

4 | IMPACTE E AVALIAÇÃO DO STRESS TRAUMÁTICO NA FAMÍLIA: PERTURBAÇÃO SECUNDÁRIA DE STRESS TRAUMÁTICO

Maria da Graça Pereira (2004)

«Quando o meu pai foi para a guerra, não me disseram o motivo por que tinha que partir e o que ia fazer. Chorei intensamente quando ele partiu e um sentimento de vazio e medo preencheu o meu corpo e a minha mente [...] Quando ele voltou estava mudado. Os seus pesadelos e o caminhar pelas matas horas a fio eram algumas das coisas de que eu me apercebia. A bebida tornou-se pior bem como a sua raiva. A violência entrou na nossa casa pela primeira vez mais ou menos um ano após ter voltado. Abusava-me fisicamente bem como ao resto da família. Os abusos verbais eram constantes. Eu nunca sabia o que esperar. Sendo ele tão imprevisível, fazia com que eu me sentisse paranoico no meu dia-a-dia.

Era como se ele travasse a sua própria guerra dentro dele e, devido ao álcool, não conseguia controlar a sua fúria que explodia com quem estivesse à sua frente.

O meu ressentimento para com a minha mãe também aumentou. Senti que ela não se interessava por nós ou ter-nos-ia protegido daquele homem insano. Era terrível, um medo horrível nos seus olhos e face quando o pai nos batia e atacava como se fôssemos o inimigo.

Imensa amargura, ódio, raiva, ressentimento e nenhuma compaixão foi o que eu senti por ele durante muitos anos. Sentia-me como se tivesse sido apanhado num círculo vicioso de medo sem saída nem ninguém à minha volta que me compreendesse e falasse comigo. [...] Sentia-me responsável pelo comportamento do meu pai porque me sentia rejeitado e odiado por ele [...] Sentia-me envergonhado e extremamente culpado. [...] Fui directamente afectado pela guerra do Vietname. Não lhe podia fugir porque ela veio para nossa casa com o meu pai e viveu na nossa casa durante uma grande parte da minha vida...»

Filho dum veterano
*In A. Matsakis (1996), Vietnam Wives: Facing the challenges
of life with veterans suffering Post-Traumatic Stress*

Introdução

No campo do *stress* traumático trauma é definido como «qualquer acontecimento fora do âmbito da experiência normal» (APA, 1987). Posteriormente, a definição de trauma passou a incluir: experienciar, testemunhar ou ser confrontado com um acontecimento(s) que envolvesse ameaça à vida ou ameaça à integridade física da pessoa ou de outrem e cuja resposta tivesse incluído medo intenso, impotência ou horror» (APA, 1994).

A maioria dos estudos sobre *stress* traumático tem-se debruçado sobre o indivíduo que sofreu directamente o trauma ignorando, de uma forma geral, os restantes elementos da família (Figley, 1995; Malpas e Shay, 1995; Maloney, 1988; Nelson e Wright, 1996). Os efeitos individuais que resultam do trauma já foram abordados nos capítulos anteriores e têm sido o foco da investigação, nos últimos anos, em particular ao nível do que se passou a denominar de perturbação de *stress* pós-traumático (APA, 1987, 1994).

O trauma afecta o indivíduo que directamente o vivenciou e tem implicações a outros níveis. Habitualmente, o traumatizado manifesta problemas interpessoais ao nível do casal (Finkelhor *et al.*, 1989), problemas de comunicação (Reid, Wampler e Taylor, 1996) e problemas ao nível da intimidade (Maloney, 1988; Solomon *et al.*, 1992; Verboosky e Ryan, 1988). Muitos destes problemas manifestam-se também nos parceiros incluindo sintomas de *stress*, intimidade reduzida e qualidade de relações pobre acompanhado frequentemente de isolamento (Coughlan e Parkin, 1987; Solomon *et al.*, 1992). Recentemente, os clínicos começaram a identificar sintomas similares à perturbação de *stress* pós-traumático nas esposas de veteranos de guerra (Nelson e Wright, 1996; Maloney, 1988; Williams, 1980). Em suma, a literatura acima referida tem sugerido que o trauma e os seus sintomas afectam não só o indivíduo como todos aqueles com quem o traumatizado tem relações significativas.

O termo perturbação secundária de *stress* traumático (STSD) tem sido usado para descrever os efeitos do trauma nos filhos dos progenitores com perturbação de *stress* pós-traumático (PTSD) (Rosenheck e Nathan, 1985), no parceiro conjugal de indivíduos traumatizados (Figley, 1983; McCann e Pearlman, 1990) e nos profissionais que trabalham com indivíduos traumatizados (Figley, 1995).

A diferença básica entre PTSD e STSD reside no facto de o stressor no primeiro caso ser directo, experienciado pelo próprio e, no segundo caso, o indivíduo lidar/viver com alguém com PTSD e ficar exposto às reacções físicas e emocionais da vítima. Desta feita, o contacto prolongado com alguém com PTSD pode tornar-se um stressor crónico (Solomon *et al.*, 1992).

