

REFERÊNCIAS

- American Psychiatry Association (1994). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª Ed. Texto revisto). Climepsi Editores: Lisboa.
- Duarte, M. (2009). *A empatia e a compaixão como objectos de estudo na formação médica*. Manuscrito não publicado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Franciskovic, T., Stevanovic, A., Jelusic, I., Roganovic, B., Klaric, M., Grkovic, J. (2007). Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croat med J.*, 48, 177-184.
- Goff, B. & Smith, D. (2001). *Systemic traumatic stress: the couple adaptation to traumatic stress model*. Manuscrito não publicado, Kansas State University.
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional* (12ªEd). Lisboa: Temas e Debates.
- Mikulincer, M., Florian, V., Solomon, Z. (1995). Marital intimacy, family support, and secondary traumatization: a study of wives of veterans with combat stress reaction. *Anxiety, stress and coping*, 203-213.
- Moreira, V. (2009). Da empatia à compreensão do lebenswelt (mundo vivido) na psicoterapia humanista-fenomenológica. *Revista Latinoamericana de psicopatologia fundamental*, 1, 59-70.
- O'Brien, K. (2004). The intergenerational transference of post-traumatic stress disorder amongst children and grandchildren of Vietnam veterans in australia: an argument for a genetic origin. *Centre for social change research queensland university of technology*, 1-13.
- Oliveira, M., Falcone, E., Ribas, R. (2009). A avaliação das relações entre a empatia e a satisfação conjugal: um estudo preliminar. *Interacção em psicologia*, 13, 287-298.
- Pereira, M., & Ferreira, J., (2003). *Stress Traumático, Aspectos teóricos e intervenção* (1ª Ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Perry, B., (2003). The cost of caring, secondary traumatic stress and the impact of working with high-risk children and families. *The childtrauma academy*, 2-17.
- Zarrabi, H., Najafi, K., Shirazi, M., Farahi, H., Nazifi, F., Tadrissi, M. (2008). The impact of posttraumatic stress disorder on partner of iranian veterans. *Acta medica iranica*, 2, 121-124.

REVISTA DE PSICOLOGIA MILITAR

N.º 19 – 2010

PP. 211 a 232

**PTSD, PSICOPATOLOGIA E TIPO DE FAMÍLIA
EM VETERANOS DE
GUERRA COLONIAL PORTUGUESA**

M. Graça Pereira⁵², Susana Pedras⁵³, Cristiana Lopes⁵⁴,
Marta Pereira⁵⁵ e José Machado⁵⁶

Resumo

Passados mais de 30 anos, após a Guerra Colonial Portuguesa, poucos dados existem acerca da prevalência de perturbações psicológicas crónicas resultantes dessa vivência na guerra colonial. Nesse sentido, o objectivo deste estudo consistiu na avaliação do diagnóstico de PTSD, psicopatologia e funcionamento familiar em 230 veteranos de guerra colonial.

Os instrumentos utilizados foram a Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT), Brief Symptoms Inventory (BSI) e Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III) nas suas versões portuguesas.

Os resultados demonstraram que 39.5% preenchem os critérios de diagnóstico de PTSD, 81% apresentavam perturbação emocional e 72% pertenciam a famílias com elevado grau de disfuncionamento familiar (tipo extremas). Os resultados revelam a importância de programas de intervenção eficazes dirigidos ao veterano e família.

52 Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

53 Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

54 Hospital de Braga, Departamento de Psiquiatria.

55 Escola de Psicologia, Universidade do Minho.

56 Escola de Ciências Sociais, Universidade do Minho.

INTRODUÇÃO

Em Portugal, estima-se que cerca de um milhão de jovens portugueses cumpriram o serviço militar obrigatório, nos anos de 1961 e 1975, nas províncias de Angola, Guiné e Moçambique, na chamada Guerra Colonial Portuguesa. Trinta e quatro anos passaram desde o final da guerra e poucos dados existem sobre a prevalência das perturbações psicológicas crónicas resultantes da experiência de guerra nos veteranos portugueses.

No que diz respeito à população dos veteranos de guerra, Foy *et al.*, (1987) verificaram que 25 a 30% dos veteranos de guerra do Vietname, com baixa exposição a situações de combate, desenvolveram PTSD contra 70% dos veteranos envolvidos em situações ameaçadoras, como o ser ferido, presenciar a morte de civis e estar exposto ao grotesco e a atrocidades. De facto, o presenciar a morte de colegas é considerado um factor grande de vulnerabilidade para o desenvolvimento desta perturbação (Solkoff, *et al.*, 1986, cit in Maia & Fernandes, 2003). De acordo com o *National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NVVRS; Kulka *et al.*, 1990), um estudo epidemiológico realizado em 1984 com a população de veteranos de guerra do Vietname, revelou que cerca de 500 mil veteranos do Vietname sofriam de uma Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD) e perto de 1,7 milhões de veteranos desenvolveriam reacções ao stress clinicamente significativas durante a sua vida ou seja, 30,9% dos veteranos desenvolveriam PTSD ao longo da vida e 15% apresentavam PTSD na data do estudo. Também neste estudo se concluiu que quanto maior a exposição e a gravidade dos combates, maior a probabilidade de desenvolver PTSD. Relativamente aos soldados da guerra do Golfo Pérsico (1990-1992) são descritas prevalências de PTSD entre 8 a 16%, de 11% nos soldados americanos que combateram no Afeganistão e entre 15 e 17% nos soldados que estiveram no Iraque (Wolfe *et al.*, 1999; Hoge *et al.*, 2004; Kang *et al.*, 2003). Relativamente aos refugiados da Bósnia que se estabeleceram nos EUA, 65% sofriam de PTSD (Vaz Serra, 2003).

Em relação aos veteranos Portugueses, Albuquerque (1992) estimaram, tendo como referência os dados encontrados em veteranos da guerra do Vietname, que existam em Portugal cerca de 140 mil veteranos com perturbações psicológicas crónicas diversas. Albuquerque e Lopes (1997) desenvolveram um estudo, com 120 veteranos da Guerra Colonial Portuguesa com PTSD, onde verificaram que 84,2% dos veteranos apresentavam PTSD crónico, 98,2% da amostra apresentava patologia associada e 37,7% grau de incapacidade severa. Mais recentemente, Maia *et al.*, (2006), num estudo levado a cabo com uma amostra de 350 veteranos, verificaram que 39% dos

veteranos apresentavam PTSD e 56% morbidade psicológica. Num outro estudo, com 505 veteranos da guerra colonial, 43% apresentavam um quadro clínico de PTSD e 36% sintomas de PTSD (Pereira & Pedras, 2007).

