



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DO ACONSELHAMENTO

UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

“LUÍS DE CAMÕES”

**TRANSMISSÃO INTERGERACIONAL DO TRAUMA: UM ESTUDO
COM FILHOS DE EX-COMBATENTES PORTUGUESES**

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

Autor: Joel Gomes dos Santos

Orientadora: Professora Doutora Rute Brites

Número do candidato: 30000440

Abril de 2024

Lisboa

Agradecimentos

Que decisão louca que tomei há 7 anos, quando iniciei o estudo de Psicologia na Universidade Autónoma de Lisboa! Hoje, vejo que não foi loucura, mas sim, uma excelente decisão, que mudou o rumo na minha vida.

Desta forma, é imperativo agradecer a todos os Professores da Universidade Autónoma de Lisboa, pela generosa partilha de conhecimentos e pela ajuda imprescindível que permitiu atingir os objetivos a que me propus. Senti-me sempre incentivado a continuar, mesmo quando atravessei momentos menos bons que me levaram a duvidar e quase resultaram na desistência do Curso.

É importante prestar um especial agradecimento à minha Orientadora Professora Doutora Rute Brites, que tornou possível a conclusão da minha Dissertação de Mestrado. Nada teria sido possível sem o seu apoio, acompanhamento, dedicação incondicional e constante disponibilidade. Mesmo nos momentos mais difíceis, nunca desistiu de mim. Obrigado!

Não posso deixar de agradecer, também, a todos os meus colegas de curso, por todas as partilhas. Em especial, às minhas colegas Mónica, Teresa e Ana.

E, por fim, um grande agradecimento aos membros da minha Família, pelo apoio absoluto na minha decisão e durante todo este percurso académico. Constituíram um fundamental suporte e amparo, estando sempre presentes, transmitindo a sua força ao longo desta caminhada. Serão, sempre, o meu porto de abrigo, presentes nos bons e menos bons momentos.

Concluo mais um ciclo na minha vida que termina com emoção e com um sentimento de dever cumprido. Ao longo destes 7 anos, durante todo este percurso académico na Universidade Autónoma de Lisboa, recolhi vivências muito válidas que se verificaram muito impactantes na construção da minha personalidade, de crenças e comportamentos.

Obrigado!

Resumo

A Guerra do Ultramar foi um momento marcante na história portuguesa e em vários jovens e respetivas famílias, que foram participantes, de forma direta e indireta. Esses jovens, que estiveram destacados em várias ex-colónias, estiveram expostos a um acontecimento traumático. A sua participação nesta Guerra poderá ter causado consequências graves, desenvolvendo sintomas de Perturbação Stress Pós-traumático (PSPT) que os acompanharam para a vida. Posteriormente, numa fase adulta, verifica-se a possibilidade destes Antigos Combatentes (AC) diagnosticados com PSPT, transmitirem esta perturbação aos seus familiares diretos, designando-se de Trauma Secundário (TS). O objetivo geral deste estudo consiste em analisar se existe uma associação entre os sintomas de PSPT dos pais (AC) e os sintomas de TS dos seus filhos, assim como verificar o papel mediador da regulação emocional dos filhos, nessa associação. A amostra foi constituída por 31 AC do sexo masculino, com uma média de idades de 75 anos ($DP = 19.4$), com idades entre os 69 e os 83 anos. Na amostra dos filhos dos AC, 22 pertenciam ao sexo feminino (51.2%) e 21 ao sexo masculino (48.8%), variando a sua idade entre os 30 e os 54 anos ($M=43.84$, $DP=6.23$). Foram utilizados os instrumentos de avaliação: *Post Traumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-5), a Escala de Trauma Secundário (TS) e a Escala de Regulação Emocional (ERQ). Os resultados revelaram que existe uma associação positiva significativa entre os sintomas de PSPT dos AC e os níveis de TS dos seus descendentes. Contudo, não se confirmou a hipótese de a regulação emocional dos filhos atuar como mediadora dessa relação.

Palavras-chave: Guerra do Ultramar, Antigos Combatentes, Perturbação de Stress Pós-traumático, Trauma Secundário, Regulação Emocional,

Abstract

The Portuguese Colonial War was a remarkable moment in Portuguese history and in several young people and their families, who were participants, directly and indirectly. These young people, who were stationed in several former colonies, were exposed to a traumatic event. Their participation in the Colonial War may have caused serious consequences, developing symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) that accompanied them for life. Subsequently, in adulthood, it is possible for these Former Combatants (FC) diagnosed with PTSD to transmit this disorder to their direct relatives, called secondary trauma. The general objective of this study is to analyze whether there is an association between the PTSD symptoms of parents (FC) and the symptoms of TS of their children, as well as to verify the mediating role of the children's emotional regulation in this association. The sample consisted of 31 FC males, with a mean age of 75 years ($SD = 19.4$), aged between 69 and 83 years. In the sample of the children of the F.C., 22 were female (51.2%) and 21 were male (48.8%), with their ages ranging from 30 to 54 years ($M=43.84$, $SD=6.23$). The following assessment instruments were used: *Post Traumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-5), Secondary Trauma Scale (TS) and Emotional Regulation Scale (ERQ). As for the results, they revealed that there is a significant positive association between the PTSD symptoms of the FC and the TS levels of their offspring. However, the hypothesis that children's emotional regulation acts as a mediator of this relationship was not confirmed.

Keywords: Colonial War, War Veterans, Post-traumatic stress disorder, secondary trauma, emotional regulation,

Introdução.....	9
Parte I - Revisão de Literatura	10
1.1. Contextualização Histórica	11
1.2. Enquadramento Teórico.....	13
1.2.1. Perturbação de Stresse Pós-Traumático – Evolução do Conceito	13
1.2.2. Perturbação de Stresse pós-traumático.....	14
1.2.3. Trauma Secundário	18
1.2.4. Regulação Emocional.....	20
1.2.5. Transmissão da PSPT, Regulação Emocional e Trauma Secundário	24
Parte II – Método	27
2.1. Objetivos do Estudo	28
2.1.1. Objetivo Geral.....	28
2.1.2. Objetivos Específicos.....	28
2.1.3. Delineamento do Estudo	28
2.1.4. Hipóteses.....	28
2.2. Participantes	28
2.2.1. Caracterização sociodemográfica.....	29
2.2.2. Caracterização Sociodemográfica dos antigos Combatentes.....	29
2.2.3. Caracterização Sociodemográfica dos Filhos	30
2.3. Instrumentos.....	31
2.3.1. Questionário Sociodemográfico – Antigos Combatentes	31

2.3.2. Questionário sociodemográfico – Filhos	32
2.3.3. Posttraumatic Stress Disorder Checklist (PCL-5) (A.C.).....	32
2.3.4. ERQ - Emotional Regulation Questionnaire (Filhos)	33
2.3.5. Escala de Trauma Secundário	33
2.4. Procedimentos	34
2.4.1. Procedimentos de Análise Estatística.....	34
2.4.2. Procedimentos Éticos	35
Parte III – Resultados	36
3.1. Consistência Interna das Medidas.....	37
3.2. Estatística Descritiva.....	37
3.3. Análise da Adesão à Normalidade	38
3.4. Análise de Correlações.....	38
3.5. Análise de Mediação	39
Discussão	39
4.1. Limitações.....	41
4.2. Sugestões para futuros estudos	41
Referências Bibliográficas	42

Índice Tabelas

Tabela 1.....	12
Tabela 2.....	29
Tabela 3.....	30
Tabela 4.....	36
Tabela 5.....	37
Tabela 6.....	38

Lista de Abreviaturas e Siglas

AC - Antigos Combatentes

APA - American Psychiatric Association

DSM-V - Manual Diagnóstico E Estatístico De Transtornos Mentais 5.^a Edição

ERQ - Emotional Regulation Questionnaire

PCL-5 – Posttraumatic Stress Disorder Checklist

SPT - Perturbação Stress Pós-Traumático

QSD - Questionário Sociodemográfico

RE - Regulação Emocional

STQ - Escala De Trauma Secundário

TS - Trauma Secundário

Introdução

Neste trabalho iremos abordar a transmissão intergeracional do trauma, um processo complexo que alude à transferência dos efeitos do trauma de uma geração para a seguinte. Mais propriamente, com antigos combatentes (AC) da Guerra do Ultramar e os seus filhos. Abordaremos a Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT), que pode ocorrer em indivíduos que experienciaram ou foram testemunhas de um evento traumático. E pode suceder através de vários mecanismos, incluindo exposição direta a eventos traumáticos, modelagem parental de estratégias de *coping* desadaptativas e alteração dos sistemas biológicos de resposta ao stresse.

Quando um progenitor ou cuidador possui um diagnóstico de PSPT, tal pode afetar os seus filhos e quem o rodeia. As crianças podem apresentar sintomas semelhantes aos da PSPT, tais como ansiedade, depressão e problemas comportamentais. Também pode ocorrer sentimentos de culpa ou de desamparo, por parte das crianças, devido à incompreensão das causas dos sintomas dos seus pais. Assim, este estudo focar-se-á na transmissão da PSPT aos filhos, fenómeno designado de Trauma Secundário (TS), considerando a função da Regulação Emocional (RE) neste processo.

A RE refere-se à capacidade de reconhecer, compreender e gerir as próprias emoções de forma eficaz. É um aspeto essencial da saúde mental e do bem-estar, pois permite que os indivíduos respondam às experiências emocionais de forma saudável e adaptativa. A RE é primordial para sustentar o equilíbrio da saúde mental e do bem-estar, tal como construir relacionamentos saudáveis e alcançar objetivos pessoais. Também auxiliará os indivíduos a fazer a gestão do stresse e lidar com situações desafiadoras, de maneira saudável e adaptável. A regulação emocional pode desempenhar um papel crucial na mediação da transmissão do trauma, de pais para filhos.

