

# Grupo de suporte para mulheres de veteranos de guerra: Um estudo qualitativo

*M. GRAÇA PEREIRA (\*)*

*SUSANA PEDRAS (\*)*

## INTRODUÇÃO

Vários estudos têm vindo a verificar que as consequências dos episódios traumáticos vividos em teatro de guerra afectam não só a vítima directa, o veterano de guerra, mas também a sua esposa/companheira, podendo esta vir a desenvolver uma Desordem Secundária de Stress Traumático (STSD) (Figley, 1983; McCann & Pearlman, 1990). Por este motivo, as mulheres dos veteranos de guerra podem apresentar sintomas semelhantes à Perturbação de Stress Traumático como flashbacks e sonhos relacionados com a experiência de guerra do veterano (Maloney, 1988; Maltas & Shay, 1995; Mason, 1995; Matsakis, 1996; Nelson & Wrigth, 1996; Pereira, 2003; Solomon, Waysman, Levy, Fried, Mikulincer, Benbenishty, Florian, & Bleich, 1992; Williams, 1980). Figley (1998) refere que a traumatização secundária pode estar relacionada com o esforço emocional que estas

mulheres fazem para apoiar o veterano tomando como delas o sofrimento dele, os seus sentimentos, experiências e memórias.

Numerosos estudos foram desenvolvidos com mulheres de veteranos de guerra do Vietname (Beckham, Lytle, & Feldman, 1996; Calhoun, Beckham & Bosworth, 2002; Lyons, 2001; Nelson & Wright, 1996) e veteranos Australianos (Westerink & Giarratano, 1999). Mas também existem estudos que se debruçaram sobre as mulheres de prisioneiros de guerra de Israel (Dekel & Solomon, 2006) e sobre as mulheres de veteranos de guerra do Ultramar (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2006). Derogatis (1993), usando o SCL-90, verificou que as mulheres de veteranos de guerra apresentavam sintomas de somatização, depressão, ansiedade, ideação paranóide, hostilidade, sintomas obsessivo-compulsivos, dificuldades no funcionamento social (Solomon et al., 1992), estratégias de coping limitadas (Kulka, Schlenger, Fairbank, Hourgh, Jordan, Marmar, & Weiss, 1992; Verbosky & Ryan, 1988), elevados níveis de stress, isolamento social, intimidade reduzida, qualidade de relacionamento pobre (Coughlan & Parkin, 1987; Jordan, Marmar, Fairbank, Schlenger, Kulka, Hough, & Weiss, 1992; Solomon et al., 1992) e burnout (Beckham et al.,

---

Agradecemos à A.P.V.G. todo o apoio na implementação do grupo de suporte bem como na realização da presente investigação.

(\*) Escola de Psicologia, Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4700 Braga, Portugal; E-mail: gracep@psi.uminho.pt / susanapedras@gmail.com

1996; Calhoun et al., 2002). Num estudo com mulheres de Veteranos Australianos do Vietname verificou-se que estas mulheres experienciavam frequentemente pesadelos, insónia, ataques de pânico, resposta de alarme exagerada, pouco desejo sexual, falta de concentração e sudorese extrema (Westerink & Giarratano, 1999). No que diz respeito a problemas de saúde física mais específicos, alguns estudos mostram que as mulheres dos veteranos apresentam dor crónica, dores de cabeça, lombalgia, indigestão, fadiga crónica, susceptibilidade a infecções e um aumento do consumo de drogas, álcool, tabaco e narcóticos (Foy, 1994, cit. Koic, Franciskovic, Muzinic-Masle, Dordevic, Vondracek, & Prpic, 2002). Segundo Matsakis (1996), as mulheres são frequentemente sujeitas a violência muitas vezes associada à componente de flashbacks e aproximadamente 25% a 50% das mulheres que participaram em terapia de grupo, para esposas de veteranos com PTSD, foram alvo de violência física sendo este o motivo de 20% das visitas que faziam às urgências hospitalares (Matsakis, 1996; Solomon et al., 1992; Williams, 1980).

No que diz respeito ao impacto do trauma na relação conjugal, segundo o “Department of Veterans Affairs”, nos Estados Unidos, as mulheres dos veteranos de guerra com PTSD experienciam um nível elevado de conflito conjugal (Riggs, Byrne, Weathers, & Litz, 1998) e menos satisfação com o casamento do que aquelas que vivem com veteranos sem PTSD (Jordan, Marmar, Fairbank, Schlenger, Kulka, Hough, & Weiss, 1992). Jordan e colaboradores (1992) referem que os veteranos com PTSD têm o dobro da hipótese de serem divorciados e um risco quase três vezes mais elevado de experienciar múltiplos divórcios. Além disso, as mulheres dos veteranos de guerra com perturbação secundária de stress traumático (STSD) estavam menos felizes, menos satisfeitas com a relação marital e experienciavam elevados níveis de distress (Kulka et al., 1990).

Recentemente um estudo com mulheres de veteranos de guerra da Croácia verificou que as mulheres que sofrem de STSD estão casadas há mais tempo e encontram-se desempregadas, podendo a duração do casamento e a situação laboral, funcionar como preditores do desenvolvimento de STSD (Franciskovic, Stevanovic,

Jelusic, Roganovic, Klaric, & Grkovic, 2007). Também Lyons (2001) verificou que grande parte das mulheres dos veteranos estão centradas na vida conjugal. De facto a nível familiar, as mulheres dos veteranos são habitualmente as responsáveis pela gestão do lar, vida financeira, tarefas domésticas e educação dos filhos (Kulka et al., 1990; Maloney, 1988; Verbosky & Ryan, 1988; Williams, 1980). Maloney (1988), refere que estas mulheres são descritas como “supermulheres” ou mulheres super-responsáveis que colocam as suas necessidades em segundo lugar e frequentemente as esquecem. Este desinvestimento nelas próprias associa-se a uma baixa auto-estima e a um sentimento de desesperança (Williams, 1980) por não conseguirem lidar com a pressão na relação (Herndon & Law, 1986 e Kulka et al., 1988, cit. Solomon et al., 1992; Kulka et al., 1990). Solomon e colaboradores (1992) referem que a intensa solidão por elas vividas é o problema mais devastador. Um estudo levado a cabo com nove mulheres de veteranos de guerra de Israel, onde foi utilizada uma metodologia qualitativa, estudou a forma como as mulheres casadas com veteranos com PTSD experienciavam a sua situação conjugal (Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon, & Polliack, 2005). Os resultados mostraram que a vida do casal girava à volta da doença do marido e foram encontradas as seguintes categorias elucidativas a esse propósito: “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”. Um outro estudo semelhante verificou, através de uma metodologia fenomenológica, que as mulheres de veteranos com PTSD relatam a sua experiência como um processo gradual e se tornaram enredadas na doença do veterano, passando pela fase do ajustamento e depois pela luta constante em minimizar os efeitos negativos da doença não só em si mesmas como na família, terminando num período de múltiplas tentativas para tratar/curar o marido (Lyons, 2001). Dekel e colaboradores (2005) verificaram que quanto maior a incapacidade do veterano, mais elevado o nível do stress experienciado pelas suas companheiras (Franciskovic et al., 2007).

