



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO
UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA
“LUÍS DE CAMÕES”

PERTURBAÇÃO DE STRESSE PÓS-TRAUMÁTICO E TRAUMA
INTERGERACIONAL: O IMPACTO DA GUERRA

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autora: Carolina de Albuquerque Furtado Coelho

Orientadores: Professor Doutor João Evangelista de Jesus Hipólito

Professor Doutor António Correia

Número da candidata: 20160069

Abril de 2022

Lisboa

Dedicatória

Aos amores da minha vida, a minha mãe-avó Lia, a minha tia Patrícia e a estrela mais brilhante do céu, o meu avô Carlos,

Dedico-vos este trabalho por serem os responsáveis da pessoa que hoje sou. Amo-vos.

Agradecimentos

Esta foi uma longa viagem repleta de desafios, incertezas e alguns percalços, que nunca teria sido finalizada sem o contributo de diversas pessoas importantes que foram indispensáveis para que eu fosse capaz de encontrar o rumo ao longo desta trajetória. A elas deixo aqui o meu apreço por todo o apoio, carinho, força e energias positivas que me transmitiram, sem vocês nada disto teria sido possível.

Primeiramente, um obrigada à minha família, em especial à minha mãe-avó Lia e à minha tia Patrícia, por todo o amor que têm por mim, pelo apoio incondicional, pela preocupação constante e por acreditarem em mim como ninguém. Tudo o que faço é por vocês, para que se orgulhem de cada passo que dou. Agradeço ao meu pai por todo o apoio, incentivo e esforço que fez para que toda a minha formação fosse possível. Ao meu avô Carlos que, apesar de já não estar entre nós, é a minha maior fonte de inspiração, de força e de amor, onde quer que estejas espero que estejas orgulhoso da tua menina.

Deixo o meu sincero agradecimento à Professora Doutora Rute Brites, que foi incansável e inigualável, que me ajudou a nunca perder o rumo e a ser capaz de terminar este percurso. Obrigada, do fundo do coração, por todo o auxílio, por todas as partilhas, sugestões e orientações. Sem a sua ajuda ainda me encontraria perdida e teria sido incapaz de concluir esta caminhada.

Ao meu orientador, Professor Doutor João Hipólito, obrigada por ter me aceite guiar neste caminho e pela partilha do seu sábio conhecimento. Agradeço igualmente ao meu coorientador, Professor Doutor António Correia, por me ter aberto as portas da Liga dos Combatentes. Obrigada a ambos por todas as sugestões, correções e partilha de conhecimento.

Não poderia deixar de agradecer à minha família do coração: obrigada ao Tiago, por todo o amor e companheirismo, por me fazer acreditar que sou capaz de tudo, pela paciência, compreensão e carinho com que sempre me brindou ao longo desta vida e, obrigada às minhas amigas, por compreenderem sempre a minha ausência nesta fase, por me apoiarem e por nunca me deixarem desistir.

Obrigada à Universidade Autónoma de Lisboa e a todos os docentes que marcaram o meu percurso de vida académica, por me terem acolhido tão bem nestes 5 anos, nos quais aprendi, cresci e evolui. Obrigada aos colegas que viraram amigos e que sempre me acompanharam ao longo desta caminhada, fizeram destes os melhores anos da minha vida. Em especial, à Maria Inês, a minha companheira desde o primeiro dia e um exemplo a seguir, obrigada por toda a amizade, motivação e apoio ao longo de todos estes anos e à Rita Amaro,

um obrigada por todo o companheirismo e amizade, por nunca me ter deixado desistir e me ter ajudado em cada passo desta jornada.

Um agradecimento especial a todos os Antigos Combatentes e famílias que aceitaram participar nesta investigação. Obrigada pela amabilidade, interesse e disponibilidade imediatamente demonstrada, mesmo que este estudo os fizesse ter recordações causadoras de sofrimento pessoal.

Obrigada a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, fizeram parte deste incrível percurso e me ajudaram a chegar até ao fim, sem vocês nada teria sido possível.

Resumo

Ao longo dos últimos anos vários têm sido os estudos realizados com militares, isto porque, no decorrer da história, as guerras têm vindo a provocar uma grande deterioração na humanidade, quer a nível físico, quer a nível psicológico, especialmente nos combatentes que as enfrentam. No decorrer das missões, estes estão muitas vezes expostos a situações de perigo e a acontecimentos potencialmente traumáticos. A guerra, sendo um evento considerado traumático, poderá afetar não só os militares, mas também familiares próximos que acabam por desenvolver respostas traumáticas semelhantes às do combatente, sendo vista como uma Perturbação Secundária de Stresse Traumático (PSST). Tendo em conta a lacuna existente ainda em Portugal ao nível teórico-empírico de estudos sobre este tema, a presente investigação pretendeu dar um contributo e avaliar a prevalência de Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT) nos Antigos Combatentes (AC) e conseqüentemente, o possível trauma intergeracional inerente. Foi pretendido também avaliar de que modo poderá estar diretamente interligado a sintomatologia da PSPT com um défice na vinculação dos filhos dos AC. Para tal foi utilizada uma amostra de 23 famílias, com um total de 80 sujeitos: 23 AC ($M=75,04$; $DP=4.45$) pertencentes à Instituição Liga dos Combatentes em diferentes núcleos do país, respetivas 23 cônjuges dos combatentes e 34 filhos ($M=54.8$; $DP=14.36$). Utilizou-se uma metodologia quantitativa, sendo um estudo de carácter transversal, isto porque apenas possui um único momento de avaliação. Para tal foram utilizados alguns instrumentos de avaliação, tais como o *Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist DSM-5 (PCL-5)*, a Escala de Trauma Secundário e a Escala de Vinculação do Adulto (EVA).

Palavras-chave: Antigos Combatentes, Perturbação de Stresse Pós-traumático, Perturbação Secundária de Stresse Traumático, Vinculação.

Abstract

Over the past few years there have been several studies conducted with military personnel, because, throughout history, wars have caused a great deterioration in humanity, both physically and psychologically, especially in the combatants who face them. During their missions, they are often exposed to dangerous situations and potentially traumatic events. War, being a traumatic event, may affect not only the military, but also close family members who end up developing traumatic responses similar to those of the combatant, being seen as a Secondary Traumatic Stress Disorder (SSD). Taking into account the lack of theoretical and empirical studies on this subject in Portugal, this research aimed at contributing to assess the prevalence of Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) in former combatants and consequently, the possible inherent intergenerational trauma. It was also intended to assess how PTSD symptoms may be directly linked to an attachment deficit in the children of FAs. To this end, a sample of 23 families was used, with a total of 80 subjects: 23 combatants ($M=75.04$; $SD=4.45$) belonging to the Liga dos Combatentes Institution in different nuclei of the country, 23 spouses of the combatants and 34 children ($M=54.8$; $SD=14.36$). A quantitative methodology was used, being a cross-sectional study, because it has only a single moment of evaluation. To this end, some assessment instruments were used, such as the DSM-5 Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist (PCL-5), the Secondary Trauma Scale and the Adult Attachment Scale (AAS-R).

Keywords: Military, Posttraumatic Stress Disorder, Secondary Traumatic Stress Disorder, Attachment.

Índice

Dedicatória	II
Agradecimentos.....	III
Resumo.....	V
Abstract	VI
Índice.....	VII
Lista de Tabelas.....	IX
Lista de Siglas	X
Lista de Anexos	XI
Introdução.....	12
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	17
Capítulo I – A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT)	18
1.1 – Perturbação de Stresse Pós-Traumático	18
1.2 – Critérios de Diagnóstico e Sintomatologia.....	21
1.3 – Fatores de Risco	25
Capítulo II – Perturbação Secundária de Stresse Traumático	26
2.1 – Perturbação Secundária de Stresse Traumático (PSST) e Trauma Intergeracional	26
2.2 – Modelo Geral de Transmissão do Trauma	28
Capítulo III – Vinculação	30
PARTE II: METODOLOGIA.....	33
Método	34
Pertinência do estudo e definição do problema.....	34
Objetivo Geral.....	34
Objetivos Específicos	34
Hipóteses de estudo	35

Variáveis.....	36
População/Amostra	36
Delineamento do Estudo e Instrumentos.....	39
Questionário de Dados Sociodemográficos	39
Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist DSM-5 (PCL-5).....	40
Escala de Trauma Secundário	41
Adult Attachment Scale-R (AAS-R) - Escala de Vinculação do Adulto (EVA).....	41
Consistência Interna dos Instrumentos.....	42
Procedimento.....	42
PARTE III: RESULTADOS	44
3.1 – Estatística Descritiva	45
3.2 – Teste de Normalidade.....	45
3.3 – Validação das Hipóteses.....	46
PARTE IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	50
PARTE V: CONCLUSÃO.....	53
5.1 – Conclusão	54
5.2 – Limitações	54
5.3 – Estudos Futuros	55
Referências	57
ANEXOS.....	67
Anexo A – Protocolo de Recolha de Dados	68
Anexo B – Questionário de dados Sociodemográfico e Militar.....	70
Anexo C – Questionário de dados Sociodemográficos Familiar	72
Anexo D – Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist DSM-5 (PCL-5).....	74
Anexo E – Escala de Trauma Secundário	76
Anexo F – Escala de Vinculação do Adulto (EVA).....	77

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Critérios de Diagnóstico da Perturbação de Stresse Pós-Traumático.

Tabela 2 – Caraterização Sociodemográfica dos Militares.

Tabela 3 – Caraterização Sociodemográfica dos Familiares.

Tabela 4 – Consistência Interna

Tabela 5 – Estatísticas Descritivas

Tabela 6 – Teste de Shapiro-Wilk

Tabela 7 – Resultados do Questionário PCL-5

Tabela 8 – Resultados do Questionário de Trauma Secundário (Filhos)

Tabela 9 – Resultados do Questionário de Trauma Secundário (Cônjuges)

Tabela 10 – Correlação do PCL-5 com o Questionário de Trauma Secundário (Cônjuges)

Tabela 11 – Correlação do PCL-5 com o Questionário de Trauma Secundário (Filhos)

Tabela 12 – Correlação do PCL-5 com as dimensões da EVA

Lista de Siglas

AC - Antigos Combatentes

APA - *American Psychological Association*

CPT - Crescimento Pós-Traumático

DP - Desvio Padrão

EVA - Escala de Vinculação do Adulto

MID - Modelos Internos Dinâmicos

PAS - Perturbação Aguda de Stresse

PSPT - Perturbação de Stresse Pós-Traumático

PSST - Perturbação Secundária de Stresse Traumático

SGA - Síndrome Geral de Adaptação

SPSS - *Statistical Program for Social Sciences*

Lista de Anexos

Anexo A – Protocolo de Recolha de Dados

Anexo B – Questionário de dados Sociodemográfico e Militar

Anexo C – Questionário de dados Sociodemográficos Familiar

Anexo D – Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist DSM-5 (PCL-5)

Anexo E – Escala de Trauma Secundário

Anexo F – Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

Introdução

Apesar de ser possível que qualquer indivíduo possa experienciar eventos traumáticos ao longo de toda a vida, determinados grupos, como por exemplo os veteranos de guerra, apresentam uma maior taxa de probabilidade de exposição e uma maior vulnerabilidade para desenvolverem sintomas psicopatológicos, nomeadamente, sintomatologia Pós-Traumática (Fraess-Phillips et al., 2017).

A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT) pode ser desenvolvida na consequência de um evento traumático que ultrapasse a experiência habitual do ser humano, como a morte ou ameaça de morte, lesão grave ou ameaça à integridade física. A pessoa em questão pode ser vítima na primeira pessoa ou testemunhar um desses acontecimentos, acabando por desenvolver um sentimento de medo intenso, de desespero ou de perigo. É necessário que os sintomas se mantenham por um período superior a um mês, isto porque a PSPT só poderá ser diagnosticada um mês depois da exposição ao acontecimento traumático (Friedman, 2009).

Entre o ano 1961 e o ano de 1974, aproximadamente 1 milhão de jovens portugueses participaram na Guerra Colonial em África, o equivalente a 10% da população do país nessa altura. Segundo um estudo epidemiológico português, existem 140.000 veteranos de guerra com perturbações psicológicas resultantes da exposição direta à zona de guerra (Albuquerque, 1992).

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA) (2014) a PSPT encontra-se inserida no grupo das Perturbações Associadas ao Trauma e Fatores de Stresse. Os critérios de diagnóstico para esta Perturbação incluem: a exposição a um episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual (o indivíduo pode vivenciar diretamente, testemunhar ou saber que ocorreu com alguém próximo); presença de sintomas intrusivos, como por exemplo, lembranças angustiadoras, sonhos relacionados com a experiência traumática, reações dissociativas, sofrimento psicológico e reações fisiológicas que se assemelhem a algum aspeto do experimento traumática; evitação persistente; alterações negativas na cognição e humor; e alterações nos fatores de ativação e na reatividade associadas a experiências traumáticas.

Por sua vez, o CID-10 (1989) refere que esta perturbação é uma resposta, por vezes demorada, a um evento stressante de curta ou longa duração, de natureza ameaçadora ou catastrófica, que pode provocar sintomas evidentes de perturbação na maioria dos sujeitos. Há diversos fatores que podem influenciar a ocorrência desta perturbação, tais como os traços de

personalidade e os antecedentes do indivíduo. Nos sintomas mais comuns é possível encontrar o reviver do episódio traumático sob a forma de *flashbacks* ou de pesadelos, o evitamento de atividades ou situações que possam despertar a lembrança do momento traumático e anedonia, por exemplo. Juntamente com estes sintomas é possível encontrar insónias, estado de alerta, ideação suicida, depressão e ansiedade. Já o CID-11 (2022) refere que a PSPT pode desenvolver-se após existir uma exposição a um evento imensamente ameaçador ou horrível. É caracterizado por: reviver o evento traumático sob a forma de flashbacks, pesadelos ou memórias intrusivas; evitar pensamentos e memórias que remetam ao acontecimento traumático, evitar situações, atividades ou pessoas; e, por fim, percepção persistente de uma ameaça. Os sintomas permanecem durante no mínimo algumas semanas e influenciam negativamente o sujeito a vários níveis, como pessoal, familiar, educacional, social, entre outras áreas importantes para o seu bom funcionamento.

Existem diversos estudos que analisam a relação entre o impacto do envolvimento na guerra e o desenvolvimento de PSPT, tendo-se verificado que o tipo de envolvimento nas missões está diretamente relacionado com a probabilidade de desenvolver PSPT. Um estudo realizado por Foy et al. (1987) sobre os veteranos do Vietname verificou que estar envolvido em mortes de civis e ser exposto a diversas atrocidades representam fatores de maior risco para o desenvolvimento de PSPT, existindo uma proporção direta entre o grau de exposição e a severidade dos sintomas. Posto isto, enquanto num grupo de veteranos com pouca exposição à guerra apenas 25 a 30% desenvolveram PSPT, noutro grupo que esteve exposto a situações ameaçadoras – como ser ferido, estar envolvido na morte de civis ou ser exposto a desumanidades, cerca de 70% desenvolveram esta perturbação.

Também num estudo realizado por Pereira et al. (2010) com ex-combatentes da guerra colonial, verificou-se que 39,5% dos participantes possuíam sintomatologia de PSPT associada à guerra.

Segundo Resick (2000), quando o indivíduo é exposto a um acontecimento traumático, essa circunstância acaba por afetar o seu funcionamento interpessoal e familiar, a capacidade de formar e até de manter relações, o desempenho sexual, o seu nível de autoestima e até de autoconfiança. A sintomatologia presente nesta Perturbação, apresenta um efeito negativo no que diz respeito às capacidades parentais e acaba também por afetar o indivíduo a nível da saúde, do trabalho e dos relacionamentos interpessoais (Beckham et al., 1996).

Os membros da família – pai, mãe e filhos – influenciam-se mutuamente, direta ou indiretamente (Parke, 2004). Segundo Matsakis (1996) uma das características relevantes da relação familiar é a sua natureza bidirecional. Ou seja, o suporte familiar pode servir como

moderador no impacto da experiência traumática no familiar traumatizado, assim como o impacto do indivíduo traumatizado pode traumatizar também a família.

