaco e álcool. Contudo, não verificaram diferenças significativas ao nível do estilo de vida entre os filhos de veteranos e o grupo de controlo, excepto nos hábitos tabágicos e na prática de exercício físico.

A exposição ao trauma e o PTSD podem ser considerados factores de risco para a adopção e manutenção de comportamentos de risco para a saúde. Mas, se por um lado, a vivência de experiências adversas na infância e ao longo da vida podem despoletar a adopção de comportamentos de risco, por outro, o viver com progenitores com hábitos de estilos de vida pouco saudáveis, pode dar lugar a uma reprodução desses mesmos comportamentos, sugerindo a existência de um processo intergeracional de transmissão de padrões de risco dos progenitores para os filhos (Anda, et al., 2002).

PARTE II - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Capítulo 6

Metodologia

Este capítulo apresenta a metodologia de investigação utilizada. Inicialmente são apresentados os objectivos da investigação, questões e respectivas hipóteses. Segue-se a descrição do design e dos procedimentos de recolha de dados, as variáveis estudadas, os instrumentos utilizados e, para finalizar, as análises estatísticas realizadas.

6.1. Definição dos Objectivos

Objectivos

De acordo com a revisão da literatura, em Portugal existem poucos estudos que se debruçam sobre as consequências adversas de viver/coabitar com um veterano de guerra portador de uma Perturbação de Stress Pós Traumático. No entanto, de acordo com uma vasta gama de investigações realizadas com veteranos de guerra do Vietname, sabemos que o trauma pode ser “contagioso” para os restantes elementos da família (Figley, 1995a, 1998, 2003). Outro dado consistente na literatura é que os filhos adultos de veteranos de guerra com PTSD podem manifestar sintomatologia traumática que se assemelha à sintomatologia do próprio veterano (Beckham, et al., 1997a; Davidson & Mellor, 2001). Os filhos manifestam também problemas em outras áreas diversas, nomeadamente, apresentam menor ajustamento psicológico do que os filhos dos veteranos de guerra sem PTSD (Westerink & Giarratano, 1999; Beckham, et al., 1997a; Davidson & Mellor, 2001); mais problemas de desenvolvimento (Davidson, et al., 1989; Harkness, 1991; Dansby & Marinelli, 1999; Klaric, et al., 2008) e de comportamento, (Parsons, et al., 1990; Davidson & Mellor, 2001; Jordan, et al., 1992; Harkness, 1993); dificuldades de interacção social (Parsons, et al., 1990; Harkness, 1991; Beckham, et al., 1997a). A disfunção parece também manifestar-se ao nível do funcionamento familiar (Davidson & Mellor, 2001; Westerink & Giarratano, 1999; Al-Turkait & Ohaeri, 2008) e apresentam sintomatologia psicopatológica (Beckham, et al., 1997a; Davidson & Mellor, 2001; Ahmadzdeh & Malekian, 2004; Al-Turkait & Ohaeri, 2008).

Neste sentido, este estudo pretende fazer uma caracterização sócio-demográfica e clínica dos filhos dos veteranos de guerra. É nossa pretensão fazer uma caracterização dos filhos dos veteranos de guerra ao nível do padrão actual de vivências familiares na infância, sintomatologia física, psicopatologia, hábitos de estilo de vida saudável e funcionamento familiar, bem como perceber se existem diferenças ao nível destas variáveis entre o grupo de filhos com o diagnóstico de STSD e o grupo de filhos sem o diagnóstico de STSD, o grupo de filhos com sintomatologia de STSD versus o grupo de filhos sem sintomatologia de STSD. Pretendemos também perceber se funcionamento familiar media a relação entre Sintomatologia Traumática e estilo de vida. Este estudo pretende ainda identificar quais os preditores da sintomatologia traumática e da sintomatologia física de forma a melhor delinear intervenções psicológicas mais eficazes.

Mais especificamente, o presente estudo tem como objectivos:

1. Estudar a relação entre o diagnóstico Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD) dos pais veteranos e a Sintomatologia Traumática, incluindo diagnóstico de Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD), vivências familiares na infância, psicopatologia, sintomatologia física, funcionamento familiar e estilo de vida nos filhos de veteranos de guerra.
2. Contribuir para a criação de programas de intervenção em filhos de veteranos de guerra.

6.1.1. Questões de Investigação e Hipóteses

Neste sentido, pretendemos dar resposta às seguintes questões de investigação que surgem dos objectivos anteriormente descritos.

1ª Questão:

Será que existe uma relação a) entre o diagnóstico de PTSD dos pais e o diagnóstico de STSD nos filhos, b) entre Sintomatologia Traumática, Psicopatologia e Vivências Familiares nos filhos e c) entre Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física e Estilo de Vida nos filhos?

2ª Questão:

Será que existem diferenças entre a) os filhos com Diagnóstico de STSD versus filhos sem Diagnóstico de STSD ao nível das Vivências Familiares na Infância, Psicopatologia, Sintomatologia Física, Funcionamento Familiar e Estilo de Vida? b) os filhos com Sintomatologia Traumática versus filhos sem Sintomatologia Traumática ao nível das Vivências Familiares na Infância, Psicopatologia, Sintomatologia física, Funcionamento Familiar e Estilo de Vida?

3ª Questão

Qual será o contributo das variáveis que melhor explicam a Sintomatologia Traumática e a Sintomatologia Física nos filhos?

4ª Questão

Será que o Funcionamento Familiar (coesão e adaptabilidade) é mediador da relação entre Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida saudável.

Com base nas questões colocaram-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: a) Espera-se uma relação positiva entre o Diagnóstico de PTSD dos pais e Diagnóstico de STSD nos filhos, b) bem como entre Sintomatologia Traumática, Psicopatologia e Vivências Familiares nos filhos e c) entre Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física e Estilo de Vida nos filhos.

Hipótese 2: a) Espera-se encontrar diferenças a) nos filhos com Diagnóstico de STSD versus filhos sem Diagnóstico de STSD ao nível das Vivências Familiares na Infância, Psicopatologia, Sintomatologia física, Funcionamento Familiar e Estilo de Vida, b) nos filhos com Sintomatologia Traumática versus filhos sem Sintomatologia Traumática ao nível das Vivências Familiares na Infância, Psicopatologia, Sintomatologia Física, Funcionamento Familiar e Estilo de Vida

Hipótese 3: Espera-se que diferentes variáveis exerçam um contributo diferente ao nível a) da Sintomatologia Traumática e b) Sintomatologia Física nos filhos.

Hipótese 4: Espera-se que o Funcionamento Familiar seja mediador da relação entre Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida.

6.2. Design do estudo

Trata-se de um estudo correlacional dado que se pretende estudar as variáveis e esclarecer as associações que possuem entre si, é transversal pois apenas possui um único momento de avaliação (Almeida & Freire, 1997).

6.3. Variáveis Estudadas

As variáveis do estudo foram seleccionadas com base na revisão da literatura efectuada, estando contempladas nas hipóteses e análises exploratórias.

6.3.1. Variáveis Sócio-Demográficas e Clínicas:

Foram estudadas as variáveis sócio-demográficas e clínicas consideradas relevantes na caracterização da amostra no sentido de permitir uma análise exploratória das relações destas com as variáveis psicológicas.

- Idade
- Género
- Estado Civil
- Habilitações
- Profissão
- Com quem vive
- Filhos actualmente em acompanhamento Psicológico e/ou Psiquiátrico
- Ideação suicida
- Tentativas de suicídio
- Idas ao Centro de Saúde
- Idas às Urgências

6.3.2. Variáveis Psicológicas:

1. Perturbação Secundária de Stress Pós Traumático
2. Vivências Familiares na Infância
3. Sintomatologia Física
4. Psicopatologia
5. Funcionamento Familiar
6. Estilo de Vida

6.4. Procedimento de Recolha de Dados

A mostra do nosso estudo é uma amostra aleatória de uma base de dados clínica. Inicialmente foram contactados os pais veteranos, que já se encontravam avaliados em relação à presença ou ausência de PTSD, e os que voluntariamente acederam em participar no estudo, disponibilizaram o contacto do seu filho(a) mais velho(a). Só participaram nesta investigação os filhos cujos pais concordaram em participar. O caderno de avaliação foi enviado, juntamente com o consentimento informado, por correio para a residência dos filhos, com um envelope para permitir o reenvio do caderno à investigadora. Foi disponibilizado um contacto telefónico e um e-mail para qualquer esclarecimento que fosse necessário.

6.5. Instrumentos de Avaliação e Estudos de Fidelidade

Os instrumentos de avaliação utilizados (em anexo) para medir as variáveis estudadas foram os seguintes, segundo a ordem de apresentação aos sujeitos:

- ✓ *Questionário Sócio-demográfico e Clínico* (Pereira & Pedras, 2008)
- ✓ *Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI)*, Versão de Investigação de Pereira e Pedras (2008).
- ✓ *Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático Secundário (EARAT)*, (McIntyre, 1997)
- ✓ *Brief Symptoms Checklist (BS)* (L.R. Dorogatis, 1993), Versão Adaptada Canavarro, 1999.
- ✓ *Health Symptoms Checklist (HSC)* (Proctor, Heeren, White, Wolfe, Borgos, Davis, Pepper, Clapp, Sutker, Vasterling, & Ozonoff, 1998), Versão de Investigação de Pereira e Pedras (2008).
- ✓ *Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III)* (Olson, Portner & Lavee, 1985), Versão Portuguesa de Curral, et al. (1999).
- ✓ *Questionário de Estilo de Vida (QEV)*, Versão de Investigação de Pereira e Pedras (2008).

A escolha dos instrumentos foi baseada na natureza dos fenómenos que se pretendiam estudar e nas qualidades psicométricas destes. Para os instrumentos não adaptados à população portuguesa, foram determinadas as qualidades psicométricas na amostra estudada.

6.6.1. Descrição dos Instrumentos

6.6.1.1. Questionário Sócio-Demográfico e Clínico

Este questionário foi elaborado para os objectivos deste estudo. Este avalia dados demográficos e clínicos dos sujeitos. Os dados demográficos recolhidos são: o sexo, a idade, habilitações literárias, estado civil, situação laboral/escolar. Ao nível dos dados clínicos, este questionário avalia se os sujeitos se encontram actualmente em acompanhamento Psiquiátrico ou Psicológico, se são portadores de algum problema de saúde físico ou psicológico, se estão medicados, bem como se apresentam história de ideação suicida ou tentativas de suicídio. Por fim, qual a frequência com que se dirigem ao Centro de Saúde e às Urgências do hospital.

6.6.1.2. Questionário de Vivências Familiares na Infância (QFVI)

(Versão de Investigação: Pereira & Pedras, 2008).

Versão do estudo

Este questionário foi construído para este estudo com o objectivo de identificar vivências familiares na infância. É constituído por 24 itens onde são questionadas vivências adversas como ex: *presenciar estados de alcoolismo* (item 1), *receber insultos e humilhações* (item 4) e *assistir a tentativas de suicídio de pai ou mãe* (item 10) e vivências positivas como por exemplo: *o ser elogiado* (item 3), *sentir-me amado* (item 12) e *receber afecto* (item 15).

Cotação e Interpretação

O Questionário de Vivências Familiares na Infância é constituído por 24 itens cuja possibilidade de resposta se apresenta segundo uma escala de Likert de 5 pontos e varia entre *Nunca* e *Quase Sempre*. O total é obtido através da soma dos itens assinalados. Um valor elevado significa *vivências familiares negativas*. Este questionário contém 9 itens invertidos: 3, 8, 12, 14, 15, 16, 19, 23 e o 20.

Características Psicométricas numa amostra de Filhos de Veteranos de Guerra

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do Questionário de Vivências Familiares na Infância, foram utilizados os dados obtidos através da avaliação de 80 filhos de veteranos de guerra.

Fidelidade

A fidelidade do instrumento foi calculada pela computação do Alfa de Cronbach.

O coeficiente de consistência interna do Questionário de Vivências Familiares na Infância é de .933, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 1) e as correlações dos itens com o total encontram-se acima dos .097, variando entre .097 e .73.

Atendendo ao número reduzido da amostra não foi possível fazermos o estudo de validade. Em estudos posteriores é importantes fazer esse estudo.

Quadro 1: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI); Sumário da Escala: (N = 80); Média = 23.09; Desvio Padrão = 15.32; Alfa de Cronbach Total = .933

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
QVFI – item 1	26.31	214.724	.521	.932
QVFI – item 2	26.84	220.973	.640	.930
QVFI – item 3	25.01	212.342	.738	.928
QVFI – item 4	26.13	212.693	.702	.928
QVFI – item 5	25.79	224.094	.352	.934
QVFI – item 6	26.01	217.734	.527	.931
QVFI – item 7	26.49	216.076	.659	.929
QVFI – item 8	25.16	217.631	.493	.932
QVFI – item 9	26.29	212.056	.683	.929
QVFI – item 10	26.89	223.443	.611	.931
QVFI – item 11	26.89	216.977	.739	.929
QVFI – item 12	25.80	209.073	.745	.927
QVFI – item 13	26.59	214.043	.733	.928
QVFI – item 14	25.81	210.762	.725	.928
QVFI – item 15	25.71	211.169	.699	.928
QVFI – item 16	25.90	210.673	.696	.928
QVFI – item 17	26.31	220.673	.388	.934
QVFI – item 18	26.36	219.424	.521	.931
QVFI – item 19	24.95	217.137	.430	.933
QVFI – item 20	23.09	234.764	.097	.935
QVFI – item 21	26.84	219.859	.630	.930
QVFI – item 22	25.78	213.999	.546	.931
QVFI – item 23	25.58	210.070	.729	.928
QVFI – item 24	26.41	216.904	.536	.931

6.6.1.3. Escala Avaliação da Resposta Acontecimento Traumático (EARAT)

(McIntyre 1997)

Versão Original

Desenvolvida por McIntyre (1997), esta escala avalia sintomas de Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD). A primeira parte é qualitativa e descritiva e avalia a exposição a situações traumáticas e suas respostas. A segunda parte é constituída por 17 itens que

correspondem aos sintomas de PTSD segundo o DSM IV-R. A primeira escala, *Escala de Revivência* é constituída por 5 itens e avalia sintomas de revivência do acontecimento traumático, como os pesadelos, as lembranças e os episódios de flashbacks. A segunda é a *Escala de Evitamento*, constituída por 7 itens, avalia sintomas de evitamento em relação ao acontecimento traumático, tais como o evitar falar e pensar acerca do acontecimento traumático. A terceira escala, a *Escala de Hiperatividade*, é constituída por 5 itens e avalia sintomas de activação aumentada, como a resposta de alarme exagerada, a irritabilidade e os acessos de cólera.

Cotação e Interpretação

A Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático de McIntyre (1997), é uma escala auto-administrada constituída por duas partes. A primeira parte é qualitativa e refere-se á descrição do “acontecimento traumático” e suas reacções. A segunda parte, é constituída por 17 questões, de respostas dicotómica (sim/não), distribuídas por três escalas: a *escala dos sintomas de revivência do acontecimento* (1-5 itens), a *escala dos sintomas de evitamento* (6-12 itens) e a *escala dos sintomas de hiperatividade* (13-17 itens).

Para obter o diagnóstico de PTSD é necessário pelo menos um sintoma da 1ª escala (sintomas de revivência), três sintomas da 2ª escala (sintomas de evitamento) e dois sintomas da 3ª escala (sintomas de hiperatividade). Esta escala fornece o “Total de Sintomas de PTSD” independentemente do sujeito ter ou não diagnóstico de PTSD e o “Diagnósticos de PTSD” que é obtido somando as respostas necessárias das três escalas para considerar a presença do diagnóstico. Esta escala revela-se num instrumento de diagnóstico bastante útil e prático dado que contempla os sintomas de PTSD tal como são diagnosticados no DSM IV-R.

É uma escala de auto-administração e demora cerca de 10 minutos a ser preenchida.

Características Psicométricas

No que diz respeito às características psicométricas e no que concerne à fidelidade, os estudos de validação inicial desenvolvidos numa amostra de 150 adolescentes angolanos num cenário de guerra, mostra que o instrumento apresenta uma boa validade e fidelidade. As sub-escalas que correspondem aos critérios 2 e 4 do diagnóstico do DSM-IV apresentam uma boa consistência interna (McIntyre & Ventura, 1996). O alfa de Cronbach para a população

portuguesa é de .79. Num outro estudo realizado com 90 adolescentes vítimas de maltrato, encontrou-se um coeficiente de Alfa de Cronbach de 0.71 (Alberto, 1999). No estudo da consistência interna, numa amostra de 150 cuidadores de toxicodependentes, foi encontrado um alfa de .79 na escala de revivência, com uma correlação entre os itens de .34 e .72; um alfa de .67 na escala de evitamento, com uma correlação entre os itens de .11 e .68, e um alfa de .80 na escala de hipervigilância, com uma correlação entre os itens de .38 e .76. (Soares, 2009).

Versão do Estudo

Características Psicométricas numa amostra de Filhos de Veteranos de Guerra

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas da EARAT, nesta amostra foi utilizada a versão original de McIntyre (1997). Esta escala é constituída por 17 itens divididos em três escalas (5 avaliam a revivência do acontecimento traumático, 7 itens avaliam a resposta de evitamento e 5 itens avaliam a resposta de hipervigilância). Os 17 itens foram adaptados aos filhos, por exemplo, na escala original a questão é colocada da seguinte forma: “Tem tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos acerca dessa experiência?”, na versão em estudo a questão é colocada da seguinte forma: “Você tem tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos sobre essas experiências (experiência de guerra do pai ou comportamento dele para consigo)?”.

As características psicométricas da EARAT, na versão de investigação utilizada, foram determinadas por uma avaliação da fidelidade semelhante à escala original. Neste estudo foram utilizados os dados obtidos através da avaliação de 80 filhos de veteranos de guerra.

Fidelidade

A fidelidade do instrumento foi calculada pela computação do Alfa de Cronbach. No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o alfa de Cronbach, separadamente para as escalas de revivência, evitamento e hipervigilância.

O coeficiente de fidelidade para a *Escala Revivência*, é de (.875), indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 2) e as correlações dos itens com o total encontram-se acima dos .68, variando entre .68 e .75.

Quadro 2: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala Revivência da EARAT (5 itens)

Sumário da Escala: (N = 80); Média = 1.14; Desvio Padrão = 1.689;

Alfa de Cronbach Total = .875

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
STSD – item 1	1.01	2.038	.743	.846
STSD – item 2	.96	1.910	.755	.838
STSD – item 3	.95	1.947	.687	.853
STSD – item 4	.81	1.749	.708	.851
STSD – item 5	.81	1.775	.683	.857

O coeficiente de fidelidade para a *Escala Evitamento*, é de (.86), indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 3) e as correlações dos itens com o total encontram-se acima dos .50, variando entre .50 e .73.

Quadro 3: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala Evitamento da EARAT (7 itens)

Sumário da escala: (N = 80); Média = 1.62; Desvio Padrão = 2.160;

Alfa de Cronbach Total = .86

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
STSD – item 6	1.35	3,268	.737	.823
STSD – item 7	1.29	3,195	.733	.824
STSD – item 8	1.39	3.658	.504	.857
STSD – item 9	1.50	3.848	.543	.851
STSD – item 10	1.49	3.696	.639	.840
STSD – item 11	1.38	3.453	.633	.839
STSD – item 12	1.36	3.449	.622	.841

O coeficiente de fidelidade para a *Escala Hipervigilância*, é de .865, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 4) e as correlações dos itens encontra-se acima dos .58, variando entre .58 e .73.

Quadro 4: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala Hipervigilância da EARAT

Sumário da Escala: (N = 80); Média = 1.97; Desvio Padrão = 1.974;

Alfa de Cronbach Total = .865

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
STSD – item 13	1.60	2.724	.582	.861
STSD – item 14	1.60	2.522	.736	.823
STSD – item 15	1.50	2.506	.716	.828
STSD – item 16	1.60	2.572	.697	.833
STSD – item 17	1.60	2.572	.697	.833

Pela análise dos coeficientes de consistência interna do alfa de Cronbach das três escalas da EARAT, é possível constatar que os valores obtido são semelhantes aos obtidos em outros estudos (McIntyre & Ventura, 1996; Alberto, 1999; Soares, 2009) revelando uma elevada consistência interna nestas escalas.

Atendendo ao número reduzido da amostra não foi possível fazermos o estudo de validade na presente amostra.

6.6.1.4. Brief Symptoms Inventory (BSI)

(L.R. Dorogatis, 1993, Versão Adaptada M.C. Canavaro, 1999).

Versão Original

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos é um inventário de auto-relato constituído por 53 itens que avalia os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas. Contudo, também tem sido utilizado em indivíduos que não se encontram perturbados emocionalmente e em estudos com cuidadores informais (Anthony-Bergstone, Zarit & Gatz, 1988; Chang, Bretch & Carter, 2001; Chwalisz, 1996; Land & Hudson, 2002). As sub-escalas deste instrumento têm sido também utilizadas como instrumento de diagnóstico de distress, em diversos estudos com cuidadores (Aguglia, Onor, Trevisiol, Negro, Saina, & Maso, 2004; Price, Bratton & Klinnert, 2002).

Cotação e interpretação

Os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afectou durante a última semana. A escala é tipo likert, em que a possibilidade de respostas vai desde *Nunca* a *Muitíssimas Vezes*. Os sintomas de psicopatologia são avaliados em nove dimensões de sintomatologia e três Índices globais. Este instrumento corresponde a uma versão mais pequena do SCL-R-90 (Derogatis, 1975, 1977, cit. Derogatis, 1993), que mede as mesmas dimensões. Os itens foram seleccionados com base na análise factorial, tendo sido escolhidos os que apresentavam maiores loadings em cada dimensão.

Este inventário é constituído por nove sub-escalas: *Somatização* (distress associado a disfunções corporais - itens 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37), *Depressão* (sintomas de depressão tais como o humor e afecto disfórico, sentimentos negativos em relação ao futuro, etc. – itens 9, 16, 17, 18, 35, 50), *Hostilidade* (pensamentos, sentimentos e acções tais como irritação, aborrecimento, vontade de partir coisas e acessos de cólera – itens 6, 13, 40, 41, 46), *Ansiedade* (sintomas clínicos normalmente associados com ansiedade alta tais como nervosismo, tensão, pânico etc. – itens 1, 12, 19, 38, 45, 49), *Ansiedade Fóbica* (ansiedade típica das fobias ou agorafobia tal como o medo intenso de viajar, de espaços abertos, de multidões etc. – itens 8, 28, 31, 43, 47), *Psicoticismo* (sinais de um estilo de vida alienado, sintomas de psicose – itens 3, 14, 34, 44, 53), *Ideação Paranóide* (características tais como a projecção, hostilidade, egocentrismo, medo de perder autonomia e suspeição – itens 4, 10, 24, 48, 51), *Obsessivo-Compulsivo* (Pensamentos ou acções que são experienciadas como irresistíveis pelo sujeito e do qual ele não tem controlo – itens 5, 15, 26, 27, 32, 36), *Sensibilidade Interpessoal* (sentimentos de inferioridade ou de inadequação pessoal, desconforto em relações interpessoais – itens 20, 21, 2, 42). Existem quatro itens que não pertencem a nenhuma das dimensões (11, 25, 39, 52), pois representam indicadores clínicos e vegetativos importantes (Canavarro, 1999). Da soma dos itens podemos obter três Índices Globais. O Índice Geral de Sintomas (IGS), é o melhor indicador de distress do indivíduo e deve ser usado sempre que uma medida sumaria é exigida; o Total de Sintomas Positivos, que representa a contagem dos sintomas que o indivíduo experiênciava; e o Índice de Sintomas Positivos, uma medida pura da “intensidade” corrigida que permite saber se o indivíduo aumentou ou atenuou o distress na forma como respondeu ao inventário.

A interpretação é feita a três níveis: resultado global representado pelo IGS. Depois temos em atenção o resultado das nove sub-escalas que permitem traçar um perfil do indivíduo

em termos psicopatológicos e nos dá informação sobre a sintomatologia. Finalmente, ao nível dos sintomas discretos, que fornecem informação pormenorizada importante para decisões clínicas (Derogatis, 1975, 1977, cit. Derogatis, 1993).

Este inventário de auto-administração demora cerca de 15 minutos a ser preenchido.

Características Psicométricas

Os autores referem uma boa consistência interna para as nove dimensões que vão desde .71 (*Psicoticismo*) até .85 (*Depressão*). A boa fiabilidade é suportada por outros estudos independentes, não existido contudo, uma medida de fiabilidade para qualquer um dos três índices globais. Os coeficientes teste-reteste para cada uma das nove sub-escalas variam entre .68 (*Somatização*), e .91 (*Ansiedade Fóbica*) e para os três índices globais de .87 (ISP) até .90 (IGS).

No que diz respeito à validade, as correlações entre o BSI e o MMPI vão desde .30 até .72, sendo que as correlações mais significativas se situam nos .50. A análise factorial confirmou a construção *a priori* das dimensões, para além de que as correlações entre o BSI e o SCL-R-90 eram entre .90 e .99 (Derogatis, 1993).

Versão Portuguesa

(Canavarro, 1999)

Os valores médios obtidos para a população portuguesa foram: Índice Geral de Sintomas 0,83 (DP=0,48); Total de Sintomas Positivos 26,99 (DP=11,72); Índice de Sintomas Positivos 1,56 (DP=0,38). Foram definidos pontes de corte entre indivíduos perturbados emocionalmente e a população geral, utilizando-se o Índice Geral de Sintomas. Assim, com uma nota no IGS > 1.7 é provável encontramos pessoas perturbadas a nível emocional e abaixo desse valor, indivíduos da população geral (Canavarro, 1999).

Os estudos psicométricos da versão portuguesa revelaram que este instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove sub-escalas, com valores de Alfa de Cronbach entre os .62 (*Psicoticismo*) e .79 (*Somatização*) e coeficientes teste-reteste entre .63 (*Ideação Paranoide*) e .81 (*Depressão*).

As correlações “split-half” e os coeficientes de “Spearman-Brown” são igualmente abonatórios da consistência interna da escala, sendo mais uma vez, os valores mais baixos os valores das escalas de Ansiedade Fóbica (R Split-half = .403; Coeficiente de Spearman-Brown = .574) e do Psicoticismo (R Split-half = .413; Coeficiente de Spearman-Brown = .585). O instrumento revela ainda uma boa estabilidade temporal.

O BSI possui boa validade discriminativa (população geral versus população perturbada emocionalmente) com base num teste de Análise Discriminante, com um Lambda de Wilks de 0.17 bem como uma elevada correlação com o MMPI (Canavarro, 1999).

Estudos de fiabilidade e validade indicam que este instrumento avalia adequadamente a psicopatologia (Canavarro, 1999). O instrumento possui boa fidelidade e estabilidade temporal sendo que as escalas de *Ansiedade Fóbica* e *Psicoticismo* são as que têm menos consistência interna quando comparadas com as restantes.

O estudo da consistência interna deste instrumento, numa amostra de 150 cuidadores de toxicodependentes, resultou num alfa de .97 para o total da escala. Nas sub-escalas foram encontrados os seguintes alfas: *Somatização* .84, *Depressão* .84, *Hostilidade* .76, *Ansiedade* .83, *Ansiedade Fóbica* .78, *Psicoticismo* .76, *Ideação Paranoide* .77, *Obsessão-Compulsão* .84 e *Sensibilidade Interpessoal* .90. (Soares, 2009).

Versão do Estudo

Características Psicométricas numa amostra de Filhos de Veteranos de Guerra

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do BSI, nesta amostra foi utilizada a versão adaptada de Canavarro (1999). Este inventário é constituído por 9 sub-escalas: *Somatização*, *Depressão*, *Hostilidade*, *Ansiedade*, *Ansiedade Fóbica*, *Psicoticismo*, *Ideação Paranoide*, *Obsessão-Compulsão* e *Sensibilidade Interpessoal*.

As características psicométricas do BSI, na versão de investigação utilizada, foram determinadas por uma avaliação da fidelidade e validade semelhantes à escala original. Neste estudo foram utilizados os dados obtidos através da avaliação de 80 filhos de veteranos de guerra.

Fidelidade

O estudo da consistência interna dos 53 itens do BSI nesta amostra está representado no quadro 5. Como é visível, a análise dos itens do instrumento BSI revelou que as correlações dos itens com o total variam entre .43 e .82, apresentando uma consistência interna de .977.

Quadro 5: Coeficiente de Consistência Interna do Brief Symptoms Inventory (53 itens)

Sumário da Escala: (N=80); Média = 1.84; Desvio Padrão = .675;

Alfa de Cronbach = .977

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
BSI – item 1	102.71	1406.562	.701	.977
BSI – item 2	104.11	1434.987	.507	.977
BSI – item 3	104.06	1429.021	.617	.977
BSI – item 4	103.69	1425.534	.537	.977
BSI – item 5	103.14	1405.715	.650	.977
BSI – item 6	102.60	1399.661	.789	.976
BSI – item 7	103.68	1421.665	.557	.977
BSI – item 8	104.03	1420.506	.738	.977
BSI – item 9	104.36	1445.095	.560	.977
BSI – item 10	102.95	1414.833	.588	.977
BSI – item 11	103.86	1443.538	.428	.977
BSI – item 12	103.85	1416.863	.682	.977
BSI – item 13	103.76	1411.930	.730	.977
BSI – item 14	103.56	1399.313	.761	.977
BSI – item 15	103.75	1424.696	.663	.977
BSI – item 16	103.34	1399.442	.803	.976
BSI – item 17	103.13	1405.351	.763	.977
BSI – item 18	103.69	1403.104	.793	.976
BSI – item 19	103.78	1423.265	.430	.978
BSI – item 20	103.40	1403.686	.795	.976
BSI – item 21	103.51	1405.696	.771	.977
BSI – item 22	103.50	1401.671	.792	.976
BSI – item 23	103.99	1430.088	.567	.977
BSI – item 24	103.39	1403.709	.784	.976
BSI – item 25	103.24	1413.069	.585	.977
BSI – item 26	102.95	1417.947	.631	.977
BSI – item 27	103.08	1417.437	.685	.977

BSI – item 28	104.25	1440.139	.520	.977
BSI – item 29	103.88	1417.883	.709	.977
BSI – item 30	103.98	1419.847	.707	.977
BSI – item 31	103.83	1407.513	.773	.977
BSI – item 32	103.78	1398.379	.828	.976
BSI – item 33	103.86	1414.652	.700	.977
BSI – item 34	104.16	1434.467	.563	.977
BSI – item 35	103.59	1404.220	.803	.976
BSI – item 36	103.13	1405.022	.529	.977
BSI – item 37	103.69	1410.192	.698	.977
BSI – item 38	103.51	1407.342	.785	.977
BSI – item 39	103.89	1420.506	.652	.977
BSI – item 40	103.93	1430.728	.531	.977
BSI – item 41	103.94	1427.528	.610	.977
BSI – item 42	103.63	1419.427	.757	.977
BSI – item 43	103.80	1411.124	.685	.977
BSI – item 44	103.81	1416.711	.709	.977
BSI – item 45	104.18	1428.501	.625	.977
BSI – item 46	103.59	1431.815	.529	.977
BSI – item 47	104.03	1436.632	.493	.977
BSI – item 48	103.00	1412.481	.634	.977
BSI – item 49	103.41	1407.663	.659	.977
BSI – item 50	103.73	1406.835	.753	.977
BSI – item 51	103.11	1407.291	.654	.977
BSI – item 52	103.55	1409.922	.728	.977
BSI – item 53	103.55	1396.808	.793	.976

Os coeficientes de consistência interna de Cronbach das sub-escalas do BSI: *Somatização, Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Ideação Paranoide, Obsessão-Compulsão e Sensibilidade Interpessoal*, são apresentados nos quadros 6 a 14.

O coeficiente de fidelidade para a *Sub-escala Somatização* é de .90, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 6) e as correlações dos itens com o total encontram-se acima dos .51, variando entre .51 e .84.

Quadro 6: Coeficiente de Consistência Interna da Sub-escala: *Somatização* (7 itens)

Sumário da Escala: (N=80); Média = 12.11; Desvio Padrão = 5.560;

Alfa de Cronbach = .90

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
BSI – item 2	10.61	25.430	.515	.905
BSI – item 7	10.18	22.349	.683	.889
BSI – item 23	10.49	23.645	.718	.884
BSI – item 29	10.38	22.313	.842	.870
BSI – item 30	10.48	22.885	.804	.875
BSI – item 33	10.36	22.664	.726	.883
BSI – item 37	10.19	22.331	.690	.888

O coeficiente de fidelidade para a *Sub-escala Depressão* é de .905, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 7) e as correlações dos itens com o total encontram-se acima dos .49, variando entre .49 e .83.

Quadro 7: Coeficiente de Consistência Interna da Sub-escala: *Depressão* (6 itens)

Sumário da Escala: (N=80); Média =1.85; Desvio Padrão = 5.161;

Alfa de Cronbach = .905

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
BSI – item 9	10.60	23.509	.491	.921
BSI – item 16	9.58	17.285	.832	.874
BSI – item 17	9.36	17.702	.821	.879
BSI – item 18	9.93	17.969	.789	.881
BSI – item 35	9.83	18.374	.767	.884
BSI – item 50	9.96	18.239	.763	.885

O coeficiente de fidelidade para a *Sub-escala Hostilidade* é de .828, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 8) e as correlações dos itens com o total encontram-se acima dos .51, variando entre .51 e 75.

Quadro 8: Coeficiente de Consistência Interna da Sub-escala: *Hostilidade* (5 itens)

Sumário da Escala: (N=80); Média = 10.25; Desvio Padrão = 3.889;

Alfa de Cronbach = .828

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
BSI – item 6	7.24	8.538	.759	.750
BSI – item 13	8.40	10.522	.519	.824
BSI – item 40	8.56	10.705	.555	.812
BSI – item 41	8.58	10.146	.715	.771
BSI – item 46	8.23	10.582	.598	.801

O coeficiente de fidelidade para a *Sub-escala Ansiedade* é de (.81), indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 9) e as correlações dos itens com o total encontram-se acima dos .44, variando entre .44 e .73.

Quadro 9: Coeficiente de Consistência Interna da Sub-escala: *Ansiedade* (6 itens)

Sumário da Escala: (N=80); Média = 12.24; Desvio Padrão = 4.897;

Alfa de Cronbach = .81

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
BSI – item 1	9.34	16.556	.623	.769
BSI – item 12	10.48	17.366	.654	.765
BSI – item 19	10.40	16.952	.445	.819
BSI – item 38	10.14	16.601	.733	.748
BSI – item 45	10.80	18.947	.565	.787
BSI – item 49	10.04	17.277	.503	.798

O coeficiente de fidelidade para a *Sub-escala Ansiedade Fóbica* é de .837, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 10) e as correlações dos itens com o total encontra-se acima dos .50, variando entre .50 e .80.