O quadro clínico de PTSD, pela sua complexidade, dificilmente se manifesta de forma isolada. Cerca de 50% a 90% dos indivíduos com PTSD apresentam outras desordens (Yehuda & Wong, 2002 cit in Vaz Serra, 2003), destacando-se a ansiedade, fobias e a perturbação de pânico, depressão, dístimia, abuso de substâncias, problemas ao nível das relações interpessoais, problemas de saúde física e défices cognitivos (Joseph, Williams & Yule, 1997; Freedy & Donkervoet, 1995; Orsillo *et al.*, 1996; Albuquerque & Lopes, 1997).

Ao nível da morbidade psicológica (depressão e ansiedade), verifica-se que são ambas muito mais elevadas nos veteranos com PTSD do que nos veteranos sem PTSD, (Orsillo *et al.*, 1996, cit in Taft *et al.*, 2007). Aliás são vários os estudos que sugerem que o PTSD e a depressão major representam uma “vulnerabilidade conjunta” (Bresleau *et al.*, 2000; O’Donnell, Creamer & Pattison, 2004, cit in Green *et al.*, 2006), sendo o PTSD um factor de risco para o desenvolvimento da depressão e a depressão para o desenvolvimento de PTSD, ou seja, existe uma condição recíproca entre PTSD e depressão (Erickson *et al.*, 2001). No que diz respeito ao eixo II, também as perturbações de personalidade são comuns nos veteranos de guerra sendo as mais prevalentes: a perturbação paranoide, obsessiva-compulsiva, evitante, antisocial e borderline (Dunn *et al.*, 2004; Bollinger *et al.*, 2000).

A sintomatologia de PTSD exerce um efeito negativo nas relações interpessoais (Roberts *et al.*, 1982), mas também nas relações familiares (Jordan *et al.*, 1992), conjugais (Beckham, Lytle & Feldman, 1996) e nas capacidades parentais (Samper *et al.*, 2004). Os estudos sobre o funcionamento familiar têm-se debruçado sobretudo nas famílias dos veteranos de guerra do Vietname, mas não só, pois existem trabalhos desenvolvidos com as famílias dos veteranos da guerra de Israel, com as famílias dos veteranos que participaram na Operação Tempestade no Deserto e com as famílias de militares Alemães que participaram nas missões de paz (Solomon *et al.*, 1987; Solomon, 1988; Solomon *et al.*, 1992; Ford *et al.*, 1993; Waysman *et al.*, 1993; Ford *et al.*, 1998; Taft *et al.*, 2008; Dirkzwager *et al.*, 2005; Fairbank & Fairbank, 2005; Fals-Stewart & Kelley, 2005). Todas estas famílias têm como factor comum a presença de um veterano de guerra com PTSD e, de uma forma geral, verifica-se o impacto adverso da sintomatologia de PTSD ao nível do funcionamento familiar. Aliás, Figley (1995) refere que existe um padrão de funcionamento familiar característico nas famílias de

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

Os comportamentos do veterano que mais afectam a família são os comportamentos de evitamento como não falar, não pensar, não sentir e não confiar; o embotamento afectivo i.e. estar “desligado” e “congelado” emocionalmente e dificuldades em expressar emoções ou sentimentos positivos; a alienação e o isolamento social que funcionam como uma barreira para a comunicação com a família e com o exterior; a depressão crónica associada a uma baixa auto-estima e percepção de rejeição pelos outros; a ideação suicida que origina um estado de preocupação constante e de vigilância quase permanente; uso de substâncias com o objectivo de atingir um estado de “anestesia emocional” para não ter que lidar com a dor; a violência física e psicológica e a desconfiança/ira, pois a activação fisiológica pode levar a reacções impulsivas de raiva, ira e hostilidade (Pereira, 2003). Estes sintomas manifestam-se através de um maior nível de conflito e distress na família e no casal (Carroll *et al.*, 1985; Caselli & Motta, 1995), uma vez que é comum os veteranos apresentarem problemas ao nível da intimidade (Riggs *et al.*, 1998), comunicação e sociabilização (Roberts *et al.*, 1982; Savarese *et al.*, 2001), expressão de sentimentos, auto-revelação, dificuldades de ajustamento (Carroll *et al.*, 1985) bem como problemas ao nível interpessoal e de resolução de problemas (Nezu & Carnevale, 1987).

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

Objectivos

O presente estudo pretendeu avaliar a presença de diagnóstico de PTSD, psicopatologia (presença de perturbação emocional) e as características do funcionamento familiar numa amostra de veteranos da guerra colonial portuguesa.

MÉTODO

Amostra

Participaram no estudo 230 veteranos de guerra. Os dados foram recolhidos entre os anos de 2008 e 2010, no Departamento de Psiquiatria do Hospital de Braga e na Associação Portuguesa de Veteranos de Guerra (Braga). A amostra foi composta pelos veteranos que se submeteram à avaliação psicológica obrigatória com o objectivo de dar início ao seu processo de admissão na Rede Nacional de Apoio aos Ex-combatentes Portugueses.

Procedimentos

Os veteranos foram avaliados em três momentos, tendo o procedimento de avaliação seguido os critérios exigidos para o preenchimento do modelo (Dec. Lei 50/2000 de 7 de Abril). Numa primeira sessão, era realizada a entrevista de avaliação psicológica (anamnese), a qual incidiu sobre as variáveis sócio-económicas, desenvolvimento psicossocial, história familiar, escolar e profissional, história militar e história clínica (descrição dos acontecimentos traumáticos e situação clínica actual). No segundo momento de avaliação, eram administrados os instrumentos de avaliação psicológica. Para conclusão do processo de avaliação e estabelecimento do diagnóstico, o veterano era submetido a uma consulta de avaliação psiquiátrica.

Gostaríamos de referir que o diagnóstico de PTSD só era atribuído quando a avaliação psiquiátrica confirmava os dados obtidos no questionário (EARAT) que tinha por objectivo avaliar a presença de PTSD.