Estudos relativos ao Stresse Pós-Traumático têm vindo a demonstrar que, em eventos traumáticos como a guerra, indivíduos que estão em contacto íntimo e frequente com vítimas diretas do trauma podem acabar por experienciar sintomas semelhantes. Os companheiros de indivíduos que possuam trauma estão peculiarmente em risco de desenvolver estes sintomas por estarem emocionalmente próximos, como é normativo numa relação conjugal (Figley, 1998).

Segundo Figley (1998) a família de um indivíduo traumatizado encontra-se mais vulnerável para o desenvolvimento de Stresse Traumático Secundário / Perturbação Secundária de Stresse Traumático (PSST). A PSST é uma consequência do trauma que foi encontrado nos descendentes e nos cônjuges de veteranos que sofrem de PSPT (Davidson & Mellor, 2001).

Os indivíduos próximos das vítimas diretas de trauma ficam indiretamente expostos ao stresse e aos efeitos do trauma e, por vezes, acabam por desenvolver sintomas psíquicos semelhantes aos vivenciados pelas vítimas – fenómeno que tem por nome Trauma Secundário ou mais concretamente Stresse Traumático Secundário ou Perturbação Secundária de Stresse Traumático (Pritchard, 1988). Ou seja, o indivíduo que tem uma relação ou ligação com a vítima da experiência traumática pode vivenciar sintomatologia semelhante mesmo que o trauma não seja verbalizado, isto porque acaba por estar diretamente exposto às respostas emocionais e físicas da vítima (Figley, 1998).

Segundo McCan e Pearlman (1990), existem já vários estudos que têm vindo a comprovar a ideia de que os episódios traumáticos vivenciados em cenário de guerra afetam não só a vítima direta, mas também familiares diretos – como por exemplo a sua companheira, podendo estes desenvolver um Trauma Secundário. Ou seja, as companheiras de Veteranos de Guerra podem apresentar sintomatologia semelhante à presente na PSPT, como por exemplo, *flashbacks*, sonhos relativos a situações de guerra do Veterano, problemas de sono e sintomatologia depressiva (Nelson & Wright, 1996; Pereira, 2003). Por sua vez, Rosenheck (1986), num estudo realizado com filhos de Veteranos da II Grande Guerra, apurou que apenas as crianças que detinham uma relação próxima com os seus pais é que acabavam por desenvolver sintomas semelhantes, isto porque estavam expostas às reações emocionais destes.

O Trauma Secundário pode estar diretamente relacionado com o esforço emocional realizado por estes membros da família para apoiarem a vítima, sendo que estas acabam por tomar como seu tanto o sofrimento, como os sentimentos, as memórias e até as experiências da

vítima direta. Existe a possibilidade de "transmissão" desde a vítima primária até à terceira geração (Figley, 1998).

Um estudo realizado por Pedras e Pereira (2014) centrou-se no impacto do stresse traumático e diagnóstico de PSPT de veteranos de guerra na saúde mental e física dos seus descendentes e revelou uma relação positiva entre a PSPT nos veteranos e a PSST nos seus descendentes.

Num estudo realizado por Westerink e Giarratano (1999) com companheiras de Veteranos Australianos do Vietname constatou-se que estas experienciavam, por diversas vezes, insónias, pesadelos, ataques de pânico, falta de concentração e até diminuição do desejo sexual. Por sua vez, em Portugal, um estudo de Margarido (2017) realizado com um grupo de esposas de ex-combatentes de Guerra e outro grupo de esposas de cidadãos civis, verificou-se que o primeiro grupo apresenta na sua maioria Perturbação Secundária de Stresse Traumático. Comparando os dois grupos, as companheiras dos Veteranos apresentam mais problemas de sono, mais sintomatologia psicopatológica associada, revelaram também mais inseguranças na vinculação.

É dentro do contexto familiar que os padrões de vinculação se transmitem entre gerações (Zulueta, 2006).

No que diz respeito ao sistema de vinculação, embora este se manifeste maioritariamente na infância, permanece ativo durante toda a vida, influenciando as expectativas, emoções e comportamentos relacionais nas relações próximas do indivíduo (Bowlby, 1988). A vinculação encontra-se ativa durante toda a vida, existindo uma constante dependência do indivíduo, independentemente da sua idade. O sistema de vinculação no indivíduo adulto funciona de forma semelhante ao da criança, tendo como objetivo principal a procura de segurança (Collins & Read, 1990).

A Teoria da Vinculação de Bowlby assenta no pressuposto de que o ser humano tem uma pré-disposição para o desenvolvimento de vínculos afetivos – sendo considerada uma característica adaptativa da espécie. Ao longo dos primeiros meses de vida o ser humano, para sobreviver, detém a capacidade e necessidade de criar uma relação afetiva duradoura com um indivíduo próximo de si – sendo este considerado a figura de vinculação – de forma a assegurar a sua sobrevivência. Isto é, serve como uma base segura a partir da qual o indivíduo experimenta relações novas e explora o mundo. Esta proteção concebida pelo sentimento de segurança através da relação de vinculação é a principal função da vinculação na infância (Bowlby, 1982).

Segundo Bowlby (1982) a vinculação é caracterizada como um fenómeno do ciclo vital, este afirma que os padrões de vinculação fortalecidos na infância são estáveis ao longo do

desenvolvimento do indivíduo e as relações afetivas próximas com os pares são iguais nos adultos em relação às relações de vinculação na infância. Desta forma, a teoria da vinculação é vista como uma teoria do desenvolvimento do ciclo de vida (Crowell et al., 2008).

Bowlby (1988) refere que o desenvolvimento mental e afetivo do ser humano é extremamente influenciado pela qualidade das relações estabelecidas com a sua figura de vinculação nos primeiros tempos de vida – seja esta a mãe ou outra figura cuidadora – e acaba por ser algo que o acompanha do início ao fim da vida. As relações presentes entre a figura de vinculação e a criança podem promover tanto fatores de proteção (caso estes fomentem sentimentos de segurança e contribuam para o bem-estar do indivíduo), como fatores de risco (caso a figura de vinculação desperte no indivíduo sentimentos que originem qualquer sofrimento) (Machado, 2004).

Daud et al. (2005) defendem a ideia de que um trauma psicológico afeta a capacidade de os indivíduos funcionarem de forma protetiva com os seus filhos, comprometendo a relação pai-filho.

Esta dissertação tem como propósito primordial contribuir para o estudo do impacto da PSPT nas famílias de Antigos Combatentes portugueses, visto que há uma grande escassez a nível tanto teórico como empírico relativamente a este tema em Portugal. Pretendeu-se investigar, não só o impacto da PSPT, mas também o trauma intergeracional nos familiares diretos destes combatentes e a sua influência na vinculação dos filhos destes combatentes.

O presente estudo divide-se assim em três partes diferentes: a primeira, diz respeito ao enquadramento teórico, onde é apresentada a literatura acerca da PSPT no geral e da PSST em particular e também sobre a Vinculação. Na segunda parte são apresentadas as opções metodológicas e o seu desenvolvimento e, por fim, a terceira parte é destinada à apresentação dos resultados obtidos, das análises, da discussão e conclusões do estudo.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Capítulo I – A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT)

1.1 – Perturbação de Stresse Pós-Traumático

O trauma é visto como a experiência pessoal direta que o indivíduo tem com um acontecimento que pode envolver morte, ameaça de morte ou à integridade física, no entanto também pode surgir caso isto seja observado pelo sujeito (APA, 2014). Consoante a gravidade e severidade do trauma, é possível que o sujeito desenvolva PSPT, perturbação que é caracterizada pelo desenvolvimento de sintomas particulares da exposição ao trauma, tais como: pesadelos, imagens perturbadoras ou reexperiência constante do episódio traumático através de pensamentos. As principais características da PSPT passam por alterações de humor, perturbações no sono, hipervigilância, alterações na cognição, reações intensas quando o episódio é lembrado e sensação de ameaça persistente (Shalev et al., 2017).

As situações de guerra por si só já são propícias à ocorrência de acontecimentos traumáticos, repetidos e prolongados no tempo. O trauma a que um combatente poderá estar submetido, não diz respeito apenas ao risco de combate, mas também a ações dolorosas que possa ter cometido ou observado e a mortes de companheiros que possam ter acontecido. Por outro lado, também o stresse derivado da fadiga, as privações relacionadas com as condições de vida e de alimentação e, o afastamento da família, são também fatores que contribuem para o surgimento de trauma (Vaz Serra, 2003).

A PSPT foi inicialmente reconhecida devido aos efeitos negativos que a guerra teve nos soldados da Guerra do Vietname (Johnson & Thompson, 2008).

Segundo Cunha (2007), a PSPT é uma perturbação relativamente recente, visto que, está presente apenas desde 1980 no DSM-III, da Associação de Psiquiatria Americana e no CID – 9 da Organização Mundial de Saúde, desde o ano de 1992. Isto porque a sua sintomatologia apesar de ser descrita já há alguns anos, não permitia formar um diagnóstico tão concreto como o atual. No final do século XIX os médicos começaram a dar atenção ao impacto psicológico da Guerra Civil dos Estados Unidos e da Guerra Franco-Prussiana nos combatentes, verificando que em ambas os indivíduos apresentavam os mesmos sintomas cardiovasculares e psiquiátricos (neurose de guerra, nostalgia, fadiga de combate, choque de granada). Com o passar do tempo e considerando que o stresse consequente de catástrofes ou de eventos traumáticos é muito mais comum do que o esperado, começou-se a considerar a PSPT como uma perturbação de saúde pública muito significativa (Friedman, 2009).

A PSPT é uma perturbação que se encontra interligada com o trauma e com o stresse, estando já identificadas diversas comorbidades, tais como ansiedade, depressão major, fobia

social ou abuso de substâncias (Shalev, 2000). A perturbação de stresse pós-traumático é uma perturbação psiquiátrica que pode ocorrer após um indivíduo ser exposto a acontecimentos traumáticos (Socci et al., 2020). Segundo Pinto et al. (2012), sujeitos que sofrem de PSPT apresentam uma sintomatologia associada que se caracteriza por depressão, fobias, ansiedade, perturbação de pânico, problemas maritais e de relacionamento e diversas queixas somáticas. Os traumas que são experienciados de forma direta estão associados a uma maior probabilidade de desenvolver PSPT, assim como também a uma acentuada gravidade e durabilidade dos sintomas (LeBouthillier et al., 2015).

No decorrer da história, as guerras existentes têm vindo a provocar diversas deteriorações à humanidade, quer a nível físico, quer a nível psicológico/ psiquiátrico. Estes danos, de certa forma, atingem toda a população, no entanto há alguns grupos, como é o caso dos militares, que estão mais propensos a serem vítimas destas deteriorações. Isto porque, têm um maior desgaste físico e mental, são submetidos a diversas ameaças de vida e estão, muitas vezes, em constante sofrimento (Vaz Serra, 2003).

A Perturbação de Stresse Pós-Traumático só foi reconhecida como diagnóstico válido pela APA no ano de 1980 e, só a partir de 1992, na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (Vaz Serra, 2003). Esta é uma das consequências mais comuns a nível psicológico e psiquiátrico quando se presencia ou vivencia um acontecimento angustiante (Pereira, 2003). Vaz Serra (2003) refere que a PSPT é considerada uma perturbação mediada pela ansiedade, que pode surgir após um indivíduo ser exposto a um evento traumático. Segundo Cervantes et al. (2013), ao longo da vida, 90% de toda a população mundial é exposta a eventos traumáticos, principalmente homens. De forma mais concreta, mais de 70% dos adultos a nível mundial já experienciaram um evento traumático no decorrer da sua vida e 31% já experienciaram quatro ou mais episódios traumáticos. Tal como referido anteriormente, as características do evento traumático vão prever o possível desenvolvimento (e consequente gravidade) da PSPT (Keane et al., 2006).

Os acontecimentos traumáticos mais estudados pela literatura a nível mundial são o luto, a guerra, abusos sexuais, incêndios, o cancro, problemas de saúde relativamente aos filhos, perseguições, entre outros (Tedeschi & Calhoun, 2004). Riggs e Foa (2004) referem que, no que diz respeito ao impacto psicológico associado aos acontecimentos traumáticos, os estudos realizados têm demonstrado que eventos como a guerra, por exemplo, resultam em mais problemas psicológicos a longo prazo quando diretamente comparados com eventos

traumáticos como catástrofes naturais, visto que estas atingem comunidades inteiras, acabando por provocar menos problemas do foro psicológico.

As investigações realizadas nos últimos 30 anos relacionadas com a prevalência de acontecimentos traumáticos, têm vindo a revelar que, nos países desenvolvidos, uma grande parte da população normativa esteve exposta, no mínimo, a um acontecimento traumático ao longo da sua vida (Calhoun & Tedeschi., 2012). Um evento traumático transpõe alguma subjetividade, uma vez que varia de indivíduo para indivíduo, o que pode ser traumático para uns, pode não ser para outros, apresentando assim reações variadas pois estas dependem não só de características pessoais, mas também do contexto do acontecimento. Isto é, quando um indivíduo presencia um episódio eventualmente traumático este responde de acordo com as suas aprendizagens ao longo do seu desenvolvimento, de acordo com a sua personalidade, de acordo com o contexto onde ocorre o acontecimento e das características deste. Após ser realizado o diagnóstico de PSPT, diversos estudos têm vindo a demonstrar que a intervenção psicológica pode ser um meio eficaz para diminuir a sintomatologia desta perturbação, contribuindo para o bom funcionamento global do indivíduo (Guerreiro et al., 2007).

O desenvolvimento desta perturbação está interligado com diversos fatores, ao nível genético, social e individual, tais como: a personalidade, a idade, a religião, o histórico de perturbações ao nível da saúde mental e a fraca capacidade em lidar com os problemas e com os sentimentos que os rodeia (Cervantes et al., 2013). A participação dos militares em teatros de guerra a nível internacional tem um grande impacto no seu funcionamento psicológico, sendo que um dos fatores que pode contribuir para o aparecimento de uma perturbação psicológica ou psicopatológica é a exposição, tanto direta ou como indireta, a situações potencialmente traumáticas (Ferrajão, 2010).

Durante a participação na guerra, os combatentes são sujeitos a constante sofrimento e a um elevado desgaste a nível emocional, físico e mental. Apesar das guerras não serem todas iguais, os eventos traumáticos vivenciados pelos militares envolvem sempre um elevado número de ferimentos graves e até mortes ou ameaças de morte. A exposição exercida nos combates durante a guerra é considerada uma das situações mais traumáticas existentes, isto porque pode envolver diversos fatores de stresse que provocam trauma, tais como: óbitos, tortura, violações de mulheres, exterminação de comunidades, ameaças à integridade física, maus-tratos de crianças, fome e sede. Todos estes fatores, interligados, estão muitas vezes na fonte dos problemas de saúde mental presentes nos militares, algo que por não ser logo visível, muitas das vezes não é facilmente identificado. É possível assim fazer-se a distinção entre as

feridas visíveis, como queimaduras ou problemas a nível ortopédico e, as feridas invisíveis, onde entra a PSPT, a Depressão Major e o abuso de álcool (Riggs et al., 1998).

Confirmado o diagnóstico de PSPT, a investigação tem demonstrado que a intervenção psicológica (e.g., Terapia da Exposição, Terapia Cognitivo Comportamental) pode ser eficaz para a diminuição da sintomatologia, contribuindo para um melhor funcionamento global dos sujeitos. Como consequência da exposição do indivíduo a um acontecimento traumático é usual ocorrerem sinais e sintomas, tais como, medo, ansiedade, reexperiência da situação traumática, comportamentos de evitamento, depressão, culpa, vergonha, entre outros. A manifestação destes sinais e sintomas como resposta à situação traumática pode surgir de duas diferentes maneiras: a Perturbação Aguda de Stresse (PAS), que surge após a situação traumática e é de curta duração (dura entre dois dias até quatro semanas) e a Perturbação de Stresse Pós-Traumático, que é caracterizada por uma resistência grave e persistência dos sintomas acima mencionados (Riggs & Foa, 2004).