O objetivo principal deste trabalho é examinar a transmissão do trauma de AC que tenham sido diagnosticados com PSPT e se houve transmissão do Trauma para os seus filhos, através da análise das três variáveis: PSPT, TS e RE. A investigação da possível transmissão do trauma entre gerações é crucial para entender o impacto das vivências ou testemunhos de um evento traumático.

Parte I - Revisão de Literatura

1.1. Contextualização Histórica

No ano de 1961, cerca de 800.000 homens foram enviados para combater os grupos dos movimentos de libertação das colónias portuguesas (Angola, Guiné e Moçambique), dando origem àquilo que se conhece, atualmente, como a guerra colonial, ou do Ultramar. Essa guerra durou 14 anos, tendo terminado em 1975, na sequência da Revolução do 25 de abril de 1974, em Portugal.

Estima-se que dessa longa e violenta guerra, tenham resultado cerca de 8.831 mortos, 30.000 feridos e perto de 4.500 mutilados. Em consequência, entre 120 e 140 000 AC portugueses sofreram de PSPT. Desse modo, muitos dos filhos destes AC cresceram cercados de itens e memórias de guerra, provenientes da geração dos seus pais (Albuquerque, 2007; Campos, 2009; Carlos, 2019).

Embora a guerra do Ultramar tenha sido um dos marcos históricos portugueses mais importantes do século XX, é um tema pouco referenciado pelos historiadores portugueses, como se esse facto histórico fosse causador de vergonha (Gomes, 2004, citado por Campos, 2009). Segundo Ribeiro (1999, citado por Campos, 2009) e Gomes (2004, citado por Campos, 2009) houve uma tentativa de apagar a guerra colonial da memória coletiva devido a essa vergonha, ficando os seus AC aprisionados num “sufocante manto de silêncio e de abandono” (p. 46).

Até 1999, a legislação referente aos AC era insuficiente, apresentava diversas lacunas e não respondia às suas necessidades. A Lei n.º 43/76 reconheceu que os deficientes das Forças Armadas tinham o direito a usufruir de uma recompensa material e moral, mas, na prática, os deficientes de guerra e os veteranos permaneceram sem apoios significativos (Campos, 2009). A este nível, as associações de veteranos de guerra têm tido um papel muito importante na luta para o aumento dos direitos destas pessoas, os quais serão extensíveis aos elementos dos agregados familiares que deles careçam (Campos, 2009).

Na Lei N.º 46 de junho de 1999, o Estado Português reconheceu que os AC que estiveram ao serviço do Estado desenvolveram perturbações a nível do foro mental crónico, incluindo a PSPT. Na sequência, o Estado criou uma Rede

Nacional de Apoio para dar assistência e suporte às suas necessidades (Albuquerque et al., 1992). Aquando da formação dessa rede, foram recolhidos dados aproximadamente de 140.000 AC com perturbações mentais crónicas: 40.000 com PSPT, sendo que a outros, poder-se-ia apontar outras perturbações (Albuquerque et al, 1992). A tabela 1 resume as medidas legais tomadas relativamente à proteção dos AC da Guerra do Ultramar.

Tabela 1

Cronologia Medidas Legais à Proteção dos Ex-combatentes da Guerra do Ultramar

Cronologia	Medidas legais
Ano de 1976, Lei n.º 43/76	estabeleceu o direito dos deficientes das Forças Armadas a uma compensação material e moral.
Junho de 1999, Lei no. 46/99	O Estado Português reconheceu que os ex-combatentes, que estiveram ao serviço do Estado desenvolveram perturbações a nível do foro mental crónico.
	Criação de uma Rede Nacional de Apoio
Ano de 2002, Lei n.º 9/2002 (ou Leis dos Antigos Combatentes)	Concedeu a determinados veteranos de guerra a possibilidade de incluir os anos de serviço militar no cálculo das suas pensões de reforma.
Novembro de 2007	O Governo português assinou um protocolo com várias associações de ex-combatentes para tratar os casos de stress de guerra de forma mais célere.

Campos, Â. (2009).

1.2. Enquadramento Teórico

1.2.1. Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PSPT) – Evolução do Conceito

Ao longo dos anos a PSPT foi referida e diagnosticada com nomes diferenciados. O seu estudo incidiu, sobretudo, nas sequelas que a guerra origina naqueles que participam diretamente e indiretamente na mesma (DiMauro et al., 2014; Lasiuk & Hegadoren, 2006; Ray, 2008; Schestatsky et al., 2003).

Foi a magnitude das consequências da Primeira Guerra Mundial (1914-1918) que despertou o interesse em estudar os efeitos do trauma, em soldados. Em 1915 Charles Samuel Meyers, psiquiatra militar das tropas britânicas, estudou esses efeitos nos soldados, tendo proposto a designação de “choque de concha” (no original, “shell shock”), para caracterizar os efeitos da guerra. Também Sigmund Freud estudou os efeitos que a primeira guerra teve nos soldados, e chamou-lhe neurose de guerra (Lasiuk & Hegadoren, 2006; Lerner & Micale, 2001; Ray, 2008; Schestatsky et al., 2003).

Entre 1939 e 1945, ocorreu a Segunda Guerra Mundial, que teve uma maior repercussão e um grau ainda maior de horror, que se estendeu também aos civis. Kardiner, um psiquiatra americano, em 1941, publicou um livro sobre “As Neuroses Traumáticas de Guerra”, que mais tarde, viria a servir de referência para a definição da PSPT (Lasiuk & Hegadoren, 2006; Schestatsky et al., 2003).

A primeira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-I, da American Psychiatric Association), foi editada no ano de 1952 e classificou a perturbação de stress pós-traumático como uma reação grave ao stresse, provocado por uma experiência traumática grave. A PSPT estava inserida na categoria das perturbações de personalidade. No DSM-II foi alterada para perturbação situacional transitória (Lasiuk & Hegadoren, 2006; Ray, 2008; Schestatsky et al., 2003).

Em 1980, a PSPT foi incluída no DSM-III sob a designação de “Distúrbio de Stress Pós-Traumático”, com uma descrição mais detalhada. A

definição especificava que uma perturbação surgiria após o indivíduo vivenciar uma situação extrema e ameaçadora, resultando em sofrimento. No DSM-III-TR, publicado em 1987, a PSPT coincide, assim como no DSM-IV, de 1994, e no DSM-IV-TR, de 2000. A edição mais recente do DSM (DSM-V) trouxe algumas modificações nos critérios da PSPT, evidenciando-se a eliminação das reações de medo, desamparo e horror em resposta à experiência traumática e a inclusão do subtipo clínico “sintomas dissociativos”, que visa identificar aqueles que apresentam sintomas de despersonalização e desrealização. Além disso, a PSPT passou a pertencer à classe de traumas e perturbações relacionadas ao stresse, deixando de pertencer à classe das perturbações de ansiedade (DiMauro et al., 2014; Lasiuk & Hegadoren, 2006; Ray, 2008; Sbardelloto et al., 2011; Schestatsky et al., 2003; Turnbull, 1998; van der Kolk et al., 1994).

1.2.2. Perturbação de Stresse pós-traumático

Segundo a *American Psychiatric Association* (APA) (2014), a PSPT é uma perturbação relacionada com uma experiência traumática, assistir ou vivenciar uma ameaça de morte, lesão grave ou ameaça à integridade física, como por exemplo ter tido uma experiência traumática de forma direta ou observou indiretamente essa experiência. Este tem de ocorrer de uma forma violenta, acidental ou de forma repetida, estando a pessoa exposta a detalhes aversivos do mesmo. Para se poder diagnosticar PSPT em adultos, adolescentes e crianças acima de seis anos de idade, estes devem apresentar sintomas por mais de um mês; haver comprometimento funcional significativo a nível clínico e a nível da vida social, profissional ou em outros campos essenciais para a vida da própria pessoa; apresentar sintomas intrusivos, de evitamento, alterações negativas na cognição e no humor, e também na excitação e reatividade (não provocados pela medicação, abuso de substâncias ou outras patologias). Posteriormente à identificação dos critérios de PSPT, tem de se analisar se esses sintomas são persistentes ou recorrentes, se também são dissociativos, de despersonalização, com experiências persistentes ou recorrentes de Sentir-se desconectado, como um observador externo dos próprios processos mentais ou corporais, ou experienciar de forma persistente ou recorrente uma sensação de irrealidade em relação ao ambiente circundante

(APA, 2014).

Os critérios que o Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais(5.^a edição) (DSM-V) (APA, 2014) define para se poder diagnosticar PSPT em adultos, adolescentes e crianças acima de 6 anos de idade, são os seguintes:

A. Exposição a episódio concreto ou ameaça de morte, lesão grave ou violência sexual em uma (ou mais) das seguintes formas:

1. Vivenciar diretamente o evento traumático.
2. Testemunhar pessoalmente o evento traumático ocorrido com outras pessoas.
3. 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 accidental.

4. Ser exposto de forma repetida ou extrema a detalhes aversivos do evento traumático (p. ex., socorristas que recolhem restos de corpos humanos; policiais repetidamente expostos a detalhes de abuso infantil).
Nota: O Critério A4 não se aplica à exposição por meio de meios eletrónicos, televisão, filmes ou fotografias, a menos que tal exposição esteja relacionada com o trabalho.

B. Presença de um (ou mais) dos seguintes sintomas intrusivos associados ao evento traumático, começando depois da sua ocorrência:

1. Lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático.
2. Sonhos angustiantes recorrentes nos quais o conteúdo e/ou o sentimento do sonho estão relacionados ao evento traumático.
3. Reações dissociativas (p. ex., *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente (essas reações podem ocorrer num *continuum*, com a expressão mais extrema na fora de uma perda completa de percepção do ambiente ao redor).
4. Sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspeto do evento traumático.

5. Reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspeto do evento traumático.

C. Evitamento persistente de estímulos associados ao evento traumático, começando após a ocorrência do evento, conforme evidenciado por um ou ambos os seguintes aspetos:

1. Evitamento ou esforços para evitar recordações, pensamentos ou sentimentos angustiantes acerca de ou associados de perto ao evento traumático.
2. Evitamento 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 aspetos:

1. 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).
2. 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”).

3. Cognições distorcidas persistentes a respeito da causa ou das consequências do evento traumático que levam o indivíduo a culpar a si mesmo ou os outros.
 4. Estado emocional negativo persistente (p. ex., medo, pavor, raiva, culpa ou vergonha).
 5. Interesse ou participação bastante diminuída em atividades significativas.
 6. Sentimentos de distanciamento e alienação em relação aos outros.
 7. Incapacidade persistente de sentir emoções positivas (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:
1. 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.
 2. Comportamento imprudente ou autodestrutivo.
 3. Hipervigilância.
 4. Resposta de sobressalto exagerada.
 5. Problemas de concentração.
 6. 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 em outras 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 (pp. 271 a 272).

Segundo a APA, “Depois de eventos traumáticos graves, prolongados e repetidos (p. ex., abuso infantil, tortura), o indivíduo pode apresentar também dificuldades na regulação das emoções ... ou ainda sintomas dissociativos” (2014, pag. 276).

Os conflitos armados são acontecimentos particularmente propensos ao desenvolvimento deste tipo de perturbação. Começanha e Maia (2011), referem que “um indivíduo que esteve num conflito poderá ter estado exposto a eventos traumáticos, quer diretamente, ou de uma forma indireta, através da observação.” Ao longo dos anos, foram realizados vários estudos com militares e veteranos de guerra para estudar a PSPT (Começanha & Maia, 2011).

Maia e Osório (2010), “através de uma análise de vários estudos realizados com militares que estiveram no Afeganistão e Iraque, concluíram que os militares têm um risco acrescido do desenvolvimento da PSPT e outras perturbações mentais”. Os acontecimentos traumáticos mais frequentemente relatados pelos militares incluíram: testemunhar ou tomar conhecimento da morte de camaradas durante missões, seja por acidentes ou ataques sucessivos de várias origens (engenhos explosivos e fogo direto), ver e presenciar a morte de pessoas (militares e civis) em decorrência de ataques, sentir momentos de

grande tensão e ter a sua integridade física ameaçada devido às missões desempenhadas, bem como no contato com forças hostis, a doença ou morte de familiares e presenciar pessoas e crianças em situações de extrema pobreza (Correia, 2014).

Booth-Kewley et al. (2010), realizaram um estudo para tentar identificar as variáveis mais associadas à possível PSPT. O estudo foi realizado com fuzileiros navais americanos que participaram nos conflitos do Iraque e Afeganistão. Das nove variáveis demográficas e psicossociais que foram examinadas em relação à PSPT, quatro foram significativas: stressores relacionados ao destacamento, estar exposto e participar em combates, estado civil e educação. A única variável do estudo que teve uma associação mais forte com a PSPT, foi a relacionada à implantação de stressores.

Highfill-McRoy et al. (2010), realizaram um estudo que teve como principal objetivo examinar as associações entre diagnósticos psiquiátricos, PSPT e resultados de má conduta dos fuzileiros navais dos EUA destacados para operações de guerra, antes do final do período de estudo. Segundo as suas conclusões, os fatores psicológicos e comportamentais de resposta ao trauma podem ser específicos para o tipo de trauma vivenciado. A experiência de ter estado em combate foi relacionada a um aumento dos sintomas de PSPT e do comportamento agressivo nos fuzileiros que estiveram destacados em operações de guerra e um abuso de consumo de substâncias ilícitas, problemas com a justiça e tornarem-se sem abrigo (Highfill-McRoy et al., 2010).

Os estudos realizados em Portugal vão no mesmo sentido, indicando prevalências de PSPT mais elevadas que na população em geral. Um estudo que analisou a prevalência dos sintomas ou diagnóstico de PSPT e o seu impacto na autoestima e no *coping*, numa amostra de combatentes e civis portugueses, concluiu que quem esteve em guerras apresenta uma sintomatologia e uma prevalência superior de PSPT (Hipólito et al., 2017).

Ferrajão e Oliveira (2016) realizaram um estudo com veteranos da Guerra do Ultramar. Todas as variáveis estudadas, nomeadamente a exposição ao combate, a observação de violência abusiva e a participação em violência abusiva foram associadas ao diagnóstico de PSPT. Outro estudo com militares portugueses que estiveram envolvidos em Missões Internacionais de Manutenção da Paz analisou a prevalência de PSPT antes e depois das missões

e sua relação com as variáveis psicológicas autoestima, *coping* e suporte social. Foram identificados militares com sintomas prévios de PSPT, sendo que a maioria já teria estado em outras missões. A nível de severidade dos sintomas de PSPT, foram identificados valores maiores nos militares que tinham acabado de chegar de missões (Correia, 2014).

1.2.3. Trauma Secundário

Na medida em que a PSPT (ou, pelo menos, a presença de alguns sintomas) é uma realidade na vida de muitos veteranos, assim como na dos militares que ainda estão no ativo das suas funções, e que a perturbação tem uma capacidade ilimitada para afetar a saúde tanto dos militares, o ambiente em que ele está inserido e o próprio seio familiar acabam por ser afetados (Silva et al., 2019). Na literatura, esta afetação é designada por trauma secundário.

O trauma secundário (TS) é um processo silencioso que pode ser “transferido” dentro das famílias e também das comunidades. O trauma sofrido pelos pais terá um impacto na sua relação com os filhos, assim como irá ter impactos significativos ao longo das suas vidas, abarcando uma predisposição para mais traumas (Isobel et al., 2019).

Durante muito tempo apenas as vítimas primárias de um acontecimento traumático foram alvo de atenção e análise, ignorando-se que estas pessoas pertencem a um sistema familiar, e que o mesmo pode ficar afetado e desequilibrado por um dos seus membros apresentar PSPT. Podendo ter como consequência, o desenvolvimento de uma perturbação secundária de stresse traumático por outro dos membros da família (Pedras & Pereira, 2012).

Verifica-se TS quando um indivíduo experiencia de uma forma indireta e responde de uma forma semelhante ao sofrimento emocional do indivíduo que teve essa experiência (Zerach & Aloni, 2014). Segundo Figley (1995, citado por Pereira & Pedras, 2012), o conceito de trauma ou vitimização refere-se ainda ao desenvolvimento de sintomas traumáticos em indivíduos que convivem de perto com uma vítima de trauma. Nesse contexto, essas pessoas podem tornar-se vítimas indiretas, absorvendo o impacto emocional da experiência e manifestando sintomas, mesmo que não tiveram em contacto com o trauma de forma direta. O termo usa-se também para designar a transmissão de condutas da vítima para as pessoas com quem convive no dia a

dia.

Um estudo realizado por Bachem et al. (2018) analisou a PSPT em ex-prisioneiros de guerra e as estratégias de *coping* na transmissão intergeracional de trauma para o TS dos seus descendentes adultos em relação à sua experiência/trauma de cativo e à sintomatologia psicológica. Os principais resultados indicaram que as estratégias de *coping* utilizadas pelos ex-prisioneiros de guerra foram o consumo de bebidas alcoólicas e outras substâncias, e a supressão das suas emoções. Concluiu-se também que as experiências de guerra, a experiência como prisioneiros e a PSPT que os próprios desenvolveram, bem como as estratégias de *coping* que usaram, poderão ter contribuído indiretamente para o facto de os seus descendentes desenvolverem TS.

Zerach e Aloni (2014) foram os primeiros a avaliar especificamente sintomas de TS através de relatos dos próprios filhos de ex-prisioneiros de guerra. As principais conclusões que o estudo evidenciou foram que os filhos de ex-prisioneiros de guerra apresentaram mais sintomas de TS e níveis mais baixos de vinculação e superproteção paterna. Constatou-se um ambiente familiar com níveis de stresse muito elevados, associado a um sentimento de medo, sendo ainda uma possibilidade a presença de dificuldades associadas à intimidade, dependência e controle nos relacionamentos com os filhos.

A infância, sendo uma fase crucial e sensível para o desenvolvimento da criança até a idade adulta, é também um período de vulnerabilidade que podem desenvolver perturbações e mesmo haver uma transmissão do trauma (Selimbaši, 2020; Silva et al., 2019). Schick et al. (2013) elaboraram um estudo transversal, que examinou a exposição ao trauma no percurso de vida, problemas de saúde mental relacionados e intergeracionalidade numa amostra de crianças em idade escolar e seus pais, 11 anos após o fim da guerra do Kosovo. Os resultados indicaram uma exposição ao trauma e uma elevada prevalência de sintomas clinicamente significativos de PSPT, ansiedade e depressão em ambas as gerações. Os sintomas depressivos das crianças estavam associados aos sintomas de PSPT, ansiedade e depressão dos pais, enquanto os sintomas maternos não se correlacionavam com os de seus filhos (Schick et al., 2013).

No caso específico dos descendentes de veteranos de guerra com PSPT,

os estudos têm revelado que estes possuem mais dificuldade na regulação emocional e dificuldades comportamentais, comparativamente a descendentes de veteranos sem PSPT. O motivo dessas dificuldades é o facto de os pais poderem ser instáveis, violentos, ausentes e Hiper protetores, o que poderá propulsionar a evolução de outras perturbações como depressão, ansiedade e principalmente, TS (Selimbaši, 2020; Selimbasic et al., 2017; Silva et al., 2019).