Por sua vez, os filhos dos veteranos do Vietname apresentam elevados níveis de ansiedade, agressividade, depressão, um intenso envolvimento emocional na vida do pai e uma preocupação constante com este, associada a um forte sentimento de culpa por não o conseguirem ajudar e se sentirem responsáveis pela sua infelicidade (Ahmadzadeh & Malekian, 2004; Matsakis, 1996; Rosenheck & Nathan, 1985), problemas de comportamento (Beckham, Braxton, Kudler, Feldman, Lytle, & Palmer, 1997; Catherall, 1997), baixo rendimento escolar e baixa criatividade, mais atitudes negativas para com o pai (Dansby & Marinelli, 1999), fraca noção da realidade (Mason, 1995), distúrbios de sono e défice de atenção (Rosenheck & Nathan, 1985). Segundo Harkness (1991), os filhos dos veteranos apresentam ainda dificuldades em fazer amizades, problemas ao nível do relacionamento interpessoal, isolamento social, pouca espontaneidade e uma maturidade forçada devido às responsabilidades assumidas cedo demais. Os filhos apresentam também uma baixa auto-estima, em grande parte motivada por uma interpretação errada da alienação e anestesia emocional do pai, percebendo-se como pouco amados, pouco queridos e mesmo rejeitados (Matsakis, 1996). De igual modo, verificou-se a existência de um efeito directo entre uma má relação parental e a existência de distress psicológico nos filhos, que por sua vez apresenta também um efeito directo na morbidade física destes (Pereira, 2003).

Por estes motivos e, pelo facto da esposa e os filhos correrem o risco de retraumatizar o veterano (Pereira, 2003), elaboramos um programa de grupo de suporte para mulheres de veteranos de guerra. Um dos aspectos que suporta a importância da intervenção psicológica com estas mulheres reside no facto por um lado, destas vítimas secundárias serem instrumentais no facilitar da recuperação das vítimas primárias (e.g., Bass & Davis, 1988, cit. Remer & Ferguson, 1998), através da melhoria da sua relação marital e, por outro lado, porque uma boa relação marital contribui de forma significativa para a redução da sintomatologia depressiva, ansiosa e de hostilidade (Dekel & Solomon, 2007). Westerink e Giarratano (1999) referem que as companheiras dos veteranos

podem beneficiar dos grupos de suporte pois o fornecer conhecimento e informação acerca do PTSD ajuda-as a perceber e a lidar melhor com os problemas dos veteranos e oferece-lhes uma oportunidade de trocar experiências com outras mulheres, aumentar o seu suporte social, melhorar a auto-estima além de fornecer estratégias de coping e de resolução de problemas.

## OBJECTIVOS

Os objectivos da intervenção em grupo consistiram em aumentar o conhecimento e compreensão acerca da Perturbação de Stress Pós Traumático, bem como os seus efeitos e impacto na família e na relação conjugal; aumentar a auto estima e auto-eficácia promovendo uma melhor comunicação; favorecer a gestão de conflitos e resolução de problemas e, finalmente, promover boas práticas de saúde no sentido de aumentar a qualidade de vida física e psicológica nas mulheres dos veteranos de guerra.

## DESCRIÇÃO DO PROGRAMA

O programa do Grupo de Suporte para Mulheres de Veteranos de Guerra é constituído por oito sessões, estruturadas e definidas no tempo, com uma periodicidade quinzenal com uma duração de duas horas. Este programa é constituído por seis módulos, uma sessão introdutória e uma sessão de finalização.

A intervenção inicia-se com uma *sessão introdutória* de avaliação onde são abordadas as motivações para participar no grupo, as expectativas, as necessidades individuais, a apresentação dos elementos do grupo e os objectivos do programa.

O módulo I tem um carácter fundamentalmente educativo acerca do *PTSD*. Nesta sessão são abordadas as situações que podem provocar este quadro clínico, os seus sintomas e as variáveis individuais que podem influenciar o agravamento da situação. Este módulo pretende ajudar as mulheres a identificar, nos seus companheiros sintomas de PTSD, factores de exacerbação da sintomatologia e suas conse-

quências de forma a melhor perceber como lidar com o veterano nestas situações.

O módulo II aborda o *impacto do PTSD na relação conjugal*, focando sobretudo o impacto dos sintomas ao nível da relação conjugal, nomeadamente ao nível de competências de expressão emocional, intimidade e de resolução de problemas conjugais.

O módulo III, diz respeito ao *impacto do PTSD na família e nas relações interpessoais*. Neste sentido, são abordados os comportamentos de evitamento, isolamento, agressividade, raiva e hostilidade, uso de substâncias, bem com a sintomatologia depressiva e/ou ansiosa.

O módulo IV aborda o *impacto do PTSD nos filhos*. O trauma do pai pode afectar negativamente a segunda geração, o que consequentemente pode aumentar a susceptibilidade dos próprios filhos para desenvolverem STSD (Bremmer et al., 1993; Yehuda et al., 1998, cit. Westerink & Giarratano, 1999). Neste sentido, neste módulo, são abordados os aspectos familiares protectores dum bom funcionamento familiar.

No módulo V de *promoção da saúde e apoio social* é abordada a noção de comportamentos saudáveis, bem como a implementação de práticas preventivas ao nível do estilo de vida. No que diz respeito ao apoio social são abordadas várias estratégias e actividades que proporcionem contactos sociais, bem-estar e qualidade de vida.

Finalmente, o módulo VI aborda *as crises familiares* i.e., a gestão do stress, estratégias de resolução de problemas e de coping bem como a alteração de hábitos e atitudes não adequadas à gestão duma crise.

## METODOLOGIA

### *Caracterização da amostra*

A amostra foi constituída por 10 esposas de Veteranos de Guerra, inscritos na Associação Portuguesa de Veteranos de Guerra e diagnosticados com PTSD. As idades eram compreendidas entre os 42-58 e quase todas as mulheres estavam casadas com os veteranos há cerca de trinta anos. Ao nível da escolaridade

possuíam o ensino primário e actualmente eram domésticas ou reformadas e possuíam profissões indiferenciadas. Todas as participantes viviam no distrito de Braga.

A participação das mulheres foi voluntária e o Grupo de Suporte foi divulgado na página da Internet da Associação Portuguesa de Veteranos e no jornal “O Veterano”.

Os dados foram recolhidos duas a três semanas após o termino do programa na Associação de Veteranos da Guerra. Foi utilizada uma metodologia qualitativa para analisar os dados das entrevistas semi-estruturadas. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para se poder proceder à sua análise. Os dados foram tratados usando a análise de conteúdo e as entrevistas seguiram um guião de forma a poder comparar resultados individuais entre si (Bardin, 2004). A categorização dos dados teve como objectivo fornecer, duma forma condensada, uma representação simplificada dos dados brutos (Bardin, 2004).

As questões colocadas foram as seguintes: O que a levou a participar no grupo? O que foi mais importante para si neste grupo? O que aprendeu sobre si e os outros? Do ponto de vista emocional, o que foi mais difícil para si? Existiu alguma mudança na sua relação com o seu marido e filhos, depois da sua participação no grupo?

