



Estados emocionais negativos em mulheres vítimas de violência doméstica: sua relação com autocompaixão, autocrítica e vergonha

CLÁUDIA NETO RODRIGUES

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica,
Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais.

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito-Santo, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, outubro de 2016

Agradecimentos

Ao concluir este percurso tão importante da minha vida queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que tiveram presentes e me apoiaram nesta caminhada e que, de uma forma ou de outra contribuíram para alcançá-la.

Gostaria de agradecer à Professora Doutora Helena Espírito-Santo, por todos os ensinamentos, partilha de conhecimentos, confiança e orientações sempre oportunas e pertinentes.

À Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, pela disponibilidade e interesse no meu projeto. Especialmente à gestora do Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra, por todas as conversas e incentivos ao longo da recolha da amostra.

A todos os utentes que abdicaram um pouco do seu tempo para me ajudarem, inspirando-me enquanto pessoa.

A todos aqueles que me auxiliaram na recolha da mesma, especialmente aos colegas do GAV de Coimbra, por me ajudarem na recolha e me encaminharem utentes para a mesma.

Aos meus pais, por todo apoio, ajuda e persistência com que se mantiveram ao meu lado. Por me proporcionarem a continuidade dos meus estudos, e pela enorme dedicação ao longo destes anos.

À minha irmã, pela atenção, amor e carinho que sempre me motivou a continuar e que alegrava os momentos mais difíceis.

Aos meus amigos, os de Évora e os de Coimbra, que estiveram presentes em cada momento do processo, que várias vezes me suportaram e empurraram na direção certa. Pela força e convicção com que acreditaram em mim.

Ao Tiago, pela paciência e carinho que demonstrou ao longo do tempo. Pela serenidade que me acalma e pela disponibilidade que demonstra. Pelo cuidado e atenção que me dedica.

Às minhas colegas de curso e amigas Liliana Parente e Joana Chrispim pela amizade, convívio, partilha e pelo encorajamento mútuo face às adversidades.

Resumo

A violência doméstica é um problema de saúde pública estimando-se, mundialmente, que um terço mulheres experienciarão abusos físicos, sexuais ou psicológicos.

Estudos indicam que, nas mulheres vitimizadas, existe uma associação entre sintomas psicopatológicos e estratégias de regulação emocional.

Neste estudo foram objetivos analisar a intensidade dos estados emocionais negativos, autocompaixão, autocriticismo e da vergonha em mulheres vítimas de violência doméstica comparando com mulheres da população geral, perceber as diferenças existentes entre os sintomas psicopatológicos e as estratégias de regulação emocional e compreender de que forma se relacionam entre si.

A amostra é composta por 66 mulheres, 30 recrutadas no Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra e 36 provenientes avaliadas através de um questionário online, os grupos foram emparelhados por idade, escolaridade e estado civil. A média de idades foi de 40,71 ($DP = 10,75$) anos.

Os instrumentos utilizados foram um Questionário Sociodemográfico, as Escala de Depressão, Ansiedade e Stress, da Autocompaixão, das Formas de Autocriticismo/Ataque e Auto tranquilizante e de *Coping* com a Vergonha.

Observou-se que os estados emocionais negativos e o autocriticismo foram significativamente superiores nas vítimas, sendo a autocompaixão inferior. Relativamente à vergonha, os valores foram semelhantes nos grupos.

Verificou-se que quando os estados emocionais negativos aumentavam, o autocriticismo e a vergonha também aumentavam, e em oposição, quando os estados emocionais negativos, o autocriticismo e a vergonha aumentavam a autocompaixão diminuiu, em ambos os grupos. Aferiu-se que quando a autocompaixão aumenta, o autocriticismo e a vergonha diminuíam nas dois grupos. Viu-se, por fim, que quando a vergonha aumentava o autocriticismo também aumentava.

Os resultados obtidos são no sentido esperado, com mais psicopatologia e pior regulação emocional nas vítimas de violência doméstica. Assim, poderá ser importante promover uma regulação emocional mais funcional, através de intervenções psicológicas para mulheres vitimizadas.

Palavras-chave: Violência doméstica; estados emocionais negativos; autocompaixão; autocriticismo; vergonha

Abstract

Domestic violence is a public health problem it's estimated that a third of women will experience physical, sexual or psychological abuse, worldwide.

Studies indicate there is an association between psychopathology and emotional regulation strategies in victimized women,

This study aims to analyze the intensity of negative emotional states, self-compassion, self-criticism and shame in women victims of domestic violence compared to women in the general population, analyze the differences between psychopathological symptoms and the strategies of emotional regulation and understand how they relate to each other.

The sample is composed of 66 women, 30 recruited in the Office for Victim Support of Coimbra and 36 from assessed through an online questionnaire, the groups were matched for age, education and marital status. The average age was 40.71 (SD = 10.75) years.

The instruments used were a questionnaire sociodemographic, the Depression Scale, Anxiety and Stress, the Self-Compassion, Self-Criticism of Forms/Attack and self-tranquilizer and Coping with Shame.

It was observed that negative emotional states and self-criticism were significantly higher in the victims, and the lower self-compassion. Regarding the shame, the values were similar in the groups.

It has been found that when negative emotional states increased, the self-criticism and shame also increased, and in contrast, when negative emotional states, self-criticism and shame increased self-compassion decreases in both groups. It has measured that when self-compassion increases, self-criticism and shame diminished in both subsamples. He found himself, finally, that when shame increased the self-criticism also increased.

The results are in the expected direction, with more psychopathology and worse emotional regulation in victims of domestic violence. So it may be important to promote a more functional emotional regulation through psychological interventions for victimized women.

Keywords: intimate partner violence; negative emotional states; self-compassion self-criticism; shame

Introdução

A violência contra as mulheres não é um fenómeno recente, no entanto, o reconhecimento do mesmo como um problema significativo de saúde pública tem vindo a aumentar. Este reconhecimento permite enfatizar que estes actos não são isolados e afetam a liberdade e direitos das mulheres bem como prejudicam a sua saúde e bem-estar (World Health Organization, 2013). Estima-se que 1 em cada 3 mulheres irá experienciar abusos físicos, sexuais ou psicológicos ao longo da vida (United Nation Population Foundation, s.d.).

A definição mais aceite para violência de género ou violência contra as mulheres é a proposta pela Organização das Nações Unidas, sendo “qualquer ato de violência baseada no género que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psíquico, incluindo ameaças, coação ou privação da liberdade, quer ocorram em público ou em privado” (WHO, 2016). A Organização Mundial de Saúde (WHO, 2016) refere-se à violência doméstica ou íntima entre parceiros como comportamentos por parte de um parceiro ou ex-parceiro que cause dano físico, sexual ou psicológico, incluindo agressão física, coação sexual, agressão psicológica e comportamentos controladores.

Segundo a WHO, a nível mundial, cerca de 30% das mulheres que se encontravam numa relação amorosa experienciaram violência física ou sexual por parte dos seus parceiros (WHO, 2010).

Em Portugal, 1 em cada 3 mulheres referiu ter sido vítima de algum tipo de violência no último ano ou anteriores (Lisboa, 2008). Segundo o Relatório Anual de Estatística da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) de 2015, cerca de 80% dos casos que recebem são relativos a violência doméstica, sendo que em 58,4% dos casos, os agressores eram parceiros ou ex-parceiros. Constatou também que 81,3% dos agressores eram homens (APAV, 2016). Tanto a APAV como a Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género (CIG) têm tido um papel ativo na prestação de cuidados e serviços para a prevenção e proteção das vítimas, através dos Planos Nacionais contra a Violência Doméstica.