O acontecimento traumático pode ser experienciado novamente de diferentes modos e comumente existem esforços intencionais dos indivíduos para evitar lembranças, diálogos, pensamentos, sentimentos e qualquer outra situação que possa estar relacionada ao episódio traumático. Situações que se pareçam com esse evento são traduzidas, muitas das vezes, num sofrimento psicológico intenso (APA, 2014).

1.2 – Critérios de Diagnóstico e Sintomatologia

A sintomatologia de PSPT mais comum em vítimas passa por reviver a agressão sofrida, como por exemplo, imagens e memórias constantes e involuntárias e pesadelos recorrentes, comportamentos de evitamento, acabando por evitar lugares ou situações que estejam associadas ao acontecimento traumático, dificuldade de concentração e elevada irritabilidade emocional (Ramos et al., 2014).

Uma das características particulares da Perturbação de Stresse Pós-Traumático é o desenvolvimento de sintomas individuais após a exposição a um episódio traumático. Por essa mesma razão, a Perturbação de Stresse Pós-Traumático varia: enquanto alguns indivíduos apresentam sintomas de medo, revivência emocional e comportamental, outros experienciam humor disfórico e cognições negativas, outros demonstram excitação e sintomas reativos, outros apresentam sintomas dissociativos e, ainda existem outros indivíduos que revelam uma combinação de todos os padrões descritos anteriormente (APA, 2014). Por norma, o quadro clínico da PSPT raramente se manifesta de forma isolada, muito devido à sua complexidade. Entre 50% a 90% dos indivíduos que sofrem de PSPT apresentam também outras

sintomatologias, estando entre as mais comuns a ansiedade, depressão, problemas ao nível da saúde física, abuso de substâncias, perturbação de pânico, défices cognitivos e problemas ao nível das relações interpessoais (Joseph et al., 1997; Vaz Serra, 2003).

Uma pessoa com Perturbação de Stresse Pós-Traumático propende a irritar-se facilmente, podendo ocorrer comportamentos verbais ou até físicos violentos, que podem ser autodestrutivos (APA, 2014). Vaz Serra (2003) refere que o quadro sintomatológico da PSPT emerge logo após o acontecimento traumático, no entanto pode sempre decorrer um período de latência de alguns meses ou anos até que este se comece a manifestar. Este pode prolongar-se, durando anos ou até a vida toda, acabando por comprometer a qualidade de vida do sujeito.

Vaz Serra (2003) relata que a prevalência de PSPT pode variar conforme a gravidade do trauma e a sua repetição, o apoio social e a personalidade do sujeito. Para que um indivíduo adulto seja diagnosticado com Perturbação de Stresse Pós-Traumático, o seu comportamento deverá cumprir os seguintes critérios, de acordo com o DSM-V (2014):

Tabela 1 – Critérios de Diagnóstico da Perturbação de Stresse Pós-Traumático

Critério A – Consiste na exposição a um episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em pelo menos uma das seguintes formas:

1. Vivenciar de forma direta o evento traumático.
 2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com terceiros.
 3. Ter conhecimento que o evento traumático ocorreu com um familiar ou alguém próximo.
 4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes que revertem ao evento traumático. No caso de exposição através dos meios de comunicação e caso não esteja relacionada com o seu trabalho, este critério não é aplicado.
-

Critério B – Refere a presença de pelo menos um dos seguintes sintomas intrusivos associados ao acontecimento traumático, que começaram após este ter acontecido:

- 1.Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do episódio traumático.
- 2.Sonhos angustiantes recorrentes relacionados ao acontecimento traumático.
- 3.Reações dissociativas nas quais o sujeito sente ou age como se o evento traumático estivesse a acontecer novamente.
- 4.Sofrimento psicológico intenso ou prolongado.
- 5.Reações fisiológicas intensas.

Critério C – Existe um evitamento persistente de estímulos associados ao evento traumático, que têm início após a ocorrência do evento, sendo evidenciado por um ou por ambos os aspetos seguintes:

- 1.Evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes relativos ao acontecimento traumático.
- 2.Evitar recordações externas que despertem lembranças, pensamentos ou sentimentos angustiantes relacionados ao evento traumático.

Critério D. Consiste em alterações negativas em cognições e também no humor associadas ao episódio traumático tendo início ou piorando depois do episódio, sendo evidenciado no mínimo por dois dos seguintes aspetos:

- 1.Incapacidade de recordar aspetos do evento traumático.
 - 2.Crenças e/ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si, dos outros e do mundo.
 - 3.Cognições distorcidas persistentes a respeito do motivo ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar-se a si mesmo ou aos outros.
 - 4.Estado emocional negativo persistente.
 - 5.Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.
 - 6.Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.
 - 7.Incapacidade persistente de sentir emoções positivas.
-

Critério E. Refere alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, tendo começado ou piorado após este ter acontecido, conforme evidenciado no mínimo por dois dos aspetos seguintes:

1. Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) expressos sob a forma de agressão, seja esta verbal ou física, a pessoas e objetos.
2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
3. Hipervigilância.
4. Problemas de concentração.
5. Perturbação do sono.

Critério F. Refere que a perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

Critério G. A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo a diversas áreas importantes da vida do indivíduo e a diferentes níveis, como social ou profissional.

Critério H. Refere que a perturbação existente não se deve aos efeitos fisiológicos de alguma substância ou a outra condição médica.

Segundo Soccì et al. (2020), os principais sintomas da PSPT são o evitamento, os pesadelos, os *flashbacks*, alterações no sono e o afeto negativo. Este diagnóstico só é considerado válido quando os sintomas prevalecem por tempo superior a um mês e, simultaneamente, têm um elevado impacto na vida do indivíduo (Krans et al., 2009).

Segundo Pereira (2003), os comportamentos mais comuns dos veteranos com PSPT que mais afetam as suas famílias são comportamentos de evitamento (evitar falar, sentir, pensar e confiar); cansaço afetivo, ou seja, estar ausente emocionalmente e ter dificuldades em expressão sentimentos e emoções positivas; isolamento social, que acaba por afetar a comunicação familiar e interpessoal; ideação suicida, que desperta uma preocupação constante no seio familiar; depressão crónica, acabando por estar associada a uma baixa autoestima; e, violência tanto física como psicológica. É bastante comum os veteranos de guerra manifestarem problemas a diferentes níveis, tais como dificuldades de ajustamento, problemas na resolução

de problemas e ao nível interpessoal, dificuldade na expressão de sentimentos e no ajustamento, obstáculos na intimidade, na sociabilização e comunicação (Riggs et al., 1998).

Maia e Fernandes (2003) referem que os combatentes que sofrem de PSPT têm uma elevada tendência para evitar recordações ou circunstâncias que os possam fazer relembrar o acontecimento traumático. Por essa razão, estes acabam por ter uma maior probabilidade de sofrer problemas conjugais e familiares (Valentine, 2003), de apresentar dificuldades ao nível da intimidade e em expressarem-se emocionalmente, acabando por existir um isolamento social, perturbações ao nível da saúde mental e até ideias suicidas (Caldeira, 2011; Santos, 2014). Isto porque, quando a situação traumática é revivida, os indivíduos têm tendência a reagir de forma negativa, com raiva, agressividade e impulsivamente, originando até alterações respiratórias e cardiovasculares (Dougall & Baum, 2011).

1.3 – Fatores de Risco

Como referido anteriormente, existem muitas situações que são incitadoras de stresse, assim como fatores de risco. Alguns dos fatores de risco propensos ao desenvolvimento de PSPT são: os fatores sociodemográficos, os individuais e os fatores relacionados com o acontecimento. Primeiramente, os fatores sociodemográficos estão subdivididos em três grupos, o estatuto sociodemográfico, o grau de instrução e a influência de género. No que diz respeito ao estatuto sociodemográfico, indivíduos que apresentem dificuldades económicas e que vivam em ambientes socialmente danificados, conseqüentemente apresentam uma maior probabilidade de vivenciar acontecimentos traumáticos. Quanto ao grau de instrução, indivíduos com um baixo grau de instrução possuem uma maior possibilidade de desenvolver PSPT. Isto porque, muitas das vezes, um menor grau de instrução é sinónimo de baixos rendimentos e, conseqüentemente, de maior exposição a eventos traumáticos. Por fim, no que diz respeito ao género, as mulheres estão mais predispostas a desenvolver PSPT, comparativamente aos homens (Vaz Serra, 2003).

Em segundo lugar, os fatores individuais, que defendem a ideia de que os fatores de risco estão relacionados com a própria pessoa, como por exemplo, antecedentes psiquiátricos, ambiente familiar carenciado, fatores genéticos, personalidade e experiências traumáticas na infância. Alguns destes fatores poderão ser a causa de o indivíduo possuir uma baixa capacidade de resiliência perante situações adversas (Wimalawansa, 2014).

Por fim, os fatores relacionados com o acontecimento, isto é, a maneira como determinadas situações podem interferir no desenvolvimento da PSPT, como o tipo de agressão,

o grau de conhecimento e relação com o agressor ou o impacto sobre o indivíduo. Quanto maior for a agressão, maior a probabilidade do sujeito desenvolver PSPT (Wimalawansa, 2014).

Também Brewin et al. (2000), realizaram uma meta-análise com o intuito de identificar os principais fatores de risco para o desenvolvimento de PSPT nos combatentes após estes estarem expostos a um acontecimento traumático. Concluíram que não existe diferença ao nível de género, no entanto existe ao nível da idade, ou seja, quanto mais novo é o combatente mais probabilidade tem de desenvolver PSPT. Também a baixa escolaridade, o nível de severidade do acontecimento traumático e o baixo suporte social podem ser preditores para o desenvolvimento desta perturbação.

Capítulo II – Perturbação Secundária de Stresse Traumático

2.1 – Perturbação Secundária de Stresse Traumático (PSST) e Trauma Intergeracional

Catherall (1998) refere que uma das particularidades da relação entre família e trauma é o facto de deter um carácter bidirecional. Isto é, o apoio familiar pode atenuar o impacto do trauma no indivíduo traumatizado, ao mesmo tempo que o impacto do familiar traumatizado pode também traumatizar a sua família. A transmissão intergeracional do trauma foi descrita pela primeira vez nos filhos dos sobreviventes do holocausto (Baranowsky et al., 1998).

Esta ideia de que o trauma pode ser experienciado de uma forma indireta sem que haja uma exposição direta à situação traumática é relativamente recente. O trauma e toda a sua sintomatologia envolvente, para além de afetarem o sujeito que o vivenciou de forma direta, afeta também aqueles que com este estabelecem relações significativas e lhe são de grande proximidade (Pereira, 2003). O termo Perturbação Secundária de Stress Traumático, tem vindo a ser utilizado para descrever os efeitos nos filhos e no cônjuge de indivíduos que sofram de PSPT (Matsakis, 1996).

Os eventos traumáticos, como é o caso da guerra, podem afetar outros elementos da família para além da vítima principal do trauma. Como consequência, estes indivíduos podem desenvolver uma perturbação de stresse traumático secundário. Esta é um efeito e uma consequência do trauma que tem vindo a ser encontrado nos descendentes e cônjuges de veteranos que sofrem de PSPT. O pressuposto básico da PSST é que existe uma espécie de mecanismo de transmissão do trauma entre a vítima principal e os indivíduos que têm relações significativas com a vítima e que acabam por desenvolver respostas traumáticas semelhantes (Davidson & Mellor, 2001; Figley, 1998). Isto é, a PSST é uma resposta ao stresse que se pode

desenvolver como consequência de cuidar ou viver com alguém com PSPT, sendo idêntico a este. A única diferença significativa é que, na PSPT o episódio traumático foi vivido diretamente, enquanto na PSST, o evento traumático foi vivido de forma indireta por membros do núcleo familiar como resultado de lidar diretamente com a vítima primária do trauma. Este "contágio" de trauma poderá existir desde a vítima primária até à terceira geração (Figley, 1998; Pereira, 2003).

Este trauma secundário poderá estar relacionado com o esforço emocional que estes indivíduos fazem para apoiarem o veterano de guerra, acabando por tomar como deles o sofrimento dele, os sentimentos, experiências e até memórias (Figley, 1998). Posto isto, as companheiras dos veteranos de guerra, podem possuir uma sintomatologia semelhante à presente na Perturbação de Stresse Pós-Traumático, como por exemplo ou sonhos relacionados com o que sabem da experiência de guerra dos seus maridos (Pereira, 2003).

O trauma intergeracional tem vindo a ser estudado, principalmente em esposas e filhos de antigos combatentes e de sobreviventes do Holocausto, em equipas de emergência e em médicos de sujeitos traumatizados. Ao longo do tempo tem sido identificada sintomatologia diversa nestas populações, tal como pesadelos e insónias, abuso de substâncias, dificuldades relacionais e sociais, comportamentos de evitamento, medo, ansiedade, depressão, pensamentos intrusivos, tristeza e zanga (Valent, 2002; Arzi et al. 2000).

Apesar da participação numa missão poder ser considerada um evento com datas próprias de partida e regresso, também é possível concetualizar esta missão como um processo que tem início antes de o militar entrar num avião e termina apenas algum tempo depois do seu retorno a casa, acabando por ter impacto não só no militar, mas também no seu núcleo familiar. Apesar dos membros destas famílias estarem frequentemente conscientes dos desafios derivados do serviço militar (Riviere & Merrill, 2010), Corwin (1980) identificou diversas reações emocionais em esposas e filhos de militares derivadas da participação destes em diferentes teatros de guerra. Estas variam ao longo do tempo e vão desde os sentimentos de depressão, a angústia e até ao isolamento social. Poderão sofrer também com *flashbacks* ou sonhos relacionados com a experiência de guerra do seu familiar (Pereira, 2003).

Figley (1995) refere que a PSST tem um grande impacto na vida pessoal e profissional do individuo, chegando a ter implicações a diversos níveis: a nível comportamental – fica irritável, impaciente, isolado, com insónias, fica propenso a acidentes e há uma alteração dos hábitos alimentares; a nível cognitivo – fica desorientado, apático, existe uma diminuição da autoestima e uma diminuição da concentração; e também a nível emocional – sentimentos como culpa, medo, zanga e tristeza são muito comuns, existindo um aumento da sensibilidade e uma

instabilidade emocional. Quem sofre de PSST apresenta também alterações tanto físicas como somáticas, como dificuldade em respirar, tonturas, baixo sistema imunitário, tonturas e dores. A nível profissional é comum apresentarem uma desmotivação, apatia, pensamento dicotómico, um défice na comunicação, conflitos com colegas e aumento da irritabilidade e absentismo.

Posto isto, as companheiras dos veteranos de guerra, podem possuir uma sintomatologia semelhante à presente na Perturbação de Stresse Pós-Traumático, como por exemplo *flashbacks* ou sonhos relacionados com o que sabem da experiência de guerra dos seus maridos (Pereira, 2003).

A maior dissemelhança entre a PSPT e PSST é o facto de que no primeiro caso o stressor é direto e experienciado pelo próprio indivíduo, enquanto no segundo caso o stressor está relacionado ao facto do indivíduo viver e conviver com alguém com PSPT, sendo sujeito às suas reações emocionais (Pereira, 2003). A sintomatologia da PSPT acaba por possuir um efeito negativo tanto nas relações interpessoais como nas relações familiares, conjugais e também nas capacidades parentais (Beckham et al., 1996). Segundo Neller et al. (2005) as crianças, em específico, predispõem de um risco maior de sofrerem os efeitos negativos do trauma, visto que este tem capacidade para afetar um desenvolvimento normativo.

