

# EXPOSIÇÃO DIRECTA E INDIRECTA AO TRAUMA:

## Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD) e Perturbação de Stress Traumático Secundário (STSD)

CARLA SUSANA PEDRAS & M. GRAÇA PEREIRA

### Percurso Histórico da PTSD à STSD

Podemos encontrar as primeiras referências à Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD: Post-Traumatic Stress Disorder) 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”. Foi após a Guerra do Vietname (início 1964) que aumentou a preocupação da sociedade face às consequências deste tipo de situações (Vaz Serra, 2003) levando ao reconhecimento científico desta perturbação.

.....

Sendo assim, em 1980, 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).

**“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).”**

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 ou seja 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 da 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). Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, e Nelson (1995) num estudo nacional sobre comorbilidade, constataram que 60% da população americana tinha sido exposta a situações traumáticas mas apenas 20% das mulheres e 8%

dos homens relataram sintomas de stress traumático. 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 et al., 1990; Yehuda, 2002). Num estudo realizado em Portugal foi verificado que, ao longo da vida, 75% da população está exposta a pelo menos um acontecimento adverso e 43.5% a mais do que um (Albuquerque, Soares, Jesus, & Alves, 2003).

“Na IV edição do DSM passou também a figurar, no critério A, os acontecimentos traumáticos em que o individuo 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).”

Na IV edição do DSM passou também a figurar, no critério A, os acontecimentos traumáticos em que o individuo 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 as várias situações potencialmente traumáticas, podemos referir os acidentes graves de meios de transporte (e.g. automóvel, avião); os desastres naturais, como um tsunami ou um tremor de terra; a agressão criminosa, em que a pessoa é vítima de uma agressão física, 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 e situações de rapto, tortura, ser prisioneiro de guerra e situações de doença crónica podem também desenvolver sintomatologia traumática nas vítimas (Vaz Serra, 2003; Mundy & Baum, 2004). Nas situações referidas 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).

## Perturbação de Stress Traumático Secundário (STSD)

“Ao longo dos anos, um outro processo foi sendo estudado e hoje é designado de Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD: Secondary Traumatic Stress Disorder).”

Ao longo dos anos, um outro processo foi sendo estudado e hoje é designado de Perturbação Secundária de Stress Traumático (STSD: Secondary Traumatic Stress Disorder). 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, 1990). Figley, em 1995(a), definiu o fenómeno do stress por compaixão

.....

“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, 1990). Figley, em 1995(a), 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”.”**

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.”**

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 à PTSD excepto que na PTSD, os sintomas surgem de forma directa após a vivência de um acontecimento traumático, na STSD surgem após a exposição e conhecimento acerca da situação traumática experienciada por outro significativo (Figley, 1998). Assim, a grande diferença entre a PTSD e STSD é que no primeiro caso, o stressor é directo e experienciado pela própria vítima e, na 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., 1992) (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., 1992). Podemos também verificar sintomas análogos ao da PTSD em terapeutas devido à exposição ao sofrimento dos pacientes (Figley, 1995b; McCann & Pearlman, 1990; Pearlman & Saakvitne, 1995).

## Sintomas de PTSD e STSD

Os sintomas da STSD são semelhantes aos da PTSD (Figley, 2003, pp.4-5).

**Assim, na PTSD o**

**Critério A:** Acontecimento traumático que provoca sintomas implica

que a pessoa tenha sido exposta a um acontecimento traumático onde as seguintes condições estiveram presentes:

**(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. **Na STSD:** um ou mais elementos do sistema estiveram expostos a um acontecimento traumático, onde ambas as condições estiveram presentes:

**(1)** Todos ou alguns dos estímulos descritos acerca da 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 na PTSD, que estão associadas às estratégias de coping utilizadas.

**Critério B:** *O acontecimento traumático é persistentemente re-experienciado de um (ou mais) dos seguintes modos:* Na PTSD verificam-se 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. Na STSD surge um aumento da necessidade de apoio e aumento do conflito devido ao stress provocado pelas lembranças. Na PSTD surgem sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento i.e. 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). Por sua vez, na STSD verifica-se um aumento da necessidade de apoio e aumento do conflito devido às dificuldades em dormir. Na PTSD, verifica-se um mal-estar psicológico intenso face à exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático. Em contrapartida na STSD, existe um aumento da necessidade de tempo e energia, necessidade de maior número de técnicas de resolução de problemas e apoio como resposta aos sintomas traumáticos da PTSD quando expostos a estímulos que se assemelhem ao trauma.