A violência íntima entre parceiros está fortemente associada a sequelas a curto e longo prazo, quer físicas quer psicológicas (Beydoun, Beydoun, Kaufman, Lo e Zonderman, 2012).

Tem-se notado um aumento considerável dos problemas de saúde mental nas últimas décadas, sendo a violência doméstica considerada uma das principais causas de incapacidade e morbilidade a nível mundial, estando a ser encarada como uma prioridade de saúde pública. Vários estudos apontam para uma relação moderada a forte entre violência íntima entre parceiros e depressão nas mulheres (Beydoun et al., 2012). Jacobucci e Cabral (2004)

concluíram que mulheres agredidas que permanecem na relação são mais propensas à depressão, evidenciando sentimentos de solidão, tristeza, desamparo, baixa-autoestima e baixa autoconfiança. Devries e colegas (2013) realizaram uma revisão sistemática e longitudinal de vários estudos, tendo concluído que a violência íntima entre parceiros estava associada a sintomas depressivos e que os sintomas depressivos se associavam à violência entre parceiros.

Na generalidade, os estados emocionais negativos relacionam-se positivamente com as estratégias mal-adaptativas. A falta de estratégias de resolução de problemas e de regulação emocional pode ter impacto significativo no bem-estar. Aldao, Nolen-Hoeksema e Schweizer (2010) realizaram uma revisão sistemática onde inferiram que a relação entre estratégias de regulação emocional e a psicopatologia poderiam variar dependendo da estratégia e da psicopatologia em questão. Sugeriram, também que as perturbações de humor, como a depressão e ansiedade se associam intimamente com a regulação emocional.

A autocompaixão, enquanto estratégia de regulação emocional, é vista como uma relação saudável com o próprio, em momentos de sofrimento pessoal, diferente da autoestima, pois não inclui avaliações acerca do valor pessoal, como a auto-pena e a comiseração pelo *eu* (Neff, 2003a, 2003b; Neff e Vonk, 2009).

A autocompaixão implica a construção de um bem-estar pessoal, através da experimentação de sentimentos de calor e afeto pelo *self*, associada a uma atitude não-julgadora e compreensiva para com as experiências vivenciadas, permitindo a aceitação das nossas limitações e dificuldades, encarando-as como parte da experiência humana comum na qual muitos outros agem da mesma forma e sentem o mesmo que nós próprios (Gilbert, 2005; Neff, 2003b, 2004, 2008).

Segundo Neff (2003a, 2003b) a autocompaixão é constituída por três componentes, que embora distintos, são interdependentes: calor/compreensão, onde se experimentam sentimentos de calor, cuidado e compreensão para conosco próprios, em oposição aos de autocrítico e julgamento; condição humana, associada à compreensão de que os erros/falhas são comuns ao ser humano; *mindfulness*, onde ocorre a consciencialização dos pensamentos e sentimentos dolorosos, recebendo-os e aceitando-os de forma equilibrada sem que ocorra uma identificação excessiva com os mesmos.

Neff, após ter introduzido o conceito de autocompaixão na psicologia ocidental, focando-se no referencial teórico e empírico da psicologia social e da personalidade desenvolveu uma escala com o intuito de medir a autocompaixão, de forma a validá-lo como um constructo psicológico que influencia o bem-estar psicológico (Neff, 2003).

Vários estudos têm comprovado que este constructo é um forte preditor do bem-estar e saúde mental. Neff e colegas verificam que se associa positivamente com a satisfação com a vida, com a felicidade, com a inteligência emocional e conectividade social, com a iniciativa pessoal, com a sabedoria, com o otimismo, com o afeto positivo em geral. Por outro lado, relaciona-se negativamente com a depressão, ruminação, autocrítico, ansiedade, perfeccionismo, conectam-se, portanto com os afetos negativos (Gilbert e Procter, 2006; Neff, Kirkpatrick e Rude, 2007).

Em oposição, indivíduos com altos níveis de autocrítico estão focados em atingir objetivos e metas, não saboreando as suas realizações e deixando o autojulgamento guiar a sua vida (Blatt e Zuroff, 1992). Estas pessoas possuem sentimentos de desvalorização, inferioridade, culpa e sendo o autocrítico reconhecido como único preditor de depressão e afetos negativos (Dunkley, Blankstein e Flett, 1997; Zuroff, Moskowitz e Côté, 1999).

Gilbert e colegas sugeriram que o autocrítico é um processo que varia nas formas e funções. Uma dessas formas centra-se nos sentimentos de inadequação, na inferioridade. A outra baseia-se no auto-descontentamento e na autoaversão. Ambas as formas de autocrítico se correlacionam positivamente entre elas e com a depressão, enquanto que a capacidade de se auto-tranquilizar se relaciona negativamente com a depressão (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons, 2004).

Outra emoção associada à regulação emocional é a vergonha que é considerada uma das mais poderosas do ser humano, guiando o comportamento e marcando a forma como nos vemos, estando associada de forma intrínseca à relação do *eu* com os outros (Tangney e Dearing, 2002). É considerada uma emoção auto-consciente e de segunda ordem (Lewis 1995 citado em Gilbert 2002). Surge como uma resposta automática de defesa do nosso sistema, é uma emoção negativa associada a um sentido de diminuição e desvalorização pessoal.

Tem sido descrita como uma vivência interna do *eu* como não atrativo, indesejável, defeituoso, sem valor e impotente (Gilbert e McGuire, 1998) e está extremamente associada à percepção que se tem do *self* (Tangney e Dearing, 2002).

Nos últimos anos, a vergonha tem sido explorada por vários investigadores que a consideram muito importante na formação e manutenção de psicopatologia, como variável preditora nos quadros clínicos como a depressão, ansiedade social e baixa autoestima (Gilbert e Andrews, 1998). Vários estudos evidenciam uma relação significativa entre vergonha e depressão (Gilbert, Allan e Goss, 1996; Gilbert e Gerlsma, 1999; Gilbert, 2000; Tangney, Wagner e Gramzow, 1992).

Segundo Lewis (1971, citado em Ferguson e Crowley, 1997) as mulheres apresentam uma maior propensão para sentir vergonha. Lewis argumenta que as experiências de socialização promovem uma dependência de campo que surge cedo nas suas vidas. Esta dependência aumenta a suscetibilidade das mulheres para as pressões do ambiente, conformando-se com a visão tradicional feminina e passiva do *self*. No estudo realizado por Ferguson e Crowley (1997), existe uma associação positiva entre a propensão para a vergonha e a tendência para o ataque ao *self* e aos outros. Lutwak e Ferrari (1996), observaram que as mulheres apresentam uma maior tendência para a vergonha e culpa comparativamente aos homens.

Efthim, Kenny e Mahalik, (2001) afirmam que as pessoas percebem que elas próprias violam expectativas sociais relacionadas com os papéis de género. Esta percepção leva a efeitos psicológicos negativos como o “stress dos papéis de género”. Relatam que as mulheres sentem stress associado à inferioridade intelectual e falha na correspondência aos padrões de adequação no trabalho e nas relações sexuais. Incluem a não vinculação emocional (e.g., falha do desenvolvimento da confiança e de relações íntimas), não atração física, vitimação e não assertividade. (Efthim, Kenny e Mahalik, 2001).

