Índice Geral

Introdução 2

Violência Doméstica 2

Trauma 6

Dissociação 7

Objectivos 9

Metodologia 9

Procedimentos e Amostras 9

Instrumentos 11

Plano do Estudo e Análise Estatística 14

Resultados 16

Descritivas 16

Correlações entre experiências traumáticas, dissociativas e sintomas psicopatológicos 20

Correlações entre as experiências dissociativas psicoformes e sintomas psicopatológicos 21

Correlações entre experiências dissociativas somatoformes e sintomas psicopatológicos. 22

Preditores da dissociação psicoforme patológica 22

Preditores da dissociação somatoforme patológica 22

Discussão 24

Bibliografia 27

Apêndices

A: Consentimento Informado
B: Inventário Violência Doméstica
C: Quadro das correlações das medidas utilizadas no estudo

Anexos

1: DES
2: SDQ-20
3: TEC
4: BSI
5: BDI
6: Autorização para a realização do estudo

Introdução

Violência Doméstica

A Violência Doméstica não é um fenómeno novo nem um problema exclusivamente nacional. A visibilidade crescente que tem vindo a adquirir associada à redefinição dos papéis de género, e à construção de uma nova consciência social e de cidadania, bem como à afirmação dos direitos humanos, levaram os poderes públicos a definir políticas de combate a um fenómeno que durante muitos anos permaneceu silenciado (Antunes, 2003).

As Nações Unidas, na Declaração sobre os Direitos Humanos, (World Medical Association, 1999) assinalam o fenómeno como global, pois tem vindo a ser praticado através dos tempos e tem características semelhantes em países culturalmente e geograficamente distintos.

A concepção do homem como sujeito de poder e da mulher como seu objecto tem uma longa duração. Historicamente o mundo foi-se constituindo de forma desigual com a mulher a ficar dependente e completamente refém do poder do homem (Dias, 2003).

Em relação à questão de como se terá implantado esta desigualdade de género, Pessis e Martin (2005), avançaram com uma teoria. Nos primórdios, o *Homo sapiens* terá necessitado de um grau de coesão e solidariedade imprescindível para a sua sobrevivência, transcendendo as diferenças de género. A fragilidade da criança terá acarretado a divisão de trabalho por género para lhe garantir a sobrevivência. As mulheres não terão sido excluídas das tarefas de defesa/ataque e transmissão de conhecimento mas terá sido dada maior importância à sua função de procriação e protecção da criança (Pessis & Martin, 2005).

De acordo com as mesmas autoras, a partir de formas de vida estruturadas com base na caça e colheitas sazonais, terão ocorrido novas transformações na organização social. Aqui a mulher terá assumido mais as funções de maternidade e de trabalho agrícola; em contrapartida, o homem ter-se-á ocupado da defesa do território, do alimento e da riqueza. Na sociedade agrícola a mulher terá estado subordinada às ordens do homem.

Gradualmente terá havido apropriação masculina do conhecimento cujo acesso se vedou às mulheres.

A construção cultural e social de género não foi estática, e ter-se-á elaborado em cada época e em cada sociedade, como destaca Aguado (2005). De acordo com o respectivo autor, as relações de desigualdade e de subordinação da mulher em relação ao homem foram mantendo-se ao longo dos séculos, embora diferentes em cada época e em cada sociedade. Na

Grécia antiga os cidadãos, homens livres nascidos em Atenas, eram os únicos que possuíam o poder, detendo a educação, autoridade, mobilidade e capacidade de decisão. As mulheres não podiam participar na vida social, sendo confinadas à esfera privada (Arendt, 2001). Nos primeiros tempos, o patriarcado encontrava-se na origem da ordem social das comunidades e, segundo Font & Dolors (2005), este era fundamentado em ideologias sexistas da inferioridade natural do sexo feminino convergindo em relações sociais assimétricas e hierárquicas entre o homem e a mulher. Nos contratos de matrimónio, a mulher ostentava meramente a qualidade de objecto de troca (Font & Dolors, 2005).

Na religião cristã do mundo ocidental, o Texto Sagrado contribuiu para o acentuar da assimetria sexual de toda a Idade Média (Duby & Perrot, 1990).

Durante os séculos da Idade Média vigoraram as ideias eclesiásticas que foram responsáveis pela morte de imensas mulheres, de onde se destacou a obra da inquisição.

Também noutras religiões, como o Islamismo a mulher ocupou sempre um lugar de inferioridade. Ainda hoje no mundo islâmico existe uma clara evasão da esfera pública e privada, da mulher, que continua a ser mantida em casa. Em suma, perpetua-se um modelo familiar e de poder onde a mulher continua a valer e merecer muito menos que o homem (Alvim, 2006; Carstens, 2005).

É de notar também a importância do sistema legal como um dos factores para o fundamento das relações assimétricas entre homens e mulheres. O que não é de estranhar, pois o sistema legal apoia-se nos valores culturais que imperam em cada contexto e é influenciado pelos princípios religiosos prevalentes (Beleza, 1990; Silva, 1995).

Em Portugal, só em 1910 terminou o dever de obediência da mulher ao marido e somente em 1931 foi reconhecido o direito de voto às mulheres, mas somente àquelas que fossem diplomadas com curso superior ou secundário. Em 1974, o Código Civil reconheceu à mulher a igualdade na decisão sobre a vida conjugal e dos filhos. Finalmente, em 1980 Portugal ratificou a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres na segunda Conferência da ONU para a Década da Mulher (Beleza, 1990; Silva, 1995).

A palavra violência vem do étimo latino *vis,* que significa *força* (Dicionário Latim-Português, 2001). A violência indica, em todos os casos, o recurso à força para atingir o outro na sua integridade física e/ou psicológica. A palavra violência, nos dicionários

normalmente visando, através do constrangimento ou ameaça, a consecução de certo
-Brasileira da Cultura, 1976, p.1258).

O problema da violência é uma questão de amplitude universal e é, actualmente considerado, como salienta Antunes (2003), um problema de qualidade de vida, de saúde pública e de paz social. Segundo Fischer (1992) a violência é uma forma particular de força, que se caracteriza muitas vezes pelo recurso a meios físicos para atingir outrem. A violência pode exercer-se de uma forma directa ou indirecta e comportar vários graus (p. ex., matar, ferir, ameaçar), bem como assentar em diversos níveis tais como na fé, na liberdade ou na integridade física. O Primeiro Relatório Mundial sobre a Violência definiu a violência como

outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação da
.). As estatísticas põem a descoberto a existência da violência doméstica como uma tragédia de dimensões mundiais (Amnistia Internacional, 2007). E de acordo com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, a violência contra as mulheres pode ser considerada como a mais grave violação dos direitos humanos das mulheres em Portugal. Segundo a mesma fonte, continuam a existir na sociedade portuguesa (e também noutras sociedades do globo) muitas atitudes e práticas discriminatórias e inadequadas (APAV, 2006). Antunes (2003) enfatiza a noção de que, a violência contra a mulher pertence a uma relação do tipo dominação - submissão. Nesse sentido, a violência contra a mulher deveria ser perspectivada mais como um facto social do que patológico. Mas para este autor, a patologia tende a ser um elemento integrante.

Os entendimentos acerca da violência têm sido diversos ao longo dos tempos, variando, quer em função do processo de construção das nossas sensibilidades, quer em função das diversas definições pelas quais o fenómeno tem passado (Pais, 1996). Não existe uma definição universal de violência, por um lado porque é um conceito histórico e universal e porque a própria definição de violência nos remete para a história e cultura de cada sociedade. Nas palavras de Costa (2003), é um fenómeno que atravessa os tempos, mas que nem por isso logrou a merecida atenção. De acordo com Portugal (2003) dever-se-á encarar as sucessivas designações e definições como fazendo parte da própria construção social do problema e das diversas abordagens políticas, jurídicas, organizacionais e académicas.

O fenómeno da violência doméstica é difuso e complexo, pois a noção de comportamentos aceitáveis ou inaceitáveis é influenciado pela cultura e evolução dos valores normais sociais. A ampla variedade dos códigos morais que imperam nos diferentes países e culturas torna a violência uma das questões mais difíceis e delicadas de abordar a nível mundial (Krug, et al., 2002).

A violência contra as mulheres tem sido designada de *síndroma da mulher batida* ou por *maus tratos*. Diz-se que existem maus tratos quando um marido, companheiro de facto ou coabitante, inflige deliberadamente dano físico e/ou emocional sobre a sua esposa ou companheira. Os maus tratos são um padrão de controlo coercivo, envolvendo o exercício de poder e do domínio, num relacionamento íntimo. Quer o agressor seja feminino, quer masculino, a sua intenção é dominar o outro, fazê-lo sentir-se subordinado, sem valor e com medo. Estes comportamentos de violência podem ocorrer em episódios esporádicos ou crónicos, durante certo período de tempo ou durante várias décadas, deixando marcas significativas, quer físicas, quer psicológicas. De forma isolada ou em associação, os maus tratos à mulher ocorrem, habitualmente, no contexto de uma vitimação múltipla e podem incluir: maus tratos físicos, isolamento social e relacional, intimidação, maus tratos emocionais, verbais e psicológicos, recurso ao privilégio masculino, ameaças, violência sexual e controlo económico. É desta forma que, muitas vezes, o agressor controla, intimida, exerce domínio, poder e medo sobre a mulher (Alexander, 1993; Gonçalves & Machado, 2002; Ribeiro, 2001; Walker, 1994).