**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 aspectos:* Os esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associados com o trauma são comuns na PTSD mas na STSD verificando-se um

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. Um indivíduo com PTSD sente-se desligado ou estranho em relação aos outros mas o que tem STSD necessita de aprender a lidar com sentimentos de distanciamento dos outros.

**Critério D:** *Sintomas Persistentes de activação aumentada (ausentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes itens:* neste grupo de sintomas o indivíduo com STSD apresenta os mesmos sintomas que o indivíduo com PTSD: Dificuldade em adormecer ou em permanecer a dormir, irritabilidade e acessos de cólera, dificuldades de concentração, hipervigilância, 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.

É importante especificar se a perturbação é **Aguda** quando a duração dos sintomas for inferior a três meses ou **Crónica** quando a duração dos sintomas for igual ou superior a três meses. Por sua vez, pode ainda definir-se como uma perturbação de **início dilatado** quando os sintomas surgem pelo menos seis meses depois do acontecimento.

“A PTSD exerce um impacto extremamente adverso ao nível da saúde mental mas também da saúde física (Hidalgo & Davidson, 2000) que se traduz num aumento de queixas de saúde (Wagner, Wolfe, Rotnitsky, Proctor, & Erickson, 2000), bem como num aumento de doenças e problemas de saúde objectivamente avaliados (Beckham et al., 1998), numa maior utilização dos serviços de saúde (Elhai et al., 2007) e num aumento da mortalidade (Friedman & Schnurr, 1995).”

## PTSD e Saúde Física

A PTSD exerce um impacto extremamente adverso ao nível da saúde mental mas também da saúde física (Hidalgo & Davidson, 2000) que se traduz num aumento de queixas de saúde (Wagner, Wolfe, Rotnitsky, Proctor, & Erickson, 2000), bem como num aumento de doenças e problemas de saúde objectivamente avaliados (Beckham et al., 1998), numa maior utilização dos serviços de saúde (Elhai et al., 2007) e num aumento da mortalidade (Friedman & Schnurr, 1995). O risco de desenvolvimento de várias doenças, como a doença cardíaca isquémica, doença oncológica (como o cancro do pulmão),

doença crónica pulmonar, doenças no fígado, diabetes, fracturas ósseas (Felitti et al., 1998; Dube, Felitti, Dong, Giles, & Anda, 2003; Brown et al., 2010) é elevado nos indivíduos que apresentam história de trauma e PTSD. Mais recentemente, Dube e colaboradores (2009) verificaram que a vivência de experiências adversas na infância aumentava a probabilidade de hospitalizações devido ao diagnóstico de doenças auto-imunes na idade adulta (doença do cólon irritável, diabetes tipo 1, psoríase, esclerose múltipla, lúpus, artrite reumatóide), enfatizando o trabalho que tem vindo a ser realizado sobre o impacto das situações de stress vividas na infância e as subsequentes respostas inflamatórias (Kendall-Tackett, 2009).

Também a notícia do diagnóstico de algumas doenças como o cancro, o enfarte e o HIV, pode ser vivida como uma experiência traumática. Tedstone e Tarrier (2003), numa revisão da literatura, verificaram que a taxa de PTSD nos indivíduos que sofreram um enfarte do miocárdio varia entre 0% e 16% e este pode surgir nos dois anos

que se seguem ao enfarte (van Driel & Openden Velde, 1995). No caso do HIV, Kelly e colaboradores (1998) verificaram que em 61 indivíduos com HIV, 32% apresentava critérios de PTSD após o diagnóstico da doença. Nos pacientes que recuperam de uma hemorragia subaracnoide, Berry (1998) encontrou uma prevalência de 32% de indivíduos com critérios de PTSD. Também sofrer acidentes como queimaduras pode levar ao desenvolvimento de PTSD. Roca, Spence e Munster (1992) referem que 7% dos sujeitos vítimas de queimaduras tinham diagnóstico de PTSD no momento da alta, e esse número subia para 22% um ano depois.

## STSD e Saúde: Cuidadores e Profissionais de Saúde

Duma forma geral, os estudos mostram a existência de PTSD em doentes crónicos (e.g. doenças cardiovascular, doença oncológica, HIV) e de STSD nos seus



cuidadores já que muitos stressores associados a uma doença crónica partilham das mesmas características que os stressores traumáticos (Mundy & Baum, 2004). Por isso, é natural que os cuidadores apresentem sintomas de stress secundário.