Em síntese, viu-se que os estados emocionais negativos se associam com a violência doméstica. Encontraram-se, também relações entre os sintomas psicopatológicos e as estratégias de regulação emocional. Tendo em conta que a violência doméstica é considerada um problema de saúde pública, pareceu-nos pertinente estudar a relação desta com os sintomas psicopatológicos e com as estratégias de regulação emocional.

Por estas razões, pretende-se, no presente estudo:

- Estudar a intensidade dos estados afetivos negativos, da autocompaixão, do autocrítico e da vergonha no grupo de mulheres vítimas de violência doméstica e no grupo de mulheres que responderam ao questionário online;
- Percecionar se há diferenças entre ambas os grupos;
- Analisar se há relação entre estados afetivos negativos, autocompaixão, autocrítico e vergonha nos grupos.

Metodologia

Instrumentos

Questionário sociodemográfico

Pretende recolher os seguintes dados: Idade, género, profissão, estado civil (solteiro(a), união de facto, casado(a), divorciado(a) e viúvo(a), nível de escolaridade, local de residência e nacionalidade.

Depression, Anxiety and Stress Scale – DASS-21, (Lovibond e Lovibond, 1995; versão portuguesa Apóstolo, Mendes e Azeredo, 2006)

A DASS-21 avalia a depressão, ansiedade e stress. A escala original de Lovibond e Lovibond é composta por três subescalas cada uma com 7 itens, que são respondidos através de uma escala de Likert de 4 pontos (0 - Não se aplicou a mim a 3 - Aplicou-se muito a mim, ou durante a maior parte do tempo). A primeira subescala avalia a depressão (e.g. “Senti-me triste e deprimido”) a segunda subescala avalia a ansiedade (e.g. “senti dificuldades em respirar”) e a última escala avalia o stress (e.g., “senti que estava a utilizar muita energia nervosa”) (Apóstolo et al., 2006). Tanto na versão original como na de Apóstolo e colegas, pede-se ao sujeito que indique o quanto cada item se aplicou a si nos últimos dias (Apóstolo et al., 2006).

Os resultados relativos a cada subescala são obtidos somando as respostas dos itens que compõem cada uma das escalas, sendo que a pontuação varia entre um mínimo de 0 e um máximo de 21. Pontuações mais elevadas em cada subescala correspondem a níveis mais elevados de depressão, ansiedade e stress, ou seja, estados afetivos mais negativos (Apóstolo et al., 2006; Lovibond e Lovibond, 1995). No estudo de Apóstolo e colegas (2006) a DASS-21 apresentou elevada consistência interna, com alfas de Cronbach variando entre 0,90 para a subescala da depressão, 0,86 para a subescala da ansiedade, 0,88 para a subescala de stress e 0,95 para o total das subescalas (Apóstolo et al., 2006).

No presente estudo o alfa de Cronbach foi de 0,97 no total, tendo sido de 0,93 na subescala da depressão, 0,92 para a subescala da ansiedade e de 0,93 para a subescala do stress, segundo Pestana e Gageiro (2008) revela uma consistência interna muito boa.

Escala de Autocompaixão – SELFCS (Self-Compassion Scale, Neff, 2003; tradução e adaptação portuguesa de Pinto Gouveia e Castilho, 2006)

É uma escala de autorresposta que tem como finalidade avaliar a autocompaixão. é constituída por 26 itens, divididos em 6 subescalas: calor/compreensão; autojulgamento

crítico; condição humana; isolamento; mindfulness e sobreidentificação. O formato de resposta é tipo Likert de 5 pontos (de 1 - Quase nunca a 5 - Quase sempre), em que o resultado elevado significa mais autocompaixão para consigo mesmo.

Apresenta uma boa consistência interna, sendo que na versão original o alfa de Cronbach é de 0,92 (Neff, 2003) e na versão portuguesa de 0,89 (Castilho e Pinto-Gouveia, 2011).

No presente estudo o alfa de Cronbach foi de 0,93, sendo que os alfas das subescalas variam entre 0,71 (na subescala do isolamento) e 0,85 (na subescala do calor/compreensão), revelando uma consistência que varia entre fraca (subescala do isolamento) a muito boa (Pestana e Gageiro, 2008).

Escala de Formas do Autocrítico/Ataque e Auto-Tranquilizante – FSCRS (Forms of Self-Criticizing/Attacking and Self-Reassuring Scale; Gilbert et al., 2004; tradução e adaptação portuguesa de Castilho e Pinto-Gouveia, 2005).

O instrumento é constituído por 22 itens, numa escala de Likert de 5 pontos (0 – nada como eu; 4 – exatamente como eu) com a finalidade de avaliar a forma como as pessoas se autocriticam/atacam e autotranquilizam perante situações de fracasso e erro.

Subdivide-se em três subescalas: o Eu Inadequado (avalia a sensação de inadequação do eu perante fracassos e recuos), o Eu Tranquilizador (avalia a capacidade do eu se reconfortar e de ter compaixão por si mesmo) e o Eu Detestado (avalia um sentimento de autorrepugnância/ ódio e uma resposta destrutiva para com o eu perante fracassos e erros) Gilbert et al., 2004. Na versão original foi obtido um Alfa de Cronbach de 0,90 para a subescala Eu Inadequado e 0,86 tanto para a subescala Eu Tranquilizador como para a subescala Eu Detestado. Na versão portuguesa o Alfa de Cronbach da subescala Eu Inadequado foi de 0,89, da subescala Eu Detestado foi de 0,62 e da subescala Eu Tranquilizador foi de 0,87.

No presente estudo o alfa de Cronbach total foi de 0,90. No que diz respeito à subescala do Eu Inadequado foi de 0,88, na subescala Eu Tranquilizador foi de 0,89 e por fim para a subescala do Eu Detestado foi de 0,79, revelando uma consistência boa (Pestana e Gageiro, 2008).

Compass of Shame Scale - CoSS (Elison et al., 2006; tradução e adaptação para a população adolescente portuguesa – ECoV; Escala de Coping com a Vergonha, da Motta, Ribeiro da Silva, Brazão e Rijo, 2012)

É uma escala de autorresposta constituída por 48 itens divididos em 12 categorias, avaliados numa escala tipo Likert de 5 pontos (1 - nunca, 5 - quase sempre).

Avalia as diferenças individuais, estratégias de *coping*, que os sujeitos podem apresentar em resposta a uma experiência de vergonha. As quatro respostas presentes na *Compass of Shame* representam as diferentes estratégias do modelo de Nathanson (fuga; evitamento; ataque ao self e ataque ao outro). Mais tarde foi desenvolvida uma subescala adaptativa constituída por 10 itens finais que representam respostas adaptativas a situações indutoras de vergonha. No estudo de Campbell e Elison (2005), com esta escala, designada no seu conjunto por CoSS- 5 os valores da consistência interna foram: alfa de Cronbach de 0,72 para a subescala evitamento; 0,87 para subescala fuga, 0,88 para a subescala ataque ao Self; 0,84 para a subescala ataque ao outro.

No presente estudo o alfa de Cronbach na subescala do evitamento foi de 0,66 (consistência fraca), na subescala de fuga foi de 0,81, na subescala do ataque ao self foi de 0,89 e por fim na subescala do ataque ao outro foi de 0,89. No geral a consistência foi boa, com a exceção da subescala do evitamento.