Traumatização secundária pode ser descrita como uma perturbação de ajustamento em termos do impacto do indivíduo traumatizado no sistema. A transmissão de emoções traumáticas dum membro da família para outro teve origem no primeiro estudo realizado por Hill (1949, 1958) que deu origem à

designação *stress* familiar. Depois disso, o campo do *stress* traumático evoluiu e, nos últimos 20 anos, temos assistido a numerosas investigações sobre diferentes tipos de trauma e suas consequências, não apenas para aqueles que experienciaram o trauma mas também para os outros que foram indirectamente afectados como resultado de viverem, trabalharem, conhecerem ou possuírem relações afectivas com o traumatizado (Figley, 1983; 1995).

O pressuposto subjacente à ideia de perturbação secundária de *stress* traumático (STSD) (Figley, 1983; Rosenheck e Nathan, 1985) é que existe um mecanismo de contágio do traumatizado para os elementos que com ele(a) estabelecem relações significativas de forma a desenvolver sintomas idênticos. Vários mecanismos podem explicar o processo de contágio (Herman, 1992):

- 1) Tomar conhecimento de que um elemento da família passou por uma situação traumática ou que um filho tem uma doença crónica/fatal (APA, 1994).
- 2) Identificação com a vítima do trauma (Rosenheck e Nathan, 1985) e, numa forma vicariante, desenvolver sintomas semelhantes, como no caso dos filhos que se identificam com o pai que esteve na guerra, mesmo que as experiências traumáticas não sejam discutidas. Pode também ser devido à exposição às reacções emocionais e físicas da vítima como no caso em que os filhos ou o(a) parceiro(a) assistem a experiências de *flashbacks*, pesadelos ou pensamentos intrusivos (Williams, 1980). Neste caso, pensa-se tratar-se de um processo de internalização dos próprios sintomas (Maloney, 1988).
- 3) A ligação emocional e a vinculação que o indivíduo tem com a vítima de trauma, isto é, padrões de distância, desconfiança, defensividade que o traumatizado desenvolve e que afectam negativamente o parceiro desenvolvendo neste problemas interpersonais similares aos do próprio traumatizado.
- 4) O traumatizado comporta-se em relação aos restantes elementos da família de uma forma «traumatizante», isto é, com uso de violência/abuso emocional que podem por si mesmos provocar sintomas de trauma nos parceiros (Matsakis, 1988).

Para se desenvolver STSD não é necessário ter sofrido um trauma anterior. O indivíduo experiencia o trauma indirectamente numa forma vicariante manifestando sintomas de *distress* análogos aos da PTSD (Solomon *et al.*, 1992). Quando existe história de trauma anterior, os indivíduos traumatizados podem estar mais susceptíveis a traumas posteriores e a desenvolver STSD por que o trauma original ou os seguintes podem resultar numa diminuição das defesas físicas e psicológicas tornando o indivíduo sujeito aos efeitos cumulativos de trauma múltiplos (Balcom, 1996). Torna-se assim importante distin-

guir famílias tipo I em que a vítima sofreu apenas um incidente traumático daquelas que sofreram múltiplos eventos traumáticos ou tipo II (Terr, 1991). Esta distinção é fundamental sobretudo em termos de intervenção, já que as famílias tipo II surgem habitualmente dominadas pela impotência, sendo a regulação da distância, através do afastamento, o indicador mais frequente de estabilidade emocional associado, muitas vezes, a nova traumatização.

Como é que a PTSD afecta a família?

Comportamentos de evitamento

Não falar, não pensar, não sentir e não confiar resume os principais comportamentos de evitamento. Na realidade, o evitamento é sem dúvida um dos sintomas que afecta consideravelmente as relações sociais, e as famílias em particular, associado ao embotamento afectivo e à capacidade reduzida para se envolver com o mundo exterior. Duma forma geral, quando o traumatizado é o companheiro, a mulher assume vários papéis na tentativa de manter a coesão e o funcionamento da família exibindo por isso muitos dos mesmos sintomas (Matsakis, 1988), incluindo evitar aborrecê-lo ou incomodá-lo e acabando, no processo, por se anestesiar emocionalmente. Esta capacidade de não sentir e não comunicar mantém o trauma presente não permitindo que ele seja processado e integrado, mesmo que tenha ocorrido há muito tempo. A distância torna-se assim o regulador emocional na família.

Depressão

A maioria dos traumatizados, e sobretudo os veteranos de guerra, encontra-se cronicamente deprimida, com baixa auto-estima, sentindo-se frequentemente rejeitada pelos outros (Solomon *et al.*, 1999). Por sua vez, as suas companheiras sofrem da armadilha da compaixão (Williams, 1980), isto é, sacrificam demasiado as suas necessidades em prol do resto da família. A depressão constitui um dos principais responsáveis pelas dificuldades na intimidade do casal. Segundo o autor, as parceiras dos veteranos, ao preocuparem-se com os problemas dos outros, aumentam a sua ansiedade e sensação de desesperança apresentando baixa auto-estima.

