O Papel da Adaptabilidade Familiar na Adopção de Comportamentos de Saúde em Filhos de Veteranos de Guerra com Sintomatologia Traumática

Susana Pedras [1] & M. Graça Pereira [1]

[1] Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Braga

A exposição a acontecimentos traumáticos pode levar ao desenvolvimento de comportamentos de risco para a saúde. Por sua vez, sistemas familiares mais adaptáveis e flexíveis lidam melhor com a sintomatologia traumática e favorecem o bem-estar psicológico.
A amostra é constituída por 53 filhos adultos de pais Veteranos da Guerra Colonial Portuguesa que apresentam sintomatologia traumática. Os instrumentos utilizados foram: "Escala de Avaliação Resposta ao Acontecimento Traumático" (EARAT), de McIntyre (1997); Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III) (Olson, Portner & Lavee, 1985), Versão Portuguesa de Curral, et al. (1999) e "Questionário de Estilo de Vida" de Pereira e Pedras (2008).
Os resultados revelaram que a adaptabilidade familiar é uma variável mediadora na relação entre sintomatologia traumática e a adopção de comportamentos de saúde.
Os resultados apontam para a necessidade e importância da intervenção familiar nos filhos dos veteranos de guerra que apresentam sintomatologia traumática.

Palavras-Chave: Trauma, Filhos, Veteranos de Guerra, Comportamentos de Saúde.

1. INTRODUÇÃO

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. 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). 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). Assim, 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, Waysman, Levy, Fried, Mikulincer, Benbenishty, Florian, & Bleich, 1992). Segundo Figley (1983), os indivíduos que não estiveram expostos ao trauma de forma directa podem desenvolver sintomas de trauma (pesadelos, flashbacks, pensamentos intrusivos), após aprender indirectamente sobre um evento traumático experienciado por alguém, mas também podem manifestar sintomas de distress transmitidos por alguém que o rodeia e que experienciou o trauma. Neste sentido mais abrangente, este termo inclui uma vasta gama de manifestações de distress, não apenas as que meramente mimetizem 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. Sendo assim, o contacto próximo e prolongado com uma vítima de trauma com PTSD pode tornar-se num stressor crónico (Solomon, et al., 1992). Neste sentido, os estudos sugerem a presença de sintomatologia traumática secundária nos filhos dos veteranos de guerra (Rosenheck, 1986; Motta, Joseph, Rose, Suozzi, & Leiderman, 1997; Suozzi & Motta, 2004; Matsakis, 1996; Harkness, 1993).

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, Lytle, & Feldman, 1996; Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon, & Polliack, 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. Numa amostra portuguesa de 180 veteranos da Guerra Colonial, verificou-se que 79% pertenciam a famílias extremas, ou seja, encontravam-se nos extremos nas dimensões da adaptabilidade e da coesão (Pereira, Lopes, & Pedras, 2008).

A exposição a acontecimentos traumáticos ou experiências adversas na infância podem levar ao desenvolvimento e/ou manutenção de comportamentos de risco para a saúde (Rheingold, Acierno, & Resnick, 2004). Um comportamento de saúde é um comportamento cujo objectivo é impedir o aparecimento de uma doença (Kasl & Cobb, 1996, cit. Ogden, 2004). 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 comportamentos de risco dos progenitores para os filhos (Anda, Whitfield, Felitti, Chapman, Edwards, Dube, & Williamson, 2002). Os comportamentos de risco mais estudados na literatura 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, 2003); comportamentos sexuais de risco (Howard, 2007; Hillis, Anda, Felitti & Marchbanks, 2001), estilo de vida sedentário e obesidade (Felitti, 1993; Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss, & Marks, 1998; Springs & Friedrich, 1992), e tentativas de suicídio (Dube, Anda, Felitti, Chapman, Williamson & Giles, 2001). 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, Gelfand, Katon, Koss, Korff, Bernstein, & Russo, 1999) medicamentos analgésicos (Schwartz, Bradley, Penza, Sexton, Jay, Haggard, Garlow & Ressler, 2006) e drogas (Whitmire, Johnsen & Harlow, 1996, cit. Rheingold, et al., 2004; Kilpatrick, et al., 1997; Kendler, Bulik, Silberg, Hetterma, Myers, & Prescott, 2000; Walker, et al., 1999; Felitti, et al., 1998; Dube, et al., 2003). A literatura revela também uma percentagem elevada de comportamentos sexuais de risco nos indivíduos que sofreram traumas (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). Por fim, 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) que podem levar ao desenvolvimento de perturbações alimentares (Dansky, Brewerton, Kilpatrick, & O´Neil, 1997). Relativamente à população dos filhos de veteranos de guerra, o único estudo existente na área dos comportamentos de saúde foi desenvolvido por Westerink e Giarratano (1999) que verificaram, ao contrários dos veteranos, que os filhos quando comparados com jovens da comunidade, não se diferenciavam deste últimos excepto nos hábitos tabágicos e na prática de exercício físico, apresentando maior consumo de tabaco e menos prática regular de exercício.