Procedimentos

Esta dissertação de mestrado encontra-se inserida no projeto de investigação: *Processos Emocionais Protetores: Estudos dos processos emocionais, dimensões neuropsicológicas e processos sociais ao longo do ciclo vital*, centrando-se na Regulação emocional e esquemas; esquemas mal-adaptativos precoces; mentalidades sociais e sistemas de afeto e vinculação; comportamentos parentais; trauma e dissociação; e fenomenologia dos comportamentos de risco para a saúde.

Inicialmente foram recolhidas as autorizações aos autores dos instrumentos que seriam necessários para o presente estudo e em seguida construiu-se o protocolo (Apêndice 1). Pediu-se autorização à Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), tendo como local de recolha o Gabinete de Apoio à Vítima (GAV) de Coimbra (Apêndice 2; Apêndice 2 A). Tendo-se obtido autorização para o estudo, iniciou-se a aplicação (Apêndice 3).

De forma a garantir a confidencialidade e o anonimato foi assinado o consentimento informado (Apêndice 4) por parte de cada utente. Na recolha de participantes para a investigação foram explicados os seguintes parâmetros: os objetivos da investigação; a metodologia que irá ser utilizada; a liberdade de decidir a participar na investigação; a possibilidade na desistência a qualquer momento, se assim o desejassem. Todos os sujeitos do estudo completaram na íntegra os questionários.

A aplicação do protocolo decorreu entre fevereiro e julho de 2016, cuja participação das utentes do Gabinete de Apoio à Vítima de Coimbra foi voluntária e informada. Para além da recolha física realizada no GAV de Coimbra, encontrava-se online um protocolo no Documentos Google, constituído pela mesma bateria de testes, com o intuito de recolher amostra da população geral. O questionário online foi divulgado, várias vezes, através das redes sociais. O tempo de realização do protocolo varia entre os 30 minutos e 1 hora. Era dada, aos participantes, a opção de devolução dos resultados do questionário. Assim sendo, a devolução dos resultados será realizada pelos elementos que pertenciam ao projeto, sendo divididos de forma que nenhum investigador respondesse a potenciais indivíduos que conhecesse, de forma a salvaguardar os mesmos, por questões éticas. A seleção da amostra foi feita através de métodos não probabilísticos de amostragem, sendo usado o procedimento não intencional de conveniência. Trata-se de um estudo de carácter descritivo correlacional (relação entre variáveis: estados emocionais negativos, autocompaixão, autocrítico e vergonha).

Participantes

A amostra total recolhida no GAV de Coimbra conteve elementos do sexo masculino ($n = 2$), mas sendo este um número extremamente reduzido, excluíram-se os mesmos. Optou-se apenas pela inclusão de participantes do sexo feminino, atendendo a que a literatura nesta área aponta as mulheres como sendo as principais vítimas e os homens os principais agressores (García-Moreno, et al., 2005; Tjaden e Thoennes, 2000).

Como ilustrado na Tabela 1, a amostra final era constituída por 66 mulheres, 30 provenientes do grupo da APAV (45,5%) e 36 (55,5%) recolhidas através de questionário online com idades compreendidas entre os 21 e os 67 anos, sendo a média das mulheres da APAV de 42,37 ($DP = 11,34$) e a média das mulheres do grupo Online de 39,33 ($DP = 10$).

Relativamente ao estado civil, salientou-se a discrepância entre estados civis nos grupos, sendo que no grupo APAV, a maioria das mulheres eram divorciadas (43,3%), em oposição à subamostra online onde não existiam divorciadas, sendo a maioria das mulheres casadas (58,3%),

Em relação à escolaridade, nas vítimas, a média de escolaridade foi de 4,21 ($DP = 1,54$) e no grupo Online de 5,19 ($DP = 0,89$). Nota-se uma diferença no grupo online, onde as mulheres possuem maioritariamente uma licenciatura, comparativamente à das vítimas, que maioritariamente completaram o ensino secundário.

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica da Amostra (N=66): APAV (n=30) e Online (n=36)*

		Total		APAV		ONLINE	
		N	%	N	%	N	%
Idade <i>M = 40,71</i> <i>DP = 10,75</i>	21-30	10	15,2	4	13,3	6	16,7
	31-40	27	40,9	10	33,4	17	47,2
	41-50	16	24,2	9	30,0	7	19,4
	51-60	12	18,2	6	20,0	6	16,7
	61-70	1	1,5	1	3,3	0	0,0
Estado civil	Solteira	23	34,8	8	26,7	15	41,7
	Casada	30	45,5	9	30	21	58,3
	Divorciada	13	19,7	13	43,3	0	0,0
Escolaridade	1º. Ciclo	2	3,0	2	6,7	0	0,0
	2º. Ciclo	2	3,0	2	6,7	0	0,0
	3º. Ciclo	4	6,1	3	10	1	2,8
	Secundário	15	22,7	10	33,3	5	13,9
	Licenciatura	26	39,4	7	23,3	19	52,8
	Mestrado	12	18,2	4	13,3	8	22,2
	Doutoramento	3	4,5	0	0,0	3	8,3
	Pós-graduação	1	1,5	1	3,3	0	0,0
Não respondeu	1	1,5	1	3,3	0	0,0	

Notas: APAV = Associação Portuguesa de Apoio à Vítima; *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *n* = número da amostra.

Análise estatística

Para a análise dos resultados do estudo foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 23 para Windows. Para a caracterização da amostra foi efetuada a estatística descritiva, com o cálculo das médias, desvios-padrão e frequências. No presente estudo, as variáveis de critério foram os estados emocionais negativos pela Escala da Depressão, Ansiedade e Stress, de 21 itens, a autocompaixão pela Escala da Autocompaixão, o autocrítico pela Escala de Formas do Autocrítico/Ataque e Auto-Tranquilizante e por fim a vergonha pela Escala de *Coping* com a Vergonha.

Para estudar a normalidade foi utilizado o teste de Shapiro-Wilk, visto ser mais potente para testar a normalidade (Razali, 2011), tendo-se verificado que as distribuições das subescalas Ansiedade e Stress da DASS-21, a subescala Eu-Detestado do FSCRS e a subescala Ataque ao Outro da COSS não apresentavam uma distribuição normal, optámos pelo teste *U* de Mann-Whitney. Nas restantes subescalas e pontuações totais utilizámos o teste *t* de Student (Marôco, 2011).

Para analisar a consistência interna dos instrumentos, utilizou-se o Alfa de Cronbach, uma vez que prevê uma boa fidelidade dos mesmos. Para analisar as associações entre as diversas variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson para variáveis contínuas. Para a interpretação da magnitude das associações foi utilizada a convenção de Pestana e Gageiro

(2008) onde uma associação muito baixa $r < 0,2$; numa associação baixa encontra-se entre $0,2 \leq r \leq 0,39$; numa associação moderada, entre $0,4 \leq r \leq 0,69$; numa associação alta entre $0,7 \leq r \leq 0,89$; e por fim, numa associação muito alta, $0,9 \leq r \leq 1$).