Alienação e isolamento

Este tipo de sentimentos são comuns aos membros do casal especialmente quando um deles foi traumatizado. O isolamento social está muitas vezes associado a baixo suporte social, o que poderá complicar a integração do traumatizado na comunidade (Solomon *et al.*, 1999). No caso dos veteranos de guerra, a companhia frequentemente deixa-se do isolamento que o veterano impõe à relação marital exigindo que o casal não saia de casa, evitando

qualquer interação com os outros e ressentindo as interações que aquela possa iniciar (Goodwin, 1987). A alienação manifesta-se sobretudo em termos da incapacidade em apreciar e sentir as alegrias da vida (Shatan, 1973).

Suicídio

A ideação suicida é frequente e encontra-se associada a sentimentos de culpabilização. Este tipo de situação obriga os familiares a viverem num estado de preocupação, sobretudo quando o traumatizado tem acesso a armas de fogo (Goodwin, 1987).

Uso de substâncias

Os indivíduos diagnosticados com PTSD tendem a usar mais drogas e álcool para lidarem com a dor (Mason, 1995). O impacto da toxicodependência na família acarreta comportamentos de impulsividade. Face a este comportamento, os membros da família desenvolvem muitas vezes «detectores de medo» que reforçam o distanciamento em relação ao traumatizado (Matsakis, 1988).

Violência

Associada ao álcool e ao uso de substâncias está frequentemente a violência. Segundo Matsakis (1988), aproximadamente 25% das mulheres que participaram em terapia de grupo para esposas de veteranos com PTSD tinham sido batidas e 20% das visitas que faziam às urgências eram por motivo de violência física. Além do abuso físico, o abuso verbal e emocional é também frequente nestas famílias.

Desconfiança/ira

Depois da vivência duma experiência traumática é natural que o sobrevivente aprenda a não confiar nos outros. Além disso, e no caso específico dos veteranos de guerra, existe muitas vezes a sensação de que foi traído. Este sentimento está associado à sensação frequente de que o inimigo está em todo o lado, podendo levar o veterano a remeter a sua ira para alvos que lhe estão mais perto e disponíveis, como é o caso da esposa e filhos (Goodwin, 1987). Ao nível familiar, isto implica que os elementos da família muitas vezes não sabem quando o veterano está a experienciar as suas memórias do trauma que habitualmente o fazem entrar em «piloto automático», desligar e ter comportamentos desadequados.

Embotamento afectivo

Este tipo de sensações é muito comum, pois permite ao traumatizado desligar-se emocionalmente das relações interpessoais protegendo-o de tudo que o possa fazer sentir (Matsakis, 1988). O embotamento é o reverso da ira e consiste numa estratégia de *coping* que tem como consequência um afasta-

Ao nível da STSD, e tendo por base a escala SCL-90 (Derogatis, 1983), as companheiras dos veteranos de guerra manifestam sintomas de somatização, depressão, problemas obsessivo-compulsivos, ansiedade, ideação paranóide, hostilidade e dificuldades no funcionamento social (Solomon *et al.*, 1992). Por outro lado, e dado que têm de lidar frequentemente com o uso de substâncias por parte do veterano, as esposas têm dificuldade em manter estratégias de *coping* consistentes. São também as esposas que aprendem a reconhecer o «*gatilho*» que precede os comportamentos erráticos dos medos e *flashbacks* do veterano de forma a poderem proteger os filhos.

Importa mais uma vez salientar que a violência, a que muitas vezes as mulheres que vivem com companheiros diagnosticados com PTSD estão sujeitas, segundo elas está frequentemente associada à componente de *flashback*, isto é, aos estados dissociativos do companheiro ou quando este se zanga, dando assim início ao ciclo de violência (Matsakis, 1988).

Este estudo de Matsakis é extremamente importante a dois níveis. Por um lado, porque ressalva o sofrimento da esposa do veterano e, por outro, porque enfatiza a necessidade de a intervenção não ignorar este aspecto para que a probabilidade de a esposa responder ao veterano de uma forma que o possa retraumatizar, reforçando assim o seu *distress*, possa ser reduzida. Assim, toda a intervenção psicológica que se foque exclusivamente no traumatizado e ignore o contexto interpessoal reduzirá as possibilidades de êxito.

PTSD e crianças

Os problemas experienciados pelas crianças numa família traumatizada podem agrupar-se em várias categorias das quais destacamos (Matsakis, 1996):

- 1) Famílias virtualmente monoparentais, resultado de uma distância emocional do progenitor com PTSD. Embora o distanciamento não seja uma rejeição da criança, esta habitualmente sente-o como tal, isto é, que não é amada ou aceite. Num estudo citado pela autora levado a cabo pelo Centro de Veteranos nos Estados Unidos, 73% dos terapeutas referem que o veterano com PTSD se distancia dos filhos e 80% mencionam que ele tem tendência a ser muito crítico em relação a estes.
- 2) Famílias em que existe superproteção e supervalorização das crianças. Assim, algumas famílias assistimos ao padrão oposto do anterior: o traumatizado está emocionalmente muito preso aos filhos e não ao companheiro, sendo extremamente protector das crianças, restringindo a sua mobilidade. Muitas das vezes, isto implica passar a «*penete fino*» as actividades e amigos dos filhos, funcionando as crianças como se fossem uma área de especialização do traumatizado.

mento e a não expressão de afectos em relação ao companheiro/a e/ou filhos. Este grau de distância permite, assim, lidar com a intolerância de qualquer aproximação emocional, o que implica que nestas famílias não existe expressão de afectos e a família possa ser descrita como «*congelada*» (Matsakis, 1988).