## RESULTADOS

A análise dos dados configurou-se num esquema de categorias inter-relacionadas que nos permitem conhecer e compreender a vivência das mulheres dos veteranos de guerra:

- “Factores que influenciaram a decisão de participar no grupo”, que nos indicam quais os motivos e motivações das mulheres para participarem no grupo.
- “O impacto do PTSD na esposa e no casal”. Esta categoria apresenta as consequências do convívio prolongado com um veterano com PTSD nas próprias mulheres e na sua vida conjugal.
- “A experiência do grupo”. Esta categoria descreve os aspectos emocionais vivenciados

como os mais difíceis nesta experiência em grupo.

- “O impacto da intervenção na companhia e no casal”. Esta categoria engloba as mudanças operadas em casa após a participação no grupo e a aquisição de novas aprendizagens e conhecimentos.

Para cada uma destas categorias, apresentamos alguns exemplos elucidativos:

*“Factores que influenciaram a decisão de participar no grupo”* (Figura 1)

Os factores que levaram as mulheres a participar no grupo foram os seguintes: curiosidade, *“Esperava ver e ouvir as outras pessoas, as experiências que elas viviam e que eu tinha também curiosidade... como todas... cada caso era diferente”*, a necessidade de conviver, *“... conviver com as pessoas, com outras mulheres...”*, a necessidade de partilhar problemas, *“Estava a precisar de falar sobre os problemas, desabafar...”*; verificar que existem mais pessoas com o mesmo problema: *“... havia mais gente a sofrer aquilo que eu sofria e isso foi muito bom saber, a gente saber que não está só!”* e aprender a lidar melhor com o marido: *“... encontrei ajuda para mim e para ele... eu também já estava sem paciência para o aturar”*.

*“Impacto do PTSD na Companhia e Casal”* (Figura 1)

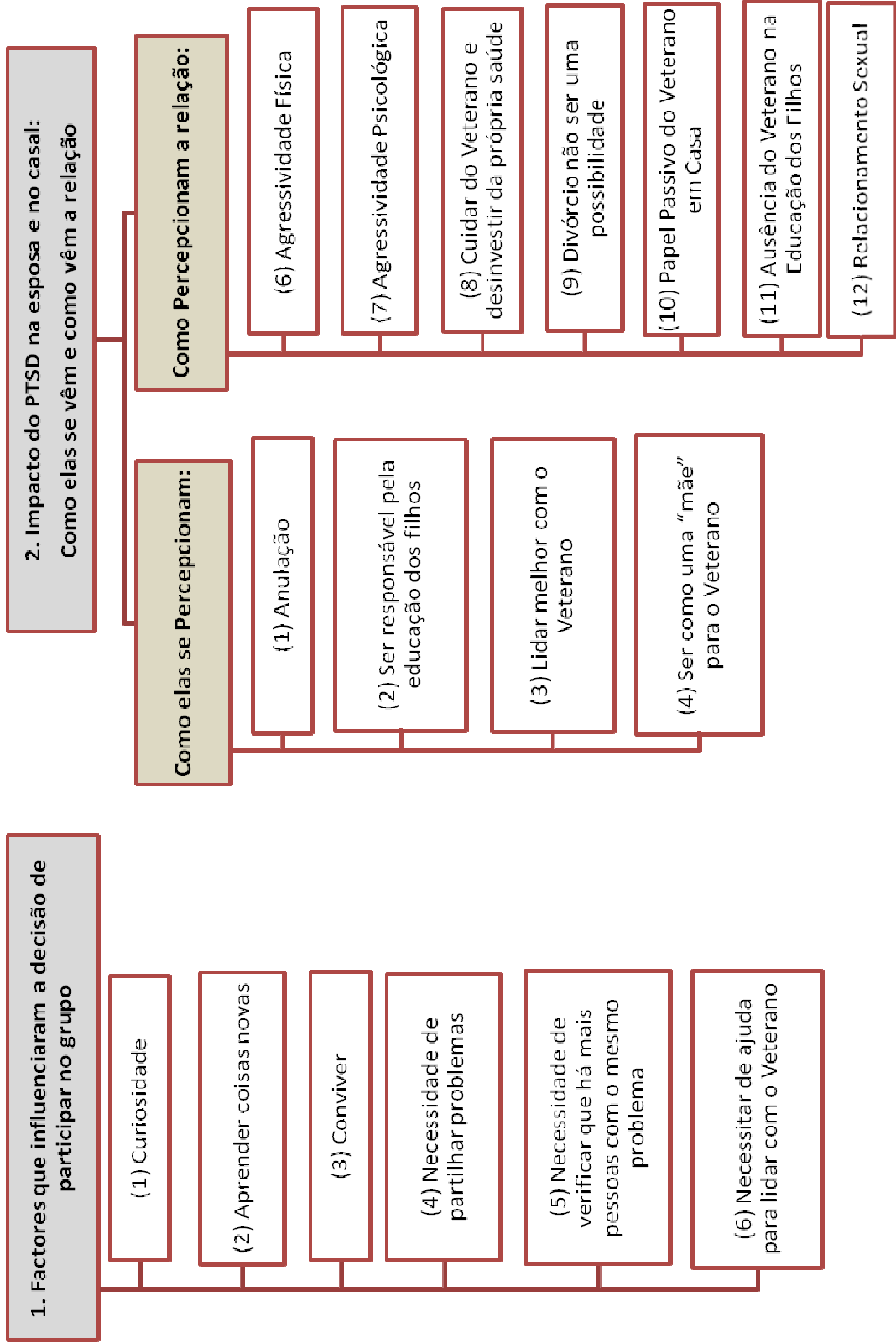
O impacto do PTSD do marido verificou-se a dois níveis, ao nível das próprias mulheres e ao nível da relação conjugal dando origem a duas subcategorias: (a) Como as Esposas se Percepcionam e (b) Como Percepcionam a Relação Conjugal. Em relação ao impacto do PTSD nelas próprias, as mulheres referem que com o tempo acabaram por se tornarem invisíveis, *“o problema é que eu já ponderava demais... fiquei com uma depressão, porque cheguei a uma altura que já não era eu mas sim aquilo que ele queria que eu fosse para evitar chatices...”*; sentem-se responsáveis pela educação dos filhos, *“o relacionamento entre pai e os filhos nunca foi muito bom... porque viveu ausente deles, não os viu crescer... nunca foi uma pessoa que tratava*

*bem os filhos... gostava de ver o pai carinhoso com os filhos”* e tentam aprender a lidar com o veterano: *“gostei de perceber que a gente tem de actuar melhor para que o meu marido fosse melhor para mim... andasse melhor comigo e com ele também”, ... a chamá-lo à atenção com mais cuidado”*. Finalmente, estas mulheres consideram-se cuidadoras do marido: *“... eu sou uma verdadeira mãe para ele, ele pode pensar o contrário mas eu gosto demais dele”*. identificando qualidades nelas próprias, neste processo *“no meio disto tudo eu sou muito corajosa”*.