A violência doméstica constitui um conceito mais abrangente que inclui qualquer acto, conduta ou omissão que sirva para infligir, reiteradamente e com intensidade, sofrimentos físicos, sexuais, mentais ou económicos, de forma directa ou indirecta (através de ameaças, enganos, coacção ou qualquer outro meio) a qualquer pessoa que habite no mesmo agregado doméstico privado (pessoas: crianças, jovens, mulheres, homens ou idosos que vivem em alojamento comum) ou que, não habitando no mesmo agregado doméstico, seja cônjuge ou companheiro marital ou ex-cônjuge ou ex-companheiro marital (Alexander, 1993; Gonçalves & Machado, 2002; Ribeiro, 2001; Walker, 1994).

Esta violência insere-se num sistema patriarcal, onde subsiste uma tolerância para como o homem que agride a sua companheira, ainda que as leis determinem a igualdade entre os sexos. Diversos estudos sustentam a existência de padrões de domínio e poder como promotores da conflitualidade na interacção conjugal. Nesta dinâmica de influências, diversos

autores, referem encontrar sistematicamente padrões de comunicação rígidos e sequenciais, envolvidos num clima de afectos negativos, onde a belicosidade do agressor corresponde ao medo e resistência da vítima (Alexander, 1993; Gonçalves & Machado, 2002; Ribeiro, 2001; Walker, 1994).

A violência aqui descrita não possui uma definição universal. E o seu significado diverge consoante a cultura e varia no tempo e espaço, dai que os mesmos factos não sejam sempre julgados e apreendidos segundo os mesmos critérios (Ribeiro, 2001).

Diversos trabalhos têm-se debruçado sobre o bem-estar físico e psicológico das vítimas de violência doméstica. Nesses estudos a depressão, o trauma e o stress pós-traumático, com sintomas intrusivos e ruminativos são factores apontados como resultantes à exposição à vitimização (Rowbottom, Gordon, Jarvis, & Novaco, 2005). A exposição violenta na história da família da mulher é também uma variável crucial, assim como o abuso físico e sexual durante a infância, que se encontram intimamente relacionadas com a depressão em adulto, com o trauma e a re-vitimização (Rowbottom, et al., 2005). Noutro estudo destaca-se também a baixa auto-estima para além da depressão e do stress pós-traumático (Levendosky & Graham-Bermann, 2001). Será importante também referir o impacto da violência nas crianças: o facto de muitos de os actos serem realizados em frente das crianças, despoleta, de acordo com o estudo de Evans, Davies e DiLillo (2008), muitos sentimentos de interiorização, exteriorização e sintomas do trauma.

Para a avaliação da violência, existe em Portugal o *Manual da Escala de Crenças sobre Violência Conjugal*, que avalia as crenças sustentadas em torno da violência na intimidade, permitindo compreender melhor as reacções dos sujeitos nela envolvidos e também perceber o enquadramento cultural mais amplo em que estas atitudes e práticas surgem (Machado, Matos & Gonçalves, 2008). Existe ainda o *Inventário de Violência Conjugal* que tipifica as formas de violência praticadas e recebidas nas relações de tipo conjugal e a sua regularidade, preenchendo também uma lacuna no leque de instrumentos disponíveis para a população portuguesa (Machado, et al., 2008). No entanto, são questionários de valor monetário elevado e os seus autores não os facultam graciosamente.

Trauma

O Trauma constitui uma ruptura física abrupta nas experiências diárias, muitas vezes com perda de controlo sobre o corpo. O evento aterroriza de tal maneira a vítima que a mente distorce o evento ou o faz desaparecer da consciência, usando o estado de consciência

denominado de dissociação para escaparem ao impacto psicológico total (Humphreys & Joseph, 2004). Eventos traumáticos podem ter várias formas, podem ser de curta ou longa duração inesperados ou repetitivos e esperados. Os traumas também diferem na gravidade, o qual é muitas vezes subjectivamente determinado. Apesar destas diferenças, reacções como a dissociação são comuns em todos os indivíduos traumatizados. No entanto, a extensão da dissociação depende do indivíduo e da natureza do trauma (Classen & Koopman, 1993).

Na avaliação do trauma existem diversos questionários, um dos mais utilizados é o *Traumatic Experiencies Checklist* (TEQ). Este questionário de experiências traumáticas elaborado por Nijenhuis, van der Hart & Vanderlinden, aborda vários tipos de trauma, o ambiente em que ocorreram, a idade em que tiveram lugar e o impacto da situação (Nijenhuis, 1998).

Dissociação

A dissociação é um processo psicofisiológico complexo de falha de integração de processos mentais que produz diversas alterações, onde se destacam as alterações de si mesmo, principalmente no acesso à memória e no conhecimento e na integração do comportamento (Brunner, Parzer, Schuld & Resch, 2000; Putman, 1993; Spiegel & Cardeña, 1991; Vanderlinden, 1993). O termo dissociação deriva da expressão grega *dys* (dificuldade) e *sociar* (unir ou ligar). Assim, dissociação significa separar ou desligar elementos que estavam unidos e é o oposto de associação (Cardeña, 1994; Steinberg, 1994).

Embora exista alguma controvérsia, alguns investidores apontam a dissociação como uma das principais respostas ao stress. Os estudos mostram que o stress associado à experiência ou ao testemunho do trauma físico pode provocar alterações abruptas no estado mental, incluindo ansiedade e breves sintomas dissociativos. Sintomas dissociativos severos podem indicar subsequente stress pós-traumático (Classen & Koopman, 1993).

A dissociação pode ser revelada através de duas formas, a psicológica e a somática (Näring & Nijenhuis, 2005; Nijenhuis, et al. 1996; Nijenhuis, 2000; Van der Hart et al., 2000; Waller, et al., 2000). Salienta-se que ambas são fenómenos mentais e as designações só estabelecem as formas através das quais a dissociação pode ser expressa. De acordo com Nijenhuis (2000), a *dissociação psicoforme* é manifestada em aspectos mentais e a *dissociação somatoforme* é expressa corporalmente.

A dissociação psicoforme poderá ser designada por um mecanismo essencial das perturbações dissociativas, perturbação de stress pós-traumático, conversivas e patologia

borderline da personalidade. De acordo com diversos autores, a dissociação psicoforme encontra-se associada à psicopatologia de várias ordens, tais como o sofrimento emocional geral, o abuso sexual, os sintomas de ansiedade e depressão, a hostilidade, a fobia e somatização, o psicoticismo, a ideação paranóide e sintomas obsessivos. (Grabe et al., 1999; Walker et al., 1992; Baker et al., 2003; Norton et al., 1990; Allen et al., 1996; Kennedy et al., 2004; Moskowitz et al., 2005).

A dissociação somatoforme, apresenta associações similares, nomeadamente com as perturbações dissociativas, de stress pós-traumático, conversivas, somatoformes e alimentares, e com psicopatologia geral, abuso sexual e somatização (Dell, 2002; Nijenhuis, 2000; Nijenhuis et al., 1998; Sar et al., 2000; El-Hage et al., 2002; Waller et al., 2000; Kuyk et al., 1999; Roelofs et al., 2002; Lightstone, 2004).

É demonstrado em alguns estudos que ambos os sexos são mais vulneráveis à dissociação psicoforme quando têm sintomas de ideação paranóide, psicoticismo e depressão (Espírito Santo & Pio Abreu, 2007; Merckelbach et al., 2000; Rufer, Fricke, Held, Cremer, & Hand, 2006). Num estudo português as mulheres com dissociação patológica tiveram mais sintomas de psicoticismo e ideação paranóide. Algumas investigações demonstraram que os mais jovens têm com mais frequência dissociação patológica (Espírito Santo & Pio Abreu, 2007, (Näring & Nijenhuis, 2005; Seedat et al., 2003; Spitzer et al., 2006).

Em termos de medidas para a avaliação da dissociação, existem diversos questionários, onde se salientam a *Dissociative Experiences Scale*, DES (Bernstein & Putnam, 1986) e o *Somatoform Dissociation Questionnaire*, SDQ-20 para avaliar a dissociação somatoforme (Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart & Vanderlinden, 1996).

Para além destes, há vários instrumentos que medem a dissociação psicoforme. Dessas avaliações destacam-se o Dissociative Questionnaire (DIS-Q; Vanderlinden, van Dyck, Vandereycken & Vertommen, 1991); a Perceptual Alteration Scale (PAS; Sanders, 1986); o Questionnaire on Experiences of Dissociation (QED; Riley, 1988) e o recente Multiscale Dissociation Inventory (MDI; Briere, Weathers, & Runtz, 2005). Recentemente, Dell (2006) desenvolveu um questionário de auto-registo que avalia a dissociação patológica e diagnostica as perturbações dissociativas, o Multidimensional Inventory of Dissociation (MID). Apesar da diversidade, a mais estudada tem sido a DES.

Objectivos

Sabedoras de que as vítimas de violência doméstica tendem a ter sido vítimas de situações traumáticas no passado, quisemos saber que tipos de trauma são comuns nesta população.

Conhecida a importância do trauma no desenvolvimento da dissociação somatoforme e psicoforme fomos analisar se as vítimas de violência doméstica sofrem de dissociação psicoforme e/ou somatoforme.

Quisemos também averiguar que tipos de trauma e de sintomas psicopatológicos se associam à dissociação patológica em mulheres vítimas de violência doméstica.

Finalmente, pretendemos saber quais as variáveis que predizem a dissociação, quer psicoforme, quer somatoforme.

Metodologia

Procedimentos e Amostras

A administração do protocolo de avaliação foi efectuada entre Janeiro e Abril de 2009 e a participação das mulheres no nosso estudo foi sempre voluntária e objecto de consentimento informado. Algumas mulheres foram também avaliadas em consultas, em regime de acompanhamento regular. Os dados demográficos foram obtidos mediante a consulta dos processos individuais.