2.2 – Modelo Geral de Transmissão do Trauma

No Modelo de Transmissão do Trauma, Figley (1995), refere que os elementos de um sistema, neste caso em específico os membros da família com quem há uma relação significativa, tentam transmitir e manifestar empatia pela vítima, na tentativa de a compreender de melhor forma. Ao ser feito o esforço de compreensão e apoio para com a vítima, os membros da família acabam por sentir e experienciar emoções muito semelhantes às da vítima. Alguns dos sintomas mais comuns da exposição direta às reações e sintomas traumáticos da vítima são insónias, flashbacks e até sintomatologia depressiva.

Segundo o Modelo de Transmissão do Trauma, o aparecimento de stresse secundário traumático no sujeito é devido à junção de vários fatores. Primeiramente, a capacidade do indivíduo de demonstrar empatia, isto é, a sua capacidade de reconhecer a dor e sofrimento do outro e manifestar a empatia perante esse sofrimento de terceiros. Existe uma sensação positiva, como de satisfação, ao ajudar a aliviar o sofrimento do outro – a principal essência do sentimento de compaixão pelo outro. Um membro da família ou alguém que tenha uma relação de proximidade com uma vítima de trauma, acaba por sentir a dor do outro, estando diretamente exposto ao sofrimento da vítima, de forma prolongada, acabando por surgir o stresse por compaixão. Isto porque, após existir uma exposição prolongada ao sofrimento do outro,

acabamos por tomar como nossos os seus sentimentos e emoções. Ou seja, a capacidade empática encontra-se relacionada com a sensibilidade de cada sujeito para o contágio emocional, pois ao estar exposto diretamente ao sofrimento do outro, é como se acabasse por transferir as emoções e o sofrimento da vítima para si mesmo. Por sua vez, a capacidade empática está diretamente associada à preocupação empática que é definida como a motivação para ajudar os outros. Estas duas características juntas, a capacidade de sentir empatia e o contágio emocional, acabam por definir o nível de esforço que o sujeito vai utilizar para prestar auxílio e conseqüentemente, diminuir o sofrimento da vítima, esforço esse que é visto como a resposta empática (Figley, 1998).

No entanto, há dois fatores que influenciam o stresse de compaixão: o sentido de eficácia e a dissociação. O primeiro, é visto como o nível de satisfação do familiar, relativamente ao esforço que tem feito para aliviar o sofrimento da vítima do trauma. Por outro lado, a dissociação do sofrimento do outro, refere-se à sensação que já se fez tudo o que se podia para prestar auxílio à vítima, tentando viver sem se forçar a pensar no sofrimento do outro (Figley, 1998).

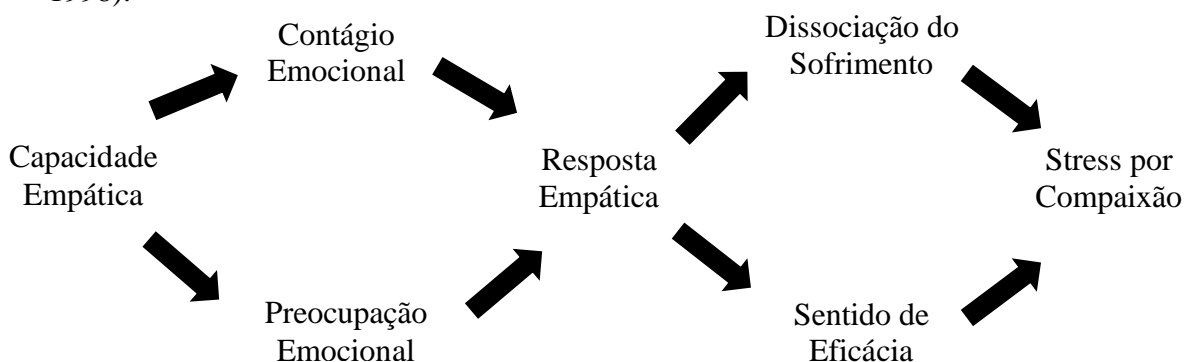


Figura 1: Modelo de Stresse por Compaixão (Figley, 1998)

Por sua vez, a interligação entre o stresse de compaixão, a exposição prolongada ao sofrimento e as memórias traumáticas, podem gerar Fadiga por Compaixão, que é vista como a forma mais grave do stresse por compaixão, que por sua vez poderá originar PSST (Figley, 1998).

Capítulo III – Vinculação

Segundo Zimerman (2004), o termo vinculação é derivado do latim *vinculum*, que significa “união duradoura”, sendo vista como uma forma de relacionamento entre indivíduos, que se encontram ligados e que são inseparáveis, embora estejam, simultaneamente, bem demarcados entre si. A vinculação é vista como uma modificação no vínculo afetivo, onde o sujeito sente que precisa da presença do outro, existindo um aumento do sentimento de segurança (Bee & Boyd, 2011).

John Bowlby desenvolveu a Teoria da Vinculação onde defende a existência de uma necessidade que o indivíduo tem em estabelecer vínculos emocionais, como parte integrante do ser humano, ao longo de toda a sua vida. Bowlby assinala que o primeiro ano do bebê é onde este estabelece uma relação especificada com uma figura cuidadora, que através dos cuidados prestados assegura a sua proteção e sobrevivência (Bowlby, 1973, 1988). Os primeiros vínculos criados são essenciais para a sobrevivência do recém-nascido, isto porque são estes que influenciam a procura, a manutenção do contacto e a aproximação com as figuras que lhe irão fornecer os primeiros cuidados, sendo o cuidador primário, por norma, a mãe (Ainsworth, 1979). Assim, um dos principais focos da teoria da vinculação diz respeito à natureza das relações modeladas através da relação da criança com o cuidador primário (Bowlby, 1982).

No final da Segunda Guerra Mundial, as problemáticas da perda e da separação na infância e, conseqüentemente, os seus efeitos negativos no crescimento, ganham importância e relevância. A guerra não poupou a população civil, incluindo mulheres e crianças, tendo isto gerado uma grande apreensão dos resultados da separação prematura e levado ao aparecimento da teoria da vinculação (Guedeney & Guedeney, 2004).

A teoria da vinculação de Bowlby defende a ideia de que o ser humano tem uma pré-disposição para o desenvolvimento de laços afetivos, isto é, desenvolver laços afetivos é uma característica adaptativa da espécie. Durante os primeiros meses de vida o ser humano possui a capacidade/ necessidade de estabelecer uma relação afetiva duradoura e intensa com um indivíduo mais velho, para que assim consiga garantir a sua própria sobrevivência. Desta forma, a principal função da vinculação na infância acaba por ser a proteção e o cuidado gerado pelo sentimento de segurança através da relação de vinculação (Bowlby, 1982).

Este vínculo criado executa um papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo, principalmente ao nível das relações interpessoais. O vínculo que é fundado tem como principal função a sobrevivência da criança, numa fase crítica, em que a proteção dos seus pais é fundamental e, permite que a criança explore o ambiente de uma maneira mais segura. Isto

porque, mesmo que esta se depare com algum perigo físico ou até psicológico, a figura de vinculação irá protegê-la (Morton & Browne, 1998).

Bowlby refere que apesar de a criança deter uma vinculação primária com uma figura cuidadora, pode simultaneamente possuir vários laços afetivos. No entanto, estes laços, no decorrer do seu desenvolvimento podem ser formados, quebrados ou reorganizados (Bowlby, 1982). As relações estabelecidas com as figuras de vinculação servem de base para que a criança seja capaz de criar as representações que si, das figuras de vinculação e do mundo que a rodeia (Bowlby, 1973).

Na teoria da vinculação existe uma noção central, mais concretamente, os modelos internos dinâmicos (MID). Estes são um conjunto de representações internas sobre si mesmo, sobre o mundo e sobre os outros, que ajudam o sujeito a dar um significado aos acontecimentos que o rodeiam. OS MID têm uma função fundamental, estes percebem e criam expectativas relativamente ao comportamento da figura de referência e tentam perceber se são merecedores de cuidados (Bowlby, 1973). De acordo com os MID, o sujeito tem uma percepção dos acontecimentos, permitindo-lhe prever e organizar planos para o futuro (Rodrigues et al., 2004). O sistema de vinculação é ativado quando existe uma sujeição a um evento traumático e, conseqüentemente, de ameaça, com o intuito de proteger o indivíduo. O estilo de vinculação acaba por influenciar a maneira como os sujeitos percecionam o acontecimento traumático (Nye et al., 2008).

Foi através da teoria de vinculação de Bowlby que se percebeu que a relação de vinculação na infância serve de pré-condição e de influência para as restantes relações humanas ao longo do desenvolvimento do individuo (Bragança & Campos, 2010). Posto isto, entende-se que os relacionamentos significativos podem ser sinónimos de fatores de risco, visto que levam o sujeito a vivenciar situações adversas com grande sofrimento, ou de fatores de proteção, isto porque podem transmitir uma sensação de autoestima e segurança, contribuindo para o bem-estar do individuo (Canavarro, 1997).

A relação de vinculação tem uma característica específica que a distingue de outras relações afetivas, que é a procura de segurança e conforto na relação com um indivíduo (Ainsworth, 1979).

Bowlby refere que as relações de vinculação precoces operam como uma espécie de modelo das relações da vida adulta, fazendo com que, muitas das vezes, os padrões da infância influenciem os padrões de organização da vinculação do adulto (Fraley, 2002). Ou seja, a qualidade da vinculação da criança com os seus pais vai acabar por ter influência na qualidade da interação nas suas futuras relações com os pares. Bowlby defende a ideia de que as crianças

com uma vinculação segura irão formar relações íntimas de suporte e com uma boa prestação de cuidados, enquanto as crianças com uma vinculação insegura irão formar relações íntimas com algumas dificuldades, não só na prestação de cuidados, mas também na procura desses mesmos cuidados (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1973). As relações de vinculação em criança são vistas como protótipos das relações da vida adulta, sendo que muitas vezes os padrões observados durante a infância influenciam os padrões da vinculação na vida adulta (Fraley, 2002).

Segundo Bowlby (1982), a vinculação é vista como um fenómeno do ciclo de vida, isto porque os padrões de vinculação estabelecidos na infância são estáveis ao longo do tempo e do desenvolvimento e as relações afetivas próximas com os pares são semelhantes nos adultos em relação às relações de vinculação na infância. Posto isto, conclui-se que a teoria da vinculação acaba por ser uma teoria desenvolvimental do ciclo de vida. Apesar disso, não deve ser feito um paralelismo da vinculação na fase adulta com a vinculação na infância, isto porque quando falamos em infância, falamos num indivíduo dependente e vulnerável que acaba por se tornar autónomo e capaz no que diz respeito a relações íntimas significativas, enquanto na idade adulta a situação é invertida (Crowell et al., 2008). Isto é, a vinculação é algo que não se limita apenas à infância, mas sim a todo o desenvolvimento do indivíduo. É nesta contínua relação de interação que o sujeito confirma os seus modelos internos e adapta os seus relacionamentos. A relação de vinculação entre o sujeito quando é recém-nascido e o seu cuidador primário é vista como o início do seu desenvolvimento social, sendo esta relação vista como um “exemplo” para as futuras relações com outros indivíduos (Almaça, 2009).

A teoria da vinculação tem sido fundamental para compreender o desenvolvimento de algumas perturbações do foro psicológico. Ao longo do tempo têm vindo a surgir diversas teorias relativas aos padrões de vinculação na idade adulta (Moreira, 2004). Ainsworth et al. (1979) consideram que os três estilos de vinculação presentes na infância, ou seja, o estilo seguro, o ansioso e o evitante, estão igualmente presentes na chegada à idade adulta. A maior diferença é que, na idade adulta, a relação com o progenitor é “substituída” pela relação de vinculação com um companheiro amoroso.

Uma criança com défices vinculativos, apresenta uma maior probabilidade de obter dificuldades a nível relacional durante a sua vida e, como consequência, está também propensa a apresentar outras situações problemáticas. Por outro lado, uma criança que possua uma vinculação mais segura com as principais figuras parentais, irá, futuramente, apresentar um desenvolvimento mais adequado com a intenção de conseguir a sua autonomia (Moreira, 2004).

PARTE II: METODOLOGIA

Método

Esta segunda parte da investigação pretende abordar a metodologia necessária para a operacionalização da mesma. Posto isto, é desenvolvido um estudo de metodologia quantitativa com antigos combatentes (AC) e respetivos familiares diretos, onde é avaliado a PSPT, a transmissão de trauma intergeracional e a vinculação nos filhos. Neste sentido, foi realizada uma análise estatística descritiva e serão apresentados os resultados da mesma. Este é um estudo correlacional, visto que se pretende estudar as variáveis e as associações que estas têm entre si e é também de carácter transversal, isto porque apenas possui um único momento de avaliação.

Pertinência do estudo e definição do problema

As guerras sujeitam os militares a uma multiplicidade de stressores suscetíveis de desencadear uma variedade de consequências a nível da saúde, tanto física como psicológica, como ansiedade, depressão ou PSPT (Toblin, et al., 2012).

Após ser realizada uma intensa revisão de literatura de diversos estudos internacionais que se debruçaram sobre o impacto da guerra nos militares que as integram, e considerando a escassez de estudos a nível nacional sobre o trauma intergeracional, consideramos a problemática através das seguintes questões: qual o impacto que a participação na guerra tem nos militares, nomeadamente ao nível do desenvolvimento de PSPT? Existirá um desencadeamento de trauma intergeracional nos familiares diretos? Estará a vinculação dos filhos afetada devido à existência de sintomatologia de PSPT?

Objetivo Geral

Esta investigação tem como objetivo geral analisar a transmissão de trauma intergeracional nos membros de famílias de Antigos Combatentes de Guerra e a sua relação com a vinculação entre pais e filhos.

Objetivos Específicos

Objetivo 1: Identificar a existência de Perturbação de Stresse Pós-Traumático em Antigos Combatentes de guerra;

Objetivo 2: Identificar a existência de um trauma secundário nas respetivas mulheres e a sua associação com os sintomas de PSPT dos AC;

Objetivo 3: Identificar a existência de um trauma secundário nos filhos e a sua associação com os sintomas de PSPT dos AC;

Objetivo 4: Examinar a associação entre os sintomas de PSPT e a vinculação entre pais e filhos.

Hipóteses de estudo

São então apresentadas as seguintes hipóteses, que estão sustentadas pela literatura existente e apresentada.

Hipótese 1:

Durand e Barlow (2010) identificaram a guerra como o acontecimento mais traumático, logo após o *World Trade Center* e o Pentágono a Setembro de 2001. Os militares são um grupo que está entre as populações com maior risco de exposição a eventos traumáticos, que se tendem a repetir-se e a prolongar-se no tempo e, por conseguinte, são também um grupo propenso ao desenvolvimento da PSPT (Javidi & Yadollahie, 2012; Johnson & Thompson, 2008; Vaz Serra, 2003).

A PSPT é caracterizada como um conjunto de sintomas que envolvem elevados níveis de ansiedade e a sensação de que o sujeito está a reviver o acontecimento traumático por diversas vezes. Esta perturbação atinge cerca de 75% dos militares envolvidos na guerra (Souza, 2007).

Segundo a revisão de literatura, a hipótese colocada é que **os Antigos Combatentes de guerra apresentem sintomatologia de PSPT.**

Hipótese 2 e 3:

Os acontecimentos traumáticos como a guerra podem afetar outros membros da família para além da vítima principal do trauma e, como consequência, estes indivíduos podem acabar por desenvolver Perturbação Secundária de Stresse Traumático (Figley, 1998). Esta perturbação é um efeito e também uma consequência do trauma vivenciado pelos militares que sofrem de PSPT, que foi encontrado nos seus descendentes e cônjuges (Davidson & Mellor, 2001). A PSST baseia-se no pressuposto básico de que existe um mecanismo de transmissão do trauma entre a vítima primária e outros indivíduos que têm relações próximas com a vítima e que, por essa mesma razão, acabam por desenvolver respostas traumáticas semelhantes (Figley, 1998).

