

**Rita Garcia Cardoso**

**PPST e Conjugalidade: Regulação emocional, violência e satisfação  
conjugal em casais com historial de exposição à Guerra Colonial**



**Universidade Fernando Pessoa**

Porto, 2015



**Rita Garcia Cardoso**

**PPST e Conjugalidade: Regulação emocional, violência e satisfação  
conjugal em casais com historial de exposição à Guerra Colonial**



**Universidade Fernando Pessoa**

Porto, 2015

**Rita Garcia Cardoso**

**PPST e Conjugalidade: Regulação emocional, violência e satisfação  
conjugal em casais com historial de exposição à Guerra Colonial**

**Assinatura do aluno** \_\_\_\_\_

**Trabalho apresentado à Universidade  
Fernando Pessoa como parte dos requisitos  
para obtenção do grau de Mestre em Psicologia  
Jurídica, sob orientação da Professora Doutora  
Zélia Teixeira.**

## RESUMO

O presente estudo foca-se na Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST) e nos seus impactos ao nível da regulação emocional, violência e satisfação conjugal em casais com historial de exposição à Guerra Colonial Portuguesa (1961-1974). Dadas as dificuldades maritais sentidas por estes casais e pelo escasso investimento nesta área em Portugal, pretendeu-se com este trabalho contribuir para o conhecimento desta temática, bem como estimular o interesse em futuras investigações. Através de um estudo quantitativo, correlacional e comparativo, estudou-se o impacto da PPST sobre o seio da relação conjugal. Para os objetivos delineados, foram utilizados 3 instrumentos de avaliação: *Escala de Dificuldades de Regulação Emocional* (DERS), *Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (EASAVIC) e *Escala de Justiça Íntima* (IJS). Nesta investigação participaram 50 casais, tendo sido divididos em dois grupos: Grupo 1 em que o ex-combatente sofre de PPST e o Grupo 2 em que o ex-combatente não possui qualquer perturbação psicológica. Os resultados obtidos corroboram as investigações já realizadas nesta área, em que se verifica haver um impacto negativo da sintomatologia da PPST dos ex-combatentes perante o seu funcionamento conjugal, apresentando valores menos satisfatórios em relação às variáveis em estudo quando comparados com o grupo de controlo.

**Palavras-chave:** PPST; Guerra Colonial Portuguesa; Regulação Emocional; Violência; Satisfação Conjugal.

## ABSTRACT

This study focuses on Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and its impact on emotional regulation, violence and marital satisfaction in couples with a history of exposure to Portuguese Colonial War (1961-1975). Given the marital difficulties encountered by these couples and the scarce investment in this area in Portugal, the intention of this study was to contribute to the production of knowledge about this subject, as well as stimulate interest in future investigations. Through a quantitative, correlational and comparative study, we studied the impact of PTSD on marital relationship. For the outlined goals, we used three assessment scales: *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), *Scale of Satisfaction in Marriage areas* (EASAVIC) and *Intimate Justice Scale* (IJS). Fifty couples participated in this study, divided into two groups: Group 1, in which the veteran suffered from PTSD and Group 2, in which the veteran had no psychological disturbance. The results corroborate previous research in this area, where there is a negative impact of symptoms of PTSD of former military in his marital functioning, presenting less satisfactory values regarding the variables under study compared to the control group.

**Keywords:** PTSD; Portuguese Colonial War; Emotional Regulation; Violence; Marital Satisfaction.

## DEDICATÓRIA

*Aos meus avós Mário e Margarida,*

*Ao meu avô pela sua participação nas missões da Guiné e  
pela sua bravura enquanto militar.*

*À minha avó, uma guerreira e heroína, perante uma vida de obstáculos.*

*Vocês são a minha fonte de inspiração e motivo de orgulho.*

*Este trabalho é dedicado a vós. Amo-vos!*

## AGRADECIMENTOS

Aos meus orientadores Professora Doutora Zélia Teixeira e Professor Doutor Jorge Cardoso, pela ajuda e disponibilidade, pelos seus conhecimentos e pelos conselhos e críticas construtivas, que me permitiram a elaboração de um trabalho mais completo e enriquecedor.

A todos os ex-combatentes e respetivas esposas que participaram neste estudo, com quem tive o privilégio e a honra de conversar e passar momentos únicos de partilha e relatos de histórias de vida incríveis.

À Dra. Susana Oliveira, psicóloga clínica da APOIAR, que sempre me ajudou desde o início deste estudo, oferecendo-me a sua opinião, conselhos e advertências que se tornaram tão uteis à elaboração desta tese. O meu muito obrigada!

Aos meus colegas de turma, que se mantiveram unidos nesta caminhada, sempre tentado apoiar-se uns aos outros, tornando-se para mim um incentivo de coragem e apoio nesta etapa tão importante e decisiva da vida académica. Obrigada pela ajuda colegas, juntos somos mais fortes!

Às minhas colegas e amigas Carolina e Marta, que me acompanharam ao longo deste percurso, apoiando-me e aturando-me todos os dias no nosso local de trabalho. Obrigada meninas, pela vossa força e pelas risadas e bons momentos que sempre partilhámos, mesmo em momentos mais críticos. Gosto tanto de vocês!

À minha família, porque tudo isto é por mim, por vós. Uma menção especial aos meus avós, pelo seu carinho, ajuda e preocupação constante. Obrigada meus avós queridos, vocês são o ponto de partida deste trabalho. Meus guerreiros, agradeço-vos para sempre! Amo-vos!

Ao Joel, pela sua mente brilhante e capacidade de me aturar.

Ao meu amor, por ter estado sempre comigo, mesmo nos momentos de solidão e de trabalho árduo. Obrigada pelo teu carinho, atenção e paciência. Meu porto de abrigo, obrigada por tudo. Amo-te Eduardo.

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....</b>	<b>4</b>
<b>Capítulo I – A Perturbação Pós-Stress Traumático em ex-Combatentes.....</b>	<b>5</b>
1.1. Conceito de Trauma e seus efeitos.....	5
1.2. Diagnóstico da Perturbação Pós-Stress Traumático.....	6
1.3. Breve nota histórica sobre a PPST em Portug.....	11
<b>Capítulo II – Impacto da PPST no ex-Combatente .....</b>	<b>13</b>
2.1. O ex-Combatente perante o Contexto de Guerra .....	13
2.2. Sintomatologia .....	14
2.3. Apoio Social e Serviços de Saúde .....	16
<b>Capítulo III - Impacto da PPST na Mulher do ex-Combatente.....</b>	<b>17</b>
3.1. Perturbação Secundária de Stress Traumático e Sintomatologia .....	17
3.2. O papel da Mulher do ex-Combatente na Relação Conjugal.....	19
3.3. Grupos de Suporte.....	21
<b>Capítulo IV – Impacto da PPST na Relação Conjugal .....</b>	<b>22</b>
4.1. Conjugalidade .....	22
4.2. Satisfação Conjugal .....	23
4.3. Sexualidade.....	25
4.4. Violência, Álcool e Consumo de Substâncias.....	27
4.5. Regulação Emocional.....	29
4.6. Depressão e Ideação Suicida.....	33

<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>36</b>
<b>Capítulo V – Enquadramento Metodológico.....</b>	<b>37</b>
5.1. Introdução.....	37
5.2. Objetivos específicos.....	37
5.3. Variáveis.....	38
5.4. Participantes.....	39
5.5. Instrumentos.....	42
5.5.1. Questionário Sociodemográfico.....	42
5.5.2. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional .....	42
5.5.2.1. Análise estrutural.....	44
5.5.2.2. Consistência interna.....	48
5.5.3. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal .....	49
5.5.3.1. Análise estrutural.....	50
5.5.3.2. Consistência interna.....	55
5.5.4. Escala de Justiça Íntima .....	55
5.5.4.1. Análise estrutural.....	56
5.5.4.2. Consistência interna.....	57
5.6. Procedimentos.....	57
5.7. Tratamento dos dados em falta e Análise Estatística.....	58
<b>Capítulo VI – Apresentação dos Resultados.....</b>	<b>60</b>
6.1. Análise Descritiva.....	60
6.1.1. Dados sociodemográficos.....	60
6.1.2. Objetivo 1.....	62
6.2. Análise Inferencial.....	64

6.2.1. Objetivo 2 .....	64
6.2.2. Objetivo 3 .....	66
6.2.3. Objetivo 4.....	70
<b>Capítulo VII – Discussão dos Resultados.....</b>	<b>72</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>80</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>95</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Caraterização sociodemográfica da amostra total por sexo .....	40
<b>Tabela 2</b> - Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala DERS .....	45
<b>Tabela 3</b> - Fiabilidade da subescala “Clareza emocional” .....	48
<b>Tabela 4</b> - Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala EASAVIC .....	51
<b>Tabela 5</b> - Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala IJS .....	56
<b>Tabela 6</b> - Caraterização do grupo dos ex-combatentes em função de diversos fatores clínicos .....	61
<b>Tabela 7</b> - Caraterização do grupo de ex-combatentes da Guerra Colonial com PPST, das respetivas companheiras e enquanto casal, ao nível da regulação emocional, violência e satisfação conjugal.....	63
<b>Tabela 8</b> - Diferenças na regulação emocional, violência e satisfação conjugal dos casais em função da presença ou ausência de PPST no companheiro.....	65
<b>Tabela 9</b> - Matriz de correlações entre as escalas e subescalas em estudo.....	68
<b>Tabela 10</b> - Diferenças na regulação emocional, violência e satisfação conjugal em casais com cônjuge com PPST, entre géneros .....	71

## INTRODUÇÃO

A Guerra Colonial travada em África (Angola, Guiné e Moçambique), entre 1961 e 1974, constitui-se como o acontecimento mais marcante da história de Portugal na segunda metade do século XX. Estima-se que cerca de um milhão de portugueses estiveram envolvidos nas operações militares, dos quais cerca de dez mil terão perdido a vida e quarenta mil ficaram feridos. Após o 25 de Abril, que pôs fim ao regime político que suportava a guerra, os soldados regressaram a casa, trazendo consigo os danos físicos e psicológicos resultantes da exposição e participação em situações de combate (Maia, McIntyre, Pereira & Fernandes, 2006).

Um dos fenómenos recorrentes nesta população recai na emergência da Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST), uma perturbação psicológica resultante de uma combinação de critérios de diagnóstico (APA, 2014), relacionados com a exposição a um evento traumático, como a guerra.

Vários têm sido os estudos que avaliam o impacto da PPST no ex-combatente, porém, as consequências do trauma afetam não só o indivíduo, mas também aqueles que lhe são próximos, como a esposa ou companheira (Figley, 1995).

O presente estudo visa compreender de que forma é que a exposição ao cenário de guerra e todas as consequências negativas daí advindas, como o caso da presença de PPST, afeta o funcionamento conjugal.

Booth e Johnson (1994) referem que a presença da PPST causa grandes dificuldades a nível pessoal, quer no próprio, quer na parceira, prejudicando consequentemente a qualidade da relação conjugal. As complicações a nível emocional causadas pela PPST, como a ansiedade, a depressão, a restrição de afetos ou a reatividade excessiva

constituem-se como verdadeiros desreguladores do funcionamento conjugal, quebrando a harmonia esperada entre os cônjuges. Segundo a literatura, estas mudanças ao nível emocional originam outros cenários indesejáveis, como a violência conjugal. Segundo Walker (1994), várias investigações têm demonstrado que a presença de violência conjugal é bastante recorrente nestes casais, abrangendo o mau trato verbal, emocional e físico, sendo que todo este cenário implica um défice acentuado nas diversas áreas da vida conjugal, como explicaremos ao longo deste trabalho.

Trata-se de um estudo que segue um desenho quantitativo, correlacional e comparativo, sendo o objetivo principal avaliar se o fato de o indivíduo ter sido exposto ao cenário de guerra e ter desenvolvido PPST, tem ou não implicações na sua vida conjugal.

Assim, este estudo ao nível científico procura dar um contributo para a construção de conhecimento sobre o desenvolvimento da PPST em militares, assim como as suas repercussões ao nível do funcionamento do casal, sendo esta ainda uma temática pouco explorada, sobretudo em relação aos ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa.

Na primeira parte do trabalho, recorre-se a uma conceptualização teórica revelante para a compreensão dos objetivos delineados. No capítulo I, explora-se a PPST, incluindo o diagnóstico e sintomatologia, bem como alguns conceitos associados.

No capítulo II, dá-se ênfase à PPST no ex-combatente, focando apenas os efeitos que esta produz no funcionamento quotidiano do indivíduo, abordando também a procura pelos serviços de saúde e o apoio social existente para esta população.

No capítulo III, o foco dirige-se unicamente para a mulher do ex-combatente, abordando o conceito de Perturbação Secundária de Stress Traumático (PSST), sendo igualmente descritos os seus critérios e sintomatologia. Faz-se também referência à

forma como estas mulheres se percebem perante a relação conjugal, bem como à importante realização de grupos de suporte como meio de apoio.

No capítulo IV, são então mencionadas as diversas variáveis que se encontram afetadas pela presença da PPST, como a satisfação conjugal, a sexualidade, a violência, o álcool e consumo de substâncias e a regulação emocional.

Na segunda parte do trabalho, no capítulo V apresentam-se os objetivos geral e específicos, referindo o método utilizado. De seguida caracteriza-se a amostra que integrou este estudo, tendo por base as variáveis sociodemográficas, descrevendo os instrumentos utilizados e o procedimento de recolha de dados.

Nos capítulos VI e VII, apresentam-se os resultados obtidos descrevendo o impacto que a PPST tem nos casais ao nível das três variáveis em estudo, comparando casais com e sem diagnóstico e também entre géneros, verificando também se as variáveis se encontram associadas entre si.

Por fim, faz-se a discussão dos resultados obtidos e respetivas conclusões.

## **PARTE I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **CAPÍTULO I – A PERTURBAÇÃO PÓS-STRESS TRAUMÁTICO EM EX-COMBATENTES**

### **1.1. Conceito de Trauma e seus efeitos**

A definição de trauma, oriunda do grego, encontra-se inevitavelmente subjacente à Perturbação Pós-Stress Traumático (PPST), uma vez que esta se traduz como “qualquer experiência dolorosa que causa dano grave e duradouro ao próprio ou à personalidade” (Chaplin, 1981, p.601, citado por Oliveira 2009), sendo que pode resultar de situações como a “exposição a guerra como combatente ou civil, ameaça ou ocorrência real de agressão física (ataque físico, assalto, furto, abuso físico infantil), ameaça ou ocorrência real de violência sexual (p. ex., penetração sexual forçada, penetração sexual facilitada por álcool/droga, contato sexual abusivo, abuso sexual sem contato, tráfico sexual), sequestro, ser mantido refém, ataque terrorista, tortura, encarceramento como prisioneiro de guerra, desastres naturais ou perpetrados pelo homem e acidentes automobilísticos graves (APA, 2014).

Vaz Serra (2003) salienta a importância de se compreender o trauma como algo que tem origem no exterior, num acontecimento externo, mas que apresenta repercussões a nível interno, mais concretamente, ao nível do funcionamento psíquico. Estas modificações abalam fortemente o indivíduo, deixando-o desequilibrado, frágil, instável emocionalmente, com sentimentos de insegurança e fraca auto-estima, percecionando o mundo exterior e a relação com os outros de uma forma distorcida, desafiando-o e obrigando-o a mudar as suas teorias pessoais e significados sobre o Eu, tornando-o desta forma mais vulnerável ao sofrimento emocional (Anunciação, 1997).

Alguns autores como Riggs e Foa (2003) referem que após a vivência de um acontecimento traumático, é comum ocorrerem sintomas como medo e ansiedade, reexperiência do trauma, hiper-estimulação, comportamentos de evitamento, anestesia emocional, culpa e vergonha, depressão, alterações da imagem de si próprio e do mundo, compromisso das relações interpessoais e abuso de álcool ou de outras substâncias.

Desta forma, podemos organizar dois grandes tipos de reação à experiência traumática: Perturbação Aguda de Stress (PAS), que se inicia algumas horas após o acontecimento traumático e tem curta duração (duração mínima de dois dias e máxima de quatro semanas), e Perturbação Pós-Stress Traumática (PPST), que consiste numa reação mais grave e persistente (Riggs & Foa, 2004).

Contudo, é importante salientar que embora a exposição ao trauma, sobretudo a de natureza muito ameaçadora, aumente a probabilidade de desenvolver PPST, é insuficiente para o seu desenvolvimento, ou seja, nem todos os indivíduos que foram expostos a situações traumáticas desenvolvem os sintomas da perturbação (Miller, 2003; Paris, 2000).

## **1.2. Diagnóstico da Perturbação Pós-Stress Traumático**

A PPST é caracterizada por um conjunto de sintomas que podem surgir quando o sujeito é exposto a um evento traumático. Trata-se de uma perturbação psiquiátrica que resulta de acontecimentos psicologicamente intensos, que estão para além daqueles considerados normais na vida do ser humano (Anunciação, 1997). Para ser definida, requer a avaliação da sua natureza, gravidade e duração dos agentes de stress relacionados entre si, as suas propriedades sociais, físicas e a totalidade do impacto do

agente de stress no tempo. Todos estes fatores estão presentes no DSM-5 (APA, 2014) que define a perturbação através de seis critérios:

**A.** Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas: vivenciar diretamente o evento traumático; testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas; saber que o evento traumático ocorreu com familiar ou amigo próximo. Nos casos de episódio concreto ou ameaça de morte envolvendo um familiar ou amigo, é preciso que o evento tenha sido violento ou acidental; ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policias repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil). Nota: O Critério **A4** não se aplica à exposição por meio de *media* eletrónica, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada ao trabalho.

**B.** Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois de sua ocorrência: Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático; sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático; reações dissociativas (e.g. *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse a ocorrer novamente (estas reações podem ocorrer em um *continuum*, com a expressão mais extrema na forma de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor.); sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático; reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspeto do evento traumático.

**C.** Evitação persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos dos seguintes

aspectos: Evitação ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático; evitação ou esforços para evitar lembranças externas (pessoas, lugares, conversas, atividades, objetos, situações) que despertem recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.

**D.** Alterações negativas em cognições e no humor associadas ao evento traumático começando ou piorando depois da ocorrência de tal evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos: Incapacidade de recordar algum aspeto importante do evento traumático (geralmente devido a amnésia dissociativa, e não a outros fatores, como traumatismo craniano, álcool ou drogas); crenças ou expectativas negativas persistentes e exageradas a respeito de si mesmo, dos outros e do mundo (p. ex., “Sou mau”, “Não se deve confiar em ninguém”, “O mundo é perigoso”, “Todo o meu sistema nervoso está arruinado para sempre”.); cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar-se a si mesmo ou os outros; estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha); interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas; sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros; incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de vivenciar sentimentos de felicidade, satisfação ou amor).

**E.** Alterações marcantes na excitação e na reatividade associadas ao evento traumático, começando ou piorando após o evento, conforme evidenciado por dois (ou mais) dos seguintes aspectos: Comportamento irritadiço e surtos de raiva (com pouca ou nenhuma provocação) geralmente expressos sob a forma de agressão verbal ou física em relação a pessoas e objetos; comportamento imprudente ou autodestrutivo;

hipervigilância; resposta de sobressalto exagerada; problemas de concentração; perturbação do sono (p. ex., dificuldade para iniciar ou manter o sono, ou sono agitado).

**F.** A perturbação (Critérios B, C, D e E) dura mais de um mês.

**G.** A perturbação causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo social, profissional ou noutras áreas importantes da vida do indivíduo.

**H.** A perturbação não se deve aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., medicamento, álcool) ou a outra condição médica.

Para determinar o subtipo da perturbação, a classificação do DSM-5 relata que quando estão presentes sintomas dissociativos, o indivíduo pode ter sintomas persistentes ou recorrentes de: *Despersonalização* que diz respeito a experiências persistentes ou recorrentes de sentir-se separado e como se fosse um observador externo dos processos mentais ou do corpo (p. ex., sensação de estar em um sonho; sensação de irrealidade de si mesmo ou do corpo ou como se estivesse em câmera lenta) ou *Desrealização* que é referente a experiências persistentes ou recorrentes de irrealidade do ambiente ao redor (p. ex., o mundo ao redor do indivíduo é sentido como irreal, onírico, distante ou distorcido), sendo que para usar este subtipo, os sintomas dissociativos não podem ser atribuíveis aos efeitos fisiológicos de uma substância (p. ex., apagões, comportamento durante intoxicação alcoólica) ou a outra condição médica (p. ex., convulsões parciais complexas) (APA, 2014).

Se todos os critérios diagnósticos não forem atendidos até pelo menos seis meses depois do evento (embora a manifestação inicial e a expressão de alguns sintomas possam ser imediatas), a perturbação é especificada como “ Com expressão tardia” (APA, 2014).

Segundo Anunciação (1997), o quadro sintomatológico da PPST surge logo após o acontecimento traumático, embora possa decorrer um período de latência de alguns meses ou mesmo de anos até que se comece a manifestar. Nos indivíduos com PPST, é expectável que haja uma forte labilidade emocional, sentimentos de depressão que podem conduzir a comportamentos auto destrutivos e abuso de substâncias como álcool ou drogas, como se irá explicar ao longo deste trabalho.

A fase de revivência manifesta-se pela lembrança do acontecimento traumático de forma sistemática, através de sintomas intrusivos, acompanhada de ansiedade e reações de medo. A fase de evitamento consiste na fuga a pensamentos ou sensações associadas ao acontecimento traumático que possam desencadear essas sensações, acompanhada também por comportamentos de desvinculação. Alguns estudos sugerem que o evitamento é menos proeminente na fase inicial da PPST, sendo que pode aumentar de frequência ao longo do tempo. (Carvalho & Ribeiro, 2014). A nível cognitivo, as áreas mais afetadas são: a memória, em maior grau envolvendo recuperação imediata de informações verbais e visuais e, em menor grau, recuperação não-imediata; a atenção, nas modalidades verbal e visual e funções executivas, incluindo provas de resolução de problemas (Horner & Hammer, 2002). Ainda que a definição de funções executivas não seja consensual, é de salientar que a investigação neuropsicológica demonstrou prejuízos em diferentes processos cognitivos associados à PPST dependentes do funcionamento executivo, como a memória prospetiva, raciocínio abstrato, flexibilidade mental e memória de trabalho (Vasterling, Brailey, Constans & Sutker, 1998).