De acordo com Dinshtein et al. (2011) estas crianças aprendem mecanismos de regulação emocional através dos seus pais, os quais se caracterizam por evasão, negação, suspeita e baixa expressividade, o que conduz a que também elas tenham dificuldade em lidar com eventos traumáticos. A regulação emocional parece, assim, ser uma variável preponderante na compreensão dos processos subjacentes ao desenvolvimento de TS (Dinshtein et al., 2011).

1.2.4. Regulação Emocional

A regulação emocional (RE) é o processo através de qual o indivíduo, de forma consciente ou inconsciente, reage a um estímulo e/ou a uma situação emocional. Essa reação é consciente ou explícita quando o indivíduo está numa situação de muito stress e se tenta acalmar, para poder manter o controlo das suas emoções. É inconsciente ou implícita quando o indivíduo não tem a perceção e reage de uma forma automática a essa emoção. Quando a regulação é realizada pelo mesmo é definida como regulação intrínseca da emoção (Gross, 2013).

Santana e Gondim (2016) referem que as estratégias de regulação têm emocionais o poder de influência dos padrões internos, promovendo um desenvolvimento psicológico ajustado à orientação, assim como o foco nas escolhas e a criação de ambientes externos mais específicos às características pessoais. Através dessas estratégias, quanto mais elevados forem os níveis de regulação emocional, mais intensas serão as experiências emocionais afetivas. A regulação emocional é concebida de forma multidimensional, pois envolve não apenas a modulação da ativação emocional, mas também a consciência, compreensão e facilidade das emoções, a utilização de estratégias para as regulares e a capacidade de inibir ou facilitar determinados comportamentos.

Desta forma, serão alcançados os propósitos e as necessidades do momento, onde estão incluídos fatores extrínsecos. A ocorrência de algumas limitações, revela dificuldades na sua regulação emocional (Gratz & Roemer, 2004).

Segundo Gross (1998), a regulação emocional é definida como uma estratégia utilizada por um indivíduo, de modo a conseguir controlar as emoções vivenciadas por si, assim como a forma como se manifestam. É um processo regulatório dinâmico e volátil, através do qual, um indivíduo tenta gerir as suas emoções, para aumentar, manter ou diminuir uma determinada emoção, influenciado pelo objetivo e motivação do próprio, devido às suas características e crenças, tal como, pelo contexto e natureza da emoção em causa. De forma geral, Gross (1998) explicou o conceito de regulação emocional, destacando cinco categorias de estratégias: seleção da situação, modificação externa, mudança do foco atencional, modificação cognitiva e modelagem da resposta.

- A seleção da situação ocorre quando algo é relevante para o indivíduo, gerando uma emoção negativa ou positiva, muitas vezes dependendo da percepção de outros. Esta estratégia é especialmente comum na infância e na adolescência, levando, muitas vezes, a uma mudança automática da situação. A próxima estratégia segue a lógica da anterior, consistindo na modificação externa, como, por exemplo, a alteração do ambiente físico, sendo este um fator extrínseco. Esta estratégia é mais comum na infância, mas pode persistir até a idade adulta.
- A mudança do foco atencional pode ser realizada através de várias estratégias, como distração, concentração e ruminação.
- A mudança cognitiva envolve fatores intrínsecos e está relacionada à escolha dos significados que podem conter sentido ao pensamento, com o objetivo de minimizar o impacto emocional. Ou seja, o significado é alterado pela reinterpretação da situação, diminuindo assim a resposta emocional.
- A modelagem da resposta está relacionada ao objetivo de modificação das dimensões físicas, experienciais e comportamentais da emoção.

Para Gross (1998, 1999, 2001, 2003), este modelo teórico da regulação emocional identifica como os indivíduos vão alterando as estratégias de regulação emocional face à resposta emocional. A utilização das estratégias para a regulação das emoções ou a mudança poderá ser marcada por uma situação de origem externa ou interna, com uma percepção significativa, que desencadeia respostas emocionais tanto a nível comportamental como fisiológico. Neste modelo de Gross e John (2003), as estratégias foram divididas em três categorias, que os indivíduos utilizam para regular as suas emoções, tanto positivas quanto negativas. A primeira é implantação atencional, na qual o indivíduo muda a sua atenção em algo num determinado momento. Esta estratégia consiste na reação que o indivíduo tem tendência a ter antes da resposta emocional e a modificação do comportamento, bem como, a resposta do sistema fisiológico periférico, ou seja, o sujeito antevê e analisa a emoção, antecipa e gere a mesma, alterando de seguida, o comportamento.

A segunda categoria é a mudança cognitiva, como a reavaliação cognitiva. Esta estratégia surge após a geração da emoção e da tendência de resposta, alterando o significado de uma situação com a intenção de modificar o seu impacto emocional. A modulação da resposta, por sua vez, constitui a terceira categoria, na qual o indivíduo recorre a estratégias focadas na resposta emocional. Uma dessas estratégias é a supressão da emoção ou a supressão expressiva ou o uso de drogas, para influenciar reações fisiológicas, experienciais ou comportamentais (Gross, 1998a, 1998b, 1999; Gross & John, 2003; John & Gross, 2004).

Gross e John (2003), definiram a reavaliação cognitiva, “como uma estratégia que se processa e intercede previamente mesmo que as respostas emocionais tenham sido totalmente geradas”. Neste caso a reavaliação cognitiva irá alterar o significado de uma situação, para poder modificar e conseguir uma melhor resposta emocional perante a situação (Gross, 2008; Gross & Thompson, 2007). A reavaliação cognitiva é uma estratégia que se vai centrar em acontecimentos anteriores, irá surgir e influenciar antes que a resposta emocional tenha sido completamente gerada, desse modo irá modificar o processo de RE (John & Gross, 2004). Gross e John (2003) referem que a utilização da reavaliação cognitiva, poderá estar relacionada com um melhor desenvolvimento interpessoal dos indivíduos. Indivíduos que utilizem

com frequência a reavaliação cognitiva, irão atingir e vivenciar uma experiência e expressão comportamental de emoções positivas, logo irão ter uma menor experiência e expressão de emoções negativas. Deste modo a reavaliação, poderá alterar com eficácia a regulação emocional. Mais especificamente, quando usada para reduzir a emoção negativa, deve reduzir com sucesso as emoções e os comportamentos provocados pela emoção negativa.

A supressão expressiva é uma estratégia direcionada através da resposta que chega relativamente tarde no processo de geração de emoção e que, principalmente, modifica a forma de reagir conforme o esperado à essa emoção (Gross & John, 2003). Para poder ocultar ou impossibilitar a forma como vai reagir à emoção e dessa forma o indivíduo não conseguir encontrar uma solução e vai desgastá-lo nessa gestão da emoção que vai surgindo constantemente. A supressão emocional, ao ser utilizada, irá criar uma percepção de si própria falsa, por se sentir que não corresponde à verdade com os outros (Sheldon et al., 1997). Dessa forma irá gerar sentimentos negativos sobre ele próprio e afastar quem o rodeia (John & Gross, 2004). A supressão será eficaz na redução da reação a nível comportamental da emoção negativa, mas pode ter o efeito colateral não intencional de também reprimir a expressão da emoção positiva (Gross & John, 2003). Dessa forma a supressão emocional tende a alterar o comportamento do indivíduo, sem pôr em causa a experiência emocional negativavivida. Gross e Thompson (2007) referem que a supressão emocional irá ter efeitos a nível relações afetivas, cognitivas e sociais negativas.

Diversos estudos têm evidenciado a relação entre a regulação emocional e os sintomas de PSPT, especificamente a dificuldade que os indivíduos que sofrem desta perturbação têm para se autorregular emocionalmente de uma forma ajustada; porexemplo, utilizam a dissociação como forma de se libertar da/s memória/s traumática/s (Badour & Feldner, 2013). Khan et al. (2021) referem que os indivíduos que escondem ou inibem as suas emoções (i.e., que utilizam a supressão emocional como estratégia), irão apresentar mais sintomas de PSPT, contribuindo esta estratégia para a manutenção da perturbação. A supressão acontece quando está associada a

uma menor consciência do próprio sentimento e impede outros de estarem cientes da experiência interna do indivíduo. Os indivíduos que utilizam a supressão, vão expressar menos emoções positivas e vão expressar mais emoções negativas. Quando estão em momentos de mais stresse, vão tentar disfarçar os sentimentos reais e vão limitar as suas reações emocionais. Assim irão sentir-se deslocados com os que o rodeiam, devido aos sentimentos não serem reais (Gross & John, 2003).

Brandão et al. (2022) referem que os indivíduos que usam a supressão das suas emoções, empregam de uma forma dispendiosa, que irá ter impacto nas suas relações sociais, mais em geral e no funcionamento familiar em particular.

Ehring e Quack, (2010), realizaram um estudo para investigar o papel do tipo de trauma e da gravidade dos sintomas de PSPT nas dificuldades de RE por sobreviventes de trauma. Os participantes apresentaram níveis baixos de emoções negativas e níveis elevados de supressão emocional. Além disso, evidenciaram baixos níveis de reavaliação. Concluiu-se que, para superar o trauma, o indivíduo necessita de uma boa regulação emocional (RE) adaptativa. Assim, pode-se concluir que as dificuldades na RE são um fator de risco para o desenvolvimento e/ou manutenção da perturbação (Ehring & Quack, 2010).