No que diz respeito à forma como percebem a relação conjugal (segunda subcategoria deste tema) é referida a existência de agressividade física na relação, *“se o meu marido um dia me der uma bofetada... se eu não merecer nunca lhe perdoaria na vida... se eu merecer estou logo a falar com ele!”*, mas a agressividade psicológica é considerada mais grave que a física: *“há certas horas em que eu preferia duas bofetadas na cara, que ao menos ficava com elas, esquecia e acabava... enquanto que aquilo não é uma vez dita, são dezenas de vezes, durante o dia são dezenas... ele passa a vida ali a dizer a mesma coisa”*. As mulheres referem ainda que desinvestem da própria saúde: *“... sei lá, as mulheres acomodam-se, passam muito tempo a cuidar dos maridos... fiquei abismada com certas coisas... nunca mais me esqueci daquela senhora que nunca tinha ido a um ginecologista”* e não equacionam a possibilidade do divórcio: *“Se uma pessoa lhes disser vou-me embora, ou vou-me divorciar, para ele seria uma agressão tão grande, que o levaria a fazer disparates*. Por outro lado, é também referido que o veterano não assume o papel de pai e companheiro activo: *“Pelo menos em minha casa... qualquer problema eu é que tenho que ser sempre o guia! Se fizer falta ir a um banco, se fizer falta ir às finanças, ir ao médico... eu é que tenho que ir, quer dizer eu tenho que ser o guia para as coisas todas, eu tenho que ter cabeça para tudo!”* e que o relacionamento sexual é “obrigatório”: *“vi que às vezes agia mal mas que outras agiam bem pior... e eu sou uma pessoa que nunca lhe neguei a relação sexual e ouvi algumas mulheres que às vezes lhe negavam... claro que homens são homens! (...)”*



FIGURA 1  
 Categorias do discurso das mulheres



### “A Experiência do Grupo” (Figura 2)

Relativamente à experiência de participar no grupo as mulheres identificaram (a) Aspectos Emocionais Mais Difíceis, nomeadamente o presenciar e assistir ao sofrimento das outras mulheres: “As outras mulheres... estavam a sofrer... levar a cruz ao calvário como elas estão a levar, é sofrimento...”; o facto de ouvirem relatos indicadores da ausência do veterano como pai na educação dos filhos originando revolta: “o relacionamento entre pai e os filhos nunca foi muito bom... porque viveu ausente deles, não os viu crescer...”; o impacto da doença do pai nos filhos: “... porque os filhos não têm culpa, nós também não... mas nós somos as companheiras temos obrigação... agora os filhos?!”. Relativamente às (b) Sugestões, as mulheres abordaram em maior pormenor as consequências da doença que os maridos trouxeram da guerra e o seu impacto nelas: “Eles vieram todos traumatizados, doentes, sei lá... com problemas pró resto da vida. As esposas é que tiveram de os aturar, algumas sabe Deus!” e sugerindo a organização de um outro grupo mais aprofundado, para aprenderem a lidar melhor com os maridos e a “protegerem-se” da doença deles: “há certas coisas que a gente não sabe e que seria bom continuar noutro grupo... para aprendermos mais um pouco”.

### “Impacto da Intervenção na Esposa/Casal” (Figura 2)

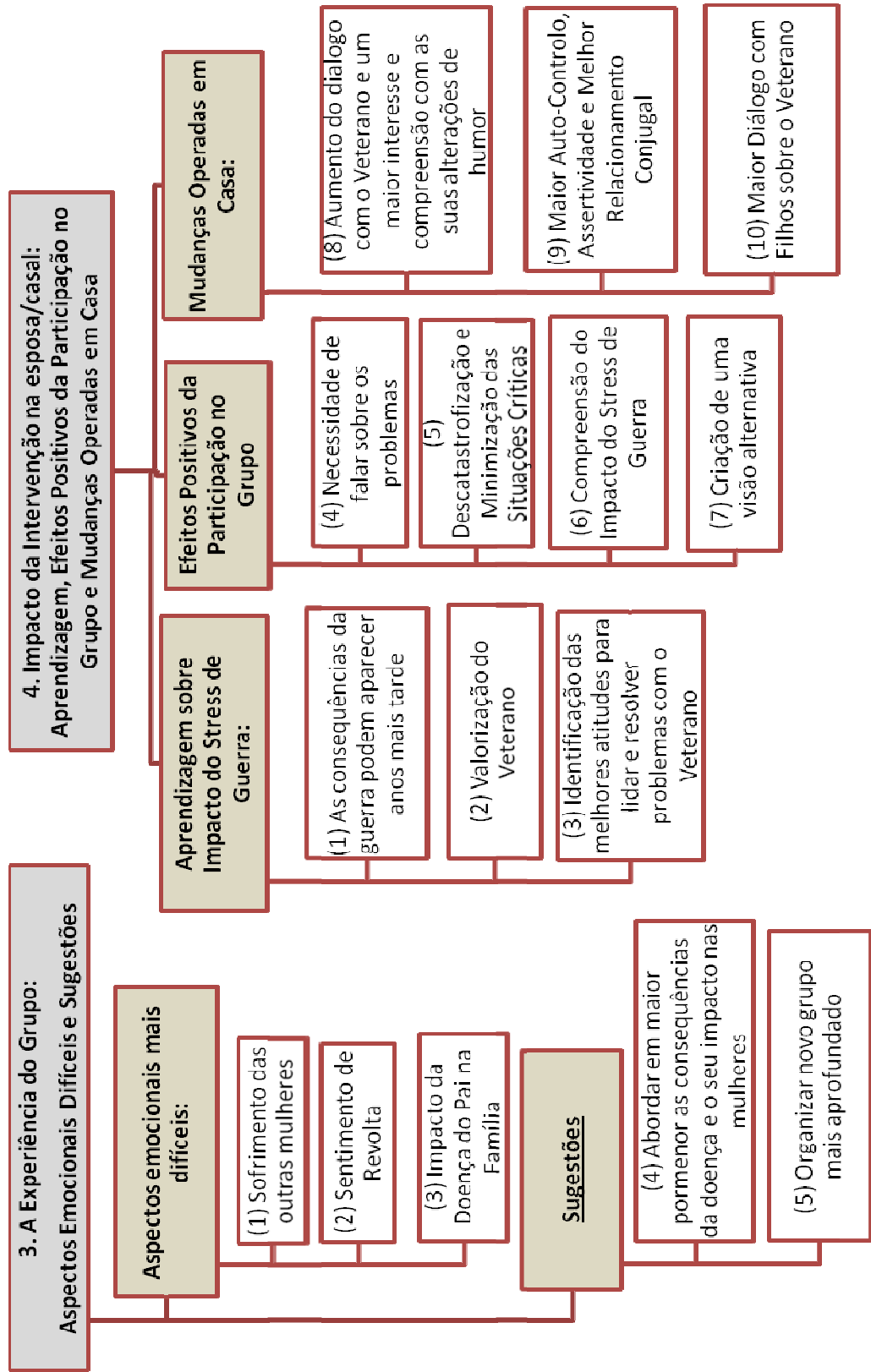
Ao nível do impacto desta intervenção em grupo, um dos componentes identificados foi o (a) Carácter Educativo e de Aprendizagem, nomeadamente as consequências da guerra poderem aparecer anos mais tarde: “Nunca pensei que fossem coisas da tropa... pensei que fosse hereditário... sei lá... que fosse da família dele...”. Esta intervenção parece também ter surtido efeito ao nível de uma maior valorização do marido apesar dos seus problemas, “... porque embora o meu marido tenha problemas graves não é tau mau como os maridos das outras!” e ajudou na identificação de melhores atitudes para lidar e resolver problemas com o marido: “vi que às vezes agia mal”, “Eu aprendi a actuar melhor com ele... a chamá-lo à atenção com mais cuidado”.