De acordo com os estudos analisados, a hipótese colocada é que **tanto as companheiras como os seus filhos apresentam sintomatologia de PSST, estando diretamente associada à PSPT dos AC.**

Hipótese 4:

Foi através da teoria de vinculação de Bowlby que se percebeu que a relação de vinculação na infância serve de pré-condição e de influência para as restantes relações humanas ao longo do desenvolvimento do indivíduo (Bragança & Campos, 2010). Este vínculo criado executa um papel fundamental no desenvolvimento do indivíduo, principalmente ao nível das relações interpessoais (Morton & Browne, 1998).

Coloca-se assim a hipótese de que **a presença de sintomatologia de PSPT nos AC pode significar um défice na vinculação dos seus filhos.**

Variáveis

Existem dois tipos de variáveis, as variáveis independentes e as dependentes. A variável independente é definida como a variável que determina, influencia ou afeta outra variável. É vista como o fator determinante, a condição ou causa para determinado resultado, efeito ou consequência (Marconi & Lakatos, 2000).

Por sua vez, a variável dependente é a variável que irá ser influenciada ou determinada pela variável independente, sendo o fator que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador modifica a variável independente. As variáveis dependentes são assim aquelas cujo comportamento se quer verificar em função das modificações das variáveis independentes, ou seja, correspondem ao que se deseja prever e obter como resultado (Marconi & Lakatos, 2000).

Posto isto, a variável independente no presente estudo é a Perturbação de Stresse Pós-Traumático e as variáveis dependentes são a Perturbação Secundária de Stresse Traumático e a Vinculação.

População/Amostra

Neste estudo a população é composta por antigos combatentes de guerra (AC) e respetivas mulheres/ companheiras e filhos. Um dos critérios da seleção/inclusão da amostra foi que os combatentes tivessem vivido em relação de casal com a mulher/ companheira e que tivessem, no mínimo, um filho. A amostra geral é constituída por 80 participantes, nos quais existem 23 antigos combatentes (28,75%) e respetivos familiares diretos, 23 companheiras (28,75%) e 34 filhos (42,5%).

No que diz respeito aos 23 Antigos Combatentes, estes são do género masculino e a média de idades é de 75,04 anos – desvio padrão (*DP*) é de 4,45 –, variando entre os 69 e os 83

anos. Apenas um dos militares referiu ser solteiro (4,33%), os restantes são casados ou vivem com a companheira (n=22; 95,7%). O número de filhos no grupo dos militares varia entre 1 (tal como é requerido) e 3, sendo que 9 militares têm apenas 1 filho (39,1%), 11 militares têm 2 filhos (47,8%) e 3 militares têm 3 filhos (13%). Quanto às habilitações literárias, 11 militares concluíram o 1º ciclo (Primária) (47,8%), apenas 1 militar concluiu o 2º ciclo (6º ano) (4,3%), 5 militares apresentam o 3º ciclo (9º ano) (21,7%), 3 têm o Secundário (12º ano) (13%), 1 dos militares apresenta um curso profissional (4,3%) e dois apresentam formação no ensino superior (8,7%). A grande maioria destes militares encontra-se reformado (n=22; 95,7%), apenas um encontra-se no ativo (4,3%). Relativamente ao acompanhamento ao nível da saúde mental, 39,1% (n=9) dos AC já foram acompanhados tanto em Psiquiatria como em Psicologia, 21,7% (n=5) foram acompanhados somente em Psicologia, 8,7% (n=2) apenas em Psiquiatria e 30,4% (n=7) nunca tiveram acompanhamento a este nível. Destes 23 militares, a maioria toma atualmente medicamentos para ajudar a sua saúde mental (n=14; 60,9%), enquanto os restantes não tomam (n=9; 39,1%).

Tabela 2 – *Caraterização Sociodemográfica dos Militares (N = 23)*

Características	N	%
<i>Género</i>		
Masculino	23	100.0
<i>Idade (M;DP)</i>		
	75.0	4.4
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	1	4.3
Casado(a) ou vive com a companheiro	22	95.7
<i>Quantos filhos tem?</i>		
1	9	39.1
2	11	47.8
3	3	13.0
<i>Habilitações Literárias</i>		
1º ciclo (Primária)	11	47.8
2º ciclo (6º ano)	1	4.3
3º ciclo (9º ano)	5	21.7
Secundário (12º ano)	3	13.0
Curso Profissional	1	4.3
Ensino Superior	2	8.7
<i>Situação Laboral</i>		
Ativo	1	4.3
Reformado(a)	22	95.7

<i>Posto</i>			
	Oficial	1	4.3
	Sargento	6	26.1
	Praça	16	69.6
<i>Situação</i>			
	Disponibilidade	7	30.4
	Reforma	16	69.6
<i>Ramo das Forças Armadas</i>			
	Exército	21	91.3
	Força Aérea	2	8.7

Por outro lado, existem um total de 57 familiares diretos dos AC, 38 elementos do género feminino (66,7%) e 19 do género masculino (33,3%), nos quais existem 23 cônjuges dos militares e 34 descendentes. A média de idades é de 54,81 ($DP= 14,36$), sendo que variam entre o mínimo que é 32 e o máximo que é 80. A maioria é casado(a) ou vive com o companheiro ($n=43$; 75,4%), 10 são solteiros (17,5%), 3,5% são divorciados(a)/separados(a) ($n=2$), enquanto outros 3,5% encontram-se em união de facto ($n=2$). Quanto às habilitações literárias, 11 concluíram o 1º ciclo (Primária) (19,3%), 5 concluíram o 2º ciclo (6º ano) (8,8%), 9 pessoas apresentam o 3º ciclo (9º ano) (15,8%), 12 têm o secundário (12º ano) (21,1%), 2 dos sujeitos apresentam um curso profissional (3,5%), 17 apresentam formação no ensino superior (29,8%) e um detém a sua formação no magistério primário (1,8%). Quanto à atual situação laboral, 61,4% dos sujeitos encontra-se a trabalhar ($n=35$), 20 encontram-se reformados (35,1%) e apenas 2 estão desempregados (3,5%). Contrariamente aos AC, nestes sujeitos a maior parte nunca teve acompanhamento ao nível da saúde mental ($n=40$; 70,2%), 9 já tiveram ou têm acompanhamento em Psicologia (15,8%) tal como 4 em Psiquiatria (7%) e apenas 4 (7%) usufruíram de acompanhamento em ambas as áreas. Destes 57 sujeitos, 77,2% não toma medicamentos para a saúde mental ($n=44$) e apenas 13 referiram que tomam atualmente medicação a este nível (22,8%).

Tabela 3 – Caracterização Sociodemográfica dos Familiares ($N = 57$)

Características	N	%
<i>Género</i>		
<i>Masculino</i>	19	33.3
<i>Feminino</i>	38	66.7
<i>Idade (M;DP)</i>	54.8	14.3
<i>Estado Civil</i>		

Solteiro(a)	10	17.5
Casado(a)/Vive com companheiro	43	75.4
Divorciado(a)/Separado(a)	2	3.5
União de Facto	2	3.5
<i>Posição na Família</i>		
Filho(a)	34	59.6
Mulher/Companheira	23	40.4
<i>Habilitações Literárias</i>		
1º ciclo (Primária)	11	19.3
2º ciclo (6º ano)	5	8.8
3º ciclo (9º ano)	9	15.8
Secundário (12º ano)	12	21.1
Curso Profissional	2	3.5
Ensino Superior	17	29.8
Magistério Primário	1	1.8
<i>Situação Laboral</i>		
Ativo	35	61.4
Desempregado	2	3.5
Reformado(a)	20	35.1

Delineamento do Estudo e Instrumentos

Esta investigação é um estudo de metodologia quantitativa visto que os dados foram recolhidos através de questionários do tipo quantitativo e de carácter transversal na medida em que os dados apenas são recolhidos num único momento.

O questionário do estudo é constituído pelo protocolo de recolha de dados e por uma declaração de consentimento informado seguida dos seguintes instrumentos de avaliação:

Questionário de Dados Sociodemográficos

Foi apresentado aos militares um questionário sociodemográfico que teve como objetivo recolher informações sobre o sexo, a idade, o estado civil, com quem vive, quantos filhos tem, as habilitações literárias, a profissão, a situação laboral, o ramo das forças armadas, a situação em que se encontra, o posto, a especialidade militar, as comissões cumpridas, a prestação de serviço militar, se já teve ou tem acompanhamento ao nível da saúde mental, se toma atualmente medicamentos para ajudar a sua saúde mental e por fim, uma pergunta, “Que acontecimentos ou situações mais o afetaram durante a vida militar?”. Por sua vez, aos familiares diretos (mulher/companheira e filhos) será apresentado um questionário sociodemográfico que tem o intuito de recolher informações sobre o sexo, a idade, o estado civil, a posição na família, se

possui filhos, as habilitações literárias, a profissão, a situação laboral, se já teve ou tem acompanhamento ao nível da saúde mental, se toma atualmente medicamentos para ajudar na saúde mental e, por fim, uma pergunta aberta “Recorda alguns acontecimentos ou situações da vida militar do seu familiar que o tenham afetado, durante a sua vida. Qual(is)?”.

Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist DSM-5 (PCL-5)

Este instrumento foi utilizado para avaliar a variável “Perturbação de Stresse Pós-Traumático” nos militares. Originalmente criada por Weathers et al. (2013) e adaptado na versão portuguesa por Carvalho et al. (2020) este consiste num questionário de autorresposta que avalia os 20 sintomas da PSPT de acordo com o DSM-5. Estes sintomas são distribuídos em quatro dimensões que correspondem aos critérios de diagnóstico da PSPT presentes no DSM-V (APA, 2013): Critério B - sintomas intrusivos (itens 1 a 5), Critério C – sintomas de evitamento (itens 6 a 7), Critério D – sintomas de alterações negativas na cognição e humor (itens 8 a 14) e Critério E – sintomas de alterações significativas na ativação e reatividade (itens 15 a 20).

Os participantes assinalam numa escala de *Likert* de 5 pontos (0 = Nada; 1 = Um pouco; 2 = Moderadamente; 3 = Bastante; 4 = Extremamente) o grau em que foram afetados por cada sintoma durante o último mês (Weathers et al., 2013).

De acordo com o DSM-V para se considerar o diagnóstico de PSPT é necessário: (a) uma pontuação total igual ou superior ao valor de corte; (b) um único item é considerado sintomático quando classificado igual ou acima do respetivo ponto de corte na escala de resposta; (c) um resultado igual ou superior a “2” em pelo menos um sintoma do Critério B, um sintoma do Critério C, dois sintomas do Critério D e dois sintomas do Critério E (Blevins et al., 2015; Weathers et al., 2013). A pontuação de corte definitiva para a versão original do PCL-5 ainda é indefinida, mas a seguinte combinação de pontuações de corte para um diagnóstico provisório de DSM-5 de PTSD foi sugerida: uma pontuação total de 33 ou superior e uma classificação de 2 (moderadamente) ou mais alto em cada item, para que possa ser considerado sintomático (Blevins et al., 2015; Weathers et al., 2013). Atualmente, o PCL-5 está disponível em três formatos: "sem o Critério A", "com uma breve avaliação do Critério A" e "com *Life Events Checklist* revisada para o DSM-5 (LEC-5) e avaliação estendida do Critério A" (Weathers et al., 2013).

A consistência interna é medida pelo *alfa de Cronbach* (α) onde valores $\geq .70$ são considerados adequados na versão portuguesa (Marôco, 2010) e na versão original a consistência interna corresponde a ($\alpha = .94$) (Blevins et al., 2015).

Escala de Trauma Secundário

Esta Escala foi utilizada para avaliar a variável “trauma secundário” nos filhos e nas mulheres/ companheiras dos militares. Originalmente criada por Motta e Joseph (1998), esta escala está ainda em processo de validação para a versão Portuguesa pela equipa de investigação do projeto onde este estudo está inserido. Consiste num questionário constituído por 20 itens que são classificados numa escala de *Likert* de cinco pontos que varia entre 1 = raramente / nunca e 5 = muito frequentemente. Visto que o Stresse Traumático Secundário e o Stresse Pós-Traumático possuem alguns dos mesmos sintomas, este questionário reflete os principais critérios de PSPT no DSM-IV (Suozzi, 1998). Posto isto, os critérios avaliados por esta escala são (1) reviver persistentemente o trauma (no caso de trauma secundário, reviver o sofrimento emocional da pessoa que foi traumatizada); (2) evitação persistente de pensamentos, sentimentos, imagens, etc., que lembrem o efeito negativo do evento traumático; e (3) aumento da excitação – como irritabilidade, dificuldade em adormecer, hipervigilância, etc.

Na versão original a consistência interna corresponde a .75 (Suozzi, 1998).

Adult Attachment Scale-R (AAS-R) - Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

Por fim, esta Escala foi utilizada para avaliar a variável “vinculação” e foi aplicada aos filhos dos militares. Originalmente criado por Collins e Read (1990) e adaptado para a versão portuguesa por Canavarro (1997) este consiste num questionário de autorresposta destinado a avaliar a vinculação no adulto. Possui 18 itens que são avaliados numa escala de *Likert* de cinco pontos – o “Nada característico em mim”, “Pouco característico em mim”, “Característico em mim”, “Muito característico em mim” e “Extremamente característico em mim” (Canavarro et al., 2006).

A Escala de Vinculação do Adulto (EVA) identifica três padrões de vinculação: seguro, ansioso e evitante. No que diz respeito à avaliação, esta é feita em três dimensões da escala: ansiedade (*anxiety*) – itens 9, 10, 3, 11, 15 e 4 –, conforto com a proximidade dos outros (*close*) – itens 12, 1, 14, 6, 8* e 13* e, por último, a confiança nos outros (*depend*) – itens 18*, 2*, 16*, 17*, 7* e 5. Para obter as pontuações das dimensões da EVA, os itens da escala devem ser cotados de 1 a 5, tendo em atenção que os itens assinalados anteriormente com um asterisco devem ser cotados de forma inversa, por se encontrarem invertidos. Após ser realizada a cotação dos itens, deverá ser efetuada a soma dos itens que compõe cada dimensão e dividir pelo número de itens (6) (Canavarro et al., 2006).

A escala apresenta uma boa fiabilidade, com valores de *alfa de Cronbach* entre .69 e .75 na Versão Original – .69 para dimensão *close*, .72 para dimensão *anxiety* e .75 para a dimensão *depend* – e valores entre .68 e .75 na Versão Portuguesa (Collins & Read, 1990; Canavarro et al., 2006).

Consistência Interna dos Instrumentos

A consistência interna dos instrumentos utilizados, analisada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, variou entre um mínimo de .612 na dimensão Confiança nos outros da EVA e um máximo de .957 no Questionário de Trauma Secundário. Segundo Pestana e Gageiro (2014) se o alfa de Cronbach for inferior a .60, o teste não apresenta consistência interna, o que não aconteceu, o que significa que todas as escalas e dimensões apresentam valores aceitáveis.

Tabela 4 – Consistência Interna

	Alfa de Cronbach	Nr de itens
PCL-5	.835	20
Trauma secundário	.957	20
EVA		
Ansiedade	.831	6
Conforto com a proximidade	.735	6
Confiança nos outros	.612	6

Procedimento

Relativamente ao procedimento que foi efetuado, após ter sido realizada uma pesquisa bibliográfica, foram escolhidas as variáveis, os instrumentos que foram utilizados e assim foi constituído o protocolo em anexo (Anexo 1). Posteriormente procedeu-se à elaboração do projeto de dissertação que foi devidamente aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Autónoma de Lisboa. Foi solicitada uma autorização à Liga dos Combatentes sendo autorizado o estudo e acesso aos seus associados. Após esta primeira fase e depois do prévio contacto com a Instituição, foi entregue a todos os participantes o protocolo incluindo o consentimento informado, que faz parte de uma investigação mais alargada no âmbito do CIP-UAL e que explica o objetivo e o âmbito da investigação e vem reforçar a ideia de que a participação é voluntária e que cumprirá todos os princípios de confidencialidade.

No que diz respeito aos instrumentos, estes foram preenchidos em papel ou *online* pelos antigos militares e respetivas famílias.