Segundo Albuquerque, Fernandes, Saraiva e Lopes (1992), os sintomas de depressão, ansiedade e psicopatologia em geral têm-se encontrado fortemente relacionados com a PPST em muitos ex-combatentes da guerra colonial portuguesa, associando-se uma grande variedade de respostas emocionais (Anunciação, 1997).

Relativamente às reações psicopatológicas ao trauma, esta variabilidade emocional tem vindo a ser estudada na ótica da PPST e da sua comorbidade, ou seja, das outras perturbações que se manifestam simultaneamente com a PPST, como por exemplo, perturbação depressiva major ou outras perturbações de humor, distúrbios de ansiedade, perturbações de personalidade e esquizofrenia. Desta forma, um indivíduo exposto ao trauma pode apresentar sintomas de uma ou mais perturbações (Pinto, Gonçalves & Lima, 2012). Contudo, certos indivíduos traumatizados não apresentam os sintomas necessários para o preenchimento completo dos critérios de diagnóstico de PPST, ainda assim, encontrando-se afetados de forma significativa no seu funcionamento diário, classificando-se então como PPST parcial (Blanchard & Hickling, 1997).

Em suma, podemos concluir que a PPST se constitui assim num preditor do envolvimento em comportamentos de risco nos veteranos de guerra, sendo que quanto mais severo é o quadro da perturbação, maior é a tendência para o envolvimento nesses comportamentos (Hartl, Rosen, Drescher, Lee & Gusman, 2005).

### **1.3. Breve nota histórica da PPST em Portugal**

Foi após a Guerra Colonial, que se começou a dar atenção aos efeitos psicológicos da guerra nos ex-combatentes. Estima-se que na Guerra Colonial, que durou até 1974, participaram cerca de um milhão de portugueses. Os serviços médicos militares preocupavam-se essencialmente em prestar assistência aos ex-combatentes com deficiências físicas, descurando os efeitos psicológicos resultantes da guerra. Em 1976 foi criada a Associação dos Deficientes das Forças Armadas (ADFA) em que é reconhecido o direito à reparação material e moral aos deficientes das Forças Armadas e implementa medidas no sentido da sua integração na sociedade. Mais tarde,

Albuquerque estimou em 1992, que cerca de 40 000 ex-combatentes sofreriam de PPST (Maia, McIntyre, Pereira & Fernandes, 2006).

Em 1986 foi criada em Lisboa a primeira consulta direcionada para o “stress de guerra”, pelo Dr. Afonso de Albuquerque (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2006; Oliveira, 2008).

Em 1994 nasce a Associação dos Ex-Combatentes Vítimas do Stress de Guerra (APOIAR) com o intuito de prestar cuidados e apoio aos ex-combatentes tentando auxiliar todo o processo de reintegração na sociedade. Mais tarde, a ADFA associa-se à APOIAR, cuja parceria é apoiada pela Assembleia da República, tendo em 1999 nascido a lei que reconhece como Deficientes das Forças Armadas os militares ou ex-militares portadores de perturbação psicológica crónica derivada da exposição traumática durante a vida militar, sendo competência do Estado a compensação desses mesmos indivíduos, possibilitando o seu tratamento e readaptação ao meio social (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2006).

Em Outubro de 1995 realizou-se o 1º Encontro Nacional sobre Stress Traumático, pela Associação de Língua Portuguesa para o Estudo de Stress Traumático, entretanto criada. O primeiro estudo epidemiológico sobre a taxa de ocorrência de PPST ao longo da vida na população adulta portuguesa é-nos então apresentado em 2003 por Albuquerque, Soares, Jesus e Alves através de um design transversal. Os autores procuraram avaliar quais as situações identificadas como causa da PPST, a taxa de ocorrência de casos de PPST presentes no momento do estudo, a taxa de ocorrência de PPST em ex-combatentes e quais as variáveis sociodemográficas dos indivíduos com PPST, recorrendo a uma amostra representativa da população portuguesa (2606 sujeitos com idades compreendidas entre os 18 e 99 anos, com idade média de 43 anos). Os resultados encontrados indicaram que a taxa de prevalência ao longo da vida de PPST

era de 7.87% (n = 205), que a taxa de ocorrência de PPST na data do questionário era de 5.3% (n = 139), que cerca de 68% dos sintomas encontravam-se presentes no momento do estudo e que havia uma diferença estatisticamente significativa entre sexos (4.8% masculino; 11.4% feminino). Apesar de algumas das limitações do presente estudo, apontadas pelos próprios autores, não há a menor dúvida que, este constitui um grande contributo para a investigação portuguesa nesta área, que começou a dar os primeiros passos na última década.

## **CAPÍTULO II – O IMPACTO DA PPST NO EX-COMBATENTE**

### **2.1. O ex-Combatente após o Contexto de Guerra**

Quando o veterano passa por uma experiência de guerra, é expectável que durante alguns dias, semanas ou meses, sinta níveis elevados de ansiedade. A vivência deste tipo de eventos traumáticos implica um período de readaptação à rotina diária, que varia de pessoa para pessoa. Com o passar do tempo, é desejado que o veterano recupere a sua estabilidade emocional, contudo, é possível que tal não aconteça e os sintomas da PPST poderão começar a emergir (Marcelino & Gonçalves, 2012). Relativamente aos ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa, Maia, McIntyre, Pereira e Fernandes (2006) realizaram um estudo com uma amostra de 350 sujeitos, dos quais 79% relataram que não escolheriam ter a experiência de guerra se pudessem voltar atrás; 74% não considera que a guerra lhe tenha trazido nada de bom; 57% viveram experiências que consideram traumáticas e 74% sentem que mudaram enquanto pessoa, no sentido negativo. Ainda assim, 30% dos sujeitos atribuem um significado positivo à sua experiência de guerra.

## 2.2. Sintomatologia

O acontecimento traumático pode ser reexperienciado pelo indivíduo de diversos modos, sendo que o mais comum recai em lembranças intrusivas e recorrentes do acontecimento ou sonhos perturbadores nos quais o acontecimento é revivido. Estes episódios, designados por *flashbacks*, normalmente são de curta duração, mas podem provocar um mal-estar prolongado. A reatividade fisiológica aumentada ocorre frequentemente quando o indivíduo é exposto a situações desencadeadoras que se assemelham ou simbolizam algum aspeto do acontecimento traumático (e.g.: tempo quente e húmido para combatentes em zonas tropicais, pular de um susto em resposta ao toque de um telefone). Normalmente, o indivíduo tem tendência a irritar-se facilmente e até mesmo a adotar comportamentos físicos e/ou verbais agressivos com pouca ou nenhuma provocação (e.g.: gritar com os outros, envolver-se em brigas, destruir objetos). É ainda comum que o veterano faça esforços deliberados para evitar pessoas, situações, objetos, atividades, pensamentos, sentimentos ou conversas a propósito do acontecimento traumático que desencadeiam lembranças do mesmo (APA, 2014).

Muitos dos veteranos com PPST apresentam também restrições nas suas experiências emocionais e, algumas vezes, uma inibição afetiva em situações em que é suposto expressar e experienciar emoções (Litz & Gray, 2002). Pereira, Pedras, Lopes, Pereira e Machado (2010) apuraram no seu estudo com 230 ex-combatentes, que 81% dos indivíduos com PPST apresentavam perturbação emocional. Verificou-se ainda que existiam diferenças entre os veteranos com PPST e sem PPST ao nível da psicopatologia, qualidade de vida e suporte social, sendo que os primeiros revelaram valores significativamente superiores.

Também num estudo realizado por Batten e colaboradores (2009), foi possível verificar que grande parte dos veteranos da sua amostra de estudo (86%) encarou a PPST como o grande fator de desordem e stress no seio familiar, sendo que 79% dos indivíduos demonstraram interesse em ter um maior envolvimento da família no processo do seu tratamento.

Depois da vivência da experiência traumática é natural que o veterano aprenda a não confiar nos outros, tendo muitas vezes a sensação de que foi traído. Este sentimento está associado à sensação frequente de que o inimigo está em todo o lado, levando o veterano a remeter a sua raiva para aqueles que lhe estão próximos e disponíveis, como é o caso da esposa, filhos e restante família (Goodwin, 1997).

É também comum haver um desinteresse significativo das atividades que o veterano inicialmente gostava de realizar, assim como um sentimento de estranheza para com as outras pessoas. O sentimento de alienação é igualmente recorrente, manifestando-se essencialmente em relação à incapacidade que estes indivíduos têm de apreciar e sentir as alegrias da vida (Shatan, 1973). O traumatizado costuma igualmente apresentar sintomas persistentes de ansiedade ou de aumentos de ativação que não estavam presentes antes do trauma. Estes sintomas podem traduzir-se na dificuldade em adormecer ou em permanecer num sono tranquilo, hipervigilância e resposta de alarme exagerada. Alguns indivíduos descrevem também irritabilidade, acessos de cólera, dificuldades de concentração ou incapacidade de realizar tarefas. Nalguns casos graves e crónicos, podem existir alucinações auditivas e ideação paranóide (APA, 2014).

### **2.3. Apoio social e serviços de saúde**

De acordo com James e colaboradores (2013), o suporte social preserva o indivíduo dos sintomas da PPST e depressão, sendo que a ausência de apoio social constitui-se como um preditor da PPST em militares (Brewin, Andrews & Valentine, 2000).

Num estudo realizado com 210 veteranos de guerra, Soltani, Karaminia e Hashemian (2014) verificaram que os veteranos que beneficiavam de um maior suporte social apresentavam melhor saúde mental. As investigações parecem indicar que os ex-combatentes com PPST têm uma fraca rede de apoio. A perceção de apoio social aparece também referenciada como um aspeto que prediz a procura dos serviços de saúde, sendo que valores baixos predizem uma maior procura das instituições de saúde. Assim, o impacto do evento traumático é maximizado pela ausência de suporte social, representando um fator de risco para o desenvolvimento da PPST (Marshall et al. 1994, citado por Começanha & Maia, 2011).

Um outro fato interessante que deve ser tido em conta é a frequência com que os ex-combatentes recorrem aos serviços de saúde. Kulka e colaboradores (1990) realizaram um estudo em que concluíram haver uma aderência significativamente superior dos ex-combatentes, comparativamente aos não combatentes. Também a investigação conduzida por Calhoun e colaboradores (2002) obteve diferenças significativas entre combatentes e não combatentes, sendo que os primeiros recorrem, em média, a dezoito consultas de foro físico e sete de foro psicológico no período de um ano, comparativamente a dez e quatro consultas, respetivamente, em não combatentes. Ainda assim, a procura dos serviços de saúde mental será maior consoante a severidade do quadro da PPST. Apesar destas conclusões indicarem taxas elevadas na procura dos serviços de saúde, não se pode descurar o fato de que estas podem ser ainda maiores se

forem consideradas as vias informais de tratamento, como por exemplo, os grupos de suporte (Frueh et al., 2003).

## **CAPÍTULO III – O IMPACTO DA PPST NA MULHER DO EX-COMBATENTE**

### **3.1. Perturbação Secundária de Stress Traumático e Sintomatologia**

Segundo a literatura, tem-se verificado que as consequências dos episódios traumáticos vividos em cenário de guerra afetam não só o veterano, mas também a sua esposa/companheira, sendo que a convivência com o marido veterano problemático bem como uma relação marital disfuncional poderá desencadear inúmeros desajustes relacionais e psicológicos, como a Perturbação Secundária de Stress Traumático (PSST) (Nelson & Wright, 1996). O pressuposto base existente na PSST é que existe um mecanismo de contágio do indivíduo traumatizado para os elementos que lhe estão próximos e estabelecem relações significativas, como as esposas e filhos, de modo a que estes desenvolvam respostas semelhantes (Figley, 1995). Assim sendo, o contato próximo e prolongado com o parceiro vítima de trauma com PPST pode tornar-se um stressor crónico (Solomon et al., 1992).

Figley (1995) descreve igualmente o impacto da PSST na vida pessoal e profissional do indivíduo, com implicações nas seguintes áreas: cognitiva (diminuição da concentração, baixa auto-estima, apatia, desorientação, preocupação com o trauma), emocional (ansiedade, culpa, zanga, medo, desamparo, tristeza, depressão, sensibilidade aumentada, instabilidade emocional, embotamento afectivo) e comportamental (impaciente, irritável, hipervigilante, resposta de alerta exagerado, isolamento,

problemas de sono, mudança de hábitos alimentares, propensão a acidentes, perda constante de coisas).

Estas mulheres sofrem também repercussões ao nível das relações interpessoais como a diminuição do desejo sexual, desconfiança, proteção excessiva do cônjuge e filhos, solidão e conflitos frequentes. Apresentam também alterações físicas/somáticas (e.g. ritmo cardíaco acelerado, dificuldade em respirar, sudação, tonturas, dores frequentes, diminuição do sistema imunitário, aumento das preocupações com a saúde) e a nível profissional é recorrente demonstrarem baixa motivação, obsessão com detalhes, evitamento de tarefas, apatia, negatividade, pensamento dicotómico, défice na comunicação, desligamento, conflitos com colegas, exaustão, irritabilidade e absentismo (Figley, 1995).

A grande diferença entre PPST e PSST relaciona-se com o facto de no primeiro caso o stressor ser directo e experienciado pelo próprio, enquanto no segundo caso o stressor está associado ao facto do indivíduo viver e conviver com alguém com PPST, estando sujeito às suas reacções emocionais (Pereira, 2003).

De uma forma global, a maioria destas mulheres experienciam dor, medo, zanga, depressão, falta de intimidade emocional e disfunção a nível sexual, deparando-se ainda muitas vezes com situações de abuso de substâncias e violência doméstica (Arzi, Solomon & Deckel, 2000). Solomon e colaboradores (1992) verificaram em 205 esposas de veteranos israelitas, que estas apresentavam níveis mais elevados de psicopatologia (somatização, depressão, problemas obsessivo-compulsivos, ansiedade, ideação paranóide e hostilidade), menos intimidade, menos satisfação conjugal e uma maior restrição nas relações sociais. Reforçando esta ideia, verificou-se que quanto maior a sensação/sentimento de carga, mais severo será o mal-estar emocional descrito pelas esposas (Arzi et al., 2000). Maloney (1988) observou igualmente que algumas

destas mulheres experienciavam *flashbacks* e pesadelos relacionados com o Vietname, sugerindo a presença de sintomatologia traumática. Ainda noutro estudo de Westernick e Giarratano (1999) com mulheres de veteranos australianos do Vietname, verificou-se que estas experienciavam frequentemente pesadelos, insónia, ataques de pânico, resposta de alarme exagerada, pouco desejo sexual e sudorese extrema. Com base noutras investigações, é igualmente descrito que as esposas de militares relatam sentimentos de grande solidão e ansiedade, juntamente com sentimentos de orgulho e patriotismo (Wexler & McGrath, 1991). Estas mulheres aprendem também a reconhecer o “gatilho” que precede os comportamentos violentos do companheiro de modo a poderem proteger os seus filhos (Maloney, 1988).

### **3.2. O Papel da Mulher do ex-Combatente na Relação Conjugal**

A conquista de espaço na sociedade pela mulher tem reconfigurado a posição que ocupa nos dias de hoje. Atualmente, a mulher assume novos e diversos papéis, que não apenas o de esposa, mãe e dona de casa. O modelo de casamento instituído durante séculos foi aquele em que “a figura masculina estava diretamente ligada à função de fornecer o lar com as suas necessidades materiais e a feminina responsável pelos afazeres domésticos e educação dos filhos” (Canezin, 2004). Relativamente às esposas dos ex-combatentes é comum ler-se na literatura que estas mulheres tendem a assumir o papel de “dona do lar”, acarretando todas as tarefas que lhe estão subjacentes, como educar as crianças, manter o equilíbrio, o bem-estar psicológico e um ambiente harmonioso de todos os membros da família, cumprir com os deveres da casa e fazer a gestão financeira do lar. Comumente, as esposas deparam-se com uma situação de grande compaixão, sentindo-se obrigadas a sacrificar muitas das suas necessidades pela

família (Arzi, Solomon & Deckel, 2000). Os papéis de género estão bem delimitados nestas famílias, pelo que é esperado que o homem seja forte, pouco emocional e agressivo, enquanto que é esperado que a esposa seja cuidadora, emocional e submissa. Normalmente os papéis são rígidos e estereotipados, tornando a família pouco adaptável, em termos de flexibilidade, aumentando a probabilidade de conflitos entre o casal (Matsakis, 1996). É de salientar que o desenvolvimento e crescimento dos filhos está também em causa, dado que todo o ambiente familiar se encontra afetado e instável (Franciskovic, Stevanovic & Klaric, 2013). Como refere Solomon e seus colaboradores (1992) é frequente que as esposas afastem as suas próprias necessidades para segundo plano e se queixem do isolamento social que o veterano impõe à relação marital, exigindo que o casal evite interações com os outros, obrigando a companheira a permanecer em casa. Estas mulheres relatam a sua experiência como um processo gradual, sendo que se vêm muitas vezes consumidas pela doença do veterano, passando por uma luta constante em minimizar os efeitos negativos da doença, tanto em si como na família, terminando num período de múltiplas tentativas para tratar/curar o marido (Lyons, 2001). Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon, e Polliack, (2005), verificaram no seu estudo com nove mulheres de veteranos de guerra de Israel, que a vida do casal se centrava única e exclusivamente na doença do marido, sendo que as dimensões encontradas foram: “a vida navega à volta da doença”, “a luta da mulher pelo controlo do seu espaço pessoal”, “a presença física e a ausência psicológica do marido”, “o caminho impossível da separação ou do divórcio” e o “marido como crescimento”.

### 3.3. Grupos de Suporte

Uma das estratégias utilizada ao nível da intervenção psicológica com as mulheres de veteranos com PPST são os grupos de suporte (Pereira e Pedras, 2010). Westerink e Giarratano (1999) referem que o facto de estas mulheres beneficiarem de grupos de apoio é bastante positivo pois a intervenção fornece conhecimento e informação acerca do PPST, ajudando-as a perceber e a lidar melhor com os problemas dos veteranos e a oferecer-lhes uma oportunidade de trocar experiências com outras mulheres, aumentar o seu suporte social e melhorar a autoestima, além de fornecer estratégias de *coping* e de resolução de problemas. Pereira e Pedras (2010) desenvolveram um grupo de suporte para mulheres de veteranos da guerra colonial portuguesa no sentido de apurar o conhecimento e compreensão acerca da PPST, bem como os seus efeitos e impacto na relação conjugal. Após uma análise qualitativa das entrevistas, foi possível perceber que a maioria destas mulheres afirma haver um grande impacto na relação do casal, relatando diversas situações em que se destacam: “com o tempo acabo por me sentir invisível face ao meu companheiro”; “considero-me cuidadora do meu marido”; “sou vítima de violência física e psicológica”; “o meu marido não assume o papel de pai e companheiro ativo”; “o relacionamento sexual é algo obrigatório”; “sinto-me nula”; entre outros. Em suma, estas mulheres percecionam-se como verdadeiras “heroínas” e bastante corajosas por acarretarem toda esta situação a seu cargo. Após a intervenção, estas mulheres relataram as mudanças positivas sentidas no seio do casal, como o aumento do diálogo com o parceiro e maior interesse e compreensão com as suas alterações de humor, desenvolvendo assim competências de expressão emocional, negociação e de resolução de problemas.

## **CAPÍTULO IV – O IMPACTO DA PPST NA RELAÇÃO CONJUGAL**

### **4.1. Conjugalidade**

A instituição casal pressupõe a criação de uma zona comum de interação, que favoreça a construção de uma identidade conjugal ou conjugalidade. Assim, a conjugalidade é descrita como uma junção de duas individualidades que dão início à construção de uma identidade do casal, um espaço de construção contínua e transformado pelos cônjuges a partir da vivência conjugal (Féres-Carneiro, 1998, citado por Scorsolini-Comin & Santos, 2010).

Já na Antiga Grécia, segundo Foucault (1999), o vínculo conjugal era associado a uma relação de ajuda mútua e de companheirismo, além da procriação. Ainda assim, os gregos já encaravam o casal como uma forma de unificação dos cônjuges, sobretudo porque o casamento era descrito como uma prática diária de encorajamento e de cumplicidade entre os mesmos.

Segundo alguns autores, atualmente os relacionamentos de conjugalidade estabelecidos dão-se a partir de uma relação prazerosa. Assim sendo, compreendemos a existência de uma diferença entre a vivência e a não vivência da conjugalidade. Os sujeitos estabelecem relações de conjugalidade e perspectivam a construção de um projeto de vida em comum com aqueles que elegem como amados, enquanto aqueles que vivenciam relacionamento sem conjugalidade não o elaboram (Apostolidis & Deschamps, 2003, citado por Oltramari, 2009).

A conjugalidade torna-se então num processo de realidade comum, onde cada membro do casal reconstrói a sua realidade individual, partindo de referências comuns e

de uma identidade conjugal (Berger & Kellner, 1964). Os cônjuges deparam-se com a tarefa de negociar a vivência a dois, implicando tomar uma série de decisões no quotidiano comum, que para além dos ganhos, também implicam perdas (Singly, 2000, citado por Aboim, 2006).

Desta forma, transpondo esta introdução conceptual à realidade do nosso estudo, quando os cônjuges são deparados com uma situação de guerra e todas consequências que daí resultam, é exetável que o equilíbrio e harmonia do casal, bem como a gestão da vivência a dois sejam automaticamente quebrados, como iremos ilustrar de seguida.