Quadro 10: Coeficiente de Consistência Interna da Sub-escala: *Ansiedade Fóbica* (5 itens)

Sumário da Escala: (N=80); Média = 8.14; Desvio Padrão = 3.697;

Alfa de Cronbach = .837

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
BSI – item 8	6.55	8.706	.804	.761
BSI – item 28	6.78	10.202	.605	.817
BSI – item 31	6.35	8.078	.737	.775
BSI – item 43	6.33	8.450	.603	.821
BSI – item 47	6.55	10.073	.503	.838

O coeficiente de fidelidade para a *Sub-escala Psicoticismo* é de .81, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 11) e as correlações dos itens com o total encontra-se acima dos .47, variando entre .47 e .73.

Quadro 11: Coeficiente de Consistência Interna da Sub-escala: *Psicoticismo* (5 itens)

Sumário da Escala: (N=80); Média = 8.91; Desvio Padrão = 3.921;

Alfa de Cronbach = .81

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
BSI – item 3	7.36	11.677	.494	.806
BSI – item 14	6.86	8.930	.678	.753
BSI – item 34	7.46	11.999	.471	.811
BSI – item 44	7.11	10.228	.662	.759
BSI – item 53	6.85	8.661	.732	.733

O coeficiente de fidelidade para a *Sub-escala Ideação Paranoide* é de (.84), indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 12) e as correlações dos itens com o total encontra-se acima dos .48, variando entre .48 e .79.

Quadro 12: Coeficiente de Consistência Interna da Sub-escala: *Ideação Paranoide* (5 itens)

Sumário da Escala: (N=80); Média = 11.92; Desvio Padrão = 4.583;

Alfa de Cronbach = .84

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
BSI – item 4	10.00	15.215	.552	.833
BSI – item 10	9.26	14.905	.489	.853
BSI – item 24	9.70	14.086	.680	.801
BSI – item 48	9.31	13.230	.739	.783
BSI – item 51	9.43	12.450	.790	.766

O coeficiente de fidelidade para a *Sub-escala Obsessão-Compulsão* é de .85, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 13) e as correlações dos itens com o total encontra-se acima dos .56, variando entre .56 e .70.

Quadro 13: Coeficiente de Consistência Interna da Sub-escala: *Obsessão-Compulsão* (6 itens)

Sumário da Escala: (N=80); Média = 13.86; Desvio Padrão = 5.383;

Alfa de Cronbach = .85

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
BSI – item 5	11.39	20.164	.616	.829
BSI – item 15	12.00	22.380	.684	.823
BSI – item 26	11.20	20.947	.696	.815
BSI – item 27	11.33	21.691	.670	.821
BSI – item 32	12.03	20.455	.700	.813
BSI – item 36	11.38	18.744	.564	.853

O coeficiente de fidelidade para a *Sub-escala Sensibilidade Interpessoal* é de .897, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 14) e as correlações dos itens com o total encontra-se acima dos .74, variando entre .74 e .80.

Quadro 14: Coeficiente de Consistência Interna da Sub-escala:***Sensibilidade Interpessoal (4 itens)*****Sumário da Escala: (N=80); Média = 8.41; Desvio Padrão = 3.696;****Alfa de Cronbach = .897**

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
BSI – item 20	6.20	7.782	.762	.870
BSI – item 21	6.31	7.610	.800	.855
BSI – item 22	6.30	7.428	.798	.857
BSI – item 42	6.43	8.982	.742	.881

Assim, verificou-se que a análise à consistência interna do BSI, nesta população, as sub-escalas apresentaram alfas iguais ou superiores aos da versão portuguesa (.76 a .90 versus .81 a .91).

6.6.1.5. Health Symptoms Checklist (HSC)

(Proctor, et al., 1998), Versão de Investigação de Pereira e Pedras (2008)

Versão Original

A versão original desta checklist era constituída por 52 itens de sintomas físicos e foi inicialmente utilizada com uma amostra de veteranos da guerra do Golfo (Proctor, et al., 1998). Neste estudo, cada um dos 52 sintomas físicos foi estudado por quatro peritos independentes e foi necessária a concordância de pelo menos três peritos para classificar o sintoma. Os quatro peritos eram, respectivamente, um médico de saúde ocupacional, um especialista em saúde ambiental, um especialista em epidemiologia ambiental e um neuropsicólogo. Cada sintoma foi distribuído por nove categorias, designadas por sistemas corporais e avaliaram a taxa de relevância de cada um. Desta checklist de 52 itens os autores sugerem a utilização de uma versão mais pequena, com 24 itens, onde os 24 sintomas físicos se encontram igualmente atribuídos a nove sistemas corporais: *sistema cardíaco* (itens 9, 10, 11), *sistema dermatológico* (item 41), *gastrointestinal* (item 12, 13, 14), *geniturinário* (item 15, 16), *músculo-esquelético*

(item 19, 20, 40), *neurológico* (item 1, 2, 43), *pulmonar* (item 7, 8, 48), *neuropsicológico* (item 33, 38, 46) e *sistema psicológico* (item 24, 44, 45).

Esta checklist de 24 sintomas físicos foi utilizada novamente numa amostra de veteranos da guerra do Golfo (Wolfe, et al., 1999b), mas devido aos objectivos específicos de saúde física pretendidos, foram retirados os três itens de alusão ao sistema psicológico (item 24: dificuldade em dormir; item 44: períodos depressivos frequentes; item 45: períodos de nervosismo e ansiedade frequentes). O estudo da consistência interna nesta amostra revelou um alfa de .90 para a escala total.

Cotação e Interpretação

Os sujeitos devem classificar o grau em que determinado sintoma os afectou durante o último mês semana. A escala é tipo likert, em que a possibilidade de respostas vai desde *Não*, na ausência do sintoma, e *Raramente a Muitíssimas Vezes*, na presença do sintoma. Os sintomas físicos estão distribuídos por nove sistemas corporais e o total resulta da soma dos sintomas indicando a frequência e intensidade dos sintomas verificados, no total ou por sistema corporal.

Versão do Estudo

Características Psicométricas numa Amostra de Filhos de Veteranos de Guerra

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do HSC nesta amostra foi utilizada uma versão de investigação. Esta versão é constituída por 24 itens da escala original onde só foi utilizado o score global de sintomas físicos e não as sub-escalas em sistemas corporais. Neste estudo, foram utilizados os dados obtidos da avaliação dos 80 filhos de veteranos de guerra.

Fidelidade

A fidelidade do instrumento foi calculada pela computação do Alfa de Cronbach. O valor de alfa obtido foi de .94, o que indica uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 15) e as correlações dos itens com o total variam entre .23 e .85.

Quadro 15: Coeficiente de Consistência Interna do Health Symptom Checklist (HSC) (24 itens)**Sumário da Escala: (N=80); Média = 23.39; Desvio Padrão = 17.898****Alfa de Cronbach = .94**

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
HSC – item 1	21.94	293.958	.674	.936
HSC – item 2	22.40	292.952	.741	.936
HSC – item 3	22.70	292.592	.751	.935
HSC – item 4	22.76	298.538	.612	.937
HSC – item 5	22.93	301.994	.603	.938
HSC – item 6	22.81	299.496	.657	.937
HSC – item 7	22.83	305.994	.403	.940
HSC – item 8	22.78	297.974	.628	.937
HSC – item 9	22.73	313.063	.231	.941
HSC – item 10	22.83	300.602	.630	.937
HSC – item 11	22.40	292.572	.708	.936
HSC – item 12	22.54	296.150	.605	.937
HSC – item 13	21.83	299.463	.361	.942
HSC – item 14	22.96	302.695	.559	.938
HSC – item 15	22.19	289.699	.521	.939
HSC – item 16	21.55	293.314	.571	.938
HSC – item 17	21.91	290.309	.566	.938
HSC – item 18	21.85	288.484	.700	.936
HSC – item 19	22.50	293.013	.649	.937
HSC – item 20	22.29	290.410	.667	.936
HSC – item 21	22.50	294.633	.600	.937
HSC – item 22	21.85	280.635	.791	.934
HSC – item 23	22.34	280.404	.857	.933
HSC – item 24	22.53	290.455	.717	.936

Atendendo ao número reduzido da amostra não foi possível fazermos o estudo de validade na presente amostra.

6.1.1.6. Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III)

(Olson, Portner & Lavee, 1985, Versão Portuguesa de Curral, Dourado, Roma Torres, Barros, Palha & Almeida, 1999)

Versão Original

A Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar III é uma escala de auto-administração constituída por 20 itens que avaliam o funcionamento familiar em duas dimensões, a Adaptabilidade e a Coesão. A *Escala da Adaptabilidade* abrange os seguintes componentes: a liderança (item 6 e 18), controlo (item 2 e 12), disciplina (item 4 e 10), papéis e regras (itens 8, 14, 16 e 20). A *Escala da Coesão* contempla os laços emocionais (item 11 e 19), fronteiras familiares (item 5 e 7), tempo e amigos (item 3 e 9), interesses e passatempos (item 13 e 15) e suporte entre os membros da família (item 1 e 17).

A primeira versão da Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar (FACES I) foi inicialmente desenvolvida por Olson, Bell e Portner (1978) tendo em conta as duas dimensões do Modelo Circumplexo: A *Adaptabilidade* e a *Coesão* Familiares. A FACES II (Olson, Portner, & Bell, 1982) é a versão revista do FACES I, sendo constituída por 50 itens. Em 1985, Olson, Portner e Lavee, desenvolveram a terceira versão do FACES, sendo esta mais reduzida (20 itens) que o FACES II.

Cotação e Interpretação

Os sujeitos devem classificar o grau em que determinado componente se encontra presente no seu funcionamento familiar. A escala é tipo likert, em que a possibilidade de respostas vai desde *Quase Nunca* a *Quase Sempre*. A escala é constituída por 20 itens, pertencendo 10 itens à *Escala adaptabilidade* e 10 à *Escala Coesão*. Os itens ímpares caracterizam a *Escala Adaptabilidade* (item 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19) e os itens pares a *Escala Coesão* (item 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20). O total da *Escala Adaptabilidade* e da *Escala Coesão* é obtido através da soma dos itens ímpares e pares, respectivamente.

A interpretação e análise dos valores são feitas através do Modelo Circumplexo (Olson, 1986; Olson, Sprenkle, & Russel, 1989) que resulta de diferentes combinações das dimensões *Coesão* e *Adaptabilidade*. Sumariamente, o Modelo Circumplexo permite classificar as famílias em 16 tipos, combinando os parâmetros coesão e adaptabilidade.

A Coesão familiar avalia o grau de separação e ligação dos membros da família. Existem quatro níveis de coesão familiar que vão desde a família desmembrada, família separada, família ligada e família emaranhada.

A Adaptabilidade Familiar avalia o grau de flexibilidade e capacidade de adaptação à mudança e a novos papéis. Existem quatro níveis de adaptabilidade familiar que vão desde a família rígida, família estruturada, família caótica e família flexível.

Como já referimos o modelo de Olson permite classificar as famílias em 16 tipos, que por sua vez, são classificados em três Tipos de Famílias: Equilibradas, Meio-Termo, Extremas. O Tipo de Família Equilibrada pressupõe níveis de coesão e adaptabilidade médios; o Tipo de Família Meio Termo pressupõe uma das dimensões média e a outra extrema; o Tipo de Família Extrema pressupõe níveis de coesão e adaptabilidade extremos.

Esta Escala auto-administração demora cerca de 15 minutos a ser preenchida.

Propriedades Psicométricas

O estudo da consistência interna desta escala (Olson, et al., 1985) revela que o Alfa de Cronbach para a *Escala Adaptabilidade* se encontra abaixo do desejável ($\alpha=.62$), enquanto que a *Escala Coesão* apresenta um alfa de .77. O coeficiente de consistência interna para o total da escala é de .68.

Aliás, a baixa consistência interna da *Escala Adaptabilidade* em relação à *Escala Coesão* tem vindo a ser consistentemente encontrada em vários estudos de validação da escala a diversas populações, nomeadamente na população Americana (Olson, et al., 1985), Norueguesa (Dundas, 1994), Francesa (Tubiana-Rufi, Moret, Bean, Mesbah, Feard, Deschamps, Czernichow, & Chwalow, 1991) e Espanhola (Forjaz, Cano, & Cervera-Enguix, 2002). Nesta última, foi encontrado um coeficiente de consistência interna de .68 para a *Escala Adaptabilidade* e .72 para a *Escala Coesão*. Quando comparamos a distribuição dos valores na versão Americana e Espanhola, verificamos que as diferenças encontram-se apenas ao nível da Escala Adaptabilidade. As famílias Americanas e Francesas parecem ser semelhantes ao nível da coesão. Estas diferenças podem ser devidas a um factor cultural a ter em conta.

Num estudo sobre a importância desta escala para intervenção familiar, os autores (Maynard & Olson, 1987) encontraram um coeficiente de consistência interna de .63 para a *Escala Adaptabilidade* e .75 para a *Escala Coesão*. O alfa de Cronbach para o total da escala era de .67.

Contudo, Olson (1996) encontrou coeficientes de consistência interna mais elevados para a *Escala Adaptabilidade* ($\alpha = .79$) e para *Escala da Coesão* ($\alpha = .84$) num estudo de avaliação e intervenção clínica utilizando o Modelo Circumplexo. Os coeficientes teste-reteste para cada uma das escalas foram semelhantes, .80 para a *Escala Adaptabilidade* e .83 para a *Escala Coesão*.

O FACES III distingue de forma adequada as famílias clínicas e não clínicas, apresentando uma boa validade discriminativa.

Versão Portuguesa

A versão Portuguesa do FACES é constituída 20 itens, distribuídos por duas Dimensões, a Dimensão Coesão e a Dimensão Adaptabilidade. Os autores referem uma boa consistência interna da escala. O alfa de Cronbach para esta a escala é .87 (Currel, et al., 1999).

Versão do Estudo

Características Psicométricas numa Amostra de Filhos de Veteranos de Guerra

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas da FACES III, nesta amostra foi utilizada a versão portuguesa de Currel e colaboradores (1999). Esta escala é constituída por 20 itens que avaliam o funcionamento familiar tendo em conta duas dimensões: a *Adaptabilidade* (10 itens ímpares) e *Coesão* (10 itens pares).

As características psicométricas da FACES, na versão de investigação utilizada, foram determinadas por uma avaliação da fidelidade. Neste estudo foram utilizados os dados obtidos através da avaliação de 80 filhos de veteranos de guerra.

Fidelidade

A fidelidade do instrumento foi calculada pela computação do Alfa de Cronbach. No sentido de avaliar a consistência interna da escala, foi calculado o alfa de Cronbach, separadamente para as escalas de *Adaptabilidade* e *Coesão*.

O coeficiente de fidelidade para a *Escala Adaptabilidade*, é de .876, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 16) e as correlações dos itens com o total encontram-se acima dos .33, variando entre .33 e .79.

Quadro 16: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala Adaptabilidade (FACES) (10 itens)

Sumário da Escala: (N = 80); Média = 25.94; Desvio Padrão = 6.055;

Alfa de Cronbach Total = .876

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
FACES – item 1	30.79	62.499	.484	.872
FACES – item 3	30.54	63.138	.336	.886
FACES – item 5	30.25	57.987	.696	.857
FACES – item 7	30.26	59.234	.578	.866
FACES – item 9	30.79	59.233	.600	.864
FACES – item 11	30.31	55.990	.797	.849
FACES – item 13	30.39	57.734	.698	.857
FACES – item 15	30.90	57.534	.686	.858
FACES – item 17	31.04	59.075	.606	.864
FACES – item 19	29.73	61.493	.553	.868

O coeficiente de fidelidade para a *Escala Coesão*, é de .676, e as correlações dos itens com o total encontram-se acima dos .005, variando entre .005 e .598 (Quadro 17).

Quadro 17: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach da Escala Coesão (FACES) (10 itens)

Sumário da Escala: (N = 80); Média = 33.89; Desvio Padrão = 8.505;

Alfa de Cronbach Total = .676

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
FACES – item 2	23.24	29.044	.494	.622
FACES – item 4	22.89	27.924	.470	.623
FACES – item 6	23.33	35.058	.005	.713
FACES – item 8	23.16	27.910	.598	.601
FACES – item 10	23.85	30.939	.289	.662
FACES – item 12	24.16	31.783	.487	.638
FACES – item 14	23.33	28.855	.531	.616
FACES – item 16	23.48	27.265	.579	.600
FACES – item 18	22.08	34.577	.014	.719
FACES – item 20	23.94	34.338	.095	.692

A retirada do item 6 e 18 faziam subir o alfa da escala para .71 ou .72. Contudo, devido ao facto de não termos realizado a validade e por motivos de comparação com outros estudos estrangeiros decidimos manter a sub-escala coesão na sua integridade, dado o valor do alfa se encontrar muito próximo de .70.

6.6.1.7. Questionário de Estilo de Vida (QEV)

Versão de Investigação de Pereira e Pedras (2008)

Versão do Estudo

Este questionário foi desenvolvido para este estudo com o objectivo de avaliar comportamentos e hábitos de saúde caracterizadores de um estilo de vida saudável. Este questionário é constituído por 24 itens.

Cotação e Interpretação

Os sujeitos devem classificar com que frequência praticam determinado comportamento de saúde ou de risco. A escala é tipo likert, em que a possibilidade de respostas vai desde *Nunca* ou *Raramente* a *Todos os Meses*, do item 1 ao 7; *Nunca* a *Todos os dias*, do item 8 ao 19; *Nunca* a *Sempre* do item 20 ao 24. Este questionário é constituído por 24 itens dos quais 8 são invertidos: item 5, 7, 11, 12, 18, 19, 20, 23. O total é obtido através da soma dos itens assinalados, sendo que um valor elevado significa um *estilo de vida saudável*.

Características Psicométricas numa amostra de Filhos de Veteranos de Guerra

Para se proceder à avaliação das qualidades psicométricas do Questionário de Estilo de Vida, foram utilizados os dados obtidos através da avaliação de 80 filhos de veteranos de guerra.

Fidelidade

A fidelidade do instrumento foi calculada pela computação do Alfa de Cronbach.

O coeficiente de consistência interna do Questionário Estilo de Vida é de .824, indicando uma elevada consistência interna dos itens (Quadro 18) e as correlações dos itens com o total encontram-se acima dos .26, variando entre .26 e .57.

**Quadro 18: Coeficiente de Consistência Interna de Cronbach do Questionário de Estilo de Vida (QEV)
(24 itens); Sumário da Escala: (N = 80); Média = 84.66; Desvio Padrão = 12.511;
Alfa de Cronbach Total = .824**

	Média se eliminado	Variância se eliminado	Correlação com o total (corrigido)	Alfa se o item for eliminado
QEV – item 1	82.06	142.161	.365	.818
QEV – item 2	82.45	150.225	.273	.821
QEV – item 3	82.30	147.048	.331	.819
QEV – item 4	82.96	151.707	.268	.822
QEV – item 5	81.13	138.035	.467	.813
QEV – item 6	80.73	144.278	.304	.821
QEV – item 7	80.39	146.873	.279	.822
QEV – item 8	81.25	143.759	.333	.820
QEV – item 9	81.64	149.626	.294	.821
QEV – item 10	80.93	144.399	.419	.816
QEV – item 11	81.06	150.009	.261	.822
QEV – item 12	81.29	145.347	.388	.817
QEV – item 13	80.24	141.550	.514	.812
QEV – item 14	80.20	142.137	.528	.812
QEV – item 15	81.25	139.582	.460	.813
QEV – item 16	79.85	150.104	.349	.820
QEV – item 17	81.84	146.644	.305	.820
QEV – item 18	80.81	146.357	.315	.820
QEV – item 19	80.70	135.428	.482	.812
QEV – item 20	80.14	148.145	.367	.818
QEV – item 21	81.24	145.019	.361	.818
QEV – item 22	81.85	142.458	.293	.824
QEV – item 23	79.81	149.749	.408	.819
QEV – item 24	81.14	135.918	.573	.807

Atendendo ao número reduzido da amostra não foi possível fazermos o estudo de validade na presente amostra.

6.6. Procedimentos Estatísticos

Após a recolha dos dados, estes foram lançados numa base de dados informática e processados pelo programa estatístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences – versão 17.0).

Os dados relativos à caracterização da amostra foram obtidos a partir da estatística descritiva: análises de distribuição e frequências.

A resposta às questões de investigação passou por um processo de tratamento estatístico complexo e diferenciado, consoante o tipo de questão colocada e as medidas utilizadas. Num primeiro momento verificamos a presença ou não dos correlários para aplicação da estatística paramétrica, ou seja: as variáveis dependentes eram de natureza intervalar, seguirem uma distribuição normal e existir homogeneidade de variância na distribuição da variável independente em relação à dependente (Almeida & freire, 1997).

Nas hipóteses em estudo recorreremos à estatística paramétrica quando os parâmetros de normalidade da distribuição e homogeneidade da variância se confirmaram e à estatística não paramétrica quando o contrário foi verificado.

Para analisar a normalidade da distribuição da amostra foi utilizado o teste de Kolmogorov-Smirnov.

De forma a testar a hipótese 1 alínea a), uma vez que se trata de variáveis categóricas, foi utilizado o teste Qui-quadrado, b) foi utilizada a correlação de Pearson dado se tratarem de variáveis intervalares (a distribuição normal e homogeneidade de variâncias da amostra foi verificada) e c) a correlação de Spearman, dado que um grupo tinha um $n < 30$.

Na hipótese 2, recorreu-se ao teste de diferenças Mann-Whitney dado que um dos grupos tinha um $n < 30$.

Na hipótese 3, recorreu-se a análises de regressão segundo o modelo de regressão linear múltipla com o método *enter* e *stepwise* de forma a criar um modelo.

Na hipótese 4, recorreu-se ao modelo de regressão linear múltipla com o método *enter* com o objectivo de determinar se o Funcionamento Familiar assumia um papel mediador nas relações entre Sintomatologia Traumática e Estilo de vida.

Para investigar a influência das variáveis sócio-demográficas e clínicas nas variáveis psicológicas foram levadas a cabo análises exploratórias, utilizando quando possível a estatística paramétrica.

PARTE III – RESULTADOS

Capítulo 7

Apresentação dos Resultados

Este capítulo apresenta os resultados do teste de hipótese e análises exploratórias. Inicialmente é apresentada uma análise descritiva dos resultados, de seguida a análise inferencial das variáveis em estudo e, para finalizar, as análises exploratórias realizadas.

7.1. Caracterização da Amostra

7.1.1. Caracterização Sócio-Demográficas da Amostra

De forma a proceder-se à caracterização da amostra foi utilizada estatística descritiva.

A amostra deste estudo é constituída por 80 filhos adultos, de veteranos de guerra (n=80). 51.3% (n=41) são do sexo masculino e 48.8% do sexo feminino (n=39), com uma média de idade de 32 anos, tendo o mais novo dos participantes 23 anos e o mais velho 42 anos. Relativamente ao estado civil, verifica-se que a maioria dos indivíduos da amostra são casados (55%; n=44) e no que concerne às habilitações literárias, a maior percentagem de participantes (38.8%) tem o 3º Ciclo (9º Ano e Secundário) seguidos dos participantes com grau de Licenciatura (33,8%). Estes resultados podem ser observado no Quadro 19.

Quadro 19: Caracterização Sócio-demográfica da Amostra

Idade		M	d.p.	Mínimo	Máximo
		32.3	4.24	23	42
		N	%		
Sexo	Masculino	41	51.3		
	Feminino	39	48.8		
	Total	80	100.0		
Estado Civil	Solteiro	24	30.0		
	Casado	44	55.0		
	União de Facto	9	11.3		
	Divorciado	3	3.8		
	Total	80	100.0		
Habilitações Literárias	1º Ciclo (até 4ºano)	3	3.8		
	2º Ciclo (até 7º ano)	16	20.0		
	3º Ciclo (até12ºano)	31	38.8		
	Licenciatura	27	33.8		
	Outro	3	3.8		
	Total	80	100.0		

Por sua vez, verifica-se que a grande maioria dos indivíduos da amostra encontra-se a trabalhar (92.5%; n=74), sendo que a maior percentagem exerce funções de directores e funcionários de bancos, directores técnicos de empresas, engenheiros, profissionais com títulos universitários, entre outros, tarefas que exigem formação específica e habilitações literárias superiores, perfazendo cerca de 35% (n=28) da nossa amostra.

Como podemos verificar no quadro 20, a maior parte dos participantes vive com o cônjuge (62.5%; n=50), mas 31.3% vivem com os pais (n=25).

Quadro 20: Caracterização da Amostra em função dos Familiares com Quem vive

Com quem vive?	N	%
Pais	25	31.3
Cônjuge	50	62.5
Irmãos	1	1.3
Outros	3	3.8

7.1.2. Caracterização Clínica da Amostra

São consideradas variáveis clínicas aquelas que nos permitem avaliar a condição clínica da nossa amostra.

A maioria da nossa amostra não se encontra em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico na data da participação do estudo (81.3%; n=65). Relativamente à ideação suicida esta é relatada por 22.5% da amostra (n=18), enquanto que história de tentativas de suicídio é relatada por um número mais pequeno de sujeitos (n=7; 8.8%) (Quadro 21). No que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, a grande maioria possui médico de família (88.8%; n=71), mas apenas recorrem ao centro de saúde em média uma vez por ano (43.5%; n=34). A maioria

nunca recorre às urgências do hospital (46.3%; n=37) e quando recorrem fazem-no uma vez por ano (35%; n=28), tal como podemos verificar no quadro 21.

Quadro 21: Caracterização da Amostra segundo as Variáveis Clínicas

Variáveis clínicas		N	%
Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico	Sim	15	17.5
	Não	65	81.3
Ideação Suicida	Sim	18	22.5
	Não	62	77.5
Tentativas de Suicídio	Sim	7	8.8
	Não	73	91.3
Médico de Família	Sim	71	88.8
	Não	9	11.3
Frequência com que recorre ao Centro de Saúde	Uma vez por semana	1	1.3
	Uma vez por mês	4	45.0
	De seis em seis meses	28	35.0
	Uma vez por ano	34	43.5
	Nunca	13	16.3
Frequência com que recorre às Urgências	Uma vez por semana	1	1.3
	Uma vez por mês	2	2.5
	De seis em seis meses	12	15.0
	Uma vez por ano	28	35.0
	Nunca	37	46.3

7.1.3. Caracterização das Variáveis Psicológicas

7.1.3.1. Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVF)

Dado não existir valor de corte para o instrumento, tendo por base as frequências de respostas dos sujeitos ao questionário, i.e. sujeitos que pontuaram “raramente”, “algumas vezes” e “muitas vezes” verificamos que 73.8% dos sujeitos (n=59) da amostra apresentam vivências familiares negativas na infância versus 26.3% dos sujeitos (n=21) que pontuaram “nunca” (Gráfico 1).

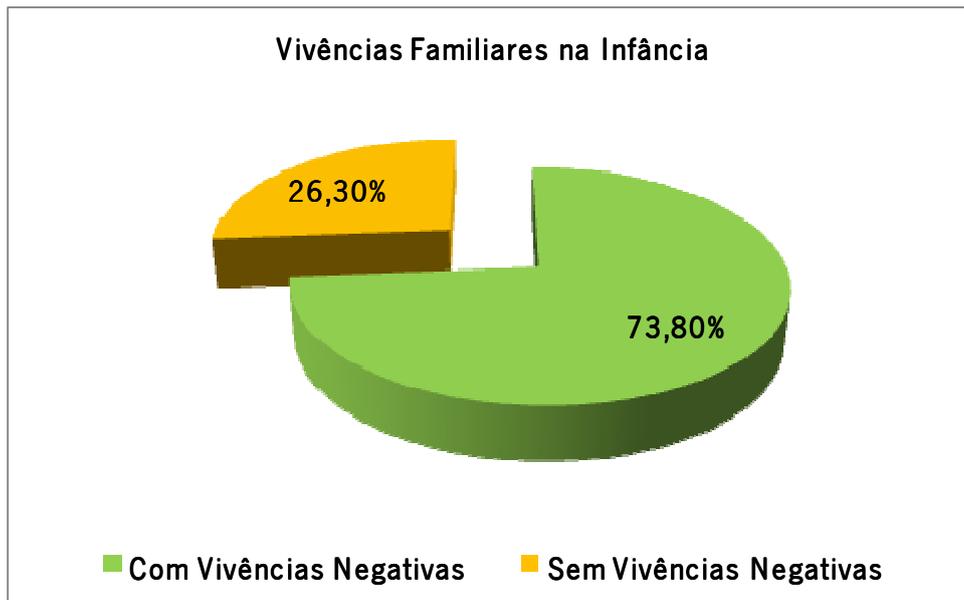


Gráfico 1: Vivências Familiares na Infância

7.1.3.2. Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático

Os resultados da nossa amostra indicam que 58 filhos (72.50%) não apresentam uma Perturbação Secundária de Stress Traumático e 22 (27.50%) apresentam (Gráfico 2).

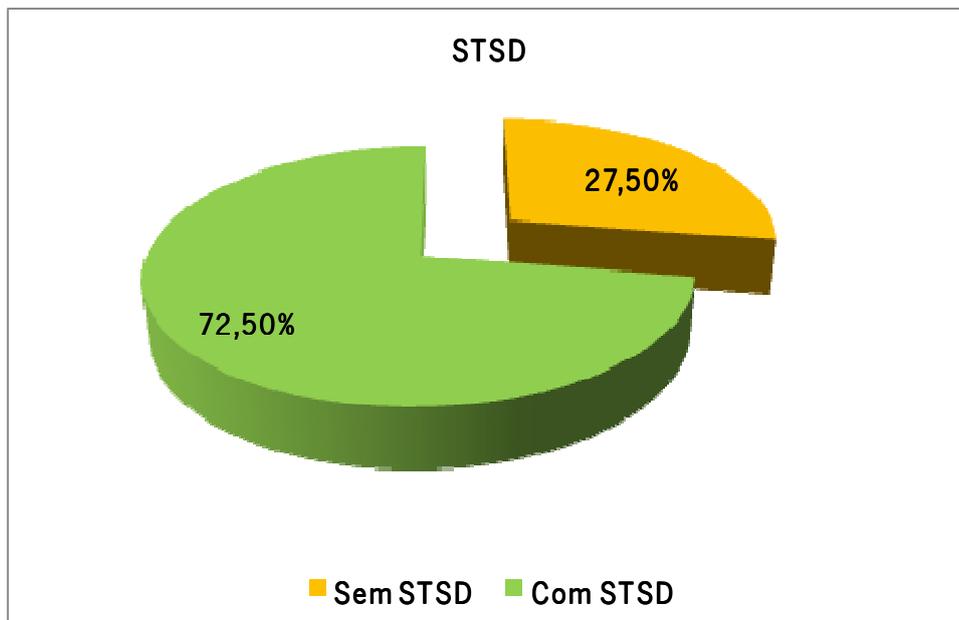


Gráfico 2: Perturbação Secundária de Stress Traumático

De referir que 53 filhos (66%) apresentam sintomatologia traumática e 27 filhos (34%) não apresentam. Apesar da maior parte da amostra não apresentar o diagnóstico de Perturbação Secundária de Stress Traumático, na primeira parte da Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático, qualitativa e descritiva, que avalia a exposição a situações traumáticas e suas respostas, 76% dos filhos referiram ter conhecimento de alguma experiência traumática vivida pelo pai na guerra (ex. ferimentos graves, morte de amigos ou outra experiência) que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros e 43% dos filhos referiram reacções ou comportamentos do pai para com eles que os marcou negativamente, na descrição do “Acontecimento”.

7.1.3.3. Brief Symptoms Inventory (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos avalia sintomas de psicopatologia segundo nove escalas e um Índice Global de Sintomas de Psicopatologia (IGS). Como podemos verificar no quadro 22, a nossa amostra apresenta valores médios em todas as dimensões de psicopatologia superiores aos encontrados na população geral. De igual forma, ao nível do Índice Geral de Sintomas, que na população geral é de .835, na nossa amostra é de 1.84. Se tivermos em conta o valor de corte do instrumento (Índice de Sintomas Positivos maior ou igual a 1.7), a nossa população apresenta-se bastante sintomática, sendo que 40 filhos apresentam um IGS acima de 1.7 apresentando indícios de perturbação emocional (Gráfico 3).

Quadro 22: Sintomas Psicopatológicos nas Escalas do BSI na Amostra

Escalas BSI	Filhos Veteranos		População geral	
	M	d.p.	M	d.p.
Somatização	12.11	5.56	0.57	0.91
Depressão	11.85	5.16	0.893	0.72
Hostilidade	10.25	3.88	0.894	0.78
Ansiedade	12.24	4.90	0.942	0.77
Ansiedade Fóbica	8.14	3.69	0.418	0.66
Psicoticismo	8.91	3.92	0.668	0.61
Ideação Paranoide	11.93	4.58	1.063	0.79
Obsessão Compulsão	13.86	5.38	1.290	0.88
Sensibilidade Interpessoal	8.41	3.69	0.958	0.73
IGS	1.84	.675	0.835	0.48

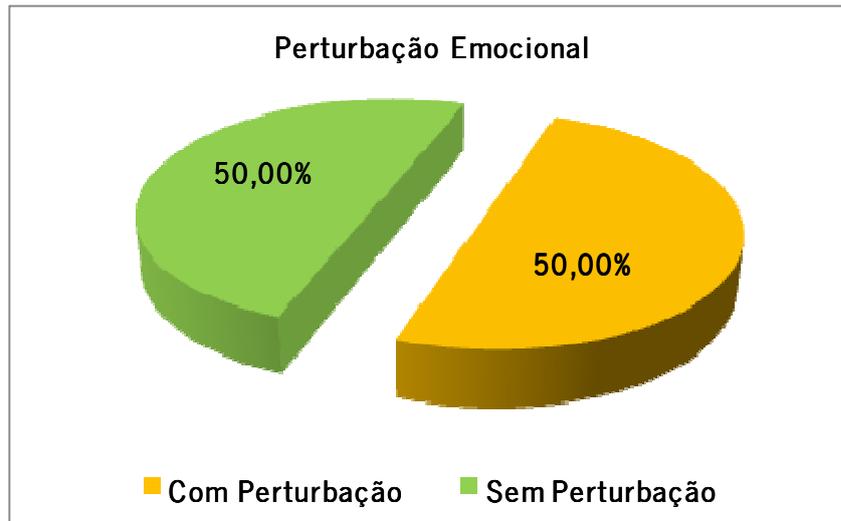


Gráfico 3: Perturbação Emocional (BSI >1.7)

7.1.3.4. Health Symptoms Checklist (HSC)

Dado não existir valor de corte para o instrumento, tendo por base as frequências de respostas dos sujeitos ao questionário, i.e. sujeitos que pontuaram “raramente”, “algumas vezes” e “muitas vezes” verificamos que 66.4% dos sujeitos (n=53) da amostra apresentam sintomas físicos versus 33.8% sujeitos (n=27) que pontuaram “não” (Gráfico 4).