Por fim, quando a recolha da amostra foi finalizada, os dados foram inseridos numa base de dados, o SPSS – *Statistical Program for Social Sciences* – e foi feita uma análise estatística dos mesmos que apenas foi utilizada para fins académicos, nomeadamente para a presente dissertação.

PARTE III: RESULTADOS

3.1 – Estatística Descritiva

No que diz respeito à estatística descritiva das escalas utilizadas no estudo, nomeadamente ao PCL-5, referente aos militares, ao Questionário de Trauma Secundário, referente aos cônjuges e filhos, e à EVA, apenas para os filhos, tendo em conta a amostra, responderam um total de 80 participantes. AO PCL-5 responderam 23 militares, ao Questionário de Trauma Secundário, 57 cônjuges e filhos e, ao EVA, responderam 34 filhos de militares.

Relativamente aos antigos combatentes, no PCL-5 verificou-se uma média de 39.43 ($DP=14.45$) e quanto às suas companheiras e aos seus filhos, no Questionário de Trauma Secundário verificou-se, respetivamente uma média de 51.26 ($DP=19.41$) e de 36.62 ($DP=17.23$), apresentando de uma forma generalizada uma média de 45.53 ($DP=19.38$). No que concerne ainda aos filhos dos antigos combatentes, na EVA apresentaram uma média de 2.37 ($DP=.79$) na dimensão Ansiedade, uma média de 3.41 ($DP=.61$) na Proximidade dos Outros e uma média de 3.21 ($DP=.60$) na Confiança nos Outros.

Os valores obtidos pelos sujeitos podem ser apreciados na tabela número 5, onde são indicados os valores mínimo e máximo, médias e respetivos desvios padrão.

Tabela 5 – Estatísticas Descritivas

Variáveis	N	Min.	Máx.	Média	Desvio Padrão
PCL-5	23	8	60	39.43	14.45
Questionário de Trauma Secundário	57	20	96	42.53	19.38
EVA					
Ansiedade	34	1	4.17	2.37	.79
Proximidade dos Outros	34	1.83	4.83	3.41	.61
Confiança nos Outros	34	2	4.33	3.21	.60

3.2 – Teste de Normalidade

Foi realizada uma análise para avaliar a normalidade dos dados, devido ao reduzido número da amostra. A significância do teste de Shapiro-Wilk indica que as variáveis seguem todas uma distribuição normal, com exceção do Questionário de Trauma Secundário que apresenta um valor de p menor que .05.

Tabela 6 – Teste de Shapiro-Wilk

	Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	<i>p</i>
PCL-5	.961	23	.490
Questionário de Trauma Secundário	.872	57	.000
Eva			
Ansiedade	.968	34	.412
Proximidade dos Outros	.969	34	.427
Confiança nos Outros	.977	34	.672

Assim sendo, foi necessário recorrer à utilização de um teste não paramétrico para verificar a existência de diferenças significativas.

3.3 – Validação das Hipóteses

O primeiro objetivo deste estudo era identificar a existência de Perturbação de Stresse Pós-Traumático em antigos combatentes de guerra. Depois de ser realizada uma revisão da literatura, colocou-se a **primeira hipótese**, os Antigos Combatentes de guerra apresentam sintomatologia de PSPT.

Segundo Blevins et al. (2015) e Weathers et al. (2013) é possível considerar um indivíduo sintomático se este obtiver uma pontuação igual ou superior a 33 (*cutoff value*). Após ser feita a análise estatística aos 23 antigos combatentes, verifica-se que 69.6% (n= 16) apresenta sintomatologia de PSPT, enquanto 30.4% (n=7), não apresenta valores elevados e consequentemente não apresenta sintomatologia desta perturbação. É possível verificar que existe uma percentagem significativa de Antigos Combatentes com PSPT, validando assim a hipótese.

Tabela 7 – Resultados do Questionário PCL-5

<i>Cutoff Value</i>	N	%
< 33	7	30.4
≥ 33	16	69.6

No que diz respeito ao objetivo 2 e ao objetivo 3, estes pretendiam, respetivamente, identificar a existência de um trauma secundário nas respetivas mulheres e a sua associação com os sintomas de PSPT dos AC e, igualmente, identificar a existência de um trauma secundário nos filhos e a sua associação com os sintomas de PSPT dos AC. Para tal, foi criada a **segunda hipótese**, tanto as mulheres como os seus filhos apresentam sintomatologia de PSST, estando diretamente associada à PSPT dos Antigos Combatentes.

Uma vez que o Questionário de Trauma Secundário ainda não se encontra validado para a população portuguesa e o mesmo não apresenta nenhum *cutoff value*, utilizou-se o mesmo critério com o valor de 33, tal como no PCL-5, visto que ambos apresentam o mesmo número de questões e a mesma amplitude na escala de *likert*. Quanto aos filhos dos militares (n=34), 50% (n=17) apresentou valores abaixo do *cutoff value* e outros 50% (n=17) apresentou valores acima do *cutoff value*. Por outro lado, uma grande maioria das esposas (82.6%; n=19); apresenta valores consideráveis para Trauma Secundário, enquanto apenas 17.4% (n=4) não apresenta sintomatologia para esta perturbação.

Tabela 8 – Resultados do Questionário de Trauma Secundário (Filhos)

<i>Cutoff Value</i>	N	%
< 33	17	50.0
≥ 33	17	50.0

Tabela 9 – Resultados do Questionário de Trauma Secundário (Cônjuges)

<i>Cutoff Value</i>	N	%
< 33	4	17.4
≥ 33	19	82.6

No entanto, não existe associação direta significativa entre os sintomas de PSPT dos AC e o nível de trauma dos cônjuges e dos filhos. Posto isto, confirma-se parcialmente a 2^a hipótese. As tabelas 10 e 11 demonstram que os resultados obtidos não são estatisticamente significativos (p é maior que .05).

Tabela 10 – Correlação do PCL-5 com o Questionário de Trauma Secundário (Cônjuges)

		Questionário de Trauma Secundário
PCL-5	Correlation Coefficient	.184
	p	.297

Tabela 11 – Correlação do PCL-5 com o Questionário de Trauma Secundário (Filhos)

		Questionário de Trauma Secundário
PCL-5	Correlation Coefficient	.239
	p	.174

Por fim, o objetivo 4 pretendia examinar a associação entre os sintomas de PSPT e a vinculação dos filhos. Após ter sido realizada uma revisão da literatura, coloca-se a **terceira hipótese** de que, a presença de sintomatologia de PSPT nos pais poderá estar diretamente associada a um déficit na vinculação dos filhos. Tal como é possível verificar na tabela 12, mais uma vez não existem associações significativas entre os sintomas de PSPT e a vinculação dos filhos.

Tabela 12 – *Correlação do PCL-5 com as dimensões da EVA*

	PCL-5	Ansiedade	Proximidade dos Outros	Confiança nos Outros
Ansiedade				
Pearson Correlation	.026		-.518	-.655
<i>p</i>	.886		.002	.000
Proximidade dos Outros				
Pearson Correlation	.056	-.518		-.495
<i>p</i>	.752	.002		.003
Confiança nos Outros				
Pearson Correlation	.062	-.655	-.495	
<i>p</i>	.726	.000	.003	

PARTE IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após ter sido feita a descrição dos resultados obtidos no capítulo anterior é agora importante realizar uma discussão sobre os mesmos, com base na revisão de literatura, respeitando os objetivos definidos anteriormente. Visámos perceber se existe sintomatologia de PSPT nos Antigos Combatentes, analisar a possível transmissão de trauma intergeracional nos membros das suas famílias e relacioná-la com a vinculação dos filhos destes AC.

A primeira hipótese pretendia verificar se os AC possuíam sintomatologia de PSPT. Tendo em conta que 69.6% (n=16) dos militares apresentou uma pontuação de *cutoff value* igual ou superior a 33, o que os considera sintomáticos e confirma a presença desta Perturbação. A 1ª hipótese foi assim confirmada e validada. Os militares são considerados uma das populações com maior risco de exposição a acontecimentos traumáticos, de forma repetida e prolongada, e por esse motivo, têm uma maior probabilidade de desenvolver PSPT (Javidi & Yadollahie, 2012; Johnson & Thompson, 2008; Vaz Serra, 2003). Albuquerque (1992) refere que deverão existir em Portugal cerca de 140 mil veteranos da guerra com perturbações psicológicas diversas. Maia et al. (2006), num estudo realizado com 350 veteranos de guerra, verificaram que 39% apresentava PSPT, da mesma forma que Pereira et al. (2008) utilizando uma amostra de 180 veteranos concluíram que 45% apresentava sintomatologia de PSPT, tal como aconteceu com 69.6% dos AC nesta investigação. A sua participação na guerra tem um forte impacto no seu funcionamento psicológico, visto estarem expostos a situações potencialmente traumáticas, o que poderá contribuir para o aparecimento de perturbações ao nível da saúde mental, como é o caso da PSPT (Ferração, 2010).

Por sua vez, a 2ª hipótese, pretendia comprovar que tanto as mulheres como os seus filhos apresentam sintomatologia de PSST e que esta está diretamente associada à PSPT dos AC. No Questionário de Trauma Secundário, no que diz respeito aos filhos dos militares (n=34), 50% (n=17) apresentou valores abaixo do *cutoff value* e outros 50% (n=17) apresentou valores acima do *cutoff value*. Por outro lado, uma grande maioria das mulheres (82.6%; n=19); apresenta valores significativos para Trauma Secundário, enquanto apenas 17.4% (n=4) não apresenta sintomatologia para esta perturbação. No entanto, foi possível confirmar que não existe uma associação significativa entre os sintomas de PSPT dos AC e a sintomatologia de PSST dos cônjuges e dos filhos. Tal como foi referido, esta hipótese foi apenas parcialmente confirmada.

Em Portugal, existem poucos estudos sobre a PSST e os realizados referem-se às mulheres dos veteranos. Estes referem que as esposas dos veteranos de guerra portugueses, demonstram sintomas de trauma intergeracional e um elevado nível tanto de ansiedade como de depressão (Oliveira, 2008; Pereira & Monteiro-Ferreira, 2006). Foi também realizado um

estudo com as esposas dos veteranos e os seus descendentes, no qual não se encontrou sintomatologia de PSST nos filhos dos veteranos, apenas nas esposas. Aqui as esposas poderão ser vistas como protetoras dos filhos, protegendo-os do stresse traumático do pai, tal como poderá ter acontecido no presente estudo (Oliveira, 2008). Pereira e Ferreira (2006), realizaram um estudo igualmente em Portugal, onde avaliaram a presença de PSST em cônjuges de antigos combatentes portugueses da Guerra Colonial e concluíram que 78% das companheiras dos militares apresentavam sintomatologia de PSST, o que também se verificou na investigação realizada. No entanto, as investigações da PSST são um pouco controversas, isto porque apenas alguns dos estudos verificam a existência de um trauma intergeracional, enquanto outros não relatam qualquer evidência de trauma secundário (Van Ijzendoorn et al., 2003; Dekel et al., 2013).

Por último, a 3ª hipótese que se baseava na premissa de que a presença de sintomatologia de PSPT nos pais poderia estar diretamente associada a um défice na vinculação dos filhos. Tal como foi possível verificar, não existem associações significativas entre os sintomas de PSPT e a vinculação dos filhos, logo a hipótese não se confirma. No entanto é possível verificar que os filhos dos antigos combatentes apresentam valores mais baixos na dimensão “Ansiedade”, sendo que a mesma se refere ao grau de ansiedade sentida pelo sujeito perante questões interpessoais de receio de abandono ou de não ser estimado e valores mais elevados na dimensão “Proximidade dos Outros” que se refere ao facto de o indivíduo se confortável perante proximidade e intimidade.

PARTE V: CONCLUSÃO

5.1 – Conclusão

A realização do presente estudo teve como principal foco analisar a presença de sintomatologia de PSPT nos AC, a sua relação com a vinculação dos filhos e a transmissão de trauma intergeracional nos membros das famílias de AC de Guerra.

Tal como referido anteriormente, a primeira hipótese do nosso estudo tinha como objetivo apurar se os antigos combatentes de guerra apresentavam sintomatologia de PSPT. Com recurso ao PCL-5 foi possível constatar que 69.6% dos militares apresentam sintomatologia desta perturbação, o que confirmou a hipótese colocada e foi de encontro à revisão de literatura realizada. Quanto à segunda hipótese formada, a maioria das companheiras dos militares apresentaram níveis elevados de PSST, por outro lado, no que diz respeito aos filhos destes combatentes, somente metade apontou valores significativos da existência de sintomatologia desta perturbação. Contudo, não se verificou qualquer relação entre a PSPT dos militares e os sintomas de PSST dos familiares diretos. Por essa mesma razão, a hipótese foi parcialmente negada. Apenas com os instrumentos que foram utilizados no presente estudo não foi possível comprovar a explicação concreta para não existir uma correlação entre estas duas variáveis, no entanto poderão existir fatores sociodemográficos (como por exemplo, a idade avançada) e até individuais que explicariam a existência desta perturbação nos familiares dos AC. Também é possível partir do princípio de que não é apenas o quadro clínico de PSPT que é transmissível a nível intergeracional, mas também todas as suas comorbidades adjacentes. Também alguns fatores como individuais, sociais, organizacionais, comunitários e até relativos ao acontecimento traumático, podem ter influência na vulnerabilidade do indivíduo ao Stress Secundário Traumático (Pulido, 2007). No que diz respeito à última hipótese testada nesta investigação, a mesma sugeria que a existência de sintomatologia de PSPT nos pais estaria relacionada com um possível défice na vinculação dos filhos, o que não se comprovou e não foi encontrada nenhuma relação significativa entre a vinculação dos filhos e a PSPT dos militares.

Em suma, os resultados obtidos e analisados indicam que os militares (69.6%) apresentam Perturbação de Stresse Pós-Traumático, as companheiras e os filhos detêm sintomatologia de PSST, porém esta não está correlacionada com a PSPT dos AC e a vinculação dos filhos não é afetada pela PSPT dos Antigos Combatentes.

5.2 – Limitações

Na realização deste estudo foram identificadas algumas limitações que devem ser consideradas na interpretação dos resultados finais, entre as quais o tamanho reduzido da

amostra, que deve aumentar em estudos futuros para garantir resultados mais consistentes e precisos e, conseqüentemente, uma maior fiabilidade dos mesmos. Também o facto de os questionários apresentados serem de autorrelato foi visto como uma limitação, isto porque a sintomatologia descrita pode não corresponder na totalidade com a verdade, podendo assim ter influenciado os resultados.

Uma outra limitação remete para o Questionário de Trauma Secundário utilizado nesta investigação que ainda não se encontra validado para a população portuguesa e por essa mesma razão há uma ausência de valores normativos da população portuguesa. Devido a alguns militares apresentarem mais do que um filho, para ser possível emparelhar as famílias foi necessário “dobrar” o número de pais consoante o número de filhos, o que acabou por repetir os dados e poderá ter tido influência nas análises realizadas.

O facto do PCL-5 ter sido utilizado como medida de diagnóstico independente também foi visto como uma limitação ao longo do estudo, isto porque apenas com a junção de uma entrevista semiestruturada ao questionário de autorrelato, seria possível saber que os sintomas apresentados não têm outras explicações, como a dependência de substâncias ou uma condição médica em específico, por exemplo (Weathers et al., 2013).

5.3 – Estudos Futuros

As diversas situações adversas com que o ser humano se pode confrontar ao longo da sua vida podem ter um elevado impacto no seu funcionamento psicológico. Por exemplo, a vivência de acontecimentos traumáticos pode resultar em elevados níveis de stresse ou, simultaneamente, em crescimento individual (Tedeschi & Calhoun, 1996). Seria assim interessante analisar o impacto positivo que os eventos traumáticos podem ter na vida do indivíduo, atendendo que o ser humano pode crescer nas adversidades.