#### **4.2. Satisfação Conjugal**

A Satisfação conjugal ou marital está relacionada com sensações e sentimentos de bem-estar, contentamento, companheirismo, afeição e segurança e fatores que propiciam intimidade no relacionamento. Subentende-se então, que ambos os cônjuges correspondam de forma recíproca a nível de necessidades e desejos no seio do casamento (Campbell, Converse, & Rogers, 1976, citado por Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt, & Sharlin, 2004).

Como já percebido anteriormente, a presença da PPST no indivíduo causa grandes dificuldades a nível pessoal, quer no próprio, quer na parceira. Inevitavelmente, a relação marital, bem como toda a dinâmica do casal e intimidade estão afetados (Booth & Johnson, 1994; Kulka et al., 1990). De uma forma global, estes indivíduos alegam ter uma satisfação marital bastante reduzida, fraca estabilidade emocional e vontade de terminar a relação, o que culmina com uma taxa de divórcios elevada (Solomon, Debby-Aharon, **Zerach** & Horesh, 2011). Existe indicação de que os veteranos da guerra do Vietname contribuíram para o aumento do divórcio pós segunda guerra mundial nos

EUA (Pavalko & Elder, 1990). Estudos realizados com famílias de veteranos com PPST revelam elevados níveis de conflito e distresse familiar e conjugal, dificuldades de comunicação, baixos níveis de satisfação marital e expressividade na família (Caselli & Motta, 1995; Rosenheck & Thomson, 1986; Westerink & Giarratano, 1999).

Jordan e seus colaboradores (1992), realizaram um estudo com famílias de veteranos de guerra com PPST e sem PPST e verificaram que os veteranos com PPST apresentavam mais problemas maritais e de relacionamento conjugal, dificuldades parentais e pior ajustamento familiar, descrevendo as suas famílias como “extremas” ao nível da coesão e adaptabilidade. No estudo de Anunciação (1997), com uma amostra de ex-combatentes da guerra colonial portuguesa, concluiu-se que os sujeitos com PPST percebem o seu casamento como sendo “menos feliz” e apresentam, significativamente, mais problemas na maioria das diferentes áreas da sua vida conjugal (emprego, tarefas domésticas, tempos livres, amizades, aparência física, sexualidade, questões extra-conjugais, hábitos pessoais e relações familiares) do que os sujeitos sem PPST. Ainda Dirkzwager, Bramsen, Adèr e van der Ploeg (2005) concluíram no seu estudo com 332 soldados de paz que participaram em ações militares da ONU, que os mesmos revelaram sintomas de PPST, aliados a problemas somáticos, dificuldades em dormir, fraco apoio social, bem como uma perceção do seu relacionamento conjugal severamente prejudicado. Em 2008, numa investigação levada a cabo por Renshaw, Rodrigues e Jones, em que entrevistaram esposas de militares da guerra do Iraque com e sem PPST, verificaram que as esposas dos veteranos com PPST apresentaram níveis elevados de stress e insatisfação marital significativamente superiores em relação às esposas dos veteranos sem PPST.

Posteriormente, Solomon e colegas (2011), verificaram na sua investigação com veteranos israelitas, que os mesmos revelaram baixos níveis de ajustamento marital e

incapacidade de cumprir as tarefas parentais/cuidadoras para com os filhos. Estes autores concluíram que quanto mais alargado for o quadro de PPST, maior será o défice da qualidade da relação conjugal.

### **4.3. Sexualidade**

A satisfação sexual tem vindo a ganhar protagonismo no estudo da sexualidade, dado que se trata de um importante indicador da saúde e bem-estar sexual fortemente associado ao bem-estar geral (World Health Organization, 2010). Segundo a revisão de literatura, os veteranos traumatizados apresentam dificuldades ao nível da intimidade do casal, como a diminuição das demonstrações de afeto, redução significativa do desejo sexual acompanhada de diversas disfunções sexuais e comportamentos de sexo compulsivo (Cook, Thompson, Riggs, Coyne & Sheikh, 2004; Pedras & Pereira, 2013). Num estudo de caso, Howard (2007) quis perceber de que forma o comportamento sexual compulsivo poderia ser um mecanismo de *coping* para lidar com as memórias intrusivas dos traumatizados. Segundo o autor, o comportamento sexual compulsivo e a visualização de pornografia são consideradas formas de auto-medicação, tal como o consumo de álcool nos alcoolistas.

A disfunção sexual, em geral, a ejaculação precoce, a impotência, o fraco desejo sexual e a diminuição da libido têm-se verificado como problemas sexuais recorrentes nos veteranos de guerra com diagnóstico de PPST (Green, 2003). Num estudo com 110 combatentes da guerra do Irão-Iraque, verificou-se que 89.1% dos veteranos com PPST sofriam de disfunções sexuais, em comparação a 10.9% que não apresentavam qualquer problema a este nível. Relativamente às disfunções demonstradas, 68,2% referia-se a diminuição da libido, 61,8% referia-se a diminuição de excitação e 41,8% referia-se a

ejaculação precoce. Mais se constatou que estes sujeitos, bem como as suas companheiras, relataram uma elevada insatisfação conjugal e sexual (Ahmadi, Fahti-Ashtiani, Zareir, Arabnia & Amiri, 2006). Na mesma linha de investigação, Hosain, Latini, Kauth, Goltz e Helmer (2013), realizaram um estudo exploratório com um total de 4755 veteranos do Iraque e Afeganistão, com o intuito de avaliar a presença de disfunções sexuais nos homens que retornaram a casa, sendo que a investigação decorreu entre 2007 e 2009. Os resultados indicaram que de facto, uma percentagem significativa de veteranos sofria de disfunções sexuais e que os fatores de risco associados diferiam consoante a idade dos mesmos. Reforçando esta premissa, Cosgrove e colaboradores (2002) verificaram na sua investigação que num total de 44 veteranos com PPST, 85% demonstrou problemas a nível sexual como baixo desejo sexual, disfunção erétil e dificuldades na resposta orgásmica. Do estudo de Kenneth e Hirsch (2009), concluiu-se que o diagnóstico de PPST, *per si*, é suficiente para originar disfunções sexuais significativas, sendo que de uma amostra de 53 veteranos da guerra do Iraque, 39 relataram diminuição da libido, 26 relataram disfunção erétil e 8 relataram ejaculação precoce. Numa outra investigação conduzida por Letourneau, Schewe e Frueh (1997) concluiu-se que de um total de 90 veteranos de guerra com PPST, 80% revelou ter dificuldades sexuais clinicamente relevantes, sendo a impotência e a ejaculação precoce os problemas mais relatados.

Muitos dos veteranos que sofrem de disfunção erétil e diminuição da libido, relatam que durante o ato sexual com as respetivas companheiras, é habitual surgirem imagens intrusivas e perturbadoras, provocando o término imediato do ato e um decréscimo significativo no interesse e na procura da relação sexual (Kenneth & Hirsch 2009).

A ansiedade é também um elemento crítico em relação à evitação sexual, constituindo-se como um preditor de disfunções, na medida em que condiciona toda a performance sexual, causando a rejeição do parceiro/a (Kaplan, 1989).

Assim se conclui que os veteranos com PPST enfrentam um enorme desajuste conjugal, o que os predispõe a diversos distúrbios sexuais. Alguns autores salientam a importância de um aconselhamento matrimonial com o casal e a realização de programas de prevenção focados na redução da insatisfação marital, pois se os desajustes conjugais diminuïrem, os problemas e disfunções sexuais irão provavelmente melhorar (Ahmadi et al., 2006; Goff et al., 2006).

### **4.3. Violência Conjugal, Álcool e Consumo de Substâncias**

As investigações têm demonstrado que a presença de violência conjugal é bastante recorrente nestes casais, indo desde o mau trato verbal, emocional até ao físico. Esta violência perpetrada contra as mulheres dos veteranos assume, na maioria das vezes, uma forma crónica e continuada (Walker, 1994). Byrne e Riggs (1996), verificaram no seu estudo com 50 casais vietnamitas cujos veteranos tinham diagnóstico de PPST, que a sintomatologia desencadeou comportamentos de agressão física, verbal e psicológica para com as suas companheiras. No grupo de suporte criado para as esposas dos ex-combatentes por Pereira e Pedras (2010), as mesmas referiram a existência de agressividade física, particularmente por meio de bofetadas na cara. No entanto, consideram que a violência psicológica é a mais grave, dado que os companheiros insultam-nas e ofendem-nas repetida e continuamente no tempo. Ainda neste estudo, as mulheres referiram ter receio que o veterano tenha alguma atitude ou comportamento que coloque a sua própria vida em risco. Ainda Byrne e Riggs (1996) verificaram que

100% dos veteranos da sua amostra relatavam ter exercido violência psicológica em relação às companheiras. Toda esta situação faz com que a mulher coloque em causa a sua segurança no seu próprio ambiente, contribuindo para o desenvolvimento de inúmeras complicações psicofisiológicas. Deste sentimento de medo, podem surgir *flashbacks* do abuso passado, pesadelos, distúrbios cognitivos na área da atenção, palpitações no coração, dificuldades de respiração, ataques de pânico, dores de estômago, desordens de alimentação, fobias e hiper-vigilância ao mínimo sinal de perigo. Estas vítimas vêm-se com a única opção de reprimir os seus sentimentos de raiva, medo ou alegria, uma vez que o exteriorizar essas emoções pode ser o suficiente para despoletar outro ataque (Carvalho & Ribeiro, 2014).

As causas mais comuns da violência conjugal, estão associadas ao álcool e ao uso de substâncias, pelo que a explicação para que este fenómeno ocorra reside na ideia de que o álcool e as drogas ajudam a lidar melhor com a dor e com as frustrações, uma vez que os efeitos do álcool e drogas provocam um alívio dos sintomas da perturbação (Breslau, Davis & Schultz, 2003). Alguns autores defendem existir uma relação direta entre os sintomas de PPST e o abuso de álcool e drogas, na medida em que a diminuição dos sintomas de PPST causaria concomitantemente a diminuição ou melhora dos abusos de álcool e drogas e vice-versa (Coffey, Schumacher, Brady & Cotton, 2007). Segundo Matsakis (1996), o impacto da toxicoddependência na relação conjugal acarreta frequentemente comportamentos de impulsividade, levando os membros da família a desenvolverem muitas vezes “detetores de medo”, acabando inevitavelmente por reforçar o afastamento em relação ao traumatizado. Ainda segundo o autor, as mulheres que mais frequentemente estão sujeitas a agressão física por parte dos companheiros, são aquelas que recorrem ao auxílio das terapias de grupo para esposas de veteranos com PPST.

Outras pesquisas revelam que 34,5% dos homens diagnosticados com PPST tiveram problemas relacionados com álcool e drogas comparativamente a 15% dos homens sem o diagnóstico (McFarlane, 1998). Relativamente ao tratamento de indivíduos que apresentam comorbidade entre PPST e dependência de álcool, o método que parece ser mais eficaz é o uso de sertralina, associado à terapia cognitiva comportamental (Back, Jackson, Sonne & Brady, 2005).

Schnurr e Spiro (1999) realizaram um estudo em que verificaram que a participação em cenários de combate está fortemente relacionada com o consumo excessivo de tabaco ou drogas, pois ao comparar um grupo de veteranos com um grupo de controlo, o primeiro apresentou 6 vezes mais probabilidade de consumo. Em relação aos veteranos da Guerra Colonial Portuguesa, a maioria dos indivíduos apresentavam dois a três comportamentos de risco para a saúde tais como o consumo de álcool, tabaco, ingestão excessiva de gorduras e sedentarismo (Maia, McIntyre, Pereira & Fernandes, 2006).

#### **4.4. Regulação Emocional**

O conceito de Regulação Emocional surge definido como um conjunto de fatores intra e extra orgânicos através dos quais a excitação emocional é redirecionada, controlada, modulada e modificada a fim de possibilitar um funcionamento adaptativo do indivíduo quando este é confrontado com situações emocionalmente excitantes (Garber & Dodge, 1991). As dificuldades de Regulação Emocional na sequência da exposição a um evento traumático têm sido alvo de atenção por parte de investigadores e clínicos, uma vez que a experiência do trauma provoca emoções arrebatadoras, como o medo, o horror e a ansiedade (Litz, Orsillos, Koloupek & Weathers, 2000). Estas ações podem manifestar-se durante todo período de vida, uma vez que as imagens

mentais fortes e intrusivas podem surgir espontaneamente na mente, acompanhadas de elevados níveis emocionais (Holmes, 2003).

Numa investigação de Ehring e Quack (2010) pretendeu-se avaliar o papel do tipo de trauma e a severidade dos sintomas de PPST nas dificuldades de Regulação Emocional numa amostra de 616 sobreviventes de trauma. Os resultados demonstraram que os sintomas da PPST estavam significativamente associados a todas as variáveis que avaliam as Dificuldades de Regulação Emocional, verificando-se resultados mais robustos na variável Falta de Clareza Emocional.

Muitos dos veteranos traumatizados referem sentir algumas restrições emocionais em situações em que é suposto expressar e experienciar emoções. Este fenómeno é comumente referido como embotamento afetivo, pois permite ao veterano desligar-se emocionalmente das relações interpessoais protegendo-o de tudo o que possa fazer sentir. Pode ser visto como um défice generalizado em produzir respostas emocionais ou como um défice emocional nas respostas a eventos positivos. Trata-se também de uma estratégia de *coping* que acaba por enfraquecer e deteriorar a relação com a companheira, uma vez que esta distância implica não haver expressão de afetos ou aproximação emocional (Matsakis, 1996; Monson, Taft & Fredman, 2009). Num estudo experimental de Litz e colaboradores (2000), expôs-se dois grupos de ex-combatentes de guerra do Vietname (com e sem PPST) a um vídeo representativo do trauma, em comparação com um vídeo de conteúdo neutro. Depois de observarem os vídeos, os participantes foram expostos a fotografias de conteúdo positivo, negativo e neutro. Relativamente às imagens de conteúdo positivo, o grupo com PPST demonstrou uma supressão nas respostas expressivas motoras em relação ao grupo de controlo e, contrariamente ao que se esperava, o grupo com PPST não apresentou aumentos significativos das respostas emocionais a estímulos negativos. Porém, verificou-se que o

grupo com PPST respondeu a todas as imagens com resposta cardíaca elevada, o que sugere uma preparação automática para a ameaça em qualquer contexto emocional impreciso.

O embotamento afetivo ou entorpecimento emocional acaba por ser um mecanismo de sobrevivência que ajuda o traumatizado a passar por um período de trauma sem se envolver nas suas armadilhas mentais. Alguns veteranos entrevistados referem que se se permitirem sentir uma só vez, poderão não parar de chorar ou até mesmo perder o controlo sobre eles próprios. Ainda assim, alguns deles não sabem qual o sentido da vida nem o porquê da sua existência (Goodwin, 1987). Matsakis (1996) refere que o veterano tem uma grande dificuldade reconhecer os seus próprios sentimentos, o seu medo da perda e o seu medo da dor emocional, impedindo-o de estabelecer uma relação afetiva com a sua companheira.

Segundo o DSM-5 (APA, 2014), o entorpecimento emocional é representado em três dos critérios de diagnóstico da PPST: perda do interesse ou participação em atividades significativas; sentir-se distante ou desligado em relação aos outros e gama de afetos restringida. Ainda assim, este conceito continua a ser alvo de grandes dúvidas, tornando-se pertinente perceber a forma como são processadas as emoções em indivíduos com PPST (Pinto & Esteves, 2009).

O evitamento social é também um dos sintomas que mais afeta o funcionamento do casal, assim como as relações sociais e relação com as famílias, que acaba por estar associado ao embotamento afetivo e à pouca capacidade para o indivíduo se envolver com o mundo exterior. O não comunicar mantém o trauma presente não permitindo que seja processado e integrado, ainda que já tenha ocorrido há muito tempo (Pereira, 2003).

Por outro lado, a característica principal nestes casais é a intensa reatividade emocional que prejudica sobretudo o processo de intimidade. Cada um dos parceiros

pode sentir-se desesperado e isolar-se, sendo aqui a regulação através da distância, a forma encontrada de manter a estabilidade emocional (Balcom, 1996). Segundo Strelau e Zawadzi (2005), existe uma relação entre a presença de PPST e uma reatividade emocional excessiva, isto é, a tendência para reagir de forma muito intensa face a situações adversas. O sujeito é então muito reativo ao stress, devido ao seu padrão de resposta rápido e intenso, demonstrando conseqüentemente uma certa dificuldade em restabelecer a homeostasia emocional.

Num estudo de Morey, Petty, Cooper, LaBar e McCarthy (2008), avaliou-se um grupo de veteranos da guerra do Iraque com PPST relativamente aos seus sistemas de processamento emocional através de ressonância magnética quando expostos a vídeos de cenas de combate. Os resultados demonstraram que os processos neurológicos e emocionais, bem como todo o funcionamento a nível cerebral estavam severamente afetados e modulados pela presença da PPST.

Estudos sobre a avaliação do perfil de personalidade em ex-combatentes indicam uma elevação clínica do domínio do Neuroticismo, também descrito como reatividade emocional, que se encontra fortemente associado ao diagnóstico da PPST (Miller, 2003; Verhaeghe & Vanheule, 2005). De acordo com Miller (2003), o diagnóstico desta perturbação encontra-se associado ao traço de personalidade *emocionalidade negativa*, equivalente ao domínio do Neuroticismo, sendo por isso, um importante fator de risco para a emergência da PPST, influenciando o seu desenvolvimento, curso e expressão. Nesta perspetiva, o Neuroticismo pode ser encarado como um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de PPST após a exposição a um evento traumático, e também como uma dimensão da personalidade alterada.

#### 4.5. Depressão e Ideação Suicida

Segundo os critérios de diagnóstico da DSM-V (2014) os transtornos depressivos expressam-se no indivíduo através de manifestações de humor deprimido, perda de interesse e prazer, energia reduzida levando a uma fatigabilidade aumentada e atividade diminuída, redução da concentração, diminuição da autoestima e da autoconfiança, interiorização de ideias de culpa e inutilidade, manifestação de visões desoladas e pessimistas do futuro, de ideias ou tentativas de suicídio, ações auto lesivas e perturbações do sono.

Relativamente ao contexto militar é necessário ter em conta as situações de risco a que os combatentes estão expostos, principalmente pelo aumento significativo da violência e pela precarização do trabalho. A junção destes fatores poderá despoletar graves implicações na saúde mental destes indivíduos, sendo que o sofrimento psíquico é gerado pela atividade militar bem como o embate vivido no cenário de guerra (Silva & Vieira, 2008).

A depressão constitui-se como um dos principais responsáveis pelas dificuldades na intimidade do casal, sendo que as parceiras dos veteranos sacrificam demasiado as suas necessidades pessoais em prol do companheiro e restante família, vivendo num “drama” de compaixão. Ao preocuparem-se de tal forma com o problema do companheiro, estas mulheres aumentam os seus níveis de ansiedade e sensação de desesperança, culminando num vasto sentimento de angústia e baixa autoestima (Pereira, 2003). De facto, observa-se uma maior persistência dos episódios depressivos nas mulheres do que nos homens, devido a influência de pressões sociais, *stress* e ao baixo nível de satisfação associados ao desempenho de papéis tradicionalmente femininos ou, até

mesmo, pela diferença existente na forma como lidam com problemas e procuram soluções (Andrade, Viana & Silveira, 2006).

Segundo Hankin, Spiro, Miller e Kazis (1999), os sintomas depressivos ocorrem entre ex-combatentes com maior frequência do que na população em geral, sendo que a depressão se constitui como um dos maiores fatores de risco para o desenvolvimento da ideação suicida.

A ideação suicida é bastante recorrente e encontra-se associada a sentimentos de culpabilização. No cenário de guerra, o soldado é coagido a perpetrar atos de violência contra os inimigos, assim como a assistir a atos de violência por parte dos inimigos contra os seus companheiros. Ambas as situações podem suscitar no indivíduo o sentimento de culpa. Este sentimento que se pode desenvolver no ex-combatente torna-se uma consequência da exposição ao combate de guerra, sendo que tanto a culpa como a vergonha são experiências cognitivo-afetivas com um impacto importante no risco de suicídio (Hendin & Haas, 1991).

Após o regresso a casa, todo o processo de reajustamento ao ambiente familiar e social é bastante difícil, associado ao estigma social relativamente às doenças psiquiátricas. Todo este conjunto de problemas influenciam negativamente a saúde mental do veterano, contribuindo para o desenvolvimento de ideação suicida, sendo que quantos mais fatores de stress se conjugarem, maior será o risco de suicídio (Bryan, Ray-Sannerud, Morrow & Etienne, 2013). Face a este cenário, estas famílias vêm-se obrigadas a viver num estado de preocupação e alarme constante, sobretudo quando o traumatizado tem acesso a armas de fogo (Goodwin, 1987). Torna-se fundamental para os profissionais de saúde identificar os veteranos com PPST que estão em alto risco de suicídio, de modo a intervir de forma mais eficaz para promover a segurança, a estabilização e reduzir os sintomas psiquiátricos (Jakupcak & Varra, 2011).

Abordados todos os tópicos que parecem ser fundamentais para a explicação do fenómeno em causa, podemos sintetizar de forma breve os diversos pontos explorados nesta revisão teórica.

Tendo por base os estudos descritos, é de facto notório o impacto negativo que a sintomatologia da PPST provoca quer no veterano, quer na sua companheira. Desta forma, podemos perceber o quão violento se torna a modificação quer física, quer pessoal de um individuo que foi exposto a um cenário tão impactante como a guerra. Se por um lado, o próprio se constitui como o principal recetor do trauma, por outro lado, a sua companheira acarreta todas as consequências negativas adjacentes, podendo também desenvolver nesta um quadro sintomatológico semelhante. Posto este cenário, é expetável que a relação conjugal sofra severos danos a diversos níveis, como aqueles que foram enumerados até aqui, encontrando-se todos interligados entre si. Com base na revisão de literatura efetuada, deu-se primazia àqueles fatores que se constituíram como sendo os fundamentais a serem estudados e explorados no seio destas relações conjugais, em concreto. Assim, pensamos que esta abordagem detalhada e focada em diversas dimensões (e.g. impacto da PPST no veterano, impacto da PPST na mulher do veterano, impacto na PPST na relação conjugal, sexualidade; violência,...) se torne como uma mais-valia na compreensão e investigação desta temática. Torna-se igualmente pertinente salientar o facto de que a divisão desta temática por diversas áreas permite também ao investigador uma visão mais alargada e detalhada da mesma, podendo ser também uma ferramenta útil à identificação de fatores de risco.