1.2.5. Transmissão da PSPT, Regulação Emocional e Trauma Secundário

Durante várias décadas, apenas foi dedicada atenção à vítima primária de um acontecimento traumático, ignorando-se de alguma forma, o sistema familiar da qual a vítima faz parte. Este pode ficar afetado e desequilibrado devido a um dos seus elementos apresentar uma PSPT, e pode estar na origem do desenvolvimento de uma PSPT (Pedras & Pereira, 2012). Vários estudos referem, que quem participou ou esteve exposto numa guerra, irá provavelmente sofrer consequências graves aos mesmos e desenvolver PSPT. Também há a possibilidade de estar a ser transmitida aos seus filhos e a gerações futuras, com grande impacto na sua saúde mental, por exemplo, problemas comportamentais, dificuldades emocionais, angústia e reações de stresse, e neuroticismo. Os mesmos estudos referem que os filhos destas pessoas estão sob risco aumentado de desenvolver perturbações a nível da

saúde mental, como por exemplo TS (Bezo & Maggi, 2015; Castro-Vale et al., 2019; Selimbaši, 2020). Dinshtein (2011) referiu num estudo que realizou, em que os descendentes de veteranos de guerra que sofriam de PSPT, demonstraram níveis mais elevados de sofrimento que os membros do grupo de controle. Também refere que os filhos, por viverem diretamente com um progenitor que tem PSPT, adquiriram estratégias, como evitação, baixa expressividade, entre outros. Desse modo, os filhos demonstraram dificuldade em lidar com eventos traumáticos que requerem processamento emocional.

Existe outro estudo que também reconhece que a existência da transmissão do trauma de pai para filho pode ter consequências negativas significativas, na saúde mental e no desenvolvimento da criança. Este estudo Salienta a importância de abordar o impacto a longo prazo da guerra nas famílias, para além daqueles que a viveram diretamente na guerra de 1992-1995 na Bósnia e Herzegovina. Nesse estudo participaram um grupo de 120 crianças, em idade escolar e adolescentes (10-15 anos). O estudo identificou que os filhos dos veteranos, também apresentavam problemas a nível de regulação emocional, assim como, problemas a nível do comportamento com os seus pares na escola e dificuldade a nível emocional (Selimbaši, 2020). Pereira e Pedras (2021), identificaram sintomas de TS em filhos adultos de veteranos da Guerra do Ultramar. Também identificaram que os veteranos de guerra tinham dificuldades em comunicar as suas experiências e emoções às famílias. Essa falta de comunicação, muitas vezes resultava numa sensação de distância emocional entre pais e filhos. No geral, este estudo destaca como as experiências traumáticas podem ter efeitos duradouros sobre os indivíduos e suas famílias (Pereira & Pedras, 2011).

Ao longo deste trabalho, tem sido documentado o impacto da guerra na saúde mental dos combatentes, estudos que os veteranos de guerra possuem um risco significativamente mais elevado de desenvolvimento problemas de saúde mental, tais como ansiedade, depressão e PSPT. Por exemplo, Dekel et al. (2014), e Einzburg et al. (2010), fornecem evidências sólidas desse impacto negativo. Essas pesquisas destacaram que os veteranos de guerra estão mais tolerantes a apresentar perturbações na área da saúde mental em comparativamente à população em geral. Estas condições podem resultar em experiências traumáticas vivenciadas durante o combate.

No contexto português, também foram encontrados padrões semelhantes. Estudos demonstraram que os veteranos portugueses da guerra do Ultramar tendiam a apresentar problemas psicológicos como PSPT (Hipólito et al., 2017; Pereira et al., 2012), depressão e ansiedade clinicamente manifestada (Ferreira & Oliveira, 2016; Pereira et al., 2012). Esses resultados indicam que o impacto adverso na saúde mental dos veteranos de guerra não está limitado a uma região específica, mas é observado em diferentes contextos e países. A experiência traumática da guerra tem efeitos profundos e duradouros na saúde mental de seus indivíduos.

Parte II – Método

2.1. Objetivos do Estudo

2.1.1. Objetivo Geral

O objetivo geral do presente estudo é analisar se existe uma associação entre os sintomas de PSPT dos pais (AC da Guerra do Ultramar) e os sintomas de PSPT (TS) dos seus filhos, assim como verificar o papel mediador da regulação emocional dos filhos nessa associação.

2.1.2. Objetivos Específicos

- Examinar a associação entre a PSPT dos AC e a existência de sintomas de TS nos seus filhos adultos;
- Verificar se a regulação emocional dos filhos constitui uma variável mediadora entre os sintomas de PSPT dos pais e o TS dos primeiros.

2.1.3. Delineamento do Estudo

Este trata-se de um estudo transversal quantitativo, com dados diádicos recolhidos em pais (veteranos, AC da Guerra do Ultramar) e os seus descendentes adultos. Integra um estudo com dados quantitativos, que tem como objetivo examinar as variáveis mediadoras à associação entre a PSPT em AC e a transmissão do TS para os seus descendentes.

2.1.4. Hipóteses

H1: Existe uma associação significativa entre a presença de sintomas de PSPT em AC e sintomatologia de TS nos seus descendentes, i.e., quando aumentam os sintomas de PSPT dos primeiros, aumentam também os sintomas de TS dos últimos, em certa medida.

H2: As estratégias de regulação emocional dos descendentes medeiam a associação significativa entre a presença de PTST nos AC e a sintomatologia de TS nos seus descendentes.

2.2. Participantes

A amostra é formada por AC da Guerra do Ultramar e os seus descendentes adultos, os primeiros associados da Liga dos Combatentes.

Critérios de inclusão na amostra: os AC devem ter participado em missões militares na Guerra do Ultramar; os filhos adultos (maiores de 18 anos), todos são elegíveis para o estudo.

Critérios de exclusão na amostra: foram excluídos do estudo os AC que apresentaram indicadores de demência (avaliados pelo *MoCA – Montreal Cognitive Assessment*), ou seja, os que obtiveram um resultado abaixo do ponto de corte para demência (valor < 17).

2.2.1. Caracterização sociodemográfica

De seguida são apresentados os dados sociodemográficos de todos os participantes.

2.2.2. Caracterização Sociodemográfica dos antigos Combatentes

A amostra dos AC foi constituída por 31 indivíduos do sexo masculino, com uma média de idades de 75 anos (DP = 19.4), que variaram entre os 69 e os 83 anos. A grande maioria era casado (n = 30, 96.8%). Ao nível das habilitações académicas, quase metade possuía o 1º ciclo de escolaridade (antiga 4ª Classe) (n = 15, 48.4%) e a nível da situação laboral a maioria encontrava-se reformada (n=29, 93.5%) e vivia com a esposa (n=22, 71.0%). O número de filhos variou entre 1 e 6, sendo que 10 AC tinham apenas um filho (32.3%), 14 AC tinham dois filhos (45.2%), 4 AC 3 filhos (12.9%), um AC 4 filhos (3.2%) e um AC 6 filhos (3.2%). A maioria dos AC estavam destacados no Exército (n=25, 80.6%) e pertenciam à categoria do posto militar de praça (n=22, 71%) e a maioria foi em regime obrigatório de prestação de serviço militar (n=27, 87.1%). Dos 31 AC, 27 realizaram uma Missão (87.1%) e um realizou 4 Missões (3.2%). No que diz respeito ao Acompanhamento na área da saúde mental, constatou-se que 48.4% (n=15) dos AC já tiveram acompanhamento tanto em Psiquiatria como em Psicologia, 19.4% (n=6) foram acompanhados apenas em Psicologia, 6.5% (n=2) apenas em Psiquiatria, e 25.8% (n=8) nunca receberam acompanhamento neste âmbito. Dos 31 AC analisados, a maioria fazia uso de medicamentos para auxiliar na sua saúde mental (n=14, 60.9%) na altura da recolha de dados.

Tabela 2*Caraterização Sociodemográfica dos Antigos Combatentes (N = 31)*

Características	N	%
<i>Sexo</i>		
Masculino	31	100.0
<i>Idade (M;DP)</i>	75.0	19.4
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	1	3.4
Casado(a) ou vive com a companheiro	30	96.8
<i>Habilitações Literárias</i>		
1º ciclo (Primária)	15	48.4
2º ciclo (6º ano)	1	12.9
3º ciclo (9º ano)	5	19.4
Secundário (12º ano)	3	9.7
Curso Profissional	1	3.2
Ensino Superior	2	6.5
<i>Quantos filhos tem?</i>		
1	10	32.3
2	14	45.2
3	4	12.9
4	1	3.2
6	1	3.2
<i>Situação Laboral</i>		
Ativo	2	6.5
Reformado(a)	29	93.5
<i>Ramo Forças Armadas</i>		
Exército	25	80.6
Força Aérea	3	9.7
Marinha	1	3.2

2.2.3. Caracterização Sociodemográfica dos Filhos

No grupo dos filhos dos AC, havia 22 do sexo feminino (51.2%) e 21 do sexo masculino (48.8%). A sua idade variava entre os 30 e os 54 anos (M=43.84, DP=6.23), sendo a maioria casado/a ou em união de fato (n = 27, 62.8%). A nível das habilitações, dois filhos tinham o 2º ciclo completo (4.7%), cinco filhos o 3º ciclo completo (11.6%), 14 filhos o ensino secundário completo (32.6%), um filho com o curso profissional completo (2.3%) e com o ensino superior completo 20 filhos (46.5%). A nível da situação laboral a maioria encontrava-se ativo (n=37, 86.0%), cinco estavam desempregados

(11.6%) e um encontrava-se reformado (2.3%). A maioria nunca teve acompanhamento ao nível da saúde mental (n=29, 67.4%), nove já tiveram ou têm acompanhamento em Psicologia (20.9%) tal como dois em Psiquiatria (4.7%) e apenas três (7.0%) usufruíram de acompanhamento em ambas as áreas.