O crescimento pós-traumático (CPT) é um conceito desenvolvido por Tedeschi e Calhoun (1996) que enaltece as mudanças cognitivas positivas que os indivíduos podem experienciar como consequência de vivenciar este tipo de acontecimentos. Estes autores demonstram já a possibilidade de existir uma mudança positiva e um crescimento pessoal perante um acontecimento traumático – dando-lhe o nome de CPT. Seria interessante, por exemplo, realizar um estudo longitudinal com militares, avaliando-os em dois momentos distintos, na pré missão e pós missão e perceber se existiu algum impacto significativo e, simultaneamente, positivo. Por outro lado, também seria um acréscimo para a literatura realizar um estudo para avaliar o CPT nas famílias de militares que tenham sido expostos a um

acontecimento traumático. Isto recorrendo a alguns instrumentos como o PTGDI-50 – *Posttraumatic Growth and Depreciation Inventory*.

Referências

- Ainsworth, M. (1979). Attachment as related to mother-infant interaction. *Advances in the Study of Behavior*.
- Albuquerque, A. (1992). Distúrbios Pós-traumáticos de Stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*.
- Almaça, I. C. P. (2009). A Constelação Fraternal: Auto-estima, Padrão de Vinculação e Perceção da Práticas Parentais no Adolescente. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística Das Perturbações Mentais 5ª Edição*. Climepsi Editores. ISBN: 9789727963478
- 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*. <https://doi.org/10.1080/026990500413759>
- 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/ Psychologie Canadienne*. <https://doi.org/10.1037/h0086816>
- Beckham, J. C., Lytle, B. & Feldman, M. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5). 10.1037//0022-006x.64.5.1068
- Bee, H. & Boyd, D. (2011). *A criança em desenvolvimento*. 12ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas. 978-85-363-2527-9
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and initial psychometric evaluation. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/jts.22059>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II: Separation: anxiety and anger*. Basic Books. 0-465-09716-2

- Bowlby, J. (1982). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment (2nd ed.)*. Basic Books. 0-14-013837-4
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. Basic Books. 0-415-00640-6
- Bragança, A. & Campos, R. C. (2010). Estilos de vinculação amorosa e experiências relacionais na infância de cariz disfuncional: um estudo com uma amostra de estudantes universitários.
- Brewin, C. R., Andrews, B. & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5). <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.748>
- Caldeira, C. (2011). Programa de Intervenção: Perturbação de Stress Pós-Traumático. Psicologia: O Portal dos Psicólogos.
- Calhoun, L. G. & Tedeschi, R. G. (2012). *Posttraumatic Growth in Clinical Practice*. <https://doi.org/10.4324/9780203629048>
- Canavarro, M. C. (1997). Relações afectivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental. Dissertação de doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Canavarro, M., Dias, P. & Lima, V. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: Uma Revisão Crítica a Propósito da Aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na População Portuguesa. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.381>
- Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-gouveia, J. (2020). Portuguese Version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of Latent Models and Other Psychometric Analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 76(7) 1267-12-82. <http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22930>
- Catherall, D. R (1998). Treating Traumatized Families. In C.R., Figley (Eds.). *Burnout in Families: The Systemic Costs of Caring*. CRC Press.
- Cervantes, G. V., Schuelter-Trevisol, F. & Jornada, L. K. (2013). Transtorno de estresse pós-traumático em vítimas de violência. *Revista Brasileira Clínica Médica*.

- Collins, N., & Read, S. (1990). Adult attachment relationships, working models and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58. doi: 10.1037/0022-3514.58.4.644
- Corwin, P. A. (1980). An exploratory study of stress in marital relationships and life style of missile launch officers. *The Journal of Social Psychology*, 111(2).
- Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2008). *Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. The Guilford Press. 1572308265
- Cunha, S. (2007). Distúrbio de estresse pós-traumático em acidentes de viação: consequências psicológicas.
- Daud, A., Skoglund, E. & Rydelius, P. A. (2005). Children in families of torture victims: transgenerational transmission of parents' traumatic experiences to their children. *International Journal of Social Welfare*, 14. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2005.00336.x>
- 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. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2001.00897.x>
- Dekel, S., Solomon, Z. & Rozen, E. (2013). Secondary salutogenic effects in veterans whose parents were Holocaust survivors? *Journal of Psychiatric Research*, 47, 266–271. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2012.10.013>
- Dougall, A. & Baum, A. (2011). Stress, Health, and Illness. In Baum, A., Revenson, T. & Singer, J. *Handbook of Health Psychology*. Routledge.
- Durand, V. & Barlow, D. (2010). *Essentials of Abnormal Psychology*. (5o ed). Wadsworth: Cenage Learning. 978-1-305-09414-7
- Eizirik, M., Schestatsky, S., Knijnik, L., Terra, L., & Ceitlin, L. (2006). Contratransferência e trauma psíquico. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 28(3).

- Ferrajão, P. (2010). A experiência em missões internacionais de paz: Estudo do funcionamento mental e coesão grupal nos militares da GNR. *Revista de Psicologia Militar*, 19.
- Figley, C. R. (1998). Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. In C. R. Figley (Ed.), *Burnout in families: The systemic cost of caring, Innovations in Psychology*. CRC Press. ISBN: 1574440470
- Figley, C.R. (1995). Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists. In Mikesell, R.H., Lusteran, D. & McDaniel S. (Eds.). *Integrating family therapy: Handbook of family psychology and systems theory*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10172-033>
- Foy, D. W., Resnick, H. S., Sippelle, R. C. & Carroll, E. M. (1987). Preliminary, military and postmilitary factors in the development of combat related stress disorders. *The Behaviour Therapist*.
- Fraess-Phillips, A., Wagner, S. & Harris, R. L. (2017). Firefighters and traumatic stress: A review. *International Journal of Emergency Services*, 6(1). <https://doi.org/10.1108/IJES-10-2016-0020>
- Fraley, R. C. (2002). Introduction to the special issue: The psychodynamics of adult attachments – Bridging the gap between disparate research traditions. *Attachment & Human Development*. <https://doi.org/10.1080/14616730210154180>
- Friedman, M. (2009). *Transtorno de estresse agudo e pós-traumático: As mais recentes estratégias de avaliação e tratamento* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed. 9788536319131
- Guedeney, N., & Guedeney, A. (2004). *Vinculação: conceitos e aplicações*. CLIMEPSI.
- Guerreiro, D., Brito, B., Batista, J., Galvão, F. (2007). Stress Pós-traumático. Os mecanismos do trauma. *Acta Médica Portuguesa*.
- Javidi, H., & Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic stress disorder. *The international journal of occupational and environmental medicine*.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical psychology review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.017>

- Joseph, S., Williams, R. & Yule, W. (1997). *Understanding posttraumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. 10.1017/S1352465800213131
- Keane, T. M., Marshall, A. D., & Taft, C. T. (2006). Posttraumatic stress disorder: etiology, epidemiology, and treatment outcome. *Annual Review of Clinical Psychology*.
- Krans, J., Näring, G., Becker, E. S., & Holmes, E. A. (2009). Intrusive Trauma Memory: a review and functional analysis. *Applied Cognitive Psychology*, 23, 1076-1088. <https://doi.org/10.1002/acp.1611>
- LeBouthillier, D., McMillan, K., Thibodeau, M., & Asmundson, G. (2015). Types and Number of Traumas Associated With Suicidal Ideation and Suicide Attempts in PTSD: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. *Journal of Traumatic Stress*. <https://doi.org/10.1002/jts.22010>
- Machado, T. S. (2004). Vinculação e comportamentos anti-sociais. In A. C. Fonseca (Ed). *Comportamento anti-social e crime. Da infância à idade adulta*. Almedina.
- Maia, A. & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da Perturbação Pós-Stress Traumático (PTSD) e Avaliação da Resposta ao Trauma. In Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção*. Climepsi Editores.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (2000). *Metodologia científica*. Atlas.
- Margarido A. V. (2017). A Perturbação de Stress Traumático Secundário nas esposas dos ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa: Psicopatologia, *coping* e estilos de vinculação. Instituto Superior Miguel Torga.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: fundamentos teóricos, software e aplicações*. 978-989-96763-1-2
- Matsakis, A. D. (1996). *Vietnam Wives: Facing the challenges of life with Veterans Suffering Post-Traumatic Stress*. The Sidran Press. 9781886968004
- McCann, L., & Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization. A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3. <https://doi.org/10.1007/BF00975140>

- Moreira, M. E. P. (2004). Os Vínculos Afetivos na Toxicodependência: um Estudo Exploratório. Universidade Fernando Pessoa.
- Morton, N. & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: A review. *Child abuse & neglect*, 22(11). [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00088-X](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00088-X)
- Motta, R. W. & Joseph, J. M. (1998). The Secondary Trauma Questionnaire.
- Neller, D. J., Denney, R. L., Pietz, C. A., & Thomlinson, R. P. (2005). Testing the trauma model of violence. *Journal of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-005-3651-z>
- Nelson, B., & Wright, D. (1996). Understanding and treating posttraumatic stress disorder symptoms in female partners of veterans with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22(4). <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1996.tb00220.x>
- Nye, E. C., Katzman, J., Bell, J. B., Kilpatrick, J., Brainard, M., & Haaland, K. Y. (2008). Attachment organization in Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Attachment & Human Development*, 10(1). <https://doi.org/10.1080/14616730701868613>
- Oliveira, S. M. (2008). Traumas da guerra: Traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PTSD [War traumas: Secondary traumatization in families of veterans of Colonial War with PTSD]. Tese de Mestrado, Área de especialização em Stress e Bem-Estar: Universidade de Lisboa, Portugal: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Organização Mundial da Saúde (2022). *11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11)*.
- Parke, R. D. (2004). Development in the Family. *Annual Review of Psychology*, 55. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141528>
- Pedras, S. & Pereira, M. G. (2014). Secondary Traumatic Stress Disorder in War Veterans' Adult Offspring. <https://doi.org/10.1080/21635781.2013.845520>
- 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*. Climepsi Editores. ISBN: 9789727960873

- Pereira, M. G., & Monteiro-Ferreira, J. (2006). Variáveis psicossociais e traumatização secundária em mulheres de ex-combatentes da guerra colonial [Psychosocial variables and secondary traumatization in spouses of veterans of colonial war]. In P. J. Costa, C. L. Pires, J. Veloso, & C. L. Pires (Org.), *Stresse pós traumático: Modelos abordagens e práticas*. Editorial Presença e Adfa.
- Pereira, M. G., Pedras, S., Lopes, C., Pereira, M. & Machado, J. (2010). PTSD, psicopatologia e tipo de família em combatentes de guerra colonial portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19.
- Pinto, A., Gonçalves, S. & Lima, M. (2012). Stress e Trauma, Continuidades e Descontinuidades: Para uma Reflexão sobre a PPST. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13.
- Pritchard, M. (1988). Trauma and Its Wake Vol. II: Traumatic Stress Theory, Research and Intervention. Edited by Charles R. Figley. New York: Raven Press. 1987. *British Journal of Psychiatry*, 152(1). doi:10.1192/S0007125000138073
- Pulido, M. L. (2007). In Their Words: Secondary Traumatic Stress in Social Workers responding to the 9/11 Terrorist Attacks in New York City. *Social Work*, 52 (3).
- Ramos, C. H., Servet, V. M., & Otón, J. P. C. (2014). El maltrato psicológico. Causas, consecuencias y criterios jurisprudenciales. El problema probatorio. *Aequitas*.
- Resick, P. (2000). Prevalence of traumatic stress and related disorders. In, P. Resick, *Stress and Trauma*. Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781315820125>
- Riggs, D. & Foa, E. (2004). Posttraumatic Disorders. In C. Spielberger (Ed.). *Encyclopedia of Applied Psychology*. Elsevier Academic Press.
- 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*. <https://doi.org/10.1023/A:1024409200155>
- Riviere, L. A., & Merrill, J. C. (2010). The impact of combat deployment on militar families. In A. B. Adler, P. D. Bliese & C. A. Castro (Eds.), *Deployment psychology: Evidence-based strategies to promote mental health in the militar*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12300-005>

- Rodrigues, A., Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabelreira, C. & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados de infância, estilo de vinculação e qualidade de relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes.
- Rosenheck, R. (1986). Impact of posttraumatic stress disorder of World War II on the next generation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174 (6), 319-327. <https://doi.org/10.1097/00005053-198606000-00001>
- Santos, S. (2014). Perturbação de Stress Pós-Traumático em Ex-Combatentes. *Revista de Psicologia Militar*, 23.
- Sarreira, M. (2016). O Complexo Memorial ao Combatente Português em Belém: Um Lugar de Reconciliação?. ISCTE-IUL – Instituto Universitário de Lisboa.
- Shalev, A. Y. (2000). PTSD diagnosis, history and life course. In D. Nutt, J. R. T. Davidson, & J. Zohar (Eds.), *PostTraumatic Stress disorder: Diagnostic, management and treatment*. 978-1-84184-720-7
- Shalev, A., Liberzon, I., & Marmar, C. (2017). Post-traumatic stress disorder. *The New England Journal of Medicine*, 376(25), 2459-2469.
- Socci, V., Rossi, R., Talevi, D., Crescini, C., Tempesta, D. & Pacitti, F. (2020). Sleep, stress and trauma. *Journal of psychopathology*, 26, 92-98. 10.36148/2284-0249-375
- Souza, W. F. (2007). Sintomas de estresse pós-traumático em militares brasileiros em missão de paz no Haiti.
- Suozzi, J. M. (1998). Combat exposure and the inter-generational transfer of trauma symptoms. Hofstra Univer.
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. (2004) Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry: An International Journal for the Advancement of Psychological Theory*. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Tedeschi, R. G. & Calhoun, L. G. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 455–471. <https://doi.org/10.1007/BF02103658>

- Toblin, R. L., Riviere, L. A., Thomas, J. L., Adler, A. B., Kok, B. C., & Hoge, C. W. (2012). Grief and physical health outcomes in US soldiers returning from combat. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.048>
- Valent (2002). Diagnosis and treatment of helper stresses, traumas, and illnesses. In C.R., Figley (Ed.). *Treating Compassion Fatigue*. Brunner-Routledge. 1-58391-053-0
- Valentine, P. (2003). Trauma: Definição, Diagnóstico, Efeitos e Prevalência. In Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, J. *Stress Traumático: Aspectos Teóricos e Intervenção*.
- Van Ijzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Sagi-Schwartz, A. (2003). Are children of Holocaust survivors less well-adapted? No meta-analytic evidence for secondary traumatization. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 459–469. <https://doi.org/10.1023/A:1025706427300>
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Vale & Vale Editores, Lda. 972-8652-15-1
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P. & Schnurr, P. P. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- 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. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.1999.00638.x>
- Wimalawansa, S. J. (2014). Causes and Risk Factors for Post- Traumatic Stress Disorder: the Importance of Right Diagnosis and Treatment. *Asian Journal of Medical Sciences*. <https://doi.org/10.3126/ajms.v5i2.8537>
- World Health Organization Geneva (1989) *CID-10 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Artmed.
- Zimerman, D.E. (2004). *Manual de técnica psicanalítica. Uma revisão*. Porto Alegre: Artmed Editora. 978-85-363-1531-7

Zulueta, F. (2006). The treatment of psychological trauma from the perspective of attachment research. *Journal of Family Therapy*, 28, 334-351. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2006.00356.x>

ANEXOS

Anexo A – Protocolo de Recolha de Dados



Código Partic.
C/F _____



APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O impacto da guerra/missões de paz na saúde mental dos militares está descrito na literatura. No contexto português, os dados evidenciam que os veteranos da guerra colonial e os militares participantes em missões de paz internacional tendem a apresentar problemas psicológicos como transtorno de stresse pós-traumático, depressão e ansiedade. Os efeitos prejudiciais da guerra repercutem-se ainda em termos do funcionamento interpessoal destes combatentes, sobretudo ao nível familiar, estando reportadas implicações relativas à intimidade e comunicação, satisfação e estabilidade matrimonial, competências parentais, entre outras. Alguns estudos desenvolvidos junto das famílias destes militares apontam para a presença de sintomatologia e problemas de saúde mental nas mulheres e filhos, resultantes da interação continuada com os militares.