Neste sentido, iremos então passar à avaliação empírica destes constructos teóricos, com o intuito de obter conclusões elucidativas e úteis nesta área de investigação.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## **CAPÍTULO V – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

### **5.1. Introdução**

A revisão de literatura realizada permite-nos constatar que de facto existe um fio condutor entre as diversas temáticas abordadas em relação ao tema central. Optou-se por se subdividir o trabalho em subpontos fulcrais que permitissem uma visão mais aprofundada dos fenómenos aqui relatados. A Perturbação Pós-Stress Traumático em contexto de guerra constitui-se como uma doença mental complexa, que acarreta imensas consequências a diversos níveis, estando também estes interligados entre si.

Assim, após a contextualização teórica que sustenta este estudo, parecem estar criadas as condições que nos permitem avançar para a parte metodológica desta investigação, tendo em conta os objetivos que foram delineados.

O presente estudo a ser realizado é transversal, direcionado para análises descritivas, diferenciais e correlacionais, de natureza quantitativa, tendo por base um objetivo geral:

- Avaliar se o fato de o indivíduo ter sido exposto ao cenário de guerra e ter desenvolvido PPST, tem ou não implicações na sua vida conjugal.

### **5.2. Objetivos específicos**

Com o intuito de se perceber mais concretamente de que forma é que o

funcionamento conjugal é ou não afetado pela presença da PPST (objetivo geral), e visando perceber se as variáveis em estudo se encontram relacionadas, delinear-se os seguintes objetivos específicos:

1- Avaliar a regulação emocional, violência psicológica e satisfação conjugal em casais cujo parceiro é ex-combatente da Guerra Colonial, com PPST diagnosticada.

2- Averiguar se existem diferenças entre relações conjugais de ex-combatentes com PPST e outros casais cujo parceiro é também ex-combatente mas não possui diagnóstico de qualquer perturbação psicológica, ao nível da Regulação Emocional, Violência e Satisfação Conjugal.

3- Avaliar se existe alguma relação entre a Regulação Emocional, Violência Psicológica e Satisfação Conjugal.

4- Averiguar se existem diferenças na regulação emocional, violência psicológica e satisfação conjugal, em casais com ex-combatente com PPST, entre géneros.

### **5.3. Variáveis**

A variável é um elemento representante do conjunto de todos os resultados possíveis de um fenómeno. Definem-se como quaisquer eventos, situações, comportamentos ou características individuais que assumem pelo menos dois valores discriminativos. Daí serem opostas às constantes, que se definem por possuir valores estáticos (Kerlinger, 2003).

A variável independente define-se como a variável que influencia, determina ou afeta outra variável; é o fator determinante, condição ou causa para determinado

resultado, efeito ou consequência; é normalmente manipulada pelo investigador, para garantir a relação do fator com um fenómeno observado ou a ser descoberto, para verificar se influencia um possível resultado (Marconi & Lakatos, 2000).

A variável dependente refere-se à variável que é influenciada, determinada ou afetada pela variável independente, sendo o fator que aparece, desaparece ou varia à medida que o investigador introduz, tira ou modifica a variável independente. As variáveis dependentes são aquelas cujo comportamento se quer verificar em função das oscilações das variáveis independentes, ou seja, correspondem àquilo que se deseja prever e/ou obter como resultado (Marconi & Lakatos, 2000).

Posto isto, as variáveis independentes do presente estudo são a Perturbação Pós-Stress Traumático e Género.

As variáveis dependentes são a Regulação Emocional, Violência Conjugal e Satisfação Conjugal.

#### **5.4. Participantes**

Para a realização deste estudo, participaram 50 casais heterossexuais (casados ou a viver maritalmente, com e sem PPST), cujo homem é ex-combatente da Guerra Colonial Portuguesa (1961-1975), tratando-se de uma amostra de conveniência de 100 sujeitos. A recolha dos participantes foi feita em duas Associações: APOIAR – Associação Associação dos Ex-Combatentes Vítimas do Stress de Guerra e ADFa – Associação dos Deficientes das Forças Armadas.

Os 50 casais agruparam-se em dois grupos: o grupo 1, referente a 25 casais cujo parceiro é ex-combatente e tem o diagnóstico positivo de PPST e o grupo 2, referente a

25 casais cujo parceiro é também ex-combatente, porém sem qualquer perturbação psicológica diagnosticada.

Um dos critérios de inclusão da amostra, de forma a controlar a variável PPST, relaciona-se com o fato dos ex-combatentes do grupo 1, já terem tido ou terem acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico nas respetivas associações das quais são sócios/membros. Assim, esta triagem foi previamente feita pelos serviços clínicos das instituições, permitindo o reencaminhamento dos indivíduos com PPST e respetivas esposas.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica da amostra total por sexo

	Sexo Masculino (n=50)		Sexo Feminino (n=50)	
	n	%	n	%
<i>Estado civil</i>				
Casado	48	96,0	48	96,0
União de facto	1	2,0	1	2,0
Outro	1	2,0	1	2,0
<i>Situação Laboral</i>				
Ativo	0	0,0	6	12,0
Desempregado	1	2,0	3	6,0
Reformado	49	98,00	41	82,0
<i>Filhos</i>				
Sim	45	90,0	44	88,0
Não	5	10,00	6	12,00
<i>Número Filhos</i>				
Um	22	48,9	23	52,3
Dois	20	44,4	17	38,6
Três	3	6,7	4	9,1
	Sexo Masculino		Sexo Feminino	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	70,04	4,14	68,32	4,99
Idade dos filhos	41,33	5,01	41,15	5,19

A média de idades dos companheiros/cônjuges do sexo masculino (50%,n=50) foi de 70,04 anos (DP=4,14), variando entre os 62 e os 79 anos. A média de idades das companheiras/cônjuges do sexo feminino (50%,n=50) foi de 68,32 anos (DP=4,99), variando entre os 58 e os 81 anos.

No que concerne ao estado civil dos casais, a maioria afirmou estar casado (96%, n= 28) e apenas 2% em união de facto (n=1) e em outro estado (n=1). (Ver tabela 1).

Em termos de situação laboral, em relação aos homens, verificou-se que 98 % são reformados (n=49), 2% desempregados (n=1) e nenhum ativo (0%, n=0). Já para as mulheres, 82 % afirmaram que eram reformadas (n=41), 6% desempregadas (n=3) e 12% ativas (n=6).

Quanto ao fato de terem filhos, verificou-se que 90 % referiu ter filhos (n=45) e 10% referiu não ter (n=5). Já as mulheres, 88 % referiu ter filhos (n=44) e 12% afirmou não ter (n=6). No que concerne ao número de filhos, a maioria referiu ter apenas 1 filho.

Verificaram-se algumas discrepâncias entre os dados sobre os filhos (ter filhos, numero de filhos e a idade dos filhos), entre companheiros/cônjuges, o que se deve ao preenchimento em separado dos questionários, o que poderá ter levado a alguns enganos ou mesmo dificuldade em se recordarem, exatamente, da informação que lhes foi pedida. É possível que esta discrepância relativamente ao número de filhos entre homens e mulheres, seja devido à existência de filhos de relações anteriores.

## **5.5. Instrumentos**

Os dados do presente estudo foram recolhidos através de uma metodologia quantitativa, com recurso a questionários (Anexos), que de seguida se apresentam detalhados.

### **5.5.1. Questionário Sociodemográfico**

Trata-se de um breve questionário sociodemográfico, criado para descrever a amostra, incluindo elementos tais como idade, género, estado civil, tempo do estado civil, número de filhos, idade média dos filhos e situação laboral, foi aplicado a cada elemento do casal. Foram ainda aplicadas quatro questões de índole clínica relacionadas com a exposição a situações de combate e acompanhamento psicológico (ver em anexo).

Adicionalmente a esta recolha foram ainda administrados os seguintes instrumentos:

### **5.5.2. Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)**

Com o objetivo de avaliar a Regulação Emocional foi aplicada a *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS), desenvolvida por Gratz e Roemer (2004) sendo a versão portuguesa traduzida e adaptada por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha e Dias (2010).

Apesar de existirem outras escalas que permitem avaliar esta dimensão, apenas a

DERS avalia os diferentes aspetos da regulação emocional desadaptativa, aspetos estes, clinicamente relevantes e que, simultaneamente, envolvem as dificuldades funcionais e os défices mais importantes que podem surgir no processo emocional. Esta escala é composta por 36 itens numa escala tipo *likert* de 5 pontos do 1 (quase nunca se aplica a mim) ao 5 (aplica-se sempre a mim), sendo que avalia os níveis típicos de desregulação emocional em seis domínios:

(a) não-aceitação das respostas emocionais, que reflete a tendência para ter respostas emocionais negativas perante a experienciação de emoções negativas, ou reações de não-aceitação do distresse;

(b) ausência de clareza emocional, que se refere ao conhecimento que o indivíduo tem sobre as emoções que está a experimentar;

(c) acesso limitado a estratégias de regulação emocional, ou seja, a crença de que existe pouco que pode ser feito para regular efetivamente as emoções, quando uma pessoa experiencia emoções negativas;

(d) ausência de consciência emocional, que reflete uma falta de atenção e falta de consciência das respostas emocionais;

(e) dificuldades no controlo de impulsos, que se refere a dificuldades em controlar o comportamento, perante a experienciação de emoções negativas;

(f) dificuldades em agir de acordo com os objetivos, ou seja, dificuldades de concentração e de realização de tarefas quando experienciam emoções negativas (Gratz & Romer, 2004).

Relativamente à cotação do instrumento, um maior valor de *score*, representará mais dificuldades de regulação emocional nas diversas dimensões da escala, sendo que o ponto médio de *score* da escala total é de 72.

### 5.5.2.1. Análise estrutural

Para a escala DERS, a Análise Fatorial revelou- um KMO = 0,82 e do Teste de Esfericidade de Bartlett (630) =3188,48;  $p < 0,001$  - o que permitiu julgar como adequada a aplicação da AF.

A análise fatorial possibilitou identificar sete fatores que no conjunto explicam 72,63% da variância dos resultados. O primeiro fator é responsável por 41,37% da variância total, o segundo 10,95%, terceiro 5,31%, o quarto 4,31%, o quinto 3,95%, o sexto 3,47%, e o sétimo 3,26% (Ver tabela 2).

No entanto, a estrutura do presente instrumento difere da estrutura original do instrumento em português, de Coutinho e colegas (2009). Sendo a estrutura encontrada complexa e de difícil interpretação, o presente estudo guiou-se pelo quadro teórico original.

Foram calculadas as seis dimensões baseadas na somatório do conjunto de itens: estratégia, (22,16,15,28,31,35,36,23); não aceitação (25,29,12,11,30,21), consciência emocional (2,6,8,34,10,17), impulsividade (14,32,27,19,3,24), objetivos (26,18,13,33,20) e clareza emocional (9,5,7,1,4).

Tabela 2. Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala DERS

Itens	Componentes							$h^2$
	1	2	3	4	5	6	7	
19. Quando não estou bem, sinto-me fora de controle.	.855							.862
14. Quando não estou bem fico fora de controle.	.848							.815
30. Quando não estou bem, começo a sentir-me muito mal comigo mesmo/a.	.844							.786
23. Quando não estou bem, sinto que sou fraco/a.	.843							.779
33. Quando não estou bem, tenho dificuldade em pensar em outra coisa qualquer.	.824							.782
18. Quando não estou bem, tenho dificuldade em concentrar-me em outras coisas.	.815							.744
26. Quando não estou bem, tenho dificuldade em me concentrar.	.808							.765
32. Quando não estou bem, eu perco o controle dos meus comportamentos.	.793							.737
31. Quando não estou bem, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.	.790							.728
29. Quando não estou bem, fico irritado comigo mesmo/a por me sentir assim.	.783							.727
36. Quando não estou bem, as minhas emoções parecem avassaladoras.	.767							.730

Tabela 2. Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala DERS (cont.)

27. Quando não estou bem, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.	.744		.676
3. Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controle.	.741		.601
16. Quando não estou bem, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido/a.	.730		.723
21. Quando não estou bem, sinto-me envergonhado/a de mim mesmo/a por me sentir assim.	.723		.770
28. Quando não estou bem, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.	.719		.607
13. Quando não estou bem, tenho dificuldade em realizar tarefas.	.677		.774
35. Quando não estou bem, demoro muito tempo até me sentir melhor.	.656		.749
12. Quando não estou bem, fico envergonhado por me sentir assim.	.654		.717
11. Quando não estou bem, fico zangado comigo mesmo por me sentir assim.	.625		.808
9. Estou confuso sobre como me sinto.	.526	.501	.671
7. Sei exatamente como estou me sentindo.	.827		.788
6. Estou atento aos meus sentimentos.	.798		.696
2. Presto atenção a como me sinto.	.671		.716

Tabela 2. Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala DERS (cont.)

<b>1. Percebo com clareza os meus sentimentos.</b>	.645		.599
<b>8. Interesse-me com aquilo que estou sentindo.</b>	.625		.662
<b>10. Quando não estou bem, percebo as minhas emoções.</b>	.564		.613
<b>25. Quando não estou bem, sinto-me culpado/a por me sentir assim.</b>	.539	.655	.813
<b>5. Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.</b>		.643	.699
<b>24. Quando não estou bem, sinto que consigo manter o controle dos meus comportamentos.</b>	.525	.583	.721
<b>22. Quando não estou bem, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.</b>		.773	.784
<b>4. Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.</b>		.814	.684
<b>15. Quando não estou bem, penso que vou me sentir assim por muito tempo.</b>		.622	.771
<b>17. Quando não estou bem, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.</b>		.821	.783
<b>20. Quando não estou bem, continuo a conseguir fazer coisas.</b>		.736	.618
<b>34. Quando não estou bem, dedico algum tempo a entender aquilo que realmente estou a sentir.</b>		-.658	.654

Método de Extração: Análise de Componentes Principais. Método de Rotação: Varimax com normalização de Kaiser. A Rotação convergiu em 9 iterações. Nota: apenas as cargas fatorais retidas (> 0,5) foram apresentadas por ordem decrescente

### 5.5.2.2. Consistência interna

A DERS tem mostrado uma consistência interna muito boa ( $\alpha = ,93$ ), boa fidelidade teste-reteste ( $r_s = ,88$ ) e adequada validade de constructo e preditiva (Esperidião-António et al., 2008). No presente estudo, a DERS total apresenta consistência interna boa ( $\alpha = .945$ ), bem como as subescalas estratégias ( $\alpha = .878$ ); não aceitação ( $\alpha = .902$ ); consciência emocional ( $\alpha = .902$ ); impulsividade ( $\alpha = .910$ ); objetivos ( $\alpha = .833$ ): No entanto, a consistência interna da subescala clareza emocional foi inadmissível ( $\alpha = .577$ ). Pelo facto da subescala apresentar uma consistência desadequada, foi realizada uma análise em pormenor através do valor da correlação do item com a escala total e o valor do alfa se o item fosse removido.

Tabela 3. Fiabilidade da subescala “Clareza emocional”.

Item	Correlação Corrigida do item com a escala total	Alfa se o item for excluído
1	.339	.525
4	.140	.648
5	.476	.431
7	.353	.522
9	.446	.450

Verificou-se que o item 4 apresentava uma correlação corrigida com a escala total abaixo do exigido ( $>0,2$ ), o que indicava que com a eliminação deste item podia-se aumentar a fiabilidade da escala (Pestana & Gageiro, 2008).

### **5.5.3. Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC)**

Para avaliar a Satisfação Conjugal foi aplicada a *Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal* (EASAVIC; Narciso e Costa, 1996). Este instrumento de autoavaliação é constituído por 44 itens, que se organizam em cinco áreas da vida conjugal relacionadas com a dimensão “Funcionamento Conjugal” (funções familiares, tempos livres, autonomia, relações extrafamiliares, e comunicação e conflitos) e a cinco áreas referentes à dimensão “Amor” (sentimentos e sua expressão, sexualidade, intimidade emocional, continuidade, características físicas e psicológicas). Sendo que, do total de itens, 16 focam-se no casal, 14 no inquirido e 14 no cônjuge. Tendo por base o conceito de satisfação conjugal como algo resultante de uma avaliação pessoal e subjetiva de cada cônjuge relativamente ao casamento (Thompson, 1988 citado por Narciso e Costa, 1996), as respostas dispõem-se numa escala de auto-resposta, tipo *likert* de seis pontos, permitindo que cada indivíduo avalie a sua satisfação entre Nada Satisfeito (1) e Completamente Satisfeito (6).

O cálculo do *score* de cada subdimensão e do *score* total foi computado com base no somatório das pontuações de cada um dos itens da dimensão pelo número total de itens que a compõe, sendo que um menor valor de *score*, representará uma menor satisfação nas diversas áreas da vida conjugal. A EASAVIC tem sido utilizada em diversas investigações, apresentando boas qualidades psicométricas (Dias, 2009).

### 5.5.3.1. Análise estrutural

Para a escala EASAVIC , a Análise Fatorial revelou- um KMO = 0,79 e do Teste de Esfericidade de Bartlett (956) = 4911,71;  $p < 0,001$  - o que permitiu julgar como apropriada a aplicação da AF.

A AF possibilitou identificar nove fatores que no conjunto explicam 79,76% da variância dos resultados. O primeiro fator é responsável por 43,11% da variância total, o segundo 8,87%, terceiro 6,21%, o quarto 5,27%, o quinto 4,34%, o sexto 3,71%, , sétimo 3,304% , oitavo 2,82% e nono 2,37% (ver tabela 4).

Tal como a escala anterior, a EASAVIC apresentou uma estrutura diferente da de Narciso e Costa (1996). Desta forma, e pela complexidade da estrutura encontrada, manteve-se a estrutura original, foram calculadas as sete dimensões baseadas na média do conjunto de itens: Intimidade Emocional (19, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44); Sexualidade (23, 24, 25, 26, 27, 28); Comunicação/Conflito (14, 15, 16, 17, 18, 21, 22); Funções familiares (1, 2, 3, 4); Rede Social ( 7, 8, 9) Autonomia (10, 11, 12, 13), Tempos Livres (5, 6 ).

Em termos de fiabilidade, a escala total apresentou uma consistência muito boa ( $\alpha = .967$ ), bem como a subescalas intimidade emocional ( $\alpha = .956$ ), sexualidade ( $\alpha = .942$ ) e comunicação/conflito ( $\alpha = .913$ ). As subescalas rede social ( $\alpha = .878$ ) e autonomia ( $\alpha = .844$ ) apresentaram boa consistência. Já as subescalas função familiar ( $\alpha = .771$ ) e tempos livre ( $\alpha = .770$ ) apresentaram uma consistência razoável.

Tabela 4. Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala EASAVIC

Itens	Componentes									$h^2$	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9		
34. A admiração que o (a) meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	.796										.859
43. As características e hábitos do(a) meu (minha) companheiro (a).	.744										.782
33. A admiração que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	.732										.807
41. O aspecto físico do(a) meu (minha) companheiro (a).	.731										.792
40. As expectativas do(a) meu (minha) companheiro (a) quanto ao futuro da nossa relação.	.728										.857
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação.	.720										.798
44. A opinião que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem sobre as minhas características e hábitos.	.693										.710
19. O que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	.662		.545								.903
20. O que o meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	.608										.832
42. A opinião que o/a meu (minha) companheiro (a) tem sobre o meu aspecto físico.	.564										.768
21. O modo com expresseo o que sinto pelo(a) meu (minha) companheiro (a).	.504										.786
25. A frequência com que temos relações sexuais.		.900									.859

**Tabela 4. Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala EASAVIC (cont).**

27. O prazer que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente quando temos relações sexuais.	.853		.846
24. O desejo sexual que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	.827		.803
28. A qualidade das nossas relações sexuais.	.825		.847
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais.	.801		.844
23. O desejo sexual que sinto pelo(a) meu (minha) companheiro (a)	.719		.716
30. O apoio emocional que o(a) meu (minha) companheiro (a) me dá.	.590	.544	.849
37. A atenção que o(a) meu (minha) companheiro (a) dedica aos meus interesses.	.570		.686
14. A frequência com que conversamos.	.784		.839
15. O modo como conversamos.	.781		.892
18. O modo como resolvemos os conflitos.	.777		.831
16. Os assuntos sobre os quais conversamos	.763		.855
17. A frequência dos conflitos que temos.	.635		.557
22. O modo como o(a) meu (minha) companheiro (a) expressa o que sente por mim.			.764
8. O modo como nos relacionamos com a família do(a) meu (minha) companheiro (a).		.884	.874

Tabela 4. Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala EASAVIC (cont.)

<b>9. O modo como nos relacionamos com a minha família.</b>	.880		.843
<b>7. O modo como nos relacionamos com os amigos.</b>	.708		.760
<b>11. A privacidade e autonomia do(a) meu (minha) companheiro (a).</b>			.743
<b>10. A minha privacidade e autonomia.</b>			.836
<b>1. O modo como gerimos a nossa situação financeira.</b>	.918		.856
<b>3. O modo como tomamos decisões.</b>	.674		.796
<b>13. A nossa relação com a profissão do(a) meu (minha) companheiro (a).</b>	.579		.700
<b>12. A nossa relação com a minha profissão.</b>			.760
<b>31. A confiança que tenho no (na) meu (minha) companheiro (a).</b>		.738	.759
<b>29. O apoio emocional que dou ao (à) meu (minha) companheiro (a).</b>	.553	.569	.797
<b>32. A confiança que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem em mim.</b>		.569	.761
<b>6. A quantidade de tempos livres.</b>		.787	.781
<b>5. O modo como passamos os tempos livres.</b>		.566	.742
<b>2. A distribuição de tarefas domésticas.</b>			.750
<b>38. Os nossos projectos para o futuro.</b>		.628	.764
<b>4. A distribuição das responsabilidades.</b>			.791

Tabela 4. Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala EASAVIC (cont.)