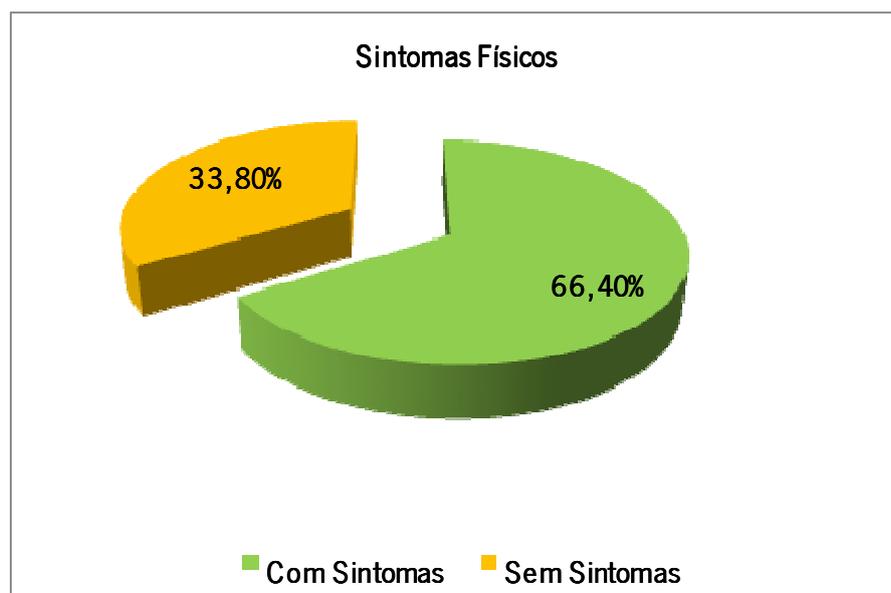


Gráfico 4: Sintomas Físicos

7.1.3.5. Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III)

Como podemos verificar no Gráfico 5, a maioria da nossa amostra possui Famílias Extremas (68.8%), estas são constituídas sobretudo por filhos sem diagnóstico de STSD (51.3%) (Quadro 23).

Quadro 23: Tipo de Família na nossa amostra e em função do Diagnóstico de STSD

Diagnóstico STSD Filho		Fases Tipo Família		
		<i>Equilibrada</i>	<i>Extrema</i>	<i>Total</i>
Sem STSD	N	17	41	58
	%	21.3%	51.3%	72.5%
Com STSD	N	8	14	22
	%	10.0%	17.5%	27.5%
Total	N	25	55	80
	%	31.3%	68.8%	100%

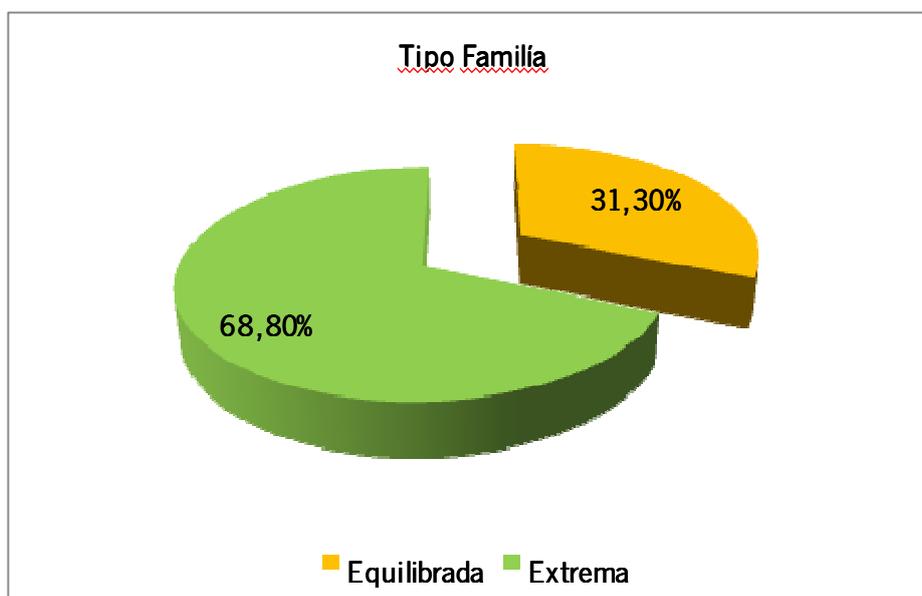


Gráfico 5: Tipo de Família

7.1.3.6. Questionário de Estilo de Vida (QEV)

Dado não existir valor de corte para o instrumento, tendo por base as frequências de respostas dos sujeitos ao questionário, i.e os sujeitos que pontuaram “às vezes” ou “duas vezes

por ano” verificamos que 72.5% dos sujeitos (n=58) da amostra adoptam comportamentos saudáveis versus 27.5% sujeitos (n=22) que pontuaram “uma vez por ano” ou “raramente” (Gráfico 6).

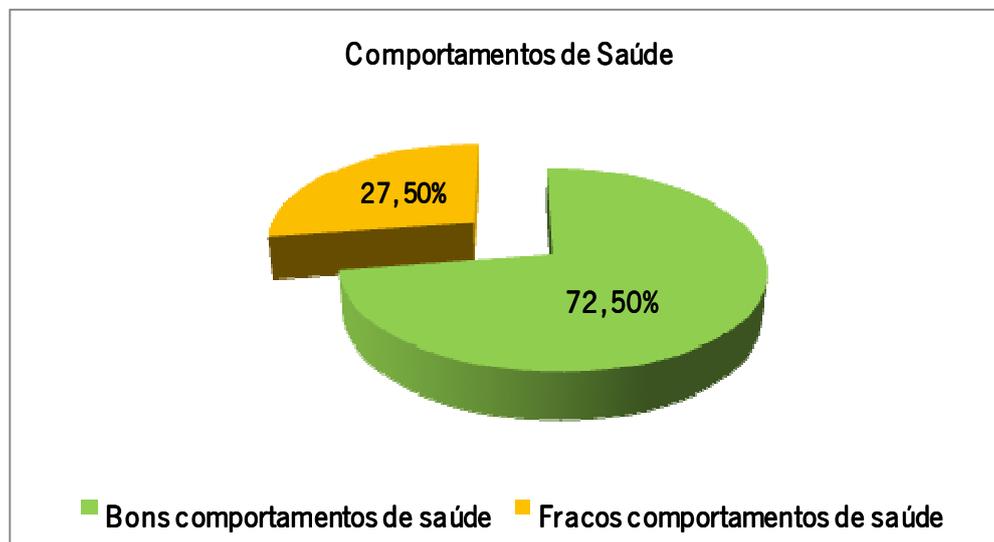


Gráfico 6: Comportamentos de Estilo de Vida Saudável

7.2. Resultados dos Teste de Hipóteses

7.2.1. Hipótese 1: Espera-se uma relação positiva entre a) o diagnóstico PTSD dos pais e diagnóstico STSD nos filhos, b) bem como entre a Sintomatologia Traumática (STSD Total), Psicopatologia e Vivências Familiares nos filhos e c) entre Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física e Estilo de Vida nos filhos.

Para testar a *hipótese 1*, **alínea a)** relação entre diagnóstico de PTSD nos pais e diagnóstico de STSD nos filhos, foi realizado o teste qui-quadrado.

Quadro 24: Teste Qui-Quadrado (χ^2) para a variável Diagnóstico PTSD no Pai e Diagnóstico STSD no filho (n=80)

Diagnóstico PTSD Pai	Diagnóstico STSD nos Filhos			
	<i>Não</i>	<i>Sim</i>	χ^2	<i>p</i>
Sem PTSD	35	5		
	3,0	-3,0		
Com PTSD	23	17	7.586*	.006
	-3,0	3,0		
Total	58	22		

* resultado significativo para $p < 0,05$

Os resultados revelam uma relação positiva, significativa ($\chi^2 = 7.586^*$; $p = .006$) entre o diagnóstico de PTSD nos pais e o diagnóstico de STSD nos filhos. Podemos observar que no total 22 filhos apresentam uma Perturbação Secundária de Stress Traumático, dos quais, 17 são filhos de pais com PTSD (Quadro 24).

Os restantes 23 filhos de pais com o diagnóstico de PTSD não desenvolveram STSD. Assim, só sensivelmente metade dos filhos de pais com PTSD ($n = 17$) apresentam STSD.

Para testar a **alínea b**) da *hipótese 1*: Relação entre Sintomatologia Traumática (STSD Total), Psicopatologia e Vivências Familiares, foi realizada uma correlação de Pearson.

Os resultados revelam que a *Sintomatologia Traumática* (STSD Total e subescalas) se relaciona de forma positiva e significativa com o *IGS* ($p = .000$; $p < 0.01$) i.e. a Sintomatologia Traumática encontra-se associada ao Índice Geral de Sintomas do BSI indicando que os filhos com sintomatologia traumática secundária apresentam sintomatologia psicopatológica. De igual modo, a Sintomatologia Traumática (STSD Total) relaciona-se não só com o IGS mas também com todas as escalas do BSI ($p = .000$; $p < 0.01$)(Quadro 25).

Quando consideramos independentemente cada uma das três escalas: *Revivência* ($p = .002$; $p < 0.01$), *Evitamento* ($p = .000$; $p < 0.01$) e *Hipervigilância* ($p = .000$; $p < 0.01$) estão associadas de forma positiva e significativa ($p = .000$; $p < 0.01$) com o Índice Geral de Sintomas, mas também com as escalas do BSI.

Quadro 25: Correlação de Pearson para as variáveis Sintomatologia Traumática (STSD total e subescalas), BSI (IGS e subescalas) e Vivências Familiares nos filhos com Sintomatologia de STSD (n=53)

	STSD Revivência		STSD Evitamento		STSD Hipervigilância		STSD Total		Vivências Familiares Infância	
	<i>R</i>	<i>p.</i>	<i>R</i>	<i>p.</i>	<i>R</i>	<i>p.</i>	<i>R</i>	<i>p.</i>	<i>R</i>	<i>p.</i>
STSD Revivência									.614**	.000
STSD Evitamento									.575**	.000
STSD Hipervigilância									.495**	.000
STSD Total									.617**	.000
BSI Somatização	.449*	.001	.519**	.000	.638**	.000	.574**	.000	.391**	.004
BSI Depressão	.393**	.004	.556**	.000	.566**	.000	.525**	.000	.486**	.000
BSI Hostilidade	.337*	.014	.445**	.001	.540**	.000	.466**	.000	.422**	.002
BSI Ansiedade	.327*	.017	.446**	.001	.616**	.000	.484**	.000	.431**	.001
BSI Ansiedade Fóbica	.450**	.001	.660**	.000	.585**	.000	.624**	.000	.368**	.007
BSI Psicoticismo	.436**	.001	.633**	.000	.585**	.000	.589**	.000	.541**	.000
BSI Ideação Paranoide	.187	.180	.315*	.022	.410**	.000	.300*	.000	.337*	.014
BSI Obsessão Compulsão	.349*	.011	.522**	.000	.580**	.000	.511**	.000	.430**	.001
BSI Sens. Interpes.	.262	.058	.443**	.001	.501**	.000	.411**	.002	.395**	.003
IGS	.423**	.002	.596**	.000	.664**	.000	.592**	.000	.499**	.000

**p<0.01; *p<0.05

A escala de Evitamento e Hipervigilância relacionam-se de forma positiva e significativa com as escalas de *Somatização*, *Depressão*, *Hostilidade*, *Ansiedade*, *Ansiedade Fóbica*, *Psicoticismo*, *Ideação Paranoide*, *Obsessão Compulsão* e *Sensibilidade Interpessoal*. A escala de *Revivência* do trauma relaciona-se de forma positiva e significativa com todas escalas do BSI à exceção da escala de *Ideação Paranoide* e *Sensibilidade Interpessoal*.

Estes resultados sugerem uma relação forte e significativa entre a Sintomatologia Traumática e a presença de Sintomatologia Psicopatológica, indicada pelo IGS, bem como pelas nove subescalas do BSI na amostra total de filhos com sintomatologia traumática.

As *Vivências Familiares* negativas na Infância relacionam-se de forma positiva e significativa com a *Sintomatologia Traumática* (STSD Total) e as escalas *Revivência*, *Evitamento* e *Hipervigilância* de STSD ($p=.000$; $p<0.01$), sugerindo que quanto maior o número de vivências familiares negativas na infância maior o número de sintomas de trauma na amostra de filhos com Sintomatologia Traumática. Verifica-se a mesma relação positiva e significativa com o IGS e escalas.

Assim, podemos dizer que a alínea b) *da hipótese 1* foi confirmada na totalidade.

Testamos a mesma relação no grupo de filhos que apresentam *Diagnóstico de STSD* ($n=22$) ao nível do *Sintomatologia Traumática* (STSD Total e subescalas), *Psicopatologia* e *Vivências Familiares*, através de uma correlação de Spearman, dado que o grupo tinha um $n < 30$ (Quadro 26).

Quadro 26: Correlação de Spearman entre Psicopatologia (IGS e subescalas) e Vivências Familiares na Infância nos filhos com Diagnóstico de STSD (N=22)

	STSD Revivência		STSD Evitamento		STSD Hipervigilância		STSD Total		Vivências Familiares na Infância	
	<i>P</i>	<i>p.</i>	<i>P</i>	<i>p.</i>	<i>P</i>	<i>p.</i>	<i>P</i>	<i>p.</i>	<i>P</i>	<i>p.</i>
BSI Somatização	.496*	.019	.194	.386	.579**	.005	.397	.067	.211	.347
BSI Depressão	.062	.784	.138	.542	.006	.978	.013	.956	.457*	.032
BSI Hostilidade	.310	.160	.311	.159	.217	.332	.243	.276	.571**	.006
BSI Ansiedade	.235	.293	.249	.264	.475*	.026	.276	.097	.485*	.022
BSI Ansiedade Fóbica	.495*	.019	.593**	.004	.361	.098	.545**	.009	.463*	.030
BSI Psicoticismo	.307	.164	.294	.184	.372	.088	.265	.234	.624**	.002
BSI Ideação Paranoide	.073	.746	.249	.264	.186	.408	.079	.726	.306	.166
BSI Obsessão Compulsão	.308	.164	.313	.156	.370	.090	.289	.193	.541**	.009
BSI Sensibilidade Interpessoal	.004	.986	.120	.595	.215	.336	-.069	.762	.342	.120
IGS	.386	.076	.326	.139	.355	.105	.308	.163	.550**	.008

* $p. <0.05$; ** $p. <0.01$

Os resultados apresentados no Quadro 26 revelam que a Sintomatologia Traumática (STSD Total) se relaciona de forma positiva e significativa com a escala de *Ansiedade Fóbica*

($p=.009$; $p<0.05$). Quando consideramos independentemente cada uma das três escalas, a escala de *Revivência*, encontra-se relacionada com a Somatização ($p=.019$; $p<0.01$) e Ansiedade Fóbica ($p=.019$; $p<0.01$), a escala de *Evitamento* relaciona-se com Ansiedade Fóbica ($p=.004$; $p<0.05$) e a escala de *Hipervigilância* relaciona-se com a escala de Somatização ($p=.005$; $p<0.05$) e com a Ansiedade ($p=.026$; $p<0.05$).

As Vivências Familiares na Infância encontram-se relacionadas de forma positiva e significativa com o IGS ($p=.008$; $p<0.01$) com as escalas de Depressão ($p=.032$; $p<0.05$), Hostilidade ($p=.006$; $p<0.01$), Ansiedade ($p=.022$; $p<0.05$), Ansiedade Fóbica ($p=.030$; $p<0.05$), Psicoticismo ($p=.002$; $p<0.01$) e Obsessão-Compulsão ($p=.009$; $p<0.01$).

Estes resultados sugerem uma forte e significativa relação entre as Vivências Familiares Negativas na Infância e sintomatologia psicopatológica, nomeadamente ao nível da Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Obsessão-Compulsão, e ao nível da psicopatologia no geral (IGS).

Assim, podemos concluir que os filhos com Diagnóstico de STSD apresentam maior número de sintomas de Somatização, Ansiedade Fóbica e Ansiedade.

Para testar a **alínea c)** da *hipótese 1*: Relação entre Sintomatologia Traumática (STSD Total e subescalas), Sintomatologia Física (HSC) e Estilo de Vida (QEV) dado que as variáveis de distribuem de uma forma normal, foi utilizado o teste de correlação de Pearson.

Quadro 27: Correlação de Pearson para as Variáveis Sintomatologia Traumática (STSD Total e subescalas), Sintomatologia Física (HSC) e Estilo de Vida (QEV) nos filhos com Sintomatologia de STSD (=53)

	HSC - Sintomas físicos		QEV - Estilo de Vida	
	<i>Pearson</i>	<i>p.</i>	<i>Pearson</i>	<i>p.</i>
STSD Revivência	.530**	.000	-.429**	.001
STSD Evitamento	.617**	.000	-.237	.087
STSD Hipervigilância	.714**	.000	-.204	.142
STSD Total	.673**	.000	-.339*	.013
QEV- Estilo de Vida	-.183	.189		

* $p. <0.05$; ** $p. <0.01$

Os resultados apresentados no quadro 27 revelam que a *Sintomatologia Traumática* (STSD Total) bem como as Escalas de *Revivência*, *Evitamento* e *Hipervigilância* se relacionam de

forma positiva e significativa ($p=.000$; $p<0.01$) com os *Sintomas Físicos (HSC)* sugerindo que os filhos com *Sintomatologia Traumática* (STSD Total e subescalas) manifestam mais sintomas físicos.

A *Sintomatologia Traumática* (STSD Total) ($p=.013$; $p<0.05$), bem como a Escala de *Revivência* ($p=.001$; $p<0.05$) apresentam uma relação negativa, com o *Estilo de Vida* (QEV). Estes resultados sugerem que quanto mais elevado for o número de sintomas de *Revivência* do trauma bem como a presença de *Sintomatologia Traumática* (STSD Total), menor a adoção de comportamentos de saúde característicos de um *Estilo de Vida Saudável*.

Por fim, podemos observar que o *Estilo de Vida* (QEV) se relaciona de forma negativa, mas não significativa com os *Sintomas Físicos*, i.e., quanto maior a sintomatologia física, menor os comportamentos de Estilo de Vida Saudável.

Assim, a *hipótese 1, alínea c)* foi confirmada parcialmente.

Testamos a mesma relação no grupo de filhos ($n=22$) que apresentam diagnóstico de STSD (STSD Total e subescalas), Sintomatologia Física (HSC) e Estilo de Vida (QEV), através de uma correlação de Spearman, dado que os grupos tinham um $n < 30$.

Quadro 28: Correlação de Spearman para as Variáveis Sintomatologia Traumática (Total e subescalas), Sintomas Físicos e Estilo de Vida nos filhos com Diagnóstico de STSD (N=22).

	HSC - Sintomas físicos		QEV - Estilo de Vida	
	<i>P</i>	<i>p.</i>	<i>P</i>	<i>p.</i>
STSD Revivência	.474*	.026	-.534*	.010
STSD Evitamento	.477*	.025	-.218	.329
STSD Hipervigilância	.465*	.029	-.136	.546
STSD Total	.482*	.023	-.373	.087
QEV- Estilo de Vida	-.148	.512		

* $p. < 0.05$; ** $p. < 0.01$

Em relação à *Sintomatologia Física*, os resultados revelam que o quadro de *STSD Total*, ($p=.023$; $p<0.05$), bem como as Escalas de *Revivência* ($p=.026$; $p<0.05$), *Evitamento* ($p=.025$; $p<0.05$) e *Hipervigilância* ($p=.029$; $p<0.05$) se relacionam de forma positiva e significativa com os *Sintomas Físicos (HSC)*. Sugerindo que os filhos com o diagnóstico de STSD manifestam mais *Sintomas Físicos*, quer ao nível da escala total quer das subescalas (Quadro 28).

O *Estilo de Vida* apenas se relaciona de forma negativa e significativa com a escala *Revivência de STSD* ($p=.010$; $p<0.05$). Estes resultados sugerem que quanto maior o número de sintomas de revivência do trauma, menor a adopção de comportamentos de saúde característicos de um *Estilo de Vida Saudável*.

Por fim, podemos observar que o *Estilo de Vida* (QEV) se relaciona de forma negativa, mas não significativa com os *Sintomas Físicos*, i.e., quanto maior a sintomatologia física, menor os comportamentos de estilo de vida saudável (Quadro 26).

Estes resultados sugerem que os filhos com uma *Perturbação Secundária de Stress Traumático* apresentam maior número de Sintomas Físicos e aqueles que *Revivenciam* mais o trauma e adoptam menos *comportamentos de saúde*.

Concluindo, *hipótese 1*:

a) Podemos verificar que Diagnóstico de PTSD do pai se relaciona de forma positiva e significativa ($\chi^2=7.586^*$; $p=.006$) com o Diagnóstico de STSD nos filhos.

b) Na amostra de filhos com Sintomatologia Traumática ($n=53$), os resultados revelam que a Sintomatologia Traumática (STSD Total) se relaciona de forma positiva e significativa com o *IGS* ($p=.000$; $p<0.01$), bem como com as nove subescalas do BSI. As Vivências Familiares Negativas na Infância relacionam-se de forma positiva e significativa ($p=.000$; $p<0.01$) com a Sintomatologia Traumática (STSD Total) e subescalas.

Já no grupo de filhos com o Diagnóstico de STSD ($n=22$), os resultados indicam uma relação entre o STSD e as subescalas de Somatização, Ansiedade Fóbica e Ansiedade do BSI. As Vivências Familiares Negativas na Infância relacionam-se de forma positiva e significativa com a sintomatologia psicopatológica geral e subescalas, à excepção da escala de somatização, Ideação Paranoide e Sensibilidade Interpessoal.

c) Na amostra de filhos com Sintomatologia Traumática ($n=53$), os resultados revelam que a Sintomatologia Traumática (STSD Total), bem como as Escalas de Revivência, Evitamento

e Hipervigilância, se relacionam de forma positiva e significativa ($p=.000$; $p<0.01$) com os Sintomas Físicos (HSC). A Sintomatologia Traumática (STSD Total) e a escala de Revivência apresentam uma relação negativa, com o Estilo de Vida. Este último relaciona-se de forma negativa, mas não significativa com os Sintomas Físicos.

Já no grupo de filhos com o Diagnóstico de STSD ($n=22$), os resultados indicam uma relação entre a Sintomatologia Física e o STSD Total ($p=.023$; $p<0.05$) e subescalas. O Estilo de Vida apenas se relaciona de forma negativa e significativa com a escala Revivência de STSD ($p=.010$; $p<0.05$). Por fim, podemos observar que o Estilo de Vida se relaciona de forma negativa, mas não significativa com os Sintomas Físicos.

7.2.2. Hipótese 2: Espera-se encontrar diferenças a) nos filhos com Diagnóstico de STSD versus filhos sem Diagnóstico de STSD ao nível das Vivências Familiares na Infância (QVF), Psicopatologia (BSI), Sintomatologia Física (HSC), Funcionamento Familiar (FACES) e Estilo de Vida (QEV), b) nos filhos com Sintomatologia Traumática versus filhos sem Sintomatologia Traumática ao nível das Vivências Familiares na Infância (QVF), Psicopatologia (BSI), Sintomatologia Física (HSC), Funcionamento Familiar (FACES) e Estilo de Vida (QEV).

Para testar a **alínea a)** da *hipótese 2*, foi utilizado o teste M-W dado que um dos grupos tinha um $n < 30$.

Como se verifica pelo quadro 29, existem diferenças estatisticamente significativas, entre os dois grupos de filhos, ao nível das *Vivências Familiares, Sintomatologia Física, Psicopatologia (IGS e subescalas, à exceção da escala Ideação Paranoide), Funcionamento Familiar (Coesão e Adaptabilidade)*. O mesmo não se verifica ao nível do *Estilo de Vida* ($p=.230$).

O grupo de filhos com *Diagnóstico de STSD* apresenta maior número de *Vivências Familiares, Sintomas Físicos* e sintomas psicopatológicos de *Somatização, Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Obsessão Compulsão e Sensibilidade Interpessoal*, quando comparado com o grupo *sem Diagnóstico de STSD*, à exceção da escala de *Ideação Paranoide*.

Quadro 29: Resultados do Teste M-W relativamente às Variáveis Vivências Familiares (QVF), Psicopatologia (IGS e subescalas), Sintomatologia, Física (HSC), Funcionamento Familiar (FACES coesão e adaptabilidade) e Estilo de Vida (QEV) (n=53)

Variáveis Psicológicas	Diagnóstico de STSD		Média das ordens	Teste M-W	
	Sim = 22	Não = 31		Z	p.
Vivências Familiares	Sim		35.36	-3.323	.001
	Não		21.06		
BSI Somatização	Sim		35.23	-3.278	.001
	Não		21.16		
BSI Depressão	Sim		36.05	-3.601	.000
	Não		20.58		
BSI Hostilidade	Sim		34.27	-2.900	.004
	Não		21.84		
BSI Ansiedade	Sim		33.68	-2.663	.008
	Não		22.26		
BSI Ansiedade Fóbica	Sim		37.39	-4.166	.000
	Não		19.63		
BSI Psicoticismo	Sim		37.61	-4.242	.000
	Não		19.47		
BSI Ideação Paranóide	Sim		31.48	-1.784	.074
	Não		23.82		
BSI Obsessão Compulsão	Sim		35.16	-3.251	.001
	Não		21.21		
BSI Sensibilidade Interpessoal	Sim		35.82	-3.520	.000
	Não		20.74		
BSI IGS	Sim		36.84	-3.909	.000
	Não		20.02		
Sintomatologia Física	Sim		36.52	-3.785	.000
	Não		20.24		
FACES Coesão	Sim		21.09	-2.354	.019
	Não		31.19		
FACES Adaptabilidade	Sim		21.32	-2.260	.024
	Não		31.03		
Estilo de Vida	Sim		23.98	-1.202	.230
	Não		29.15		

De igual forma, o grupo de filhos com *Diagnóstico de STSD* apresenta maior número de sintomas psicopatológicos do que os filhos *sem Diagnóstico de STSD*.

No que diz respeito ao Funcionamento Familiar, o grupo de filhos *sem Diagnóstico de STSD* apresenta um melhor funcionamento nas dimensões Coesão e Adaptabilidade Familiares.

Por fim, relativamente ao Estilo de Vida, a diferença entre os grupos não se revelou estatisticamente significativa, mas o grupo de filhos *sem Diagnóstico de STSD*, apresenta um maior número de comportamentos característicos de um Estilo de Vida Saudável, quando comparados com o grupo de filhos com *Diagnóstico de STSD*.

Alinea b), hipótese 2: Espera-se encontrar diferenças nos filhos com Sintomatologia Traumática versus filhos sem Sintomatologia Traumática ao nível das Vivências Familiares na Infância (QVF), Psicopatologia (BSI), Sintomatologia Física (HSC), Funcionamento Familiar (FACES) e Estilo de Vida (QEV).

Para testar a hipótese 3, foi utilizado o teste Mann-Whitney dado que um dos grupos tinha um $n < 30$.

Como se verifica pelo quadro 30, existem diferenças estatisticamente significativas, entre o grupo de filhos sem Sintomatologia de STSD e o grupo de filhos com Sintomatologia de STSD, ao nível das *Vivências Familiares, Psicopatologia (IGS e subescalas), Sintomatologia Física e Adaptabilidade Familiar*. O mesmo não se verifica ao nível da *Coesão Familiar* ($p=.056$) e do *Estilo de Vida* ($p=.381$).

O grupo de filhos *com Sintomatologia de STSD* apresenta maior número de *Vivências Familiares, Sintomas Físicos* e sintomas psicopatológicos de *Somatização, Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Ideação Paranoide, Obsessão Compulsão e Sensibilidade Interpessoal*, quando comparado com o grupo *sem Sintomatologia de STSD*, onde o grupo *com Sintomatologia Traumática* apresenta mais perturbação emocional.

No que diz respeito ao Funcionamento Familiar, o grupo de filhos *sem Sintomatologia Traumática* apresenta um melhor funcionamento nas dimensões Coesão e Adaptabilidade Familiares, embora a diferença entre os grupos, na coesão familiar não se apresente significativa.

Quadro 30: Resultados do Teste M-W relativamente às Variáveis Vivências Familiares (QVF), Psicopatologia (IGS e sub-escalas), Sintomatologia, Física (HSC), Funcionamento Familiar (FACES coesão e adaptabilidade) e Estilo de Vida (QEV) (n=80)

Variáveis Psicológicas	Sintomatologia Traumática		Média das ordens	Teste M-W	
	Sim = 53	Não = 27		Z	p.
Vivências Familiares	Sim		46.54	-3.258	.001
	Não		28.65		
BSI Somatização	Sim		49.08	-4.674	.000
	Não		23.65		
BSI Depressão	Sim		47.67	-3.882	.000
	Não		26.43		
BSI Hostilidade	Sim		48.75	-4.465	.000
	Não		24.31		
BSI Ansiedade	Sim		49.25	-4.733	.000
	Não		23.33		
BSI Ansiedade Fóbica	Sim		47.51	-3.892	.000
	Não		26.74		
BSI Psicoticismo	Sim		48.47	-4.381	.000
	Não		24.85		
BSI Ideação Paranóide	Sim		49.46	-4.846	.000
	Não		22.91		
BSI Obsessão Compulsão	Sim		48.84	-4.515	.000
	Não		24.13		
BSI Sensibilidade Interpessoal	Sim		48.52	-4.351	.000
	Não		24.76		
BSI IGS	Sim		49.91	-5.074	.000
	Não		22.04		
Sintomas Físicos	Sim		48.42	-4.271	.000
	Não		24.96		
FACES Coesão	Sim		36.96	-1.914	.056
	Não		47.44		
FACES Adaptabilidade	Sim		36.96	-2.196	.028
	Não		47.44		
Estilo de Vida	Sim		36.43	-.876	.381
	Não		48.48		

Por fim, relativamente ao Estilo de Vida, a diferença entre os grupos não se revelou estatisticamente significativa, mas o grupo de filhos *sem Sintomatologia Traumática*, apresenta um maior número de comportamentos característicos de um Estilo de Vida Saudável, quando comparados com o grupo de filhos *com Sintomatologia Traumática*.

Assim, a *Hipótese 2* foi confirmada à excepção da variável *Estilo de Vida*.

7.2.3. Hipótese 3: Espera-se que diferentes variáveis exerçam um contributo diferente ao nível da: a) da Sintomatologia Traumática e b) Sintomatologia Física.

O teste da hipótese 3, foi realizado recorrendo as análises de regressão segundo o modelo de regressão linear múltipla com o método Enter e Stepwise, com o objectivo de determinar, **a)** quais as variáveis psicológicas que melhor prevêem a *Sintomatologia Traumática (STSD Total)* e **b)** quais as variáveis psicológicas que melhor prevêem a *Sintomatologia Física*.

- a)** Tendo em conta a variável dependente *Sintomatologia Traumática (STSD Total)*, as variáveis que foram introduzidas no modelo foram as *Vivências Familiares (QVF)*, *Psicopatologia (IGS)*, *Sintomatologia Física (HSC)*, *Estilo de Vida (QEV)*, *Funcionamento Familiar (Tipo de Família)* e *Diagnóstico de PTSD do pai*. No seu conjunto, estas variáveis explicam 53% da variância.

**Quadro 31: Variáveis Predictoras de Sintomatologia Traumática nos Filhos
(Método Enter)(n=53)**

Variáveis	Bloco 1	
	β	p.
QVF - Vivências Familiares	.356	.010
IGS - Psicopatologia	-.002	.991
HSC – Sintomas Físicos	.503	.004
QEV – Estilo de Vida	-.051	.657
Faces – Tipo Família	-.065	.531
Diagnóstico de PTSD do pai	.675	.503

R Square .586; Adjusted R Square .531

Verificamos após a análise dos resultados que as variáveis *Psicopatologia* (IGS), *Estilo de Vida* (QEV), *Tipo de Família* (FACES) e o *Diagnóstico de PTSD do pai* não exercem qualquer tipo de efeito sobre a variável dependente *Sintomatologia Traumática*.

As *Vivências Familiares* (QVF) ($\beta=.356$; $p=.010$) e os *Sintomas Físicos* ($\beta=.503$; $p=.004$) são as únicas variáveis que contribuem significativamente para a *Sintomatologia Traumática*, sendo que quanto maior o número de *Vivências Familiares negativas na Infância* e *Sintomas Físicos*, maior a *Sintomatologia Traumática* (Quadro 31).

Através do método stepwise, pretendemos perceber qual o contributo de cada uma das duas variáveis significativas no modelo anterior, ou seja, as *Vivências Familiares* e os *Sintomas Físicos*, para a *Sintomatologia Traumática*.

**Quadro 32: Variáveis Predictoras de Sintomatologia Traumática nos Filhos
(Método Stepwise) (n=53)**

	Variáveis	Bloco 1		Bloco 2		R2	Adj. R2
		β	P	β	P		
1	HSC – Sintomas Físicos	.673	.000			.453	.442
2	HSC – Sintomas Físicos			.493	.000	.573	.555
	QFV – Vivências Familiares			.386	.000		

Dos resultados podemos perceber que os *Sintomas Físicos* explicam cerca de 44% da variância e quando a variável *Vivências Familiares* é acrescentada ao modelo esta explica cerca de 11% (Quadro 32).

- b) Tendo em conta a variável dependente *Sintomatologia Física*, as variáveis que foram introduzidas no modelo foram as *Vivências Familiares* (QVF), *Psicopatologia* (IGS), *Estilo de Vida* (QEV), *STSD Total* e *Diagnóstico de PTSD do pai*. No seu conjunto, estas variáveis explicam 69% da variância.