Para a realização desta investigação foram tidos em consideração os princípios éticos presentes na Declaração de Helsínquia (WHO, 2004). Para garantir a confidencialidade e o anonimato foi lido e assinado o consentimento informado (ver Apêndice A) a cada utente. Na recolha de participantes para a investigação foram explicados os seguintes parâmetros: os objectivos 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

A amostra, de conveniência, ficou constituída por todos os sujeitos da CIR, correspondendo a 20 mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 45 anos. Como se deduz pela análise do Quadro 1, a média das idades das mulheres inquiridas rondou os 30 anos ($M \pm DP$ = 29,75 ± 8,87), com um mínimo de 18 anos e máximo de 45 anos. A maior parte das inquiridas era solteira (55%), estava no 2º ciclo de escolaridade (45%), era trabalhadora não-qualificada (50%) e residia em Coimbra (55%).

As categorias de idade contêm a mesma proporção de valores (X^2 = 4,90; p > 0,05). Quanto ao estado civil, não tivemos proporções iguais para cada categoria (X^2 = 10,80; p < 0,05). Em relação às categorias profissionais, as proporções não foram semelhantes (X^2 = 8,40; p < 0,05).

Quadro 1

Características Sociodemográficas de uma Amostra de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica (N=20).

	N	%	M	DP
Idade			29,75	8,87
Anos de Escolaridade			8,50	4,24
Níveis de Escolaridade				
Analfabeto	2	10,00		
1º Ciclo	3	15,00		
2º Ciclo	9	45,00		
3º Ciclo	5	25,00		
Universitário	1	5,00		
Estado Civil				
Casada	2	10,00		
Solteira	11	55,00		
Divorciada	5	25,00		
Junta	5	10,00		
Residência				
Aveiro	3	15,00		
Beja	1	5,00		
Coimbra	11	55,00		
Guarda	1	5,00		
Lisboa	1	5,00		
Portimão	1	5,00		
Viseu	2	10,00		
Profissão				
Desempregada	4	20,00		
Trabalhador Não-Qualificado	10	50,00		
Estudante	5	25,00		
Agricultor	1	5,00		

Notas: M = média; DP = desvio-padrão.

Instrumentos

Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein & Putman, 1986; adaptação portuguesa, Espírito Santo & Pio Abreu, 2009) (Anexo 1). A DES é um questionário constituído por 28 itens que mede a frequência de experiências dissociativas. O indivíduo deve assinalar a percentagem de tempo que experimenta cada sintoma, representada por valores entre 0% a 100%, e que variam de 10 a 10%. O resultado total calcula-se através da média da soma das pontuações de todos os itens. A versão original da DES (tal como a versão portuguesa) considera um ponto de corte 30 (Carlson & Putman, 1993) e é constituída por três subescalas:

-des

versão portuguesa da DES foi realizada por Espírito Santo e Pio Abreu (2009), com base numa amostra de 507 participantes. Os resultados obtidos permitiram identificar 4 factores que explicam 5 -

Cronbach é de 0,94 e o coeficiente de bipartição é de 0,81. Os desvios-padrão elevados são possivelmente consequência da presença de comorbilidades ente diferentes grupos (Espírito Santo & Pio Abreu, 2009). A DES apresenta uma sensibilidade de 65% e uma especificidade de 86%. Na comparação entre grupo com sintomatologia dissociativa e grupo com outras perturbações psicopatológicas, a partir da análise da curva ROC foi possível estabelecer um ponto de corte de 30. Da comparação entre grupo com sintomatologia dissociativa e grupo de controlo (não clínico), obteve-se uma sensibilidade de 65% e uma especificidade de 100%. A pontuação média obtida foi de 18,81 ± 13,82 (nível moderado de dissociação). Este estudo apresenta como principais limitações, um baixo nível educacional da amostra e a utilização de amostras de conveniência, não representativas da população portuguesa (Espírito Santo & Pio Abreu, 2009). Num outro estudo português, com a DES e o BSI (Espírito Santo & Pio Abreu, 2008), os dados da análise de regressão múltipla mostram que as pessoas de ambos os géneros são mais vulneráveis à dissociação quando apresentam uma combinação de sintomas de

Abreu, 2008). Especificamente, os sujeitos do sexo feminino têm tendência para apresentar sintomas dissoci -

nível educacional. Relativamente a este último aspecto, os autores chamam a atenção para a

possibilidade de dificuldades na compreensão dos itens terem contribuído para tal resultado, visto que se tratava de indivíduos de escolaridade mais baixa.

Questionário de Dissociação Somatoforme (SDQ-20; Somatoform Dissociation Questionnaire de Nijenhuis, Spinhoven, van Dyck, van der Hart & Vanderlinden, 1998; adaptação portuguesa, Espírito Santo & Pio Abreu, 2007) (Anexo 2). O Questionário de Dissociação Somatoforme é um questionário de auto-resposta de 20 itens que medem a intensidade da dissociação somatoforme. Foi desenvolvido por Nijenhuis e colaboradores (1998) e foi adaptado à população portuguesa por Espírito Santo e Pio de Abreu (2007). Os sintomas conversivos positivos e negativos (incluindo ataques) fazem parte da sua escala. O

corresponder às respostas de imobilização pela confrontação com uma ameaça física sem saída (Nijenhuis et al., 1998). Cada item é respondido por uma escala de Likert de cinco pontos. Quanto maior a pontuação média, maior é a dissociação somatoforme. A pontuação total pode variar de 20 a 100. A melhor conexão entre sensibilidade e a especificidade do SDQ-20 localiza-se no ponto de corte de 35. O índice de sensibilidade é de 57% e o de

Cronbach, que é de 0,94. A pontuação média do SDQ-20 foi mais alta nos doentes com sintomatologia dissociativa (doentes com perturbação dissociativa, conversiva e PSPT) do que nas outras patologias (depressivas e ansiosas) (Espírito Santo & Pio de Abreu, 2007).

De acordo com o estudo realizado por Espírito Santo & Pio Abreu (2007) a versão portuguesa do SDQ-20 parece ser um instrumento adequado de avaliação da dissociação somatoforme e de discriminação de doentes com sintomatologia dissociativa dos doentes com outras patologias.

Questionário Experiências Traumáticas (TEC; Traumatic Experiencies Checklist de Nijenhuis, Van der Hart & Kruger, 2002; versão portuguesa, Espírito Santo et al., 2009) (Anexo 3). O TEC é um questionário de experiências traumáticas elaborado por Nijenhuis, Van der Hart & Kruger, 2002, que foi desenvolvido no contexto de um estudo que visava avaliar as correlações entre uma vasta gama de narrações de experiências traumáticas, incluindo a negligência emocional, o abuso emocional, e experiências somatoformes, bem como manifestações psicológicas de dissociação (Dom, Wilde, Hulstijn, & Sabbe, 2007). É um questionário de 49 itens de auto-resposta que aborda 29 tipos de trauma, a idade em que ocorreram, a sua duração assim como também o seu impacto. Aborda a negligência

emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio sexual e abuso sexual e também em que ambiente isso ocorreu (família de origem, na família alargada ou numa outra situação social) (Nijenhuis, 1998). É um questionário que mede com detalhe o assédio e experiências específicas em 4 domínios como: o abuso sexual na infância, o abuso físico na infância, a presença de violência doméstica e os traumas presentes em adulto (Foote, Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, 2006). É importante destacar a consistência interna medida 0,93 (Espírito Santo et al., 2009). Nos tipos de trauma determinados subjectivamente a consistência interna varia entre 0,78 e 0,87. As características psicométricas do TEC foram estudadas anteriormente numa população de pacientes psiquiátricos em regime de ambulatório (Dom et al., 2007).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Brief Symptoms Inventory de Derogatis & Melisaratos, 1983; adaptação portuguesa, Canavarro, 1999, 2007) (Anexo 4). O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (Brief Symptoms Inventory) é um instrumento de auto-resposta aplicável a partir dos 13 anos de idade, constituído por 53 itens, que avalia sintomas e a

-

constituindo avaliações sumárias de perturbação. Os itens de BSI traduzem elementos importantes da psicopatologia integrados nas perturbações do Eixo I da DSM-IV-TR (Derogatis, 1975, 1977, cit in Canavarro, 2007). O BSI permite fazer uma triagem rápida de situações com potencial significado clínico; monitorizar o progresso que se verificou depois de um tratamento e avaliar a eficácia do mesmo; e auxiliar na tomada de decisão no início da intervenção e no seu decurso (Derogatis, & Savitz, 1999). O BSI foi utilizado em vários estudos em diversas áreas de saúde, em diferentes países e culturas, revelando uma boa robustez psicométrica. Os níveis de consistência interna para as nove escalas, variam entre 0,71 (psicoticismo) e 0,85 (depressão) e a sua estrutura factorial, avaliada na população em geral e em população clínica (que confirmaram a estrutura dimensional subjacente à versão longa do SCL-90-R), são indicadores da
2007). Até à data, desconhecem-se estudos no nosso país, em vítimas de violência doméstica em contexto institucional. Em contexto institucional encontraram somente um estudo com a SCL-90-R (de onde foram retirados os 53 itens que constituem o BSI). Esse estudo incidiu sobre inimputáveis portadores de esquizofrenia, internados no Centro Prisional de Santa Cruz

relativamente às restantes dimensões (Marques, 2008).