Instrumentos de Medida

- a) **Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT) (McIntyre, 1997).** Esta escala avalia sintomas de Perturbação de Stress Pós Traumático (PTSD). A primeira parte é qualitativa e descritiva e avalia a exposição a situações traumáticas e suas respostas. A segunda parte é constituída por 17 itens de respostas dicotómica (sim/não) que correspondem aos sintomas de PTSD segundo o DSM IV-R, divididos em três escalas: a Escala de Revivência (5 itens), Escala de Evitamento (7 itens) e Escala de Hipervigilância (5 itens). Esta escala fornece o “Total de Sintomas de PTSD” (sintomatologia traumática) e o “Diagnóstico de PTSD” que é obtido somando as respostas necessárias das três escalas para considerar a presença do diagnóstico, i.e., um sintoma da Escala de Revivência, três sintomas da Escala de Evitamento e dois sintomas da Escala de Hipervigilância. A consistência interna da escala é de .79.
- b) **Brief Symptoms Inventory (BSI) (Derogatis, 1993, Versão Adaptada Canavarro, 1999).** Este Inventário de Sintomas Psicopatológicos é um inventário de auto-relato constituído por 53 itens que avaliam os sintomas psicológicos em populações médicas e psiquiátricas. A escala é tipo likert e os sintomas de psicopatologia são avaliados em nove dimensões e três Índices Globais. As dimensões avaliadas são: Somatização, Depressão, Hostilidade, Ansiedade, Ansiedade Fóbica, Psicoticismo, Ideação Paranóide, Pensamentos Obsessivo-Compulsivos, Sensibilidade-Interpessoal. Neste estudo apenas foi utilizado o Índice Geral de Sintomas (IGS) que fornece uma medida geral de sintomatologia psicopatológica. O ponto de corte para definir perturbação emocional situa-se acima de 1.7. Os estudos psicométricos da versão portuguesa revelaram que este instrumento apresenta níveis adequados de consistência interna para as nove sub-escalas, com valores de Alfa de Cronbach entre os .70 e .80.
- c) **Family Adaptability Cohesion Evaluation Scale (FACES III) (Olson, Portner & Lavee, 1985, Versão Portuguesa de Curren *et al.*, 1999).** A Escala de Adaptabilidade e Coesão Familiar III é uma escala de auto-administração constituída por 20 itens que avaliam o funcionamento familiar em duas dimensões, a Adaptabilidade e a Coesão. A escala é tipo likert e o total de cada subescala é obtido através da soma dos itens ímpares e pares, respectivamente. A interpretação e análise dos valores são fei-

tas através do Modelo Circumplexo (Olson, 1986; Olson, Sprenkle, & Russel, 1989) que resulta de diferentes combinações das dimensões Coesão e Adaptabilidade. O questionário permite avaliar a coesão familiar definindo quatro tipos: desmembrada, separada, ligada e emaranhada. Por sua vez, a adaptabilidade familiar também é avaliada em quatro tipos: rígida, estruturada, caótica e flexível. O Faces III permite ainda classificar as famílias em três tipos: Famílias Equilibradas, Famílias Meio-Termo e Famílias Extremas. O tipo de família equilibrada pressupõe níveis de coesão e adaptabilidade médios; o tipo de família meio-termo pressupõe uma das dimensões média e a outra extrema e finalmente o tipo de família extrema pressupõe níveis de coesão e adaptabilidade extremos. O alfa de cronbach da escala coesão na nossa amostra foi de de .82 e de .87 na escala de adaptabilidade.

Análise de Dados

Para caracterizar a amostra e analisar os dados referentes ao PTSD, perturbação familiar e funcionamento familiar foram utilizadas análises descritivas.

RESULTADOS

Características Sócio-Demográficas da Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 230 veteranos de guerra, com uma média de idades de 60 anos, tendo o mais novo dos participantes 51 anos e o mais velho 73 anos. 43% da amostra tinha entre 56 e 60 anos e 37,8% 61 a 65 anos. Relativamente às habilitações literárias, a maioria dos veteranos (77,8%) apresentava o 1º ciclo (antiga 4ª classe). No que concerne ao estado civil, verificou-se que quase todos os veteranos se encontravam casados (90,9%) e 91% possuíam dois filhos (quadro 1).

Relativamente à actividade profissional, na data da avaliação, as profissões mais prevalentes eram indiferencias como o quadro 2 revela. Sobressai a elevada percentagem de operário fabril (13,9%), operário construção civil (12,2%) e agricultor (7,4%).

Quanto às características da experiência de guerra, 94,3% serviram no Exército e apenas 3,5% e 1,7% dos veteranos pertenciam à Força Área e à Marinha respectivamente. Em termos de posto, a maior parte dos veteranos serviram como soldados. Quanto às especialidades, de entre 45 especialidades referenciadas, os veteranos pertencentes ao

Quadro 1

Dados Sócio-Demográficos

N=230

Idade	%	Estado civil	%	Habilitações	%
Até aos 55 anos	10,4	Casado/união facto	90,9	1º ciclo	77,8
Entre os 56 e os 60 anos	43,0	Separado/divorciado	6,1	2º ciclo	10,4
Entre os 61 e os 65 anos	37,8	Solteiro	1,3	3º ciclo	9,1
Mais de 65 anos	8,7	Viúvo	1,7	Licenciatura	,9

Quadro 2

Profissão

N=230

Profissão	%
Operário Fabril	13,9
Operário Construção Civil	12,2
Agricultor	7,4
Motorista	7,0
Comerciante	5,7
Metalúrgico/Torneiro Mecânico	6,1
Marceneiro/ Serralheiro	4,8

Quadro 3:

Dados da Experiência de Guerra

N=230

Ramo	Posto Exército	Especialidade	Tropas Especiais	Teatro Guerra
Exército	94,3	Soldado 79,1	Atirador 36,6	Comandos 2,6
Força Aérea	3,5	Cabo 9,1	Condutor 11,7	Fuzileiro 2,2
Marinha	1,7	Sargento 5,7	Cozinheiro 4,8	Paraquedista ,9
		Oficial 3,0	Mecânico 3,5	Ranger ,4
				Índia 1,3

Exército eram na sua maioria atiradores (36,1%) e condutores (11,7%). O teatro de guerra mais prevalente foi Angola (42,6%), seguido da Guiné (28,7%) e Moçambique (27%). 6,1% da amostra pertenceu a Tropas Especiais (quadro 3).

Características Clínicas da Amostra

Os resultados revelaram que 39.5% da amostra total apresenta PTSD i.e apresenta os critérios necessários para o diagnóstico de uma Perturbação de Stress Pós Traumático. Quanto à presença de psicopatologia, 80,9% da amostra apresentou perturbação emocional (quadro 4).

Quadro 4

PTSD e Psicopatologia

N=230

Diagnóstico de PTSD		Psicopatologia (Perturbação Emocional)	
Sim	Não	Sim	Não
39.5	60.5	80,9	19,1

Características Familiares

Relativamente ao funcionamento familiar, verificamos que 71,7% da amostra se enquadra em famílias extremas e 28,3% em famílias meio-termo, não se verificando a existência de famílias equilibradas nesta amostra (quadro 5).

Quadro 5

Características Familiares

N=230

Tipo Família		
Equilibrada	Meio Termo	Extrema
0	28,3	71,1

DISCUSSÃO

Os veteranos avaliados neste estudo apresentam uma média de idade de 60 anos, são, na sua maioria, casados, já não têm filhos a coabitar com eles, possuem o 1º ciclo de escolaridade e profissões indiferenciadas. Relativamente às características da experiência de guerra, cumpriram o serviço militar obrigatório em Angola como soldados condutores e atiradores do Exército.