Resultados

Na Tabela 2, podemos analisar os valores médios e desvios-padrão das pontuações nos instrumentos utilizados no nosso estudo (estados emocionais negativos, autocompaixão, autocrítico e vergonha). Verificou-se que os estados emocionais negativos foram superiores nas vítimas ($t = 3,17$; $p = 0,003$), apresentando valores significativamente superiores em todas as subescalas. Por outro lado, a autocompaixão mostrou-se superior nas mulheres do grupo online, com a exceção para a subescala da Condição Humana onde o valor obtido nas vítimas é ligeiramente superior, no entanto, não se observaram diferenças significativas.

No que diz respeito ao autocrítico verificou-se que este foi superior no grupo da APAV, sendo a diferença significativa ($t = 2,45$; $p = 0,02$). Por fim, acerca da vergonha, analisou-se que o Evitamento e o Ataque ao outro eram ligeiramente superiores no grupo online, em oposição à Fuga que era superior na APAV. A subescala do Ataque ao self evidenciou valores similares nos grupos.

Tabela 2

Médias e desvios-padrão totais e por grupos (APAV: n=30; Online: n=36) e comparação das variáveis em estudo (N=66)

	Total		APAV		ONLINE		t/U
	M	DP	M	DP	M	DP	
DASS-21	21,59	17,62	28,80	18,71	15,58	14,30	3,17**
Depressão	6,74	6,41	9,70	6,96	4,28	4,70	3,63**
Ansiedade	6,67	6,20	8,83	6,87	4,86	5,00	354*
Stress	8,74	6,16	10,97	5,78	6,89	5,90	335**
SELFCS	80,89	15,89	73,57	16,82	83,87	14,47	1,60 ^{NS}
Calor/Compreensão	14,70	4,66	12,73	5,27	15,51	3,95	0,52 ^{NS}
Autocritica	15,86	4,60	14,67	4,48	16,86	4,53	1,97 ^{NS}
Condição Humana	12,79	3,56	13,30	4,11	12,36	13,02	1,07 ^{NS}
Isolamento	12,49	3,62	11,60	3,62	13,25	3,50	1,87 ^{NS}
Mindfulness	12,79	3,56	12,20	13,85	12,28	3,27	1,23 ^{NS}
Sobre identificação	12,17	4,11	11,33	4,35	12,86	3,83	1,52 ^{NS}
FSCRS	19,76	11,34	23,37	11,81	16,75	10,15	2,45*
Eu-detestado	3,54	3,92	4,60	4,57	2,66	3,10	380 ^{NS}
Eu-tranquilizador	21,18	7,29	20,12	7,30	22,06	7,26	1,07 ^{NS}
Eu-inadequado	16,21	8,16	18,76	8,04	14,08	7,73	2,41*
COSS							
Evitamento	17,49	5,90	16,63	6,12	18,20	5,70	1,07 ^{NS}
Ataque-self	19,50	9,70	19,80	10,90	19,25	8,72	0,23 ^{NS}
Fuga	20,12	11,70	21,20	12,75	19,22	10,85	0,68 ^{NS}
Ataque-outro	11,74	8,58	11,00	9,42	12,36	7,86	471 ^{NS}

Notas: APAV = Associação Portuguesa de Apoio à Vítima; DASS-21 = Escala da Depressão, Ansiedade e Stress - 21 itens; SELFCS = Escala da Autocompaixão; FSCRS = Escala de Formas do Autocrítico/Ataque e Auto-Tranquilizante; COSS = Escala do Coping com a Vergonha; M = média; DP = desvio-padrão; n = número da amostra; t = teste de Levene; U = Teste de U de Mann-Whitney; ^{NS} Não significativo; * p < 0,05; ** p < 0,01.

Na Tabela 3 apresentamos as correlações entre os estados emocionais negativos, a autocompaixão, o autocrítico e a vergonha no grupo APAV.

Podemos verificar que os estados emocionais negativos (DASS-21) se encontravam associados moderadamente, de forma negativa e estatisticamente significativa, com a autocompaixão. Por sua vez, verificámos uma associação alta entre os primeiros e o autocrítico, de forma positiva e estatisticamente significativa. Relativamente à relação

entre a DASS-21 e o ataque ao *self* (COSS), esta foi uma associação fraca, positiva, com significância estatística.

A autocompaixão associou-se moderadamente, de forma negativa e estatisticamente significativa com o autocrítico. Apresentou, também, uma associação moderada, negativa e estatisticamente significativa com o ataque ao *self* e a uma associação alta com a fuga da COSS.

Quanto ao autocrítico pôde observar-se que apresentou uma correlação moderada positiva, estatisticamente significativa, com o ataque ao *self* e com a fuga.

Por fim, relativamente à vergonha pôde observar-se associações positivas entre as subescalas da COSS. A fuga apresentou uma associação alta e positiva, com significância estatística com o ataque ao *self*. O ataque ao outro associou-se de forma fraca e positiva com o ataque ao *self*, no grupo APAV.

Tabela 3

Análise das correlações entre os estados emocionais negativos, autocompaixão, autocrítico e vergonha no grupo APAV

	APAV							
	1.	2.	3.	4.				
				a.	b.	c.	d.	
1. DASS	–							
2. SELFCS	-0,54**	–						
3. FSCRS	0,79**	-0,53**	–					
4. COSS	a. Evitamento	-0,22	0,04	-0,27	–			
	b. Ataque-Self	0,41*	-0,69**	0,43*	0,19	–		
	c. Fuga	0,37*	-0,73**	0,45*	0,19	0,76**	–	
	d. Ataque-outro	0,17	-0,12	0,20	0,42*	0,39*	0,30	–

Notas: APAV = Associação Portuguesa de Apoio à Vítima; DASS-21 = Escala da Depressão, Ansiedade e Stress - 21 itens; SELFCS = Escala da Autocompaixão; FSCRS = Escala de Formas do Autocrítico/Ataque e Auto-Tranquilizante; COSS = Escala do *Coping* com a Vergonha; * Correlação é significativa ao nível de 0,05; ** Correlação é significativa ao nível de 0,01.

Na Tabela 4 podemos verificar que os estados emocionais negativos (DASS-21) se associaram moderadamente, de forma negativa e estatisticamente significativa, com a autocompaixão. Por sua vez, verificámos uma associação alta entre os primeiros e o autocrítico, de forma positiva e estatisticamente significativa. Relativamente à relação

entre a DASS-21 e o ataque ao *self* (COSS), esta foi uma associação fraca, positiva e estatisticamente significativa.

A autocompaixão (SELFCS) apresentou uma associação alta, de forma negativa e estatisticamente significativa com o autocrítico (FSCRS). Evidenciou, também, uma associação moderada, negativa e estatisticamente significativa com o ataque ao *self* e a uma associação alta com a fuga da COSS.

Relativamente ao autocrítico, existiu uma associação fraca com o evitamento, uma associação alta com o ataque ao *self* e associações moderadas com a fuga e o ataque ao outro, sendo todas as associações positivas e estatisticamente significativas. Existiu uma associação moderada positiva com o ataque ao outro da COSS.

Encontrámos associações moderadas entre o ataque ao *self*, a fuga e o ataque ao outro com o evitamento, bem como associações moderadas entre a fuga e o ataque ao outro com o ataque ao *self*, por fim, o ataque ao outro associou-se moderadamente com a fuga. Todas as correlações descritas foram estatisticamente significativas.