<b>35.A partilha de interesses e actividades.</b>		.652	.889
<b>36. A atenção que dedico aos interesses do(a) meu (minha) companheiro</b>	.508	.573	.810

Método de Extração: Análise de Componentes Principais. Método de Rotação: Varimax com normalização de Kaiser. A Rotação convergiu em 10 iterações. Nota: apenas as cargas factorais retidas (> 0,5) foram apresentadas por ordem decrescente.

### 5.5.3.2. Consistência interna

Esta escala, na sua versão original (Narciso & Costa, 1996) apresentou alfas de Cronbach superiores a .90, nomeadamente .97 na dimensão do Amor e .90 na dimensão do Funcionamento Conjugal.

Neste estudo a escala total apresentou uma consistência muito boa ( $\alpha = .967$ ), bem como a subescalas intimidade emocional ( $\alpha = .956$ ), sexualidade ( $\alpha = .942$ ) e comunicação/conflito ( $\alpha = .913$ ). As subescalas rede social ( $\alpha = .878$ ) e autonomia ( $\alpha = .844$ ) apresentaram boa consistência. Já as subescalas função familiar ( $\alpha = .771$ ) e tempo livre ( $\alpha = .770$ ) apresentaram uma consistência razoável (George & Mallery, 2003).

### 5.5.4. Escala de Justiça Íntima (IJS)

Para avaliar a dinâmica ética das relações conjugais incluindo atos violência psicológica e física, foi aplicada a *Intimate Justice Scale* (IJS) – Escala de Justiça Íntima desenvolvida por Jory (2004). Esta escala é constituída por 15 itens referentes à forma como os cônjuges se relacionam um com o outro, sendo que as respostas se dispõem numa escala de tipo *likert* de seis pontos, permitindo que cada indivíduo situe as afirmações entre Discordo Totalmente (1) e Concordo Totalmente (6).

Relativamente ao *score* da escala, valores totais entre 15 a 29, representam um risco de violência baixo; de 30 a 45, representam uma probabilidade de violência moderada e valores superiores a 45, representam um preditor de violência grave.

### 5.5.4.1. Análise estrutural

A Análise fatorial revelou que para além de o instrumento ter uma estrutura unidimensional, o item 6 apresentou uma carga fatorial abaixo de 0,5 e com uma comunalidade baixa ( $h^2 = 0,485$ ), o que o torna num item inaceitável (ver tabela 5).

Tabela 5. Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala IJS

Itens				$h^2$
	1	2	3	
1. O/A meu/minha parceiro/a nunca admite quando está errado/a.	.829			.703
2. O/A meu/minha parceiro/a não está disposto/a a adaptar-se às minhas necessidades e expectativas.	.760			.762
10. O/A meu/minha parceiro/a retalia quando não concordo com ele/a.	.708			.595
4. Sou muita vez forçado/a a sacrificar as minhas próprias necessidades para atender às necessidades do meu/minha parceiro/a.	.628			.457
5. O/A meu/minha parceiro/a recusa-se a falar sobre os problemas que o/a deixem ficar mal visto/a.	.588			.515
7. É difícil discordar do meu/minha parceiro/a pois ele/ela fica com raiva ou zangado/a.	.585		.534	.652
3. O/A meu/minha parceiro/a é mais insensível do que cuidador/a.	.535			.525
11. O/A meu/minha parceiro/a está sempre a tentar mudar-me.		.852		.538
13. O/A meu/minha parceira é muito possessivo/a ou ciumento/a.		.807		.785
9. O/A meu/minha parceiro/a coloca-se numa posição elevada e rebaixa-me.		.639		.608
11. O/A meu/minha parceiro/a está sempre a tentar mudar-me.		.596		.538
8. O/A meu/minha parceiro/a fica ressentido/a ao ser questionado/a sobre a forma como me trata.	.557	.563		.659

Tabela 5. Componentes Principais com Rotação Varimax com as respetivas comunalidades da Escala IJS (cont.)

<b>15. Às vezes, o/a meu/minha parceiro/a agride-me fisicamente.</b>	.862	.769
<b>14. O/A meu/minha parceiro/a tenta isolar-me da família e amigos.</b>	.759	.687
<b>6. O/A meu/minha parceiro/a demonstra menos afeto por aqueles que beneficiam dele/a.</b>		<b>.485</b>

#### 5.5.4.2. Consistência interna

No presente estudo, teste de fiabilidade do IJS apresentou uma boa consistência interna ( $\alpha = .898$ ).

### 5.6. Procedimentos

Numa primeira fase, o projeto de investigação foi submetido à Comissão de Ética da UFP, uma vez que este estudo é realizado junto de seres humanos, a que estão inerentes questões éticas e morais.

O protocolo foi aplicado pela investigadora em duas Associações: APOIAR – Associação dos Ex-Combatentes Vítimas do Stress de Guerra e ADFA – Associação dos Deficientes das Forças Armadas, onde primeiramente se obteve a autorização para aplicação do mesmo. A aplicação do protocolo decorreu entre Dezembro de 2014 a Abril de 2015. Foram explicados os objetivos e componentes da investigação, assegurando a confidencialidade dos dados e a não individualização da informação, uma vez, que esta seria inserida numa base de dados para posterior tratamento estatístico. De salientar que todo o material em suporte de papel será destruído após o término da dissertação, bem como todo o material informático que se encontra devidamente

codificado.

Após definidos os procedimentos da recolha de dados, recorreu-se ao auxílio dos psicólogos das Associações de modo a fazer-se a seleção e contato com a amostra para se proceder à aplicação dos instrumentos de investigação. Primeiramente, os casais foram elucidados relativamente ao estudo, bem como ao propósito dos seus objetivos e procedimentos a adotar, através do consentimento informado. De seguida, os participantes preencheram individualmente os questionários, sendo facultadas instruções necessárias para o seu preenchimento. Foi solicitado que lessem atentamente cada uma das afirmações e que respondessem assinalando através de um círculo qual das afirmações melhor descrevia a sua situação, não apenas referente ao presente, mas todo um balanço global do período total desde que o ex-combatente regressou da guerra. O tempo de preenchimento médio foi de 15 minutos. Após o preenchimento, os questionários foram recolhidos e os participantes dispensados com respetivo agradecimento.

### **5.7. Tratamento dos dados em falta e Análise Estatística**

Para as variáveis demográficas e de índole clínica, não foram encontrados dados omissos (*missing values*). Apenas foram valores omissos para o item 3 da escala DERS e o item 2 da escala EASAVIC, correspondendo a 1% de valores omissos. Por existir uma percentagem reduzida de valores omissos, as análises foram efetuadas sem imputação desses valores. Numa primeira fase, a validade das três escalas, isto é, o grau em que estes instrumentos medem o que pretende medir, foi testada primeiramente através de Análise Factorial (AF). A AF foi realizada com o método de extração de

componentes principais e com rotação Varimax. Os índices de adequabilidade do modelo, mais especificamente o teste de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e o teste de esfericidade de Bartlett, bem como as cargas fatoriais (*factor loadings*) e comunalidades permitiram avaliar e otimizar a consistência interna. Apenas os itens com cargas fatoriais superiores a 0,50 foram considerados como aceitáveis (Maroco, 2007).

A fiabilidade das escalas foi realizada da análise de consistência interna (ACI) através do Alfa de Cronbach. A fiabilidade das escalas foi considerada boa se fosse superior a 0.7 (Nunnaly, 1978). A comparação entre médias entre dois grupos foi conduzida através de testes paramétricos e não-paramétricos. Segundo a orientação de Fife-Schaw (2006) sempre que os resultados entre os testes paramétricos e não-paramétricos fossem consistentes, as estimativas dos primeiros eram apresentadas. Por último, foi aplicada uma correlação bivariada de Pearson para testar a relação entre os *scores* das várias escalas e subescalas. Todos os procedimentos foram conduzidos para um nível de significância de 5%. Toda a análise estatística foi realizada através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) V.22.0.

## **CAPÍTULO VI – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

### **6.1. Análise Descritiva**

#### **6.1.1. Dados sociodemográficos**

Os participantes masculinos deste estudo são ex-combatentes da Guerra Ultramarina Portuguesa, sendo que grande parte são utentes das Associações já mencionadas. Relativamente aos casais sem diagnóstico de PPST, alguns não têm qualquer filiação com instituições e/ou associações de apoio. Com o objetivo de descrever estes participantes/utentes em termos de diagnóstico e acompanhamento psicoterapêutico, foi realizada uma análise estatística descritiva baseada em frequências absolutas e percentagens para variáveis categoriais (exposição a situação de combate; diagnóstico de PPST e apoio psicológico/psiquiátrico) e médias e desvios-padrão para variáveis intervalares (há quanto tempo tem/teve apoio psicológico/psiquiátrico e regularidade do apoio psicológico/psiquiátrico) (ver tabela 6).

Dos 50 participantes ex-combatentes deste estudo, 86% mencionaram já ter estado em situações de combate ( $n=43$ ) e 14% referiram que não ( $n=7$ ). Metade tinha diagnóstico de PPST ( $n=25$ ) e outra metade não tinha PPST ( $n=25$ ). No que respeita ao apoio psicológico/psiquiátrico, 50% ( $n=25$ ), afirmou nunca ter tido, 46 % referiu que tem ( $n=23$ ) e apenas 4% mencionou já ter tido ( $n=4$ ). Os 2 ex-combatentes que afirmaram já ter tipo apoio psicológico/psiquiátrico apresentam uma média de 15 anos de apoio ( $DP= 7,07$ ). Dos 23 ex-combatentes que estão a receber apoio psicológico/psiquiátrico apresentam uma média de 2,39 meses ( $DP= 2,63$ ) de

regularidade de apoio.

Tabela 6. Caracterização do grupo dos ex-combatentes em função de diversos fatores clínicos

	Ex-combatentes (n=50)	
	<i>n</i>	%
<i>Exposição a Combate</i>		
Sim	43	86,0
Não	7	14,0
<i>Diagnóstico de PPST</i>		
Sim	25	50,0
Não	25	50,0
<i>Apoio psicológico/psiquiátrico</i>		
Já teve	2	4,0
Tem	23	46,0
Nunca	25	50,0

	Ex-combatentes que já tiveram apoio psicológico/psiquiátrico (n=2)	
	M	DP
Tempo de apoio em anos	15,00	7,07

	Ex-combatentes que têm apoio psicológico/psiquiátrico (n=23)	
Regularidade de apoio em meses	2,39	2,69

**6.1.2. Objetivo 1 – Avaliar a regulação emocional, violência psicológica e satisfação conjugal em casais cujo parceiro é ex-combatente da Guerra Colonial, com PPST diagnosticada.**

Com o intuito de caracterizar os ex-combatentes com PPST ao nível da *regulação emocional, violência psicológica e satisfação conjugal*, foram utilizadas médias e desvios-padrão para as escalas e subescalas utilizadas neste estudo.

Como é possível constatar na tabela 7, quer em termos da dimensão geral das dificuldades ao nível da regulação emocional (DERS), quer em termos das 6 dimensões avaliadas, os ex-combatentes apresentaram maiores valores médios que as suas companheiras. No entanto, tendo em conta o valor médio da escala, podemos verificar que os casais, de uma forma global, demonstram ter dificuldades na regulação emocional ( $94,74 > 76$ ).

Em termos de satisfação conjugal (EASAVIC), os casais apresentam um valor médio de *score* de 3,56 (DP= 0,82) correspondendo a um nível “Satisfeito”. De salientar, que os ex-combatentes apresentaram valores médios maiores quer no *score* total, como na maior parte das dimensões em relação às mulheres. A subescala com menor valor médio de resposta é a Sexualidade, tanto para os homens (M= 2,81; DP= 1,11) como para as mulheres (M= 2,57; DP= 1,10), ambos os valores posicionados num polo negativo da escala ( $< 3,5$ ), ou seja, indicador de insatisfação sexual. Numa perspetiva global da escala, as mulheres apresentam uma maior insatisfação conjugal ( $3,34 < 3,5$ ) em relação aos homens ( $3,78 > 3,5$ ).

No que respeita à violência conjugal (IJS), os casais apresentaram, uma média de 35,92 (DP= 12,45) correspondendo a um risco de violência moderada. Os ex-combatentes apresentaram uma média de 35,68 (DP=12,24), inferior às suas

companheiras (M=36,16; DP= 12,90).

Tabela 7. Caracterização do grupo de ex-combatentes da Guerra Colonial com PPST, das respetivas companheiras e enquanto casal, ao nível da regulação emocional, violência e satisfação conjugal.

	Homens		Mulheres		Casais	
	(n=25)		(n=25)		(n=25)	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
<i>DEERS</i>						
Não aceitação das respostas emocionais	22,00	7,40	22,96	7,96	22,48	7,68
Objetivos	16,80	7,09	16,68	5,62	16,74	6,36
Impulsos	14,40	3,42	12,32	4,07	13,36	3,75
Consciência emocional	15,56	6,25	13,84	5,06	14,7	5,66
Clareza emocional	15,96	4,59	15,88	3,40	15,92	3,99
Estratégias	12,16	3,22	10,92	3,05	11,54	3,14
Escala Total	96,88	26,98	92,60	19,24	94,74	23,11
<i>EASAVIC</i>						
Intimidade Emocional	3,92	0,86	3,56	0,97	3,74	0,93
Sexualidade	2,81	1,11	2,57	1,30	2,69	1,21
Comunicação/Conflito	3,89	0,78	3,34	0,97	3,61	0,91
Funções familiares	3,83	0,86	3,08	1,17	3,46	1,08
Rede Social	4,09	1,13	3,88	1,12	3,99	1,12
Autonomia	4,17	0,88	3,69	1,12	3,93	1,03
Tempos Livres	3,68	0,78	2,58	1,04	3,13	1,06
Satisfação Conjugal	3,78	0,65	3,34	0,92	3,56	0,82
Global						
<i>IJS</i>						
Escala total	35,68	12,24	36,16	12,90	35,92	12,45

## **6.2. Análise Inferencial**

### **6.2.1. Objetivo 2- Averiguar se existem diferenças entre relações conjugais de ex-combatentes com PPST e outros casais cujo parceiro é também ex-combatente mas não possui diagnóstico de qualquer perturbação psicológica, ao nível da Regulação Emocional, Violência e Satisfação Conjugal.**

Com o objetivo de identificar possíveis diferenças entre as relações conjugais de ex-combatentes com PPST e outros casais cujo parceiro é também ex-combatente mas não possui diagnóstico de qualquer perturbação, ao nível da regulação emocional, violência e satisfação conjugal, foi apresentado valor do teste *t* para amostras independentes para cada escala e respetivas subescalas.

Os resultados do teste *t* de *Student* revelaram diferenças estatisticamente significativas na escala DERS e suas subdimensões (todos *ps* <0,05), no sentido dos casais com ex-combatentes com PPST apresentarem valores médios superiores relativamente aos casais com ex-combatentes sem PPST, excetuando para a subescala Consciência Emocional  $t(48) = -1,05$ ;  $p = 0,299$  (Ver tabela 8).

No que concerne à Satisfação Conjugal, os resultados mostraram diferenças estatisticamente significativas na escala total e suas subescalas (todos *ps* <0,05) excetuando para as subescalas Funções Familiares  $t(48) = 1,38$ ;  $p = 0,177$  e Autonomia  $t(48) = 1,63$ ;  $p = 0,108$ . As diferenças significativas revelaram que os casais com ex-combatentes sem PPST apresentaram valores médios superiores na escala e subescalas da EASAVIC em relação aos casais com ex-combatentes com PPST. Assim, podemos constatar que de uma forma global, os casais com PPST apresentam um nível de

satisfação conjugal inferior ( $M=3,56$ ;  $DP=0,70$ ) quando comparados aos casais sem PPST ( $M=4,31$ ;  $DP=0,64$ ).

Tabela 8. Diferenças na regulação emocional, violência e satisfação conjugal dos casais em função da presença ou ausência de PPST no companheiro.

			Casais com ex-combatentes sem PPST (n=25)		Casais com ex-combatentes com PPST (n=25)		<i>t</i>
			<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
<i>DEERS</i>							
Não aceitação das respostas emocionais			13,44	5,45	16,74	4,92	-2.25*
Objetivos			12,76	4,32	15,92	3,40	-2.88**
Impulsos			11,04	4,84	14,70	4,25	-2.84*
Consciência emocional			12,44	3,66	13,36	2,41	-1.05
Clareza emocional			8,66	2,23	11,54	2,12	-4,67***
Estratégias			16,36	4,92	22,48	6,30	-3,82***
Escala Total			74,70	18,42	94,74	18,19	-3,87***
<i>EASAVIC</i>							
Intimidade Emocional			4,51	0,81	3,74	0,82	3,35**
Sexualidade			3,80	0,62	2,69	1,17	4,19***
Comunicação/Conflito			5,29	1,05	4,22	0,73	4,18***
Funções familiares			3,77	0,75	3,46	0,87	1,38
Rede Social			4,63	0,69	3,99	0,81	3,03**
Autonomia			4,36	0,95	3,93	0,89	1,63
Tempos Livres			3,69	0,88	3,13	0,69	2,50*
Satisfação Conjugal			4,31	0,64	3,56	0,70	3,95***
<i>Global</i>							
<i>IJS</i>							
Escala total			28,90	12,52	35,92	9,53	-2,23*

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Relativamente aos atos de abuso e violência psicológica/física (IJS), o teste *t* revelou diferenças significativas entre os casais  $t(48) = -2,23$ ;  $p = 0,030$ , no sentido em que os casais cujo ex-combatente tem PPST apresentaram valores superiores ( $M=35,92$ ;  $DP= 9,53$ ) relativamente aos casais com ex-combatentes sem PPST ( $M=28,90$ ;  $DP= 12,52$ ).

### **6.2.2. Objetivo 3 - Avaliar se existe alguma relação entre a Regulação Emocional, Violência e Satisfação Conjugal.**

Para testar como as escalas e subescalas no presente estudo estariam associadas entre si, foi criada uma matriz de correlações bivariadas de *Pearson*. Os coeficientes bivariados entre as diversas escalas e subescalas em estudo são mostrados tabela 9.

No que respeita à subescala da DERS – Não aceitação das respostas emocionais, verificou-se que esta se correlaciona positivamente com as seguintes subescalas: DERS – Objetivos  $r(48) = .835$  ;  $p < 0,001$ , DERS – Impulsos  $r(48) = .875$  ;  $p < 0,001$ , DERS - Total  $r(48) = .904$  ;  $p < 0,001$ , DERS – Estratégias  $r(48) = .817$  ;  $p < 0,001$  e DERS - Clareza emocional  $r(48) = .369$  ;  $p = 0,008$ . Por sua vez, apresenta uma correlação negativa e significativa com as subescalas EASAVIC – Sexualidade  $r(48) = -.325$  ;  $p = 0,021$  e EASAVIC – Funções Familiares  $r(48) = -.346$ ;  $p = 0,014$ .

Relativamente à subescala Objetivos da escala DERS, verificou-se uma correlação positiva e estatisticamente significativa com as seguintes subescalas: DERS – Impulsos  $r(48) = .833$  ;  $p < 0,001$ , DERS - Total  $r(48) = .906$  ;  $p < 0,001$ , DERS – Estratégias  $r(48) = .840$  ;  $p < 0,001$  e DERS - Clareza Emocional  $r(48) = .484$  ;  $p < 0,001$ . Por sua vez, verificou-se uma correlação negativa e significativa com as subescalas EASAVIC –

Funções Familiares  $r(48) = -.525$  ;  $p < 0,001$ , EASAVIC – Sexualidade  $r(48) = -.425$  ;  $p = 0,002$ , e com a EASAVIC Total  $r(48) = -.329$ ;  $p = 0,020$ .

Em relação à subescala da DERS – Impulsos foi encontrada uma correlação positiva e significativa com as seguintes subescalas: DERS - Total  $r(48) = .911$  ;  $p < 0,001$ , DERS – Estratégias  $r(48) = .840$  e  $p < 0,001$  e DERS - Clareza Emocional  $r(48) = .307$  ;  $p = 0,030$ . Verificou-se ainda que esta se correlaciona negativamente com as subescalas: EASAVIC – Funções Familiares  $r(48) = -.451$  ;  $p = 0,001$ , EASAVIC – Sexualidade  $r(48) = -.435$  ;  $p = 0,002$  e EASAVIC Total  $r(48) = -.300$ ;  $p = 0,034$ .

A respeito da subescala da DERS – Consciência Emocional foi verificada uma correlação positiva e significativa com as seguintes subescalas: DERS - Clareza Emocional  $r(48) = .283$  ;  $p = 0,047$ , EASAVIC – Intimidade Emocional  $r(48) = .290$  ;  $p = 0,041$ , EASAVIC – Funções Familiares  $r(48) = -.342$  ;  $p = 0,015$ , EASAVIC – Tempos Livres  $r(48) = .340$  ;  $p = 0,016$ , EASAVIC – Sexualidade  $r(48) = -.435$  ;  $p = 0,002$ , EASAVIC Total  $r(48) = .286$ ;  $p = 0,044$  e com a escala IJS  $r(48) = .334$ ;  $p = 0,018$ .

No que concerne à subescala da DERS – Clareza Emocional foi encontrada uma correlação positiva e significativa com as subescalas DERS - Total  $r(48) = .508$  ;  $p < 0,001$ , DERS – Estratégias  $r(48) = .589$  ;  $p < 0,001$  e escala IJS  $r(48) = .317$ ;  $p = 0,025$ .