Quanto às características clínicas, 39.5% dos veteranos avaliados apresentavam PTSD associado à sua experiência na guerra colonial. O National Vietnam Veterans Readjustment Study (NVVRS, Kulka *et al.*, 1990) encontrou uma prevalência de 30% de PTSD ao longo da vida e, na data do estudo, 15% apresentavam PTSD. Em estudos com amostras portuguesas, Maia e colaboradores (Maia *et al.*, 2006) encontraram uma taxa de PTSD em veteranos da guerra colonial portuguesa de 39% e Pereira e Pedras (2007) numa amostra clínica de veteranos da guerra colonial encontraram uma prevalência de 43%. Nos veteranos da guerra do Golfo foi encontrada uma prevalência de 12% de PTSD (Kang *et al.*, 2003). Em 1,938 militares que participaram na guerra do Iraque e Afeganistão foi encontrada uma prevalência de 14% de PTSD actual (Tanielian & Jaycox, 2008). Assim, os resultados obtidos neste estudo estão mais de acordo com os resultados dos veteranos que serviram no Vietname e com os resultados de estudos nacionais.

Para além da elevada taxa de PTSD, e dado que este quadro clínico dificilmente se manifesta de forma isolada, sendo comum a presença de outras perturbações comorbidas, encontramos 81% dos veteranos a apresentar psicopatologia, sendo a amostra bastante sintomática. As perturbações do humor são as perturbações do Eixo I mais comumente associadas ao diagnóstico de PTSD nos veteranos de guerra (Roszell *et al.*, 1991, cit in Dunn *et al.*, 2004). Kramer *et al.*, (2003), verificaram que o facto de existir uma perturbação depressiva juntamente com um quadro de PTSD aumentava as dificuldades de funcionamento e o distress psicológico dos veteranos, bem como a procura dos serviços de saúde mental e o abuso de substâncias. Tal como a depressão, também a sintomatologia ansiosa (traço e estado), a fobia social e agorafobia, se revelam bastantes comuns nesta população (Fairbank, Keane & Malloy, 1983; Crowson *et al.*, 1998). Outra área problemática referida na literatura são elevados níveis de hostilidade que se traduzem em comportamentos agressivos/violentos e pouco auto-controlo (Chemtob *et al.*, 1994; Beckham *et al.*, 1997). Taft e colaboradores (2005; 2007) verificaram que a presença de sintomatologia depressiva é um factor de risco para a agressividade em veteranos com PTSD. De facto, num estudo com 505 veteranos de guerra portuguesas, as

queixas mais prevalentes referiam-se a comportamentos de impulsividade (51%), como a agressividade, perda de controlo, ataques de raiva e irritabilidade fácil; comorbilidade psicológica (49%) como a depressão, distímia, ansiedade, perturbação bipolar e ideação suicida, 58% relatavam outras queixas tais como fobias, agorafobia, ataques de pânico, perturbação obsessiva compulsiva, sintomatologia psicótica e somatização (Pereira e Pedras, 2007). A elevada percentagem de psicopatologia na amostra que define 81% como tendo perturbação emocional é revelador da necessidade que esta população apresenta em termos clínicos.

No que diz respeito ao funcionamento familiar verificamos que a maioria dos veteranos apresenta famílias extremas (72%) e apenas 28% apresenta famílias meio termo. Neste estudo não foram encontradas famílias equilibradas o que vai ao encontro dos estudos realizados com esta população. Um dos estudos mais referenciados, levado a cabo com os veteranos de guerra do Vietname, foi realizado por Kulka e colaboradores (1990). Este estudo teve vários objectivos e um deles foi estudar as características do funcionamento familiar dos veteranos de guerra com PTSD em comparação com os veteranos sem PTSD, tendo-se verificado que os veteranos com PTSD casavam mais vezes, mantinham-se casados por menos tempo, manifestavam problemas de reajustamento, baixo nível de funcionamento familiar elevados níveis de problemas maritais, violência e perigosidade na família. Jordan e colaboradores (1992) levaram a cabo um estudo com famílias de veteranos de guerra com PTSD e sem PTSD e verificaram que os veteranos com PTSD apresentavam mais problemas maritais e de relacionamento, dificuldades parentais e pior ajustamento familiar descrevendo as suas famílias como “extremas” ao nível da coesão e da adaptabilidade. Nestas famílias existia mais violência do que nas famílias dos veteranos sem PTSD e os seus filhos apresentavam problemas de comportamento clinicamente significativos.

Segundo Solomon e colaboradores (1987), os efeitos adversos da experiência traumática em teatro de guerra, podem manifestar-se na família logo após o primeiro ano do término da comissão, verificando-se elevados níveis de PTSD associados a uma baixa expressividade, pouca coesão e elevado conflito na família, o que vem de encontro aos resultados obtidos no presente estudo.

Um outro dado importante que sobressai dos nossos resultados é o facto da maioria dos veteranos se encontrarem casados e apenas 6% estarem divorciados/separados o que não está de acordo com os resultados encontrados por Jordan e colaboradores (1992) que verificaram que os veteranos com PTSD tinham o dobro da hipótese de serem divorciados e um risco quase três vezes mais elevado de experienciar múltiplos di-

vórcios tendo em conta a restante população (Center for Policy Research, 1979, cit in Dekel & Solomon, 2006). Também num estudo levado a cabo com casais de Veteranos com PTSD Israelitas, a taxa de divórcio nos veteranos não era diferente do restante da população. De facto, nesse estudo, as razões apontadas pelas esposas foram o forte sentimento de compromisso, o receio pela vida e estado psicológico do marido, particularmente possíveis tentativas de suicídio, e as recordações do passado de uma boa relação conjugal antes da guerra ou antes do início dos problemas. Num outro estudo qualitativo, com mulheres de veteranos de guerra colonial, verificou-se que as mulheres não equacionavam a possibilidade do divórcio devido ao receio do veterano pôr termo à vida ou de considerarem injusto abandonar o marido quando este está doente (Pereira & Pedras, no prelo). Os estudos indicam que as mulheres dos veteranos vivem centradas na vida conjugal, são habitualmente as responsáveis pela gestão do lar, vida financeira, tarefas domésticas e educação dos filhos (Maloney, 1988; Verbosky e Ryan, 1988; Williams, 1980; Kulka *et al.*, 1990; Lyons, 2001) e, nesse sentido, é possível que o casamento não se dissolva devido à presença activa da mulher em o manter a todo o custo.