**Quadro 33: Variáveis Predictoras da Sintomatologia Física nos Filhos
(Método Enter) (n=53)**

Variáveis	Bloco 1	
	β	p.
QVF - Vivências Familiares	-.081	.463
IGS - Psicopatologia	.661	.000
QEV – Estilo de Vida	-.030	.745
Sintomatologia Traumática (STSD total)	.323	.005
Diagnóstico de PTSD do pai	-.002	.979
R Square .723 Adjusted R Square .694		

Verificamos após a análise dos resultados que as variáveis *Vivências Familiares* (QVF), *Estilo de Vida* (QEV) e *Diagnóstico de PTSD do pai*, não exercem qualquer efeito sobre a variável dependente *Sintomatologia Física*.

A *Psicopatologia* (IGS) ($\beta=.661$; $p=.000$) e a *Sintomatologia Traumática (STSD Total)* ($\beta=.323$; $p=.005$) são as únicas variáveis que contribuem significativamente para a presença de *Sintomatologia Física*, sendo que quanto maior o nível de *Psicopatologia* bem como de sintomas de *Trauma* (STSD), maior número de *Sintomas Físicos* manifestada pelos filhos (Quadro 33).

Através do método stepwise, pretendemos perceber qual o contributo de cada uma das duas variáveis significativas no modelo anterior, ou seja, a *Psicopatologia* e a *Sintomatologia Traumática* (STSD Total).

**Quadro 34: Variáveis Predictoras da Sintomatologia Física nos Filhos
(Método Stepwise) (n=53)**

Variáveis	Bloco 1		Bloco 2		R2	Adj. R2
	β	p.	β	p.		
1 IGS	.815	.000			.664	.657
2 IGS			.641	.000	.720	.709
Sinto. Traumática (STSD total)			.294	.003		

Dos resultados podemos perceber que a *Psicopatologia* (IGS) explica cerca de 66 % da variância e a variável *Sintomatologia Traumática* (STSD Total) cerca de 5% (Quadro 34).

Pelos resultados acima apresentados podemos verificar que:

Quanto à **alínea a)** da *hipótese 3*, verificamos que os *Sintomas Físicos* e as *Vivências Familiares na Infância* são os melhores preditores de *Sintomatologia Traumática*.

Estes resultados sugerem que quanto maior o número de sintomas físicos e de vivências familiares negativas na infância, maior o número de sintomas de trauma (STSD Total).

Quanto à **alínea b)** da *hipótese 3*, verificamos que a *Psicopatologia* e a *Sintomatologia Traumática* (STSD Total) são os melhores preditores de *Sintomatologia Física*.

Estes resultados sugerem que quanto maior número de sintomas de psicopatologia e sintomas de trauma (STSD Total), maior o número de sintomas físicos.

Por fim, nem a variável *PTSD do pai*, *Tipo de família* (FACES) e *Estilo de Vida* (QEV), exercem qualquer tipo de efeito sobre *Sintomatologia Traumática* (STSD Total) ou *Sintomatologia Física* (HSC).

7.2.4. Hipótese 4: Espera-se que a variável *Funcionamento Familiar* seja mediadora da relação entre *Sintomatologia Traumática* e *Estilo de Vida saudável*.

Para analisar a hipótese 4, recorreremos a duas mediações. A primeira (Fig.4) permite analisar os efeitos da mediação da *Adaptabilidade Familiar* na *Sintomatologia Traumática* (STSD Total) e no *Estilo de Vida*. A segunda (Fig.5) permite analisar os efeitos da mediação da *Coesão Familiar* na *Sintomatologia Traumática* e no *Estilo de Vida*.

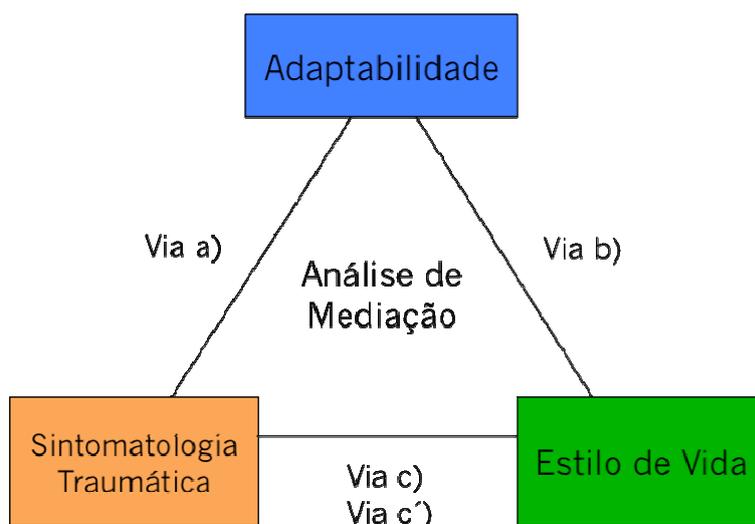


Fig. 4: Mediação da Adaptabilidade na relação entre Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida

O Quadro 35 apresenta os resultados da mediação da *Adaptabilidade Familiar* entre a *Sintomatologia Traumática* (STSD Total) e o *Estilo de Vida* (QEV).

Quadro 35: Análise dos Efeitos da Mediação entre a Adaptabilidade Familiar e a Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida (n=53)

Avaliação dos passos no Modelo da Mediação	Adjusted R	Stand β	t	p.
Primeiro Passo (Via c)				
Variável Dependente QEV	.098	-.339	-2.575	.013
Predictor: STSD Total				
Segundo Passo (Via a)				
Variável Dependente FACES Adaptabilidade	.139	-.395	-3.070	.003
Predictor: STSD Total				
Terceiro Passo (Via b e c')				
Variável Dependente QEV				
Variável Mediadora FACES Adaptabilidade (via b)	.213	.389	2.904	.005
Predictor STSD Total (via c')		-.186	-1.385	.172

O valor estandardizado do coeficiente de correlação associado ao efeito da Sintomatologia Traumática (STSD Total) com o Estilo de Vida (QEV) (via c) é significativo ($\beta = -.339$; $p = .013$). Assim, está cumprido o primeiro requisito para a mediação. Os coeficientes estandardizados associados à relação entre o predictor e o possível mediador (via a) também se mostraram significativos ($\beta = -.395$; $p = .003$), estando assim cumprido o segundo requisito. Para testar se a Adaptabilidade está relacionada com o Estilo de Vida (QEV) realizou-se uma regressão na qual a Sintomatologia Traumática (STSD Total) e o predictor proximal entraram simultaneamente como predictores do Estilo de Vida (QEV). Os valores dos coeficientes estandardizados associados com a relação entre a Adaptabilidade e o Estilo de Vida (QEV) (via b) mostraram-se significativos ($\beta = .389$; $p = .005$). Por fim, esta mesma equação de regressão mostra que o valor dos coeficientes de correlação entre a Sintomatologia Traumática (STSD Total) e o Estilo de Vida (QEV) (via c') (controlando o predictor proximal) não é significativo ($\beta = -.186$; $p = .172$). Assim a Adaptabilidade parece ter um efeito de mediação parcial da relação entre a Sintomatologia Traumática (STSD Total) e o Estilo de Vida (QEV).

Calculando o efeito da Mediação ($a \times b/c$) = 45%. Neste sentido, podemos dizer que a relação entre a Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida é mediada em 45% pela Adaptabilidade Familiar.

O Quadro 36 apresenta os resultados da mediação da *Coesão Familiar* entre Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida.

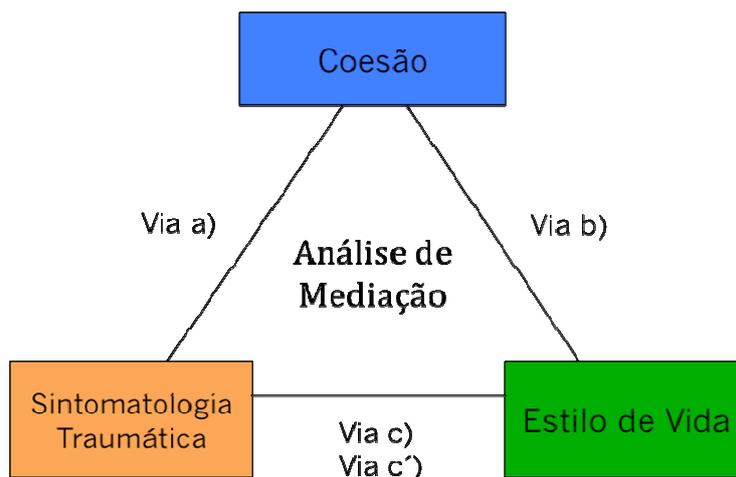


Fig. 5: Mediação da Coesão na relação entre a Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida

Quadro 36: Análise dos Efeitos da Mediação entre a Coesão Familiar e a Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida (n=53)

Avaliação dos passos no Modelo da Mediação	Adjusted R	Stand β	t	p.
Primeiro Passo (Via c)				
Variável Dependente QEV	.098	-.339	-2.575	.013
Predictor: STSD Total				
Segundo Passo (Via a)				
Variável Dependente FACES Coesão	.152	-.410	-3.211	.002
Predictor: STSD Total				
Terceiro Passo (Via b e c')				
Variável Dependente QEV				
Variável Mediadora FACES Coesão (via b)	.132	.245	1.728	.090
Predictor STSD Total (via c')		-.239	-1.685	.098

O valor estandardizado do coeficiente de correlação associado ao efeito da Sintomatologia Traumática (STSD Total) com o Estilo de Vida (QEV) (via c) é significativo ($\beta = -.339$; $p = .013$). Assim, está cumprido o primeiro requisito para a mediação. Os coeficientes estandardizados associados à relação entre o predictor e o possível mediador (via a) também se mostraram significativos ($\beta = -.410$; $p = .002$), estando assim cumprido o segundo requisito. Para testar se a Coesão está relacionada com o Estilo de Vida (QEV) realizou-se uma regressão na qual a Sintomatologia Traumática (STSD Total) e o predictor proximal entraram simultaneamente como predictores do Estilo de Vida (QEV). Os valores dos coeficientes estandardizados associados à relação entre a Coesão e o Estilo de Vida (QEV) (via b) não se mostraram significativos ($\beta = .245$; $p = .090$).

Logo a Coesão não exerce efeito de mediação na relação entre a Sintomatologia Traumática e o Estilo de Vida.

7.3. Resultados Análises Exploratórias

Para além das hipóteses anteriormente apresentadas procedemos à avaliação de possíveis relações entre as características sócio demográficas e psicossociais e as variáveis dependentes do estudo.

Nas variáveis vivências familiares na infância, sintomatologia traumática e sintomatologia física, as análises foram feitas com o número de filhos que pontuaram nas referidas escalas respectivamente $n=59$, $n=53$ e $n=50$ para não inflacionar os resultados. Nas restantes variáveis foi utilizada a amostra total ($n=80$).

De seguida são apresentados apenas os resultados que apresentam significância estatística ($p < 0,05$).

7.3.1. Diferenças de Género nas Variáveis Psicológicas

Como podemos verificar no quadro 41, não existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do género nas vivências familiares na infância, sintomatologia traumática, psicopatologia e funcionamento familiar. Apenas verificamos diferenças significativas entre os

dois grupos ao nível do estilo de vida ($p=.001$), sendo que as mulheres apresentam maior número de comportamentos de estilo de vida saudáveis.

Quadro 37: Resultados Significativos do Teste Manova em função das Diferenças de Género nas Variáveis Psicológicas

Variáveis Psicológicas	Género dos Filhos				Manova	
	Masculino <i>n</i> = 41		Feminino <i>n</i> = 39		<i>f.</i>	<i>sig.</i>
	<i>M</i>	<i>dp.</i>	<i>M</i>	<i>dp.</i>		
Estilo de Vida (QEV)	80.34	12.881	89.21	10.460	11.346	.001

7.3.2. Diferenças de Idade nas Variáveis Psicológicas

A idade foi dividida em três grupos etários: o primeiro, menos de 30 anos; o segundo, dos 30 aos 34 anos e o terceiro, mais de 35 anos.

Ao nível da idade, quando comparados os grupos em função das variáveis psicológicas, (Teste Kruskal-Wallis) verificamos que existem diferenças estatisticamente significativa ($p=.040$) ao nível do Funcionamento Familiar na dimensão Coesão e das Vivências Familiares na Infância (Quadro 42).

O grupo de filhos com idades abaixo dos 30 anos possui maior Coesão no Funcionamento Familiar e o grupo de filhos com idades superiores a 35 anos apresentam maior número de Vivências Familiares na Infância.

Quadro 38: Resultados Significativos do Teste Kruskal-Wallis em função da Idade nas Variáveis Psicológicas

Variável Psicológica	Posição Média			Qi2	p.
	< 30 anos N=19	30-34 N=36	> 35 anos N= 25		
FACES Dimensão Coesão	47.71	43.22	31.10	6.454	.040
	N= 13	N=30	N=16	Qi2	p.
Vivências Familiares na Infância	18.88	31.93	35.41	7.421	.024

7.3.3. Diferenças na variável “Com quem vivem” nas Variáveis Psicológicas

Na comparação entre os dois grupos, a análise dos testes efectuados (Mann-Whitney), permite verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do Funcionamento Familiar, na dimensão Coesão, sendo que os filhos que vivem com os pais apresentam maior Coesão no Funcionamento Familiar (Quadro 43).

Quadro 39: Resultados Significativos do Teste Mann-Whitney em função da variável “Com quem vivem” nas Variáveis Psicológicas

Variável Psicológica	Com quem vive	Média das ordens	Teste M-W	
			Z	p.
FACES (Dimensão Coesão)	Pais = 25	49.76	-3.315	.001
	Cônjuges = 50	32.12		

7.3.4. Diferenças de Estado Civil nas Variáveis Psicológicas

Na comparação entre os dois grupos, a análise do teste efectuado (Mann-Whitney), permite verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível do Funcionamento Familiar, na dimensão Coesão, sendo que os solteiros são os que apresentam maior Coesão no Funcionamento Familiar (Quadro 44). Nesta análise apenas foram utilizados estes dois grupos, dado que os outros dois: “divorciados” e em “união de facto”, são pouco prevalentes.

Quadro 40: Resultados Significativos do Teste Mann-Whitney em função do Estado Civil nas Variáveis Psicológicas

Variável Psicológica	Estado Civil	Média das ordens	Teste M-W	
			Z	p.
FACES Dimensão Coesão	Solteiros N=24	44.77	-3.172	.002
	Casados N=44	28.90		

7.3.5. Diferenças de Habilitações Literárias nas Variáveis Psicológicas

As cinco categorias relativas às Habilitações Literárias dos filhos foram reunidas em três categorias: 2º Ciclo, 3º Ciclo e Ensino Superior. No Quadro 45 é possível verificar que a maioria

dos filhos tem o 3º Ciclo (9º ano e Secundário) seguindo-se o Ensino Superior com N=31 e N=27 respectivamente. O teste utilizado para diferenciar os grupos, Teste Kruskal-Wallis, permite verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível da Psicopatologia (BSI IGS), Funcionamento Familiar (Dimensão Coesão) e Sintomatologia Física em função das Habilitações Literárias. Assim, os filhos com menos habilitações literárias são os que apresentam mais Psicopatologia (IGS) e mais Sintomatologia Física. Os filhos com maiores habilitações literárias são os que apresentam maior Coesão no funcionamento familiar

Quadro 41: Resultados Significativos do Teste Kruskal-Wallis em função das Diferenças das Habilitações Literárias nas Variáveis Psicológicas

Variáveis Psicológicas	Posição Média			Qi2	p.
	2º Ciclo N=16	3º Ciclo N=31	Ensino Superior N= 27		
IGS	47.47	39.03	29.83	7.032	.030
FACES Dimensão Coesão	26.75	35.74	45.89	8.363	.015
	N=12	N=20	N=18	Qi2	p.
Sintomatologia Física	35.88	23.40	20.92	8.286	.016

7.3.6. Diferenças ao nível do Acompanhamento Psicológico e/ou Psiquiátrico nas Variáveis Psicológicas

Na comparação entre os dois grupos, a análise dos testes efectuados (Mann-Whitney), permite verificar que existem diferenças estatisticamente significativas ao nível das Psicopatologia (BSI), Estilo de Vida (QEV), Vivências Familiares na Infância (QVF), Sintomas Físicos (HSC) e Sintomatologia Traumática (STSD Total) entre os filhos que se encontram ou não em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico e os outros. Assim, os filhos que se encontram em acompanhamento psicológico, apresentam mais psicopatologia, menor número de comportamentos de estilo de vida saudável, maior número de vivências familiares negativas na infância, manifestam mais trauma e maior número de sintomas físicos e (Quadro 46).

Quadro 42: Resultados Significativos do Teste Mann-Whitney em função dos Filhos que se encontram em Acompanhamento Psicológico e/ou Psiquiátrico nas Variáveis Psicológicas

Variáveis Psicológicas	Acompanhamento		Média das ordens	Teste M-W	
	Psicológico/Psiquiátrico			Z	p.
	Sim = 15	Não = 65			
BSI IGS	Sim		56.93	-3.044	.002
	Não		36.35		
Estilo de Vida (QEV)	Sim		28.93	-1.991	.046
	Não		42.38		
	Sim = 12	Não = 41			
Sintomas Físicos (HSC)	Sim		36.29	-2.372	.018
	Não		24.28		
	Sim = 13	Não = 40			
Sintomatologia Traumática (STSD Total)	Sim		38.62	-3.142	.002
	Não		23.23		
	Sim = 13	Não = 46			
Vivências Familiares na Infância (QVF)	Sim		44.27	-3.395	.001
	Não		25.97		

7.3.7. Diferenças ao nível da Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD) nas Variáveis Clínicas

As variáveis *Ideação Suicida*, *Tentativas de Suicídio* e *Utilização Serviços de Saúde*, em função do diagnóstico de STSD, não apresentaram diferenças significativas entre os dois grupos

Capítulo 8

Discussão dos Resultados

Este capítulo apresenta a discussão dos resultados em função das hipóteses do estudo e análises exploratórias, à luz da literatura.

O principal objectivo do presente estudo é avaliar a presença de uma *Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD)* e *Sintomatologia Traumática*, nos filhos adultos de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com diagnóstico de Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD), e a sua relação com *Vivências Familiares na Infância*, *Psicopatologia*, *Sintomatologia Física*, *Funcionamento Familiar* e *Estilo de Vida*, de modo a contribuir para a promoção de intervenções (psicoterapêutica e preventivas) mais eficazes.

Concomitantemente, o estudo investigou questões específicas, designadamente: (1) qual a diferença entre os dois grupos de filhos, com e sem diagnóstico de STSD, e com e sem Sintomatologia Traumática, ao nível das Vivências Familiares na Infância, Psicopatologia, Sintomatologia Física, Funcionamento Familiar e Estilo de Vida; (2) qual a contribuição das diferentes variáveis para a Sintomatologia Traumática e para a Sintomatologia Física; (3) se a Coesão e Adaptabilidade Familiares, exerciam um efeito mediador da relação entre Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida saudável.

No capítulo anterior apresentámos, de forma sistematizada, os resultados: descritivos, dos testes de hipóteses e das análises exploratórias. No capítulo actual, discutimos os resultados em função do referencial teórico. Finalmente, apresentamos as principais limitações do estudo.

8.1. Caracterização Sócio-Demográfica e Clínica da Amostra

A amostra dos filhos de veteranos em estudo é caracterizada por uma média de idades de 32 anos e por, na sua maioria, ser constituída por indivíduos do sexo masculino (51.3%). Relativamente ao estado civil, a maior parte encontra-se casada (55%). Contudo, é pertinente referir que 31% vive com os pais e 30% ainda são solteiros. No que diz respeito às habilitações literárias, 38,8% possui o 3.º Ciclo (9º Ano e Secundário) e 33,8% são licenciados. 92.5% dos filhos dos veteranos encontra-se a trabalhar.

Considerando o perfil da amostra, verificamos uma predominância do sexo masculino e uma média de idades de 32 anos. Na literatura, a maioria das investigações desenvolvidas com a população dos filhos de veteranos incide sobre filhos com idades entre os seis e os vinte anos (Jordan, et al., 1992; Rosenheck & Fontana, 1998; Davidson, et al., 1989; Klaric, et al., 2008; Watkins, Taft, Hebenstreit, King, & King, 2008; Dansby & Marinelli, 2001; Al-Turkait & Ohaeri, 2008; Caselli & Motta, 1995; Harkness, 1993). Os estudos referem problemas sobretudo ao nível do comportamento na escola e em casa (Dansby & Marinelli, 1999; Caselli & Motta, 1995) e problemas de desenvolvimento (Klaric, et al., 2008). Os estudos cujas amostras incidiam sobre

indivíduos adultos (com idades compreendidas entre os 18 e os 34 anos) avaliam a presença de sintomas psiquiátricos e estado mental (Kadfar & Haghani, 2005), constructos como a auto-estima (Davidson & Mellor, 2001; Westerink & Giarratano, 1999) ou a presença de características de personalidade (Beckham, et al., 1997a). Ainda no que diz respeito à faixa etária, Davidson e Mellor (2001) definiram como critério para a constituição da amostra, a escolha do filho mais velho do veterano, bem como os autores Portugueses, Lopes Pires e colaboradores (2006) e Oliveira (2008). No primeiro caso, os autores avaliaram o filho mais velho e o mais novo do sistema familiar e verificaram que a influência da sintomatologia traumática dos pais se verificava sobretudo no filho mais velho. Dekel e Goldbatt (2008) declaram que não existem estudos que relacionem o impacto da ordem de nascimento com o risco de desenvolver distress, mas, os filhos mais velhos que assumem maiores responsabilidades familiares, do que os seus irmãos mais novos, estão em maior risco de traumatização secundária.

Quanto às variáveis clínicas, 17,5% da amostra em estudo declarou encontrar-se em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, dado este, que está de acordo com os estudos de Davidson e colaboradores (1989) e de Radfar e Haghani (2005). Estes autores concluíram que os filhos dos veteranos do Vietname apresentavam um risco mais elevado de desenvolver sintomas e desordens psiquiátricas (Radfar & Haghani, 2005) e recebiam mais tratamento psiquiátrico (Davidson, et al., 1989) comparativamente a um grupo controle da população geral. Ahmadzdeh e Malekian (2004) encontraram ainda que os filhos dos veteranos procuravam mais ajuda técnica e profissional para os seus problemas.

Em relação à presença de relatos de ideação suicida e história de tentativa de suicídio, 22,5% da amostra em estudo manifestou ideação suicida e 8,8% mencionou ter tentado o suicídio. Estes resultados estão de acordo com o estudo realizado pelo *Australian Institute of Health and Welfare* (AIHW, 2000), que concluiu que a taxa de suicídio nos filhos dos veteranos de guerra era alarmante. Noventa e dois por cento dos casos confirmados tinha nascido durante ou logo após o serviço militar e os filhos dos veteranos corriam um risco três vezes maior de cometer suicídio quando comparados com a população geral australiana. O'Brien (2004), numa perspectiva genética, sugere que os filhos concebidos durante os períodos de risco (durante ou após o serviço militar) podem ter adquirido mais problemas em lidar com situações de stress emocional.

Numa outra perspectiva, Sauvola e colaboradores (2001) descreveram que a probabilidade de cometer suicídio é maior nos adolescentes que apenas cresceram com um progenitor, do que naqueles que tiveram acompanhamento parental e maternal. Por conseguinte, extrapolando para o caso dos veteranos de guerra, podemos deduzir que os sintomas de embotamento afectivo e anestesia emocional (Ruscio, et al., 2002), podem conduzir a uma diminuição da capacidade parental i.é os sintomas de evitamento e isolamento familiar podem culminar na perda da função e papel parental, tornando-se o veterano num pai ausente (Galovski & Lyons, 2004), onde existe a presença física mas ausência psicológica (perda ambígua) (Boss, 1999, cit. Dekel & Solomon, 2006).

Quanto à utilização dos Serviços de Saúde, 89 % da amostra em estudo possui médico de família, a maioria apenas recorre ao centro de saúde uma vez por ano (43,5%) e 46,3% não possui o hábito de recorrer às urgências do hospital. Embora não existam estudos que caracterizem a utilização dos serviços de saúde pelos filhos de veteranos, estes dados sugerem que os indivíduos da amostra em estudo são pouco consumidores dos serviços de saúde. Estes resultados não estão de acordo com a literatura relativamente à relação entre exposição ao trauma e maior utilização dos serviços de saúde (Kimerling & Calhoun, 1994; Kulka et al., 1990; Walker, et al., 2004; Elhai, et al., 2005; Schnurr, et al., 2000c). Pensamos que tal dado possa ter a ver com o facto da nossa amostra ser sobretudo composta por homens que, segundo a literatura, consomem menos serviços de saúde por motivos psicológicos (Cameron & Bernardes, 1998).

8.2. Caracterização das Variáveis Psicológicas

Nesta secção serão analisadas as variáveis psicológicas abordadas no estudo.

8.2.1. Vivências Familiares na Infância (QVF)

Os resultados permitem-nos verificar que cerca de 74% da amostra apresenta vivências familiares negativas (n=59) e 26, 3% da amostra não apresentam. Os estudos sugerem que o período da infância dos filhos dos veteranos pode ter sido caracterizado por uma relação entre pai e filho pobre, sobretudo pela ausência do papel e funções de pai e pela ausência de expressão emocional de afectos e emoções positivas (Matsakis, 1996; Lauterbach, et al., 2007; Galovski & Lyons, 2004). Os sintomas de evitamento, fundamentalmente os sintomas de

embotamento afectivo e anestesia emocional, conduzem ao isolamento familiar, ao desinteresse e à falta de disponibilidade emocional, para procurar e sentir prazer nas actividades e interacções normais com os seus filhos, necessárias para o desenvolvimento de uma boa relação (Harkness & Zador, 2001; Ruscio, et al., 2002). Matsakis (1996) refere que 73% dos terapeutas de filhos de veteranos mencionam que o veterano com PTSD se distancia do filho e 80% mencionam que ele tem tendência a ser muito crítico em relação a estes. Estas famílias são frequentemente designadas de “virtualmente monoparentais” (Matsakis, 1996).

Para além das características do quadro de PTSD que interferem na relação pai/filho, existem outras variáveis que parecem estar associadas a uma parentalidade negativa, tais como o diagnóstico de depressão major, o abuso de dependências, como o consumo de álcool, e a existência de violência conjugal (Samper, et al., 2004). A título de exemplo, os filhos de pais alcoólicos correm um risco mais elevado de experienciar outras experiências adversas, tais como a negligência e o abuso, o testemunhar violência doméstica e o estar exposto ao consumo abusivo de drogas, doenças mental, suicídio e comportamento criminal (Felitti et al., 1998; Anda, et al., 1999; Dube, et al., 2001b; Flemming, et al., 1997; Wolock & Magura, 1996, McCloskey, et al., 1995; Anda, et al., 2002; Dube, et al., 2002).

26% da amostra não apresenta vivências negativas na infância. Este resultado pode ter a ver com a influência directa da sintomatologia do veterano na esposa e desta sobre os filhos, sobretudo os mais velhos (Dekel & Goldblatt, 2008; Radfar & Haghani, 2005; Lopes Pires, et al., 2006; Oliveira, 2008). Os autores sugerem que a mãe poderá funcionar como intermediária entre a perturbação emocional do marido e os efeitos que esta pode ter nos filhos, como se “esbatesse” o seu impacto (buffer). A mãe poderá proteger o filho das reacções do pai esforçando-se por o proteger. Este papel de responsabilização e protecção dos filhos exercido pela mãe, tem elevados custos para esta, contudo é uma das razões apontadas para níveis baixos de sintomatologia de stress apresentada pelos filhos em alguns estudos (Westerink & Giarratano, 1999) e daí a vivencia de menores vivências familiares negativas.

8.2.2. Perturbação Secundária de Stress Traumático (EARAT)

Os resultados revelam que cerca de 28% dos filhos (n=22) da nossa amostra possuem o diagnóstico de uma Perturbação Secundária de Stress Traumático e 66% (n=53) apresentam Sintomatologia Traumática. Estes resultados vão ao encontro da literatura que indica a existência

de um processo de transmissão de material traumático de pais com trauma para os filhos. Rosenheck (1986) refere que as crianças expostas a descrições repetidas e detalhadas sobre as experiências de traumáticas de guerra do pai estavam mais propensas ao desenvolvimento de STSD do que aquelas que não tinham qualquer conhecimento sobre a experiência de guerra do pai. De facto, de acordo com os nossos resultados, 76% dos filhos referiram ter conhecimento de alguma experiência traumática vivida pelo pai na guerra (ex. ferimentos graves, morte de amigos ou outra experiência) que tenha ameaçado seriamente a sua vida ou a de outros e 43% referiram reacções ou comportamentos do pai para com eles que os marcou negativamente. Resultado que está de acordo com a literatura, na medida em que, a exposição prolongada a comportamentos característicos nas famílias de veteranos com PTSD, tais como a violência, o alcoolismo, o embotamento afectivo, é também considerada um factor de risco para a transmissão de PTSD de pai para filhos (Ahmadzadeh & Malekian, 2004).

A transmissão do material traumático de pai para filho pode ter lugar através dos seguintes mecanismos: o silêncio, dado que este pode transmitir mensagens traumáticas tão poderosas como as palavras. Danieli (1984) descreve este processo como a “conspiração do silêncio”, dado que pode manter e aumentar os efeitos do trauma. Numa perspectiva sistémica, o silêncio pode transmitir regras, mitos, e meta-mensagens que a família pode adoptar sem questionar; a revelação em demasia, que pode levar à alteração da visão de que o mundo é um local seguro, que existe um significado em tudo o que acontece e de que o ser humano tem valor; a identificação, onde as crianças que vivem com um pai traumatizado podem estar continuamente expostas às reacções pós trauma imprevisíveis e assustadoras. As crianças tendem a sentirem-se responsáveis pelo stress do pai e sentirem que se forem bons filhos o pai não vai ficar triste ou não se vai zangar, e por isso esforçam-se para não o incomodar. Finalmente, a reconstrução, a participação dos filhos na reconstrução do trauma do pai leva-as a activar emoções paralelas às emoções vivências pelo pai, vítima no trauma original, provocando a traumatização secundária (Ancharoff, et al., 1998).

Este estudo não teve como objectivo identificar quais os mecanismo pelos quais foi transmitido o material traumático do pai veterano para os filhos. Apenas avaliar a presença do diagnóstico de STSD nos filhos de pais com diagnóstico de PTSD, confirmando a transmissão de sintomatologia traumática.

8.2.3. Psicopatologia (BSI)

Os resultados apontam para uma amostra bastante sintomática ao nível psicopatológico, dado que os filhos dos veteranos apresentam um Índice Geral de Sintomas elevado (IGS=1.84) tendo em conta o encontrado na população portuguesa e metade da amostra apresenta valores no IGS que sugerem a presença de perturbação emocional, se tivermos em conta o valor de corte do BSI (IGS=1.7).

Estes resultados vão ao encontro da vasta literatura existente sobre o quadro de PTSD e comorbilidade associada. O quadro clínico de PTSD, complexo por si só, raramente se manifesta de forma isolada, sendo que cerca de 50 a 90% dos indivíduos com PTSD apresentam outras desordens (Yehuda & Wong, 2002, cit. Serra, 2003), tais como perturbações de ansiedade, de humor, abuso de substâncias (Joseph, et al., 1997; Orsillo, et al. 1996; Crowson, et al., 1998; Freedy & Donkervoet, 1995), bem como perturbações psicóticas (Kozaric-Kovacic & Borovecki, 2005). No que diz respeito aos filhos dos veteranos, estes apresentam um número elevado de sintomas psiquiátricos e mais sintomas de stress (Westerink & Giarratano, 1999; Beckham, et al., 1997a; Davidson & Mellor, 2001; Radfar & Haghani, 2005), bem como recebem mais acompanhamento psiquiátrico comparando com 0% no grupo de controlo (Davidson, et al., 1989) e procuram mais ajuda técnica e profissional para os seus problemas (Ahmadzdeh & Malekian, 2004). Radfar e Haghani (2005) concluíram que esta elevada percentagem de filhos a relatar sintomas psiquiátricos pode estar relacionada com o stress familiar e com a presença de um progenitor com problemas que tem dificuldade em manter o seu papel de progenitor activo. Por outro lado, nestas famílias há um elevado risco de conflitos, perda das capacidades parentais e comportamentos agressivos. Neste sentido, os autores verificaram que as perturbações mentais dos pais veteranos, entre, elas o PTSD, exercem um impacto negativo na família e em particular no nível de saúde mental dos filhos. Outra conclusão importante deste estudo foi que a presença do pai na família, com um papel activo, aumenta a saúde mental dos adolescentes.

8.2.4. Sintomatologia Física (HCS)

Os resultados permitem-nos verificar que 66% da amostra apresenta sintomatologia física e cerca de 34% não apresenta.

A exposição ao trauma ao longo da vida parece estar relacionada com maior número de relatos de sintomas físicos, maior consumo de medicação (Higgins & Follette, 2002), maior

número de problemas de saúde física e de doenças crónicas (Ullman & Siegel, 1996; Green & Kimerling, 2004). De acordo com os resultados do estudo ACE (*Adverse Childhood Experience*), a exposição ao trauma na infância estava associada a uma probabilidade acrescida de percepcionar o estado de saúde como pobre e relatar várias doenças físicas (Felitti et al., 1998). Dentro da mesma linha de investigação, Flaherty e colaboradores (2006), concluiriam que os efeitos negativos da exposição à adversidade na infância se reflectiam ainda mesmo durante o período de infância da criança e que bastava a vivência de pelo menos uma experiência adversa para duplicar o risco de uma saúde pobre. Já a exposição a quatro ou mais exposições traumáticas triplicava o risco de doença, com necessidade de recorrer aos serviços médicos.

Para além da relação entre trauma e saúde física, a literatura tem vindo a documentar a relação existente entre família e saúde, na medida em que a família exerce um forte impacto na saúde física do indivíduo (Campbell & Patterson, 1995). Repetti, Taylor e Seeman (2002) referem que uma boa saúde tem início na infância, mas uma má saúde também, sobretudo em famílias consideradas de “risco”. As famílias de “risco” são famílias onde existe conflito, episódios recorrentes de agressividade, falta de afectos, onde as relações são “frias”, caracterizadas por pouco suporte e negligência. Estas famílias colocam as crianças vulneráveis e em risco de desenvolverem uma série de perturbações mentais e físicas. Esta influência negativa do ambiente familiar disfuncional verifica-se não só na adolescência mas também na idade adulta (Repetti, et al., 2002). As famílias de “risco” criam deficiências no controlo e expressão de emoções, competências sociais e distúrbios do sistema de regulação fisiológico e neuroendócrino, que podem ter efeitos adversos cumulativos a longo prazo. De igual modo, existe também uma forte evidência de que o apoio e suporte da família influenciam de forma profunda a morbilidade e a mortalidade e o curso da maioria das doenças crónicas (Cohen & Syme, 1985; House, Landis, & Umberson, 1988, cit. Campbell & Patterson, 1995). Tendo em consideração que 66% da nossa amostra apresenta Sintomatologia Traumática, da qual, cerca de 28% apresenta uma Perturbação Secundária de Stress Traumático, bem como que 70% se insere em famílias extremas, podemos considerar que os nossos resultados estão de acordo com a literatura. É frequente nas famílias extremas, a presença de conflito familiar, que tem sido relacionada com reactividade fisiológica (Gottman & Levenson, 1999; Gottman & Notarius, 2000), enfatizando o impacto dos sintomas de activação aumentada experienciados pelas vítimas do trauma que estão associados a sintomatologia física (Gottman & Notarius, 2000).