Inventário Depressivo de Beck (BDI; Beck Depression Inventory de Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961; adaptação portuguesa, Vaz Serra & Pio Abreu, 1973) (Anexo 5). É uma escala depressiva de auto-avaliação, cujos resultados foram inicialmente publicados por Beck e colaboradores em 1961, mas, mesmo decorrido mais de meio século da sua existência, a sua aplicação para avaliar a depressão permanece actual. O principal objectivo deste inventário foi diferenciar todos os elementos de uma população depressiva, em confronto com elementos de outras populações, não depressivas. Este instrumento é constituído por 21 grupos de 4, 5 ou 6 afirmações, respeitantes a toda a sintomatologia depressiva. Dos 21 conjuntos de afirmações, 11 referem-se a com aspectos cognitivos, 5 a sintomas somáticos, 2 a comportamentos observáveis, 2 a afecto e 1 a sintomas interpessoais. Cada conjunto apresenta as afirmações por ordem crescente de gravidade do sintoma, para que o sujeito escolha facilmente aquela (e apenas uma) que melhor descreve a forma como se sente no momento do preenchimento. A cada afirmação corresponde um valor (0, 1, 2 ou 3). O total da soma das 21 pontuações varia no intervalo de 0 a 63, permitindo diferenciar os níveis

portuguesa em 1973 por Vaz Serra e Pio de Abreu, tendo sido usado, desde então, em várias investigações com sujeitos deprimidos. Na versão portuguesa, a média e desvio-padrão de indivíduos normais foi 3,87 ± 4,15; em doentes deprimidos foi de 25,03 ± 8,17. Os autores determinaram como ponto de corte a pontuação de 12.

A autora deste estudo pretendia usar o Inventário de Violência Conjugal (Machado, et al., 2006) mas não o fez, devido ao elevado valor monetário do instrumento. Por isso construiu um inventário designado de *Inventário de Violência Doméstica* (IVD), constituído por 38 questões simples fechadas de averiguação do tipo de violência, abrangendo áreas como o abuso físico directo e indirecto (p. ex., esmurrar, estrangular, queimar, bem como o abuso verbal); o abuso verbal (p. ex., insultos, difamações, gritos), e as restrições à liberdade (p. ex., privar economicamente e limitar economicamente), (ver Apêndice B).

Plano do Estudo e Análise Estatística

O tipo de estudo desta investigação, é exploratório/descritivo e correlacional/preditivo. Para análise estatística usámos o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, versão

15.0 para o Windows Vista). Empregámos o teste de Wilcoxon[2] para comparar a medida de tendência central com os valores hipotéticos. O teste de Wilcoxon é bastante potente quando a distribuição não é normal, ainda que tenha que ser simétrica (Maroco, 2003), o que é o caso da nossa distribuição. Para a dissociação psicoforme (DES) usámos as medianas dos seguintes estudos: Ross, Ryan, Anderson, Ross, & Hardy, 1989; Friedl, & Draijer, 2000; Spitzer, et al., 2003. Para a dissociação somatoforme (SDQ-20) usámos a mediana das investigações dos seguintes autores: Sar, et al., 2000; Lawton, Baker & Brown, 2008. Para os sintomas psicopatológicos (BSI) usámos a mediana obtida por Schwannauer, & Chetwynd, 2007. Para os sintomas depressivos, (BDI) comparámos com as medianas encontradas em dois estudos (Lincoln & Flannaghan, 2002; Symons, et al., 2004). Em relação à TEC, comparámos com as medidas do estudo português (Espírito-Santo et al., 2009).

Usámos o coeficiente Ro de correlação de Spearman para medir a relação entre as variáveis contínuas em que pelo menos em uma delas tinha distribuição normal.

Queremos saber quais são os factores psicopatológicos que predizem a probabilidade de as participantes apresentarem valores de dissociação altos. Adicionalmente, os estudos mostraram que há relação entre a dissociação (somatoforme e psicoforme) e a idade, e entre a dissociação e o estado civil e o nível educacional. Queremos, assim, investigar quais são os factores sociodemográficos que predizem a dissociação (somatoforme e psicoforme).

Usámos o teste do Qui-Quadrado[3] para comparar as proporções nos intervalos de idade, nos estados civis, nos níveis de escolaridade e nas categorias profissionais. Em relação às proporções de mulheres por áreas de residência, não foi possível computar o teste, pois tínhamos mais de 20% de categorias somente com uma pessoa.

Usámos também o teste de Shapiro-Wilk[4], para avaliar a normalidade das distribuições das variáveis.

Usámos a regressão logística múltipla (stepwise forward Wald)[5] para predizer o valor das variáveis dependentes (DES) a partir de um conjunto de variáveis independentes. Para

[2] O teste de Wilcoxon usa os desvios das medianas hipotéticas e ordena-os numa grandeza absoluta. Se a hipótese nula for verdadeira, a soma das ordenações acima de mediana hipotética (ordenações positivas) deve igualar a soma das ordenações abaixo da mediana hipotética (ordenações negativas). O teste compara a soma das ordenações positivas e negativas para determinar a significância (Maroco, 2003).

[3] O teste do Qui-Quadrado compara as frequências observadas e esperadas de cada categoria para verificar se todas as categorias contêm a mesma proporção de valores (SPSS Inc., 2004).

[4] O teste de Shapiro-Wilk é usado para decidir se a distribuição da variável sob estudo numa determinada amostra com $n < 30$ provém de uma população com uma distribuição normal (Maroco, 2003).

efectuar este procedimento estatístico tivemos de categorizar a variável dependente (dissociação psicoforme), que era contínua em duas classes (dissociação patológica > 30 e ausência de dissociação psicopatológica < 29). Efectuamos o mesmo procedimento para a dissociação somatoforme que categorizamos em duas classes (dissociação somatoforme patológica > 35 e ausência de dissociação < 34).

Primeiramente, aplicámos a regressão logística univariada para todas as variáveis de interesse. Depois para o modelo múltiplo considerámos as variáveis que na análise univariada mostraram significância estatística ($p < 0,05$), mas que não se correlacionavam entre si[6].

Resultados

Descritivas

No Quadro 2 apresentamos os valores das pontuações médias, desvios-padrão e medianas dos diversos instrumentos. No IVD a média de situações violentas e desvio-padrão é de 52,9 ± 7,65.

Relativamente ao DES total, temos uma média e desvio-padrão de 30,54 ± 14,36 e uma mediana de 28,93. Sobressai a absorção, subescala da DES, com o valor mais elevado, com a média ± desvio-padrão de 38,07 ± 19,10 e uma mediana de 36,43. A média é superior à média do estudo português (Espírito Santo & Pio Abreu, 2009) com uma amostra de população normal ($M \pm DP$ = 10,02 ± 6,50) e de que a média de uma amostra numa população psiquiátrica do mesmo estudo ($M \pm DP$ = 18,63 ± 10,19). O teste de Wilcoxon mostrou que a mediana das pontuações do DES (Mdn = 28,93) é significativamente superior ($p < 0,001$) à mediana encontrada noutros estudos (Mdn = 9,64).

Quanto ao SDQ-20, a média e desvio-padrão é de 35,15 ± 13,87 e a mediana 31,00. A média é inferior à encontrada no estudo português (Espírito Santo & Pio Abreu, 2007) com uma amostra de doentes com perturbação de stress pós-traumático. ($M \pm DP$ = 38,70 ± 11,70), mas é superior à média com uma amostra de doentes ansiosos e deprimidos ($M \pm DP$ = 29,20

[5] Neste método as variáveis preditoras são introduzidas no modelo uma de cada vez, começando com a variável que tem a associação mais alta conjugando com a variável dependente. O modelo é então calculado depois de cada variável ser acrescentada. O processo encontra o seu *terminus* quando as variáveis adicionais não melhoram o valor de R^2 (Lang & Secic, 2006).

[6] Fizemos isso para respeitar o princípio da não multicolinearidade (independência). As variáveis multicolineares contribuem para o modelo de regressão com o mesmo tipo de informação, por isso só uma é necessária (Lang & Secic, 2006). O tamanho da amostra para a construção do nosso modelo de regressão deve corresponder a um rácio caso-variavél de dez para um O tamanho da nossa amostra (N = 20) satisfaz a nossa exigência. (Lang & Secic, 2006).

± 6,70). O teste de Wilcoxon mostra que a mediana do SDQ-20 é inferior à mediana encontrada noutros estudos (*Mdn* = 33,30), mas essa diferença não é significativa (*p* = 0,77).

Na TEC, todas as médias são superiores aos valores médios obtidos no estudo português, exceptuando-se o abuso emocional. As comparações das medianas das pontuações da TEC através do teste de Wilcoxon mostrou que as diferenças significativamente superiores (*p* < 0,001) ocorrem nas medidas seguintes: trauma por assédio sexual e trauma por abuso sexual.

Quadro 2

Inventário de Violência Doméstica (IVD), Dissociação Psicoforme (DES), Dissociação Somatoforme (SDQ), Índice de Gravidade Global (IGS), Experiências Traumáticas (TEC e Subescalas), Sintomas Psicopatológicos (BSI e BDI) em Mulheres Vítimas de Violência Doméstica (N = 20).