O segundo componente deste tema diz respeito aos (b) Efeitos Positivos da Participação no Grupo como a necessidade de falar sobre os problemas: “No grupo senti-me à vontade para falar, porque

dos problemas com ele, não falo! Falo sozinha, comigo própria!”. A experiência de participar no grupo proporcionou uma descatastrofização e minimização das situações críticas em casa: “Desde que viemos para aqui estamos muito diferentes, mais compreensivas com tudo e compreendemos o que de facto esta guerra fez. Já percebo melhor... porque é que ele não pode ver fardas... não pode ver... ele às vezes diz me coisas que ainda o marcaram... que lhe deixou marcas... e agora percebo porquê!”; facilitou a compreensão do impacto da guerra na alteração da personalidade dos maridos: “... quando o conheci e namorava, ele era uma excelente pessoa... mas nunca mais encontrei o meu marido como ele era antes de ir para Angola... sei como ele era e como ficou”; da mesma forma que proporcionou a criação de uma visão alternativa dos problemas conjugais e familiares: “O mais importante foi precisamente saber o que os outros passam para eu ter uma visão da vida diferente...” e “não sabíamos de onde vinha aquilo... porque é que o pai era tão mau para os filhos, é importante saberem que a culpa não é deles... mas que também não é do pai, e saberem aceitar o pai tal como ele é”.

Por fim, e ainda relativamente à última área identificada, o impacto da intervenção na esposa e no casal, refere-se às (c) Mudanças Operadas em Casa, nomeadamente: a um aumento do diálogo com o marido e um maior interesse e compreensão com as suas alterações de humor: “Eu conversava muito com ele sobre problemas que eu via em casa e ele também ouvia coisas que o fizeram pensar duas vezes. Abalaram com ele!”; maior autocontrolo e assertividade na relação, melhor relacionamento entre o casal (negociação, expressão de afectos), “Eu há muita coisa que me domino... há certas coisas que aprendi”, “Comecei a dizer: ‘agora não!’ Porque sei manter a paz! ‘Se vão começar... saio da mesa até vocês acabarem de jantar, não quero barulho’” e, por fim, proporcionou um maior diálogo com os filhos sobre os comportamentos mais difíceis do pai para com eles, “Conversei com eles (filhos) e disse-lhes: ‘têm que falar de outra forma com ele... é a doença da guerra, ninguém tem culpa, nem o pai... o que ele quer é mimo. Quando fores falar com ele e ele for agressivo, vira costas e mais tarde tentas outra vez e falas de outra forma e ele já vai aceitar’”.

FIGURA 2  
 Categorias do discurso das mulheres (continuação)





## DISCUSSÃO

A literatura indica que a intervenção com mulheres de veteranos de guerra deve ter como objectivos a educação sobre o PTSD, a aquisição de competências e um aumento da consciência dos seus recursos pessoais (Remer & Ferguson, 1998). A educação sobre o PTSD é indispensável no tratamento da perturbação secundária de stress traumático, dado que evita a culpabilização das mulheres bem como as ajuda a compreender melhor o marido e a fornecer uma ajuda e suporte mais eficazes. A intervenção deve também ter em conta as necessidades individuais das mulheres em particular fomentar as suas capacidades para lidar melhor com o veterano (Cowger, 1994, cit. Dekel & Solomon, 2007; Remer & Ferguson, 1998). De acordo com os nossos resultados, foi possível verificar que as mulheres adquiriram mais conhecimentos acerca do PTSD e, um dos aspectos que se revelou de extrema importância, foi a compreensão da sintomatologia associada, o seu despoletar face a pequenos estímulos exteriores e o facto de poder surgir e se manifestar muitos anos após o término do serviço militar. De igual modo, as mulheres desenvolveram competências para melhor lidar com o marido, principalmente competências de expressão emocional, negociação e de resolução de problemas indo de encontro ao que a literatura sugere no sentido de ser útil para estas mulheres desenvolver competências de comunicação, assertividade, pensamento crítico e discurso interior positivo (Remer & Ferguson, 1998). Aliás, as actividades que visam o apoio emocional e fomentam a interacção social, como foi o caso, são fundamentais na intervenção no PTSD (Dekel & Solomon, 2007; Lyons & Root, 2001).

No que diz respeito à tomada de consciência das suas próprias capacidades e recursos para lidar com o veterano, os resultados mostraram que as mulheres conseguiram identificar estratégias eficazes já adoptadas e sentiram-se motivadas para operar novas mudanças. Estes dados vão de encontro com as sugestões descritas por Dekel e Solomon (2007) que referem que as mulheres devem procurar reconhecer em si próprias capacidades e competências para lidar melhor com os problemas resultantes do PTSD do veterano e suas

consequências (Cowger, 1994, cit. Dekel & Solomon, 2007). De igual modo, o ambiente do grupo facilitou os recursos e o apoio emocional necessários ao treino das novas competências, através da aprendizagem vicariante e do “role-reversal” (Remer & Ferguson, 1998).

As razões que levaram estas mulheres a participar no grupo realçam exactamente a motivação para a aprendizagem e para operar mudanças de forma a viver melhor com o marido, mas também a necessidade de convívio e partilha de problemas. De facto, os estudos têm vindo ao longo dos anos a referir que as mulheres dos veteranos de guerra vivem em isolamento (Coughlan & Parkin, 1987; Kulka et al., 1990), sofrem de uma grande solidão e possuem uma vida social pobre (Coughlan & Parkin, 1987; Jordan et al., 1992; Solomon et al., 1992). A literatura indica também que as mulheres de veteranos possuem estratégias de coping limitadas (Kulka et al., 1990; Verbosky & Ryan, 1988), tendo sido, por esse motivo, de grande importância abordar estratégias de resolução de problemas mais adaptativas e eficazes como estratégias de relaxamento e promoção do bem-estar para lidar com os seus próprios sintomas de stress. Contudo, a experiência de participar no grupo teve também aspectos difíceis de lidar ao nível emocional, nomeadamente, o presenciar e assistir ao sofrimento das outras mulheres, a tomada de consciência do impacto do PTSD nos filhos e as dificuldades de relacionamento entre pai e filhos.