Transmissão familiar do trauma

Os membros da família podem ser traumatizados de quatro formas possíveis (Figley, 1989):

Efeitos simultâneos: todos os membros são afectados pelo mesmo evento traumático como no caso de incêndio, acidente de viação ou acidente natural.

Efeitos vicariantes: surgem quando ocorre uma catástrofe a um membro com o qual a família está incapaz de entrar em contacto directo, como na situação de guerra.

Trauma intrafamiliar: vários membros da família são traumatizados por um evento dentro da própria família como nos casos de incesto, violência ou divórcio.

Traumatização secundária: ocorre quando o *stress* traumático infecta a família pelo facto de estarem em contacto com o elemento vitimizado.

Em qualquer uma destas situações, os membros familiares podem desenvolver perturbação secundária de *stress* traumático (STSD).

PTSD e dinâmica conjugal nos veteranos de guerra

As características que se seguem têm sido descritas como estando alteradas nas esposas dos veteranos (Maloney, 1988; Verbosky e Ryan, 1988; Williams, 1980):

Comportamento de cuidar: as esposas são as responsáveis pela organização do lar e são elas que emocionalmente cuidam das crianças bem como, em muitos casos, quem mantêm economicamente a casa. Esta situação implica muitas vezes que coloquem as suas necessidades em segundo plano e sejam descritas como super-responsáveis (Maloney, 1988). A consequência deste comportamento resulta muitas vezes em baixa auto-estima e no sentido de desesperança que frequentemente desenvolvem (Williams, 1980).

Papéis: os papéis habitualmente são rígidos e estereotipados. Esta rigidez torna a família pouco adaptável em termos de flexibilidade, o que aumenta a probabilidade de conflito de papéis e indirectamente o conflito conjugal (Ackerknecht e Ryan 1988)

um trauma, existam alterações nos padrões familiares essencialmente da comunicação no casal e família. Contudo, antes de qualquer avaliação da relação marital é importante obter a história psicossocial. O impacto do trauma é provavelmente diferente numa relação recém-formada quando comparada com uma relação de longos anos (Wilson e Kurtz, 1997). Se, anteriormente ao trauma, o casal já tinha problemas e padrões disfuncionais, após o trauma esses padrões têm tendência a serem amplificados e a criarem ainda mais stress no período de recuperação pós-trauma (McCubbin e Patterson, 1983).

De seguida, apresentaremos uma selecção de instrumentos que avaliam no domínio do casal/família as dimensões mais afectadas pelo trauma.

Ajustamento marital

- Escala de Ajustamento da Díade [Dyadic Adjustment Scale (DAS), Spanier, 1976]. É uma medida que consiste em 32 itens que avaliam satisfação, consenso, expressão afectiva e coesão entre os parceiros. Vários estudos mostraram que a escala consegue discriminar casais stressados de casais não stressados (Weiss, Hops e Patterson, 1973). Funciona assim como uma medida que fornece o índice de stress numa relação resultante de um ou ambos os membros terem sofrido PTSD (Wilson e Kurtz, 1997). Existe uma tradução portuguesa de investigação quer para a versão original quer para a versão reduzida, que é composta por 11 itens (Perreira, 2003).

3) Famílias em que as crianças são trianguladas como fonte de suporte social. Muitas vezes, devido à alienação e isolamento do progenitor traumatizado, este centra-se num dos filhos para suporte emocional triangulando-o na relação ou formando coligações. As implicações resultantes desta alteração na estrutura familiar enfatizam o dilema da criança que poderá sentir que, para merecer a atenção do progenitor que o trata como adulto, tem de ser forçosamente desleal ao outro. Muitas das vezes isto resulta em a criança se tornar sintomática.

Famílias com PTSD habitualmente produzem crianças que tendem a ser perfeitas de forma que os pais possam sentir-se orgulhosos ou, por outro lado, serem sintomáticas de forma que os pais possam ter algo em que focar os seus problemas (Mason, 1995). Estes dados não significam contudo que os veteranos de guerra ou indivíduos com PTSD não possam ser pais perfeitamente capazes de se envolver emocionalmente de forma adequada com os seus filhos.

Em famílias com veteranos de guerra traumatizados, assiste-se muitas vezes a um isolamento das crianças porque o pai não consegue lidar com a pressão que tal papel acarreta, o que leva as crianças a sentirem-se indesejadas e inadequadas (Matsakis, 1996). Por sua vez, as mães tentam compensar, assistindo-

entre os parceiros ou ser precipitada pela interacção com o terapeuta (Chu, 1988; Greib, 1992). Normalmente, estes casais exibem fronteiras rígidas e permeáveis em que a comunicação praticamente não existe, deixando delibada ou inadvertidamente transpirar informação privilegiada para o exterior, sendo este facto habitualmente interpretado como uma nova violação, aumentando assim a desconfiança. A característica principal nestes casais é a intensa reactividade emocional que sabota sobretudo o processo de intimidade (Balcon, 1996). Especialmente em sobreviventes de famílias do tipo II, cada um dos parceiros pode sentir-se desesperado e isolar-se ou escalar o conflito em troca de intimidade. Também aqui, a regulação através da distância é a forma encontrada de manter a estabilidade emocional.