	M	DP	Mdn
IVD	52,90	7,65	53,50
Abuso Físico Directo	18,90	2,69	19,50
Abuso Físico Indirecto	13,85	2,60	13,00
Abuso Verbal	9,90	2,05	11,00
Restrições	3,25	0,72	3,00
DES (Total)	30,54	14,36	28,93
Despersonalização/ desrealização	26,00	16,74	27,14
Absorção	38,07	19,10	36,43
Distractibilidadade	31,79	21,17	30,00
Memória Perturbada	23,17	18,93	25,83
SDQ	35,15	13,87	31,00
TEC Total de Presenças	8,65	3,82	8,00
Gravidade do Trauma			
Negligência Emocional	7,40	5,62	8,00
Abuso Emocional	1,60	3,03	0,00
Abuso Físico	3,15	4,45	1,00
Ameaça Corporal	3,80	4,64	2,50
Assédio Sexual	1,35	2,35	0,00
Abuso Sexual	3,15	4,45	0,00
Gravidade Traumática Total			
Dos 0-6 anos	4,95	5,95	4,50
Dos 7-12 anos	4,80	3,78	4,00
Dos 13-18 anos	5,00	3,63	4,00
S/ ameaça corporal	14,75	12,01	14,00
C/ ameaça corporal	15,40	12,16	14,50
Trauma na família de origem	6,60	3,70	6,00
BSI (IGS)	1,22	0,61	1,26
Somatização	1,17	0,85	0,93
Sensibilidade Interpessoal	1,44	0,88	1,25
Ansiedade	1,35	0,91	1,00
Fobia	0,78	0,76	0,70
Psicoticismo	0,87	0,59	0,80
Obsessões-Compulsões	1,23	0,85	1,58
Depressão	1,17	0,76	1,00
Hostilidade	1,15	1,03	0,80

	M	DP	Mdn
Paranóide	1,74	0,78	1,80

Notas: M = média; DP = desvio-padrão; Mdn = mediana.

No BSI temos uma média e desvio-padrão de 1,22 ± 0,61 e a mediana de 1,26. Das subescalas do BSI destacamos a paranóide (*M* ± *DP* = 1,74 ± 0,78) e a sensibilidade interpessoal (*M* ± *DP* = 1,44 ± 0,88; *Mdn* = 1,25). A média é superior ao estudo português (Canavarro, 2007) com uma amostra de população geral (*M* ± *DP* = 0,84 ± 0,48), mas inferior ao de amostra com indivíduos com perturbação emocional (1,43 ± 0,71). O teste de Wilcoxon mostrou, que a mediana do índice geral de sintomas BSI é significativamente superior (p = 0,02) à mediana verificada noutros estudos (*Mdn* = 0,85).

Relativamente aos sintomas depressivos medidos pelo BDI, temos uma média de 16,85 ± 10,68, a média corresponde a um grau leve de depressão segundo o estudo português de validação (Vaz Serra & Pio Costa Abreu, 1973). O teste de Wilcoxon mostrou uma diferença não significativa (*p* = 0,22) entre a mediana (17,50) e a mediana encontrada noutra investigação (19,75).

A incidência de dissociação patológica psicoforme e somatoforme pode ser vista nas Figuras 1 e 2.

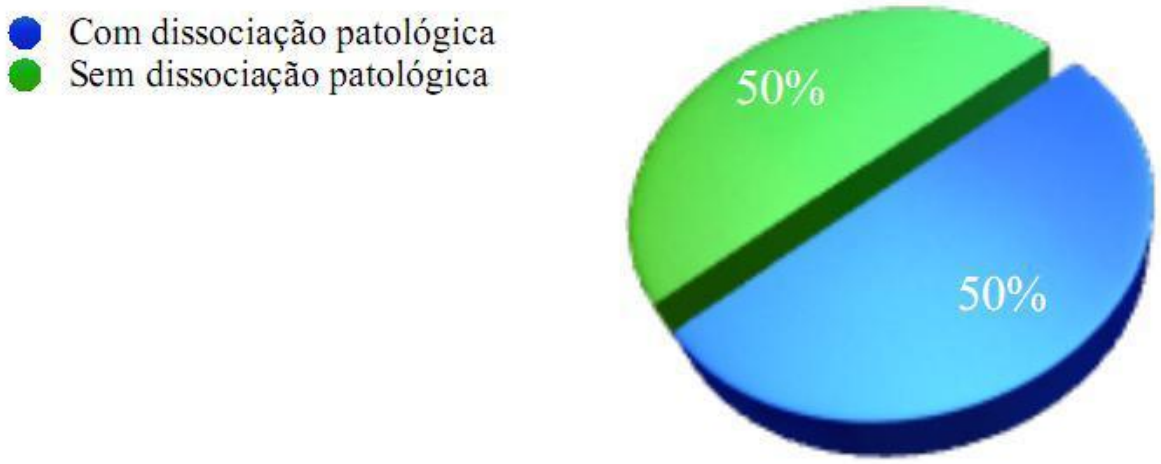


Figura 1. Incidência de dissociação psicoforme patológica em mulheres vítimas de violência doméstica (*N* = 20).

Para as mulheres participantes nesta investigação, observou-se uma incidência de dissociação patológica em 50% dos casos.

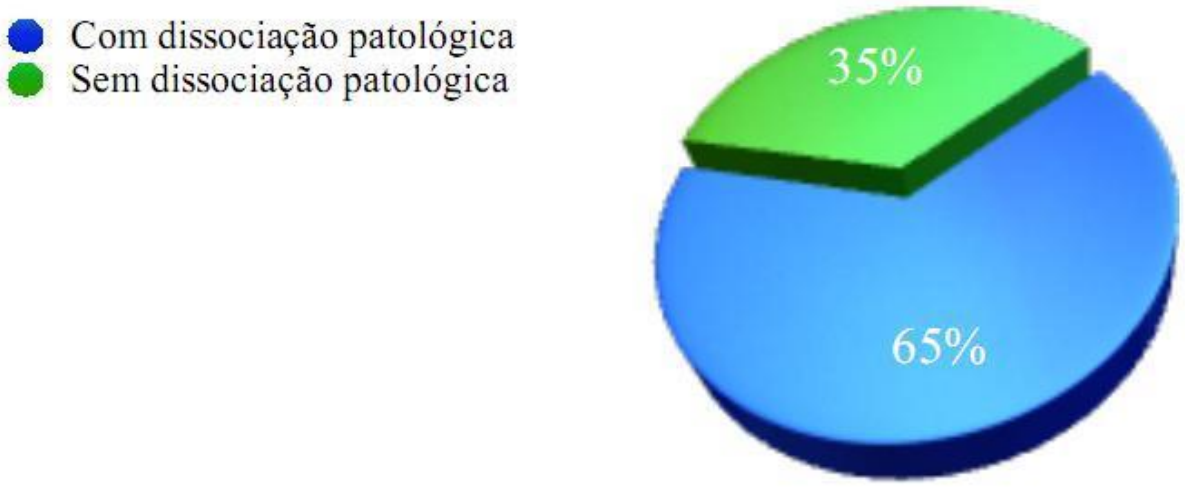


Figura 2. Incidência de dissociação somatoforme patológica em mulheres vítimas de violência doméstica (*N* = 20).

Sessenta e cinco por cento das mulheres vítimas de violência doméstica sofrem de dissociação somatoforme.

Os tipos de traumas vividos pelas mulheres vítimas de violência doméstica são mostrados na Figura 3.

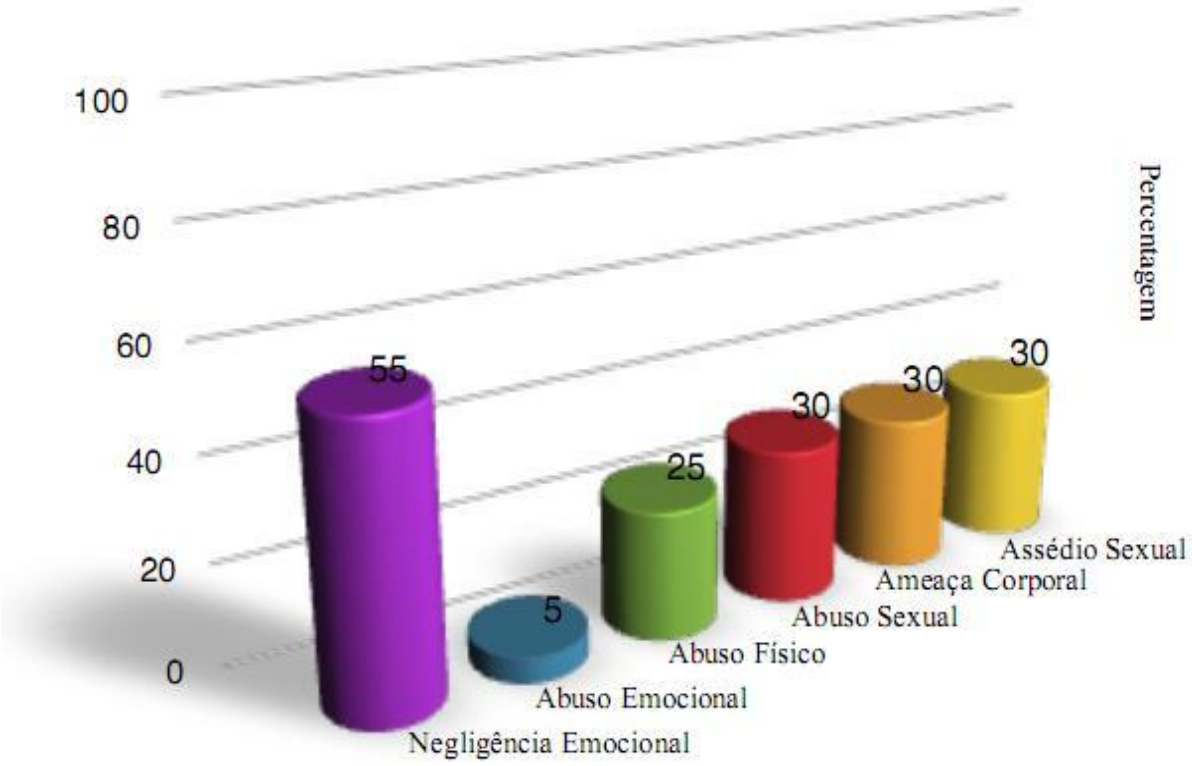


Figura 3. Tipos de trauma com maior incidência em mulheres vítimas de violência doméstica (*N* = 20).