Relativamente ao impacto do PTSD do veterano, as mulheres referem que viveram um processo gradual de anulação das próprias necessidades e desejos, assumindo ao longo do tempo inúmeras responsabilidades que se associaram a uma sensação de sobrecarga. De igual modo, assumiram a responsabilidade de educação e acompanhamento dos filhos. Estes resultados são consensuais com os dados verificados em diversos estudos que referem que estas mulheres são consideradas “supermulheres” (Maloney, 1988) pela sobrecarga de tarefas, papéis e responsabilidades (Kulka et al., 1990; Verbosky & Ryan, 1988; Williams, 1980) e que estas exigências levam-nas a descrever um “estado de esgotamento nervoso” (Herndon & Law, 1986 e Kulka et al., 1988, cit. Solomon et

al., 1992). Tal como Lyons (2001) verificou, as mulheres do nosso estudo vivem centradas nas necessidades do veterano e da relação conjugal (Lyons, 2001) e desinvestem das suas próprias necessidades, gerando um sentimento forte de desesperança e uma baixa auto-estima (Williams, 1980). Para além destes aspectos, estas mulheres consideram-se também cuidadoras do veterano e algumas consideram mesmo ter um papel semelhante ao da figura maternal, dado que frequentemente o veterano não está capaz de ter um papel activo. Dekel, Goldblatt, Keidar, Solomon, e Polliack (2005) no seu estudo qualitativo onde estudam a percepção da relação conjugal das mulheres casadas com veteranos de guerra, fazem referência aos dados obtidos em relação a uma das esposas que considera o seu marido como um filho tratando-o como tal. O papel destas mulheres como cuidadoras dos maridos tem vindo a ser estudado e os resultados indicam que as mulheres dos veteranos possuem um elevado nível de burnout e exaustão emocional (Arzi, Solomon, & Dekel, 2000) e, por consequência, um pobre ajustamento psicológico. O burnout ou sobrecarga dos cuidadores é um predictor forte do ajustamento psicológico quando avaliado através do SCL-90 tendo em conta os valores do Índice Geral de Sintomas (Beckham et al., 1996). Ainda assim, estas mulheres demonstram a capacidade de identificar qualidades em si próprias nomeadamente a força e a motivação para continuarem a tentar lidar cada vez melhor com o marido.

No nosso estudo, as mulheres fazem referência à existência de agressividade física na relação. Também Matsakis (1996) verificou que 25 a 50% das mulheres que participavam em terapia de grupo para mulheres de veteranos de guerra com PTSD foram alvo de violência física, bem como de violência psicológica e agressividade verbal (Williams, 1980). Byrne e Riggs (1996) verificaram que 100% dos veteranos da sua amostra relatavam ter exercido violência psicológica durante o ano anterior facto confirmado pelo relato das suas esposas. Contudo, as mulheres da nossa amostra atribuem maior gravidade à agressividade psicológica que sobre elas é exercida. É importante ressaltar que o nível de agressividade conjugal está associado ao aumento da sensação de burnout nestas

mulheres, juntamente com a severidade do quadro de PTSD (Calhoun et al., 2002).

Um outro dado importante que sobressai dos nossos resultados é o facto das mulheres não equacionarem a possibilidade do divórcio. Este resultado contraria alguns estudos que verificaram exactamente o contrário, onde foi verificado que os veteranos com PTSD têm o dobro da probabilidade de serem divorciados ou de experienciar múltiplos divórcios (Jordan et al., 1992), apresentando uma taxa de divórcio elevada tendo em conta a restante população (Center for Policy Research, 1979, cit. Dekel & Solomon, 2007). Estes resultados em relação ao divórcio seriam de esperar se as mulheres casadas com veteranos de guerra, com PTSD, apresentassem mais conflito conjugal (Riggs et al., 1998), maior insatisfação com o casamento (Jordan et al., 1992), referindo maior infelicidade (Kulka et al., 1990). Contudo, isso não se verificou no nosso estudo nem num estudo levado a cabo com casais de Veteranos com PTSD Israelitas onde não foi encontrada uma taxa de divórcio diferente do restante da população e as razões apontadas referem o forte sentimento de compromisso; o receio pela vida e estado psicológico do marido, em particular possíveis tentativas de suicídio; as recordações do passado de uma boa relação conjugal antes da guerra ou antes do início das manifestações da sintomatologia de PTSD; a obrigação moral de não abandonar um marido doente; os aspectos sociais e religiosos e, finalmente, o facto de existir um processo de crescimento pós traumático nestas mulheres (Dekel et al., 2005). No nosso estudo, as mulheres referem ter receio que o veterano tenha alguma atitude ou comportamento que coloque a vida dele em risco, contudo tendo em conta a cultura religiosa e os valores tradicionais que defendem a união da família particularmente numa zona com um cariz religioso, como o distrito de Braga, podemos também equacionar a hipótese de estes serem os motivos das reduzidas taxas de divórcio nos veteranos. Em relação à possibilidade de existir um crescimento pós traumático após a exposição a situações traumáticas (Tedeschi & Calhoun, 1996), ainda que Dekel e colaboradores (2005) tenham verificado a sua presença no seu estudo qualitativo com mulheres de veteranos de guerra de Israel e, mais recentemente, numa amostra de

mulheres de veteranos que foram prisioneiros na guerra (Dekel, 2007). Na presente amostra, este aspecto não foi referido por nenhuma das mulheres.

Os resultados apontam para o facto das mulheres considerarem o relacionamento sexual como algo obrigatório e, este dado, vai de encontro à literatura que indica que as mulheres frequentemente apresentam problemas ao nível da intimidade (Coughlan & Parkin, 1987; Jordan et al., 1992; Solomon et al., 1992), pouco desejo sexual (Westerink & Giarratano, 1999) e problemas no funcionamento familiar (Pereira, 2003).

Finalmente, os resultados sugerem um desinvestimento por parte das mulheres na sua saúde física. A literatura indica que a intervenção nas mulheres de veteranos de guerra deve ajudá-las a encontrar um equilíbrio saudável entre as suas próprias necessidades e as necessidades do marido (Remer & Ferguson, 1998). Neste sentido, no decorrer do grupo foram partilhadas informações e sugeridas alterações na rotina com o objectivo de obter um estilo de vida mais saudável ao nível dos comportamentos de prevenção e práticas de saúde. Se tivermos em conta que frequentemente as mulheres de veteranos da guerra apresentam dor crónica, dores de cabeça, lombalgia, fadiga crónica, indigestão e uma maior susceptibilidade a infecções (Foy, 1994, cit. Koic et al., 2002), a ênfase sobre a saúde física parece ser uma área essencial a desenvolver e a trabalhar ao nível da intervenção tendo em conta o desinvestimento verificado nesta área no nosso estudo.

## CONCLUSÃO

A literatura indica que as taxas de participação das mulheres de veteranos em grupos de apoio são baixas (Lyons & Root, 2001). Se por um lado, as mulheres procuram mais facilmente ajuda para os maridos e até os acompanham, encontram várias dificuldades e constrangimentos quando o apoio se dirige a si e.g., horários, custos, distância até ao local, o facto de serem cuidadoras de crianças (netos) e frequentemente objecção do marido (Dekel & Solomon, 2007). Assim é um desafio para os técnicos diminuir estes constrangimentos e

tornar esta participação acessível a um maior número de mulheres.