CONCLUSÃO

Um dado merecedor de reflexão está relacionado com a dificuldade em se estabelecer o diagnóstico de PTSD, a elevada prevalência de co-morbilidade e a atribuição causal destes quadros psicopatológicos. Decorridos já mais de trinta anos, existem casos em que não existe diagnóstico de PTSD, no entanto, avaliando a história de vida conclui-se que o veterano apresenta história de vivência de sintomatologia traumática, a qual entrou em remissão pois ao longo do seu percurso de vida vários foram os factores que contribuíram para o seu reajustamento.

De facto, os veteranos apresentam elevados índices de psicopatologia e respostas desajustadas ao stress as quais se traduzem e se reflectem em défices ao nível do funcionamento geral mais concretamente: presença de PTSD, sintomatologia psicopatológica e funcionamento familiar (avaliados neste estudo) que poderão ter sido consequência do trauma de guerra vivenciado. No entanto, o tempo decorrido entre os acontecimentos traumáticos e o momento de avaliação, torna difícil estabelecer a causalidade entre uns e outros. Além disso, o facto da média de idades dos veteranos se situar actualmente nos 60 anos, é indicador da possível comorbilidade física existente nesta faixa etária, com impacto ao nível da saúde mental e vice-versa (Taft *et al.*, 1999; Wolfe *et al.*, 1994; Hoge

et al., 2007) tornando este processo de avaliação ainda mais complicado em termos de causalidade entre a experiência de guerra e a sintomatologia apresentada, exigência para o veterano poder beneficiar dos serviços da Rede Nacional de Apoio, em função do grau de incapacidade psicológica que apresenta. Por outro lado, pode também ter acontecido que a experiência de guerra possa ter criado uma vulnerabilidade a situações de stress que contribuíram para o desenvolvimento das perturbações que o veterano actualmente apresenta e, não tivesse o veterano ido à guerra, poderiam agora ser geridas numa forma funcional. Finalmente, queremos salientar a importância da psicopatologia neste processo de avaliação pois as perturbações de personalidade, como por exemplo a personalidade explosiva intermitente, poderão causar tanto ou mais impacto em termos negativos no veterano e família que um diagnóstico de PTSD.

Se pensarmos no contexto sócio-económico e político em que decorreu a Guerra Colonial em que os actuais veteranos, provenientes de famílias muito desfavorecidas na sua maior parte, foram obrigados a partir e a lutar pela sua pátria numa guerra com um inimigo desconhecido, pode-se melhor compreender o impacto deste acontecimento de vida ao nível da disfuncionalidade presentemente manifestada. A sintomatologia traumática vivenciada no momento imediato ao trauma, pode ser vista como sendo uma resposta reactiva de adaptação, mas a sua cronicidade leva a que outros quadros psicopatológicos se manifestem, no presente, traduzindo-se em sintomatologia em termos do funcionamento geral do veterano com implicações não só para ele mas também para a sua família.

Queríamos também salientar que o processo de avaliação para integrar a Rede Nacional de Apoio a que o veterano é sujeito, é passível de retraumatização pelo que seria importante que no final do processo, o veterano fosse encaminhado e sensibilizado para a necessidade de apoio psicológico no sentido de minorar o seu sofrimento. Aliás, o risco de retraumatização é uma possibilidade tanto mais que o veterano, após a primeira fase de avaliação, é sujeito a nova avaliação por uma junta médica militar e sujeito a nova entrevista de avaliação. Neste sentido, gostaríamos de enfatizar a necessidade deste tipo de serviço de apoio psicológico estar presente em todas estas fases do processo de avaliação. A literatura indica que a terapia cognitiva-comportamental é eficaz, bem como a intervenção em grupo (Resick & Schnicke, 1992; Sherman, 1998; Keane, Marshall & Taft, 2006), a terapia familiar (Rosenheck & Thompson, 1986) e o uso de EMDR (Department of Veterans Affairs & Department of Defense, 2004; APA, 2004; Carlson *et al.*, 1988).

Tendo em conta o número de veteranos de guerra portugueses com PTSD e com perturbação emocional e a existência de conflitos bélicos pelo mundo fora, onde os mili-

tares portugueses estão envolvidos em missões de paz e em teatros de guerra expostos a combate, torna-se essencial desenvolver programas de intervenção eficazes dirigidos ao veterano mas também à sua família. A literatura sugere a intervenção familiar sistémica como intervenção de primeira linha, num processo que inclui uma fase disjunta e uma fase conjunta (Rosenheck & Thompson, 1986). Uma intervenção fundamentalmente Psico-Educacional, com a esposa e os filhos do veterano, com o objectivo de informar sobre PTSD, normalizando a situação vivenciada pela família, parece ser muito benéfico. Bloom (1999) descreve o trauma como um “germe”, um agente bacteriano infeccioso do exterior, que infecta toda a família, sendo por isso de extrema relevância a participação de toda a família em qualquer tipo de intervenção que se desenvolva (Williams, 1998).

Ainda que a maioria dos estudos se tenham debruçado sobre o impacto do quadro clínico de PTSD do veterano no funcionamento familiar, é importante conhecer quais os grupos de sintomas, deste quadro clínico, que maior impacto exercem no funcionamento familiar e no funcionamento geral do veterano, nomeadamente os sintomas de intrusão, evitamento e hipervigilância (Ford *et al.*, 1993; Riggs *et al.*, 1998; Taft *et al.*, 2008; Evans *et al.*, 2003; Hendrix, Jurich & Schumm, 1995; Hendrix, Erdmann & Briggs, 1998) pois mesmo que os critérios para diagnóstico de PTSD não estejam todos presentes, é fundamental que a sintomatologia traumática apresentada seja alvo de intervenção terapêutica.

Para além do PTSD e dos três grupos de sintomas que o constituem, também a comorbilidade e outros problemas psicológicos associados a este quadro clínico, podem exercer um impacto negativo no funcionamento individual e familiar e serem, em grande parte, responsáveis pelos problemas comportamentais e disfunção familiar tal como o nosso estudo indica (Chemtob *et al.*, 1994; Byrne & Riggs, 1996; Riggs *et al.*, 1998; Savarese *et al.*, 2001; Erickson *et al.*, 2001; Taft *et al.*, 2005). Assim, estudos futuros devem focar-se na sintomatologia psicopatológica que mais afecta o veterano e o funcionamento familiar, tendo em conta o papel do funcionamento familiar na exacerbação ou diminuição da sintomatologia do veterano.