De facto, a literatura revela que as mulheres de Veteranos de Guerra podem sofrer de STSD por conviverem há muitos anos com um veterano que sofre de PTSD, podendo apresentar sintomas semelhantes a esta perturbação (como flashbacks e sonhos relacionados com a experiência de guerra do companheiro) (Maloney, 1988; Matsakis, 1996; Pereira, 2003; Pereira & Monteiro-Ferreira, 2006). Ao nível do funcionamento psicológico, as esposas dos veteranos de guerra apresentam: elevados níveis de psicopatologia nomeadamente: sintomas de somatização, depressão, ansiedade, ideação paranóide, hostilidade e

sintomas obsessivo-compulsivos (Solomon, et al., 1992), pesadelos, insónias, ataques de pânico, bem como uma resposta de alarme exagerada, pouco desejo sexual, falta de concentração e sudorese extrema (Westerink & Giarratano, 1999). Além disso, apresentam baixa auto-estima associada a um sentimento de desesperança e, como cuidadoras, sofrem de exaustão emocional e sobrecarga (Beckham et al., 1996; Calhoun et al., 2002).

Os cuidadores de doentes crónicos podem também apresentar sintomas de trauma secundário e mesmo STSD. Os filhos adultos, cuidadores de doentes oncológicos, relatam altos níveis de morbilidade psicológica (Teixeira & Pereira, 2010). Segundo Sales, Schulz e Biegel (1992), quase 30% das famílias de doentes com cancro exibem níveis significativamente elevados de distress que se reproduzem em

sintomatologia psicológica. Um estudo recente, levado a cabo por Fletcher, Dodd, Schumacher e Miaskowski (2008), sintetiza as investigações mais relevantes relativas a cinco sintomas altamente prevalentes em cuidadores de doentes com cancro como a depressão, ansiedade, alterações do sono, fadiga e dor. Também, Young e colaboradores (2003) verificaram que os cuidadores de crianças que haviam tido um transplante apresentavam sintomatologia traumática elevada. Soares (2009) verificou que 48,2% dos cuidadores de toxicod dependentes apresentavam STSD. Ferruzza e colaboradores (2006) verificaram que 56.4% dos cuidadores de pacientes com síndrome pós-concussional apresentavam stress traumático.

Embora qualquer pessoa esteja sujeita a vivenciar situações de grande adversidade, e potencialmente traumáticas, existem profissões

que colocam os seus profissionais mais vulneráveis e susceptíveis a este tipo de experiência, nomeadamente as profissões de “ajuda e socorro” em situação de crise, como os médicos e enfermeiros das equipas de emergência médica, bombeiros e polícias (Paton & Smith, 1996). Estes profissionais estão sujeitos a uma exposição directa e indirecta ao trauma, sendo que na primeira vivem o trauma directamente em situações em que colocam a própria vida em risco e, na segunda situação, porque presenciaram e observaram situações de grande sofrimento humano e lidam com corpos despedaçados após suicídio ou outras situações de ameaça à vida (Dean et al., 2003). Sendo assim, é natural que profissionais nas equipas de emergência médica apresentem sintomas de stress secundário (Warren, Lee, & Saunders, 2003) bem como bombeiros (Wagner, Heinrichs, & Ehlert, 1998) como se verificou em

profissionais de socorro e emergência dos ataques de 11 de Setembro (Creamer & Liddle, 2002).

Os profissionais na área da saúde mental que lidam sobretudo, com indivíduos traumatizados, apresentam também um risco elevado de desenvolver STSD (Tyson, 2007; Collins & Long, 2003). Segundo Chrestman (1999), a traumatização secundária nos psicólogos envolve sintomas paralelos aos verificados nos indivíduos expostos directamente ao trauma, tais como pensamentos intrusivos relacionados com os relatos traumáticos do cliente (McCann & Pearlman, 1990), respostas de evitamento e activação fisiológica, emoções negativas e dificuldades no funcionamento (Figley, 1995a; McCann & Pearlman, 1990). Os psicólogos e os assistentes sociais que trabalham com vítimas de abuso sexual (Salston &

Figley, 2003) e vítimas de guerra (Nikola, 2011) estão susceptíveis a desenvolver este fenómeno. Claro que nem todos os profissionais que trabalham com indivíduos com PTSD desenvolvem STSD. Contudo, os estudos sugerem que a empatia é um elemento fundamental da relação terapêutica e é um factor chave no aumento do risco de desenvolver STSD.