Tabela 4

Análise das correlações entre os estados emocionais negativos, autocompaixão, autocrítico e vergonha no grupo ONLINE

	Online							
	1.	2.	3.	4.				
				a.	b.	c.	d.	
1. DASS	–							
2. SELFCS	-0,67**	–						
3. FSCRS	0,79**	-0,74**	–					
4. COSS	a. Evitamento	0,37*	-0,12	0,37*	–			
	b. Ataque-Self	0,67**	-0,61**	0,80**	0,41*	–		
	c. Fuga	0,63**	-0,70**	0,69**	0,51**	0,75**	–	
	d. Ataque-outro	0,66**	-0,53**	0,65**	0,63**	0,73**	0,73**	–

Notas: DASS-21 = Escala da Depressão, Ansiedade e Stress - 21 itens; SELFCS = Escala da Autocompaixão; FSCRS = Escala de Formas do Autocrítico/Ataque e Auto-Tranquilizante; COSS = Escala do *Coping* com a Vergonha; * Correlação é significativa ao nível de 0,05; ** Correlação é significativa ao nível de 0,01.

Discussão

A violência contra as mulheres sempre existiu, no entanto nas últimas duas décadas tem-se destacado, sendo considerada um abuso dos direitos humanos das mulheres, reconhecida como violência de gênero (FRA, 2014). Segundo a Agência dos Direitos Fundamentais da União Europeia (FRA), em Portugal cerca de 93% das mulheres inquiridas pensa que a violência contra as mulheres é extremamente comum no seu país (2014).

O grupo APAV apresenta um nível de escolaridade inferior ao do grupo online, podendo esta diferença ter impacto na interpretação e resposta ao protocolo. Para além disso, o grupo APAV possui, um largo número mulheres divorciadas em oposição ao grupo de controlo, onde a maioria dos elementos se encontra casada. Esta diferença do estado civil pode ser fruto da violência doméstica vivenciada pelos elementos do grupo APAV e para além disso, pode ter influencia nos resultados obtidos.

O nosso primeiro e segundo objetivo tinha como foco compreender a intensidade dos estados emocionais negativos, da autocompaixão, do autocrítico e da vergonha em mulheres vítimas de violência doméstica (subamostra da APAV) comparando-as com um grupo de mulheres da população geral. Assim sendo, em relação aos estados emocionais negativos, o grupo da APAV apresentou valores bastante superiores aos obtidos no grupo online. Os valores obtidos pelas mulheres vítimas de violência doméstica são semelhantes aos obtidos no estudo de validação da DASS-21, especialmente nas subescalas da ansiedade e do stress (Apóstolo et al., 2006). A validação foi realizada em contexto hospitalar, na consulta externa, sendo este um ambiente que pode ser considerado stressante e as vítimas encontram-se sujeitas a situações de stress diário, justificando assim, a similaridade dos resultados. A literatura aponta para uma relação moderada a forte entre violência entre parceiros e depressão (Beydoun et al., 2012). Numa revisão sistemática de vários estudos, realizada por Devries e colegas (2013) concluiu-se que a violência íntima entre parceiros estava associada a sintomas depressivos e que os sintomas depressivos se associavam à violência entre parceiros, corroborando os nossos resultados.

Considerando que os os sintomas depressivos envolvem um estado mental negativo, menos energia, motivação e um afastamento da vida social, presumidamente, contribuem para uma diminuição da procura de ajuda e para a manutenção da relação violenta (Rhatigan, Shorey e Nathanson, 2011). Será importante visualizar a vitimação como um processo cumulativo, encarando-o como um contínuo, assim sendo, embora a relação violenta em que se encontram possa terminar, as experiências traumáticas vivenciadas, poderão permanecer, contribuindo

para a formação de crenças disfuncionais e desregulação emocional, levando à construção de esquemas mal-adaptativos (APAV, 2010).

No grupo da APAV, a autocompaixão apresentou valores inferiores aos do grupo online. Segundo o nosso conhecimento, a literatura é escassa nesta área, sendo este um dos primeiros estudos sobre estes construtos. Aldao e colegas (2010) salientam que a literatura associada à violência doméstica dedica pouca atenção à regulação emocional. A autocompaixão pressupõe a existência de uma atitude compassiva para com o eu, no caso das vítimas é-lhes inculcado, pelos agressores, que estas não são dignas de valor e que não são competentes nas várias áreas da sua vida, fazendo-as sentirem-se inferiores, levando-as a tentar corresponder aos desejos e necessidades dele (Kirkwood, 1993) atacando o seu *self*.

Esta ideia de Kirkwood corrobora os resultados obtidos na escala do autocrítico, onde este foi significativamente superior nas vítimas em comparação com o grupo online, excetuando-se a subescala do Eu-tranquilizador, com valores ligeiramente superiores no grupo de controlo. O carácter incisivo e a tenacidade com que os agressores enfatizam as falhas e defeitos das vítimas, levando-as a integrar essas afirmações como verdadeiras e a assumirem um papel autocrítico sobre si mesmas pode justificar os resultados obtidos. Embora seja suposto existir, marcadamente, autocrítica nas vítimas, os resultados apontam para um valor elevado na subescala do Eu-tranquilizador, podendo indicar que embora as vítimas se culpabilizem têm ainda, algum sentimento que as tranquiliza, associando-se este último à autocompaixão. Vários estudos apontam o autocrítico como preditor de depressão e afetos negativos, correlacionando-o positivamente com a depressão (Dunkley, Blankstein e Flett, 1997; Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons, 2004; Zuroff, Moskowitz e Côté, 1999). O facto de existirem valores associados ao Eu-tranquilizador e à autocompaixão pode estar relacionado com a tomada de decisão, por parte das vítimas, de procurar ajuda para a sua situação atual. Por outro lado, a autocompaixão existente nas vítimas, embora baixa poderá também ser encarada como despoletador da procura de auxílio.

Os valores da vergonha foram semelhantes em ambas os grupos, destacando-se a subescala fuga que foi superior no grupo das vítimas e a subescala do evitamento que é inferior na mesma. A vergonha e a violência entre parceiros íntimos têm sido uma área pouco explorada, e quando explorada esta centra-se em amostras de estudantes universitários, impedindo a sua generalização. No entanto, nessas amostras observa-se uma tendência para a relação entre violência e vergonha em ambos os sexos e entre vítimas e agressores (Lawrence e Taft, 2013).

A subescala do Ataque ao *self* apresentou os valores mais elevados. Segundo Ferguson e Crowley (1997), existe uma associação positiva entre a propensão para a vergonha e a tendência para o ataque ao *self* e aos outros. Ismail, Berman e Ward-Griffin (2007) entrevistaram jovens mulheres vítimas de diversos tipos de agressão, sendo que a maioria reportou ter experienciado vergonha como resultado das experiências abusivas. No nosso caso, a vergonha reportada pelas vítimas poderá prender-se com as experiências traumáticas, mas também com a exposição pessoal a que se colocam, visto terem sido inquiridas num gabinete de apoio à vítima. A própria vergonha e/ou receio de se assumirem como vítimas perante terceiros e do julgamento destes sabe-se que influencia a decisão de procurar ajuda por parte das vítimas (APAV, 2016; Loke, Wan e Hayter, 2012).

Quanto ao terceiro objetivo, pretendia-se perceber se há relação entre os estados emocionais negativos e as estratégias de regulação emocional, assim sendo optou-se por analisar por subamostra.