Limitações

Gostaríamos de salientar o facto da amostra deste estudo ser apenas da Zona Norte do País e estar a ser avaliada para efeitos de integração na Rede Nacional de Apoio o que pode ter sobrevalorizado os resultados. Estudos futuros devem também incluir veteranos de outras zonas do País. Além disso, o facto de terem sido utilizados instrumentos de auto-relato é também uma limitação a referir pois estão sujeitos a dese-

jabilidade social. De qualquer forma, queremos salientar que o questionário utilizado para avaliação da psicopatologia foi o recomendado pela circular informativa n.º38/DSPSM (2002), da Direcção de Serviços de Psiquiatria e Saúde Mental da Direcção Geral de Saúde, o questionário de avaliação do PTSD foi o proposto no Anexo 4 do Despacho Conjunto n.º 502/2004 e, finalmente, o questionário de avaliação familiar, tal como o Despacho citado refere, foi opção do psicólogo tendo em vista a avaliação do funcionamento familiar geral do veterano pretendida.

Finalmente, gostaríamos de salientar que os resultados apresentados neste estudo são apenas descritivos e referem-se a uma pequena parte da avaliação psicológica realizada aos veteranos. Esperamos, em publicações futuras, poder apresentar resultados estatísticos mais detalhados sobre as variáveis aqui apresentadas bem como sobre as restantes variáveis psicológicas avaliadas.

Implicações

Numa perspectiva preventiva, é fundamental considerar o treino e prática dos profissionais de saúde para lidar com as vítimas de trauma. Assim, é importante que da formação dos profissionais de saúde faça parte o conhecimento da Perturbação de Stress Pós Traumático. Os profissionais de saúde dos cuidados de saúde primários devem estar sensibilizados para o facto dos veteranos de guerra apresentarem sintomas de stress e/ou alterações de comportamento, difíceis de compreender sem contextualizar as queixas na história de acontecimentos traumáticos da guerra colonial. Além disso, é importante treinar os psicólogos que trabalham nas Associações de Veteranos para lidar com esta perturbação tão complexa que requer formação específica.

Para os veteranos, o não reconhecimento da sua missão pela sua própria pátria, a falta de apoio do seu País quando chegaram e a obrigatoriedade de participarem numa guerra além fronteiras, lutando pela sua sobrevivência, leva a que muitos deles (os que passaram por experiências traumáticas) a sentirem-se actualmente alienados e sem identidade. Muitos destes homens sofrem em silêncio, continuando ainda hoje numa guerra interior e, o mais grave a nosso ver, é que muitos deles negam qualquer apoio psicológico por se sentirem desacreditados de tudo e todos e sobretudo revoltados. Assim, é importante sensibilizar o Ministério da Defesa Português para o facto da Guerra Colonial, passados mais de trinta anos, ainda exercer um impacto extremamente negativo no veterano e suas famílias. Torna-se assim necessário preparar as infra-estruturas de apoio aos veteranos e família através da criação de planos terapêuticos eficazes que incluam além

do apoio psicológico e médico, grupos de suporte, sessões informativas, incentivando a multidisciplinariedade entre os profissionais de saúde, psicólogos/terapeutas e assistentes sociais no apoio aos veteranos. Em Portugal, o Decreto-Lei n.º 50/2000, de 7 de Abril, criou a Rede Nacional de Apoio aos militares e ex-militares portugueses portadores de perturbação psicológica crónica resultante da exposição a factores traumáticos de stress durante a vida militar. Contudo, as esposas de veteranos e filhos ainda não recebem o apoio necessário.

Em suma, não existe ainda sensibilização e informação suficiente para que o veterano e sua família obtenham a ajuda que de facto necessitam, a nível psicológico, social e médico. Esperemos que o presente estudo possa ser útil nesse sentido.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, A. (1992). Distúrbios Pós-Traumático de Stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, N.º especial, 399-407.
- Albuquerque, A., & Lopes, F. (1997). Stress de Guerra: A ferida encoberta. *Hospital Júlio de Matos*, 1, 47-56.
- American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines.
- Beckham, J.C., Feldman, M.E., Kirby, A.C., Hertzberg, M.A., & Moore, S.D. (1997). Interpersonal violence and its correlates in Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 53, 859-869.
- Beckham, J.C., Lytle, B., & Feldman, M. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5), 1068-1072.
- Bloom, S.L. (1999). The Germ Theory of Trauma: The Impossibility of Ethical Neutrality. In B.H. Stamm (Ed), *Secondary Traumatic Stress. Self-Care Issues for Clinicians, Researchers and Educators* (pp.459-470) (2nd Edition). Baltimore: Sidran Press.
- Bollinger, A. R., Riggs, D. S., Blake, D. D., & Ruzek, J. I. (2000). Prevalence of personality disorders among combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 255– 270.
- Bresleau, N., Davis, G.C., Peterson, E.L., & Schultz, L.R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression con-

- nection. *Biological Psychiatry*, 48, 902-909.
- Byrne, C. & Riggs, D. (1996). The cycle of trauma: relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims*, 11 (3), 213-225.
- Canavaro, M.C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M.R. Simões, M.M. Gonçalves & L.S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Carlson, J., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L., & Muraoka, M.Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Treatment for combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 3-24.
- Carroll, E., Rueger, D., Foy, D., & Donahoe, C. (1985). Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder: Analysis of marital and cohabiting adjustment. *Journal of Abnormal Psychology*, 94 (3), 329-337.
- Caselli, L., & Motta, R. (1995). The effect of PTSD and combat level on Vietnam veterans perceptions of child behaviour and marital adjustment. *Journal of Clinical Psychology*, 51 (1), 4-12.
- Chemtob, C., Hamada, R., Roitblat, H., & Muraoka, M. (1994). Anger, impulsivity and anger control in combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62 (4), 827-832.
- Crowson, J., Frueh, C., Beidel, D., & Turner, S. (1998). Self-reported symptoms of social anxiety in a sample of combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12 (6), 605-612.
- Curral, R., Dourado, F., Roma Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: Estudo com o Faces III. *Psiquiatria Clínica*, 20 (3), 213-217.
- Decreto-Lei n.º 50/2000, de 7 de Abril, disponível em Ministério da Defesa Nacional, http://www.mdn.gov.pt/mdn/pt/ACombatentes/Legis/Antigos_Combatentes_Legislacao_stress.htm
- Dekel, R., & Solomon, Z. (2006). Secondary Traumatization among wives of war veterans with PTSD. In Charles R. Figley & William P. Nash (Eds), *Combat Stress Injury: Theory, Research and Management* (pp. 137-157). Psychosocial Stress Books Series.
- Dekel, R., Goldblatt, H., Keidar, M., Solomon, Z. & Polliack, M. (2005). Being a wife of a veteran with PTSD. *Family Relations*, 54, 24-36.
- Department of Veterans Affairs & Department of Defense (2004). *VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress*. Washington, DC:

- Veterans Health Administration, Department of Veterans Affairs and Health Affairs, Department of Defense. Office of Quality and Performance publication 10Q-CPG/PTSD-04.
- Derogatis, L.R. (1993). *SCL-90: Administration, scoring and procedures manual*. Baltimore MD: Clinical Psychometric Research.
- Despacho Conjunto n.º 502/2004, de 5 de Agosto, disponível em Ministério da Defesa Nacional, http://www.mdn.gov.pt/mdn/pt/ACombatentes/Legis/Antigos_Combatentes_Legislacao_stress.htm
- Dirkzwager, A.J.E., Bramsen, I., Adér, H., & Van der Ploeg, H.M. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of Dutch Peacekeeping Soldiers. *Journal of Family Psychology, 19* (2), 217-226.
- DSM IV-R (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. (4ªEd). American Psychiatric Association. Climepsi Editores.
- Dunn, N., Yanasak, E., Schillaci, J., Simotas, S., Rehm, L., Soucek, J., et al. (2004). Personality disorders in veterans with posttraumatic stress disorder and depression. *Journal of Traumatic Stress, 17* (1), 75-82.
- Erickson, D., Wolfe, J., King, D., King, L., & Sharkansky, E. (2001). Posttraumatic stress disorder and depression symptomatology in a sample of Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69* (1), 41-49.
- Evans, L., McHugh, T., Hopwood, M., & Watt, C. (2003). Chronic posttraumatic stress disorder and family functioning of Vietnam veterans and their partners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 37*, 765-772.
- Fairbank, J., Keane, T., & Malloy, P. (1983). Some preliminary data on the psychological characteristics of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51* (6), 912-919.
- Fairbank, J.A., & Fairbank, D.N. (2005). Families at risk: Comment on Dirkzwager, Bramsen, Ader and Van der Ploeg (2005). *Journal of Family Psychology, 19* (2), 230-232.
- Fals-Stewart, W., & Kelley, M. (2005). When Family members go to war – A systemic perspective on Harm and healing: Comment on Dirkzwager, Bramsen, Ader and Van der Ploeg. *Journal of Family Psychology, 19* (2), 233-236.
- Figley, C.R. (1995). Compassion fatigue as secondary traumatic stress. In Charles Figley (Ed.), *Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized* (pp.1-20). New York: Brunner/ Mazel.
- Ford, J., Chandler, P., Thacker, B., Greaves, D., Shaw, D., Sennhauser, S., et al. (1998).

- Family systems therapy after operation desert storm with European theatre veterans. *Journal of marital and Family Therapy, 24* (2), 243-250.
- Ford, J.D., Shaw, D., Sennhauser, S., Greaves, D., Thacker, B., Chandler, P., et al. (1993). Psychological debriefing after operation desert storm: marital and family assessment and intervention. *Journal of Social Issues, 49*, 73-102.
- Foy, D.W., Resnick, H.S., Sippelle, R.C., & Carroll, E.M. (1987). Preliminary military and post-military factors in the development of combat related stress disorders. *The Behavior Therapist, 10*, 3-9.
- Freedy, J., & Donkervoet, J. (1995). Traumatic Stress: An overview of the field, In J. R. Freedy e S. E. Hobfoll (Eds.), *Traumatic Stress: From Theory to Practice* (pp1-28). New York: Plennun Press.
- Green, B., Krupnick, J., Chung, J., Siddique, J., Krause, E., Revicki, D., et al. (2006). Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *Journal of Clinical Psychology, 62* (7), 815-835.
- Hendrix, C., Erdmann, M., & Briggs, K. (1998). Impact of Vietnam veteran's arousal and avoidance on spouses perceptions of family life. *The American Journal of Family Therapy, 26*, 115-128.
- Hendrix, C.C., Jurich, A.P. & Schumm, W.R. (1995). Long term impact of Vietnam service on family environmental and satisfaction. *Families in Society, 76* (8), 498-506.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine, 351*, 13-22.
- Hoge, C. W., Terhakopian, A., Castro, C. A., Messer, S. C., & Engel, C. C. (2007). Association of posttraumatic stress disorder with somatic symptoms, health care visits, and absenteeism among Iraq war veterans. *American Journal of Psychiatry, 164*, 150 – 153.
- Jordan, K. B., Marmar, C.R., Fairbank, J. A., Schlenger, W.E., Kulka, R.A., Hough, R.L., et al. (1992). Problems in family of male Vietnam Veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 916-926.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding posttraumatic stress: A psychosocial perspective on PTSD and treatment*. Chichester: Wiley.
- Kang, H.K., Natelson, B.H., Mahan, C.M., Lee, K.Y., & Murphy, F.M. (2003). Post-Traumatic Stress Disorder and Chronic Fatigue Syndrome-like illness among Gulf War Veterans: A population-based survey of 30,000 Veterans. *American Journal of Epidemiology, 157* (2), 141-148.

- Keane, T., Marshall, A. & Taft, C. (2006). Posttraumatic stress disorder: Etiology, epidemiology and treatment outcome. *Annual Review of Psychology*, 2, 161-197.
- Kramer, T., Booth, B., Han, X., & Williams, K. (2003). Service utilization and outcomes in medically ill veterans with posttraumatic stress and depressive disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 16 (3), 221-219.
- Kulka, R.A., Schlenger, W.E., Fairbank, J.A., Hough, R.L., Jordan, B.K., Marmar, C.R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam War generation*. New York: Brunner Mazel.
- Lyons, M. (2001). Living with post-traumatic stress disorder. The wives/female partners perspective. *Issues and Innovations in Nursing Practice*, 34 (1), 69-77.
- Maia, A., & Fernandes, E. (2003). Epidemiologia da perturbação de stress pós traumático (PTSD) e avaliação da resposta ao trauma. In M.Graça Pereira & João Monteiro-Ferreira (Eds.), *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp. 35-54). Lisboa: Climepsi Editores.
- Maia, A., McIntyre, T., Pereira, M.G. & Fernandes, E. (2006). Por baixo das pústulas da Guerra: Reflexões sobre um estudo com Ex-combatentes da Guerra colonial. In Manuel Gama (Ed.), *A Guerra Colonial (1961-1974)*. Centro de Estudos Lusíadas/ Universidade do Minho.
- Maloney, L.J. (1988). Post-traumatic stresses of women partners of Vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work*, 58, 122-143.
- McIntyre, T. (1997). Escala de avaliação da resposta ao acontecimento traumático. In L. Almeida et al., (Org.), *Avaliação Psicológica: Formas e contextos*, 5, 37-44.
- Nezu, A.M., & Carnevale, G.J. (1987). Interpersonal problem solving and coping reactions of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 155-157.
- Olson, D. (1986). Circumplex Model VII. Validation studies and *FACES III*. *Family Process*, 25, 337-351.
- Olson, D.H., Portner, J., & Lavee, Y. (1985). *FACES III*. *Family Science*, University of Minnesota, 290 MnNeal Hall, St. Paul, Minnesota.
- Olson, D.H., Sprenkle, D.H., & Russel, C.S. (1989). *Circumplex model: systemic assessment and treatment of families*. New York: The Harworth Press.
- Orsillo, S., Heimberg, R., Juster, H., & Garret, J. (1996). Social Phobia and PTSD in Vietnam Veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 9 (2), 235-252.
- Pereira, M.G. & Pedras, S. (2007). *Características Sócio Demográficas e de PTSD do Veterano de Guerra: Implicações para a Intervenção*. Comunicação apresentada no 2º Simpósio Internacional Perturbação Pós Stress Traumático, Portalegre.