Convidamo-lo/a a participar no estudo **“Transmissão intergeracional do trauma: um estudo com famílias de militares e ex-militares portugueses”**, que está a ser desenvolvido por uma equipa do CIP – Centro de Investigação em Psicologia, na Universidade Autónoma de Lisboa, em parceria com a Liga dos Combatentes. Estudos como este, em que agora o/a convidamos a participar, pretendem contribuir para melhor ajudarmos os militares e suas famílias.

Assim, este questionário tem por objetivos: a) Analisar a relação entre sintomas de Perturbação de Stresse Pós-traumático dos combatentes de guerra/militares e a saúde mental das suas companheiras e dos seus descendentes; b) Avaliar os mecanismos subjacentes à transmissão do trauma, determinando o papel das variáveis regulação emocional e memórias relacionadas com as práticas parentais na infância; c) Compreender o impacto da Perturbação de Stresse Pós-traumático na dinâmica familiar.

O estudo decorre em duas etapas: na 1ª etapa o/a militar e a sua família preencherão os questionários; na 2ª etapa será feita uma entrevista individual (elementos adultos da família).

Este questionário destina-se a familiares de militares/ex-militares. Toda a informação fornecida será mantida anónima e confidencial. Só o responsável pela recolha dos dados conhecerá o código atribuído a cada família. Apenas os resultados globais da investigação serão tornados públicos, em apresentações ou publicações de carácter científico, preservando sempre o anonimato dos participantes. A participação neste questionário ou a recusa em o fazer não irá beneficiar ou prejudicar diretamente o acompanhamento ou o tratamento que o militar/ex-combatente e família recebem ou irão receber. Em qualquer momento pode desistir da sua participação e solicitar junto do investigador que a informação por si fornecida seja removida e eliminada deste estudo.

CONSENTIMENTO INFORMADO PARA A RECOLHA E TRATAMENTO DE DADOS PESSOAIS

Declaro que compreendi os objetivos deste estudo, que a informação por mim fornecida será mantida confidencial e apenas utilizada de forma anónima para fins de investigação científica. Compreendi que em qualquer momento posso abandonar a minha participação neste estudo e solicitar junto do investigador a eliminação da informação por mim fornecida. Sei que está prevista a realização de duas recolhas de dados. Compreendi que a participação neste estudo, ou a recusa em o fazer, em nada irá afetar o tratamento ou a forma como eu e a minha família temos sido atendidos. Tive oportunidade de colocar e esclarecer todas as dúvidas que tinha sobre esta investigação.

1- IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO TRATAMENTO DOS DADOS

Cooperativa de Ensino Universitário, C.R.L. (CEU, C.R.L.) entidade instituidora da Universidade Autónoma de Lisboa, Rua de Santa Marta 47 2º 1150-293 Lisboa, NIF: 501641238
onunes@autonoma.pt



Coordenadora da Investigação: Rute Brites, e-mail: rbrites@autonoma.pt

2- QUE DADOS RECOLHEMOS E CATEGORIAS DE TITULARES DOS DADOS

Dados dos participantes: Sexo, idade, escolaridade, estado civil, número filhos, relação de Parentesco, situação profissional, profissão, dados relativos à vida militar, EMBU, PCL-5

3- FUNDAMENTO JURÍDICO

Consentimento.

4- O QUE FAZEMOS COM OS SEUS DADOS (FINALIDADES)

Investigação sobre "Transmissão intergeracional do trauma: um estudo com famílias de militares e ex-militares portugueses".

5- DURANTE QUANTO TEMPO ARMAZENAMOS OS SEUS DADOS

Os seus dados deixarão de ser tratados com a finalidade da investigação, logo que o Titular dos Dados retire o seu consentimento ou cinco anos após o fim do estudo.

7 – TRANSFERÊNCIA PARA PAÍSES TERCEIROS

A Cooperativa de Ensino Universitário garante o cumprimento do regulamento.

8 – TRATAMENTO DOS DADOS

Não serão objeto de tratamento para decisões individuais automatizadas, nem para definição de perfis.

9 – MEDIDAS IMPLEMENTADAS PARA PROTEÇÃO DOS SEUS DADOS CONTRA O ACESSO, A ALTERAÇÃO OU A DESTRUIÇÃO NÃO AUTORIZADA

A Cooperativa de Ensino Universitário toma as precauções necessárias e legalmente exigidas para garantir a proteção da informação recolhida junto dos Titulares dos Dados. Entre outras, estão implementadas as seguintes medidas técnicas e organizacionais para garantir a segurança e confidencialidade dos dados pessoais: segurança física (através de controlo de acessos), separação lógica dos registos, passwords de acesso e níveis de acesso, *firewalls* e programas antivírus.

10 – OS SEUS DIREITOS

Todos os dados pessoais são tratados de acordo com os termos do previsto no Regulamento UE 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho, tendo os titulares dos dados pessoais direito de aceder, livremente e sem restrições, confirmando, retificando, apagando ou bloqueando os dados que hajam facultado, bem como o direito à portabilidade e à limitação do tratamento no que disser respeito ao Titular dos Dados, ou do direito de se opor ao tratamento, podendo exercê-lo por escrito, pessoalmente nas nossas instalações ou através do email onunes@autonoma.pt, sem qualquer encargo. O Titular dos dados tem o direito de retirar o seu consentimento a qualquer altura, devendo para o efeito contactar-nos através do endereço onunes@autonoma.pt

O Titular dos Dados tem o direito de apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados ou a qualquer outra autoridade de controlo.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____ Investigador Responsável: _____

Anexo B – Questionário de dados Sociodemográfico e Militar



Questionário Sociodemográfico e Militar

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____ anos

3. **Estado Civil:**

Solteiro(a)

Casado(a)/Vive com companheiro(a)

Divorciado(a)/Separado(a)

Outra Situação (qual?): _____

4. **Com quem vive?** _____

5. **Quantos filhos tem?** _____ **Destes, quantos vivem consigo?** _____

6. **Habilitações Literárias:**

Sem escolaridade, mas sabe ler e escrever

1º ciclo (Primária)

2º ciclo (6º Ano)

3º ciclo (9º ano)

Secundário (12º Ano)

Curso Profissional

Ensino Superior

Outro: _____

7. **Profissão:** _____

8. **Situação Laboral:**

Ativo(a)

- Desempregado(a)
 Reformado(a)
 Outra _____

9. Ramo das Forças Armadas:

- Exército Marinha Força Aérea

10. **Situação:** QP – Ativo Contratado Disponibilidade

11. **Posto:** Oficial Sargento Praça

12. **Especialidade militar:** _____

13. Comissões cumpridas (zonas de guerra/ teatro de operações):

1ª Comissão: Local _____ Tempo (em meses): _____
2ª Comissão: Local _____ Tempo (em meses): _____
3ª Comissão: Local _____ Tempo (em meses): _____
4ª Comissão: Local _____ Tempo (em meses): _____

14. **Prestação de Serviço Militar:** Obrigatória Voluntária

15. Já teve ou tem acompanhamento ao nível da saúde mental?

- Psiquiatria Psicologia Nunca tive

Se sim, em que período (durante quanto tempo?) _____

16. Toma atualmente medicamentos para ajudar a sua saúde mental?

- Não Sim

Se sim, qual(is)? _____

17. Que acontecimentos ou situações mais o afetaram durante a vida militar:

Anexo C – Questionário de dados Sociodemográficos Familiar



Questionário Sociodemográfico (Familiar)

1. **Sexo:** Masculino Feminino

2. **Idade:** _____ anos

3. **Estado Civil:**

Solteiro(a)

Casado(a)/Vive com companheiro(a) É o primeiro casamento? Não Sim

Divorciado(a)/Separado(a)

Outra Situação (qual?): _____

4. **Posição na família:**

Filho(a)

Mulher/companheira

Outra (qual) _____

5. **Tem filhos?** Não Sim Se sim, quantos? _____
Quantos vivem consigo? _____

6. **Habilitações Literárias (no caso de ainda frequentar, indique o ciclo que frequenta):**

Sem escolaridade, mas sabe ler e escrever

1º ciclo (Primária)

2º ciclo (6º Ano)

3º ciclo (9º ano)

Secundário (12º Ano)

Curso Profissional

Ensino Superior

Outro: _____

7. Profissão (no caso de não ser estudante): _____

8. Situação Laboral (caso se aplique):

- Ativo(a)
- Desempregado(a)
- Reformado(a)
- Outra _____

9. Já teve ou tem acompanhamento ao nível da saúde mental?

- Psiquiatria
- Psicologia
- Nunca tive

Se sim, em que período (durante quanto tempo?) _____

10. Toma atualmente medicamentos para ajudar a sua saúde mental?

- Não
- Sim

Se sim, qual(is)? _____

11. Recorda alguns acontecimentos ou situações da vida militar do seu familiar que o tenham afetado, durante a sua vida. Qual(is)?

Anexo D – Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist DSM-5 (PCL-5)



Versão Portuguesa da PCL-5

(Versão Portuguesa de Teresa Carvalho*, Carolina da Motta, & José Pinto-Gouveia, 2020)

Seguidamente, encontra-se uma lista de problemas que as pessoas, por vezes, apresentam em resposta a uma experiência indutora de muito stresse. Por favor, leia com atenção cada problema descrito, assinalando com um círculo o algarismo da direita que indica o grau em que foi afetado/a por esse problema no último mês.

No último mês, em que grau foi afetado/a por:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Memórias repetidas, perturbadoras e indesejadas sobre a situação indutora de stresse?	1	2	3	4	5
2. Sonhos perturbadores e repetidos sobre a situação indutora de stresse?	1	2	3	4	5
3. Agir ou sentir repetidamente, como se a situação indutora de stresse estivesse realmente a acontecer de novo (revivê-la como se estivesse realmente no passado)?	1	2	3	4	5
4. Sentir-se muito perturbado(a) quando algo o(a) faz recordar a situação indutora de stresse?	1	2	3	4	5
5. Ter reações físicas intensas (ex.: palpitações, alterações da respiração, suores) quando algo o(a) faz recordar a situação indutora de stresse?	1	2	3	4	5
6. Evitar memórias, pensamentos ou sentimentos relacionados com a situação indutora de stresse?	1	2	3	4	5
7. Evitar estímulos externos (ex.: pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos ou situações) que o(a) façam recordar a situação indutora de stresse?	1	2	3	4	5
8. Dificuldade em recordar aspetos importantes da situação indutora de stresse?	1	2	3	4	5
9. Ter fortes crenças negativas acerca de si, dos outros ou do mundo (ex.: ter pensamentos como: "sou mau", "existe em mim algo muito errado", "não posso confiar em ninguém", "o mundo é absolutamente perigoso")?	1	2	3	4	5
10. Culpar-se a si próprio(a) ou outras pessoas pela situação indutora de stresse ou pelas suas consequências?	1	2	3	4	5
11. Ter fortes sentimentos negativos, tais como, medo, raiva, horror, culpa ou vergonha?	1	2	3	4	5
12. Perda de interesse por atividades que anteriormente gostava?	1	2	3	4	5
13. Sentir-se distante ou afastado das outras pessoas?	1	2	3	4	5
14. Dificuldade em experienciar sentimentos positivos (ex.: ser incapaz de sentir felicidade ou de ter sentimentos de amor em relação às pessoas que lhe são próximas)?	1	2	3	4	5



No último mês, em que grau foi afetado por:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
15. Comportamento irritável, ter acessos de raiva, ou agir de forma agressiva?	1	2	3	4	5
16. Correr demasiados riscos ou fazer coisas que podem prejudica-lo(a)?	1	2	3	4	5
17. Estar "superatento(a), vigilante ou em sentido de alerta?	1	2	3	4	5
18. Sentir-se apreensivo(a)/nervoso(a) ou facilmente assustado(a)/sobressaltado(a)?	1	2	3	4	5
19. Ter dificuldade em concentrar-se?	1	2	3	4	5
20. Dificuldade em adormecer ou em manter-se a dormir?	1	2	3	4	5

Muito obrigada pela colaboração!

Anexo E – Escala de Trauma Secundário



Questionário de Trauma Secundário

Agora, pedimos-lhe que pense na situação da vida militar do seu familiar que o/a afetou. Nos itens abaixo, escreva o número (de 1 a 5) que melhor descreve como se sente e o que pensa sobre o evento que mencionou acima.

	Raramente / Nunca	Por vezes	Não tenho a certeza	Muitas vezes	Quase sempre
1. Não tenho a certeza se me obrigo a evitar certos pensamentos ou sentimentos que me lembram as dificuldades do meu pai/da minha mãe.	1	2	3	4	5
2. Dou por mim a evitar certas atividades ou situações porque elas me lembram dos seus problemas.	1	2	3	4	5
3. Tenho dificuldade em adormecer e/ou em manter o sono.	1	2	3	4	5
4. Assusto-me facilmente.	1	2	3	4	5
5. Tenho <i>flashbacks</i> (imagens ou memórias vívidas indesejadas) relacionadas com os seus problemas.	1	2	3	4	5
6. Tenho medo de coisas que ele/ela me disseram ou fizeram.	1	2	3	4	5
7. Tenho sonhos perturbadores semelhantes aos seus problemas.	1	2	3	4	5
8. Tenho pensamentos intrusivos e indesejados sobre os seus problemas.	1	2	3	4	5
9. Perco o sono com pensamentos relacionados com as suas experiências.	1	2	3	4	5
10. Penso que possa ter sido afetado negativamente pelas suas experiências.	1	2	3	4	5
11. Sinto-me “no limite” e em sofrimento e isto pode estar relacionado com os pensamentos sobre o seu problema	1	2	3	4	5
12. Já desejei poder evitar lidar com o meu pai/mãe	1	2	3	4	5
13. Tenho dificuldade em recordar aspetos específicos e detalhes sobre as suas dificuldades	1	2	3	4	5
14. Dou por mim a perder o interesse em atividades que me costumavam trazer prazer	1	2	3	4	5
15. Sinto cada vez mais dificuldade em ter sentimentos calorosos e positivos pelos outros.	1	2	3	4	5
16. Sinto que sou menos claro(a) e otimista sobre minha vida futura do que era antes.	1	2	3	4	5
17. Tenho tido alguma dificuldade em concentrar-me.	1	2	3	4	5
18. Sentir-me-ia ameaçado(a) e vulnerável se tivesse passado pelo que o meu pai/ a minha mãe passou.	1	2	3	4	5
19. Teria experienciado horror ou medo intenso se eu tivesse os seus problemas.	1	2	3	4	5
20. Tenho lembranças perturbadoras e pensamentos intrusivos sobre as suas experiências.	1	2	3	4	5

Anexo F – Escala de Vinculação do Adulto (EVA)



Escala de Vinculação do Adulto

(EVA – M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale* – R; Collins & Read, 1990)

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e **assinale o grau** em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afetivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afetivamente envolvido com um parceiro/a, responda de acordo com o que sentiria nesse tipo de situação.

		Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1.	Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	1	2	3	4	5
2.	Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros	1	2	3	4	5
3.	Costumo preocupar-me com a possibilidade das minhas parceiras não gostarem verdadeiramente de mim.	1	2	3	4	5
4.	As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	1	2	3	4	5
5.	Sinto-me bem dependendo dos outros.	1	2	3	4	5
6.	<u>Não</u> me preocupo pelo facto de as pessoas se aproximarem muito de mim	1	2	3	4	5
7.	Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	1	2	3	4	5
8.	Sinto-me de alguma forma desconfortável quando me aproximo das pessoas.	1	2	3	4	5
9.	Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	1	2	3	4	5
10.	Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	1	2	3	4	5
11.	Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	1	2	3	4	5
12.	Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	1	2	3	4	5
13.	Fico incomodado quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	1	2	3	4	5
14.	Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas	1	2	3	4	5
15.	Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser maçoado(a)	1	2	3	4	5
16.	Acho difícil confiar completamente nos outros.	1	2	3	4	5
17.	Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	1	2	3	4	5
18.	Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	1	2	3	4	5