No grupo APAV, os estados emocionais negativos relacionam-se negativamente com a autocompaixão. Assim sendo, quando os estados emocionais negativos aumentam a autocompaixão diminui, e quando a autocompaixão aumenta os estados emocionais negativos diminuem. A autocompaixão é uma variável importante para a compreensão da psicopatologia (MacBeth e Gumley, 2012), sendo que a falta desta poderá contribuir como fator de vulnerabilidade para a depressão e que em oposição, cultivando a autocompaixão poderá ser importante nos programas de prevenção e tratamento da depressão (Krieger Berger e Holtforth, 2016). É importante salientar que os resultados da maioria dos estudos se centram na depressão e nos sintomas desta.

Em oposição, encontraram-se associações positivas moderadas a fortes entre os estados emocionais negativos e o autocrítico, sendo que quando os estados emocionais negativos aumentam, aumenta também a autocrítica, e vice-versa. Vários estudos corroboram estes resultados, concluindo que o autocrítico se correlacionam positivamente com a depressão (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles e Irons, 2004). Aspectos traumáticos, como a violência entre parceiros, desempenha um papel importante na construção da imagem pessoal. Azir, Amir e Swisa (2005) perceberam que o stress pós-traumático após a violência doméstica se associa com uma imagem crítica do *eu*.

Os estados emocionais negativos correspondentes à depressão e ansiedade apresentam uma associação positiva moderada com a vergonha, nomeadamente com o ataque ao *self*, evidenciando-se uma relação significativa entre vergonha e depressão (Gilbert, Allan e Goss, 1996; Gilbert e Gerlsma, 1999; Gilbert, 2000; Tangney, Wagner e Gramzow, 1992). Os

resultados obtidos são semelhantes nos grupos. A vergonha pode ser considerada um fator moderador dos sintomas psicopatológicos e da violência doméstica (Shorey, 2011). A vergonha tem sido reconhecida como componente significativo para um leque de problemas de saúde mental (Gilbert, 1997; Tangney e Dearing, 2002) e em oposição, indiretamente a depressão prevê um aumento da vergonha e um maior isolamento, diminuindo a eficácia pessoal (Rathigan et al., 2011).

No grupo APAV a autocompaixão relaciona-se negativamente, de forma moderada, com o autocrítico e com a vergonha, ou seja, quando a autocompaixão aumenta, o autocrítico e a vergonha diminuem, e quando a autocompaixão diminui o autocrítico e a vergonha aumentam. Estes valores tendem para os encontrados na literatura, com a autocompaixão a relacionar-se negativamente com a depressão, ruminação, autocrítico, ansiedade, perfeccionismo, conectam-se, portanto com os afetos negativos (Gilbert e Procter, 2006; Neff, Kirkpatrick e Rude, 2007). Poder-se-á associar, também, a vergonha aos afetos negativos justificando assim, a relação negativa entre autocompaixão e vergonha encontrada. Na amostra online a associação entre a autocompaixão e o autocrítico é significativamente negativa, sendo que quando uma tende a aumentar a outra tende a diminuir, indo ao encontro do que a literatura refere. No que diz respeito à associação entre autocompaixão e vergonha é negativa (Gilbert e Procter, 2006; Neff, Kirkpatrick e Rude, 2007).

Em ambas os grupos foram observadas associações positivas com o autocrítico, tal como no estudo realizado por Ferguson e Crowley (1997), onde se verificou a existência de uma associação positiva entre a propensão para a vergonha e a tendência para o ataque ao *self* e aos outros.

Chegando a este ponto torna-se pertinente refletir sobre as limitações do estudo. A especificidade da população, bem como a amostra reduzida pode ter condicionado a análise estatística. O estado emocional das vítimas e a sua flexibilidade e disponibilidade emocional, associado ao extenso protocolo e à escolaridade de algumas das inquiridas pode ter influenciado resultados.

A aceitação de participação na investigação pode ter sido influenciada pela empatia construída na relação terapêutica, pela gratidão por parte do utente e pela desejabilidade social, podendo tais motivos, contribuir para um enviesamento dos resultados. Em oposição o grupo recolhido online poderá ter dados mais fidedignos devido ao distanciamento e não reconhecimento do investigador, levando a que o nível de sinceridade nas respostas dadas seja maior, sem enviesamentos associados a fatores emocionais e sociais.

Seria interessante reproduzir a investigação usando também elementos do sexo masculino, podendo contribuir para a melhor percepção do fenómeno da violência doméstica. Tendo em conta que a literatura aponta para a utilização de tipos de violência diferentes segundo o sexo da vítima e agressor seria enriquecedor para a comunidade científica um estudo comparativo entre ambos.

Tendo em conta as limitações já apontadas é de realçar a importância da replicação do estudo, com uma amostra mais significativa e extensa e com condições de aplicação mais adequadas e específicas, permitindo assim obter resultados mais significativos.

Conclusão

Os resultados obtidos são no sentido esperado, sendo as vítimas as que obtêm níveis psicopatológicos superiores, quando comparadas com a população geral. A vitimização demonstrou ter influência na regulação emocional das vítimas e esta mostra-se relacionada com a psicopatologia.

Estes resultados apontam para a importância da criação de estratégias que visem promover uma maior regulação emocional, por exemplo, focadas nas terapias da compaixão. Segundo Gilbert e Procter (2006) que realizaram um estudo piloto de treino de mente compassiva para pessoas com níveis elevados de vergonha, e autocrítico, mostrando reduções significantes na depressão, ansiedade, autocrítico, vergonha e em comportamentos de inferioridade e submissos. Em contrapartida, notou-se um aumento significativo associado a sentimentos de calor com o *self*. Assim sendo, pode concluir-se que as terapias de 3ª geração, associadas com competências compassivas poderão ser úteis em pacientes que apresentem históricos traumáticos, como as vítimas de violência doméstica.

Será ainda relevante aprofundar o conhecimento acerca da relação entre os sintomas psicopatológicos, a autocompaixão, o autocrítico e a vergonha no processo de vitimação, poderá ter implicações na intervenção.

Referências

Aldao A, Nolen-Hoeksema S. e Schweizer S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004

- Apóstolo, J., Mendes, A. e Azeredo, Z. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 863-871. doi: 10.1590/S0104-11692006000600006
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2016). Obtido em 15 de julho de 2016, de http://www.apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2015.pdf
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (19 de setembro de 2016). Obtido de <http://www.apav.pt/vd/index.php/zoo/porque-uma-vitima-se-mantem-numa-relacao-violenta>
- Azir, R., Amir, M. e Swisa, A. (2005). Self-criticism, dependency and posttraumatic stress disorder among a female group of help-seeking victims of domestic violence in Israel. *Personality and Individual Differences*, 38, 1231–1240. doi: 10.1016/j.paid.2004.08.006
- Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B. e Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science e Medicine*, 75, 959-975. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.04.025
- Blatt, S. J. e Zuroff, D. C. (1992). Interpersonal relatedness and self – definition: two prototypes for depression. *American Psychologist*, 50, 1003 -1020. doi: 10.1037/0012-1649.39.3.470
- Campbell, J. e Ellison, J. (2005). Shame coping styles and psychopathic personality traits. *Journal of Personality Assessment*, 84, 96-104. doi: 10.1207/s15327752jpa8401_16
- Castilho, P. e Pinto-Gouveia, J. (2011a). Autocompaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala de Autocompaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230
- Castilho, P. e Pinto-Gouveia, J. (2011b). Auto-Criticismo: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala das Formas do Auto-Criticismo e Auto-Tranquilização (FSCRS)

e da Escala das Funções do Auto-Criticismo e Auto-Ataque (FSCS). *PSychologica*, 54, 63-86