Ao nível da saúde física, os estudos que se debruçaram sobre bombeiros verificaram que estes experienciam problemas músculo-esqueléticos, em particular dor nos ombros, no pescoço e nas costas, fadiga, tensão, náuseas, alterações no apetite, aumento do ritmo cardíaco, dores de cabeça (Robinson, 1994), problemas de sono e de estômago (Robinson, 1994; Van der Ploeg, Dorresteyjn & Kleber, 2003).

## Conclusão

Durante várias décadas, apenas foi dedicada atenção à vítima primária de um acontecimento traumático ignorando de alguma forma, que esta se encontra inserida num sistema familiar que pode ficar afectado e desequilibrado, por um dos seus elementos apresentar uma perturbação de stress pós traumático, e desta forma, desenvolver uma perturbação secundária de stress traumático. Assim, torna-se fundamental identificar as vítimas de STSD tanto na população geral como nos profissionais de saúde e de socorro. Deste modo, as instituições, incluindo os centros de saúde, onde frequentemente as pessoas recorrem quando apresentam sintomatologia física e mental, devem estar preparados para identificar PTSD e STSD e, quando necessário, referenciar para serviços onde possam receber a ajuda psicológica necessária. Por outro lado, é também importante que as instituições de saúde desenvolvam programas de prevenção para os seus profissionais no sentido de mitigar os efeitos nefastos do trabalho com vítimas. ●



.....  
**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

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.

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., 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.

Berry, E. (1998). Post-traumatic stress disorder after subarachnoid haemorrhage. *British Journal of Clinical Psychology*, 37(3), 365-367.

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., 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.

Brown, D.W., Anda, R.F., Felitti, V.J., Edwards, V.J., Malarcher, A.M., Croft, J. B., ... Giles, W.H. (2010). Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: A prospective cohort study. *BMC Public Health*, 10(20), 1-12.

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.

Chrestman, K. R. (1999). Secondary exposure to trauma and self reported distress among therapists. In B. H. Stamm (Ed.), *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators* (2nd ed., pp. 29-36). Lutherville, MD: Sidran.

Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: Consequences for mental health-care workers: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 417-424.

Creamer, L., & Liddle, B. (2005). Secondary traumatic stress among disaster mental health workers responding to the September 11 attacks. *Journal of Traumatic Stress*, 18(1), 89-96.

Dean, G. P., Gow K., & Shakespeare-Finch, J. (2003). Counting the cost: Psychological distress in career auxiliary fire fighters. *Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*. Retirado a 23 de Maio de 2007, de <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2003-1/dean.html>.

Dekel, R., & Solomon, Z. (2006). Secondary Traumatization among wives of war veterans with PTSD. In Charles R. Figley & William P. Nash (Eds), *Combat Stress Injury: Theory, Research and Management* (pp. 137-157). Psychosocial Stress Books Series

Dube, S.R., Fairweather, D., Pearson, W., Felitti, V., Anda, R., & Croft, J. (2009). Cumulative childhood stress and autoimmune diseases in adults. *Psychosomatic Medicine*, 71, 243-250.

Dube, S.R., Felitti, V.J., Dong, M., Giles, W.H., & Anda, R.F. (2003). The impact of adverse childhood experiences

on health problems: Evidence from four birth cohorts dating back to 1990. *Preventive Medicine*, 37, 268-277.

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.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., ... 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.

Ferruzza, E., Sale, E., Mercuriali, E., & Boatto, E. E. (2006). Trauma between the past and the present. Psychopathological aspects in head injured patients' caregivers: A psychodynamic perspective. *Rivista di Psichiatria*, 41(1), 16-25.

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. (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. (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.R. (2003). Introduction. In Charles Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue*, (pp.4-5). New York: Brunner-Routledge.

Fletcher, B.A., Dodd, M.J., Schumacher, K.L., & Miskowski, K. (2008). Symptom experience of family caregivers of patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 35(2), 23-44.

Friedman, M.J., & Schnurr, P.P. (1995). The relationship between trauma, post-traumatic stress disorder, and physical health. In M.J. Friedman, D.S. Charney & A.Y. Deutch (Eds.). *Neurobiological and clinical consequences of stress: From normal adaptation to post-traumatic stress disorder* (pp. 507-524). Philadelphia: Lippincott-Raven.

Hidalgo, B., & Davidson, J.R.T. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 5-13.