Não gostaríamos de terminar sem referir que a perturbação secundária de stress traumático também afecta profissionais de saúde. Estes profissionais incluem todos aqueles que trabalham em contextos como a emergência médica, os bombeiros, os serviços de protecção a menores, bem como os profissionais de saúde mental (Figley, 1995).

O conceito de STSD é diferente do conceito de *burnout*, na medida em que o segundo pode ser descrito como um estado de exaustão física, mental e emocional causadas pelo envolvimento em situações emocionais exigentes, sendo um processo de desgaste que ocorre progressivamente (Freudenberger, 1980).

- Teste de Ajustamento Marital de Locke-Wallace [Locke-Wallace Marital Adjustment Test (LWMAT), Locke e Wallace, 1959]. É um instrumento de 15 itens que avalia globalmente o ajustamento marital dos parceiros, sendo o ajustamento definido como a acomodação de um parceiro a outro em qualquer período de tempo. Trata-se duma medida global de ajustamento que consegue discriminar bem os casais ajustados dos desajustados.

Intimidade/comunicação

- Avaliação Pessoal da Intimidade Relacional [Personal Assessment of Intimacy in Relationships (PAIRS), Schaeffer e Olson, 1981]. É uma medida que pode avaliar o impacto da PTSD no casal. Avalia a intimidade emocional, sexual, intelectual e recreativa. A escala correlaciona-se nas mesmas dimensões com a escala de ambiente familiar (Moos e Moos, 1981).
- Inventário de Comunicação Primária [Primary Communication Inventory (PCI), Locke, Sabaght e Thomes, 1967]. Este instrumento tem 25 itens que avaliam a comunicação marital no casal requerendo que cada um complete os itens referentes à sua comunicação bem como em relação à comunicação do parceiro. Permite avaliar o impacto da PTSD no nível da comunicação do casal. A escala correlaciona-se fortemente com o Inventário de Relacionamento Marital de Locke-Wallace.

Satisfação marital

- Inventário de Satisfação Marital [Marital Satisfaction Inventory (MSI), Snyder, 1979]. É uma medida que descreve bem casais stressados quando comparados com casais da população geral. Inclui 280 itens distribuídos por 11 subescalas que avaliam o *distress* global, a comunicação afectiva, comunicação de resolução de problemas, tempo juntos, convencionalismo, desacordo em relação a finanças, insatisfação sexual, insatisfação em relação às crianças, conflito em relação à educação dos filhos, história familiar de *distress* e orientação de papéis. A resposta é em formato Verdadeiro/Falso.
- Índice de Satisfação Marital [Index of Marital Satisfaction (IMS), Hudson, 1992]. O questionário tem 25 itens que avaliam o grau, gravidade ou magnitude da percepção dos problemas que os esposos têm relativamente à relação marital. Existe uma versão portuguesa de investigação (Pereira, Ramalho e Dias, 2000).
- Índice de Comparação Marital [Marital Comparison Level Index (MCLI), Sabatelli, 1984]. Este instrumento avalia a percepção dos esposos sobre o grau em que consideram que a sua relação marital está de

acordo com as suas expectativas. Duma forma geral, pode dizer-se que avalia as queixas acerca da relação marital quando as expectativas individuais dos esposos não são preenchidas. Possui 32 itens que fornecem uma medida global da satisfação marital.

Avaliação do stress familiar

A teoria de *stress* familiar enfatiza a percepção familiar do trauma como uma variável determinante da adaptação ao trauma. A investigação tem mostrado que um dos melhores preditores de PTSD é a gravidade do trauma a que os indivíduos foram expostos (Pynoos, Frederick e Nader, 1987; Green, 1993; Wilson e Raphael, 1993). Embora existam vários instrumentos que avaliam a gravidade do trauma, a percepção «subjectiva» da família parece ter um impacto maior do que os critérios «objectivos» (Wilson e Kurtz, 1997).

Os três instrumentos que se seguem avaliam o *stress* na família nuclear em termos de percepção de acontecimentos stressantes.

- Inventário Familiar de Impacte de Acontecimentos [Family Inventory of Life Events (FILE), McCubbin, Cauble, e Patterson, 1982]. O inventário tem 71 itens e avalia as percepções dos acontecimentos stressantes a que a família foi exposta nos últimos 12 meses. O foco é a mudança no sentido de avaliar o ajustamento que a família teve de fazer em termos de padrões de interacção face aos stressores. Existe uma versão portuguesa de investigação (Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro, 1990a).
- Escala de Avaliação Pessoal Orientada para Crises Familiares [Family Crises Oriented Personal Evaluation Scale (F-COPES), McCubbin, Cauble, e Patterson, 1982]. Trata-se dum inventário com 29 itens que avalia as estratégias de *coping* familiares em relação a eventos traumáticos. O inventário avalia a aquisição de suporte social, reformulação, procura de suporte espiritual e mobilização da família para adquirir ajuda e avaliação passiva (capacidade para aceitar questões problemáticas). Existe uma versão portuguesa de investigação (Serra, Firmino, Ramalheira e Canavarro, 1990b).
- Índice de Stress Parental [Parenting Stress Index (PSI), Abidin, 1983]. Trata-se de um questionário que fornece uma medida da magnitude do *stress* que ocorre no sistema pais-filhos. É composto por 120 itens distribuídos por dois domínios: Domínio da Criança (47 itens) e Domínio dos Pais (54 itens) e por uma escala opcional de *stress* de vida (19 itens). Cada um dos domínios integra várias subescalas. Existe uma versão adaptada à população portuguesa (Santos e Abidin, 1997).