8.2.5. Funcionamento Familiar (FACES)

Os resultados obtidos permitem-nos verificar que a maioria da nossa amostra (70%) encontra-se inserida em famílias extremas. No nosso estudo não foram encontradas famílias meio-termo de acordo com o Modelo de Olson (1986). Se tivermos em consideração o diagnóstico de STSD, então, podemos verificar, que a maioria dos filhos com STSD possui famílias extremas, o que vai ao encontro do que a literatura indica sobre as características de funcionamento familiar nas famílias de veteranos com PTSD.

Na realidade, os estudos com as famílias de veteranos com PTSD indicam que estas apresentam elevados níveis de conflito e distress familiar e conjugal (Westerink & Giarratano, 1999; Beckham, et al., 1996; Dekel, et al., 2005), pouca coesão e adaptabilidade, bem como dificuldades de comunicação (Rosenheck & Thomson, 1986), baixos níveis de satisfação marital e expressividade na família (Caselli & Motta, 1995; Solomon, et al., 1987; Solomon, et al., 1992) e rigidez (Williams & Williams, 1985, cit. Dekel, et al., 2005). É notório constatar, que a maioria dos estudos sobre o funcionamento familiar de veteranos com PTSD, descrevem a existência de famílias extremas ao nível da coesão e da adaptabilidade (Jordan, et al., 1992). O mesmo foi verificado nos veteranos da Guerra Colonial Portuguesa (Pereira, et al., 2008), onde para além da elevada percentagem de famílias extremas, foram também encontradas famílias meio-termo (não foram verificadas famílias equilibradas). Waysman e colaboradores (1993), verificaram que 19% da sua amostra se inseria em famílias meio-termo e Jordan e colaboradores (1992) encontraram uma percentagem de 36%. Ao contrário destes estudos, 31% da nossa amostra apresenta famílias equilibradas, mas é de realçar o facto de que a maioria dos filhos com STSD não pertencem a famílias equilibradas, mas a famílias extremas, o que faz algum sentido se tivermos em consideração os dados descritos por outros autores que referem que os filhos percebem as suas famílias como mais conflituosas e menos coesas (Westerink & Giarratano, 1999), disfuncionais, pouco comunicativas com dificuldade de fornecer ajuda uns aos outros (Davidson & Mellor, 2001).

É importante realçar o facto de que a disfuncionalidade não está presente em todas as famílias de veteranos, bem como a transmissão de distress e sintomatologia traumática não ocorre em todas as famílias. Embora seja mais provável que aconteça nas famílias de veteranos com PTSD (Dekel & Goldblatt, 2008).

8.2.6. Estilo de Vida (QEV)

Os resultados permitem-nos verificar que cerca de 73% da amostra adopta bons comportamentos de saúde enquanto cerca de 28% apresenta fracos comportamentos de saúde, dado que não os adoptam com tanta frequência. Existe uma relação entre exposição ao trauma, comportamentos de risco para a saúde (Rheingold, et al., 2004) e maior índice de sintomatologia física (Mcnutt et al., 2002). Num estudo longitudinal sobre factores associados à saúde (*Alameda County Study*, Belloc, & Breslow, 1972, cit. Matarazzo & Leckliter, 1988) foram identificados sete comportamentos altamente correlacionados com a subsequente saúde física e bem-estar do indivíduo: (1) sete ou oito horas de sono diárias; (2) tomar pequeno-almoço quase todos os dias; (3) nunca ou raramente comer entre as refeições (4); dentro, ou próximo, do peso ajustado à altura; (5) nunca ter fumado cigarros; (6) consumo moderado ou ausência de consumo de álcool; (7) exercício físico regular. Os autores concluíram que quanto menos destas rotinas positivas o indivíduo seguisse no ano de início do estudo, maior era o risco progressivo de que viesse a morrer nos 4 anos seguintes e, a prática diária dos sete aspectos referidos diminuía o risco de morte em quatro vezes, para os homens e, mais do dobro, para as mulheres.

Contudo, os nossos resultados permitem verificar que a maioria da amostra adopta comportamentos de saúde com regularidade e, segundo a literatura, a família parece ter um papel fundamental nesta postura de “cuidar” da saúde. Segundo Segalen (1999), é na família que se aprendem e desenvolvem hábitos relacionados com a saúde, bem como, são as famílias com índices de escolarização mais elevados e melhor condição social que exercem um papel mais interventivo na saúde, sobretudo através das práticas de saúde no dia-a-dia (Cresson, 1995). McIntyre, Soares e Silva (1997) referem ainda que os hábitos de saúde e comportamentos de risco das crianças e adolescentes são aprendidos em fases precoces do ciclo de vida. Como refere Taylor (2003), uma das razões para a intervenção com crianças e adolescentes na modificação de hábitos saudáveis, é a de que a investigação cada vez mais revela e demonstra que a prevenção em adolescentes é um bom predictor da doença e dos hábitos de vida saudáveis em adultos.

O facto de uma grande parte dos filhos da nossa amostra apresentarem uma boa adopção de comportamentos de saúde, poderá estar relacionado com atribuição de um grande “valor” e importância à saúde, por terem presenciado e acompanhado, durante muitos anos, o mal-estar físico dos pais. Tal como referimos anteriormente, Maia e colaboradores (2006), verificaram que as queixas físicas mais prevalentes nos veteranos de guerra Portugueses eram

as dores nas costas e dores musculares, o cansaço e a dificuldade em adormecer, bem como as doenças do sistema nervoso, gastro-intestinais e cardiovasculares. Pereira e Pedras (2007) num estudo com esta população, verificou que os veteranos apresentavam relatos de dor crónica, nomeadamente cefaleias, lombalgias e mialgias e queixas de problemas de saúde que envolviam os sistemas músculo-esquelético, cardiovascular, neurológico e metabólico, bem asma, bronquite, DPOC, psoríase, perda de audição, úlceras gástricas, cancro da próstata, entre outras. Esta realidade familiar poderá ter influenciado os filhos a um maior “cuidar” e valorização da sua saúde.

8.3. Teste de Hipóteses

Nesta secção serão analisados e discutidos os resultados das hipóteses estudadas, comparando-os entre si e enquadrando-os na revisão de literatura que lhe serviu de referência.

8.3.1. Hipótese 1

a) Espera-se uma relação positiva entre o *Diagnóstico de PTSD* dos pais veteranos e o *Diagnóstico de STSD* nos filhos.

Os resultados indicam que vinte e dois filhos, que representam cerca de 28% da amostra em estudo, apresentam uma Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD). Destes, dezassete são filhos de pais com PTSD e os restantes cinco são filhos de pais sem PTSD.

A interpretação destes dados será feita em dois momentos. Num primeiro momento, debruçar-nos-emos sobre a relação entre PTSD do pai e STSD nos filhos e num segundo momento, nos filhos com STSD, cujos pais não apresentam trauma.

O diagnóstico de STSD nos filhos dos veteranos de guerra é ainda um fenómeno pouco estudado. Ao contrário dos filhos dos sobreviventes do Holocausto, sobre os quais existe uma vasta investigação sobre os efeitos do trauma parental nos filhos relativamente ao desenvolvimento de sintomas semelhantes aos dos pais (Yehuda, et al., 2001a; Yehuda, Schmeidler, Giller, Siever & Binder-Brynes, 1998a; Rowland-Klein & Dunlop, 1997; Baranoswsky, et al., 1998; Yehuda, Halligan, & Grossman, 2001b), nesta população, existem poucos estudos que incidiram na relação entre o PTSD do pai veterano e STSD nos filhos. No entanto, um estudo levado a cabo por Beckham e colaboradores (1997a) numa amostra de vinte e oito veteranos com PTSD e quarenta filhos, demonstrou que 45% dos filhos relatavam sintomas de PTSD

significativos na subescala de sintomas de PTSD do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (MMPI – 2 *pk scale*, de Keane et al., 1984). Já Davidson e Mellor (2001) não encontraram diferenças significativas ao nível do PTSD no grupo de filhos de pais com trauma, no grupo de pais sem trauma e num grupo controle da comunidade.

Numa outra perspectiva, alguns autores (Solomon, et al., 1988; Yehuda, Schmeidler, Wainberg, Binder-Brvnes & Duvdevani, 1998b) sugerem que os efeitos, na segunda geração de viver com um pai com trauma, incluem o desenvolvimento de vulnerabilidade para o desenvolvimento de PTSD nos próprios filhos. Solomon e colaboradores (1988), estudaram 44 militares diagnosticados com uma reacção de stress ao combate na Guerra do Líbano, cujos pais sobreviveram ao Holocausto. Quando os compararam com 52 militares com o mesmo diagnóstico mas cujos pais não vivenciaram o Holocausto, concluíram que viver com um pai traumatizado predispõe os seus filhos militares, ao desenvolvimento de PTSD, após a experiência de um acontecimento traumático que nada tinha a ver com o Holocausto. De igual modo Rosenheck e Fontana (1998), verificaram que os veteranos cujos pais estiveram envolvidos em combate exibiam um maior número e severidade de sintomas psiquiátricos, sintomas de PTSD, apresentavam ideação suicida, culpa do sobrevivente, perda da fé religiosa, critérios de perturbação de pânico e consumo de drogas, quando comparados com os veteranos cujos pais não estiveram envolvidos em combate. Estes dados sugerem que os filhos adultos de pais expostos ao trauma apresentam uma maior sensibilidade ao distress quando expostos a acontecimentos de vida similares (Dekel & Goldblatt, 2008).

Paralelamente, Motta e colaboradores (1997) e Suozzi e Motta (2004) debruçaram-se sobre este tema mas numa perspectiva diferente, ou seja, o objectivo destes autores foi perceber se o teste Stroop (ver descrição cap. 3) se tratava de um teste suficientemente sensível para avaliar a transmissão das experiências de guerra de pais para filhos, mas não avaliaram a presença de traumatização secundária nos filhos de pais com trauma. As conclusões destes dois estudos semelhantes foram que o *Stroop*, de entre outras medidas tradicionais de avaliação do trauma, foi o único que conseguiu diferenciar o grupo de filhos de veteranos do grupo de não veteranos. Contudo, em primeiro lugar, esta descoberta torna-se importante na medida em que a detecção da sintomatologia de traumatização secundária, por ser de reduzida intensidade e menos pronunciada (McCann & Pearlman, 1990) do que a sintomatologia de PTSD, revela-se por vezes uma tarefa difícil. Em segundo lugar, as conclusões de Suozzi e Motta (2004) documentam que existe uma relação entre a intensidade da experiência de combate do pai e as

respostas dos filhos ao teste, sugerindo que mesmo após 30 anos da experiência de combate do pai, os filhos apresentam preocupações relacionadas com esse tema, que lhes foram transmitidas pelos pais.

De seguida, debruçar-nos-emos sobre os filhos com STSD, cujos pais não apresentam trauma. Na realidade, Figley (1983) refere-se ao conceito “traumatização secundária” para se referir aos indivíduos que vivem num contexto muito próximo com uma vítima de trauma, podendo tornarem-se vítimas indirectas do trauma. Segundo este autor, o conceito “traumatização secundária” tem duas aplicações. A primeira refere-se aos indivíduos que não estiveram expostos ao trauma de forma directa e desenvolveram sintomas de trauma (pesadelos, flashbacks, pensamentos intrusivos), após aprender indirectamente sobre um evento traumático experienciado por alguém. A segunda, tem vindo a ser utilizada para se referir a qualquer transmissão de sintomas de distress de alguém que experienciou o trauma para aqueles que o rodeiam. Neste sentido mais abrangente, este termo inclui uma vasta gama de manifestações de distress, não apenas as que meramente mimetizam os sintomas de PTSD. Dekel e Goldblatt (2008), referem que a transmissão de distress provável ocorre com maior frequência em famílias de veteranos com PTSD e que esta transmissão pode ocorrer de uma forma directa através da transmissão de sintomas de PTSD como o embotamento afectivo, os flashbacks, a ansiedade entre outros que inevitavelmente exercem um forte impacto nos filhos, e de uma forma indirecta através do ambiente familiar disfuncional em que os filhos crescem e se desenvolvem.

De acordo com esta última perspectiva, os cinco filhos que apresentam STSD, embora os pais não possuam diagnóstico de trauma, podem estar simplesmente a manifestar outro tipo de sintomas de distress que não a mimetização de sintomas de trauma do pai. Inclusive Matsakis (1996), refere que uma das formas de transmissão do trauma no sistema familiar é o facto do indivíduo traumatizado se comportar de forma “traumatizante” em relação aos outros membros da família através de comportamentos que incluem a violência doméstica, o alcoolismo, e até o abuso emocional, que por si só pode provocar sintomas de trauma nos filhos. Também Harkness (1993) refere que a presença de violência na família influencia mais o desenvolvimento de psicopatologia nas crianças do que a próprio quadro de PTSD do pai. Perante estes factos, podemos inferir da existência de outras variáveis relacionadas com o pai veterano que poderão exercer um impacto tão ou mais negativo nos filhos, que não apenas o PTSD.

Hipótese 1, b) Espera-se uma relação positiva entre, num primeiro momento: *Sintomatologia Traumática, Psicopatologia e Vivências Familiares na Infância* e num segundo momento: *Diagnóstico de STSD, Psicopatologia e Vivências Familiares na Infância*.

Os resultados da nossa amostra indicam que 66% dos filhos apresentam Sintomatologia Traumática e que esta se relaciona de forma positiva e significativa com a psicopatologia, sugerindo que os filhos com sintomas de trauma manifestam sintomatologia psicopatológica geral (IGS) e ao nível das nove subescalas de sintomatologia psicopatológica: Somatização, Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Ideação Paranoide, Obsessão Compulsão e Sensibilidade Interpessoal. As vivências familiares negativas na infância relacionam-se de forma positiva e significativa com a Sintomatologia Traumática e com a Psicopatologia nos filhos com sintomatologia traumática.

No grupo de filhos com Diagnóstico de STSD (27.50%), verificamos a mesma relação entre sintomatologia traumática e psicopatologia, nas escalas de ansiedade fóbica, ansiedade e somatização. As vivências familiares relacionam-se com o índice de psicopatologia geral e as restantes escalas, à exceção das de ideação paranoide e sensibilidade interpessoal.

Estes resultados vão de encontro aos dados descritos na literatura, onde se pode verificar que, quer a sintomatologia traumática quer o quadro clínico de PTSD, raramente se manifesta de forma isolada, sendo comum apresentarem-se associados a comorbidade psicológica (Yehuda & Wong, 2002, cit. Vaz Serra, 2003). Na população de filhos dos veteranos, os estudos são consensuais ao indicarem um menor ajustamento psicológico dos filhos de veteranos com PTSD, bem como níveis elevados de sintomas psiquiátricos (Davidson, et al., 1988; Radfar & Haghani, 2005; Al-Turkait & Ohari, 2008).

No que diz respeito a sintomatologia de somatização, Beckham e colaboradores (1997a), referem que 30% dos filhos de pais com PTSD apresentavam valores elevados na escala de Hipocondria, Harkness (1993) faz referência a manifestações somáticas nos filhos dos veteranos com PTSD tal como Daud e colaboradores (2005), que num estudo com filhos de pais vítimas de tortura, verificaram que 46% dos rapazes e 43% das raparigas apresentavam somatização.

A sintomatologia depressiva é também descrita como prevalente e elevada nos filhos dos veteranos de guerra, em diversos estudos (Dansby & Marinelli, 1999; Harkness, 1993; Al-Turkait & Ohaeri, 2008; Klaric, et al., 2008). Beckham e colaboradores (1997a) verificaram que 20%

dos filhos da sua amostra apresentavam valores elevados na escala de depressão e 25% na escala de hipomania.

Quanto à sintomatologia ansiosa, ela é descrita por vários autores que referem também a internalização de sintomas de apreensão, tensão, elevados níveis de stress e medos nocturnos (Davidson, et al., 1989; Dansby & Marinelli, 1999; Ahmadzdeh & Malekian, 2004; Davidson & Mellor, 2001; Klaric et al., 2008).

No que diz respeito à sintomatologia de hostilidade, este é um dos problemas que tem suscitado maior interesse nos investigadores, dado ser uma área onde os filhos dos veteranos parecem apresentar mais problemas. Beckham e colaboradores (1997a), verificaram que 83% dos filhos da sua amostra apresentavam valores elevados na escala hostilidade e 15% apresentavam história de comportamentos violentos, bem como raiva excessiva e dificuldade em lidar com a autoridade. Os comportamentos de agressividade e caracterizados pela hiperactividade constam também na literatura (Parsons, et al., 1990; Davidson & Mellor, 2001; Harkness, 1993; Ahmadzdeh & Malekian, 2004). Aliás, Beckham e colaboradores (1997a) referem que a amostra de filhos com PTSD (45%) apresentava elevados níveis de hostilidade.

Os problemas de comportamentos nos filhos dos veteranos têm vindo a ser descritos com alguma consistência, seja no relacionamento com os pais em casa ou na escola com os pares percebidos pelos pais ou pelos professores, (Parsons, et al. 1990; Jordam, et al., 1992; Rosenheck & Fontana, 1998; Caselli & Motta, 1995; Klaric, et al., 2008) e traduzem-se em comportamentos de desadaptação, dificuldades académicas, de coping e de comunicação (Al-Turkait & Ohaeri, 2008; Davidson, et al., 1989; Harkness, 1991). De acordo com a literatura, existem variáveis do quadro clínico de PTSD do veterano que condicionam a sua percepção relativamente aos problemas de comportamentos nos filhos, i.é., em veteranos que evidenciem presença de PTSD (Caseli & Motta, 1995; Klaric, et al., 2008), a participação em combate (Parsons, et al. 1990; Caseli & Motta, 1995), a participação em violência abusiva (Rosenheck & Fontana, 1998) e os sintomas de embotamento afectivo e evitamento (Ruscio, et al., 2002; Samper, et al., 2004), bem como variáveis relacionadas com o funcionamento familiar, tal como a violência doméstica (Harkness, 1993), existe maior frequência de problemas de comportamento nos filhos.

Relativamente à sintomatologia com carácter psicótico, Harkness (1993) refere ter encontrado características esquizoides nos filhos dos veteranos, bem como Beckham e colaboradores (1997a) que verificaram que 22% dos filhos da sua amostra apresentavam valores

elevados na escala de esquizofrenia, 25% na escala de psicopatia e 32% na de psicastenia, bem como existem descrições na literatura de características como a alienação social e comportamentos anti-sociais (Al-Turkait & Ohaeri, 2008).

As dificuldades de funcionamento psicossocial e interpessoal, de desenvolvimento e manutenção de amizades são também descritas (Davidson & Mellor, 2001; Harkness, 1991; Beckham, et al., 1997a; Rosenheck & Nathan, 1985). Assim, podemos afirmar que a nossa amostra de filhos de veteranos de guerra apresenta-se bastante sintomática ao nível psicopatológico, tal como a literatura existente sugere.

Hipótese 1, c) Espera-se uma relação positiva entre, num primeiro momento *Sintomatologia Traumática, Sintomatologia Física e Estilo de Vida* e num segundo momento *Diagnóstico de STSD, Sintomatologia Física e Estilo de Vida*.

A exposição a múltiplas situações traumáticas está associada a doenças físicas crónicas (Cloitre, Cohen, Edelman & Han, 2001; Felitti, et al., 1998) e o impacto do trauma na saúde pode ser independente da presença de PTSD, dado que a exposição cumulativa ao trauma é suficiente para aumentar probabilidade de vir a sofrer de uma doença física sem ter que atingir o nível de PTSD (Norman, Means-Chrostensen, Craske, Sherbourne, Roy-Byrne & Stein, 2006).

Na amostra em estudo verificamos que a Sintomatologia Traumática Total bem como as escalas de STSD Reexperienciação, Evitamento e Hiperactivação, se relacionam de forma positiva e significativa com a sintomatologia física (no grupo de filhos com sintomatologia traumática) e com o quadro de STSD (grupo de filhos com diagnóstico de STSD), sendo que quanto maior o número de sintomas de trauma maior a sintomatologia física manifestada.

De facto, 66% da nossa amostra geral apresenta sintomas físicos, o que vai ao encontro da literatura que sugere que a exposição ao trauma e o quadro de PTSD exercem um efeito negativo na saúde física, que se traduz num aumento das queixas de saúde e em auto-relatos de sintomas físicos (Wolfe, et al., 1999b; Litz, et al., 1992; Ullman & Siegel, 1996; Wagner, et al., 2000; Boscarino, 1997; Freidman & Schnurr, 1995, cit. Beckham, et al., 1998; Taft, et al., 1999; Schnurr, et al., 2000a). Desta relação sobressai ainda, o aumento de doenças crónicas e problemas de saúde objectivamente avaliados (Beckham, et al., 1998; Boscarino, 2004; O'Toole & Catts, 2008) e uma percepção pobre do estado de saúde geral, menor bem-estar, limitações físicas e maior consumo de medicamentos (Kulka, et al., 1990; Felitti, et al., 1998;

Hoge, et al., 2007; Schnurr, et al., 1996; Schnurr, et al., 2000a; Taft, et al., 1999; Higgins & Follette, 2002).

Na amostra de filhos com sintomas de trauma, e no que diz respeito ao Estilo de Vida, o STSD Total, bem como as escalas de Revivência e Evitamento apresentam uma relação negativa com o estilo de vida. Nos filhos com diagnóstico de STSD, apenas a escala de revivência do trauma se relaciona de forma negativa com o estilo de vida. Tais factos sugerem que, quanto mais elevado for o número de sintomas de revivência e evitamento do trauma, bem como a presença de sintomatologia traumática, menor a adopção de comportamentos de saúde nos filhos com sintomatologia traumática e nos filhos com diagnóstico de STSD. Estes resultados estão concordantes com a literatura consultada, que sugere uma relação entre exposição ao trauma e comportamentos de risco para a saúde (Rheingold, et al., 2004), doenças na idade adulta e com comportamento de saúde associados às maiores causas de morte e incapacidade (Felilti et al., 1998). Por outro lado, as crianças que cresceram em ambientes familiares de risco, podem manifestar comportamentos de risco para a saúde, como o consumo de álcool, tabaco e drogas, e comportamentos sexuais promíscuos. Estes comportamentos podem ser uma forma de compensação perante a sua inabilidade social e desenvolvimento emocional, bem como uma forma de auto-medicação perante a desregulação biológica provocada pelo ambiente familiar (Repetti, et al., 2002).

8.3.2. Hipótese 2: Espera-se encontrar diferenças a) nos filhos com Diagnóstico de STSD versus filhos sem Diagnóstico de STSD ao nível das *Vivências Familiares na Infância, Psicopatologia, Sintomatologia Física, Funcionamento Familiar e Estilo de Vida*, b) nos filhos com Sintomatologia Traumática versus filhos sem Sintomatologia Traumática ao nível das *Vivências Familiares na Infância, Psicopatologia, Sintomatologia Física, Funcionamento Familiar e Estilo de Vida*.

Os resultados da nossa amostra sugerem que existem diferenças significativas entre o grupo de filhos com diagnóstico de STSD e o grupo de filhos sem diagnóstico de STSD, ao nível das Vivências Familiares na Infância, Psicopatologia (geral e subescalas, à excepção da escala ideação paranoide), Sintomatologia Física e Funcionamento Familiar. Ao nível do Estilo de Vida não se verificaram diferenças significativas,

Em relação ao grupo de filhos com Sintomatologia Traumática e o grupo de filhos sem Sintomatologia Traumática, verificaram-se as mesmas diferenças ao nível das Vivências

Familiares na Infância, Psicopatologia (geral e subescalas), Sintomatologia Física e Funcionamento Familiar. Ao nível do Estilo de Vida não se verificaram diferenças significativas.

Neste sentido, podemos verificar que tanto os filhos com diagnóstico de STSD como os que apresentam sintomatologia traumática, apresentam mais vivências familiares negativas na infância, mais sintomas psicopatológicos e físicos, do que os filhos sem diagnóstico de STSD e sem sintomatologia traumática. As diferenças verificam-se também ao nível do Funcionamento Familiar, onde o grupo de filhos sem diagnóstico de STSD apresenta melhor funcionamento familiar, coesão e adaptabilidade, do que o grupo de filhos com diagnóstico de STSD, tal como o grupo de filhos sem sintomatologia que apresenta melhor funcionamento familiar na dimensão adaptabilidade, dado que na dimensão coesão as diferenças não são significativas entre os dois grupos. Ao nível do Estilo de Vida não se verificaram diferenças significativas entre os grupos, embora o grupo de filhos sem STSD e o grupo de filhos sem sintomatologia traumática apresente maior número de comportamentos de saúde.

Tanto os filhos com diagnóstico de STSD como os filhos com sintomatologia traumática apresentam maior número de vivências familiares negativas na infância. Tal como a literatura indica, em famílias onde um progenitor possui uma doença mental os filhos estão em maior risco de desenvolver problemas psiquiátricos (Worland, et al., 1987, cit. Maybery, et al., 2005) e sofrer maior número de experiências adversas (Anda, et al. 2002). Por exemplo o estudo de Anda e colaboradores (2002) vem ao encontro destes resultados uma vez que na sua amostra, crescer com um pai alcoólico aumentava significativamente o risco de experienciar as nove experiências adversas na infância avaliadas, nomeadamente o abuso emocional, físico e sexual, presenciar violência doméstica, separação ou divórcio, crescer com um elemento na família consumidor de substâncias, doente mental, suicidário ou ex-condenado.

Ao nível da sintomatologia física, o grupo de filhos com diagnóstico de STSD bem como o grupo que apresenta sintomatologia traumática, apresenta mais sintomas físicos do que o grupo sem STSD e o grupo sem sintomatologia, o que vai de encontro aos dados existentes na literatura que indicam que a exposição ao trauma e o PTSD exerce um efeito negativo na saúde física (Wolfe, et al., 1999b), verificando-se um aumento das queixas de saúde (Litz, et al., 1992; Ullman & Siegel, 1996) e de doenças crónicas (Beckham, et al., 1998).

Ao nível da psicopatologia, o grupo de filhos com STSD e sintomatologia traumática apresentam valores mais elevados ao nível do Índice Geral de Sintomas (apresentando uma média de sintomas superior), bem como nas restantes escalas de psicopatologia: Somatização,

Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Ideação Paranoide, Obsessão Compulsão e Sensibilidade Interpessoal. A exceção verifica-se no grupo de filhos com diagnóstico de STSD na escala de ideação paranoide, onde não existem diferenças estatisticamente significativas. Comparando os resultados dos grupos de filhos com sintomatologia traumática e diagnóstico de STSD, estes constituem uma amostra bastante sintomática sugerindo a presença de perturbação emocional. Estes resultados vão ao encontro do que a literatura refere sobre os filhos dos veteranos com sintomatologia traumática e STSD. Segundo Beckham e colaboradores (1997a) 45% dos filhos de pais com PTSD apresentavam sintomas de PTSD bem como maior número de sintomas de hostilidade, bem como apresentam mais sintomas psiquiátricos (Davidson, et al., 1989), elevados níveis de stress, ansiedade e agressividade, depressão (Harkness, 1993; Westerink & Giarratano, 1999; Ahmadzdeh & Malekian, 2004).

No que diz respeito ao funcionamento familiar, o grupo de filhos sem diagnóstico de STSD e sem sintomatologia traumática apresentam um melhor funcionamento familiar em termos de coesão e adaptabilidade. Este resultado está de acordo com a literatura que nos indica que o funcionamento familiar dos veteranos com PTSD é caracterizado por pouca coesão e adaptabilidade, elevados níveis de conflito, rigidez, dificuldades de comunicação e de expressão (Rosenheck & Thomson, 1986; Westerink & Giarratano, 1999; Beckham, et al., 1996; Dekel, et al., 2005; Caselli & Motta, 1995; Solomon, et al., 1987; Solomon, et al., 1992; Williams & Williams, 1985, cit. Dekel, et al., 2005). Os veteranos com PTSD frequentemente caracterizam as suas famílias como “extremas” (Jordan, et al., 1992), o que vai ao encontro dos resultados da nossa amostra, onde cerca de 69% das famílias são “extremas”, apresentando dificuldades ao nível da coesão e da adaptabilidade. Também os estudos que se debruçaram sobre a percepção dos filhos em relação ao funcionamento familiar, revelam que estes consideram as suas famílias como conflituosas, disfuncionais, pouco coesas, onde existe pouca comunicação e dificuldades em pedir ajuda uns aos outros (Westerink & Giarratano, 1999; Davidson & Mellor, 2001).

Os nossos resultados indicam que não existem diferenças significativas entre os dois grupos, ao nível dos comportamentos de estilo de vida saudável, o que vai ao encontro do estudo de Westerink & Giarratano (1999), onde não foram encontradas diferenças significativas ao nível do estilo de vida entre os filhos de pais veteranos com PTSD e um grupo controlo da comunidade. Contudo, o grupo de filhos sem diagnóstico de STSD e sem sintomatologia

traumática apresentam maior número de comportamentos de saúde. Este resultado enfatiza a relação existente entre exposição ao trauma e comportamentos de risco para a saúde (Felitti, et al., 1998; Walker, et al., 1999; Rheingold, et al., 2004), tal como pudemos verificar na hipótese anterior, os filhos com sintomatologia traumática e com diagnóstico de STSD, apresentavam menor número de comportamentos de saúde.

8.3.3. Hipótese 3

Espera-se que diferentes variáveis exerçam um contributo diferente ao nível da *Sintomatologia Traumática (STSD Total) e Sintomatologia Física*.

Os resultados permitem-nos concluir que tendo em consideração a Sintomatologia Traumática, quanto maior o número de vivências familiares negativas na infância e sintomatologia física, maior o número de sintomas de trauma. A sintomatologia física explica cerca de 44% da variância e as vivências familiares 11%. Assim sendo, os filhos com Sintomatologia Traumática são aqueles que apresentam maior número de sintomas físicos e de vivências familiares na infância. Este resultado vai ao encontro dos dados descritos na literatura que nos indicam que os indivíduos vítimas de trauma relatam mais sintomatologia física, mais queixas de saúde, relatos de uma saúde “pobre” e um maior número de doenças crónicas (Ullman & Siegel, 1996; Golding, 1996; Felitti, et al., 1998; Flett, et al., 2002). Bem como, que os efeitos adversos das experiências negativas na infância são cumulativos e portanto, são comumente relatados vários tipos de abuso. I.é., raramente uma experiência adversa na infância ocorre de forma isolada e única (Felitti, et al., 1998; Anda, et al., 1999).

No que diz respeito à Sintomatologia Física, os nossos resultados permitem concluir que a psicopatologia e sintomatologia traumática são os melhores predictores da Sintomatologia Física, sendo que a psicopatologia explica 66% da variância e sintomatologia traumática 5%. Estes resultados sugerem que os filhos que apresentam sintomatologia física são os que manifestam maiores níveis de psicopatologia e sintomas de trauma.

Estes resultados vão de encontro à literatura existente que nos revela que existe uma relação entre trauma, psicopatologia e saúde física, na medida em raramente o quadro clínico de PTSD se manifesta de forma isolada, sendo comum a comorbilidade psicológica associada (Yehuda & Wong, 2002, cit. Vaz Serra, 2003), bem como existe uma relação entre

psicopatologia e saúde física, na medida em que o stress pode ser visto como um factor precipitante, associado ou uma consequência da psicopatologia (Pettit, Gorver, & Lewinsohn, 2007). Por exemplo, crianças que cresceram em ambientes de “risco”, devido à presença de conflito familiar, episódios recorrentes de agressividade, ausência de manifestação de afectos e carinho, onde a relação entre os elementos é “fria”, negligente e com pouco suporte, apresentam uma taxa elevada de vários problemas de saúde física ao longo da vida (Repetti, et al. 2002). De igual modo, a discórdia e divergências familiares durante a infância estão associadas a uma variedade de auto relatos de doenças treze anos mais tarde (Lundberg, 1993).

8.3.4. Hipótese 4

Espera-se que a variável *Funcionamento Familiar* seja mediadora da relação entre *Sintomatologia Traumática* e *Estilo de Vida saudável*.

Os resultados obtidos permitem concluir que em termos do funcionamento familiar, apenas a adaptabilidade, se apresenta como um mediador parcial (45%) da relação entre Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida. i.e., os filhos que têm mais trauma apresentam menos adaptabilidade ou mais rigidez familiar, e por sua vez mais adaptabilidade também se correlaciona com mais comportamentos de saúde. Sendo assim, a relação entre sintomatologia traumática e menor comportamentos de estilo é mediada pela flexibilidade da família.

A exposição a acontecimentos traumáticos e experiências negativas na infância, bem como a consequente sintomatologia psicopatológica podem levar ao desenvolvimento e/ou manutenção de comportamentos de risco para a saúde (Rheingold, et al., 2004). Contudo, o ambiente familiar que rodeia o individuo é preponderante nesta relação entre trauma e comportamentos de saúde, na medida em que sistemas familiares mais adaptáveis e flexíveis reduzem a sintomatologia traumática e aumentam sintomas de bem-estar psicológico (Uruk, Sayger, & Cogdal, 2007). A adaptabilidade familiar é descrita por Olson (1986) como o grau de flexibilidade do sistema para operar mudanças e alterações de regras e papéis, em resposta a situações de stress. Já rigidez da família está descrita como uma característica familiar que ajuda a manter os sintomas de trauma (Williams & Williams, 1985, cit. Dekel, et al., 2005). Os individuos de famílias com maior adaptabilidade poderão mais facilmente aprender e adoptar maior número de comportamentos de saúde. As famílias com elevado nível de conflito estão

associadas a um risco elevado de adopção de comportamentos de risco na adolescência (Bijur, Kurzon, Hamelsky, & Power, 1991). Uma família saudável é caracterizada por papéis funcionais, onde cada elemento tem uma certa flexibilidade para alterar o seu papel perante novas exigências. Algumas famílias perante o stress gerado pelo acontecimento traumático, podem tentar lidar com a mudança através do controlo do comportamento do elemento traumatizado. Contudo, a situação requer novas estratégias para lidar com a situação e as famílias rígidas não permitem a alteração de papéis, regras e rotinas com facilidade. Ao contrário das famílias flexíveis que até podem fortalecer-se ao adoptar novas estratégias (Johnson, 1998).