Correlações entre experiências traumáticas, dissociativas e sintomas psicopatológicos

O estudo da relação entre trauma e dissociação (psicoforme e somatoforme) e sintomatologia psicopatológica através das correlações de Spearman é apresentado no Quadro 3. Constatamos que as relações entre trauma e dissociação (psicoforme e somatoforme) não são significativas, nem entre trauma e as outras variáveis psicopatológicas (BDI e BSI).

Quadro 3

Correlações entre as Experiências Traumáticas (TEC), Dissociativas (DES e Factores) e Sintomas psicopatológicos (BDI e BSI) em Vítimas de Violência Doméstica (N=20).

	TEC												
Variáveis	NE	AE	AF	AC	AsS	AbS	Tc/A	Ts/A	0-6	7-12	13-18	FO	TP
DES	-0,20	0,14	0,13	0,19	0,14	0,01	-0,03	-0,06	-0,16	-0,11	0,06	0,21	0,35
Dsp	-0,22	0,32	0,16	0,24	-0,03	-0,09	-0,04	-0,07	-0,13	-0,04	-0,01	0,03	0,09
Abs	-0,08	0,19	0,24	0,30	0,32	0,20	0,15	0,10	0,02	0,09	0,08	0,44	0,44
Dt	0,04	-0,12	-0,10	-0,10	0,04	0,02	-0,13	-0,11	-0,09	-0,25	0,04	-0,14	-0,03
Mp	-0,32	-0,10	0,10	0,08	-0,12	-0,13	-0,15	-0,16	-0,33	-0,21	0,05	0,08	0,31
SDQ-20	-0,20	-0,43	0,04	-0,06	-0,40	-0,33	-0,30	-0,27	-0,31	-0,39	-0,33	-0,44	-0,28
BDI	0,19	-0,01	0,27	0,24	0,20	-0,07	0,23	0,25	0,18	0,25	0,27	0,01	-0,06
BSI (IGS)	-0,03	-0,14	0,06	-0,01	-0,14	-0,25	-0,07	-0,04	-0,19	-0,12	0,08	-0,14	-0,06
Sm	-0,21	-0,27	0,22	0,12	-0,07	-0,15	-0,10	-0,07	-0,19	-0,12	0,08	-0,04	0,13
SI	0,35	0,24	0,19	0,17	0,26	0,04	0,38	0,40	0,41	0,54*	0,13	0,26	0,16
Ad	-0,07	-0,30	0,03	-0,04	-0,12	-0,16	-0,13	-0,10	-0,12	-0,22	0,07	-0,10	0,09
Fb	0,03	-0,27	0,02	0,01	-0,29	-0,35	-0,13	-0,10	-0,13	-0,28	0,15	-0,17	-0,12
Pt	-0,05	-0,17	0,05	-0,01	0,18	0,00	-0,05	-0,01	-0,09	0,03	0,04	-0,12	-0,07
Oc	0,09	-0,34	-0,12	-0,25	-0,14	-0,09	-0,17	-0,12	-0,05	-0,22	0,00	-0,35	-0,22
DP	-0,12	0,23	-0,31	-0,29	-0,25	-0,18	-0,23	-0,22	-0,27	-0,00	-0,28	-0,25	-0,21
Ht	-0,07	0,12	0,21	0,20	-0,06	-0,30	0,06	0,08	-0,08	0,05	0,26	0,07	0,07
Pn	0,17	-0,30	-0,13	-0,18	-0,11	-0,31	-0,06	0,01	0,02	0,10	-0,12	-0,34	-0,34

Notas: TEC = Traumatic Experiences Checklist; DES = Dissociative Experiences Scale, Dsp = Despersonalização, Abs = Absorção, Dt = Distractibilidade, Mp = Memória Perturbada; BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory, Sm = Somatização, SI = Sensibilidade Interpessoal, Ad = Ansiedade, Fb = Fobia, Pt = Psicoticismo, Oc = Obsessões-Compulsões, DP = Depressão, Ht = Hostilidade, Pn = Paranóia, NE = Negligência Emocional, AE = Abuso Emocional, AF = Abuso Físico, AC = Ameaça Corporal, AsS = Assédio Sexual, AbS = Abuso Sexual, Tc/A = Total com Ameaça Corporal, Ts/A = Total sem Ameaça Corporal, FO = Família de Origem, TP = Total de Presenças.

* Correlações significativas ao nível 0,001.

Correlações entre as experiências dissociativas psicoformes e sintomas psicopatológicos

Prosseguimos com a análise das correlações de Spearman entre as experiências dissociativas e os sintomas psicopatológicos (Quadro 4).

Dos factores da DES, a distractibilidade é sem dúvida aquela que mais correlações significativas apresenta, com a sintomatologia psicopatológica, correlacionando-se altamente com as obsessões-compulsões.

Quadro 4

Correlações entre as Experiências Dissociativas Psicoformes (DES e factores) e Sintomas Psicopatológicos (BDI e BSI) em Vítimas de Violência Doméstica (N=20).

	DES				
Variáveis	Total	Despersonalização	Absorção	Distractibilidade	Memória Perturbada
BDI	0,18	0,17	-0,35	0,36	0,39
BSI (IGS)	0,27	0,13	-0,21	0,53*	0,58**
Sm	0,38	0,22	0,09	0,48*	0,71**
SI	-0,12	-0,10	-0,31	-0,01	0,14
Ad	0,45*	0,26	-0,07	0,68**	0,68**
Fb	0,34	0,21	-0,21	0,63**	0,52*
Pt	0,46*	0,31	-0,05	0,64**	0,49*
Oc	0,26	0,03	-0,15	0,75**	0,35
Dp	0,13	0,08	-0,26	0,32	0,37
Ht	0,26	0,24	0,01	0,22	0,34
Pn	-0,23	-0,27	-0,55*	0,15	0,10

Notas: DES = Dissociative Experiences Scale; BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; IGS = Índice Geral de Sintomas, Sm = Somatização, SI = Sensibilidade Interpessoal, Ad = Ansiedade, Fb = Fobia, Pt = Psicoticismo, Oc = Obsessões-Compulsões, Dp = Depressão, Ht = Hostilidade, Pn = Paranóia.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

** Correlações significativas ao nível 0,01.

Os níveis de distractibilidade[7] correlacionam-se, ainda que moderadamente, com a gravidade da sintomatologia psicopatológica, com os sintomas de somatização, ansiedade, fobia, psicoticismo e com o BSI. Para além disso, os níveis de distractibilidade, correlacionam-se, ainda que fracamente, com o BDI, com os sintomas da depressão e hostilidade. As restantes correlações não são significativas.

Os níveis de memória perturbada correlacionam-se altamente, e unicamente com a somatização. Os níveis de memória perturbada correlacionam-se também, ainda que

[7] As correlações baixas de *R* está situam-se entre 0,20 e 0,39; as moderadas situam-se entre 0,40 a 0,69; as correlações de 0,70 a 0,89 são consideradas correlações altas (Pestana & Gageiro, 2005).

moderadamente, com a gravidade sintomatologia e com os sintomas de ansiedade, fobia e psicoticismo. As restantes correlações não são significativas.

Correlações entre experiências dissociativas somatoformes e sintomas psicopatológicos.

Como é possível observar no Quadro 5 através das correlações de Spearman, o SDQ-20 correlaciona-se altamente com o IGS e com alguns sintomas psicopatológicos, particularmente com a ansiedade e com a fobia. As correlações são moderadas com a sintomatologia de somatização, depressão, psicoticismo, obsessões-compulsões, hostilidade e paranóia. As restantes correlações não são significativas.

Quadro 5

Correlações entre as Experiências Dissociativas Somatoformes (SDQ-20) e Índice de Gravidade de Sintomas (IGS), Sintomas Psicopatológicos (BSI e BDI) e Inventário de Violência Doméstica em Vítimas de Violência Doméstica (N=20).

Variáveis	SDQ
BDI	0,18
BSI (IGS)	0,27
Somatização	0,38
Sensibilidade Interpessoal	-0,12
Ansiedade	0,45*
Fobia	0,34
Psicoticismo	0,46*
Obsessões-Compulsões	0,26
Depressão	0,13
Hostilidade	0,26
Paranóia	-0,23

Notas: BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; IGS = Índice Geral de Sintomas.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

** Correlações significativas ao nível 0,01.

Preditores da dissociação psicoforme patológica

A análise logística univariada para as categorias da DES revela que nenhuma variável psicopatológica em estudo tem impacto. O mesmo se passa com as variáveis sociodemográficas (idade, estado civil e escolaridade): nenhuma prediz as categorias da DES.

Preditores da dissociação somatoforme patológica

A análise logística univariada para as categorias do SDQ-20 é apresentada no Quadro 6. Como podemos observar, quatro variáveis psicopatológicas e uma variável sociodemográfica predizem a probabilidade de uma vítima de violência doméstica sofrer de dissociação somatoforme patológica.

Para a regressão logística múltipla teríamos de entrar com as variáveis que na análise univariada são significativas, que não se correlacionam entre si (r 0,70) e que não apresentam multicolinearidade[8]. Assim, só entram no modelo as variáveis anos de escolaridade , fobia e psicoticismo (Quadro 7).