Funcionamento familiar

Fisher (1976) identificou 4 categorias de construtos familiares que devem ser avaliados quando um ou mais membros da família apresenta sintomas de PTSD: estrutura familiar, processo, expressão afectiva e orientação (crenças). Os três instrumentos descritos de seguida avaliam estas quatro categorias.

- Modelo Sistémico de Beavers [Beavers System Model (BSM), Beavers e Hampson, 1990, 1993]. Avalia a competência familiar que é considerada uma dimensão contínua e inclui as dimensões da estrutura, papéis, objectivos, autonomia, afecto familiar e patologia. Famílias disfuncionais são as menos competentes e apresentam um estilo inflexível. A investigação mostrou que as famílias capazes de exprimir uma variedade de sentimentos lidam melhor com as situações de stress. Por sua vez, nas famílias disfuncionais, existe menos expressão de afecto, bem como constrição emocional (Beavers, Hampson e Hulgus, 1985). O efeito do trauma nas famílias afectadas por PTSD terá tendência a acentuar a organização preexistente da família (Wilson e Kurtz, 1997).
- Instrumento de Avaliação Familiar de McMaster [McMaster Family Assessment Device (FAD), Epstein, Bishop, Ryan, Miller e Kneith, 1993]. Avalia as dimensões do funcionamento familiar também num *continuum* desde o disfuncional ao óptimo. As áreas avaliadas incluem as dimensões de resolução de problemas, comunicação, papéis, responsividade afectiva, envolvimento afectivo, controlo do comportamento e funcionamento global. Existe uma versão portuguesa de investigação (Pereira e Silva, 1997).
- Escala de Ambiente Familiar [Family Environment Scale (FES), Moos e Moos, 1981]. É uma escala que avalia relações interpessoais entre os membros da família, organização do sistema familiar e crescimento pessoal dos membros. Algumas das dimensões do FES podem ser mais afectadas pela PTSD do que outras. Concretamente as questões dimensionais relacionadas com a coesão, expressividade e conflito bem como as questões ligadas ao controlo e organização. Existe uma versão portuguesa de investigação (Pereira e Cardozo, 1998) e uma outra já adaptada a crianças e pré-adolescentes (Santos e Fontaine, 1995).
- Escalas de Avaliação da Adaptabilidade e Coesão Familiares [Family Adaptability and Cohesive Evaluation Scale-III (FACES), Olson, Russell e Sprenkle, 1983]. Ao nível familiar, parece-nos importante avaliar o grau de coesão e adaptabilidade familiar. O FACES avalia as dimensões de coesão, adaptabilidade e comunicação. Segundo os autores, famílias funcionais são as que apresentam valores intermédios nas dimensões

coesão e adaptabilidade. Existe uma versão portuguesa de investigação (Torres, Curral e Dourado, 1987).

Wilson e Kurtz (1997) recomendam a utilização de pelo menos uma medida de avaliação do funcionamento geral quando se avalia o impacto da PTSD na família, uma vez que o impacto potencial dos sintomas ao nível do isolamento, embotamento emocional e desregulação afectiva está incluído nestes instrumentos de funcionamento global. Na nossa opinião, pensamos que a avaliação da PTSD no casal/família deverá incluir as seguintes dimensões: funcionamento geral, satisfação marital, intimidade e stress familiar.

Em suma, gostaríamos de enfatizar a importância da avaliação da família traumatizada no sentido de adaptar posteriormente a intervenção às características que a família apresenta.