A hipótese foi confirmada parcialmente, dado que a coesão familiar não exerceu qualquer contributo na relação entre Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida. Este resultado pode estar relacionado com o facto da coesão se referir aos vínculos e aos laços emocionais que os membros da família estabelecem entre si, sendo de maior importância para a adopção de comportamentos de saúde, a capacidade do sistema familiar para a alteração e adaptação à mudança do que a união e a ligação entre os membros (Olson, 1996).

8.4. Análises Exploratórias

Este estudo é complementado com análises exploratórias, nas quais se pretende analisar a relação entre diversas variáveis sócio-demográficas e clínicas. Os resultados encontram-se organizados por variável, facilitando-se deste modo a sua análise e interpretação.

8.4.1. Diferenças de Género em função das Variáveis Psicológicas

Os resultados indicam que as mulheres da nossa amostra apresentam maior número de comportamentos de estilo de vida saudáveis.

No que diz respeito aos comportamentos de estilo de vida saudáveis, a literatura indica que as mulheres apresentam uma orientação para a saúde mais positiva do que os homens, e adoptam com mais frequências comportamentos de saúde (Brubaker & Amherst, 2007). Pereira e Silva (2002) verificaram ao estudar a comportamentos de saúde e adesão terapêutica em utentes de um centro saúde, que as mulheres tinham uma prática de comportamentos saudáveis superior à dos homens, bem como as mulheres com conhecimentos e informação

acerca das doenças cardiovasculares adoptavam mais comportamentos de promoção da saúde (Thanavaro, Moore, Anthony, Narsavage, & Delicath, 2006).

8.4.2. Diferenças de Idade em função das Variáveis Psicológicas

Os resultados indicam que o grupo de filhos com menos de 30 anos possui maior coesão familiar e o grupo com idade superior a 35 anos apresenta maior número de vivências familiares negativas.

A coesão familiar tem vindo a ser associada a um maior bem-estar psicológico em crianças (Henderson, Sayger, & Horne, 2003), sendo que os adolescentes de famílias caracterizadas por elevado nível de conflito e baixo suporte estão em risco de desenvolver problemas psicológicos e comportamentais (Daniels & Moos, 1990; Jaycox & Repetti, 1993). A coesão familiar está também associada a taxas reduzidas de actividade sexual e consumo de substâncias na adolescência (Turner, Irwin, Tschann, & Millstein, 1993), bem como uma elevada coesão familiar está associada a baixos níveis de ideação suicida e depressão (Harris & Molock, 2000). Os baixos níveis de coesão, i.é., baixos níveis de ligação emocional entre os elementos da família, aumentam a possibilidade de desenvolver problemas psicológicos na infância e idade adulta (Cumming & Davies, 1992, cit. Uruk, et al., 2007).

A coesão familiar no grupo etário mais jovem da nossa amostra poderá desempenhar um papel protector para o desenvolvimento de problemas psicológicos ao longo da vida.

O grupo com idade superior a 35 anos apresenta maior número de vivências familiares, negativas provavelmente porque foi este grupo de filhos quem mais presenciou e viveu com um pai veterano acabado de chegar a Portugal após o cumprimento do serviço militar e provavelmente quem mais vivenciou a “reação stress de combate” (Solomon, et al. 1992a) Embora, a relação entre pai e filho não tenha sido alvo de estudo, os filhos mais velhos foram quem durante mais tempo podem ter experienciado vivências negativas na sua infância e adolescência.

8.4.3. Diferenças ao nível da variável “Com quem vivem” em função das Variáveis Psicológicas

Os resultados permitem verificar que os filhos que vivem com os pais apresentam maior Coesão Familiar.

Vários estudos têm sido desenvolvidos sobre a importância da coesão familiar no bem-estar psicológico das crianças (Henderson, et al., 2003), como factor protector do desenvolvimento de problemas psicológicos e comportamentais (Daniels & Moos, 1990; Jaycox & Repetti, 1993) e como predictor de uma alimentação saudável em raparigas (Franko, Thompson, Bauserman, Affenito & Striegel-Moore, 2008), na medida em que uma maior coesão emocional entre os elementos da família facilita a escuta de mensagens dos pais sobre alimentação saudável.

8.4.4. Diferenças de Estado Civil em função das Variáveis Psicológicas

Os resultados permitem verificar que os filhos solteiros apresentam maior coesão familiar. O que pode estar relacionado com o facto de, como verificamos nos resultados anteriores, os filhos ainda viverem com os pais.

8.4.5. Diferenças de Habilitações Literárias em função das Variáveis Psicológicas

Os resultados obtidos permitem verificar que os filhos com menos habilitações literárias são os que apresentam mais psicopatologia (BSI IGS) e mais sintomas físicos (HSC). Os filhos com maiores habilitações literárias são os que apresentam maior coesão familiar.

O que a literatura indica é que os indivíduos com menor nível de educação apresentam mais trauma e elevados níveis de neuroticismo, bem como uma saúde mental pobre (Parslow, Jorm, & Christensen, 2006), estão mais expostos ao trauma e à violência (Breslau, et al., 1991). Num estudo com veteranos de guerra do Vietname os que possuíam menores habilitações académicas eram os que estavam diagnosticados com PTSD (Resick, 2000). Bem como, os indivíduos com menores habilitações apresentam mais sintomas físicos dado que segundo a literatura, existe uma relação positiva entre o nível de instrução e a dimensão "percepção do estado de saúde geral" (Regidor, Barrio, de la Fuente, Domingo, Rodríguez & Alonso, 1999). O grau de instrução parece capacitar e dotar os indivíduos de competências e benefícios sociais que facilitam a compreensão dos sintomas, tipo de doença e a adaptação aos cuidados de saúde que esta exige (Yen & Moss, 1999). Por outro lado, os níveis inferiores de escolaridade podem estar associados a um baixo nível sócio económico, sendo por isso mais difícil o acesso a informação sobre doenças, o acesso aos cuidados de saúde e por consequência ao

desenvolvimento de estratégias eficazes de gestão de sintomas e doenças (Marmot & Feeney, 2000).

Os filhos com maiores habilitações literárias são os que apresentam maior coesão familiar, tal como Moos (1990) referem os indivíduos com um nível mais elevado de educação e estatuto profissional apresentam maior coesão, em termos do grau de ajuda e suporte mútuo e estabelecem relações familiares orientadas para o crescimento pessoal.

8.4.6. Diferenças ao nível do Acompanhamento Psicológico e/ou Psiquiátrico em função das Variáveis Psicológicas.

Os filhos que se encontram em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, apresentam mais vivências familiares negativas na infância, mais trauma e psicopatologia, maior número de sintomas físicos e menor número de comportamentos de estilo de vida saudável.

Os estudos indicam que 25% a 50% das crianças que vivem com um progenitor portador de uma doença mental poderão vir a sofrer de problemas psiquiátricos comparando com 10% a 20% das crianças que não têm pais com doença mental (Worland, et al., 1987, cit. Maybery, et al., 2005). No que diz respeito aos filhos dos veteranos de guerra com PTSD apresentam um *menor ajustamento psicológico* do que os filhos dos veteranos de guerra sem PTSD e os jovens da comunidade, nomeadamente mais problemas psiquiátricos, mais stress psicológico e mais sintomas de stress (Westerink & Giarratano, 1999; Beckham, et al., 1997a; Davidson & Mellor, 2001; Radfar, et al., 2005). Radfar e colaboradores (2005) verificaram que 62,8% dos filhos adolescentes dos veteranos do Vietname apresentavam sintomas psiquiátricos, tendo em conta os valores encontrados na população geral em outros estudos, bem como, 23% dos filhos veteranos com PTSD recebiam acompanhamento psiquiátrico comparando com 0% no grupo de controlo (Davidson, et al., 1989) e procuravam mais ajuda técnica (Ahmadzdeh & Malekian, 2004). De acordo com os nossos resultados 17.5% da amostra encontra-se em acompanhamento psicológico e ou psiquiátrico (n=15) e apresentam maior taxa de vivências negativas na infância, sintomas psicopatológicos, traumáticos e físicos, bem como um menor número de comportamentos saudáveis. Esta conjugação de sintomas prejudica seriamente a qualidade de vida destes jovens, tal como os estudos indicam relativamente à qualidade de vida dos veteranos de guerra. Rapaport e colaboradores (2005), verificaram que mais de metade dos indivíduos com PTSD da sua amostra, apresentavam um prejuízo severo ao nível da qualidade de vida comparando com outras perturbações da ansiedade, bem como a presença de

sintomatologia depressiva exercia um impacto maior ao nível da qualidade de vida. De igual forma,

O acompanhamento psicológico e psiquiátrico torna-se essencial não só dirigido à sintomatologia traumática mas também à comorbilidade psicológica e física associada, de forma a aumentar a qualidade de vida destes jovens. Num estudo levado a cabo com veteranos em acompanhamento psicológico, no início do tratamento, existia uma associação entre a severidade dos sintomas e uma qualidade de vida psicossocial e física pobre, mas após a intervenção, os sintomas de PTSD diminuíram e a qualidade de vida aumentou de uma forma sincrónica (Schnurr, et al., 2006). O mesmo foi verificado num estudo com filhos de veteranos de guerra com PTSD, sujeitos a terapia cognitiva comportamental e de relaxamento dirigida aos elevados níveis de agressividade que apresentavam, onde no final do processo alcançaram uma redução do comportamento agressivo (Barekatin, Taghavi, Salehi, & Hasanzadeh, 2005). A intervenção em grupo parece ser um método eficaz, na identificação de psicopatologia, mas também na intervenção (Jacobsen, et al., 1993).

A intervenção psicológica, dirigida à sintomatologia traumática secundária, depende de vários factores: tipo e número de trauma, grau de exposição directa ou indirecta aos sintomas da vítima primária, duração e repetição da exposição, idade e estágio desenvolvimental da criança na data da exposição. Adicionalmente, é necessário ter em consideração as capacidades de coping, de resiliência e de resolução de problemas, crenças e significados acerca do acontecimento, locus controlo, estratégias de auto-ajuda e apoio social da criança (Williams, 1998). As intervenções incluem, a intervenção na escola, recorrendo a ajuda dos professores, individuais e familiares (Williams, 1998).

O baixo número de comportamentos de estilo de vida saudáveis verificado nos filhos que se encontram em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, vai ao encontro dos estudos que indicam que as perturbações da ansiedade, entre elas o PTSD, são as que maior impacto negativo exercem no funcionamento psicossocial e qualidade de vida dos indivíduos (Mendlowicz & Stein, 2000). Num estudo com uma amostra de mulheres em luto traumático foi encontrada uma relação com adopção de comportamentos de risco para a saúde (Prigerson, Bierhals, Kasl, Reynolds, Shear, Day, Beery, Newsom & Jacobs, 1997). A importância do acompanhamento psicológico reside no facto dos estados emocionais positivos promoverem percepções, crenças saudáveis e bem-estar físico e os estados de humor positivos motivam a adopção de comportamentos de saúde (Salovey, Rothman, Detweiler & Wayne, 2000).

8.4.7. Diferenças ao nível da Presença do Diagnóstico de STSD em função das Variáveis Clínicas

As variáveis clínicas *Ideação Suicida*, *Tentativas de Suicídio* e *Utilização Serviços de Saúde*, em função do diagnóstico de STSD, não se revelaram significativas entre os dois grupos. Tais resultados podem ser devido ao tamanho reduzido da nossa amostra.

8.5 Limitações do Estudo

Na elaboração deste estudo foram identificadas algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados: o tamanho reduzido da amostra, o facto de amostra de pais ser clínica e não aleatória e os questionários serem de auto-relato.

Uma outra limitação relaciona-se com os instrumentos de avaliação utilizados. A ausência de valores normalizados para a população portuguesa (EARAT e FACES) e de não ter sido possível validar são também limitações neste estudo.

Uma outra limitação prende-se com o facto de apenas ter sido considerado o filho mais velho do veterano.

Finalmente, o facto de a nossa amostra ter sido toda recolhida na zona Norte do país.

Capítulo 9

Conclusões

Este capítulo refere-se sobretudo às conclusões deste estudo. Serão também apresentadas as implicações futuras em termos de Investigação e Práticas.

9.1. Conclusões

O principal objectivo do presente estudo foi avaliar a presença de uma *Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD)* e *Sintomatologia Traumática* nos filhos adultos de veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com diagnóstico de Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD) e a sua relação com *Vivências Familiares na Infância*, *Psicopatologia*, *Sintomatologia Física*, *Funcionamento Familiar* e *Estilo de Vida*, de modo a contribuir para a promoção de intervenções (psicoterapêutica e preventiva) mais eficazes.

Procedemos nos anteriores capítulos, à apresentação dos resultados, análise e discussão dos mesmos e passamos agora a apresentar as principais conclusões do estudo seguidas das implicações do mesmo.

Os resultados do nosso estudo revelam que a amostra é constituída por 80 filhos adultos de veteranos de guerra, onde a média da faixa etária é de 32 anos.

A distribuição da amostra por sexo é quase idêntica, dado que 41 dos filhos são homens e 39 são mulheres.

Relativamente ao estado civil, a maior parte encontra-se casada (55%) e vive com o cônjuge. Contudo, é pertinente referir que 32% vive com os pais e 30% ainda são solteiros.

No que diz respeito às habilitações literárias, 38,8% da amostra possui o 3.º Ciclo (9º Ano e Secundário) e 33,8% é licenciada.

Quase a totalidade da amostra se encontra a trabalhar (92,5%), da qual a maior parte exerce funções da categoria “Directores de banco, directores técnicos de empresas, licenciados, engenheiros, profissionais com títulos universitários ou de escolas especiais e militares de alta patente”, sendo por isso uma amostra muito peculiar.

No que diz respeito às variáveis clínicas, 17,5% da amostra em estudo referiu encontrar-se em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, 22,5% manifestou ideação suicida e 8,8% mencionou já ter feito tentativas de suicídio.

Quanto à utilização dos Serviços de Saúde, 89 % da amostra em estudo possui médico de família, a maioria apenas recorre ao centro de saúde uma vez por ano (43,5%) e 46,3% não possui o hábito de recorrer às urgências do hospital, sugerindo que a nossa amostra é pouco consumidora dos serviços de saúde.

No que diz respeito às variáveis psicológicas, 74% da nossa amostra experienciou vivências familiares negativas na infância, 66% apresenta sintomas físicos e cerca de 73%

apresenta bons comportamentos de saúde. Em relação à presença de psicopatologia 50% da amostra encontra-se perturbada emocionalmente e 69% possuem Famílias Extremas.

Quanto aos resultados das nossas hipóteses, verificamos a presença de *STSD* (27.50%) na amostra de filho cujos pais estão diagnosticados com PTSD, confirmando parcialmente a teoria da transmissão intergeracional da sintomatologia traumática. Cerca de metade da amostra apresenta *STSD* embora os pais não estejam diagnosticados com PTSD, o que realça o facto de não ser apenas o quadro clínico de PTSD que é passível de ser transmitido e que traumatiza mas a possibilidade dos comportamentos disfuncionais e comorbilidade psicológica associada, também o ser. Futuros estudos, com amostras maiores poderão clarificar estas relações.

Verificamos uma relação entre a Sintomatologia Traumática e a presença de Vivências Familiares Negativas na Infância, Sintomatologia Psicopatológica, tanto a um nível geral (IGS) como ao nível das nove escalas: Somatização, Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Ideação Paranoide, Obsessão Compulsão e Sensibilidade Interpessoal, sendo uma amostra bastante sintomática quando comparada com a população portuguesa. De igual modo, verificamos a mesma relação entre Sintomatologia Traumática e Psicopatologia, bem como entre Psicopatologia e Vivências Familiares, no grupo de filhos com Perturbação Secundária de Stress Traumático (*STSD*). Além disso encontramos uma relação entre Sintomatologia Traumática e quadro clínico de *STSD* e Sintomatologia Física, nos filhos com Sintomatologia Traumática e nos filhos com *STSD*.

As diferenças entre o grupo com *STSD* e o grupo sem *STSD* bem como entre o grupo com Sintomatologia Traumática e o grupo sem Sintomatologia Traumática, residem ao nível das Vivências Familiares na Infância, Psicopatologia, Sintomatologia Física e Funcionamento Familiar, no sentido em que o grupo de filhos com *STSD* e o grupo de filhos com *Sintomatologia Traumática* manifestam maior número de Vivências, Sintomas Físicos e mais Psicopatologia. Já o grupo de filhos sem *STSD* e o grupo de filhos sem *Sintomatologia Traumática* possuem uma maior Coesão e Adaptabilidade Familiar. Embora não tenhamos verificado diferenças entre os dois grupos ao nível do estilo de vida, o grupo de filhos sem *STSD* e o grupo de filhos sem *Sintomatologia Traumática* apresentam maior número de comportamentos de saúde característicos de um Estilo de Vida saudável.

Quando procuramos conhecer as variáveis que contribuem para a *Sintomatologia Traumática*, verificamos que as Vivências Familiares na Infância e a Sintomatologia Física são preditores da *Sintomatologia Traumática*, ou seja o filhos que manifestam *Sintomatologia*

Traumática são os que experienciaram um maior número de vivências familiares na infância e apresentam sintomas físicos.

Relativamente às variáveis que contribuem para a Sintomatologia Física, verificamos que a Psicopatologia e a *Sintomatologia Traumática* são os preditores de um maior número de sintomas físicos. Ou seja, os filhos que manifestam sintomatologia física, são os que manifestam mais psicopatologia e *Sintomatologia Traumática*.

Ao analisarmos o efeito mediador do funcionamento familiar na relação entre *Sintomatologia Traumática* e Estilo de Vida, verificamos que a Adaptabilidade familiar é um mediador parcial desta relação. O mesmo não se verificou quanto à Coesão Familiar.

No que diz respeito às análises exploratórias, o sexo feminino adopta mais comportamentos de Estilo de Vida saudável. Os filhos com menos de 30 anos, solteiros, com maiores habilitações literárias e que ainda vivem com os pais são os que apresentam maior Coesão Familiar. Os filhos com idade superior a 35 anos apresentam mais Vivências Familiares negativas na Infância e os que possuem menores habilitações apresentam mais Psicopatologia e Sintomatologia física.

Finalmente, os filhos que se encontram em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico apresentam maior número de Vivências Familiares negativas na Infância, mais Psicopatologia, *Sintomatologia Traumática*, maior número de Sintomas Físicos e menor número de comportamentos de Estilo de Vida saudável.

9.2. Implicações dos Resultados

9.2.1. Investigação Futura

Relativamente às implicações teóricas seria pertinente, em estudos futuros com esta população, considerar os seguintes aspectos: incluir uma amostra representativa de veteranos da comunidade que não constituam amostras clínicas; estudar o impacto de variáveis características da experiência de guerra do pai, como a exposição a combate, a experiência de passar pela perda de camaradas, a participação em violência abusiva, no sentido de averiguar o impacto ao nível do STSD dos filhos. Também as variáveis associadas ao funcionamento familiar deviam ser melhor estudadas e, neste sentido, uma investigação qualitativa com o objectivo de aprofundar “como foi viver” numa família com um pai que veio da guerra seria, no nosso

entender, muito enriquecedor. Além disso, tal estudo permitiria também conhecer os mecanismos de transmissão do trauma envolvidos (Será que houve exposição por parte dos filhos a histórias repetidas sobre a guerra ou prevaleceu o silêncio sobre este tema?) e identificar quais os mecanismos e de transmissão do trauma envolvidos de forma a poder quebrar o processo da transmissão intergeracional do trauma na terceira geração (Fossion, Rejas, Servais, Pelc, & Hirsch, 2003; Sagi-Schwartz, IJzendoorn, & Bakermans-Kranenburg, 2008)!

Por fim, face à crescente literatura sobre o crescimento pós traumático, seria interessante avaliar se existem efeitos positivos na vida das famílias em que o pai foi exposto a um acontecimento traumático (Calhoun & Tedeschi, 2006) e se estes filhos apresentam além de Perturbação Secundária de Stress Traumático, crescimento pós traumático.

Finalmente a nível teórico seria importante testar os construtos dos diferentes modelos intergeracionais que apresentamos na revisão da literatura com amostras maiores no sentido de se criar programas de intervenção mais adequados às necessidades desta população.

9.2.2. Prática e Treino dos Profissionais de Saúde

Numa perspectiva preventiva, é fundamental considerar o treino e prática dos profissionais de saúde para lidar com filhos de vítimas de trauma. É importante que da formação dos profissionais de saúde faça parte o conhecimento da Perturbação de Stress Pós Traumático mas também da Perturbação Secundária de Stress Traumática. Os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários devem estar sensibilizados para o facto dos filhos das vítimas de trauma manifestarem sintomas semelhantes aos do pai, sintomas de stress e/ou alterações de comportamento, difíceis de compreender sem contextualizar as queixas na história de acontecimentos traumáticos da família

Tendo em conta o número de veteranos de guerra portugueses com PTSD e os conflitos bélicos existentes pelo mundo fora, onde os militares portugueses estão envolvidos em missões de paz e em teatros de guerra expostos a combate, torna-se essencial desenvolver programas de intervenção eficazes dirigidos à família dos militares e ex-militares. A literatura sugere a intervenção familiar sistémica como intervenção de primeira linha, num processo que inclui uma fase disjunta e uma fase conjunta (Rosenheck & Thompson, 1986). Na intervenção com os filhos adultos com STSD sugere-se uma intervenção fundamentalmente Psico-Educacional, com o objectivo de informar e dar a conhecer o quadro clínico de PTSD, normalizar o quadro de PTSD como uma resposta normal a uma experiência anormal, dar a conhecer o quadro de STSD aos

elementos da família, extrapolando para a teoria de Bloom (1999), o trauma é como um “germe”, um agente bacteriano infeccioso do exterior, que infecta toda a família, sendo por isso de extrema relevância a participação de toda a família em qualquer tipo de intervenção que se desenvolva (Williams, 1998). A literatura indica que a terapia cognitiva comportamental e de relaxamento são eficazes, bem como a intervenção em grupo (Jacobsen, et al., 1993; Barekattain, et al., 2006).

Por fim, é importante sensibilizar o Ministério da Defesa Português para o facto da Guerra Colonial, passados mais de trinta anos, ainda exercer um impacto extremamente negativo nas famílias dos veteranos, em particular nos filhos. Torna-se assim necessário preparar as infra-estruturas de apoio aos veteranos e filhos através da criação de planos terapêuticos eficazes. A Administração Americana de Saúde dos Veteranos considerou a participação da família nos cuidados e apoio ao veterano como uma das sete prioridades para os serviços (VHA Directive, 2001, cit. Galovski & Lyons, 2004). Em Portugal, o Decreto-Lei n° 50/2000, de 7 de Abril, criou a Rede Nacional de Apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de *stress* durante a vida militar. Contudo, não existe ainda sensibilização e informação suficiente para que a família do veterano obtenha a ajuda e o apoio que necessitam, a nível psicológico, físico e social

Esperemos que o nosso estudo possa contribuir para a necessidade de intervenção na 2º geração dos veteranos de guerra no sentido de sensibilizar o Estado a providenciar os meios de ajuda a esta população....enquanto há tempo!

REFERÊNCIAS

- Aguglia, E., Onor, M., Trevisiol, M., Negro, C., Saina, M., & Maso, E. (2004). Stress in the caregivers of Alzheimer's patients: An experimental investigation in Italy. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 19(4), 248-252.
- Ahmadzadeh, G.H. & Malekian, A. (2004). Aggression, anxiety and social development in adolescent children of war veterans with PTSD versus those of non veterans. *Journal of Research in Medical Sciences*, 5, 231-234.
- Alberto, I.M.^aM. (1999). *Avaliação da perturbação pós-stress traumático (PTSD) e suas consequências psicológicas em crianças e adolescentes vítimas de maltrato*. Tese de Doutoramento. Universidade de Coimbra. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Albuquerque, A. & Lopes, F. (1997). Stress de Guerra: A ferida encoberta. *Revista de Psiquiatria*. Hospital Júlio de Matos, 1, 47-56.
- Albuquerque, A. (1992). Distúrbio pós traumático de stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, 399-407.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação Pós-traumática do Stresse (PTSD): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica*, 16, 1-12.
- Almeida, L.S. & Freire, T. (1997). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Educação*. Coimbra: Associação dos Psicólogos Portugueses, APPORT.
- Al-Turkait, F. & Ohaeri, J. (2008). Psychopathological status, behavior problems, and family adjustment of Kuwaiti children whose fathers were involved in the first gulf war. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(12), 1-12.
- American Psychological Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III)* (3rd ed.). Wahington, DC: APA.
- American Psychological Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM III-R)* (3rd ed - rev.). Wahington, DC: APA.
- American Psychological Association (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM IV)* (4ª Ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM IV-TR)* (4ª Ed. – rev.) (pp.468). Lisboa: Climepsi Editores

- Ancharoff, M., Munroe, J., & Fisher, L. (1998). The legacy of combat trauma: Clinical implications of intergenerational transmission. In Yael Danieli (Ed.) *International Handbook of Multigenerational Legacies of Trauma* (pp. 257-276). New York: Plenum Press.
- Anda, R.F., Croft, J.B., Felitti, V.J., Nordenberg, D., Giles, W. H., Williamson, D.F., & Giovino, G.A. (1999). Adverse Childhood Experiences and Smoking. *Journal of American Medical Association*, 282(17), 1652-1658.
- Anda, R.F., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Chapman, D., Edwards, V.J., Dube, S.R., & Williamson, D.F. (2002). Adverse childhood experiences, alcoholism parents and later risk of alcoholism and depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1001-1009.
- Andreski, P., Chilcoat, H., & Breslau, N. (1998). Post-Traumatic stress disorder and somatization symptoms: A prospective study. *Psychiatry Research*, 79, 131-138.
- Anthony-Bergstone, C., Zarit, S., & Gatz, M. (1988). Symptoms of psychological distress among caregivers of dementia patients. *Psychology & Aging*, 3(3), 245-248.
- Appleyard, K. & Osofsky, J. (2003). Parenting after trauma: Supporting parents and caregivers in the treatment of children impacted by violence. *Infant Mental Health Journal*, 24 (2), 111-125.
- Arzi, N.B., Solomon, Z., & Dekel, R. (2000). Secondary Traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: distress, caregiver burden and psychological separation. *Brain Injury*, 14(8), 725-736.
- Australian Institute of Health and Welfare (AIHW) (2000). *Morbidity of Vietnam Veterans. Suicide in Vietnam veterans' children*. Supplementary report, no. 1. AIHW cat. no. PHE25. Canberra: AIHW.
- Axelrod, S., Schnipper, O., & Rau, J. (1980). Hospitalized children of survivors: Problems and dynamics. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 44, 1-14.
- Baker, D.G., Mendenhall, C.L., Simbartl, L.A., Magan, L.K., & Steinberg, J.L. (1997). Relationship between posttraumatic stress disorder and self-reported physical symptoms in Persian Gulf war veterans. *Archives Internal Medicine*, 157(18), 2076-2078.
- Balcom, D. (1996). The interpersonal dynamics and treatment of dual trauma couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 431-442.

- Baranowsky, A., Young, M., Johson-Douglas, S., Williams-Keeler, L., & McCarrey, M. (1998). PTSD Transmission: A Review of Secondary Traumatization in Holocaust Survivor Families. *Canadian Psychology*, 39(4), 247-256.
- Barekatin, M., Taghavi, T., Salehi, M., & Hasanzadeh, A. (2005). The efficacy of rational-emotive-behavioral versus relaxation group therapies in treatment of aggression of offspring of veterans with post traumatic stress disorder. *Journal of Research in Medical Sciences*, 11(1), 34-40
- Barnes, M.F. (1998). Understanding the secondary traumatic stress of parents. In C.R. Figley (Ed.), *Burnout in families: The systemic costs of caring* (pp.75-89). Boca Raton: CRC Press.
- Barrett, D.H., Doebbeling, C.C., Schwartz, D.A., Voelker, M.D., Falter, K.H., Woolson, R.F., & Doebbeling, B.N. (2002). Posttraumatic stress disorder and self-reported physical health status among U.S. Military Personnel serving during the Gulf War period. *Psychosomatics*, 43(3), 195-205.
- Beardslee, W.R., Versage, E.M., & Gladstone, T.R. (1998). Children on affectively ill parents: a review of the past 10 years. *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 510-515.
- Beautrais, A.L., Joyce, R.R., & Mulder, R.T. (1996). Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 1174-1182.
- Beckham, J.C., Lytle, B., & Feldman, M. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1068-1072.
- Beckham, J.C., Braxton, L.E., Kudler, H.S., Feldman, M.E., Lytle, B.L., & Palmer, S. (1997a). Minnesota Multiphasic Personality Inventory profiles of Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder and their children. *Journal of Clinical Psychology*, 53(8), 847-852.
- Beckham, J.C., Feldman, M.E., Kirby, A.C., Hertzberg, M.A., & Moore, S.D. (1997b). Interpersonal violence and its correlates in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 859-869.
- Beckham, J.C., Moore, S.D., Feldman, M.E., Hertzberg, J.R., Kirby, A.C., & Fairbank, J.A. (1998). Health status, somatization, and symptom severity of posttraumatic stress disorder in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1565-1569.

- Beckham, J.C., Taft, C.T., Vrana, S.R., Feldman, M.E., Barefoot, J.C., Moore, S.D., Mozley, S.L., Butterfield, M.I., & Calhoun, P.S. (2003). Ambulatory monitoring and physical health report in Vietnam Veterans with and without chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 329-335.
- Beckham, J.C., Vrana, S.R., Barefoot, J.C., Feldman, M.E., Fairbank, J., & Moore, S.D. (2002). Magnitude and duration of cardiovascular responses to anger in Vietnam Veterans with and without posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(1), 228-234.
- Benyamini, Y. & Solomon, Z. (2005). Combat stress reaction, posttraumatic stress disorder and physical health among Israeli veterans twenty years after exposure to combat. *Social Science & Medicine, 61*(6), 1267-1277.
- Bijur, P.E., Kurzon, M., Hamelsky, V., & Power, C. (1991). Parent-adolescent conflict and adolescent injuries. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics, 12*, 92-97.
- Bloom, S.L. (1999). The Germ Theory of Trauma: The Impossibility of Ethical Neutrality. In B.H. Stamm, (Ed), *Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators* (pp.459-470) (2nd Edition). Baltimore: Sidran Press
- Bollinger, A.R., Riggs, D.S., Blake, D.D., & Ruzek, J.I. (2000). Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 255-270.
- Boscarino, J.A. (1997). Diseases among men 20 years after exposure to severe stress: Implications for clinical research and medical care. *Psychosomatic Medicine, 59*(6), 605-614.
- Boscarino, J.A. (2004). *Posttraumatic stress disorder and physical illness: Results from clinical and epidemiologic studies*. Presented on 34th Annual Meeting of the International Society for Psychoneuroendocrinology, Rockefeller University, New York, September, 2003.
- Boscarino, J.A. (2006). Posttraumatic stress disorder and mortality among U.S. army veterans 30 years after military service. *Annals of Epidemiology, 16*(4), 248-256.
- Boscarino, J.A., Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., & Vlahov, D. (2002). Utilization of mental health services following the September 11th terrorist attacks in Manhattan, New York city. *International Journal of Emergency Mental Health, 4*(3), 143-155.

- Boudewyns, P.A., Albrecht, J.W., Talbert, F.S., & Hyer, L.A. (1991). Comorbidity and treatment outcome of inpatients with chronic combat-related PTSD. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(8), 847-849.
- Bramsen, I., Van Der Ploeg, H.M., & Twisk, J.W.R. (2002). Secondary Traumatization in Dutch Couples World War II Survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (1), 241-245.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andresky, P., & Perteson, E. (1991). Traumatic events and post traumatic stress disorder in a urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48(3), 216-222.
- Breslau, N. & Davis, G.C. (1992). Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults: Risk factors for chronicity. *American Journal of Psychiatry*, 149(55), 671-675.
- Breslau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L., & Schultz, L.R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48, 902-909.
- Briere, J. & Runtz, M. (1998). Multivariate correlates of childhood psychological and physical maltreatment among university women. *Child Abuse and Neglect*, 12, 331-341.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.G., & Smailes, J.L. (1999). Childhood abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 1490-1496.
- Brubaker, C. & Amherst, U. (2007). Gender-role Orientation, Family Structure and Health Behavior: A Focus on Physical Activity. *Family Structure and Health Behavior*. Disponível em:http://www.allacademic.com//meta/p_mla_apa_research_citation/1/8/3/3/7/pages183373/p183373-15.php, consultado em 02/06/09.
- Bullman, T.A. & Kang, H.K. (1994). Posttraumatic stress disorder and the risk of traumatic deaths among Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(11), 604-610.
- Burnam, M.A., Stein, J.A., Golding, J.M., Siegel, J.M., Sorenson, S.B., Forsythe, A.B., & Telles, S.A. (1988). Sexual assault and mental disorders in a community population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 843-850.
- Butterfield, M.I., Forneris, C.A., Feldman, M.E., & Beckham, J.C. (2000). Hostility and functional health status in women veterans with and without posttraumatic stress disorder: A preliminary study. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 735-741.

- Byrne, C. & Riggs, D. (1996). The cycle of trauma: relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims*, 11(3), 213-225.
- Calhoun, L.G., & Tedeschi, R.G. (2006). Expert companions: Posttraumatic growth in clinical practice. In L.G. Calhoun & R.G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (pp. 291-310). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Calhoun, P., Beckham, J., & Bosworth, H. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 15(3), 205-212.
- Calhoun, P.S., Wiley, M., Dennis, M.F., & Beckham, J.C. (2009). Self-reported health and physician diagnosed illness in women with posttraumatic stress disorder and major depressive disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 22(2), 122-130.
- Cameron, E. & Bernardes, J. (1998). Gender and disadvantage in health: men's health for a change. *Sociology of Health & Illness*, 20(5), 673-693.
- Campbell, T.L & Petterson, J.M. (1995). The effectiveness of family interventions in the treatment of physical illness. *Journal of Marital and Family Therapy*, 21, 545-583.
- Canavarro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M.M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Carroll, E., Rueger, D., Foy, D., & Donahoe, C. (1985). Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder: Analysis of marital and cohabitating adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(3), 329-337.
- Caselli, L. & Motta, R. (1995). The effect of PTSD and combat level on Vietnam veterans perceptions of child behaviour and marital adjustment. *Journal of Clinical Psychology*, 51(1), 4-12.
- Catherall, D.R. (1992). Working with projective identification in couples. *Family Process*, 31, 355-367.
- Center for Military and Veterans' Health (CMVH) (2007). *Intergenerational Health Effects of Military Service: Literature Review*, 2, 81-99.
- Chaitin, J. (2003). "Living with" the Past: Coping and Patterns in Families of Holocaust Survivors. *Family Process*, 42, 305-322.
- Chang, B., Brecht, M., & Carter, P. (2001). Predictors of social support and caregiver outcomes. *Women & Health*, 33(1-2), 39-61.