Tabela 3

Caraterização Sociodemográfica dos Filhos (N = 43)

Características	N	%
<i>Sexo</i>		
Feminino	22	51.2
Masculino	21	48.8
<i>Idade (M;DP)</i>	43.84	6.23
<i>Estado Civil</i>		
Solteiro	12	27.9
Casado(a) ou vive com a	27	62.8
companheiroSeparado/ divorciado	4	9.3
<i>Habilitações Literárias</i>		
2º ciclo (antigo	2	4.7
6º ano)3º ciclo	5	11.6
(antigo 9º ano)	14	32.6
ensino secundário	1	2.3
(12º ano)curso	20	46.5
profissional		
ensino superior		
<i>Situação Laboral</i>		
Ativo	37	86.0
Desem	5	11.6
pregad	1	2.3
o		
Reform		
ado		

2.3. Instrumentos

2.3.1. Questionário Sociodemográfico – Antigos Combatentes

O questionário sociodemográfico que foi utilizado para os AC era composto pelas questões: idade, estado civil, habilitações literárias, situação

profissional e profissão. Tendo em conta o tema e os objetivos do estudo foram acrescentadas outras variáveis como: Com quem vive? Quantos filhos tem? Quantos vivem consigo? Situação militar; ramo das Forças Armadas; posto; especialidade militar; local e tempo da missão cumprida (zona de guerra/ teatro de operações); se tem diagnóstico PSPT; acompanhamento saúde mental, Se sim, em que período (durante quanto tempo?); toma atualmente medicamentos para ajudar a sua saúde mental?; Se sim, quais? e por fim, uma pergunta, “Que acontecimentos ou situações mais o afetaram durante a vida militar?”.

2.3.2. Questionário sociodemográfico – Filhos

O questionário sociodemográfico que foi utilizado para os filhos dos AC era composto pelas dimensões: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, situação laboral, profissão, se já teve ou tem acompanhamento ao nível da saúde mental, se toma atualmente medicamentos para ajudar na saúde mental e, por fim, uma pergunta aberta “Recorda alguns acontecimentos ou situações da vida militar do seu familiar que o tenham afetado, durante a sua vida. Qual(is)?”.

2.3.3. *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-5) (Antigos Combatentes)

O *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* (PCL-5; Weathers et al., 2013) trata-se de um questionário de autorresposta que avalia os 20 sintomas de PSPT de acordo com o DSM-V (APA, 2000, 2013). Os respondentes assinalam numa escala do tipo Likert de resposta de 5 pontos (0 = Nada; 4 = Extremamente) o grau em que foram afetados por cada sintoma no último mês. Está dividido em quatro subescalas de acordo com os critérios diagnósticos de PSPT do DSM-V: intrusivos (B1-B5), evitamento (C1- C2), alterações negativas na cognição e no humor (D1- D7) e alterações significativas da ativação e reatividade (E1-E6). Segundo o DSM-V, para confirmar o diagnóstico de PSPT, é necessário: (a) uma pontuação total igual ou superior ao valor de referência; (b) um único item é considerado sintomático quando classificado igual ou acima do ponto de corte correspondente na escala de resposta; (c) uma pontuação igual ou superior a "2" em pelo menos um sintoma do Critério B, um sintoma do Critério C, dois sintomas do Critério D e dois sintomas do Critério E. A pontuação de referência definitiva para a versão

original do PCL-5 ainda não está estabelecida, mas foi sugerida a seguinte combinação de pontuações de referência para um diagnóstico provisório de PSPT de acordo com o DSM-V: uma pontuação total de 33 ou superior e uma classificação de 2 (moderadamente) ou mais alto em cada item, para que seja considerado sintomático. Atualmente, o PCL-5 está disponível em três formatos: "sem o Critério A", "com uma breve avaliação do Critério A" e "com a Checklist de Eventos de Vida revisada para o DSM-V e avaliação estendida do Critério A". O instrumento indicou excelentes propriedades psicométricas, com elevada consistência interna ($\alpha=.94$), e teve uma fiabilidade teste-reteste ($r=.82$) e validade convergente e divergente (Carvalho et al., 2020)

2.3.4. ERQ - *Emotional Regulation Questionnaire* (Filhos)

Este instrumento avalia a regulação emocional dos indivíduos, partindo das estratégias evidenciadas no Modelo do Processo da Regulação Emocional. É composto por 10 itens que avaliam dois fatores/ estratégias: reavaliação cognitiva e supressão expressiva, formando duas subescalas. A primeira contempla seis itens, e a segunda integra apenas quatro. Os itens são pontuados segundo uma escala de tipo Likert de 7 pontos, variando de 1 (discordar fortemente) a 7 (concordar fortemente). A cotação das subescalas consiste no somatório do valor dos itens pertencente a cada uma, sendo que um resultado mais elevado em cada uma das subescalas, significa uma maior utilização dessa estratégia. (Brandão et al., 2017) Este questionário tem boas qualidades psicométricas com um coeficiente α de Cronbach superior a .70 e ao nível da confiabilidade o teste-reteste superior a .40. Ambas as subescalas demonstraram consistência interna adequada ($\alpha = .72$ e .82 para ES e CG, respetivamente) e boa estabilidade teste-reteste (ES ICC = .70, IC 95% .508-.823); (CR ICC = .51, IC de 95% .260-.702) (Brandão et al., 2017).

2.3.5. Escala de Trauma Secundário

A Escala de Trauma Secundário é baseada nos critérios do DSM-IV (APA, 1994). Avalia os principais critérios de PSPT que são (a) reviver persistentemente o trauma (no caso de trauma secundário, reviver persistentemente o sofrimento emocional da pessoa que foi traumatizada); (b) evitação persistente de pensamentos, sentimentos, imagens, etc. que lembrem o efeito negativo do evento traumático; e (c) aumento da excitação, como

irritabilidade, dificuldade em adormecer, hipervigilância, entre outros. Atualmente, é formado por 20 itens avaliados numa escala de Likert de cinco pontos, de 1 a 5 (1 = raramente / nunca a 5 = muito frequentemente). Esta escala foi validada (Motta et al., 1999) usando alunos com um membro da família traumatizado ou amigo próximo (α de Cronbach = .88) e profissionais que trabalham com pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV) (α Cronbach = .75) (Motta et al., 1999).

2.4. Procedimentos

Este estudo inclui-se num projeto de investigação mais alargado desenvolvido por uma equipa de investigação do CIP-Centro de Investigação em Psicologia da Universidade Autónoma de Lisboa. Como tal, os procedimentos descritos são similares aos do projeto original, em curso.

Após aprovação do Presidente da Liga dos Combatentes (instituição parceira da investigação) para a realização do estudo e a recolha de dados, o estudo foi submetido e aprovado pelas Comissão de Avaliação de Novos Projetos e a Comissão de Ética do CIP. Seguidamente, procedeu-se à formação dos técnicos que fizeram a recolha de dados (colaboradores da Liga dos Combatentes).

A seleção dos participantes foi feita a partir do seu contacto com os técnicos, tendo como principal critério a presença de sintomas de trauma (PSPT) nos AC e o seu desempenho cognitivo. Após esta primeira seleção, os participantes que cumpriam os critérios de inclusão foram contactados e convidados a participar no estudo. Os dados foram recolhidos em gabinete de consulta ou domicílio, em entrevistas individuais, após assinatura do Consentimento Informado (realizado segundo as normas do RGPD da UAL). Cada entrevista demorou entre 60 e 90 minutos.

2.4.1. Procedimentos de Análise Estatística

Após a conclusão da recolha dos dados da amostra, os dados foram introduzidos numa base de dados, no *IBM SPSS Statistics* (V. 28) e foi realizada uma análise estatística dos mesmos, exclusivamente com o propósito académico, especificamente para este estudo. Realizou-se a análise da consistência interna das medidas utilizadas neste estudo, recorrendo ao coeficiente Alfa de Cronbach (α). Após a avaliação do nível de consistência

interna de todas as medidas, procedeu-se à realização da estatística descritiva com o intuito de examinar os valores de tendência central, bem como os valores mínimos e máximos das variáveis.

Seguidamente, procedeu-se à verificação da normalidade de cada dimensão, a fim de determinar se os dados recolhidos seguiam uma distribuição normal ou não, para assim seleccionar o tipo de teste e análise estatística mais apropriado.

Por fim, para testar as hipóteses propostas neste estudo, foram efetuadas correlações. Para averiguar a primeira hipótese, recorreu-se a um teste não-paramétrico, nomeadamente o teste de Spearman, à segunda hipótese também foi testada com o teste de Spearman, enquanto para a análise de mediação, utilizou-se a Macro do SPSS Process Macro Process de Hayes (modelo 4), uma ferramenta estatística utilizada para analisar modelos de mediação e moderação. Permite investigar se o efeito de uma variável independente (PSPT dos AC) na variável dependente (TS dos filhos) é mediado por uma variável mediadora (estratégias de regulação emocional).

2.4.2. Procedimentos Éticos

O estudo foi aprovado pela Liga dos Combatentes (entidade parceira). Foi também aprovado pela Comissão de Ética do CIP, e submetido ao Encarregado de Proteção de Dados (no âmbito do RGPD) da Universidade. Todos os participantes assinaram um consentimento informado.

Parte III – Resultados

3.1. Consistência Interna das Medidas

Inicialmente, foi certificada a consistência interna dos instrumentos utilizados, através do Alfa de Cronbach, para cada uma das medidas apresentadas. Verificou-se que o PCL-5 apresentou um Alfa de Cronbach de .913, indicando uma elevada consistência interna. A medida do TS cotou um Alfa de Cronbach de .953, indicando uma consistência interna elevada, entre os itens. Por último, o QRE, na Supressão Expressiva, apresentou um Alfa de Cronbach de .832 e, a Reavaliação Cognitiva, apresentou um Alfa de Cronbach de .854. Ambos apresentaram valores de consistência interna Boa.

3.2. Estatística Descritiva

Posteriormente, foram realizadas análises descritivas dos resultados das medidas. Todos estes valores podem ser observados na Tabela 4 – Estatística Descritivas.