Bibliografia

- AMBIN, R. R. (1983), *Parenting Stress Index - Manual*, Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- American Psychiatric Association (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - revised* (3.ª ed.), Washington D.C.
- American Psychiatric Association (1994), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - revised* (4.ª ed.), Washington D.C.
- BALCOM, D. (1996), «The interpersonal dynamics and treatment of dual trauma couples», *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 431-442.
- BEAVERS, W. R.; HAMPSON, R. B. (1990), *Successful families: Assessment and Intervention*, Nova Iorque: Norton.
- BEAVERS, W. R.; HAMPSON, R. B. (1993), «Measuring family competence: The Beavers System model», in F. WALSH (ed.), *Normal family processes*, Nova Iorque: Guilford Press.
- BEAVERS, W. R.; HAMPSON, R. B.; HULGUS, Y. F. (1985), «The Beavers System Approach to family assessment», *Family Process*, 24, 398-405.
- CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. (1989), *The changing family life cycle: A framework for family therapy*, Boston: Allyn e Bacon.
- CHIU, J. (1988), «Ten traps for therapists in the treatment of trauma survivors», *Dissociation*, 1, 24-32.
- COUGHLIN, K.; PARKIN, C. (1987), «Women partners of Vietnam veterans», *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health*, 25, 25-27.
- DEROGATS, L. R. (1983), *SCL-90: Administration, scoring, and procedures manual*, Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- EPISTEIN, N. B.; BISHOP, D. S.; RYAN, C.; MILLER, I.; KERTNER, G. (1993), «The McMaster model view of health family functioning», in F. WALSH (ed.), *Normal family processes*, Nova Iorque: Brunner/Mazel.
- FIGLEY, C. R. (1983), «Catastrophes: An overview of family reactions», in C. R. FIGLEY e H. I. McCUBBIN (eds.), *Stress and the family*, vol. 2, *Coping with catastrophe*, Nova Iorque: Brunner e Mazel.
- FIGLEY, C. R. (1989), *Helping traumatized families*, Jossey-Bass Inc., Publishers.
- FIGLEY, C. R. (1995), «Comparison fatigue as secondary traumatic stress disorder: An overview», in C. R. FIGLEY (ed.), *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*, Nova Iorque: Brunner/Mazel.
- FIGLEY, C. R.; SPRENKLE, D. H. (1978), «Delayed stress response syndrome: Family therapy indications», *Journal of Marriage and Family Counseling*, 4, 53-60.
- FINKELHOR, D.; HOTALING, G.; LEWIS, I. A.; SMITH, C. (1989), «Sexual abuse and its relationship to later sexual satisfaction, marital status, religion, and attitudes», *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 379-399.