- Chemtob, C., Hamada, R., Roitblat, H., & Muraoka, M. (1994). Anger, impulsivity and anger control in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(4), 827-832.
- Chwalisz, K. (1996). The perceived stress model of caregiver burden: Evidence from spouses of persons with brain injuries. *Rehabilitation Psychology, 41*(2), 91-114.
- Cicchetti, D., Rogosch, F.A., & Toth, S.L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contribution to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology, 10*(2), 283-300.
- Cloitre, M., Cohen, L.R., Edelman, R.E., & Han, H. (2001). Posttraumatic stress disorder and extent of trauma exposure as correlates of medical problems and perceived health among women with childhood abuse. *Women and Health, 34*(3), 1-17.
- Collins, C., Burazeri, G., Gofin, J., & Kark, J.D. (2004). Health status and mortality in Holocaust Survivors living in Jerusalem 40-50 years later. *Journal of Traumatic Stress, 17*(5), 403-411.
- Cotler, L.B., Compton, W.M., Mager, D., Spitznagel, E.L., & Janca, A. (1992). Posttraumatic stress disorder among substance users from the general population. *American Journal of Psychiatry, 149*(5), 664-670.
- Cresson, G. (1995). *Le Travail Domestique de Santé*. Paris, Éditions L'Harmattan.
- Crowson, J., Frueh, C., Beidel, D., & Turner, S. (1998). Self-reported symptoms of social anxiety in a sample of combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 12*(6), 605-612.
- Cunningham, R.M., Stiffman, A.R., Dore, P., & Earls, F. (1994). The association of physical and sexual abuse with HIV risk behaviors in adolescence and young adulthood: Implications for public health. *Child Abuse and Neglect, 18*, 233-245.
- Curral, R., Dourado, F., Roma Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: Estudo com o Faces III. *Psiquiatria Clínica, 20*(3), 213-217
- Cypel, Y. & Kang, H. (2008). Mortality patterns among women Vietnam-era veterans: Results of a retrospective cohort study. *Annals of Epidemiology, 18*(3), 244-252.
- Danieli, Y. (1984). Psychotherapists' participation in the conspiracy of silence about the Holocaust. *Psychoanalytic Psychology, 1*(1), 23-42.

- Danieli, Y. (1985). The treatment and prevention of long-term effects and intergenerational transmission of victimization: A lesson from Holocaust survivors and their children. In C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp.295-313). New York: Brunner/mazel.
- Daniels, D. & Moos, R.H. (1990). Assessing life stressors and social resources among adolescents: Applications to depressed youth. *Journal of Adolescent Research*, 5, 268-289.
- Dansby, V.S. & Marinelli, R.P. (1999). Adolescent children of Vietnam combat veteran fathers: A population at risk. *Journal of Adolescence*, 22, 329-340.
- Dansky, B.S., Brady, K.T., & Roberts, J.T. (1994). Posttraumatic stress disorder and substance abuse: Empirical findings and clinical issues. *Substance Abuse*, 15, 247-257.
- Dansky, B.S., Brewerton, T.D., Kilpatrick, D.G., & O'Neil, P.M. (1997). The national women's study: Victimization and posttraumatic stress disorder to bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 213-228.
- Daud, A., Skoglund, E., & Rydelius, P.A. (2005). Children in families of torture victims: Transgenerational transmission of parent's traumatic experience to their children. *International Journal of Social Welfare*, 14, 23-32.
- Davidson, A.C. & Mellor, D.J. (2001). The adjustment of children of Australian Vietnam Veterans: Is there evidence for the transgenerational transmission of the effects of war-related trauma? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 345-351.
- Davidson, J., Smith, R., & Kudler, H. (1989). Familial psychiatric illness in chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 30(4), 339-345.
- Decreto-Lei nº 50/2000, de 7 de Abril. Ministério da Defesa Nacional, <http://www.mdn.gov.pt/mdn/pt/>, consultado em 05/05/2009
- Dekel, R., Goldblatt, H., Keidar, M., Solomon, Z., & Polliack, M. (2005). Being a wife of a veteran with PTSD. *Family Relations*, 54, 24-36.
- Dekel, R. & Solomon, Z. (2006). Secondary Traumatization among wives of war veterans with PTSD. In Charles R. Figley and William P. Nash (Eds), *Combat Stress Injury: Theory, Research and Management* (pp. 137-157). Psychosocial Stress Books Series.
- Dekel, R. & Goldblatt, H. (2008). Is there intergenerational transmission of trauma? The case of combat veterans' children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78(3), 281-289.

- Derogatis, L.R. (1993). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual*. Baltimore MD: Clinical Psychometric Research.
- Deykin, E.Y., Keane, T.M., Kaloupek, D., Fincke, G., Rothendler, J., Siegfried, M., & Creamer, K. (2001). Posttraumatic stress disorder and the use of health services. *Psychosomatic Medicine*, 63, 835-841.
- Dietz, P.M., Spitz, A.M., Anda, R.F., Williamsom, D.F., McMahon, P.M., Santelli, J.S., Nordenberg, D.F., Felitti, V.J., & Kendrick, J.S. (1999). Unintended pregnancy among adult women exposed to abuse or household dysfunction during their childhood. *Journal of American Medical Association*, 282, 1359-1364.
- Dirkzwager, A.J.E., Bramsen, I., Ade´r, H., & Van der Ploeg, H.M. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of Dutch Peacekeeping Soldiers. *Journal of Family Psychology*, 19(2), 217-226.
- Dobie, D.J., Kivlahan, D.R., Maynard, C., Bush, K.R., Davis, T.M., & Bradley, K.A. (2004). Posttraumatic stress disorder in female veterans: Association with self reported health problems and functional impairment. *Archives of Internal Medicine*, 164, 394-400.
- Doreleijers, T. & Donovan, D. (1990). Transgenerational traumatization in childrens of parents interned in Japanese civil internment camps in Dutch East Indies during World War II. *Journal of Psychohistory*, 17(4), 435-477.
- Downey, G. & Coyne, J. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108(1), 50-76.
- Dreman, S. & Cohen, E. (1990). Children and victims of terrorism revisited. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66(2), 204-209.
- Drescher, K.D., Rosen, C.S., Burling, T.A., & Foy, D.W. (2003). Causes of death among male veterans who received residential treatment for PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 16(6), 535-543.
- Drossman, D.A., Laserman, J., Nachman, G., Li, Z., Gluck, H., Toomey, T.C., & Mitchell, C.M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional organic gastrointestinal disorders. *Annals Internal Medicine*, 113(11), 828-833.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V. J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., & Giles, W.H. (2001a). Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span. *Journal of American Medical Association*, 286(24), 3089-3096.

- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Croft, J.B., Edwards, V.J., & Giles, W.H. (2001b). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect and household dysfunction. *Child Abuse and Neglect*, 25, 1627-1640.
- Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Edwards, V.J., & Croft, J.B. (2002). Adverse childhood experiences and personal alcohol abuse as an adult. *Addictive Behaviors*, 27, 713-725.
- Dube, S.R., Felitti, V.F., Dong, M., Chapman, D.P., Giles, W.H., & Anda, R.F. (2003a). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572.
- Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Giles, W.H., & Anda, R.F. (2003b). The impact of adverse childhood experiences on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1990. *Preventive Medicine*, 37, 268-277.
- Dundas, I. (1994). The Family Adaptability and Cohesion Scale III: Confirmatory factor analysis with replication. *Early Education and Development*, 9(2), 161-178.
- Dunn, N., Yanasak, E., Schillaci, J., Simotas, S., Rehm, L., Soucek, J., Menke, T., Ashton, C, & Hamilton, J. (2004). Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 75-82.
- Eberly, R.E. & Engdahl, B.E. (1991). Prevalence of somatic and psychiatric disorders among former prisoners of war. *Hospital Community Psychiatry*, 42(8), 807-813.
- Edwards, V.J., Holden, G.W., Felitti, V.J., & Anda, R.F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: Results from the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460.
- Eisen, S.A., Goldberg, J., True, W.R., & Henderson, W.G. (1991). A co-twin control study of the effects of the Vietnam war on the self-reported physical health of veterans. *American Journal of Epidemiology*, 134(1), 49-58.
- Elder, G.H.Jr., Shanahan, M.J., & Clipp, E.C. (1997). Linking combat and physical health: The legacy of world war II in men's lives. *American Journal of Psychiatry*, 154(3), 330-336.
- Elhai, J.D., Reeves, A.N., & Frueh, B.C. (2004). Predictors of mental health and medical service use in veterans presenting with combat-related posttraumatic stress disorder. *Psychological Services*, 1(2), 111-119.
- Elhai, J.D., North, T.C., & Frueh, B.C. (2005). Health service use predictors among trauma survivors: A critical review. *Psychological Services*, 2(1), 3-19.

- Elhai, J.D., Kashdan, T.B., Snyder, J.J., North, T.C., Heaney, C.J., & Frueh, B.C. (2007). Symptoms severity and lifetime and prospective health service use among military veterans evaluated for PTSD. *Depression and Anxiety*, 24, 178-184.
- Engel, C.C. (2004). Somatization and Multiple Idiopathic Physical Symptoms: Relationship to traumatic events and posttraumatic stress disorder. In Paula P. Schnurr and Bonnie L. Green (Eds.) *Trauma and Health: Physical health Consequences of Exposure to extreme Stress* (p. 191-215). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Engel, C.C., Liu, X., McCarthy, B.D., Miller, R.F., & Ursano, R. (2000). Relationship of physical symptoms to posttraumatic stress disorder among veterans seeking care for Gulf War related health concerns. *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 739-745.
- Epstein, A.W. (1982). Mental phenomena across generations: The Holocaust. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 10, 565-570.
- Erickson, D., Wolfe, J., King, D., King, L., & Sharkansky, E. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 41-49.
- Eurelings-Bontekoe, E., Verschuur, M., & Schreuder, B. (2003). Personality, temperament and attachment style among offspring of World War II victims: An integration of descriptive and structural features of personality. *Traumatology*, 9(2), 106-122.
- Evans, L., Hugh, T., Hopwood, M., & Watt, C. (2003). Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 765-772.
- Eytan, A., Toscani, L., Loutan, L., & Bovier, P.A. (2006). Posttraumatic stress disorder and the use of general health services in Post-war Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 57-67.
- Fairbank, J., Keane, T., & Malloy, P. (1983). Some preliminary data on the psychological characteristics of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(6), 912-919.
- Fairbank, J.A. & Fairbank, D.N. (2005). Families at risk: Comment or Ditzwager, Bramsen, Ader and Van der Ploeg (2005). *Journal of Family Psychology*, 19(2), 230-232.
- Falger, P.R., Op den Velde, W., Hovens, J.E., Schouten, E.G., De Groen, J.H., & Van Duijn, H. (1992). Current posttraumatic stress disorder and cardiovascular disease risk factors in

- Dutch resistance veterans from World War II. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57, 164-171.
- Fals-Stewart, W. & Kelley, M. (2005). When Family members go to war – A systemic perspective on Harm and healing: Comment on Dirkzwager, Bramsen, Ader and Nan Der Ploeg. *Journal of Family Psychology*, 19 (2), 233-236.
- Farberow, N.L., Kang, H.K., & Bullman, T.A. (1990). Combat experience and post service psychosocial status as predictors of suicide in Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178(1), 32-37.
- Felitti, V.J. (1993). Childhood sexual abuse, depression and family dysfunction in adult obese patients: A case control study. *Southern Medical Journal*, 86, 732-736.
- Felitti, V.J. (2003). The origins of addiction: Evidence from the adverse childhood experiences study. *Department of Preventive Medicine*. English version of the article published in Germany. Felitti, V.J. (2003). Ursprünge des suchverhaltens - evidenzen aus einer studie zu belastenden kindheitserfahrungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 547-559.
- Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.
- Ferrada-Noli, M., Asberg, H., Ormstad, K., Lundin, T., & Sundbom, E. (1998). Suicidal behaviour after severe trauma Part I: PTSD diagnoses, psychiatric comorbidity and assessment suicidal behaviour. *Journal of Traumatic Stress*, 11(11), 103-112.
- Field, B. & Kerr, C. (1988). Reproductive behavior and consistent patterns of abnormality in offsprings of Vietnam Veterans. *Journal of Medical Genetics*, 25, 819-826.
- Figley, C.R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. In Charles Figley & H. McCubbin (Eds.), *Stress and the Family: Vol.II: Coping with catastrophe* (pp.3-20). New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C.R. (1985). From victim to survivor: Social responsibility in the wake of catastrophe. In Charles R. Figley (Ed.). *Trauma and its wake: The study and treatment of post-traumatic stress disorder* (pp.398-413). Psychosocial Stress Books Series. New York: Brunner/Mazel.

- Figley, C.R. (1989). *Helping Traumatized Families*. The Jossey Bass Social and Behavioral Science Series.
- Figley, C.R. (1992). *Secondary traumatic stress and disorder. Theory, Research and Treatment*. Paper presented in the first world meeting of the international society for traumatic stress, Amsterdam, June.
- Figley, C.R. (1995a). Compassion fatigue as secondary traumatic stress. In Charles Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp.1-20). New York: Brunner/ Mazel.
- Figley, C.R. (1995b). Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists. In R.H. Mikesell & D. Lusteran (Eds.), *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and system theory* (pp. 571-581). Washington D.C.: American Psychological Association
- Figley, C. (1998). Burnout as systematic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. In Charles Figley (Ed.), *Burnout in Families: The systemic costs of caring* (pp. 15-28). Boca Raton: CRC Press.
- Figley, C.R. (2003). Introduction. In Charles Figley (ED.), *Treating Compassion Fatigue*, (pp.4-5). New York: Brunner-Routledge.
- Figley, C. & Barnes, M. (2005). External trauma and families. In P. C. McKenry, P. C. & S. J. Price (Eds.). *Families and Change* (pp. 379-401). (3rd Ed.). Los Angeles: Sage Publishers.
- Flaherty, E.G., Thompson, R., Litrownik, A.J, Theodore, A., English, D.J., Black, M.M., Wike, T., Whimper, L., Runyan, D.K., & Dubowitz, H. (2006). Effect of early childhood adversity in child health. *Archives Pediatrics and Adolescent Medicine*, 169, 1232-1238.
- Flemming, J., Mullen, P., & Bammer, G. (1997). A study of potential risk factors for sexual abuse in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 21(1), 49-58.
- Flett, R.A., Kazantis, N., Long, N.R., MacDonald, C., & Miller, M. (2002). Traumatic events and physical health in a New Zealand community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 15(4), 303-312.
- Ford, J.D., Shaw, D., Sennhauser, S, Greaves, D., Thacker, B., Chandler, P., Schwartz, L. & McClain, V. (1993). Psychological debriefing after operation desert storm: marital and family assessment and intervention. *Journal of Social Issues*, 49, 73-102.

- Ford, J., Chandler, P., Thacker, B., Greaves, D., Shaw, D., Sennhauser, S., & Schwartz, L. (1998). Family systems therapy after operation desert storm with European theatre veterans. *Journal of marital and Family Therapy*, 24 (2), 243-250.
- Ford, J.D., Schnurr, P.P., Friedman, M.J., Green, B.L., Adams, G., & Jex, S. (2004). Posttraumatic stress disorder symptoms, physical health and health care utilization 50 years after repeated exposure to a toxic gas. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 185-194.
- Forjaz, M.J., Cano, P.M., & Cervera-Enguix, S. (2002). Confirmatory factor analysis, reliability and validity of a Spanish version of FACES III. *The American Journal of Family Therapy*, 30, 439-449.
- Fossion, P., Rejas, M.C., Servais, L., Pelc, L., & Hirsch, S. (2003). Family approach with grandchildren of holocaust survivors. *American Journal of Psychotherapy*, 57(4), 519-527.
- Foy, D.W., Resnick, H.S., Sippelle, R.C., & Carroll, E.M. (1987). Preliminary military and post-military factors in the development of combat related stress disorders. *The Behavior Therapist*, 10, 3-9.
- Franciskovic, T., Stevanovic, A., Jelusic, I., Roganovic, B., Klaric, M., & Grkovic, J. (2007). Secondary Traumatization of Wives of War Veterans with Posttraumatic Stress Disorder. *Croatian Medical Journal*, 48(2), 177-184.
- Franko, D.L., Thompson, D., Bauserman, R., Affenito, S.G., & Striegel-Moore, R.H. (2008). What 's love got to do with it? Family cohesion and healthy eating behaviors in adolescent girls. *International Journal of Eating Disorders*, 41(4), 360-367.
- Frederikson, L.G., Chamberlain, K., & Lang, N. (1996). Unacknowledged casualties of the Vietnam war: Experiences of the partners of new Zealand veterans. *Qualitative Health Research*, 6(1), 49-70.
- Freedy, J. & Donkervoet, J. (1995). Traumatic stress: An overview of the field. In John R. Freedy e Stevan E. Hobfoll (Eds.), *Traumatic Stress: From Theory to Practice* (pp. 3-28). New York: Plennun Press.
- Freud, A. & Dann, S. (1951). An experiment in group upbringing. *Psychoanalytic Study of the Child*, 6, 127-169.

- Fudge, E. & Mason, P. (2004). Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *Australian Journal for the Advancement of Mental Health*, 3(2), 1-9.
- Galovski, T. & Lyons, J. (2004). Psychological sequelae of combat violence: A review of the impact of PTSD on the veteran's family and possible interventions. *Aggression and Violent Behaviour*, 9, 477-501.
- Ghuran, A. & Nolan, J. (2000). *Recreational drug misuse: Issues for the cardiologist*. *Heart*, 83, 627-633.
- Goff, B.S. & Smith, D.B. (2005). Systemic Traumatic Stress: The Couple Adaptation to Traumatic Stress Model. *Journal of Marital and Family Therapy*, 31(2), 145-157.
- Golding, J.M. (1994). Sexual assault history and physical health in randomly selected Los Angeles women. *Health Psychology*, 13, 130-138.
- Golding, J. M. (1996). Sexual assault history and limitations in physical functioning in two general population samples. *Research in Nursing and Health*, 19, 33-44.
- Golding, J.M., Stein, J.A., Siegal, J.M., Burnam, M.A., & Sorenson, S.B. (1988). Sexual assault and the use of health and mental health services. *American Journal of Community Psychology*, 16, 625-644.
- Gottman, J.M. & Levenson, R.W. (1999). What predicts change in marital interaction. A study of alternative models. *Family Process*, 38(2), 143-158.
- Gottman, J.M. & Notarius, C.I. (2000). Decade review: Observing marital interaction. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 927-947.
- Green, B., Krupnick, J., Chung, J., Siddique, J., Krause, E., Revicki, D., Frank, L., & Miranda, J. (2006). Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *Journal of Clinical Psychology*, 62(7), 815-835.
- Green, B.L. & Kimerling, R. (2004). Trauma, Posttraumatic stress disorder and health status. In Paula P. Schnurr e Bonnie L. Green (Eds.). *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress* (pp.13-42). Washington DC: American Psychological Association.
- Green, B.L., Korol, M., Grace, M., Vary, M.G., Leonard, L, Goldine, C., & Smitson-Cohen, S. (1991). Children and disaster: Age, gender and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6), 945-951.

- Greenfield, S.F., Swartz, M.S., Landerman, L.R., & George, L.K. (1993). Long-term psychosocial effects of childhood exposure to parental problem drinking. *American Journal of Psychiatry*, 150(4), 608-613.
- Greenwald, R. (2000). The trauma orientation and child therapy. In K.N. Dwivedi (Ed.), *Posttraumatic stress disorder in children and adolescent* (pp.7-24). Philadelphia: Whurr,
- Grenier, J., Swenson, J., FitzGibbon, G., & Leach, A. (1997). Psychosocial aspects of coronary artery disease related to military patients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 176-184.
- Harkness, L. (1991). The effect of combat related PTSD on children. *National Center for PTSD Clinical Newsletter*, 2(1), 12-13.
- Harkness, L. (1993). Transgenerational Transmission of war related trauma. In J.P. Wilson and B. Raphael (Eds.), *International Handbook of Traumatic Stress Syndromes* (pp. 635-643). New York: Plenum Press.
- Harkness, L. & Zador, N. (2001). Treatment of PTSD in families and couples. In Wilson J.P., Friedman, M.J. & Lindy, J.D. (Eds.), *Treating psychological trauma and PTSD* (pp. 335-353). New York: Guilford.
- Harris, T.L. & Molock, S.D. (2000). Cultural orientation, family cohesion and family support in suicide ideation and depression among African American College Students. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 30(4), 341-353.
- Henderson, A.D., Sayger, T.V., & Horne, A.M. (2003). Mothers and sons: A look at the relationship between child behavior problems, marital satisfaction, maternal depression, and family cohesion. *The Family Journal: Counseling and therapy for couples and family*, 11, 33-41.
- Hendrix, C., Erdmann, M., & Briggs, K. (1998). Impact of Vietnam veteran's arousal and avoidance on spouses perceptions of family life. *The American Journal of Family Therapy*, 26, 115-128.
- Hendrix, C.C., Jurich, A.P. & Schumm, W.R. (1995). Long term impact of Vietnam service on family environmental and satisfaction. *Families in Society*, 76(8), 498-506.
- Herman, D.B., Susser, E.S., Struening, E.L., & Link, B.L. (1997). Adverse childhood experiences: are they risk factors for adult homelessness? *American Journal of Public Health*, 87(2), 249-255.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

- Hernandez, J.T. (1992). Substance abuse among sexually abused adolescents and their families. *Journal of Adolescent Health, 13*(8), 658-662.
- Hernandez, J.T., Lodico, M., & DiClemente, R.J. (1993). The effects of child abuse and race on risk-taking in male adolescents. *Journal of National Medical Association, 85*(8), 593-597.
- Hidalgo, B. & Davidson, J.R.T. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychology, 61*(7), 5-13.
- Higgins, A.B. & Follette, V.M. (2002). Frequency and impact of interpersonal trauma in older women. *Journal of Clinical Geropsychology, 8*, 215-226.
- Hillis, S.D., Anda, R.F., Felitti, V.J., & Marchbanks, P.A. (2001). Adverse childhood experiences and sexual risk behaviours in women: A retrospective cohort study. *Family Planning Perspectives, 33*(5), 206-211.
- Hoge, C.W., Castro, C.A., Messer, S.C., McGurk, D., Cotting, D.I., & Koffman, R.L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine, 351*, 13-22.
- Hoge, C.W., Terhakopian, A., Castro, C.A., Messer, S.C., & Engel, C.C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatics symptoms, health care visits and absenteeism among Iraq War Veterans. *American Journal of Psychiatry, 164*(1), 150-153.
- Horne, C. (2003). Families of Homicide Victims: Service Utilization Patterns of Extra- and Interfamilial Homicide Survivors. *Journal of Family Violence, 18*(2), 75-82.
- Howard, M.D. (2007). Escaping the pain: Examining the use of sexually compulsive behaviour to avoid the traumatic memories of combat. *Sexual Addiction & Compulsivity, 14*, 77-94.
- Humphreys, K. (1996). World view change in adult children of alcoholics/AI-non self-help groups: reconstructing the alcoholic family. *International Journal of Group Psychotherapy, 46*, 255-263.
- Hunt, S.C., Richardson, R.D., & Engel, C.C. (2002). Clinical management of Gulf war veterans with medically unexplained symptoms. *Military Medicine, 167*(5), 414-420.
- Jacobsen, L.K., Sweeney, C.G., & Racusin, G.R. (1993). Group psychotherapy for children of fathers with PTSD: Evidence of psychopathology emerging in the group process. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy, 3* (2), 103-120.
- Jakupcak, M., Osborne, T., Michael, S., Cook, J., Albrizio, P., & McFall, M. (2006). Anxiety sensitivity and depression: Mechanisms for understanding somatic complaints in

- Veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 471-479.
- Jaycox, L.H. & Repetti, R.L. (1993). Conflict in families and the psychological adjustment of preadolescent children. *Journal of Family Psychology*, 7, 344-355.
- Johnson, K. (1998). Trauma in the lives of children. Crisis and stress management, techniques for counsellors, teachers and others professionals. Alameda: Hunter House.
- Jordan, K. (2003). A Trauma and Recovery Model for Victims and Their Families after a Catastrophic School Shooting: Focusing on Behavioral, Cognitive and Psychological Effects and Needs. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3, 397-411
- Jordan, K. B., Marmar, C.R., Fairbank, J. A., Schlenger, W.E., Kulka, R.A., Hough, R.L., & Weiss, D. S. (1992). Problems in family of male Vietnam Veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 60, 916-926.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding posttraumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester: Wiley.
- Jurich, A.P. (1983). The Saigon on the family's mind: Family therapy with families of Vietnam veterans. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(4), 355-363.
- Kang, H.K. & Bullman, T.A. (2001). Mortality among US veterans of the Persian Gulf war: 7-year follow-up. *American Journal of Epidemiology*, 154(5), 399-405.
- Kaplan, S.J., Pelcovitz, D., Salzinger, S., Weiner, M., Mandel, F.S., Lesser, M.L., & Labruna, V.E. (1998). Adolescent physical abuse: Risk for adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, 155(7), 954-959.
- Katon, W., Sullivan, M., & Walker, E. (2001). Medical symptoms without identified pathology. Relationship to psychiatric disorders, childhood and adult trauma and personality traits. *Annals of Internal Medicine*, 134(9), 917-925.
- Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hetterma, J.M., Myers, J., & Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953-959.
- Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.

- Kestenberg, J.S. (1983). Psychoanalyses of children of survivors from the Holocaust: Case presentation and assessment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 28, 775-804.
- Kilic, E.Z., Ozguven, H.D., & Sayil, I., (2003). The psychological effects of parental mental health on children experiencing disaster: The experience of Bolu Earthquake in Turkey. *Family Process*, 42(4), 485-495
- Kilpatrick, D.G., Edmunds, C.N., & Seymour, A.K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.
- Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Resnick, H., Saunders, B.E., & Best, C. (1997). A two-year longitudinal analysis of the relationships among violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 19-30.
- Kimerling, R. & Calhoun, K.S. (1994). Somatic symptoms, social support and treatment seeking among sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 333-340.
- Kira, I. (2004). Assessing and responding to secondary traumatization in the survivors families. *Torture*, 14(1), 38-45.
- Klaric, M., Franciskovic, T., Klaric, B., Kvesic, A., Kastelan, A., Graovac, M., & Lisica, I. (2008). Psychological problems in children's of war veterans with posttraumatic stress disorder in Bosnia and Herzegovina: Cross sectional study. *Croatia Medica Journal*, 49, 491-498.
- Klein, H. (1971). Families of Holocaust survivors in the Kibbutz: Psychological studies. *Psychiatry Clinics*, 8, 67-92.
- Klimes-Dougan, B., Free, K., Ronsaville, D., Stilwell, J., Welsch, J.C., & Radke-Yarrow, M. (1999). Suicidal ideation and attempts: A longitudinal investigation of children of depressed and well mothers. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 651-659.
- Koic, E., Franciskovic, T., Muzinic-Masle, L., Dordevic, V., Vondracek, S., & Prpie, I. (2002). Chronic pain and secondary traumatization in wives of Croatian war veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Acta Clinica Croatica*, 41, 295-306
- Kozaric-Kovacic, D. & Brovecki, A. (2005). Prevalence of psychotic comorbidity in combat-related posttraumatic stress disorder. *Military Medicine*, 170(3), 223-226.

- Kramer, T.L., Booth, B.M., Han, X., & Williams, D.K. (2003). Service utilization and outcomes in medically ill veterans with posttraumatic stress disorder and depressive disorders. *Journal of Traumatic Stress, 16*(3), 211-219.
- Krell, R. (1982). Family therapy with children of concentration camp survivors. *American Journal of Psychotherapy, 36*(4), 513-522.
- Kubzansky, L.D., Koenen, K.C., Spiro III, A., Vokonas, P.S., & Sparrow, D. (2007). Prospective study of posttraumatic stress disorder symptoms and coronary heart disease in the Normative Aging Study. *Archives General Psychiatry, 64*(1), 109-116.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., & Weiss, D.S. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation*. New York: Brunner Mazel
- Land, H, & Hudson, S. (2002). HIV serostatus and factors related to physical and mental well-being in Latina family AIDS caregivers. *Social Science and Medicine, 54*(1), 147-159.
- Lauterbach, D., Bak, C., Reiland, S., Mason, S., Lute, M., & Earls, L. (2007). Quality of parental relationships among persons with a lifetime history of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 20*(2), 161-172.
- Leserman, J., Drossman, D.A., Li, Z., Toomey, T.C., Nachman, G., & Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine, 58*(4), 4-15.
- Lev-Wiesel, R. & Amir, M. (2000). Posttraumatic stress disorder symptoms, psychological distress, personal resources and quality of life in four groups of holocaust child survivors. *Family Process, 39*(4), 455-459.
- Lichtman, J. (1984). Parental communication of Holocaust experiences and personality characteristics among second-generation survivors. *Journal of Clinical Psychology, 40*, 914-924.
- Lindy, J.D., Green, B.L., & Grace, M. (1992). Somatic re-enactment in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 57*(4), 180-186.
- Link, N., Victor, B., & Binder, R. L. (1985). Psychosis in children of holocaust survivors: Influence of the Holocaust in the choice of themes in their psychoses. *Journal of Nervous and Mental Disease, 173*(2), 115-117.
- Litz, B. (1996). The psychological demands of peacekeeping for military personnel. *Clinical Quarterly, 6*(1), 1-8.

- Litz, B., Keane, T.M., Fisher, L., Marx, B., & Monaco, V. (1992). Physical health complaints in combat-related posttraumatic stress disorder. A preliminary report. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 131-141.
- Litz, B., Orsillo, S.M., Friedman, N., Ehlich, P., & Batres, A. (1997). Posttraumatic stress disorder associated with peacekeeping duty in Somalia por U.S. military personnel. *American Journal of Psychiatry*, 154(2), 178-184.
- Lopes Pires, C.M., Lopes Pires, C.T., Costa, P.J., Cruz, A., Martins, D.A., Vieira, D., Domingues, M., Santos, M., Luis, R., Vieira, T., & Vieira, M. (2006). Ex-Combatentes e familiares: Alguns dados preliminares sobre o possível impacto do estado emocional dos ex-combatentes em esposas e filhos. In P.J. Costa, C.L. Pires, J. Veloso & C.L. Pires. *Stresse Pós Traumático: Modelos Abordagens e Práticas* (pp.111-119). Editorial Presença e Adfa.
- Ludenberg, O. (1993). The impact of childhood living conditions on illness and mortality in adulthood. *Social Science and Medicine*, 36(8), 1047-1052.
- Magruder, K., Frueh, B., Knapp, R., Johnson, M., Vaugham, J., Carson, T., Powell, D., & Hebert, R.(2004). PTSD symptoms, demographic characteristics, and functional status among veterans treated in VA primary care clinics. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 293-301.
- Maguen, S., Schumm, J.A., Norris, R.L., Taft, C., King, L.A., King, D.W., & Litz, B.T. (2007). Predictors of mental and physical health service utilization among Vietnam Veterans. *Psychological Services*, 4(3), 168-180.
- Maia (2006). Trauma, PTSD e Saúde. In P.J. Costa, C.L.Pires, J. Veloso & C.L. Pires. *Stresse Pós Traumático: Modelos Abordagens e Práticas* (pp. 21-33). Editorial Presença e Adfa.
- Maia, A. & Fernandes. E. (2003). Epidemiologia da perturbação de stress pós traumático (PTSD) e avaliação da resposta ao trauma. In Maria da Graça Pereira e João Monteiro-Ferreira (Eds.). *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-54). Lisboa: Climepsi Editores.
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, M.G., & Fernandes, E. (2006). Por baixo das pústulas da Guerra: Reflexões sobre um estudo com Ex-combatentes da Guerra colonial. In Manuel Gama. *A Guerra Colonial (1961-1974)* (pp. 11-28). Centro de Estudos Lusíadas/Universidade do Minho.
- Maloney, L.J. (1988). Post-traumatic stresses of women partners of Vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work*, 58, 122-143.

- Maltas, C. & Shay, J. (1995). Trauma contagion in partners of survivors of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 529-539.
- Marmot, M., & Feeney, A. (2000). Health and socioeconomic status. In George Fink (Ed.), *Encyclopedia of stress* (Vol. 2, pp. 313-322). San Diego: Academic Stress.
- Marshall, R.P., Jorm, A.F., Grayson, D.A., & O'Toole, B.I. (2000). Medical-care costs associated with posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34, 954-962.
- Martin, L., Rosen, L.N., Durand, D.B., Knudson, K.H., & Stretch, R.H. (2000). Psychological and physical health effects of sexual assault and non sexual traumas among male and female United States soldier. *Behavioral Medicine*, 26(1), 23-33.
- Mason, P. (1995). How PTSD does affect families? *Post Traumatic Gazette*, 2, disponível em <http://www.patiencepress.com/samples/2ndIssue.html>, consultado em 22/2/2009.
- Matarazzo, J.D., & Leckliter, I.N. (1988). Behavioral health: The role of good and bad habits in health and illness. In S. Maes, C.D. Spielberger, P.B. Defares & I.G. Sarason (Eds.), *Topics in health psychology* (pp. 3-19). New York: John Wiley & Sons, Ltd.
- Matsakis, A. (1996). *Vietnam wives: Facing the challenges of life with veterans suffering post-traumatic stress* (2ª Ed.), Lutherville: The Sidran Press.
- Maybery, D., Ling, L., Szakacs, E., & Reupert, A. (2005). Children of a parent with a mental illness: perspectives on need. *Journal of American Medical Association*, 4 (2), 1-11.
- Maynard, P.E. & Olson, D.H. (1987). Circumplex Model of Family Systems: A treatment tool in family counseling. *Journal of Counseling and Development*, 65, 502-504.
- McCann, I.L. & Pearlman, L.A. (1989). Vicarious traumatization. A framework for understanding psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- McCann, I.L. & Pearlman, L.A. (1990a). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- McCarroll, J.E., Ursano, R.J., Fullerton, C.S., Liu, X., & Lundy, A. (2002). Somatic symptoms in Gulf war mortuary workers. *Psychosomatic Medicine*, 24, 29-33.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Derogatis, L.R., & Bass, E.B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: Unhealed wounds. *Journal of the American Medical Association*, 277(17), 1362-1368.