Neste sentido, o objectivo do presente trabalho foi avaliar se a adaptabilidade e a coesão familiar, que caracterizam o funcionamento familiar, funcionam como variáveis mediadoras na relação entre sintomatologia traumática e comportamentos de saúde em filhos de veteranos. Espera-se poder contribuir para o desenvolvimento de programas de intervenção familiar que promovam a adopção de comportamentos de saúde e reduzam a sintomatologia traumática nesta população.

2. METODOLOGIA

2.1. Participantes

A amostra de veteranos é aleatória e foi seleccionada duma base de dados clínica. Inicialmente foram contactados os veteranos e convidados a participar no estudo disponibilizando o contacto do seu filho(a) mais velho(a). A amostra inicial deste estudo é constituída por 80 filhos adultos, de veteranos de guerra, 51.3% são do sexo masculino e 48.8% do sexo feminino, com uma média de idade de 32 anos, tendo o mais novo dos participantes 23 anos e o mais velho 42 anos. 55% são casados e 38.8% possui o 3º ciclo e o Ensino Secundário. 92.5% dos filhos encontra-se a trabalhar, 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. Quanto às variáveis clínicas, 17.5 da amostra encontra-se em acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, 22.5% relata ideação suicida e 8.8% história de tentativas de suicídio. No que diz respeito à utilização dos serviços de saúde, a grande maioria

possui médico de família (88.8%) e recorre ao centro de saúde, em média, uma vez por ano (43.5%).

Destes 80 filhos apenas (66%) i.e. 53 apresentam sintomatologia traumática. Assim, no presente estudo, a amostra final inclui 53 filhos adultos de veteranos de guerra com sintomatologia traumática.

2.2. Instrumentos

As medidas utilizadas neste estudo foram:

- Questionário Sócio-Demográfio (Pereira & Pedras, 2008) construído para o efeito. Este questionário avalia dados demográficos e clínicos. Os dados demográficos recolhidos foram: sexo, idade, habilitações literárias, estado civil, situação laboral/escolar. Ao nível dos dados clínicos, as variáveis incluídas foram: Acompanhamento Psiquiátrico ou Psicológico, ser portador de problemas de saúde física ou psicológica, medicação, história de ideação suícida ou tentativas de suicídio e a frequência com que se dirigem ao Centro de Saúde e às Urgências do hospital.

- Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (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, divididos em três escalas: a Escala de Revivência, a Escala de Evitamento e a Escala de Hipervigilância, de respostas dicotómica (sim/não). 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. Para este estudo os 17 itens foram adaptados aos filhos. Assim, por exemplo, na escala original o item 2: "Tem tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos acerca dessa experiência?", na versão adaptada aos filhos foi transformado em: "Você tem tido muitos sonhos maus ou pesadelos repetidos sobre experiência de guerra do seu pai ou sobre comportamentos dele para consigo?" 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 hipervigilância). Um resultado elevado em cada subescala significa maior revivência, maior evitamento e maior hipervigilância respectivamente. A

consistência interna da escala, na amostra do estudo revelou para as escalas de revivência o valor de .87, na escala de evitamento .86 e finalmente na escala de hipervigilância .86, indicando uma elevada consistência interna.

- Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III) (Olson, Portner & Lavee, 1985, Versão Portuguesa de Curral, Dourado, Roma Torres, Barros, Palha & Almeida, 1999). 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 é tipo likert, em que a possibilidade de respostas vai desde Quase Nunca a Quase Sempre. A escala é constituída por 20 itens, pertencendo os 10 itens ímpares à Escala adaptabilidade e os 10 itens pares à Escala Coesão. O total da escala de adaptabilidade e da escala de coesão é obtido através da soma dos itens ímpares e pares, respectivamente. Um resultado elevado significa maior coesão e adaptabilidade respectivamente. O coeficiente de consistência interna na presente amostra foi de.88 na escala de adaptabilidade familiar e de .70 na escala de coesão familiar.

- Questionário de Estilo de Vida (QEV) Versão de Investigação de Pereira e Pedras (2008). Este questionário avalia comportamentos e hábitos de saúde. Este questionário é constituído por 24 itens e os sujeitos classificam com que frequência praticam determinado comportamento de saúde ou de risco. Um resultado elevado significa que o sujeito adopta comportamentos saudáveis. O coeficiente de consistência interna na presente amostra foi de.82.

2.3. Procedimento

Os dados foram recolhidos na Associação Portuguesa de Veteranos de Guerra, em Braga. Os critérios para inclusão dos sujeitos na investigação foram: ter idade superior a 18 anos e ter um progenitor veterano de guerra, com ou sem diagnóstico de PTSD. Os participantes foram contactados por telefone e o caderno de avaliação foi enviado, juntamente com o consentimento informado, por correio para a residência dos filhos, com um envelope para permitir e facilitar o seu posterior reenvio.

3. RESULTADOS

Para testar os efeitos da mediação da Adaptabilidade Familiar na relação entre a Sintomatologia Traumática e o Estilo de Vida levamos a cabo um conjunto de

regressões onde verificamos que o primeiro requisito para a mediação estava cumprido, dado que o valor estandardizado do coeficiente de correlação associado ao efeito da Sintomatologia Traumática (STSD Total) com o Estilo de Vida (QEV) (via c) era significativo (β= -.339; p=.013). Os coeficientes estandardizados associados à relação entre o predictor e o possível mediador (via a) também se mostraram significativos (β= -.395; p=.003), estando assim cumprido o segundo requisito. Para testar se a Adaptabilidade estava 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 (β=.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 (β= -.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 a força da mediação verificamos que o valor encontrado é de 45 % (a× b)/c. Neste sentido, podemos dizer que a relação entre a Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida é mediada em 45% pela Adaptabilidade Familiar. A tabela 1 apresenta os resultados.

Tabela 1: Análise dos Efeitos da Mediação da Adaptabilidade Familiar na relação entre a Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida (n=53)

Avaliação dos passos no Modelo da Mediação	**Adjusted R^2**	**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

Ao testar o papel mediador da Coesão Familiar, verificamos que o primeiro requisito para a mediação foi cumprido, dado que 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 (β= -.339; p=.013), bem como os coeficientes estandardizados associados à relação entre o predictor e o possível mediador (via a) também se mostraram significativos (β= -.410; p=.002). Contudo, ao testar se coesão está relacionada com o Estilo de Vida (QEV), na qual a Sintomatologia Traumática (STSD Total) e o predictor proximal entraram simultaneamente como predictores do Estilo de Vida (QEV), verificamos que os valores dos coeficientes estandardizados associados à relação entre a Coesão e o Estilo de Vida (QEV) (via b) não se mostraram significativos (β=.245; p=.090). Logo a Coesão não exerce efeito de mediação na relação entre a Sintomatologia Traumática e o Estilo de Vida. A tabela 2 mostra os resultados.