Sobre a subescala da DERS – Estratégias verificou-se uma correlação positiva e significativa com a escala DERS - Total  $r(48) = .936$  ;  $p < 0,001$  e uma correlação negativa e significativa com subescala EASAVIC – Sexualidade  $r(48) = -.554$  ;  $p < 0,001$ , EASAVIC – Intimidade Emocional  $r(48) = -.356$  ;  $p = 0,011$ , EASAVIC – Funções Familiares  $r(48) = -.439$  ;  $p = 0,001$ , EASAVIC – Conflitos  $r(48) = -.320$  ;  $p = 0,024$ , EASAVIC- Autonomia  $r(48) = -.376$ ;  $p = 0,007$  e com a escala EASAVIC Total  $r(48) = -.442$ ;  $p = 0,001$ .

Tabela 9 . Matriz de correlações entre as escalas e subescalas em estudo

	DERS - Não - aceit. das resp. emo.	DERS - Objetivos	DERS - Impulsos	DERS - C. emocional	DERS - Clareza emoc.	DERS - Estratégias	DERS - Total	EASAVIC - int emo.	EASAVIC - sexual	EASAVIC - c. conflit.	EASAVIC - f. famil.	EASAVIC - rede social	EASAVIC - Autonomia	EASAVIC - temp. livres	EASAVIC total	IJS
DERS -Não aceit. das resp. emo.	-															
DERS - Objetivos	.835***	-														
DERS -Impulsos	.875***	.833***	-													
DERS - Cons. emocional	-.180	-.180	-.109	-												
DERS - Clareza emoc.	.369**	.484***	.307*	.283*	-											
DERS - Estratégias	.817***	.840***	.841***	-.099	.508***	-										
DERS - Total	.904***	.906***	.911***	.046	.589***	.936***	-									
EASAVIC - int emo.	-.139	-.224	-.205	.290*	-.021	-.356*	-.198	-								
EASAVIC - sexual	-.325*	-.425**	-.435**	.177	-.270	-.554**	-.450**	.776***	-							
EASAVIC - c. conflit.	-.102	-.278	-.211	.211	-.070	-.320*	-.208	.810***	.665***	-						
EASAVIC - f. famil.	-.346*	-.524***	-.451**	.342*	-.097	-.439**	-.397**	.496***	.479***	.450**	-					
EASAVIC - rede social	.026	.029	-.071	-.001	-.085	-.088	-.042	.452**	.248	.459**	.265	-				
EASAVIC - Autonomia	-.169	-.265	-.243	.211	-.112	-.376**	-.252	.634***	.394**	.491**	.726***	.535***	-			
EASAVIC - temp. livres	-.049	-.172	-.042	.340*	-.160	-.272	-.110	.680***	.497***	.621***	.481**	.355*	.676***	-		
EASAVIC total	-.201	-.329**	-.300**	.286*	-.111	-.442**	-.296**	.965***	.822***	.866***	.636***	.526**	.726***	.735***	-	
IJS	.129	.101	.211	.334*	.317*	.210	.258	-.157	-.299*	-.198	-.006	-.339*	-.036	.064	-.163	-

\* p < .05; \*\* p < .01; \*\*\* p < .001

Em relação à escala DERS – Total, verificou-se que esta se encontra correlacionada negativa e significativamente com as subescalas EASAVIC – Sexualidade  $r(48) = -.450$  ;  $p = 0,001$ , EASAVIC – Funções Familiares  $r(48) = -.397$  ;  $p = 0,004$  e EASAVIC Total  $r(48) = -.296$ ;  $p = 0,037$ .

A respeito da subescala EASAVIC – Intimidade Emocional foi encontrada uma correlação positiva e significativa com as subescalas: EASAVIC – Sexualidade  $r(48) = .776$  ;  $p < 0,001$  EASAVIC – Conflitos  $r(48) = .810$  ;  $p < 0,001$ , EASAVIC – Funções Familiares  $r(48) = .496$  ;  $p < 0,001$ , EASAVIC – Rede Social  $r(48) = .452$  ;  $p = 0,001$ . EASAVIC – Autonomia  $r(48) = .630$  ;  $p < 0,001$ , EASAVIC – Tempos Livres  $r(48) = .680$  ;  $p < 0,001$  e EASAVIC Total  $r(48) = .950$ ;  $p < 0,001$ .

Relativamente à subescala EASAVIC – Sexualidade verificou-se uma correlação positiva e significativa com as subescalas EASAVIC Total  $r(48) = .822$ ;  $p < 0,001$ , EASAVIC – Conflitos  $r(48) = .665$  ;  $p < 0,001$ , EASAVIC – Funções Familiares  $r(48) = .479$  ;  $p < 0,001$ , EASAVIC – Tempos Livres  $r(48) = .497$  ;  $p < 0,001$  e EASAVIC – Autonomia  $r(48) = .394$  ;  $p = 0,005$ . Verificou-se ainda que esta encontra correlacionada negativamente com a escala IJS  $r(48) = -.317$ ;  $p = 0,035$ .

Relativamente à subescala EASAVIC – Conflitos foi encontrada uma correlação positiva e significativa com as subescalas EASAVIC – Tempos Livres  $r(48) = .621$  ;  $p < 0,001$  e EASAVIC Total  $r(48) = .866$ ;  $p < 0,001$ .

Sobre a subescala EASAVIC – Funções Familiares foi encontrada uma correlação positiva e significativa com as seguintes subescalas: EASAVIC – Autonomia  $r(48) = .726$  ;  $p < 0,001$ , EASAVIC Total  $r(48) = .636$ ;  $p < 0,001$  e EASAVIC – Tempos Livres  $r(48) = .481$   $p < 0,001$ .

Em relação à subescala EASAVIC – Rede Social verificou-se uma correlação significativa e positiva com as seguintes subescalas: EASAVIC – Autonomia  $r(48) =$

.535 ;  $p < 0,001$ , EASAVIC – Tempos Livres  $r(48) = .355$  ;  $p = 0,012$  e EASAVIC Total  $r(48) = .526$ ;  $p < 0,001$ . Foi também verificado que esta se encontra correlacionada negativamente com a escala IJS  $r(48) = -.339$ ;  $p = 0,016$ .

Em relação à subescala EASAVIC – Autonomia, verificou-se uma correlação positiva e significativa com as subescalas: EASAVIC – Tempos Livres  $r(48) = .676$  ;  $p < 0,001$  e EASAVIC Total  $r(48) = .726$ ;  $p < 0,001$ .

No que concerne à EASAVIC – Tempos Livres, foi encontrada uma correlação positiva com a escala EASAVIC Total  $r(48) = .735$ ;  $p < 0,001$ .

Todas as outras correlações mostraram-se não estatisticamente significativas.

### **6.2.3. Objetivo 4 - Averiguar se existem diferenças na regulação emocional, violência e satisfação conjugal, em casais com ex-combatente com PPST, entre géneros.**

Com o objetivo de averiguar possíveis diferenças na regulação emocional, violência e satisfação conjugal, em casais com ex-combatentes com PPST, entre géneros, foi apresentado valor do teste  $t$  para amostras independentes para cada escala e respetivas subescalas.

Os resultados do teste  $t$  de *Student* relevaram diferenças estatisticamente significativas apenas em 3 subescalas da EASAVIC: Comunicação/Conflito  $t(48) = 2.188$ ;  $p = 0,034$ ., Funções Familiares  $t(48) = 2.587$ ;  $p = 0,013$  e Tempos livres  $t(48) = 4,245$ ;  $p < .001$ .

No que concerne à Comunicação/Conflito, verificou-se que, nos casais com ex-combatentes com PPST, os homens apresentaram valores médios superiores ( $M=4,53$ ;  $DP=0,91$ ) em relação às mulheres ( $M=3,90$ ;  $DP=1,13$ ).

Tabela 10. Diferenças na regulação emocional, violência e satisfação conjugal em casais com cônjuge com PPST, entre géneros.

			Homens (n=25)		Mulheres (n=25)		<i>t</i>
			<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
<i>DEERS</i>							
Não	aceitação	das	22,00	7,40	22,96	7,96	-,441
respostas emocionais							
Objetivos			16,80	7,09	16,68	5,62	0,066
Impulsos			14,40	3,42	12,32	4,07	1,958
Consciência emocional			15,56	6,25	13,84	5,06	1,069
Clareza emocional			15,96	4,59	15,88	3,40	0,070
Estratégias			12,16	3,22	10,92	3,05	1,396
Escala Total			96,88	26,98	92,60	19,24	0,646
<i>EASAVIC</i>							
Intimidade Emocional			3,92	0,86	3,56	0,97	1,388
Sexualidade			2,81	1,11	2,57	1,30	0,681
Comunicação/Conflito			4,53	0,91	3,90	1,13	2,188*
Funções familiares			3,83	0,86	3,08	1,17	2,587*
Rede Social			4,09	1,13	3,88	1,12	0,670
Autonomia			4,17	0,88	3,69	1,12	1,686
Tempos Livres			3,68	0,78	2,58	1,04	4,245***
Satisfação Conjugal			3,78	0,65	3,34	0,92	1,961
Global							
<i>IJS</i>							
Escala total			35,68	12,24	36,16	12,90	-0,135

\*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

Relativamente às Funções Familiares, o teste *t* revelou diferenças significativas de entre homens e mulheres, no sentido de os homens apresentarem valores médios superiores ( $M=3,83$ ;  $DP= 0,86$ ) comparativamente às mulheres ( $M=3,08$ ;  $DP= 1,17$ ).

Em relação aos Tempos Livres, verificou-se que os homens apresentaram valores novamente superiores ( $M=3,68$ ;  $DP=0,78$ ) em relação às mulheres ( $M=2,58$ ;  $DP= 0,92$ ).

## **CAPÍTULO VII – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

A finalidade deste estudo recaiu essencialmente na compreensão dos efeitos que a Perturbação Pós- Stress Traumático provoca em ex-combatentes da Guerra Colonial Portuguesa e respetivas companheiras, bem como todas as consequências transversais que este fenómeno acarreta, tendo sido o nosso foco de estudo, a dinâmica e funcionamento do casal.

A nossa análise incidiu sob três pontos fulcrais que, conforme a revisão teórica, pudemos constatar que se tratam de fatores de extrema importância no seio de uma relação marital: a regulação emocional, a violência e a satisfação conjugal.

De uma forma global, os objetivos desta investigação obtiveram suporte e corroboram outros estudos presentes na literatura, como passaremos a expor.

Relativamente ao primeiro objetivo deste estudo, ao elaborar-se uma caracterização geral dos casais cujo parceiro possui o diagnóstico de PPST, verificou-se que ao nível da Regulação Emocional, os casais demonstraram de facto ter dificuldades. Estes dados vão ao encontro, de forma parcial, dos estudos já revistos anteriormente, em que se verificou que a PPST afeta significativamente o processo emocional dos indivíduos (Ehring & Quack, 2010; Morey, et al., 2008). No entanto, as investigações apenas fazem referência ao homem, sendo de salientar que o valor referente aos homens foi superior à média do casal, que corresponde portanto a um nível maior de dificuldades de regulação.

Quanto à tendência que o indivíduo tem para ter respostas emocionais negativas perante a experiência de emoções negativas, verificou-se que tanto os homens como as mulheres apresentaram valores acima da média, sendo que os homens apresentaram

mais dificuldades. Este resultado torna-se consonante com os estudos apresentados, em que nos é referido que de facto alguns veteranos referem ter medo de sentir emoções, de modo a evitar ataques de choro compulsivos ou até mesmo a perda de controlo sobre si próprios (Goodwin, 1987). Ainda o DSM-5 (APA, 2014) refere que os indivíduos com PPST têm tendência para estados emocionais negativos persistentes (e.g.: medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).

No que diz respeito às dificuldades em agir de acordo com os objetivos, isto é, dificuldades de concentração e de realização de tarefas quando experienciam emoções negativas, os casais revelaram dificuldades a este nível, sendo que os homens revelaram mais dificuldades. Segundo o critério E da PPST do DSM-5 (APA, 2014), é recorrente que o traumatizado tenha dificuldades de concentração. Também o estudo de Horner e Hammer (2002) concluiu que a atenção é uma das áreas mais afetadas a nível cognitivo em sujeitos com PPST.

Sobre as dificuldades no controlo de impulsos, ou seja, dificuldades em controlar o comportamento, os casais apresentaram valores médios, assim como as esposas. Em contrapartida, os homens revelaram valores superiores à média, o que corrobora os estudos de Byrne e Riggs (1996) e Pereira e Pedras (2010) em que se verificou que nos casais de veteranos com PPST das suas amostras o uso de violência física, verbal e psicológica era recorrente. De facto, segundo a literatura, os veteranos com PPST são muito reativos ao stresse, devido ao seu padrão de resposta rápido e intenso, tendo uma certa dificuldade em restabelecer a calma (Strelau & Zawadzi, 2005). Ainda segundo o DSM-5 é comum que estes indivíduos possuam uma reatividade fisiológica aumentada quando são expostos a situações desencadeadoras que se assemelham ou simbolizam algum aspeto do acontecimento traumático (APA, 2014).

Por fim, relativamente à falta de consciência das respostas emocionais e ao fraco

conhecimento que o indivíduo tem sobre as emoções que está a experimentar, os casais demonstraram dificuldades, sendo que os homens se destacam com um nível superior. De facto, os veteranos com PPST muitas vezes não sabem qual o sentido da vida nem o porquê da sua existência, aliado a uma elevada dificuldade em reconhecer os seus próprios sentimentos, não tendo portanto, consciência do que estão a sentir (Goodwin, 1987; Matsakis, 1996).

Em suma, podemos concluir que de uma forma global, os casais cujo ex-combatente tem PPST, demonstraram ter dificuldades ao nível da regulação emocional, sendo que as mulheres parecem ser menos afetadas em relação aos homens. Este facto parece fazer-nos sentido na medida em que o stressor ou trauma é experienciado diretamente pelo veterano, sendo o principal afetado a nível emocional (Pedras, 2003).

No que concerne à avaliação das áreas da vida conjugal por Narciso e Costa (1996), pudemos constatar que em relação à satisfação conjugal global, a média dos casais apresentou um nível “Satisfeito”. Estes resultados não vão ao encontro dos estudos descritos na revisão teórica desta investigação, pois a literatura indica que os casais cujo homem é ex-combatente com diagnóstico de PPST, revelam elevados índices de insatisfação conjugal (Anunciação, 1997; Caselli & Motta, 1995; Dirkzwager, 2005; Jordan et al, 1992; Rosenheck & Thomson, 1986; & Solomon, 2011 & Westerink & Giarratano, 1999). Porém, três subescalas sobressaíram na tabela dos resultados pelos seus resultados inferiores, que correspondem portanto, a uma maior insatisfação, sendo estas: “Sexualidade”, “Funções Familiares” e “Tempos Livres”.

Relativamente à sexualidade, os casais apresentaram um nível insatisfeito, sendo que as mulheres apresentaram valores inferiores em relação aos homens. Como já referido em diversos estudos, estes casais enfrentam habitualmente certas complicações ao nível sexual, como a diminuição da libido, a fraca predisposição para o ato sexual ou

até mesmo a presença de diversas disfunções sexuais (Cook et al., 2004; Pedras & Pereira, 2013; Green, 2003; Ahmadi et al., 2013; Hosain, 2013; Cosgrove et al., 2011; Kenneth & Hirsch, 2009 & Letourneau et al., 1997 ), o que afeta severamente a vida sexual do casal.. As mulheres revelam-se como mais insatisfeitas, o que pode também, em certa parte, ser suportado pelo estudo de Howard (2007), em que é referido que os veteranos traumatizados têm recorrentemente comportamentos de sexo compulsivo e consumo excessivo de pornografia, aliado ao facto de estas mulheres também sentirem uma fraca intimidade emocional, pouco desejo sexual e baixa autoestima (Arzi et al., 2000; Figley, 1995). Posto isto, podemos verificar que os resultados obtidos vão ao encontro dos estudos já realizados, que espelham diversos cenários negativos a nível sexual.

No que diz respeito às funções familiares, os casais revelaram valores bastante próximos da média. No entanto, parece haver uma discrepância de valores entre homens e mulheres, na medida em que as mulheres revelaram novamente valores inferiores, ou seja, mais insatisfação neste campo. Este resultado é suportado pela literatura quando nos é sugerido que estas mulheres assumem na maior parte das vezes o papel de “dona de casa”, abarcando toda a gestão financeira e económica do lar, bem como todas as tarefas que lhes estão inerentes (Matsakis, 1996; Canezin, 2004; Arzi et al., 2000). Também associado a esta insatisfação de divisão de tarefas familiares, Matsakis (1996) ainda refere que os papéis de género são bem delineados nestes casais, uma vez que é esperado que o homem seja forte e pouco emocional, ao contrário da esposa, que deverá adotar uma postura cuidadora e submissa. Também Jordan e colaboradores (1992) referem que veteranos com PPST têm dificuldades parentais, ou seja, fraca capacidade de cuidar e educar os filhos, sendo essa função direcionada para a esposa. No grupo de suporte para mulheres de veteranos de guerra com PPST criado por Pereira e Pedras

(2010), foi possível recolher testemunhos como “considero-me cuidadora do meu marido” e “o meu marido não assume o papel de pai e companheiro ativo”. Posto isto, parecem-nos estar reunidos alguns dos factos que sustentam este resultado obtido.

Por último, relativamente aos tempos livres, verificou-se que de uma forma geral, os casais não estão satisfeitos. No entanto, verificando apenas os valores médios dos homens, podemos observar que estes apresentaram um valor médio equivalente a um nível “Satisfeito”, ao contrário das mulheres, que mais uma vez, apresentaram um valor médio bastante inferior. Este facto é também sustentado pela literatura, na medida em que é recorrente que estas mulheres se queixem do isolamento social que o marido impõe à relação, obrigando a companheira a permanecer em casa, não convivendo com o mundo exterior (Solomon, 1992). Outra questão inerente a este resultado remete para o desinteresse significativo das atividades que o veterano gostava de fazer antes do trauma, havendo até uma incapacidade de apreciar e sentir os prazeres da vida (APA, 2014; Shatan, 1973), não aproveitando os tempos livres da relação com qualidade.

No que concerne à violência conjugal, os resultados dos casais apontaram para um nível de violência moderado. Este resultado torna-se válido conforme já referido anteriormente, dado que a violência conjugal é bastante recorrente nestes casais, indo desde o mau trato verbal, emocional até ao físico, sendo que é mais comum que esta violência seja perpetrada contra as mulheres (Walker, 1994). As ofensas, insultos e bofetadas na cara, parecem ser as formas mais recorrentes de violência relatadas por mulheres de ex-combatentes com PPST (Pereira & Pedras, 2010).

Após a análise comparativa dos dois grupos de casais, verificou-se que ao nível das dificuldades de regulação emocional, existem diferenças significativas quer na medida global da escala, quer nas restantes subescalas que a compõem, excetuando a subescala

“Consciência emocional”, sendo que o grupo com PPST revelou valores superiores, ou seja, mais dificuldades na regulação emocional. Este ponto é congruente com o estudo de Litz e Gray (2002), em que concluíram haver realmente diferenças ao nível da resposta emocional entre grupos de veteranos com e sem PPST, sendo que os primeiros reagem mais ativamente aos estímulos exteriores.

Relativamente à satisfação conjugal, pudemos constatar que também houve diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Este facto é também suportado pelo estudo de Jordan e colaboradores (1992) em que se verificou que o grupo de casais com PPST da sua amostra de estudo revelou mais problemas maritais e de relacionamento conjugal, dificuldades parentais e pior ajustamento familiar, comparativamente ao grupo de casais sem PPST. Ainda Anunciação (1997), constatou na sua investigação que os casais com PPST percecionaram o seu casamento como sendo “menos feliz” e apresentaram, significativamente, mais problemas na maioria das diferentes áreas da sua vida conjugal (emprego, tarefas domésticas, tempos livres, amizades, aparência física, sexualidade, questões extraconjugais, hábitos pessoais e relações familiares) do que os sujeitos sem PPST.

Relativamente à violência perpetrada no seio das relações conjugais nos dois grupos, o grupo sem PPST apresentou um valor correspondente a um “risco de violência baixo”. Em contrapartida, como já verificado anteriormente, o grupo de casais com PPST revelou um nível de violência moderado. De facto, como já referido, a violência conjugal é bastante recorrente nos casais com PPST (Walker, 1994; Pereira & Pedras, 2010; Byrne & Riggs, 1996; Matsakis, 1996), porém, poucos são os estudos que avaliam a violência conjugal comparando os casais em função da presença ou não da perturbação, sendo que desta forma, não conseguimos suportar de forma total este resultado obtido.

Relativamente ao terceiro objetivo deste estudo, pretendeu-se perceber se as três variáveis dependentes estariam associadas entre si. Os resultados apontaram para uma correlação negativa entre a regulação emocional e a satisfação conjugal, ou seja, quando o valor de uma sobe, o valor da outra desce. De certa forma, será expetável que um indivíduo que expresse mais dificuldades na regulação das suas emoções, poderá condicionar negativamente a relação com os outros, designadamente com a sua esposa. De acordo com a literatura, o embotamento afetivo muitas vezes sentido pelos veteranos enfraquece e deteriora a relação com a companheira, uma vez que esta distância implica não haver expressão de afetos ou aproximação emocional (Matsakis, 1996; Monson, Taft & Fredman, 2009). Outros dos elementos críticos que afetam severamente a relação do casal são a ansiedade e a depressão, habitualmente sentidos por ambos os parceiros, condicionando também negativamente a sua vida sexual (Kaplan, 1989; Pereira, 2003), podendo contribuir assim para uma maior insatisfação marital.