Os resultados deste estudo revelaram que a Perturbação de Stress Pós Traumático tem impacto na esposa e na relação conjugal. Neste sentido, a intervenção em grupo parece ter contribuído para as mulheres lidarem melhor com PTSD do veterano, compreendendo as suas reacções e identificando os sintomas. Este facto teve como consequência uma maior valorização do marido, maior motivação para operar mudanças e maior compreensão nas situações conjugais e familiares mais críticas. A descatastrofização e a minimização dos problemas foi também um dos resultados que levou a uma maior motivação para operar mudanças. Enquanto algumas mulheres aumentaram o seu sentimento de auto-eficácia por perceberem que tinham atitudes e estratégias adaptativas e funcionais, outras aprenderam diferentes formas de lidar com os maridos e com os problemas, aumentando o sentido de auto-controlo, a assertividade, as estratégias de resolução de problemas e as técnicas de comunicação verbal e não verbal.

Relativamente à influência do grupo na relação conjugal e familiar, para além de uma maior compreensão, as mulheres desenvolveram a capacidade de ouvir, permitindo uma maior abertura de comunicação entre o casal. O grupo estimulou a necessidade de conviverem e se relacionarem, reduzindo o isolamento social em que normalmente viviam. Esta experiência em grupo permitiu também criar um espaço para as mulheres puderem pensar em conjunto sobre os seus problemas e como os resolver. Ao nível da saúde física, o grupo permitiu o treino de comportamentos saudáveis, como a actividade física, alimentação saudável, incentivo à realização de exames de rotina, com carácter preventivo e, por fim, actividades de lazer que proporcionassem bem-estar.

Em suma, o grupo de suporte parece ter contribuído para dar às mulheres um sentido de controlo quer ao nível pessoal quer conjugal.

## IMPLICAÇÕES

Passados trinta anos o apoio prestado aos Veteranos continua a ser deficitário tendo em conta as

possíveis perturbações psicológicas resultantes da exposição a teatro de guerra, entre elas a perturbação de stress pós traumático mas também todos os quadros clínicos associados. Neste sentido, as implicações deste trabalho reflectem-se a dois níveis, i.e., ao nível do Veterano e ao nível da sua família, sendo necessário não só apoiar os veteranos mas também ajudar as famílias a minimizar os efeitos negativos do convívio prolongado com a sintomatologia do veterano de guerra. Por outro lado, não podemos ignorar o facto dum mau funcionamento familiar poder interferir com a eficácia da intervenção dirigida ao PTSD do veterano (Tarrier, Sommerfield, & Pilgrim, 1999).

Tendo em conta os resultados do nosso estudo, aumentar o conhecimento e informação das companheiras acerca da perturbação de stress pós traumático, possibilita uma maior compreensão e controlo da sintomatologia, por parte destas, tendo também um impacto directo nos comportamentos do veterano. Em relação aos filhos, parece-nos indispensável proporcionar também ajuda ao nível da compreensão do PTSD e, se necessário, desenvolver intervenções dirigidas à sintomatologia de traumatização secundária.

Uma outra área importante de intervenção com as mulheres é a promoção de actividades sociais e de bem-estar. Westerink e Giarratano (1999) referem que estas mulheres beneficiam de grupos de suporte pela oportunidade de trocar experiências com outras mulheres e, desta forma, aumentar o suporte social. Neste sentido, a experiência de participar no grupo estimulou a manutenção de contactos futuros com os restantes elementos, bem como a motivação para iniciar e participar em actividades de bem-estar e saúde.

Por fim, os resultados desta investigação evidenciam a importância de desenvolver estudos quantitativos sobre a desordem secundária de stress traumático nas companheiras dos veteranos de forma a podermos aumentar o conhecimento generalizado sobre o impacto do PTSD nesta população.

Antes de terminar, gostaríamos de referir que o presente estudo se focou apenas em esposas de Veteranos de Guerra do distrito de Braga pelo que os resultados devem ser lidos com cuidado.

## REFERÊNCIAS

- Ahmadzadeh, G. H., & Malekian, A. (2004). Aggression, anxiety and social development in adolescent children of war veterans with PTSD versus those of non veterans. *Journal of Research in Medical Sciences, 5*, 231-234.
- Arzi, N. B., Solomon, Z., & Dekel, R. (2000). Secondary traumatization among wives of PTSD and post-concussion casualties: Distress, caregiver burden and psychological separation. *Brain Injury, 14*(8), 725-736.
- Bardin, L. (2004). *Análise de conteúdo*. Edições 70.
- Beckham, J. C., Lytle, B. L., & Feldman, M. E. (1996). Caregiver burden in partners of Vietnam war veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 1068-1072.
- Beckham, J. C., Braxton, L. E., Kudler, H. S., Feldman, M. E., Lytle, B. L., & Palmer, S. (1997). Minnesota multiphasic personality inventory profiles of Vietnam combat veterans with posttraumatic stress disorder and their children. *Journal of Clinical Psychology, 53*(8), 847-852.
- Byrne, C., & Riggs, D. (1996). The cycle of trauma: Relationship aggression in male Vietnam veterans with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Violence and Victims, 11*(3), 213-225.
- Calhoun, P. S., Beckham, J. C., & Bosworth, H. B. (2002). Caregiver burden and psychological distress in partners of veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 15*, 205-212.
- Catherall, R. D. (1997). *Social aspects of PTSD: PTSD and the family*. Retrieved from the World Wide Web: <http://www.mfnab.dnd.ca/engraph/annexDe.asp>
- Coughlan, K., & Parkin, C. (1987). Women partners of Vietnam veterans. *Journal of Psychosocial Nursing and mental Health, 25*, 25-27.
- Dansby, V. S., & Marinelli, R. P. (1999). Adolescent children of Vietnam combat veteran fathers: A population at risk. *Journal of Adolescence, 22*, 329-340.
- Dekel, R. (2007). Posttraumatic distress and growth among wives of prisoners of war: The contribution of husbands posttraumatic stress disorder and wives own attachment. *American Journal of Orthopsychiatry, 77*(3), 419-426.
- Dekel, R., & Solomon, Z. (2006). Secondary traumatization among wives of Israeli POWs: The role of POWs distress. *Social Psychology and Psychiatric Epidemiology, 41*, 27-33.
- Dekel, R., & Solomon, Z. (2007). Secondary traumatization among wives of war veterans with PTSD. In Charles R. Figley & William P. Nash (Eds.),



*Combat stress injury: Theory, research and management.* Psychosocial Stress Series.

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.

Derogatis, L.R. (1993). *BSI Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedure manual* (4th ed.). Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Figley, C. R. (1983). Catastrophes: An overview of family reactions. In C. R. Figley & H. I. McCubbin (Eds.), *Stress and the family: Coping with catastrophe* (vol. 2). New York: Brunner & Mazel.

Figley, C. R. (1998). Burnout as systemic traumatic stress: A model for helping traumatized family members. In C. Figley (Ed.), *Burnout in families: The systemic cost of caring*, Innovations in Psychology: CRC Press.