- McCloskey, L.A., Figueredo, A.J., & Koss, M.P. (1995). The effects of systemic family violence on children's mental health. *Child Development*, 66, 1239-1261.
- McCubbin, H. & Patterson, J. (1982). Family adaptation to crisis. In H. McCubbin, A. Cauble & J. Patterson (Eds.). *Family stress, coping and social support* (pp. 26-47). Springfield: Charles C. Thomas.
- McCubbin, M.A. & McCubbin, H.I. (1989). Theoretical orientations to family stress and coping. In C.R. Figley (Ed.), *Treating stress in families* (pp.3-43). New York: Brunner/Mazel
- McFarlane, A. (1987). Family functioning and overprotection following a natural disaster: The longitudinal effects of post-traumatic morbidity. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 21, 210-218.
- McGinnis, J.M. & Foege, W.H. (1993). Actual causes of death in the United States. *Journal of American Medical Association*, 270, 2207-2212.
- McIntyre, T. & Ventura, M. (1996). Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumático: versão Adolescentes. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 4, 567-576.
- McIntyre, T. (1997). Escala de avaliação da resposta ao acontecimento traumático. In L. Almeida et al., (Org.). *Avaliação Psicológica: Formas e contextos*, 5, 37-44.
- McIntyre, T., Soares, V., & Silva, S. (1997). Hábitos de saúde e comportamentos de risco na adolescência: Implicações para a prevenção. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2, 219-232.
- McNally, R.J., English, G.E., & Lipke, H.J. (1993). Assessment of intrusive cognitions in PTSD: Use of modified Stroop paradigm. *Journal of Traumatic Stress*, 6(1), 33-41.
- McNutt, L.A., Carlson, B.E., Persaud, M., & Postmus, J. (2002). Cumulative abuse experiences, physical health and health behaviors. *Abuse and Health*, 12(2), 123-130.
- Mead, D.E. (2002). Marital distress, co-occurring depression and marital therapy: A review. *Journal of Marital and Family Therapy*, 28, 299-314.
- Mendlowicz, M. & Stein, M. (2000). Quality of life in individuals with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 669-682.
- Merikangas, K.R., Dierker, L.C., & Szatmari, P. (1998). Psychopathology among offspring's of parents with substance abuse and/or anxiety disorders: A high-risk study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 39, 711-720.

- Miller, T.W., Martin, W., & Spiro K. (1989). Traumatic stress disorder: Diagnostic and clinical issues in former prisoners of war. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 139-148
- Miller, B.A., Downs, W.R., & Testa, M. (1993). Inter relationships between victimization experiences and women's alcohol use. *Journal of Studies and Alcohol*, 11, 109-117.
- Mittal, D., Fortney, J., Pyne, J., Edlund, M., & Wetherell, J. (2006). Impact of comorbid anxiety disorders on health-related quality of life among patients with major depressive disorder. *Psychiatric Services*, 57(12), 1731-1737.
- Moos, R.H. (1990). Conceptual and empirical approaches to developing family-based assessment procedures: Resolving the case of the Family Environment Scale. *Family Process*, 29, 199-208
- Motta, R.W., Joseph, J.M., Rose, R.D., Suozzi, J.M., & Leiderman, L.J. (1997). Secondary Trauma: Assessing Inter-generational Transmission of War Experiences with a Modified Stroop Procedure. *Journal of Clinical Psychology*, 53(8), 895-903.
- Mullen, P.E., Markin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E., & Herbison, G.P. (1996). The long term impact of the physical, emotional and sexual abuse on children: A community study. *Child Abuse and Neglect*, 20(1), 7-21.
- Munroe, J., Shay, J., Fisher, L., Zimering, R., & Ancharoff, M. (1993). *Preventing traumatized therapists: Coping with survivor engagement patterns*. Workshop conducted at the 9th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Munroe, J., Shay, J., Fisher, L., Makary, C., Rapperport, K., & Zimering, R. (1995). Preventing compassion fatigue: A team treatment model. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 209-231). New York: Brunner/Mazel.
- Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L., & Frederick, C. (1990). Children's PTSD reaction one year after sniper attack on their school. *American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1526-1530.
- Nadler, A., Kav-Vanaki, S., & Gleitman, B. (1985). Transgenerational effects of the Holocaust: Externalization of aggression in second generation of holocaust survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(3), 365-369.
- Navia, C. & Ossa, M. (2003). Family functioning, coping and psychological adjustment in victims and their families following kidnapping. *Journal of Traumatic Stress*, 16(1), 107-112.

- Nelson, B.S. & Wright, D.W. (1996). Understanding and treating posttraumatic stress disorder symptoms in female partners of veterans with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 455-467.
- Ney, P.G., Fung, T. & Wickett, A.K. (1994). The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 18(9), 705-714.
- Nezu, A.M. & Carnevale, G.J. (1987). Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(2), 155-157.
- Nice, D.S., Garland, C.F., Hilton, S.M., Bagget, J.C., & Mitchel, R.E. (1996). Long term health outcomes and medical effects of torture among U.S. Navy prisoners of war in Vietnam. *Journal of American Medical Association*, 276(5), 375-381.
- Nordberg, L., Rydelius, P.A., & Zetterstrom, R. (1993). Children of alcoholic parents: Health, growth, mental development and psychopathology until school age: Results from a prospective longitudinal study of children from the general population. *Acta Paediatrica*, 387(3), 1-24.
- Norman, S.B., Means-Chrostensen, A.J., Craske, M.G., Sherbourne, C.D., Roy-Byrne, P.P., & Stein, M.B. (2006). Associations between psychological trauma and physical illness in primary care. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 461-470.
- O'Brien, K. (2004). *The intergenerational transference of post-traumatic stress disorder amongst children and grandchildren of Vietnam veterans in Australia: An argument for a genetic origin. Review of current literature*. Center for Social Change Research Queensland University of Technology. Paper present to the social change in the 21 st. Century conference.
- O'Donnell, M.L., Creamer, M., & Pattison, P. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1390-1396.
- O'Toole, B.I. & Catts, S.V. (2008). Trauma, PTSD and physical health: An epidemiological study of Australian Vietnam Veterans. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(1), 33-40.
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, S.M. (2008). *Traumas da Guerra: Traumatização Secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra Colonial com PTSD*. Tese de Mestrado: Área de especialização

- em Stress e Bem-Estar. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Olson, D.H., Bell, R., & Portner, J. (1978). FACES: Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales. St. Paul. *Family Social Science*, University of Minnesota, 290 MnNeal Hall, St. Paul, Minnesota.
- Olson, D.H., Portner, J., & Bell, R. (1982). *FACES II*. Minnesota: University of Minnesota Press.
- Olson, D.H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III. Family Science*, University of Minnesota, 290 MnNeal Hall, St. Paul, Minnesota.
- Olson, D. (1986). Circumplex Model VII. Validation studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H., & Russel, C.S. (1989). *Circumplex model: systemic assessment and treatment of families*. New York: The Harworth Press
- Olson, D. (1996). Clinical assessment and treatment interventions using the Family Circumplex Model. In F.W. Kaslow (Ed.), *Handbook of Relational Diagnosis and Dysfunctional Family Patterns* (pp. 59-77). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Orsillo, S., Heimberg, R., Juster, H., & Garret, J. (1996). Social Phobia and PTSD in Vietnam Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 235-252.
- Orsillo, S.M., Weathers, F.N., Litz, B.T., Steinberg, H.R., Huska, J.A., & Keane, T.M. (1996). Current and lifetime psychiatric disorders among veterans with war zone-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 307-313.
- Quimette, P., Cronkite, R., Henson, B.R., Prins, A., Gima, K., & Moos, R.H. (2004). Posttraumatic stress disorder and health status among female and male medical patients. *Journal of Traumatic Stress*, 17(1), 1-9.
- Quimette, P.C., Wolfe, J., & Chrestman, K.R. (1996). Characteristics of posttraumatic stress disorder- alcohol abuse comorbidity in women. *Journal of Substance Abuse*, 8(3), 335-346.
- Parker, J., Watts, H., & Allsopp, M.R. (1995). Post-traumatic stress symptoms in children and parents following a school-based fatality. *Child Care, Health & Development*, 21(3), 183-189.
- Parslow, R., Jorm, A., & Christensen, H. (2006). Associations of pre-trauma attributes and trauma exposure with screening positive for PTSD: analysis of a community-based study of 2085 young adults. *Psychological Medicine*, 36(3), 387-395.

- Parsons, J., Kehle, T. J., & Owen, S.V. (1990). Incidence of behavior problems among children of Vietnam War veterans. *School Psychology International*, 11, 253-259.
- Pearlman, L.A. & Saakvitne, K.W. (1995). Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In C.R. Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp. 150-177). New York: Brunner/Mazel.
- Pelcovitz, D., Libov, B.G., Mandel, F., Kaplan, S., Weinblatt, M., & Septimus, A. (1998). Posttraumatic Stress Disorder and Family Functioning in Adolescent Cancer. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 205-221.
- Pereira, M.G. (2003). Impacto e avaliação do stress traumático na família: Perturbação Secundária de Stress Traumático. In M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds) *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp.91-107). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pereira, M.G. & Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica*, 1, 35-43.
- Pereira, M.G. & Monteiro-Ferreira, J. (2006). Variáveis psicossociais e traumatização secundária em mulheres de ex-combatentes da guerra colonial. In P.J. Costa, C.L.Pires, J. Veloso & C.L. Pires. *Stresse Pós Traumático: Modelos Abordagens e Práticas* (pp.37-46). Editorial Presença e Adfa.
- Pereira, M.G. & Pedras, S. (2007). *Características Sócio Demográficas e de PTSD do Veterano de Guerra: Implicações para a Intervenção*. Comunicação apresentada no 2º Simpósio Internacional Perturbação Pós Stresse Traumático, Portalegre.
- Pereira, M.G., Lopes, C., & Pedras, S. (2008). *Post traumatic stress, psychological morbidity, psychopathology, family functioning and quality of life in Portuguese War Veterans*. Comunicação apresentada no Congresso Internacional de Stress Traumático. Buenos Aires.
- Pettit, J.W., Grover, K.E., & Lewinsohn, P.M. (2007). Interrelations between psychopathology, psychosocial functioning and physical health: An integrative prespective. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 453-476.
- Polusny, M.A., Ries, B.J., Schultz, J.R., Calhoun, P., Clemensen, L., & Johnsen, I.R. (2008). PTSD symptoms clusters associated with physical health and health care utilization in rural primary care patients exposed to natural disaster. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 75-82.

- Pribor, E.F. & Dinwiddie, S.H. (1992). Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 149, 52-56.
- Price, M., Bratton, D., & Klinnert, M., (2002). Caregiver negative affect is a primary determinant of caregiver report of pediatric asthma quality of life. *Annals of Allergy, Asthma and Immunology*, 89(6), 572-577.
- Prigerson, H. G., Bierhals, A. J., Kasl, S. V., Reynolds, C. F., Shear, M. K., Day, N., Beery, L. C., Newsom, J. T., & Jacobs, S. C. (1997). Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *American Journal of Psychiatry*, 154(5), 616-623.
- Proctor, S.P., Heeren, T., White, R.F., Wolfe, J., Borgos, M.S., Davis, J.D., Pepper, L., Clapp, R., Sutker, P.B., Vasterling, J.J., & Ozonoff, D. (1998). Health status of Persian Gulf War veterans: Self-reported symptoms, environmental exposures and the effect of stress. *International Journal of Epidemiology*, 27(6), 1000-1010.
- Radfar, S., Haghani, H., Tavalaei, A., Modirian, E., & Falahati, M. (2005). Evaluation of mental health state in Veterans family (15/18 y/o adolescents). *Journal of Military Medicine*, 7(3), 203-209.
- Rapaport, M., Clary, C., Fayyad, R., & Endicott, J. (2005). Quality of life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal Psychiatry*, 162 (6), 1171-1178.
- Regidor, E., Barrio, G., de la Fuente, L., Domingo, A, Rodríguez, C., & Alonso, J. (1999). Association between educational level and health related quality of life in Spanish adults. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 53(2), 75-82.
- Reiter, R.C. & Gambone, J.C. (1990). Demographic and historical variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstetric and Gynaecology*, 75(3), 428-432.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E., & Seeman, T.E. (2002). Risky Families: Family Social Environments and the Mental and Physical Health of Offspring. *Psychological Bulletin*, 128(2), 330-366.
- Resick, P. (2000). Prevalence of traumatic stress and related disorders. In, P. Resick (Ed.) *Stress and Trauma* (pp .95-115). USA: Psychology Press.
- Resnick, H.S., Acierno, R., & Kilpatrick, D.G. (1997). Health impact of interpersonal violence 2: Medical and mental health outcomes. *Behavioral Medicine*, 23(2), 65-87.
- Rheingold, A.A., Acierno, R., & Resnick, H.S. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder and health risk behaviours. In Paula P. Schnurr and Bonnie L. Green (Eds.) *Trauma and*

- Health: Physical health Consequences of Exposure to extreme Stress* (pp. 217-243). Washington D.C.: American Psychological Association.
- Riggs, D., Byrne, C., Weathers, F., & Litz, B. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11(1), 87-101.
- Ritter, J., Stewart, M., Bernet, C., Coe, M., & Brown, S.A. (2002). Effects of childhood exposure to familial alcoholism and family violence on adolescent substance use, conduct problems and self-esteem. *Journal of Traumatic Stress*, 15(2), 113-1122.
- Roberts, W., Penk, W., Gearing, M., Robinowitz, R., Dolan, M., & Patterson, E. (1982). Interpersonal problems of Vietnam combat veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 91(6), 444-450.
- Rodin, R.G. & Rodin, M.M. (1982). Children of Holocaust survivors. *Adolescent Psychiatry*, 10, 66-72.
- Rose, S. & Garske, J. (1987). Family environment, adjustment, and coping among children of Holocaust survivors: A comparative investigation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 332-344.
- Rosenheck, R. (1986). Impact of post-traumatic stress disorder of WWII on the next generation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(6), 319-327.
- Rosenheck, R. (2000). Cost-effectiveness of services for homeless people with mental illness: The application of research to policy and practice. *American Journal of Psychiatry* 157(10), 1563-1570.
- Rosenheck, R. & Fontana, A. (1995). Do Vietnam-era veterans who suffer from posttraumatic stress disorder avoid VA mental health services? *Military Medicine*, 160(3), 136-142.
- Rosenheck, R. & Fontana, A. (1998). Transgenerational effects of abusive violence on the children of Vietnam combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 11(4), 731-742.
- Rosenheck, R. & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital and Community Psychiatry*, 36 (5), 538- 539.
- Rosenheck, R. & Thomson, J. (1986). Detoxification of Vietnam war trauma: A combined family-individual approach. *Family Process*, 25, 559-570.
- Roszell, D.K., McFall, M.E., & Malas, K.L. (1991). Frequency of symptoms and concurrent psychiatry disorder in Vietnam veterans with chronic PTSD. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 293-296.

- Rowland-Klein, D. & Dunlop, R. (1997). The transmission of trauma across generations: identification with parental trauma in children of Holocaust survivors. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 358-369.
- Roy, M.J., Koslowe, P.A., Kroenke, K., & Magruder, C. (1998). Signs, symptoms and ill-defined conditions in Persian Gulf War veterans: Findings for the comprehensive clinical evaluation program. *Psychosomatic Medicine*, 60(6), 663-668.
- Ruscio, A.M., Weathers, F.W., King, L.A., & King, D.W. (2002). Male war-zone veterans perceived relationships with their children: The importance of emotional numbing. *Journal of Traumatic Stress*, 15(5), 351-357.
- Sagi-Schwartz, A., IJzendoorn, M.H.V., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2008). Does Intergenerational Transmission of Trauma skip a generation? No meta-analytic evidence for tertiary traumatization with third generation of Holocaust survivors. *Attachment & Human Development*, 10(2), 105-121.
- Saladin, M.E., Brady, K.T., Dansky, B.S., & Kilpatrick, D.G. (1995). Understanding comorbidity between PTSD and substance use disorders: Two preliminary investigations. *Addictive Behaviors*, 20(5), 643-655.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J.B., & Steward, W.T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55(1), 110-121.
- Samper, R.E., Taft, C.T., King, D.W., & King, L.A. (2004). Posttraumatic stress disorder symptoms and parenting satisfaction among a national sample of male Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 17(4), 311-315.
- Sansone, R.A., Wiederman, M.W., & Sansone, L.A. (1998). Borderline personality symptomatology, experience of multiple types of trauma, and health care utilization among women in a primary care setting. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 108-111.
- Sauvola, A., Rasanen, P.V., & Joukamaa, M.I. (2001). Mortality of young adults in relation to single parent family background. A prospective study of the Northern Finland 1966 birth cohort. *European Journal of Public Health*, 11, 284-286.
- Savarese, V., Suvak, M., King, L., & King, D. (2001). Relationships among alcohol use, hyperarousal and marital abuse and violence in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 14(4), 717-732.
- Schaefer, M.R., Sobieraj, K., & Hollyfield, R.L. (1988). Prevalence of childhood physical abuse in adult male veteran alcoholics. *Child Abuse and neglect*, 12, 141-149.

- Schappert, S.M. (1992). National ambulatory medical care survey: 1989 summary. *Vital Health Status*, 13(110), 1-80.
- Schnurr, P.P. (1996). Trauma, PTSD and Physical Health. *PTSD Research Quarterly*, 7(3), 1-8.
- Schnurr, P.P., Friedman, M.J., & Green, B.L. (1996). Post-traumatic stress disorder among world war II mustard gas test participants. *Military Medicine*, 161(3), 131-136.
- Schnurr, P.P., Spiro, A. III, Aldwin, C.M., & Stukel, T.A. (1998). Physical symptoms trajectories following trauma exposure: Longitudinal findings from the Normative Aging Study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186(9), 522-528.
- Schnurr, P.P. & Jankowsky, M.K. (1999). Physical health and posttraumatic stress disorder. Review and synthesis. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4(4), 295-304.
- Schnurr, P.P. & Spiro, A. III (1999). Combat exposure, posttraumatic stress disorder symptoms and health behaviors as predictors of self-reported physical health in older veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(6), 353-359.
- Schnurr, P.P., Ford, J.D., Friedman, M., Green, B., Dain, B., & Sengupta, A. (2000b). PTSD in world war II veterans exposed to mustard gas. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 258-268.
- Schnurr, P.P., Friedman, M., Sengupta, A., Jankowski, M.K., & Holmes, T. (2000c). PTSD and utilization of medical treatment services in male Vietnam veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(4), 496-504.
- Schnurr, P.P., Spiro, A. III, & Paris, A.H. (2000a). Physician-diagnosed medical disorders in relation to PTSD symptoms in older male military veterans. *Health Psychology*, 19(1), 91-97.
- Schnurr, P., Hayes, A., Lunney, C., McFall, M., & Uddo, M. (2006). Longitudinal analysis of the relationship between symptoms and quality of life in veterans treated for posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (4), 707-713.
- Schonfeld, W.H., Verboncoeur, C.J., Fifer, S.K., Lipschutz, R.C., Lubeck, D.P., & Buesching, D.P. (1997). The functioning and well-being of patients with unrecognized anxiety disorders and major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 43, 105-119.
- Schwartz, A.C., Bradley, R., Penza, K.M., Sexton, M., Jay, D., Haggard, P.J., Garlow, S.J., & Ressler, K.J. (2006). Pain medication use among patients with posttraumatic stress disorder. *Psychosomatics*, 47(2), 136-142.
- Segalen, M. (1999). *Sociologia da Família*. 1ª Edição Portuguesa, Editora Terramar.

- Shafer, M.A. & Boyer, C.B. (1991). Psychosocial and behavioural factors associated with risk of sexually transmitted diseases including human immunodeficiency virus infection among urban high school students. *Journal of Pediatrics*, 119, 826-833.
- Shalev, A., Bleich, A., & Ursano, R.J. (1990). Posttraumatic stress disorder: Somatic comorbidity and effort tolerance. *Psychosomatics*, 31, 197-203.
- Shudy, M., Almeida, M.L., Ly, S., Landon, C., Groft, S., Jenkins, T.L., & Nicholson, C.E. (2006). Impact of Pediatric Critical Illness and Injury on Families: A Systematic Literature Review. *Pediatrics*, 118 (3), 203-218.
- Sibai, A.M., Fletcher, A., & Armenian, H.K. (1989). Wartime determinants of arteriographically confirmed coronary heart disease in Beirut. *American Journal of Epidemiology*, 130, 623-631.
- Smith, J.W. (2000). Addiction medicine and domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 329-338.
- Soares, A.J.A. (2009). *Variáveis psicossociais e reatividade emocional em cuidadores de dependentes de substâncias*. Tese de Doutorado em Psicologia da Saúde. Universidade do Minho: Escola de Psicologia.
- Solomon, Z. (1988a). The effect of combat-related posttraumatic stress disorder on the family. *Psychiatry*, 51(3), 323-329.
- Solomon, Z. (1988b). Somatic complaints, stress reaction and posttraumatic stress disorder: A three-year follow-up study. *Behavioral Medicine*, 14, 179-185.
- Solomon, Z. & Mikulincer, M. (1987). Combat stress reactions, post traumatic stress disorder and somatic complaints among Israeli soldiers. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 131-137.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., Freid, B., & Wosner, Y. (1987). Family characteristics and posttraumatic stress disorder: A follow-up of Israeli combat stress reaction casualties. *Family Process*, 26, 383-394.
- Solomon, Z., Kotler, M., & Mikulincer, M. (1988). Combat-related post traumatic stress disorder among second-generation Holocaust survivors: Preliminary findings. *American Journal of Psychiatry*, 145(7), 865-868.
- Solomon, Z., Waysman, M., Belkin, R., Levy, G., Mikulincer, M., & Enoch, D. (1992b). Marital relations and combat stress reaction: The wives' perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 316-326.

- Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., Florian, V., & Bleich, A. (1992a). From front line to home front: A study of secondary traumatization. *Family Process*, 31, 289-302.
- Springs, F.E. & Friedrich, W.N. (1992). Health risk behaviors and medical sequelae of childhood sexual abuse. *Mayo Clinic Proceedings*, 67, 527-532.
- Stein, M.B., Walker, J.R., Hazen, A.L., & Forde, D.R. (1997). Full and partial posttraumatic stress disorder. Findings from a community survey. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1114-1119.
- Steinberg, A. (1998). Understanding the secondary traumatic stress of children's. In Charles Figley (Ed.), *Burnout in Families: The systemic costs of caring* (pp. 29-46). Boca Raton: CRC Press
- Stewart, S.H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological Bulletin*, 120(1), 83-112.
- Suozi, J.M. & Motta, R.W. (2004). The relationship between combat exposure and the transfer of trauma like symptoms to offspring of veterans. *Traumatology*, 10(1), 17-37.
- Switzer, G.E., Dew, M.A., Thompson, K., Goycoolea, J.M., Derricott, T., & Mullins, S.D. (1999). Posttraumatic stress disorder and service utilization among urban mental health center clients. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 25-39.
- Tackett, J., Maciejewski, M.L., Richardson, R.D., Hunt, S.C., Roberts, L., & McFall, L. (2005). Predicting costs of veterans affairs health care in Gulf War Veterans with medically unexplained physical symptoms. *Military Medicine*, 170(1), 70-75.
- Taft, C.T., Stern, A.S., King, L.A., & King, D.W. (1999). Modeling physical health and functional health status: The role of combat exposure, posttraumatic stress disorder and personal resource attributes. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 3-23.
- Taft, C., Pless, A., Stalans, L., Koenen, K., King, L., & King, D. (2005). Risk factors for partner violence among a national sample of combat veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 151-159.
- Taft, C., Schumm, J., Panuzio, J., & Proctor, S. (2008). An examination of family adjustment among operation desert storm veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 648-656.
- Talley, N.J., Flett, S.L., Zinsmeister, A.R., & Melton, L.J. (1994). Gastrointestinal tract symptoms and self-reported abuse: a population based study. *Gastroenterology*, 1040-1049.

- Taylor, S. E. (2003). *Health psychology* (5th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Thanavaro, J.L., Moore, S.M., Anthony, M., Narsavage, G., & Delicath, T. (2006). Predictors of health promotion behavior in women without prior history of coronary heart disease. *Applied Nursing Research*, 19(3), 149-155.
- Thomas, T.L., Kang, H.K., & Dalager, N.A. (1991). Mortality among women Vietnam veterans 1973-1987. *American Journal of Epidemiology*, 134(9), 973-980.
- Tubiana-Rufi, N., Moret, L., Bean, K., Mesbah, M., Feard, S., Deschamps, J.P., Czernichow, P., & Chwalow, A.J. (1991). Validation en langue française d'une échelle d'évaluation du fonctionnement familial (FACES III): Un outil pour la recherche et la pratique clinique. Validation in French of a scale evaluating family functioning (FACES III): A tool for research and clinical practice. *Revue Epidémiologique et Santé Publique*, 39, 531-541.
- Turner, R.A., Irwin, C.E., Tschann, J.M., & Millstein, S.G. (1993). Autonomy, relatedness, and early initiation of health risk behaviors in early adolescence. *Health Psychology*, 12(3), 200-208.
- Ullman, S.E. & Siegel, J.M. (1996). Traumatic events and physical health in a community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 9(4), 703-720.
- Uruk, A.C., Sayger, T.V., & Cogdal, P.A. (2007). Examining the influence of family cohesion and adaptability on trauma symptoms and psychological well-being. *Journal of College Student Psychotherapy*, 22(2), 51-63.
- Van der Kolk, B.A., Perry, J.C., & Herman, J.C. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1665-1671.
- Vaz Serra (2003). *O Distúrbio do Stress Pós Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Vieweg, W.V., Julius, D.A., Fernandez, A., Tassone, D.M., Narla, S.N., & Pauduranghi, A.K. (2006). Posttraumatic Stress Disorder in male military veterans with comorbid overweight and obesity: Psychotropic, anti-hypertensive and metabolic mediators. Primary Care Companion. *Journal of Clinical Psychiatry*, 8, 25-31.
- Wagner, A.W., Wolfe, J., Rotnitsky, A., Proctor, S.P., & Erickson, D.J. (2000). An investigation of the impact of posttraumatic stress disorder on physical health. *Journal of Traumatic Stress*, 13(1), 41-55.
- Walker, E.A., Gelfand, A., Katon, W.J., Koss, M.P., Korff, M.V., Bernstein, D., & Russo, J. (1999). Adult health status of women with histories of childhood abuse and neglect. *American Journal of Medicine*, 107(4), 332-339.

- Walker, E.A., Katon, W., Russo, J. Ciechanowski, P., Newman, E., & Wagner, A.W. (2003). Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Archive General Psychiatry*, 60(4), 369-374.
- Walker, E.A., Newman, E., & Koss, M.P. (2004). Costs and Health Care Utilization associated with Traumatic Experiences. In Paula P. Schnurr e Bonnie L. Green (Eds.). *Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress* (pp. 43-69). Washington DC: American Psychological Association (APA).
- Watanabe, K.K. & Kang, H.K. (1995). Military service in Vietnam and the risk of death from trauma and selected cancers. *Annals of Epidemiology*, 5(5), 407-412.
- Watkins, L.E., Taft, C.T., Hebenstreit, C.L., King, L.A., & King, D.W. (2008). Predictors of child behavior problems among children of female Vietnam veterans. *Journal of Family Violence*, 23(3), 135-140.
- Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, Z., & Weisenberg, M. (1993). Secondary Traumatization among Wives of Posttraumatic Combat Veterans: A Family Typology. *Journal of Family Psychology*, 7(1), 104-118.
- Weingarten, K. (2004). Witnessing the effects of political violence in families: Mechanisms of intergenerational transmission and clinical interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30(1), 45-59.
- Westerink, J. & Giarratano, L. (1999). The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of Australian Vietnam Veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 841-847.
- Williams, C.M. (1980). The veteran system with focus on women partners: Theoretical considerations, problems and treatment strategies. In T. Williams (Ed.), *Posttraumatic stress disorders of the Vietnam veteran* (pp.73-124). Cincinnati: Disabled American Veterans.
- Williams, M. (1998). Treating PTSD in children. In C.R. Figley (Ed.), *Burnout in families: The systemic costs of caring* (pp.91-138). Boca Raton: CRC Press.
- Williamson, D.F., Thompson, T.J., Anda, R.F., & Felitti, V. (2002). Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 26, 1075-1082.

- Winfield, I., George, L.K., Swartz, M., & Blazer, D.G. (1990). Sexual assault and psychiatric disorders among a community sample of women. *American Journal of Psychiatry*, 147, 335-341.
- Wolfe, J., Schnurr, P.P., Brown, P.J., & Furey, J. (1994). Posttraumatic stress disorder and war-zone exposure as correlates of perceived health in female Vietnam War veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(6), 1235-1240.
- Wolfe, J., Erickson, D.J., Sharkansy, E.J., King, D.W., & King, L.A. (1999a). Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 520-528.
- Wolfe, J., Proctor, S.P., Erickson, D.J., Heeren, T., Friedman, M.J., Huang, M.T., Sutker, P.B., Vasterling, J.J., & White, R.F. (1999b). Relationship of psychiatric status to Gulf war Veterans health problems. *Psychosomatic Medicine*, 61(4), 532-540.
- Wolock, I. & Magura, S. (1996). Parental substance abuse as a predictor of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 20(12), 1183-1193.
- Yehuda, R. (2002). Posttraumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108-114.
- Yehuda, R., Halligan, S., & Bierer, L. (2001a). Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 261-270.
- Yehuda, R., Halligan, S., & Grossman, R. (2001b). Childhood trauma and risk for PTSD: Relationship to intergenerational effects of trauma, parental PTSD and cortisol excretion. *Development and Psychopathology*, 13, 733-753.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Giller, E., Siever, L., & Binder-Brynes, K. (1998a). Relationship between posttraumatic stress disorder: Characteristics of Holocaust Survivors and their adult offspring. *American Journal of Psychiatry*, 155, 841-843.
- Yehuda, R., Schmeidler, J., Wainberg, M., Binder-Brvnes, K., & Duvdevani, T. (1998b). Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors. *American Journal Psychiatry*, 155, 1163-1171.
- Yen, I. H. & Moss, N. (1999). Unbundling education: A critical discussion of what education confers and how it lowers risk for disease and death. In N. E. Adler, M. Marmot, B. S. McEwen & J. Stewart (Eds.), *Socioeconomic Status and Health in Industrial Nations:*

- Social, Psychological and Biological Pathways* (pp. 350-351). New York: New York Academy of Sciences.
- Zatzick, D.F., Marmar, C.R., Weiss, D.S., Browner, W.S., Metzler, T.J., Golding, J.M., Stewart, A., Schlenger, W.E., & Wells, K.B. (1997). Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1690–1695.
- Zerling, I., Podietz, K., Belmont, H., Shapiro, M., Ficher, I., Eisenstein, T., & Levick, M. (1984). Engagement in families of Holocaust survivors. *Journal of Marital and Family Therapy*, 10(1), 43-51.
- Zierler, S., Feingold, L., Laufer, D., Velentgas, P., Kantrowitz-Gordon, I., & Mayer, K. (1991). Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk to HIV infection. *American Journal of Public Health*, 81(5), 572-575.

Anexos

ANEXO I

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Este estudo tem como objectivo estudar a relação entre a Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD pais veteranos) e a Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD filhos), as vivências familiares de infância, bem como conhecer a sintomatologia física, psicopatologia, funcionamento familiar e estilo de vida e comportamentos de saúde nos filhos dos veteranos.

Toda a participação é voluntária e os dados serão utilizados apenas para fins de investigação, salvaguardando a confidencialidade de todos os dados de identificação dos participantes (anónimo).

Agradecemos desde já toda a colaboração e colocámo-nos à disposição para qualquer informação pelo e-mail investigacaofilhos@gmail.com

O seu contributo é fundamental para percebermos a realidade portuguesa dos filhos dos veteranos de guerra.

Neste sentido, eu _____ estou esclarecido sobre o objectivo deste estudo, voluntariamente acedi participar e tomei conhecimento da utilização que vai ser dada aos dados recolhidos bem como da confidencialidade dos dados identificativos.

A Investigadora

O Participante

(Susana Pedras)

ANEXO II

INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

QUESTIONÁRIO 1

Questionário Sócio-demográfico e Clínico (Pereira & Pedras, 2008)

1. **Sexo:** Masculino **Idade:** _____
Feminino
2. **Data de nascimento:** ____/____/____
3. **Estado civil:** Solteiro
Casado Há quanto tempo: _____
União de facto Há quanto tempo: _____
Divorciado Há quanto tempo: _____
4. **Tem filhos?** Sim Não
5. **Quantos?** _____ **Com que idades?** ____, ____
6. **Habilitações:** 1º Ciclo (antiga 4ª classe)
2º Ciclo (até ao 7º ano)
3º Ciclo (até ao 12º ano)
Licenciatura
Outro: _____
7. **Profissão:** _____
8. **Situação Laboral/escolar:** Activo
Desempregado Outro: _____
9. **Com quem vive:** Pais
Conjuge
Irmãos
Avós
Outros Quais? _____

QUESTIONÁRIO 2

Questionário de Vivências Familiares na Infância (QVFI).

Versão de Investigação de Pereira & Pedras (2008).

QUESTIONÁRIO 3

Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático Secundário (EARAT),
McIntyre (1997).

QUESTIONÁRIO 4

Brief Symptoms Checklist (BSI) (Dorogatis, 1993)

Versão Portuguesa de Canavarro (1999).

QUESTIONÁRIO 5

Health Symptoms Checklist (HSC) (Proctor, Heeren, White, Wolfe, Borgos, Davis, Pepper, Clapp, Sutker, Vasterling, & Ozonoff 1998). Versão de Investigação de Pereira & Pedras (2008).

QUESTIONÁRIO 6

Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III) (Olson, Portner & Lavee, 1985). Versão Portuguesa de Curral, e colaboradores (1999).

QUESTIONÁRIO 7

Questionário de Estilo de Vida (QEV),

Versão de Investigação de Pereira & Pedras (2008).