Tabela 4

Estatísticas Descritivas

Variáveis	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
PCL-5	33	28	88	59.81	15.07
Questionário de Trauma Secundário	30	20	96	42.2	20.26
Questionário Regulação Emocional					
Supressão Expressiva	31	1	6.5	3.62	1.64
Reavaliação Cognitiva	30	1	7	4.88	1.32

Conforme evidenciado na tabela 4, quanto ao PCL-5, verificou-se uma média de 59.81 (DP = 15.07). Relativamente aos filhos, no questionário de TS, constatou-se uma média de 42.20 (DP = 20.26). No questionário QRE, para a medida de Supressão Expressiva, observou-se uma média de 3.62 (DP = 1.64) e, para a Reavaliação Cognitiva, uma média de 4.88 (DP = 1.32). É relevante assinalar que a média da medida de Reavaliação Cognitiva é superior à da medida de Supressão Expressiva.

3.3. Análise da Adesão à Normalidade

Em seguida, a normalidade da distribuição foi avaliada por meio do teste de Shapiro-Wilk, escolhida devido ao tamanho restrito da amostra. Os resultados indicaram que todas as variáveis seguiram uma distribuição normal, com exceção da variável TS, que não atendem ao pressuposto de normalidade ($p < 0,05$), conforme apresentado na Tabela 5 - Teste de normalidade Shapiro-Wilk. Diante disso, sempre que a análise estatística envolvia essa variável, foi necessário recorrer a um teste não paramétrico.

Tabela 5

Teste de Normalidade Shapiro-Wilk

Variáveis	T	gl	<i>p</i>
PCL-5	0.981	28	.883
Questionário de Trauma Secundário	0.871	28	.003
Questionário Regulação Emocional			
Supressão Expressiva	0.944	28	.140
Reavaliação Cognitiva	0.955	28	.259

3.4. Análise de Correlações

Para testar a primeira hipótese “H1: Existe uma associação significativa entre a presença de sintomas de PSPT nos AC e a sintomatologia de TS nos seus descendentes, i.e., quando aumentam os sintomas de PSPT, aumentam também os sintomas de TS”, foi utilizada a correlação de Spearman.

O resultado indica que existe uma correlação estatisticamente significativa positiva ($\rho = .382$, $p < .05$) entre o PCL-5 e o TS dos filhos. Também foi encontrada uma correlação significativa positiva ($\rho = .451$, $p < .05$) entre o TS dos filhos e a supressão expressiva dos mesmos. No entanto os resultados não indicaram correlação entre PCL e RE ($\rho = -.225$, $p > .05$) e os resultados também não demonstraram correlação entre Reavaliação Cognitiva e o TS dos Filhos ($\rho = .010$, $p > .05$).

3.5. Análise de Mediação

De seguida, foi examinada a segunda hipótese do estudo que avaliou o papel mediador dos processos de regulação emocional dos filhos entre a PSPT dos AC e TS dos filhos. Os resultados revelaram (tabela 6) que os processos de regulação emocional não têm efeito indireto na relação entre PSPT dos AC e o TS dos filhos ($b=0.049$; $p > .05$). Os resultados também demonstram que a PTST nos AC não teve efeito direto significativo sobre os sintomas de TS dos filhos ($b = 0.049$; $t = 0.224$). Dessa forma, não se verifica a mediação da regulação emocional na relação entre o PSPT dos AC e o TS dos filhos.

Tabela 6

Resumo da Análise de Mediação

Relação	Efeito Total	Efeito Direto	Efeito Indireto	Intervalos de Confiança		T	Conclusão
				Lmin	Lmax		
PSPT - >Supressão expressiva- >TS	0.222	0.049	0.207	"-0.407	0.507	0.224	Não significativo
PSPT - >Reavaliação Cognitiva- >Trauma Secundário	0.258	0.163	0.040	"-0.368	0.695	0.633	Não significativo

Discussão

O presente estudo tinha como objetivo geral, analisar se existe uma associação entre os sintomas de PSPT dos pais (AC) e os sintomas de TS dos seus filhos, assim como verificar o papel mediador da regulação emocional dos filhos nessa associação.

Relativamente à primeira hipótese em estudo (H1), consistia em

verificar se existia uma associação entre os níveis de PSPT dos AC e o TS dos seus descendentes adultos. Os resultados revelaram que existe uma associação positiva significativa entre os níveis de PSPT dos AC e o TS nos seus filhos, o que indica que, quando os sintomas de PSPT aumentam nos AC, os sintomas de TS também tendem a aumentar nos seus filhos, em certa medida. Estes resultados vão ao encontro de outros estudos que revelam a existência desta relação (Dias et al., 2014). Segundo Pereira e Pedras (2011) as vivências familiares na infância relacionam-se de forma positiva e significativa, confirmando a transmissão dos PSPT dos pais que eram antigos combatentes da guerra do Ultramar, para os seus filhos que apresentaram sintomatologia de TS. Segundo Figley (1995, citado por Pereira & Pedras, 2012) os membros da família podem tornar-se “vítimas” de um trauma devido à sua proximidade de alguém que experienciou diretamente um evento traumático e desenvolveu sintomas de PSPT. Desta forma, os resultados obtidos são consistentes com estudos anteriores, que destacam a transmissão intergeracional do PSPT (Dinshtein et al., 2011b; Figley & Ludick, 2017; Pedras & Pereira, 2014; Solomon et al., 2021; Yager et al., 2016).

A segunda hipótese (H2) pretendia testar que os sintomas de PSPT do AC estariam associados a TS nos descendentes e que essa associação seria mediada pelas estratégias de RE do mesmo. Esta hipótese não foi confirmada. Verificou-se somente uma associação fraca entre os sintomas de TS e a utilização da supressão expressiva nos descendentes, inferindo que quanto maiores os sintomas de TS dos filhos, maior a utilização da supressão expressiva, como forma de regulação emocional. Este resultado pode indicar que a estratégia de supressão expressiva tende a ser utilizada pelos filhos como forma de regular as emoções, ou seja, reprimem a expressão de uma determinada emoção, de forma que não seja percebida pelos outros. Noutros estudos, foram obtidos resultados similares: um conduzido por El Moujabber et al. (2023) e outro por Yager et al. (2016), revelaram associações significativas entre os sintomas de PTSD e as estratégias de regulação emocional dos descendentes.

Conclui-se que, quanto à presença de PSPT nos pais, como destacado por El Moujabber et al. (2023), quanto a presença de TS, conforme indicado por Yager et al. (2016), foram correlacionadas com um aumento na utilização

da supressão expressiva pelos filhos, destacando assim a influência dos pais na regulação emocional de seus descendentes (El Moujabber et al., 2023; Yager et al., 2016). Não se conseguiu comprovar a associação da mediação das estratégias RE dos filhos entre os sintomas de PSPT do AC estariam associados a TS dos filhos.

4.1. Limitações

Várias limitações foram identificadas, sobre as quais deve ser feita uma reflexão, após interpretar os resultados. A metodologia transversal deste estudo limita os resultados sobre inferências causais, sendo que a aplicação da metodologia longitudinal poderá examinar mais detalhadamente o modelo de mediação proposto. O tamanho da amostra (N=74) constitui outra limitação, apesar de esta população (AC da Guerra do Ultramar) estar a diminuir, por questões de idade. Os dados foram reunidos através de questionários de autorrelato. Esta metodologia de recolha de dados constituiu uma limitação, uma vez que a sintomatologia descrita pode não corresponder, na totalidade, à verdade, estando sempre presente a possibilidade de as respostas serem enviesadas com o objetivo de corresponder à desejabilidade social.

4.2. Sugestões para futuros estudos

Para futuros estudos sugere-se uma análise do impacto intergeracional em três gerações dos AC da Guerra do Ultramar. Outra sugestão a ter em conta seria um estudo sobre a transferência de adição de veteranos de guerra para os seus familiares diretos. E, por fim, estudos futuros devem replicar o modelo proposto com amostras maiores e devem incluir um grupo de controlo ou uma amostra clínica em substituição da amostra de AC de Guerra.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A. de. (2007). Breve História do “Stress de Guerra” em Portugal. In L. Sales (Ed.), *Psiquiatria de Catástrofe - Memória Do Encontro Psiquiatria De Catástrofe E Intervenção Na Crise* (pp. 383–388). Edições Almedina, SA. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/89387/5/Psiquiatria%20de%20Catastrofe_book.pdf
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª).
- Bachem, R., Levin, Y., Zhou, X., Zerach, G., & Solomon, Z. (2018). The Role of Parental Posttraumatic Stress, Marital Adjustment, and Dyadic Self-Disclosure in Intergenerational Transmission of Trauma: A Family System Approach. *Journal of Marital and Family Therapy*, 44(3), 543–555. <https://doi.org/10.1111/jmft.12266>
- Badour, C. L., & Feldner, M. T. (2013). Trauma-related reactivity and regulation of emotion: Associations with posttraumatic stress symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(1), 69–76. <https://doi.org/10.1016/J.JBTEP.2012.07.007>
- Booth-Kewley, S., Larson, G. E., Highfill-McRoy, R. M., Garland, C. F., & Gaskin, T. A. (2010). Correlates of posttraumatic stress disorder symptoms in marines back from war. *Journal of Traumatic Stress*, 23(1), 69–77. <https://doi.org/10.1002/JTS.20485>
- Brandão, T., Brites, R., Hipólito, J., & Nunes, O. (2022). Attachment Orientations and Family Functioning: The Mediating Role of Emotion Regulation. <https://doi.org/10.1080/00223980.2022.2128284>, 157(1), 1–12. <https://doi.org/10.1080/00223980.2022.2128284>
- Brandão, T., Schulz, M. S., Gross, J. J., & Matos, P. M. (2017). The emotion regulation questionnaire in women with cancer: A psychometric evaluation and an item response theory analysis. *Psycho-Oncology*, 26(10), 1647–1653. <https://doi.org/10.1002/PON.4356>