Kelly, B., Raphael, B., Judd, F., Kernutt, G., Burnett, P., & Burrows, G. (1998). Posttraumatic stress disorder in response to HIV infection. *General Hospital Psychiatry*, 20, 345-352.

Kendall-Tackett, K. (2009). Psychological trauma and physical health: A psychoneuroimmunology approach to etiology of negative health effects and possible interventions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 35-48.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychi-*

atry, 52, 1048-1060.

Kilpatrick, D.G., Edmunds, C.N., & Seymour, A.K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.

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

Maloney, L.J. (1988). Post-traumatic stresses of women partners of Vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work*, 58, 122-143.

Matsakis, A. (1996). *Vietnam wives: Facing the challenges of life with veterans suffering post-traumatic stress* (2ª Ed.), Lutherville: The Sidran Press.

McCann, I.L., & Pearlman, L.A. (1990). Vicarious traumatization. A framework for understanding psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.

Mundy, E., & Baum, A. (2004). Medical Disorders as a Cause of Psychological Trauma and Posttraumatic Stress Disorder. *Current Opinion Psychiatry*, 7(2).

Nikola, A. (2011). *Secondary traumatic stress: Social workers in a Veterans affairs healthcare*. Dissertation, Loma Linda University.

Paton, D., & Smith, L.M. (1996). Psychological trauma in critical occupations: methodological and assessment strategies. In D. Paton & J. Violanti (Eds.), *Traumatic stress in critical occupation*, (pp.58-86). Illinois: Charles C. Thomas Publisher.

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.

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. (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.

Robinson, R. (1994). *Follow-up study of health and stress in Ambulance Services Victoria, Australia*. Melbourne: Victorian Ambulance Crisis Counselling Unit.

Sales, E., Schulz, R., & Biegel, D. (1992). Predictors of strain in families of cancer patients: A review of the literature. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(2), 1-26.

Salston, M., & Figley, C. (2003). Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress* 16(2), 167-174.

Soares, A. J. (2009). *Variáveis psicossociais e Reactividade Emocional em cuidadores de Dependentes de Substâncias*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho, Escola de Psicologia.

Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R.,... Bleich, A. (1992). From front line to home front: A study of secondary traumatization. *Family Process*, 31, 289-302.

Roca, R.P., Spence, R.J., & Munster, A.M. (1992). Post-traumatic adaptation and distress among burn survivors. *American Journal of Psychiatry*, 149, 984-991.

Tedstone, J., & Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 409-448.

Teixeira, R., & Pereira, M.G. (2010). Funcionamento e exaustão familiar em situação de cancro parental. In C. Nogueira, I. Silva, L. Lima, A. T. Almeida, R. Cabecinhas, R. Gomes, C. Machado, A. Maia, A. Sampaio & M. C. Taveira (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp.1271-1285). Retirado de <http://www.act-assnip2010.com>

Tyson, J. (2007). Compassion Fatigue in the Treatment of Combat-Related Trauma During Wartime. *Clinical Social Work Journal*, 35, 183-192.

Van der Ploeg, E., Dorresteijn, S.M., & Kleber, R.J. (2003). Critical incidents and chronic stressors at work: their impact on forensic doctors. *Journal of Occupational Psychology*, 8(2), 157-166.

Van Driel, R.C., & Op den Velde, W. (1995). Myocardial infarction and post-traumatic stress disorder. *Journal of Trauma Stress*, 8, 151-9.

Vaz Serra (2003). *O Distúrbio do Stress Pós Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda

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

Wagner, D., Heinrichs, M., & Ehlert, U. (1998). Prevalence of symptoms of posttraumatic stress disorder in German professional firefighters. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1727-1732.

Warren, T., Lee, S., & Saunders, S. (2003). Factors influencing experienced distress and attitude toward trauma by emergency medicine practitioners. *Journal of Clinical*

*Psychology in Medical Settings*, 10, 293-296

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.

Yehuda, R. (2002). Posttraumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108-114.

Young, G. S., Mintzer, L. L., Seacord, D., Castañeda, M., Mesrkhani, V., & Stuber, M. L. (2003). Symptoms of post-traumatic stress disorder in parents of transplant recipients: incidence, severity, and related factors. *Pediatrics*, 111(6 Pt 1).



**M. GRAÇA PEREIRA**

**. Professora Universitária na Universidade do Minho**



**CARLA SUSANA PEDRAS**

**. Mestre em Psicologia da Saúde**