Franciskovic, T., Stevanovic, A., Jelusic, I., Roganovic, B., Klaric, M., & Grkovic, J. (2007). Secondary traumatization of wives of war veterans with posttraumatic stress disorder. *Croatia Medical Journal, 48*, 177-84.

Harkness, L. (1991). The effect of combat related PTSD on children. *National Center for PTSD Clinical Newsletter, 2*(1), 12-13.

Jordan, K. B., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., & Weiss, D. S. (1992). Problems in family of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*, 916-926.

Koic, E., Franciskovic, T., Muzinic-Masle, L., Dordevic, V., Vondracek, S., & Prpic, J. (2002). Chronic pain and secondary traumatization in wives of Croatian war veterans treated for post traumatic stress disorder. *Acta Clinica Croatia, 41*, 295-306.

Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hourgh, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., & Weiss, D. S. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation*. New York: Brunner/ Mazel.

Lyons, M. (2001). Living with post-traumatic stress disorder. The wives/female partners perspective. *Issues and Innovations in Nursing Practice, 34*(1), 69-77.

Lyons, J., & Root, L. (2001). Family members of the PTSD veteran: Treatment needs and barriers. *National Center for PTSD Clinical Quarterly, 10*(3), 48-52.

Maloney, L. J. (1988). Posttraumatic stress on women partners of Vietnam veterans. *Smith College Studies in Social Work, 58*, 122-143.

Maltas, C., & Shay, J. (1995). Trauma contagion in partners of Vietnam veterans. *Sixth College Studies in Social Work, 58*, 122-143.

Mason, P. (1995). How does PTSD affects families? *Post Traumatic Gazette*. Retrieved from the World Wide Web: <http://www.patiencepress.com/samples/-2ndIssue.html>

Matsakis, A. (1996). *Vietnam wives: Facing the challenges of life with veterans suffering posttraumatic stress* (2nd ed.). Lutherville: The Sidran Press.

McCann, L., & Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization. A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 131-149.

Nelson, B., & Wright, D. (1996). Understanding and treating posttraumatic stress disorder symptoms in female partners of veterans with PTSD. *Journal of Marital and Family Therapy, 22*(4), 455-467.

Parsons, J., Kehle, T., & Owen, S. (1990). Incidence of behavior problems among children of Vietnam war veterans. *School Psychology International, 11*(4), 253-259.

Pereira, M. G. (2003). Impacto e avaliação do stress traumático na família: Perturbação secundária de stress traumático. In M. G. Pereira & J. Monteiro Ferreira (Eds.), *Stress traumático: Aspectos teóricos e intervenção*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, M. G., & 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 (Eds.), *Stresse pós-traumático: Modelos, abordagens e práticas*. Editorial Presença e Adfa.

Remer, R., & Ferguson, R. (1998). Treating traumatized partners: Producing secondary survivors of PTSD. In C. Figley (Ed.), *Burnout in families: The systemic cost of caring*, Innovations in Psychology: CRC Press.

Riggs, D. S., Byrne, C. A., Weathers, F. W., & Litz, B. T. (1998). The quality of intimate relationships of male Vietnam veterans: Problems associated with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 11*(1), 87-101.

Rosenheck, R. & Nathan, P. (1985). Secondary traumatization in children of Vietnam veterans. *Hospital and Community Psychiatry, 36*, 538-539.

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

Tarrier, N., Sommerfield, C., & Pilgrim, H. (1999). Relatives expressed emotion (EE) and PTSD treatment outcome. *Psychological Medicine, 29*, 801-811.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (1996). The post-traumatic growth inventory: Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress, 9*, 455-471.

Verbosky, S. J., & Ryan, D. A. (1988). Female partners of Vietnam veterans: Stress by proximity. *Issues in Mental Health Nursing, 9*, 95-104.

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.

Williams, C. M. (1980). The veteran system with a focus on women partners: Theoretical considerations, problems and treatment strategies. In T. Williams (Ed.), *Posttraumatic stress disorder of the Vietnam veteran*. Cincinnati: Disabled American Veterans.

## RESUMO

As consequências dos episódios traumáticos vividos em teatro de guerra afectam não só a vítima directa mas também a esposa/companheira do próprio veterano. A intervenção psicológica junto das mulheres dos veteranos é importante a dois níveis: por um lado porque estas mulheres apresentam psicopatologia e dificuldades na relação conjugal. Por outro lado, a recuperação do próprio veterano é facilitada através da melhoria da sua relação marital que contribui de forma significativa para a redução da sintomatologia depressiva, ansiosa e de hostilidade.

Neste estudo participaram 10 mulheres casadas com veteranos de guerra com PTSD que frequentaram um grupo de suporte. Através duma metodologia qualitativa procuramos conhecer os motivos da inscrição no grupo, os aspectos mais importantes da participação, a aprendizagem efectuada, os aspectos mais difíceis da participação, as mudanças na relação conjugal e familiar e os problemas apresentados.

Os resultados indicam que estas mulheres sentem uma grande necessidade de conviver e partilhar problemas, ao longo dos anos anularam as suas próprias necessidades e vivem em função do bem-estar do marido desinvestindo de cuidar da sua saúde física. A intervenção teve um efeito positivo promovendo um maior conhecimento e compreensão sobre o PTSD, um aumento das competências de resolução de problemas, comunicação e de estratégias de coping para lidar com o stress e, finalmente, uma maior motivação para

operar mudanças em casa a nível conjugal. As mulheres relataram também efeitos positivos ao nível da saúde física e psicológica.

Este estudo realça a importância da intervenção junto das mulheres no sentido de minimizar os efeitos negativos do convívio prolongado com a sintomatologia de PTSD por parte do veterano.

*Palavras-chave:* Esposas, PTSD, Stress traumático, Veteranos.

## ABSTRACT

The consequences of traumatic events experienced in war theatre affect not only the direct victim, but also the wife/partner of the veteran. Psychological intervention on veterans' wives is important at two levels: first, these women present some psychopathology and difficulties in their marital relationship, and second, the recovery of the veteran himself is easier through the improvement of his marital relationship, that contributes significantly for the reduction of depressive, anxious and hostile symptoms.

This study had the participation of 10 women married to war veterans with PTSD who took part in a support group. Through a qualitative methodology, the reasons for their enrolment in the support group, the most important aspects of their participation, the learning that took place, the most difficult aspects of their participation, the changes in their family and marital relationship and the problems reported, were assessed.

The results show that these women feel a great need for social relationships and to share problems, they put other people's needs before their own, their life is centered on the veteran's well-being, and they do not take good care of their physical health.

The intervention had a positive effect promoting a greater knowledge and understanding of PTSD, an increase in the ability to problem solving, better communication and coping strategies to deal with stress and, finally, a greater motivation to make changes at home, on a marital level. Women also reported positive effects on their physical and psychological health.

This study emphasizes the importance of intervention in these women with the goal of reducing the negative effects of a long-term exposure to veteran's PTSD.

*Key-words:* Combat stress, PTSD, Spouses, Veterans.