- Campos, Â. (2009). Vivendo com a guerra: uma entrevista com o Sr. A. Fortuna. *Estudos Históricos (Rio de Janeiro)*, 22(43), 45–64.
<https://doi.org/10.1590/S0103-21862009000100003>
- Carlos, J. (2019, April 25). *25 de abril: Traumas da guerra colonial ainda persistem* | Internacional – Alemanha, Europa, África | DW | 25.04.2019.
<https://www.dw.com/pt-002/25-de-abril-traumas-da-guerra-colonial-ainda-persistem/a-48474955>
- Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Portuguese version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of latent models and other psychometric analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 76(7), 1267–1282. <https://doi.org/10.1002/JCLP.22930>
- 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.
<https://doi.org/10.4013/4505>
- Correia, A. (2014). *Operações de paz e stress pós-traumático em militares portugueses*. <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/740/1/TeseDoutoramentoPsicologia%20AntonioCorreia%202014.pdf>
- Dias, A., Sales, L., Cardoso, R. M., & Kleber, R. (2014). Childhood maltreatment in adult offspring of Portuguese war veterans with and without PTSD. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(SUPPL).
<https://doi.org/10.3402/EJPT.V5.20198>
- DiMauro, J., Carter, S., Folk, J. B., & Kashdan, T. B. (2014). A historical review of trauma-related diagnoses to reconsider the heterogeneity of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 774–786.
<https://doi.org/10.1016/J.JANXDIS.2014.09.002>
- Dinshtein, Y., Dekel, R., & Polliack, M. (2011a). Secondary traumatization among adult children of PTSD veterans: The role of mother-child relationships. *Journal of Family Social Work*, 14(2), 109–124.
<https://doi.org/10.1080/10522158.2011.544021>
- Dinshtein, Y., Dekel, R., & Polliack, M. (2011b). Secondary traumatization

among adult children of PTSD veterans: The role of mother-child relationships. *Journal of Family Social Work*, 14(2), 109–124.
<https://doi.org/10.1080/10522158.2011.544021>

El Moujabber, P., Homsí, V., Hallit, S., & Obeid, S. (2023). The generation that lived during/participated in the war and the generation that inherited it: association between veterans PTSD and adult offspring's emotional regulation strategies and alexithymia levels. *BMC Psychiatry*, 23(1).
<https://doi.org/10.1186/S12888-023-05087-Y>

Ferrajão, P. C., & Oliveira, R. A. (2016). The Effects of Combat Exposure, Abusive Violence, and Sense of Coherence on PTSD and Depression in Portuguese Colonial War Veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(1), 1–8.
<https://doi.org/10.1037/tra0000043>

Figley, C. R., & Ludick, M. (2017). Secondary traumatization and compassion fatigue. In *APA handbook of trauma psychology: Foundations in knowledge (Vol. 1)*. (pp. 573–593). American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/0000019-029>

Gratz, K. L., & 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.
<https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>

Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(1), 224–237.
<https://doi.org/10.1037//0022-3514.74.1.224>

Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271–299.
<https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
ASSET/IMAGES/LARGE/10.1037_1089-2680.2.3.271-FIG2.JPEG

- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551–573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. (2013). Emotion regulation: taking stock and moving forward. *Emotion(Washington, D.C.)*, 13(3), 359–365. <https://doi.org/10.1037/A0032135>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Highfill-McRoy, R. M., Larson, G. E., Booth-Kewley, S., & Garland, C. F. (2010). Psychiatric diagnoses and punishment for misconduct: The effects of PTSD in combat- deployed Marines. *BMC Psychiatry*, 10(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-88/TABLES/4>
- Hipólito, J., Nunes, O., Brites, R., Laneiro, T., Correia, A., & Anunciação, C. (2017). A Perturbação de Stresse Pós-Traumático (PTSD) em Portugal: Relação com a estima de si e o coping. *Revista PSICOLOGIA*, 31(2), 313–319.
- Isobel, S., Goodyear, M., Furness, T., & Foster, K. (2019). Preventing intergenerational trauma transmission: A critical interpretive synthesis. In *Journal of Clinical Nursing*(Vol. 28, Issues 7–8, pp. 1100–1113). Blackwell Publishing Ltd. <https://doi.org/10.1111/jocn.14735>
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of Personality*, 72(6), 1301–1334. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x>
- Khan, A. J., Maguen, S., Straus, L. D., Nelyan, T. C., Gross, J. J., & Cohen, B. E. (2021). Expressive suppression and cognitive reappraisal in veterans with PTSD: Results from the mind your heart study. *Journal of Affective Disorders*, 283, 278–284. <https://doi.org/10.1016/J.JAD.2021.02.015>
- Lasiuk, G. C., & Hegadoren, K. M. (2006). Posttraumatic stress disorder part I: historical development of the concept. *Perspectives in Psychiatric*

Care, 42(1), 13–20. <https://doi.org/10.1111/J.1744-6163.2006.00045.X>

- Lerner, P., & Micale, M. S. (2001). Trauma, Psychiatry, and History: A Conceptual and Historiographical Introduction. In P. Lerner & M. S. Micale (Eds.), *Traumatic Pasts, History, Psychiatry, and Trauma in the Modern Age, 1870-1930* (pp. 1–333). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511529252.002>
- Motta, R. W., Kefer, J. M., Hertz, M. D., & Hafeez, S. (1999). Initial evaluation of the Secondary Trauma Questionnaire. *Psychological Reports, 85*(3 Pt 1), 997–1002. <https://doi.org/10.2466/PRO.1999.85.3.997>
- Pedras, S., & Pereira, M. G. (2012). Perturbação de stress pós traumático (PTSD) e perturbação de stress traumático secundário (STSD). *Revista Psicologia Na Actualidade*. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/22272>
- Pedras, S., & Pereira, M. G. (2014). Secondary traumatic stress disorder in war veterans' adult offspring. *Military Behavioral Health, 2*(1), 52–58. <https://doi.org/10.1080/21635781.2013.845520>
- Ray, S. L. (2008). Evolution of posttraumatic stress disorder and future directions. *Archives of Psychiatric Nursing, 22*(4), 217–225. <https://doi.org/10.1016/J.APNU.2007.08.005>
- Santana, V. S., & Gondim, S. M. G. (2016). Regulação emocional, bem-estar psicológico e bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia, 21*(1), 58–68. <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20160007>
- Sbardelloto, G., Schaefer, L. S., Justo, A. R., & Haag Kristensen, C. (2011). Transtorno de estresse pós-traumático: evolução dos critérios diagnósticos e prevalência. *Psico-USF, 16*(1), 67–73. <https://doi.org/10.1590/S1413-82712011000100008>
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P. B. S., & Hauck, S. (2003). A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Brazilian Journal of Psychiatry, 25*(SUPPL. 1), 8–11. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462003000500003>

- Schick, M., Morina, N., Klaghofer, R., Schnyder, U., & Müller, J. (2013). Trauma, mental health, and intergenerational associations in Kosovar families 11 years after the war. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(SUPPL.).
https://doi.org/10.3402/EJPT.V4I0.21060/SUPPL_FILE/ZEPT_A_11814648_SM0002.PDF
- Selimbaši, Z. (2020). The Influence of Posttraumatic Stress Disorder of War Veterans on the Mental Status of Children and Younger Adolescents. *Psychiatria Danubina*, 32, 364–366. https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol32_noSuppl%203/dnb_vol32_noSuppl%203_364.pdf
- Selimbasic, Z., Sinanovic, O., Avdibegovic, E., Brkic, M., & Hamidovic, J. (2017). Behavioral Problems and Emotional Difficulties at Children and Early Adolescents of the Veterans of War with Post-Traumatic Stress Disorder. *Medical Archives (Sarajevo, Bosnia and Herzegovina)*, 71(1), 56–61.
<https://doi.org/10.5455/MEDARH.2017.71.56-61>
- Silva, A. da, Carvalho, A. C. de, Francisco, M., Fernandes, V., Oliveira, M. C. de, Porto, F., & Nassar, P. (2019). POST-TRAUMATIC TRANSTORN DISORDER IN EVERYDAY VETERANS: AN INTEGRATION REVIEW STUDY. *Psicologia, Saúde & Doença*, 19(3), 628–643. <https://doi.org/10.15309/18PSD190313>
- Solomon, Z., Horesh, D., & Ginzburg, K. (2021). Trajectories of PTSD and secondary traumatization: A longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 138, 354–359.
<https://doi.org/10.1016/J.JPSYCHIRES.2021.03.027>
- Turnbull, G. J. (1998). A review of post-traumatic stress disorder. Part I: Historical development and classification. *Injury*, 29(2), 87–91.
[https://doi.org/10.1016/S0020-1383\(97\)00131-9](https://doi.org/10.1016/S0020-1383(97)00131-9)
- van der Kolk, B. A., Herron, N., & Hostetler, A. (1994). The History of Trauma in Psychiatry. *Psychiatric Clinics of North America*, 17(3),

583–600. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(18\)30102-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(18)30102-3)

Yager, T. J., Gerszberg, N., & Dohrenwend, B. P. (2016). Secondary Traumatization in Vietnam Veterans' Families. *Journal of Traumatic Stress*, 29(4), 349–355. <https://doi.org/10.1002/JTS.22115>

Zerach, G., & Aloni, R. (2014). Secondary traumatization among former prisoners of wars' adult children: the mediating role of parental bonding. *Http://Dx.Doi.Org/10.1080/10615806.2014.923097*, 28(2), 162–178. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.923097>