Tabela 2: Análise dos Efeitos da Mediação da Coesão Familiar na relação entre a Sintomatologia Traumática e Estilo de Vida (n=53)

Avaliação dos passos no Modelo da Mediação	**Adjusted R^2**	**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

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

No que diz respeito ao papel do funcionamento familiar, verificamos que apenas a adaptabilidade, se apresenta como um mediador parcial (45%) da relação entre sintomatologia traumática e estilo de vida. Assim, verifica-se uma relação negativa entre adaptabilidade na família e sintomatologia traumática por um lado e, uma relação positiva entre adaptabilidade e comportamentos de saúde por outro, explicando assim a relação negativa entre a sintomatologia traumática e os comportamentos de saúde. Desta forma, a relação entre sintomatologia traumática e adopção de menos comportamentos de saúde é mediada pela adaptabilidade da família, enfatizando desta forma a importância de envolver todos os elementos da família na promoção de comportamentos de saúde nesta população.

A exposição a acontecimentos traumáticos ou experiências negativas na infância 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 indivíduo é preponderante nesta relação entre trauma e comportamentos de saúde, na medida em que sistemas familiares mais adaptáveis e flexíveis lidam melhor com a sintomatologia

traumática e favorecem o 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 indivíduos 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 no 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 coesão familiar não exerceu qualquer efeito de mediação 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, e neste caso, é mais relevante na adopção de comportamentos de saúde, a capacidade do sistema familiar em se ajustar e adaptar à mudança do que propriamente a ligação entre os membros (Olson, 1996).

5. CONCLUSÃO

Este estudo teve como objectivo analisar o papel mediador do funcionamento familiar, ao nível da adaptabilidade e coesão, na relação entre sintomatologia traumática e comportamentos de saúde característicos de um 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.

Espera-se que este estudo tenha contribuído para clarificar a relação existente entre a presença de sintomatologia traumática e a adopção de comportamentos de saúde, com o objectivo de fomentar intervenções familiares tendo em conta o papel

preponderante da adaptabilidade familiar na relação entre a sintomatologia traumática e a adopção de comportamentos de saúde.

Neste estudo a principal limitação prende-se com o facto da amostra de veteranos ser clínica, de conveniência, recolhida apenas na zona Norte do Pais, e de pequena dimensão. Além disso, por questões logísticas só foi considerado o filho mais velho do veterano. Finalmente, todos os instrumentos foram de auto-relato e, por isso, sujeitos a efeitos de desejabilidade social.

Investigações futuras deveriam incluir amostras clínicas e não clínicas de veteranos bem como outros filhos do veterano além do mais velho.

CONTACTOS PARA CORREPONDÊNCIA

Prof. M. Graça Pereira: gracep@psi.uminho.pt
Susana Pedras: susanapedras@gmail.com

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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.

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.

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.

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.

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.

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.

Dekel, R., Goldblatt, H., Keidar, M., Solomon, Z., & Polliack, M. (2005). Being a wife of a veteran with PTSD. *Family Relations*, 54, 24-36.

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.

Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V. J., Chapman, D.P., Williamson, D.F., & Giles, W.H. (2001). 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., 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. (2003). Childhood abuse, neglect and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The Adverse Childhood Experiences Study. *Pediatrics*, 111(3), 564-572

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., 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.

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. (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.

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.

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.

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.

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. 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.

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.

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 Psychotherapy*, 68, 19-30.

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

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. (1997). Escala de avaliação da resposta ao acontecimento traumático. In L. Almeida et al., (Org.). *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*, 5, 37-44.

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.

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.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Olson, D. (1986). Circumplex Model VII. Validation studies and FACES III. *Family Process*, 25, 337-351.

Olson, D. (1996). Clinical assessement 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.

Olson, D.H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III. Family Science*, University of Minnesota, 290 MnNeal Hall, St. Paul, Minnesota.

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., 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.

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.

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.

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.

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.

Solomon, Z., Waysman, M., Levy, G., Fried, B., Mikulincer, M., Benbenishty, R., Florian, V., & Bleich, A. (1992). 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.

Suozzi, 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.

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.

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.

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.

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.

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.