Quadro 6

Variáveis que Influenciam a Dissociação Somatoforme Obtidas Através da Regressão Logística Univaridada em Vítimas de Violência Doméstica (N=20).

Variáveis	Coeficiente (β)	EP	Wald X^2	p	OR	IC 95%	
Anos de Escolaridade	-0,36	0,18	4,23	p < 0,05	0,70	0,49	0,98
IGS	2,41	1,17	4,30	p < 0,05	11,18	1,	109,54
Ansiedade	2,08	0,85	6,00	p < 0,05	8,00	1,	42,23
Fobia	2,08	0,85	6,00	p < 0,05	16,66	1,	160,92
Psicoticismo	2,32	1,10	4,43	p < 0,05	10,17	1,	88,15

Notas: BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; IGS = Índice Geral de Sintomas; β = Coeficiente que representa o peso matemático de cada variável no modelo de regressão; *EP* = Erro estimado do peso matemático; Wald X^2 = Estatística de comparação com a distribuição do Qui-Quadrado com um grau de liberdade; p = Probabilidade de as variáveis estarem associadas de forma significativa; *OR* = Odds Ratio; *IC* 95% = Intervalos de confiança de 95% dos Odds Ratio.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

A regressão logística múltipla (Quadro 7) mostra que somente a gravidade sintomatológica prediz significativamente a dissociação somatoforme. Assim, por cada incremento no IGS, há 10 vezes mais risco (p < 0,05) de ter dissociação patológica somatoforme (SDQ > 35). O modelo explicativo classifica correctamente 75% do global dos casos (p < 0,05).

Quadro 7

Análise da Influência dos Anos de Escolaridade e da Gravidade Sintomatológica (IGS) na Dissociação Somatoforme através da Regressão Logística Múltipla em Vítimas de Violência Doméstica (N=20).

Variáveis	Coeficiente (β)	*EP*	Wald X^2	p	OR	IC 95%
BSI (IGS)	2,31	1,13	4,19	0,04*	10,06	1,10 a 91,85
Anos de Escolaridade						

Notas: BDI = Beck Depression Inventory; BSI = Brief Symptom Inventory; IGS = Índice Geral de Sintomas; β = Coeficiente que representa o peso matemático de cada variável no modelo de regressão; *EP* = Erro estimado do peso matemático; Wald X^2 = Estatística de comparação com a distribuição do Qui-Quadrado com um grau de liberdade; p = Probabilidade de as variáveis estarem associadas de forma significativa; *OR* = Odds Ratio; *IC* 95% = Intervalos de confiança de 95% dos Odds Ratio.

* Correlações significativas ao nível 0,05.

[8] A não multicolinearidade indica que duas ou mais variáveis independentes são correlacionadas, a informação que elas dão ao modelo de regressão é a mesma, por isso só é necessário uma variável (Lang & Secic, 2006). Segundo Tabachnick e Fidell, 2007, a colinearidade das variáveis independentes só tende a criar relações espúrias com a variável em estudo na recta de regressão quando as correlações entre as variáveis independentes for superior a 0,70. No apêndice C são apresentadas as correlações entre todas as medidas utilizadas no estudo.

Discussão

Propusemo-nos investigar o trauma e dissociação em vítimas de violência doméstica e verificar se as variáveis mantinham alguma relação entre si. Para realizar a nossa investigação tivemos de obter, em primeiro lugar, os instrumentos de avaliação mais eficazes, usados em culturas diferentes e com melhores propriedades psicométricas. Optámos pela *Dissociative Experiences Scale* (DES), pelo *Somatoform Dissociation Questionnaire* (SDQ-20), pelo *Traumatic Experiences Checklist* (TEC), pelo *Inventário de Sintomas Psicopatológicos* (BSI) e pelo *Inventário Depressivo de Beck* (BDI).

A análise da **Violência Doméstica** mostrou que as mulheres incluídas no nosso estudo sofreram vários tipos de violência, destacando-se o abuso físico directo. Estes valores são semelhantes aos encontrados por Sugarman e Hotaling (1989) que relatam elevadas taxas (20-59%) de agressão física no contexto das relações íntimas pré-maritais. Entretanto, Paiva e Figueiredo (2003) num estudo efectuado em vários países, verificaram que Portugal e Israel apresentam valores ligeiramente inferiores à maioria dos países no que concerne ao abuso físico. Na sua maioria, as mulheres incluídas no nosso estudo pertencem a um nível socioeconómico baixo, onde imperam profissões não qualificadas (empregadas de limpeza ou fabris), destacando-se também as desempregadas e as que se encontram ainda estudar. Salientamos também que mais de 50% encontrava-se solteira na altura dos actos sofridos. De acordo com os dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2008), estas características correspondem ao perfil da vítima de violência doméstica.

Relativamente às **experiências dissociativas psicoformes**, salienta-se a *absorção* da subescala da DES com o valor mais elevado. Este resultado leva-nos a pensar se as mulheres incluídas na nossa amostra, após experienciarem continuadamente diversas situações traumáticas, acabam por ficar de tal forma envolvidas nos eventos internos, como pensamentos e imagens, que se desligam do meio envolvente. Será que este mecanismo funciona como mecanismo de defesa? Não encontramos estudos que confirmem, nem estes resultados, nem esta interpretação.

Quanto as **experiências dissociativas somatoformes**, as médias e desvios-padrão da ultrapassam as médias e desvios-padrão do estudo português (Espírito Santo & Pio-Abreu, 2007) com doentes ansiosos e deprimidos. Este é um achado novo e não encontrámos estudos que o sustentem. A relevância desta descoberta indica-nos a necessidade de reproduzir este estudo em amostras maiores e representativas dos vários estratos socioeconómicos. Os

sintomas de ansiedade e fobia predizem este tipo de dissociação, o que, a ser confirmado em outros estudos, terá implicações terapêuticas consideráveis.

Do nosso estudo levantou-se a questão seguinte: será que estas mulheres observaram e vivenciaram actos violentos durante a infância e por isso tiveram tendência a envolverem-se em relações violentas na fase adulta? De acordo com as investigações realizadas por Mihalic e Elliott (1997), estes concluíram que os sujeitos que durante a infância foram expostos a situações de violência doméstica e de risco, viram o mesmo padrão a ser perpetuado na fase adulta. As nossas médias dos índices de gravidade traumática relativos aos períodos infantis e juvenis foram superiores às médias do estudo português (ainda que não haja diferenças significativas ao nível das medianas), o que de alguma forma vai de encontro à nossa questão. O conceito de *compulsão à repetição* de Freud (1914) poderá explicar este fenómeno. Freud utilizou o termo para se referir aos pacientes que não têm qualquer recordação do que recalcaram e por isso esqueceram. O facto esquecido não reaparece, então, sob a forma de recordação, mas sob a forma de acção. Ainda que de modo inconsciente, o doente repete o acto sem saber que se trata de repetição. E quanto maior a resistência, mais aquela se substituirá à recordação.

A teoria da vinculação apresenta uma explicação alternativa. Esta centra-se no desenvolvimento dos *modelos internos dinâmicos* e nos modelos que desempenham nas relações interpessoais que se estabelecem ao longo da vida. Considera-se que as experiências vividas nas primeiras etapas da vida são relevantes para a construção do *self* e na estruturação do mesmo e que os *modelos internos dinâmicos* vêm mais tarde a manifestar-se na complexidade das situações relacionais, inclusivamente nas relações interpessoais íntimas estabelecidas na idade adulta (Bowlby, 1988). Estudos empíricos, que foram desenvolvidos no âmbito desta teoria, apresentam que as crianças que foram maltratadas durante a infância apresentam com frequência modelos representacionais *inseguros* na idade adulta (Alexander, 1993; Crittenden, Partridges, & Claussen, 1991). Mostram ainda que indivíduos com modelos representacionais *inseguros* na idade adulta têm mais dificuldades no relacionamento íntimo (Hazan & Shaver, 1987; Shaver & Hazan, 1993) e são com mais frequência vítimas ou perpetradores de maus tratos nas relações interpessoais com pessoas significativas (Dutton, Saunders, Starzomski, & Bartholomew, 1994; Wekerle & Wolfe, 1998). Concluí-se que, os maus tratos sofridos durante a infância determinam dificuldades no relacionamento íntimo na

idade adulta e encaminham o indivíduo para construção de padrões inseguros de vinculação (McCarthy & Taylor, 1999; Wekerle & Wolfe, 1998).

Relativamente às limitações do nosso estudo salientamos o facto de usarmos somente o BDI versão de 1973, que tem como principais problemas, comparado com as versões posteriores, ser mais complexo o seu preenchimento e não incluir todas as dimensões da DSM para a depressão. Outro factor a ter em conta foi o facto de todos os questionários de auto-registo sofrerem de igual risco que é o de as pontuações serem exageradas pelas pessoas que os completam. O facto de termos lido o questionário a algumas mulheres que eram analfabetas pode ter tido impacto nas pontuações finais. Destacamos, ainda, que as mulheres do nosso estudo preencheram os questionários na nossa presença e em ambiente clínico, pelo que as expectativas sociais podem ter enviesado as respostas. Salienta-se também a inexistência de instrumentos validados para a população portuguesa direccionados para a temática da violência. Outras limitações ocorreram com o inventário que criámos: não validámos o nosso instrumento e deveríamos ter colocado as situações de restrição à liberdade não, como exemplos, mas sim como questões individuais.