Devries, K., Mak, J., Bacchus, L., Child, J., Falder, G. e Petzold, M. (2013). Intimate partner violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med*, 10(5). doi: 10.1371/journal.pmed.1001439

Dunkley, D. M., Blankstein, K. R. e Flett, G. L. (1997). Specific cognitive – personality vulnerability styles in depression and the five - factor model of personality. *Personality and Individual Differences*, 23, 1041 – 1053. doi: 10.1016/s0191-8869(97)00079-2

Elison, J., Lennon, R. e Pulos, S. (2006). Investigating the compass of shame scale: The development of Compass of shame scale. *Social Behavior and personality*, 34, 221-238

European Union Agency for Fundamental Rights. (2014). Violence against women: an EU-wide survey. Main results

Ferguson, T. e Crowley, S. (1997). Gender Differences in the Organization of Guilt and Shame. *Sex Roles*, 37, 19-44. doi: 10.1023/a:1025684502616

Garcia-Moreno, C., Heise, L., Jansen, H., Ellsberg, M. e Watts, C. (2005). Public Health. Violence Against Women. *Science*, 310, 1282-1283. doi:10.1126/science.1121400

Gilbert, P. (1995). Biopsychosocial approaches and evolutionary theory as aids to integration in clinical psychology and psychotherapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2, 135- 156. doi: 10.1002/cpp.5640020302

Gilbert, P., Allan, S. e Goss, K. (1996). Parental Representations, Shame, Interpersonal Problems, and Vulnerability to Psychopathology. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3, 23-34. doi: 10.1002/(sici)1099-0879(199603)3:1<23::aid-cpp66>3.0.co;2-o

Gilbert, P. e Andrews, B. (1998). *Shame: Interpersonal behaviour, psychopathology, and culture*. New York: Oxford University Press

Gilbert, P. e McGuire, M. (1998). Shame, social roles and status: The psychobiological continuum from monkey to human. In Gilbert, P. e Andrews, B. (Eds.). *Shame:*

Interpersonal Behavior, Psychopathology and Culture (99-125). New York: Oxford University Press.

Gilbert, P. e Gerlsma, C. (1999). Recall of shame and favouritism in relation to psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 357-373. doi: 10.1348/014466599162962

Gilbert, P. (2000a). Social mentalities: Internal 'social' conflicts and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. In P. Gilbert e K. G. Bailey (Eds.), *Genes on the couch: Explorations in evolutionary psychotherapy*. Hove: Brunner-Routledge

Gilbert, P. (2000b). The Relationship of Shame, Social Anxiety and Depression: The Role of the Evaluation of Social Rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 7, 174-189. John Wiley e Sons, Ltd. Doi: 10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U

Gilbert, P. (2002). Body Shame: A Biopsychosocial Conceptualisation and Overview, with Treatment Implications. In P. Gilbert and J. Miles, (Eds.). *Body Shame: Conceptualisation, Research and Treatment*, 3-54. London: Brunner-Routledge

Gilbert, P., Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V. e Irons, C. (2004). Criticizing and reassuring oneself: an exploration of forms, styles and reasons in female students. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 31 – 50. doi: 10.1348/014466504772812959

Gilbert, P. e Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. Doi: 10.1002/cpp.507

Jacobucci, P. e Cabral, M. (2004). Depressão e traços de personalidade em mulheres vítimas de violência doméstica. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26 (3). doi: 10.1590/s1516-44462004000300018

Kirkwood, C. (1993). *Leaving abusive partners: from the scars of survival to the wisdom for change*. London: Sage

Krieger, T., Berger, T. e Holtforth, M. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of Affective Disorders*, 202, 39–45. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.032

- Lawrence, A. e Taft, C. (2013). Shame, posttraumatic stress disorder, and intimate partner violence perpetration. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 191–194
- Lisboa, M. (2008) Gender Violence in Portugal: A national survey of violence against women and men. Summary of results. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa
- Loke, A., Wan, M. e Hayter, M. (2012). The lived experience of women victims of intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 2336–2346, doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04159.x
- Lovibond, S. H. e Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation
- Lutwak N, Ferrari JR. (1997). Understanding shame in adults: retrospective perceptions of parental-bonding during childhood. *The Journal of nervous and mental disease. 185* (10), 595-598. doi: 10.1097/00005053-199710000-00001
- Manual Alcipe: Para o atendimento de mulheres vítimas de violência* (2ª Edição Revista e Atualizada ed.). (2010). Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
- Neff, K. D. (2003a). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity, 2*, 223-250. doi: 10.1080/15298860390209035
- Neff, K. D. (2003b). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity, 2*, 85-101. doi: 10.1080/15298860390129863
- Neff, K. D. (2004). Self-compassion and psychological well-being. *Constructivism in the Human Sciences, 9*, 27-37
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. e Rude, S. S. (2007). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality, 41*, 139 – 154. doi:10.1016/j.jrp.2006.03.004
- Neff, K. D., Pisitsungkagarn, K. e Hsieh, Y. (2008). Self-compassion and self-construal in the United States, Thailand, and Taiwan. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 39*, 267-285. doi:10.1177/0022022108314544

- Neff, K. D. e Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: two different ways of relating to oneself. *Journal of personality*. 77 (1), 23-50. doi: 10.1111/j.1467-6494.2008.00537.x
- Nijenhuis, E., Spinhoven, P., van Dick, R., van der Hart, O. e Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlater with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 711-730. doi: 10.1023/a:1024493332751
- Pestana, M. e Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados Para Ciências Sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo
- Rhatigan, D., Shorey, R. e Nathanson, A. (2011). The Impact of Posttraumatic Symptoms on Women's Commitment to a Hypothetical Violent Relationship: A Path Analytic Test of Posttraumatic Stress, Depression, Shame, and Self-Efficacy on Investment Model Factors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 3 (2), 181–191. doi: 10.1037/a0020646
- Shorey, R., Sherman,A., Kivisto, A., Elkins, S., Rhatigan,D. e Moore, T. (2011). Gender Differences in Depression and Anxiety Among Victims of Intimate Partner Violence: The Moderating Effect of Shame Proneness. *Journal of Interpersonal Violence*, 26 (9) doi:10.1177/0886260510372949
- Tangney, J. P., Wagner, P. e Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*. 101 (3), 469-478. doi: 10.1037/0021-843x.101.3.469
- Tangney J. e Dearing R. (2002). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press
- Tjaden, P. e Thoennes, N. (2000). Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence. Findings From the National Violence Against Women Survey. *Center of Disease Control*
- United Nation Population Foundation (s.d.). Obtido em 15 de julho de 2016, de <http://www.unfpa.org/gender-based-violence>
- World Health Organization. (2010). *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized healthsettings*. Obtido em 15 de julho de 2016, de http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241548069_eng.pdf

World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*.

World Health Organization. (2016). Obtido em 15 de julho de 2016, de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>

Zuroff, D. C., Moskowitz, D. S. e Côté, S. (1999). Dependency, self-criticism, interpersonal behaviour and affect: Evolutionary perspectives. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 231–250. doi: 10.1348/014466599162827