- Pereira, M.G. & Pedras, S. C (prelo). Grupo de Suporte para Mulheres de Veteranos de Guerra: Um Estudo Qualitativo. *Análise Psicológica* (2), Série XXVIII.
- Pereira, M.G. (2003). Impacto e avaliação do stress traumático na família: Perturbação Secundária de Stress Traumático. In M.G. Pereira & J. Monteiro-Ferreira (Eds), *Stress Traumático: Aspectos teóricos e intervenção* (pp.91-107). Lisboa: Climepsi Editores.
- Resick, P.A. & Schnicke, D.G. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748-756.
- Riggs, D., Byrne, C., Weathers, F., & Litz, B. (1998). The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (1), 87-101.
- Roberts, W., Penk, W., Gearing, M., Robinowitz, R., Dolan, M., & Patterson, E. (1982). Interpersonal problems of Vietnam combat veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 91 (6), 444-450.
- Rosenheck, R., & Thomson, J. (1986). Detoxification of Vietnam war trauma: A combined family-individual approach. *Family Process*, 25, 559-570.
- Samper, R.E., Taft, C.T., King, D.W., & King, L.A. (2004). Posttraumatic stress disorder symptoms and parenting satisfaction among a national sample of male Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (4), 311-315.
- Savarese, V., Suvak, M., King, L., & King, D. (2001). Relationships among alcohol use, hyper arousal and marital abuse and violence in Vietnam veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 14 (4), 717-732.
- Sherman, J.J. (1998). Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: A meta analysis of controlled clinical. *Journal of Traumatic Stress*, 11 (3), 413-435.
- Solomon, Z. (1988). The effect of combat-related posttraumatic stress disorder on the family. *Psychiatry*, 51 (3), 323-329.
- Solomon, Z., Mikulincer, M., Freid, B., & Wosner, Y. (1987). Family characteristics and posttraumatic stress disorder: A follow-up of Israeli combat stress reaction casualties. *Family Process*, 26, 383-394.
- Solomon, Z., Waysman, M., Belkin, R., Levy, G., Mikulincer, M., & Enoch, D. (1992). Marital relations and combat stress reaction: The wives' perspective. *Journal of Marriage and the Family*, 54, 316-326.
- Taft, C. T., Stern, A. S., King, L. A., & King, D. W. (1999). Modelling physical and functional health status: The role of combat exposure, posttraumatic stress disorder, and personal resources attributes. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 3-23.

- Taft, C., Pless, A., Stalans, L., Koenen, K., King, L., & King, D. (2005). Risk factors for partner violence among a national sample of combat veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73* (1), 151-159.
- Taft, C., Schumm, J., Panuzio, J., & Proctor, S. (2008). An examination of family adjustment among operation desert storm veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76* (4), 648-656.
- Taft, C., Vogt, D., Marshall, A., Panuzio, J., & Niles, B. (2007). Aggression among combat veterans: relationships with combat exposure and symptoms of posttraumatic stress disorder, dysphoria and anxiety. *Journal of Traumatic Stress, 20* (2), 135-145.
- Tanielian, T. & Jaycox, L. (Eds.). (2008). *Invisible Wounds of War: Psychological and Cognitive Injuries, Their Consequences, and Services to Assist Recovery*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós Traumático*. Coimbra: Vale & Vale Editores, Lda.
- Verbosky, S.J., & Ryan, D.A. (1988). Female partners of Vietnam Veterans: Stress by proximity. *Issues in Mental Health Nursing, 9*, 95-104.
- Waysman, M., Mikulincer, M., Solomon, Z., & Weisenberg, M. (1993). Secondary Traumatization among wives of posttraumatic combat veterans: A Family Typology. *Journal of Family Psychology, 7* (1), 104-118.
- 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*.
- Williams, C. M. (1998). Treating PTSD in children. In C.R. Figley (Ed.), *Burnout in families: The systemic costs of caring* (pp.91-138). Boca Raton: CRC Press.
- Williams, C.M. (1980). The veteran system with focus on women partners: Theoretical considerations, problems and treatment strategies. In T. Williams (Ed.), *Posttraumatic stress disorders of the Vietnam veteran* (pp.73-124). Cincinnati: Disabled American Veterans.
- Wolfe, J. Schnurr, P. P., Brown, P. J., & Furey, J. (1994). Posttraumatic stress disorder and war-zone exposure as correlates of perceived health in female Vietnam war veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 1235-1240.
- Wolfe, J., Erickson, D.J., Sharkansy, E.J., King, D.W., & King, L.A. (1999). Course and predictors of posttraumatic stress disorder among Gulf War veterans: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 520-528.

REVISTA DE PSICOLOGIA MILITAR
N.º 19 – 2010
PP. 233 a 257

EXPERIÊNCIAS DE GUERRA/COMBATE E SINTOMATOLOGIA ASSOCIADA À PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO, EM VETERANOS DA GUERRA COLONIAL PORTUGUESA

Teresa Carvalho⁵⁷ e Débora A. Regadas⁵⁸

Resumo

Evidências internacionais realçam o papel da severidade da exposição à guerra/combate e da contingente perturbação subjectiva como determinantes no desenvolvimento da sintomatologia associada à Perturbação Pós-stress Traumático (PTSD). A presente investigação, de carácter exploratório, apresentou como principal objectivo analisar a referida relação numa amostra de combatentes da guerra colonial portuguesa (n=114). Um conjunto de estudos preliminares foi efectuado para analisar as propriedades psicométricas da Versão Militar do Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-M) e das Secções A e B do Questionário de Experiências de Combate (QEC), destinados a medir, respectivamente, os sintomas da PTSD, a frequência da exposição a situações objectivas e típicas da guerra colonial portuguesa e o grau de perturbação emocional por esta induzido. Os resultados indicam que o PCL-M e as Secções A e B do QEC possuem boas características psicométricas e que a severidade da exposição à guerra do Ultramar e o inerente grau de perturbação emocional são factores preditivos da sintomatologia da PTSD.

⁵⁷ Mestre em Psicologia Clínica. Docente do Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, Portugal.
E-mail: tesacarvalho.psi@gmail.com

⁵⁸ Mestre em Psicologia Clínica.