Relativamente à violência conjugal, não se verificou estar associada com a regulação emocional e satisfação conjugal, em termos de valores globais das escalas. Este resultado ficou aquém das expetativas, pois de acordo com a literatura, esperava-se que houvesse uma forte relação entre a violência e a regulação emocional e satisfação conjugal. Muitas das dificuldades de regulação emocional por parte dos veteranos manifestam-se por meio comportamentos agressivos, impulsivos e autodestrutivos (Byrne e Riggs, 1996), pelo que aqui pode constatar-se que existe uma relação entre as duas variáveis. Por sua vez, uma maior agressividade no seio da relação, prediria uma maior insatisfação conjugal.

No que diz respeito às possíveis diferenças entre homens e mulheres, os resultados revelaram diferenças estatisticamente significativas em apenas três subescalas da EASAVIC, relativas à satisfação conjugal, sendo estas: Comunicação/Conflito, Funções

Familiares e Tempos livres. As mulheres apresentaram valores menores de satisfação relativamente aos homens, pelo que podemos concluir que existem algumas discrepâncias na perceção de como cada um vê as dificuldades da relação. Por exemplo, relativamente à dimensão Tempos Livres, que apresentou um valor maior de diferenças, os homens parecem não sentir-se tão insatisfeitos como as mulheres, ou seja, é possível que os veteranos não tenham consciência da fraca qualidade dos tempos livres da sua relação conjugal, devido à sua apatia constante ou falta de prazer em realizar tarefas de lazer, conforme nos refere a literatura (Shatan, 1973; APA, 2014).

O facto de não haver grandes discrepâncias de respostas entre homens e mulheres em relação às outras escalas de avaliação, nomeadamente em relação à violência e satisfação conjugal, pode prender-se ao facto de a maioria destes casais (96%) beneficiarem de um apoio clínico regular (Associações APOIAR e ADFa), através de consultas privadas ou grupos de suporte, em que os assuntos e os problemas conjugais são explorados e debatidos, permitindo ao casal o conhecimento e consciência dos problemas sentidos no seio da relação, que por muitas vezes só conseguem ser expostos em contexto terapêutico (Pereira & Pedras, 2010).

Torna-se também pertinente fazer uma breve reflexão da análise comparativa entre os dois grupos de ex-combatentes (com e sem PPST). Relativamente ao grupo com PPST, já seria expectável que estes apresentassem valores menos satisfatórios relativamente às variáveis em estudo, uma vez que já preenchem o diagnóstico da perturbação, que já por si, é um preditor de inúmeras complicações. Relativamente ao grupo sem PPST, apesar de terem apresentado valores mais satisfatórios que os primeiros, é de referir que este grupo também demonstrou dificuldades de regulação emocional. Este facto pode ser explicado pelo fenómeno da PPST parcial, em que os indivíduos traumatizados não apresentam os sintomas necessários para o preenchimento

total dos critérios de diagnóstico da perturbação, mas encontram-se igualmente afetados (Blanchard & Hickling, 1997), uma vez que também estiveram expostos a cenários de combate em contexto de guerra.

No seguimento do ponto anterior, faz sentido referir outra das questões que poderia ser explicativa da severidade das dificuldades estudadas: a exposição a cenas de combate. Pensou-se inicialmente que esta variável poderia de facto ter influência nos resultados, uma vez que a exposição e vivência direta com cenas de horror, provavelmente provocaria um quadro traumatizante mais severo (Vaz Serra, 2003). No entanto, não foi possível controlar esta variável, uma vez que praticamente toda a amostra referiu ter estado exposto a cenário de combate (86%), não sendo possível qualquer comparação com um grupo de controlo.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados deste estudo indicam que a presença de sintomatologia de PPST nos ex-combatentes da guerra colonial influencia negativamente as variáveis em estudo. De uma forma global, os resultados obtidos foram ao encontro da literatura, reforçando as conclusões de diversos estudos empíricos nacionais e internacionais realizados até hoje.

Na nossa amostra de ex-combatentes, pudemos concluir que os casais cujo homem tem o diagnóstico de PPST apresentaram valores menos satisfatórios no que concerne à regulação emocional, violência e satisfação conjugal, comparativamente aos casais cujo homem não possui qualquer tipo de perturbação psicológica.

Relativamente às variáveis dependentes em estudo, verificou-se que a regulação emocional se associa negativamente com a satisfação conjugal, porém a violência

conjugal não se encontra associada com nenhuma das outras variáveis.

No que concerne à possível discrepância dos resultados, entre géneros, nos casais com PPST, verificou-se que de uma forma global, não existem diferenças, remetendo-nos para a ideia de que ambos os cônjuges têm a mesma perceção do funcionamento conjugal, havendo consonância nas respostas assinaladas.

Uma das limitações principais deste estudo, prende-se com a idade já avançada dos ex-combatentes e respetivas esposas, que pode ter influenciado o preenchimento dos questionários, sendo notória a dificuldade de compreensão e de raciocínio de alguns itens específicos por parte de alguns participantes. Outra das limitações sentidas prende-se na possível presença de consumo de álcool ou outras substâncias por parte dos ex-combatentes, variável esta que não foi possível controlar. Conforme nos refere a literatura, é bastante comum que os veteranos traumatizados recorram ao consumo de álcool e drogas, na tentativa de atenuar a sintomatologia severa da PPST (Breslau et al., 2003; Coffey et al., 2007; Maia et al., 2006; McFarlane, 1998; Manson, 1995; Schnurr & Spiro, 1999). Posto isto, os serviços clínicos das associações contactadas não forneceram dados a este nível acerca dos sujeitos, sendo que nos questionários também não houve nenhuma questão que abordasse este tópico. Desta maneira, não sabemos se a regulação emocional, a violência ou as diversas áreas da vida conjugal foram ou não condicionadas por um possível consumo excessivo de álcool ou drogas.

Em termos da prática psicológica, o presente estudo demonstrou também o pouco envolvimento dos psicólogos no processo de reabilitação e reinserção dos veteranos que retornam a casa depois das missões de combate com experiências traumáticas.

Sugere-se em relação a investigações futuras, que se aprofunde a questão do tratamento e ajuda clínica para com os ex-combatentes e respetivas companheiras, sendo fulcral uma atenção cuidada perante os fenómenos negativos inerentes à

sintomatologia da PPST. Torna-se então bastante pertinente o interesse e estudo nesta temática a fim de se minimizarem os efeitos traumáticos e promover-se a harmonia e o bem estar destes casais.

## REFERÊNCIAS

- Aboim, S. (2006). Conjugalidade, afectos e formas de autonomia individual. *Análise Social*, 41 (180), 801-825.
- Ahmadi, K., Fahti-Ashtiani, A., Zareir, A., Arabnia, A., & Amiri, M. (2006). Sexual dysfunctions and marital adjustment in veterans with PPST. *Archives of Medical Science*, 2 (4), 280-285.
- Albuquerque, A., Fernandes, A., Saraiva, E., & Lopes, F. (1992). Distúrbios Pós-traumáticos do stress em ex-combatentes da guerra colonial. *Revista de Psicologia Militar*, 1-9.
- Albuquerque, A., Soares, C., Jesus, P., & Alves, C. (2003). Perturbação pós-traumática do stress (PPST): Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica*, 16, 309-320.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Andrade, L., Viana, M., & Silveira, C. (2006). Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33 (2), 43-54.
- Anuniação, C. (1997). Ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonial com e sem perturbação pós-stress traumático. *Análise Psicológica*, 4, 595-604.
- Arzi, N., Solomon, Z., & Dekel, R. (2000). Secondary traumatization among wives of PPST and post-concussion casualties: distress, caregiver burden and psychological separation. *Brain Injury*, 14 (8), 725-736.
- Back, S., Jackson J., Sonne, S., & Brady K. (2005). Alcohol dependence and posttraumatic stress disorder: differences in clinical presentation and response to cognitive-behavioral therapy by order of onset. *The Journal of Substance Abuse*

*Treatment*, 29, 29-37.

Balcom, D. (1996) The interpersonal dynamics and treatment of dual trauma couples. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 431-442. doi: 10.1111/j.1752-0606.1996.tb00218.x

Batten, S., Drapalski, A., Decker, M., DeViva, J., Morris, L., Mann, M., & Dixon, L. (2009). Veteran interest in family involvement in PPST treatment. *Psychological Services*, 6 (3), 184-189

Berger, P., & Kellner, H. (1964). Marriage and the construction of reality. *Diogenes*, 46, 1-24.

Blanchard, E., & Hickling, E. (1997). The psychological treatment of PPST. *After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivor*. Washington, D.C: American Psychological Association.

Booth, A., & Johnston, D. (1994). Declining health and marital quality. *Journal of Marriage and the Family*, 56, 218-223.

Breslau, N., Davis, G., & Schultz, L. (2003). Posttraumatic stress disorder and the incidence of nicotine, alcohol, and other drug disorders in persons who have experienced trauma. *Archives of General Psychiatry*, 60, 289-294.

Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 5, 748-766.

Bryan, C., Ray-Sannerud, B., Morrow, C., & Etienne, N. (2013). Face guilt is more strongly associated with suicidal ideation among military personnel with direct combat exposure. *Journal of Affective Disorders*, 148 (1), 37-41. doi: 10.1016/j.jad.2012.11.044.

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*, 213–225

Calhoun, P., Bosworth, H., Grambow, S., Dudley, T., & Beckham, J. (2002). Medical service utilization by veterans seeking help for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 2081-2086.

Canezin, C. (2004). A Mulher e o Casamento: da Submissão à Emancipação. *Revista Jurídica Cesumar*, *4* (1), 143-156.

Carvalho, C., & Ribeiro, S. (2014). Stress pós-traumático e violência conjugal. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, *5* (2), 47-59.

Caselli, L. T., & Motta, R. W. (1995). The effect of PPST and combat level on vietnam veterans' perceptions of child behavior and marital adjustment. *Journal of Clinical Psychology*, *51*, 4–12.

Coffey, S., Schumacher, J., Brady, K., & Cotton, B. (2007). Changes in PPST symptomatology during acute and protracted alcohol and cocaine abstinence. *Drug Alcohol Depend*, *87*, 241-248.

Começanha, R., & Maia, A. (2011). Determinantes da utilização de serviços de saúde em ex-combatentes da guerra colonial portuguesa: estresse pós-traumático, neuroticismo e apoio social. *Contextos Clínicos*, *4* (2), 123-131. doi: 10.4013/ctc.2011.42.06.

Cook, J., Riggs, D., Thompson, R., Coyne, J., & Sheikh, J. (2004). Post-traumatic stress disorder and current relationship functioning of WWII ex-prisoners of war. *Journal of Family Psychology*, *18*, 36-45.

Cosgrove, D., Gordon, Z., Bernie, J., Hami, S., Montoya, D., Stein, M., & Monga, M. (2002). Sexual dysfunction in combat veterans with post-traumatic stress disorder. *Urology*, *60* (5), 881-884. doi: 10.1016/S0090-4295(02)01899-X.

- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Revista de Psiquiatria Clínica* 37 (4), 145-51.
- Dekel, R., Goldblatt, H., Keidar, M., Solomon, Z., & Polliack, M. (2005). Being a wife of a veteran with posttraumatic stress disorder. *Family Relations*, 54, 24-36.
- Dias, J. (2009). A satisfação conjugal, a depressão e a sexualidade na terceira idade. (Tese de Mestrado). Universidade do Porto.
- Dirkzwager, A., Bramsen, I., Adèr, H., & van der Ploeg, H. (2005). Secondary traumatization in partners and parents of dutch peacekeeping soldiers. *Journal of Family Psychology*, 19 (2), 217-226. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1037/0893-3200.19.2.217>.
- Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion regulation difficulties in trauma survivors: the role of trauma type and PPST symptom severity. *Behaviour Therapy*, 41 (4), 587-598. doi: 10.1016/j.beth.2010.04.004.
- Esperidião-Antonio, V., Majeski-Colombo M., Toledo-Monteverde D., Moraes-Martins G., Fernandes J., Assis M., & Siqueira-Batista, R. (2008). Neurobiologia das emoções. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35, 55-65.
- Franciskovic, T., Stevanovic, A., & Klaric, M. (2013). Combat-related posttraumatic stress disorder and families. *Military Deployment and its Consequences for Families*, 15, 281-292.
- Frueh, B., Sauvageot, J., Elhai, J., Gold, P., Hamner, M., & Arana, G. (2003). Service utilization and satisfaction among elderly former prisoners of war in South Carolina. *Military Medicine*, 168, 682-687.
- Figley, C. (1995). Systemic traumatization: Secondary traumatic stress disorder in family therapists. In R. H. Mikesell, D. Lusteran, & S. McDaniel (Eds.). *Family psychology and systems therapy: A handbook* (pp. 571-584). Washington, DC:

American Psychological Association Press.

Fife-Schaw, C. (2006). Levels of measurement. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw & J. A. Smith (Eds.), *Research methods in psychology* (3rd ed.) (pp. 50-63). London: Sage.

Foucault, M. (1999). *História da sexualidade: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal.

Garber, J., & Dodge, K. (1991). *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation (Cambridge Studies in Social and Emotional Development)*. Cambridge: Cambridge University Press.

George D., & Mallery P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.

Gratz, K., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26 (1), 41-54.

Goff, B., Reisbig, A., Bole, A., Scheer, T., Hayes, E., Archuleta, K., Henry, S., Hoheisel, C., Nye, B., Osby, J., Sanders-Hahs, E., Schwerdtfeger, K., & Smith, D. (2006). The effects of trauma on intimate relationships: A qualitative study with clinical couples. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76 (4), 451-460. doi: 10.1037/0002-9432.76.4.451.

Goodwin, J. (1987). The etiology of combat-related post-traumatic stress disorders, In Tom Williams (Eds.) *Post-Traumatic Stress Disorders: a handbook for clinicians. Disabled American Veteran*, (pp. 1-18). Ohio.

Green, B. (2003). Posttraumatic stress disorder: Symptom profiles in men and women. *Current Medical Research and Opinion*, 19, 200-204.

Hankin C., Spiro A., Miller D., & Kazis L. (1999). Mental disorders and mental health treatment among U.S. Department of veterans affairs outpatients: the veterans health study. *The American Journal of Psychiatry*, *156* (12), 1924–1930.

Hartl T., Rosen C., Drescher K., Lee T., & Gusman F. (2005). Predicting high-risk behaviors in veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *193*, 464–72.

Hendin, H., & Haas, A. (1991). Suicide and guilt as manifestations of PPST in Vietnam combat veterans. *American Journal of Psychiatry*, *148*, 586-591.

Holmes, E. (2003). Intrusive, Emotional Mental Imagery and Trauma: Experimental and Clinical Clues. *Imagination, Cognition and Personality*, *23*, 147-154, doi:10.2190/HJG1-7UPH-B3K0-P9H5.

Horner, M., & Hammer, M. (2002). Neurocognitive functioning in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology Review*, *12*, 15-30.

Hosain, G., Latini, D., Kauth, M., Goltz, H., & Helmer, D. (2013). Sexual dysfunction among male veterans returning from Iraq and Afghanistan: Prevalence and correlates. *The Journal of Sexual Medicine*, *10* (2), 516-523.

Jakupcak, M., & Varra, E. (2011). Treating Iraq and Afghanistan war veterans with PPST who are at high risk for suicide. *Cognitive and Behavioral Practice*, *18* (1), 85-97.

Howard, M. (2007). Escaping the pain: Examining the use of sexually compulsive behavior to avoid the traumatic memories of combat. *Sexual Addiction & Compulsivity*, *14* (2), 77-94.

Kaplan, P. (1989). Post-traumatic stress syndrome and sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *15*, 74-77.

Kenneth, A., & Hirsch, M. (2009). Sexual Dysfunction in male operation enduring

freedom/operation Iraqui freedom patients with severe post-traumatic stress disorder. *Military Medicine*, 174 (5), 520-522.

Kerlinger, F. (2003). *Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais: Um tratamento conceitual* (9ª ed). São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária.

Kulka, R., Shelenger, W., Fairbank, J., Hough, R., Jordan, B., Marmar, C., & Weiss, D. (1990). Trauma and the vietnam war generation: report of findings from the national vietnam veterans readjustment study. New York, Brunner/Mazel.

Jordan B., Marmar C., Fairbank J., Schlenger W., Kulka R., Hough R., & Weiss D. (1992). Problems with families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 916–926.

Jory, B. (2004). The intimate justice scale: an instrument to screen for psychological abuse and physical violence in clinical practice. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30 (1), 29-44.

Letourneau, E., Schewe, P., & Frueh, C. (1997). Preliminary evaluation of sexual problems in combat veterans with PPST. *Journal of Traumatic Stress*, 10 (1), 125-132.

Litz, B., Orsillo, S., Kaloupek, O., & Weathers, F. (2000). Emotional processing in posttraumatic stress disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 26-39.

Litz B., & Gray M. (2002). Emotional numbing in posttraumatic stress disorder: current and future research directions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 198–204.

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., McIntyre T., Pereira G., & Fernandes E. (2006). Por debaixo das pústulas da Guerra: Reflexões sobre um estudo com ex-combatentes da Guerra Colonial. In Gama

- M, A *Guerra Colonial (1961–1974)* (pp. 11-28). Braga, Portugal: Centro de Estudos Lusíadas.
- Maloney, L. (1998). Post-traumatic stress of women partners of vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work*, 58, 122-143.
- Manson, P. (1995). How does PPST affect families, *Post-traumatic Gazette*.
- Marconi, M., & Lakatos, E.(2000). *Metodologia científica: ciência e conhecimento científico; métodos científicos; teoria, hipóteses e variáveis; metodologia jurídica* (3ª ed). São Paulo: Atlas
- Marcelino, D., & Gonçalves, S. (2012). Perturbação pós-stress traumático: características psicométricas da versão portuguesa da posttraumatic stress disorder checklist – civilian version (PCL-C). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30 (1), Elsevier, 71-75.
- Maroco, J., (2007). *Análise Estatística – com utilização do SPSS*. (3ªed). Lisboa: Edições Sílabo.
- Matsakis, A. (1996). *Vietnam Wives: Facing the challenges of life with Veterans Suffering Post-Traumatic Stress*. The Sidran Press.
- McFarlane, A. (1998). Epidemiological evidence about the relationship between PPST and alcohol abuse: the nature of the association. *Addictive Behaviours*, 23, 813-825.
- Miller, M. (2003). Personality and the etiology and expression of PPST: a three-factor model perspective. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 373-393.
- Monson, C. M., Taft, C. T., & Fredman, S. J. (2009). Military-related PPST and Intimate Relationships: from description to theory-driven research and intervention development. *Clinical Psychology Review*, 29 (8), 707-714. doi:10.1016/j.cpr.2009.09.002.
- Morey, R., Petty, C., Cooper, D., LaBar, K., & McCarthy, G. (2008). Neural systems

for executive and emotional processing are modulated by symptoms of posttraumatic stress disorder in Iraq war veterans. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 162 (1), 59-72.

Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores Satisfeitos, mas não Perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.

Nelson, B., & Wright, D. (1996). Understanding and treating post-traumatic stress disorder symptoms in female partners of veterans with PPST. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22 (4), 455–467. doi: 10.1111/j.1752-0606.1996.tb00220.x.

Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9 (3), 575-584.

Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory*. (2nd ed.). New York: McGrawhill.

Oliveira, S. (2009). Traumas da Guerra: Traumatização secundária das famílias dos ex-combatentes da guerra colonial com PPST. (Tese de mestrado). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Lisboa.

Oltramari, L. (2009). Amor e conjugalidade na contemporaneidade: uma revisão de literatura. *Psicologia em Estudo*, 14 (4), 669-677.

Paris, J. (2000). Predispositions, personality traits and post-traumatic stress disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 8, 175-183.

Pavalko, E., & Elder, G. (1990). World War II and divorce: a life course perspective. *American Journal of Sociology*, 95, 1213-1234.

Pedras, S., & Pereira, M. (2013). Experiências adversas, trauma, TEPT e comportamentos de risco na população e em veteranos de guerra. *Temas em Psicologia*, 21 (1), 139-150.

Pereira, A. (2003). Impacte 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.

Pereira, A., & Pedras, S. (2010). Grupo de suporte para mulheres de veteranos de guerra: um estudo qualitativo. *Análise Psicológica*, 2, 281-294.

Pereira, M., & Monteiro-Ferreira, J. (2006). Variáveis psicossociais e traumatização secundária em mulheres de ex-combatentes da guerra colonial. In P.J. Costa, C.L. Pires, J. Veloso & C.L. Pires. *Stresse Pós Traumático: Modelos Abordagens e Práticas* (pp.37-46). Editorial Presença e Adfa.

Pereira, M., Pedras, G., Lopes, C., Pereira, M., & Machado, J. (2010). PTSD, psicopatologia e tipos de família em veteranos de guerra colonial portuguesa. *Revista de Psicologia Militar*, 19, 211-232.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS*. (5ª Edição). Lisboa.

Pinto, C., & Esteves, F. (2009). *Avaliação de estímulos emocionais em ex-combatentes de guerra com e sem PPST*. *Psychologica*, 51, 209-226.

Pinto, M., Gonçalves, S., & Lima, M. (2012). Stress e trauma, continuidades e discontinuidades: para uma reflexão sobre PPST. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 13 (1), 49-65.

Riggs, D., & Foa, E. (2004). Posttraumatic Disorders. In C. Spielberger (Eds.). *Encyclopedia of Applied Psychology* (pp.83-90). Amsterdam: Elsevier Academic Press.

Robins, R. W., Fraley, R. C., & Kruger, R. F. (2007) *Handbook of Research Methods in Personality Psychology* (Eds.). Guilford Press.

Rosenheck, R., & Thomson, J. (1986). Detoxification of Vietnam War trauma: A combined family-individual approach. *Family Process*, 25, 559-570.

Shatan, C. (1973). The grief of soldiers: vietnam combat veterans self help movement,

*American Journal of Orthopsychiatry*, 43 (4), 640-653.

Schnurr, P., & Spiro, A. (1999). Combat exposure, PTSD symptoms, and health behaviors as predictors of self-reported physical health in older veterans. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187, 353-359.