- FIGUEROA, J. (1976), «Dimensions of family assessment: A critical review», *Journal of Marriage and Family Counseling*, 376-382.
- FRIEDBERGER, H. (1980), *Burnout*, Nova Iorque: Bantam.
- GOODWIN, J. (1987), «The etiology of combat-related post-traumatic stress disorders», in T. WILLIAMS (ed.), *Post-traumatic Stress Disorders: A handbook for clinicians. Disabled American Veteran*, Cincinnati, Ohio.
- GRIEN, A. (1993), «Identifying survivors at risk: trauma and stressors across events», in J. P. WILSON e B. RAFFIAEL (eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes*, Nova Iorque: Plenum Press.
- GRUBB, P. (1992, Out.), «Treating trauma survivors and their partners: Validating the story, rebalancing the dyad», artigo apresentado na Harvard Couples Conference, Boston, MA.
- HEPMAN, J. (1992), *Trauma and recovery*, Nova Iorque: Basic Books.
- HILL, R. (1949), *Families under stress*, Nova Iorque: Harper e Row.
- HILL, R. (1958), «Genetic features of families under stress», *Social Casework*, 49, 139-150.
- HUNSON, W. W. (1992), *The WAHMYR Assessment Scales Scoring Manual*, Tempe, AZ: Walmyr Publishing Co.
- KERR, M. E.; BOWEN, M. (1988), *Family evaluations*, Nova Iorque: Norton.
- LEWIS, J. (1986), «Family structure and stress», *Family Process*, 25, 235-247.
- LOCKE, H. J.; WALLACE, K. M. (1959), «Short marital adjustment and prediction tests: their reliability and validity», *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- LOCKE, H. J.; SARAGHTI, F.; THOMAS, M. M. (1967), in J. FISCHER e K. CORCORAN (eds.) (1994), *Measures for Clinical Practice*, vol. 1, The Free Press.
- MACLEARY, L. J. (1988), «Post-traumatic stresses of women partners of Vietnam veterans», *Smith College Studies in Social Work*, 58, 122-143.
- MAIHAS, C.; SUAY, J. (1995), «Trauma contagion in partners of survivors of childhood sexual abuse», *American Journal of Orthopsychiatry*, 65, 529-539.
- MASON, P. (1995 Julho-Agosto), «How does PTSD affect families», *Post-traumatic Gazette*.
- MATSAKIS, A. (1988), *Vietnam wives: Kensington, MD: Woodbine House*.
- MATSAKIS, A. (1996), *Vietnam Wives: facing the challenge of life with Veterans suffering Post-Traumatic Stress*, The Sidran Press.
- MC CANIS, I.; PEARLMAN, I. (1990), «Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims», *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131-149.
- MCCUMBER, H. I.; PATTERSON, J. (1983), «Family stress adaptation to crisis: A double ABCX model of family behavior», in H. I. MCCUMBER, M. SUSSMAN e J. PATTERSON (eds.), *Advances in family stress theory and research*, Nova Iorque: Haworth Press.
- MCCUMBER, H. I.; CAHILL, A. E.; PATTERSON, J. M. (eds.) (1982), *Family stress, coping and social support*, Springfield, IL: Thomas.
- MCCUMBER, H. I.; PATTERSON, J. M.; WILSON, J. (1983), *FILE - family Inventory of Life Events*, Madison: University of Wisconsin Press.
- MOORE, R. H.; MOORE, B. S. (1981), *Family Environment scale manual*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- NATHAN, T.; FURUDAS, C.; ROSENTHAL, D. (1986), «The evolution of Circular questions: Training family therapists», *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, (2), 113-127.
- NATHAN, B. S.; WHITFORD, D. W. (1996), «Understanding and treating posttraumatic stress disorder symptoms in female partners of veterans with PTSD», *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 455-467.
- NICHOLS, W. C. (1988), *Marital therapy: An integrative approach*, Nova Iorque: Guilford Press.
- OLSON, D.; RUSSELL, C.; SPRENKLE, D. (1983), «Circumplex model IV: Theoretical update», *Family Process*, 22, 69-83.
- PEREIRA, M. G. (2003), *DAS - Dyadic Adjustment Scale. Versão de Investigação*, Universidade do Minho.
- PEREIRA, M. G.; CARROZO, M. (1998), *FES - Escala de Ambiente Familiar. Versão de Investigação*, Universidade do Minho.
- PEREIRA, M. G.; RAMALHO, V.; DIAS, P. (2000), *Inventário de satisfação marital. Versão de Investigação*, Universidade do Minho.
- PEREIRA, M. G.; SILVA, M. S. (1997), *FAD - Family Assessment Device. Versão de Investigação*, Universidade do Minho.
- PRINSON, R. S.; FRIEDBERG, C.; NABER, K. (1987), «Life threat and posttraumatic stress in school age children», *Archives of General Psychiatry*, 44, 1057-1063.
- RUBIN, K. S.; WAMPLER, R. S.; TAYLOR, D. K. (1996), «The alienated partner: Responses to traditional therapies for adult sexual abuse survivors», *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 443-453.
- ROLLAND, J. (1994), *Families, Illness e Disability: An integrative treatment model*, Basic Books.
- ROSENHECK, R.; NATHAN, P. (1985), «Secondary traumatization in children of Vietnam Veterans», *Hospital and Community Psychiatry*, 36, 538-539.
- SABATELLI, R. M. (1984), *The marital Comparison Level Index: A measure of Marriage and the family*, 46, 651-662.
- SANTOS, M.; FONTAINE, A. M. (1995), «Avaliação do ambiente familiar por crianças e pré-adolescentes. Alguns aspectos da adaptação do FES de Moos e Moos», *Avaliação Psicológica: Fórmulas e Contextos*, vol. III, APPORT.
- SANTOS, S. V.; ABDIN, R. (1997), «Versão portuguesa do Parenting Stress Index (PSI): validação preliminar», *Avaliação Psicológica: Fórmulas e Contextos*, vol. V, Braga.
- SCHAEFFER, M. T.; OLSON, D. H. (1981), «Assessing intimacy: The PAIR inventory», *Marital and Family Therapy*, 7 (1), 47-60.
- SERRA, A. V.; FRIMINO, H.; RAMALHEIRA, C.; CANAVARRO, C. M. (1990a), *FILE - Inventário Familiar de Acontecimentos de Vida. Versão Portuguesa de Investigação*, Universidade de Coimbra.
- SERRA, A. V.; FRIMINO, H.; RAMALHEIRA, C.; CANAVARRO, C. M. (1990b), *F-COPEES. Versão Portuguesa de Investigação*, Universidade de Coimbra.
- SHATAN, C.F. (1973), «The grief of soldiers: Vietnam combat veterans' self help movement», *American Journal of Orthopsychiatry*, 43 (4): 640-653.
- SNYDER, D. K. (1979), «Multidimensional assessment of marital satisfaction», *Journal of Marriage and the Family*, 41, 813-823.
- SOLOMON, Z.; WAYSMAN, M.; LEVY, G.; FRIED, B.; MIKULINICER, M.; BENBENISHTY, R.; FLORIAN, V.; BLEICH, A. (1992), «From front line to home front: A study of secondary traumatization», *Family Process*, 31, 289-302.
- SPANIER, G. B. (1976), «Measuring dyadic adjustment: new scales for assessing the quality of marriage and similar dyads», *Journal of the Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- STEINGASS, P. (1985), *The alcoholic family*, Basic Books.
- TERR, L. (1991), «Childhood traumas: Na outline and overview», *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.
- TORRES, A. R.; CURRAL, R.; DOURADO, F. (1987), *Faces III. Versão Portuguesa de Investigação*.
- VERBOSKY, S. J.; RYAN, D. A. (1988), *Female partners of Vietnam veterans: Theory, research and treatment*, Nova Iorque: Brunner/Mazel.
- WEISS, R.; HOES, H.; PATTERSON, G. R. (1973), «A framework for conceptualizing marital conflict, technology for altering it, some data for evaluating it», in L. A. MARSH e E. J. HARDY (eds.), *Behaviour change: Methodology, concepts, and practice*, Champaign IL: Research Press.
- WILLIAMS, C. M. (1980), «The "veteran system" with a focus on women partners: Theoretical considerations, problems and treatment strategies», in T. WILLIAMS (ed.), *Posttraumatic stress disorders of the Vietnam veteran*, Cincinnati: Disabled American Veterans.
- WILSON, J. P.; KURTZ, R. R. (1997), «Assessing Posttraumatic stress disorder in couples and families», in J. P. WILSON e T. M. KENNE (eds.), *Assessing Psychological trauma and PTSD*, The Guildford Press.
- WILSON, J. P.; RAFFIAEL, B. (eds.) (1993), *International handbook of traumatic stress syndromes*, Nova Iorque: Plenum Press.