Scorsolini-Comin, F., & Santos, M., (2010). Ajustamento diádico e satisfação conjugal: correlações entre os domínios de duas escalas de avaliação da conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (3), 439-447.

Silva, M., & Vieira, S. (2008). O processo de trabalho do militar estadual e a saúde mental. *Saúde e Sociedade*, 4, 161-170.

Solomon, Z., Debby-Aharon, S., Zerach, G., & Horesh, D. (2011). Marital adjustment, parental functioning and emotional sharing in war veterans. *Journal of Family Issues*, 32, 127-147. doi: 10.1177/0192513X10379203.

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

Soltani, M., Karaminia, R., & Hashemian, S. (2014). Prediction of war veteran's mental health based on spiritual well-being, social support and self-efficacy variables: The mediating role of life satisfaction. *Journal of Education and Health Promotion*, 3, 57. doi: 10.4103/2277- 9531.134757.

Strelau J, & Zawadzki B. (2005). Trauma and temperament as predictors of intensity of posttraumatic stress disorder symptoms after disaster. *European Psychologist*, 10, 124-35.

Vasterling, J.; Brailey, K.; Constans, J. & Sutker, P. (1998). Attention and memory dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Neuropsychology*, 12, 125-133.

Vaz Serra, A. (2003). *O Distúrbio de Stress Pós-Traumático*. Coimbra: Vale & Vale

Editores, Lda.

Verhaeghe, P., & Vanheule, S. (2005). Actual neurosis and PPST, the impact of the other. *Psychoanalytic Psychology*, 4, 493-507.

Walker, L. (1994). *Abused Women and Survivor Therapy: A practical guide for the Psychotherapist*. Washington, DC: American Psychological Association.

Westerink, J., & Giarratano, L. (1999). The impact of posttraumatic stress disorder on partners and children of australian vietnam veterans. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 841-847.

Wexler, H., & McGrath, E. (1991). Family member stress reactions to military involvement separation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28 (3), 515-519. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.28.3.515>.

World Health Organization. (2010). *Measuring sexual health: Conceptual and practical considerations and related indicators*. Consultado em 14 de Julho, 2015, de [http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who\\_rhr\\_10.12\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/who_rhr_10.12_eng.pdf)

## **ANEXOS**

## CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Rita Garcia Cardoso, estudante universitária da Universidade Fernando Pessoa (Porto), encontro-me a frequentar o segundo ano do Mestrado em Psicologia Jurídica. Neste contexto, estou a desenvolver a minha tese de mestrado realizando um estudo cujo tema recai na avaliação do funcionamento conjugal em casais com historial de exposição à Guerra Colonial, tendo em conta a presença da Perturbação do Stress Pós-Traumático. Tenho como objetivo central avaliar se o fato de o indivíduo ter sido exposto ao cenário de guerra e ter desenvolvido a perturbação de stress pós-traumático, tem ou não implicações na sua vida conjugal.

A amostra irá ser constituída por utentes e respetivas companheiras, que preencherão três questionários relativos às variáveis em estudo, para posteriormente se dar início ao tratamento estatístico dos dados, obtendo-se assim os resultados da investigação, aos quais os participantes terão total acesso.

Para este estudo salvaguarda-se a total confidencialidade dos resultados obtidos.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que tomei conhecimento dos objetivos do estudo de investigação e dos conteúdos da entrevista disponibilizando-me a participar, salvaguardando o direito de desistir em qualquer momento.

Lisboa, \_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2014

---

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1- Sexo  Masculino  Feminino

2- Idade \_\_\_\_\_

### 3- Estado Civil

Casado

União de facto

Namoro

Outro

Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

4- Tem filhos? Sim  Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

Com que idade/s? \_\_\_\_\_

### 5- Situação laboral atual

Ativo (a)  Profissão \_\_\_\_\_

Desempregado (a)

Reformado (a)  Outra  \_\_\_\_\_

### 6- Esteve exposto ao cenário de combate?

### 7 – Já teve apoio psicológico/psiquiátrico?

Sim, já tive  Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

Sim, tenho  Com que regularidade? \_\_\_\_\_

Não, nunca tive

**CONFIRME SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES POR FAVOR.  
OBRIGADA!**

## DERS

**Versão original: Gratz & Roemer (2004); Versão traduzida e adaptada para português: Fernandes, Coutinho & Ferreirinha (2009).**

Por favor indique com que frequência ocorre as seguintes afirmações. Assinale com uma cruz (X) a opção que mais se aplica a si.

		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1	Percebo com clareza os meus sentimentos.					
2	Presto atenção a como me sinto.					
3	Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controle.					
4	Não tenho nenhuma ideia de como me sinto.					
5	Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos.					
6	Estou atento aos meus sentimentos.					
7	Sei exatamente como estou me sentindo.					
8	Interesso-me com aquilo que estou sentindo.					
9	Estou confuso sobre como me sinto.					
10	Quando não estou bem, percebo as minhas emoções.					
11	Quando não estou bem, fico zangado comigo mesmo por me sentir assim.					
12	Quando não estou bem, fico envergonhado por me sentir assim.					
13	Quando não estou bem, tenho dificuldade em realizar tarefas.					
14	Quando não estou bem fico fora de controle.					
15	Quando não estou bem, penso que vou me sentir assim por muito tempo.					
16	Quando não estou bem, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido/a.					
17	Quando não estou bem, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes.					
18	Quando não estou bem, tenho dificuldade em concentrar-me em outras coisas.					
19	Quando não estou bem, sinto-me fora de controle.					
20	Quando não estou bem, continuo a conseguir fazer coisas.					
21	Quando não estou bem, sinto-me envergonhado/a de mim mesmo/a por me sentir assim.					

	Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
22 Quando não estou bem, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor.					
23 Quando não estou bem, sinto que sou fraco/a.					
24 Quando não estou bem, sinto que consigo manter o controle dos meus comportamentos.					
25 Quando não estou bem, sinto-me culpado/a por me sentir assim.					
26 Quando não estou bem, tenho dificuldade em me concentrar.					
27 Quando não estou bem, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos.					
28 Quando não estou bem, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor.					
29 Quando não estou bem, fico irritado comigo mesmo/a por me sentir assim.					
30 Quando não estou bem, começo a sentir-me muito mal comigo mesmo/a.					
31 Quando não estou bem, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado.					
32 Quando não estou bem, eu perco o controle dos meus comportamentos.					
33 Quando não estou bem, tenho dificuldade em pensar em outra coisa qualquer.					
34 Quando não estou bem, dedico algum tempo a entender aquilo que realmente estou a sentir.					
35 Quando não estou bem, demoro muito tempo até me sentir melhor.					
36 Quando não estou bem, as minhas emoções parecem avassaladoras.					

**EASAVIC (Narciso & Costa, 1996)**

Pense na sua relação conjugal. Utilize a seguinte escala de modo a expressar o que sente relativamente a cada afirmação: **1 – Nada satisfeito(a) 2- Pouco satisfeito(a) 3- Razoavelmente satisfeito(a) 4- Satisfeito(a) 5- Muito satisfeito(a) 6- Completamente satisfeito(a)**. Para cada um dos itens, deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que sente, rodeando o número correspondente com um círculo.

	Nada satisfeito/a	Pouco Satisfeito/a	Razoavelmente Satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a	Completamente satisfeito/a
1 O modo como gerimos a nossa situação financeira.	1	2	3	4	5	6
2 A distribuição de tarefas domésticas.	1	2	3	4	5	6
3 O modo como tomamos decisões.	1	2	3	4	5	6
4 A distribuição das responsabilidades.	1	2	3	4	5	6
5 O modo como passamos os tempos livres.	1	2	3	4	5	6
6 A quantidade de tempos livres.	1	2	3	4	5	6
7 O modo como nos relacionamos com os amigos.	1	2	3	4	5	6
8 O modo como nos relacionamos com a família do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
9 O modo como nos relacionamos com a minha família.	1	2	3	4	5	6
10 A minha privacidade e autonomia.	1	2	3	4	5	6
11 A privacidade e autonomia do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
12 A nossa relação com a minha profissão.	1	2	3	4	5	6
13 A nossa relação com a profissão do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
14 A frequência com que conversamos.	1	2	3	4	5	6
15 O modo como conversamos.	1	2	3	4	5	6
16 Os assuntos sobre os quais conversamos.	1	2	3	4	5	6
17 A frequência dos conflitos que temos.	1	2	3	4	5	6
18 O modo como resolvemos os conflitos.	1	2	3	4	5	6
19 O que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
20 O que o meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
21 O modo com expresse o que sinto pelo(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6

	Nada Satisfeito/a	Pouco Satisfeito/a	Razoavelmente Satisfeito/a	Satisfeito/a	Muito satisfeito/a	Completamente Satisfeito/a
22 O modo como o(a) meu (minha) companheiro (a) expressa o que sente por mim.	1	2	3	4	5	6
23 O desejo sexual que sinto pelo(a) meu (minha) companheiro (a)	1	2	3	4	5	6
24 O desejo sexual que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
25 A frequência com que temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
26 O prazer que sinto quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
27 O prazer que o(a) meu (minha) companheiro (a) sente quando temos relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
28 A qualidade das nossas relações sexuais.	1	2	3	4	5	6
29 O apoio emocional que dou ao (à) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
30 O apoio emocional que o(a) meu (minha) companheiro (a) me dá.	1	2	3	4	5	6
31 A confiança que tenho no (na) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
32 A confiança que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem em mim.	1	2	3	4	5	6
33 A admiração que sinto pelo (a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
34 A admiração que o (a) meu (minha) companheiro (a) sente por mim.	1	2	3	4	5	6
35 A partilha de interesses e actividades.	1	2	3	4	5	6
36 A atenção que dedico aos interesses do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
37 A atenção que o(a) meu (minha) companheiro (a) dedica aos meus interesses.	1	2	3	4	5	6
38 Os nossos projectos para o futuro.	1	2	3	4	5	6
39 As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6
40 As expectativas do(a) meu (minha) companheiro (a) quanto ao futuro da nossa relação.	1	2	3	4	5	6
41 O aspecto físico do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
42 A opinião que o/a meu (minha) companheiro (a) tem sobre o meu aspecto físico.	1	2	3	4	5	6
43 As características e hábitos do(a) meu (minha) companheiro (a).	1	2	3	4	5	6
44 A opinião que o(a) meu (minha) companheiro (a) tem sobre as minhas características e hábitos.	1	2	3	4	5	6

## IJS

**Versão original: Jory, B. (2001); Versão traduzida e adaptada para português: Cardoso, R. & Cardoso, J. (2014)**

Leia cada uma das seguintes frases, que remetem para a forma como o/a seu/sua companheiro/a se relaciona consigo, e de seguida, faça um círculo no número que melhor descreve aquilo que pensa em relação a cada afirmação. Colocando o círculo no nº 1 significa que discorda totalmente com a afirmação, enquanto que colocando o círculo no nº 5 significa que concorda totalmente com a afirmação.

		Discordo totalmente					Concordo totalmente
1	O/A meu/minha parceiro/a nunca admite quando está errado/a.	1	2	3	4	5	6
2	O/A meu/minha parceiro/a não está disposto/a a adaptar-se às minhas necessidades e expetativas.	1	2	3	4	5	6
3	O/A meu/minha parceiro/a é mais insensível do que cuidador/a.	1	2	3	4	5	6
4	Sou muita vez forçado/a a sacrificar as minhas próprias necessidades para atender às necessidades do meu/minha parceiro/a.	1	2	3	4	5	6
5	O/A meu/minha parceiro/a recusa-se a falar sobre os problemas que o/a deixem ficar mal visto/a.	1	2	3	4	5	6
6	O/A meu/minha parceiro/a demonstra menos afeto por aqueles que beneficiam dele/a.	1	2	3	4	5	6
7	É difícil discordar do meu/minha parceiro/a pois ele/ela fica com raiva ou zangado/a.	1	2	3	4	5	6
8	O/A meu/minha parceiro/a fica ressentido/a ao ser questionado/a sobre a forma como me trata.	1	2	3	4	5	6
9	O/A meu/minha parceiro/a coloca-se numa posição elevada e rebaixa-me.	1	2	3	4	5	6
10	O/A meu/minha parceiro/a retalia quando não concordo com ele/a.	1	2	3	4	5	6
11	O/A meu/minha parceiro/a está sempre a tentar mudar-me.	1	2	3	4	5	6
12	O/A meu/minha parceiro/a acha que tem o direito de me obrigar a fazer coisas.	1	2	3	4	5	6
13	O/A meu/minha parceira é muito possessivo/a ou ciumento/a.	1	2	3	4	5	6
14	O/A meu/minha parceiro/a tenta isolar-me da família e amigos.	1	2	3	4	5	6
15	Às vezes, o/a meu/minha parceiro/a agride-me fisicamente.	1	2	3	4	5	6



Rita Cardoso <rita.garcia.cardoso.21@gmail.com>

---

## Permission to use DERS (MA thesis)

2 mensagens

---

Rita Cardoso <rita.garcia.cardoso.21@gmail.com>

3 de Julho de 2014 às  
02:58

Para: klgratz@aol.com

Dear Dr. Kim Gratz,

My name is Rita Garcia Cardoso and I'm a graduate student at the University Fernando Pessoa (Porto, Portugal), currently in the 2nd year of the MA in Forensic Psychology.

I hereby ask for your permission to use the instrument **Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)**, in my master dissertation.

The topic in question is assessing marital satisfaction / quality of marital life and some acts of violence in couples in which the man fought in the colonial war and also to assess the potential existence of PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

Thus, I am looking forward to hearing from you and I would be grateful if this permission is granted. If you require any further information, feel free to ask.

I would be grateful if you could send me the scoring instructions too.

Best regards,

Rita Cardoso

---

KLGratz@aol.com <KLGratz@aol.com>

3 de Julho de 2014 às  
19:48

Para: rita.garcia.cardoso.21@gmail.com

Feel free to use the DERS. A copy is attached.

With regard to scoring procedures, you simply sum the items for the total score and each subscale (after reverse-scoring the items as appropriate) and use the measure continuously. The particular items included in each subscale and needing reverse-scoring, etc. are included in the 2004 article (attached). Please note, however, that you need to look at the content of the items and not the numbers. There were 42 items originally, but the Table in the 2004 paper that describes the final EFA and items making up each subscale contains only 36 items (although the item numbers range from 1-42). Therefore, you need to base subscale creation on item content.




In addition, although we do not have any established cutoffs per se, we do have data on the average DERS scores across various clinical and nonclinical populations (the former which can be used to establish thresholds or cutoffs for identifying clinical levels of emotion dysregulation). Those are summarized in the attached chapter.

Best,  
Kim

\*\*\*\*\*

Kim L. Gratz, PhD  
Associate Professor  
Director, Personality Disorders Research  
Director, Dialectical Behavior Therapy Clinic  
Department of Psychiatry and Human Behavior  
University of Mississippi Medical Center  
2500 North State Street  
Jackson, MS 39216  
Office: (601) 815-6450  
Cell: (617) 688-0435  
Fax: (601) 984-4489  
[Citação ocultada]

### 3 anexos

-  **DERS final version.pdf**  
11K
-  **Gratz & Roemer, 2004 (DERS article).pdf**  
116K
-  **Gratz & Tull, in press (ER in TX Chapter).pdf**  
125K



Rita Cardoso <rita.garcia.cardoso.21@gmail.com>

---

## Pedido de autorização p/ aplicação de instrumento (EASAVIC)

2 mensagens

---

Rita Cardoso <rita.garcia.cardoso.21@gmail.com>

7 de Julho de 2014 às  
12:39

Para: inarciso@psicologia.ulisboa.pt, inarciso@fp.ul.pt

Exma Dra. Isabel Narciso,

Eu, Rita Garcia Cardoso, aluna universitária da Universidade Fernando Pessoa (Porto), a frequentar o 2º ano de mestrado em Psicologia Jurídica, venho por este meio solicitar-lhe autorização para o uso do instrumento **EASAVIC – Escala de Avaliação a Satisfação em Áreas da Vida Conjugal**, para ser aplicado no âmbito da realização da minha dissertação de mestrado.

O tema em estudo recai na avaliação da satisfação marital/qualidade da vida conjugal em casais cujo parceiro foi combatente da guerra colonial, relacionando também aqui a variável PTSD (Perturbação de Stress Pós Traumático).

Desta forma, espero ansiosamente pela sua resposta positiva, e se possível, disponibilizar-me um exemplar da escala de modo a poder iniciar o meu estudo, aplicando a EASAVIC à minha amostra.

Sem mais de momento,

Com os melhores cumprimentos,

Rita Garcia Cardoso

---

**Isabel Santa Barbara Narciso** <inarciso@psicologia.ulisboa.pt> 13 de Julho de 2014 às 09:49

Para: Rita Cardoso <rita.garcia.cardoso.21@gmail.com>

Cara Rita

Com certeza que pode utilizar a escala. Envio-lhe informação de que pode necessitar.

Cumprimentos

Isabel

### 2 anexos



**Dados Psicométricos EASAVIC.doc**

214K



**EASAVIC.doc**

89K



Rita Cardoso <rita.garcia.cardoso.21@gmail.com>

---

## Permission to use Intimate Justice Scale (MA thesis)

2 mensagens

---

Rita Cardoso <rita.garcia.cardoso.21@gmail.com>

7 de Julho de 2014 às  
23:14

Para: BJory@berry.edu

Dear Professor Brian Jory,

My name is Rita Garcia Cardoso and I'm a graduate student at the University Fernando Pessoa (Porto, Portugal), currently in the 2nd year of the MA in Forensic Psychology.

I hereby ask for you permission to use the instrument **Intimate Justice Scale**, in my master dissertation.

The topic in question is assessing marital satisfaction / quality of marital life and abusive behaviour in couples in which the man fought in the colonial war and also to assess the potential existence of PTSD (Post Traumatic Stress Disorder).

Thus, i am looking forward to hearing from you and I would be grateful if this permission is granted. If you require any further information, feel free to ask.

I would be grateful if you could send me a sample and the scoring instructions too.

Best regards,

Rita Cardoso

---

Jory, Brian <bjory@berry.edu>

8 de Julho de 2014 às 14:48

Para: Rita Cardoso <rita.garcia.cardoso.21@gmail.com>

Dear Rita,

You have complete permission to use the Intimate Justice Scale in your study.

I will send you a sample, and the scoring instructions as soon as I return to my office. I am on holiday now.

Will you translate it into Portuguese? Dr. Jory

Brian Jory, Ph.D.

Professor and Director of Family Studies

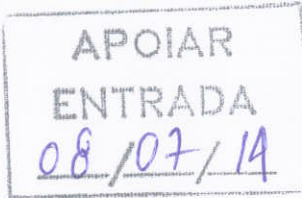
Berry College

[bjory@berry.edu](mailto:bjory@berry.edu)<mailto:bjory@berry.edu>

[770-324-1252](tel:770-324-1252)

APROVADO *Antonio*

Para comunicar  
à Dna. Susana



246

Exmo Senhor

Presidente da Direção da APOIAR - Associação de Apoio  
aos Ex-combatentes Vítimas do Stress de Guerra

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo/projeto de investigação

**Nome do investigador:** Rita Garcia Cardoso

**Título do estudo:** "PTSD e Conjugalidade: Regulação emocional, violência psicológica e satisfação conjugal em casais com historial de exposição à Guerra Colonial"

Eu, Rita Garcia Cardoso, aluna universitária a frequentar o 2º ano de mestrado em Psicologia Jurídica pela Universidade Fernando Pessoa (Porto), venho por este meio solicitar a sua autorização para a realização do meu estudo na APOIAR, tratando-se da minha tese de mestrado. O objetivo da investigação assenta essencialmente no impacto que a Perturbação do Stress Pós-Traumático tem na vida conjugal dos ex-combatentes da Guerra Colonial, sendo que parte destes homens é membro/sócio da APOIAR. As variáveis em estudo focam-se na regulação emocional, satisfação conjugal e também, violência psicológica destes casais.

Pretendo assim, aplicar três instrumentos de avaliação psicológica (envio junto em anexo), de preenchimento fácil, aos casais que se mostrarem disponíveis para colaborarem neste estudo.

De salientar que após o término da investigação, facultarei os resultados obtidos à APOIAR, sendo que todos os participantes terão acesso aos mesmos.

Ficarei a aguardar ansiosamente uma resposta.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

Rita Garcia Cardoso

Lisboa, 04 de Julho, 2014

Exmo Senhor  
Presidente da ADFA – Associação dos  
Deficientes das Forças Armadas (Lisboa)

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo/projeto de investigação

**Nome do investigador:** Rita Garcia Cardoso

**Título do estudo:** “PTSD e Conjugalidade: Regulação emocional, violência psicológica e satisfação conjugal em casais com historial de exposição à Guerra Colonial”

Eu, Rita Garcia Cardoso, aluna universitária a frequentar o 2º ano de mestrado em Psicologia Jurídica pela Universidade Fernando Pessoa (Porto), venho por este meio solicitar a sua autorização para a realização do meu estudo na ADFA, tratando-se da minha tese de mestrado.

O objetivo da investigação assenta essencialmente no impacto que a Perturbação do Stress Pós-Traumático tem na vida conjugal dos ex-combatentes da Guerra Colonial, sendo que parte destes homens é membro/sócio da ADFA. As variáveis em estudo focam-se na regulação emocional, satisfação conjugal e também, violência psicológica destes casais.

Pretendo assim, aplicar três instrumentos de avaliação psicológica, de preenchimento fácil, aos casais que se mostrarem disponíveis para colaborarem neste estudo.

De salientar que após o término da investigação, facultarei os resultados obtidos à instituição, sendo que todos os participantes terão acesso aos mesmos.

Ficarei a aguardar ansiosamente uma resposta.

Subscrevo-me com os melhores cumprimentos,

Rita Garcia Cardoso

Lisboa, 06 de Julho, 2014

Autorizado,  
O Presidente da  
Ass. de Def. de Lisboa  
Francisco Janeiro  
91.9413356