Um dos objectivos centrais deste estudo consistiu em explorar as experiências traumáticas e dissociativas em vítimas de violência doméstica, mas face ao número reduzido da nossa amostra (N = 20) e perspectivando futuros estudos, poder-se-á equacionar a hipótese de se realizar com sujeitos de ambos os sexos, visto que a temática da violência doméstica, no contexto actual, não é considerado um problema abrangendo unicamente elementos do sexo feminino. Com um maior número de sujeitos colmatar-se-ia a lacuna do nosso estudo, o tamanho e representatividade da amostra.

Bibliografia

Aguado, A. (2005). Violência de género: sujeito feminino y cidadanía en la sociedad contemporânea. In M. Castilo-Martin & S. Oliveira (Eds.), *Marcadas a ferro: Violência contra a mulher*, (pp. 23-34). Brasília: Secretaria Especial de Política para as Mulheres.

Alexander, P.C. (1993). The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 8*, 346-362.

Allen, J. G., Coyne, L., & Console, D. A., (1996). Dissociation contributes to anxiety and psychoticism on the Brief Symptom Inventory. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, 639-641.

Alvim, F. (2006). *Mulheres (in) visíveis: Relatório da campanha Acabar com a violência sobre as mulheres*. Acedido em 15, março, 2008, em http://www.amnistia-internacional.pt.

Amnistia Internacional (2007). *Acabar com a violência sobre as mulheres*. Acedido em 14, janeiro, 2009, em http://www.amnistia-internacional.pt.

Antunes, M. A. F. (2003). Violência e vítimas em contexto doméstico. In C. Machado & R. Abrunhosa (Eds.), *Violência e vítimas de crimes: Adultos*, (pp. 43-77). Coimbra: Quarteto.

Arendt, A. (2001). *A condição humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2006). *Projecto Pandora: sobre a violência doméstica no centro da Europa*. Lisboa: APAV.

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2008). *Crimes de violência doméstica – totais nacionais 1º semestre de 2008*. Lisboa: APAV.

Baker, D., Hunter, E., Lawrence, E., Medford, N., Patel, M., Senior, C., et al. (2003). Depersonalisation disorder: clinical features of 204 cases. *British Journal of Psychiatry*, *182*, 428-433.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression [Resumo]. *Archives for General Psychiatry*, *4*, 561-571.

Beleza, M. T. P. (1990). *Mulheres, Direito, Crime ou a perplexidade de Cassandra*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Direito, Lisboa.

Bernstein, E., & Putman, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 174*, 727-735.

Bowlby, J. (1988). *Secure base*. New York: Basic Books.

Briere, J., Weathers, F., & Runtz, M. (2005). Is Dissociation a Multidimensional Construct? Data From the Multiscale Dissociation Inventory. *Journal of Traumatic Stress, 18*, 221-231.

Brunner, R., Parzer, P., Schuld, V., & Resch, F. (2000). Dissociative symptomatology and traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 188*, 71 77.

Canavarro, M.C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, II, 305-331. Coimbra: Quarteto Editora.

Cardeña, E. (1994). The domain of dissociation. In S. J. Lynn & J. W. Rhue (Eds.), Dissociation. *Clinical and theoretical perspectives* (pp. 15-31). Nova Iorque: Guilford Press.

Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update of the Dissociative Experiences Scale [Resumo]. *Dissociation, 6*, 16-27.

Carstens, C. (2005). *O papel da mulher no Islamismo*. Acedido em 17, março, 2008, em http://veja.abril.com.br/islamismo/contexto_debate.htlm.

Classen, C., Koopman, C., & Spiegel D. (1993). Trauma and dissociation. *Bulletin of the Menninger Clinic, 57*, 178-194.

Costa, J. M. B. (2003). *Sexo, nexo e crime*. Lisboa: Edições Colibri.

Crittenden, P. M., Partridges, M. F., & Claussen, A. H. (1991). Family patterns of relationship in normative and dysfunctional families. *Development and Psychopathology, 3*, 491-512.

Dell, P. F. (2002). Dissociative phenomenology of dissociative identity disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*, 10-15.

Dell, P. F. (2006). The multidimensional inventory of dissociation (MID): A comprehensive measure of pathological dissociation. *Journal of Trauma and Dissociation, 7*, 77-106.

Derogatis, & Savitz, (1999). The SCL-90-R, brief symptom inventory, and matching clinical rating scales. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2ª ed., pp. 679-723). Londres: Erlbaum.

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report [resumo]. *Psychological Medicine, 13*, 596-605.

Dias, I. S (s.d.). *A violência doméstica: contributos para a sua visibilidade. Actas do IV Congresso Português de Sociologia*. Acesso em 15, março, 2008, em http://www.asp.pt/Ivcong-actas/Acta168.pdf

Dicionário de Latim-Português. (2001). (2.ª Ed.). Porto: Porto Editora.

Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W., & Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Comprehensive Psychiatry, 48*, 178-185.

Duby, G. & Perrot, M. (1990). *História das mulheres no Ocidente.* A Idade Média (Vol. 2). Porto: Afrontamento.

Dunn, G. E., Paolo, A. M., Ryan, J. J., & Van Fleet, J. (1993). Dissociative symptoms in a substance abuse population. *American Journal of Psychiatry, 150*, 1043-1047.

Dutton, D.G., Saunders, K., Starzomski, A., & Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology, 24*, 1367-1386.

El-Hage, W., Darves-Bornoz, J.-M., Allilaire, J.-F., & Gaillard, P. (2002). Posttraumatic somatoform dissociation in French psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation, 3*, 59-74.

Enciclopédia Luso-Brasileira da Cultura (1976). (Edição Século XXI., Vols. 10-18). Lisboa: Editorial Verbo.

Espírito Santo, H. (2008). *Histeria: A Unidade Perdida. Estudo dos fenómenos semelhantes e dissemelhantes das perturbações somatoformes e dissociativas. Dissertação submetida ao*

Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de doutor na Área de Saúde Mental. Porto: Universidade do Porto.

Espírito Santo, H. M. A., & Pio Abreu, J. L. (2007). Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*, 354-358.

Espírito Santo, H. M. A., & Pio Abreu, J. L. (2008). Demographic and mental health factors associated with pathological dissociation in a Portuguese sample. *Journal of Trauma and Dissociation, 9*, 369-387.

Espírito Santo, H. M. A., & Pio Abreu, J. L. (2008). Portuguese validation of the Dissociative Experiences Scale (DES). *Journal of Trauma and Dissociation, 10*, 68-82.

Espírito Santo, H. M. A., & Pio-Abreu, J. L. (2007). Dissociative disorders and other psychopathological groups: exploring the differences through Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*, 354-358.

Espírito-Santo, H., & Pio-Abreu, J. L. (2009). Psychiatric symptoms and dissociation in conversion, somatization and dissociative disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*, 270-276.

Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Xavier, M., Borges, J., Martins, L., & Chambel, A. (2009). *Development of the Portuguese Traumatic Experiences Checklist: a replication study.* Manuscrito submetido para publicação.

Evans, S. E., Corrie D., & DiLillo D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior, 13*, 131 140.

Fischer, G. N. (1992). *A dinâmica social: violência, poder, mudança*. Lisboa: Planeta Editora/ISPA.

Font, M. & Dolors, M. (2005). La violência simbólica en la matrimónio ateniense de la época clássica. In A. V. Franch et al. (Eds), *Violência contra las mujeres: Eliminar obstáculos para alcanzar la igualdad*, (pp. 121-131). Fundación Isonomía: Universitat Jaume.

Foote, B., Smolin, Y., Kaplan, M., Legatt, M. E., & Lipschitz, D. (2006). Prevalence of dissociative disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 623-629.

Freud, S. (1914). Recordar, repetir e elaborar. In Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira (Vol. 12). Rio de Janeiro: Imago.

Friedl, M. C., & Draijer, N. (2000) Dissociative disorders in Dutch psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, *157*,1012-1013.

Gonçalves, R., & Machado, C. (2002). *Violência e vítimas de crime*. (vol I - Adultos). Coimbra: Quarteto.

Grabe, H. J., Goldschmidt, F., Lehmkuhl, L., Gansicke, M., Spitzer, C., & Freyberger, H. J. (1999). Dissociative symptoms in obsessive-compulsive dimensions. *Psychopathology*, *32*, 319-324.

Ham-Rowbottom, K. A., Gordon, E. E., Jarvis, K. L., & Novaco, R. W. (2005). Life constraints and psychological well-being of domestic violence shelter graduates. *Journal of Family Violence, 20*, 109-121.

Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*, 511-524.

Humphreys, C., & Stephen J. (2004). Domestic violence and the politics of trauma. *Women's Studies International Forum, 27*, 559 570.

Kennedy, F., Clarke, S., Stopa, L., Bell, L., Rouse, H., Ainsworth, C., et al. (2004). Towards a cognitive model and measure of dissociation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *35*, 25-48.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L.; Mercy, A.; Zwiand, A. B. & Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report and health*. Genebra: World Health Organization. Acedido em 16, janeiro, 2009, em http://whqlibd.who.int/hq/2002/92415.pdf.

Kuyk, J., Spinhoven, P., van Emde Boas, W., & van Dyck, R. (1999). Dissociation in temporal lobe epilepsy and pseudo-epileptic seizure patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *187*, 713-720.

Lang, T. A., & Secic, M. (2006). *How to report statistics in medicine*. Filadélfia: American College of Physicians.

Lawton, G., Baker, G. A., & Brown, R. J. (2008). Comparison of two types of dissociation in epileptic and nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, *13*, 333-336.

Levendosky, A., & Graham-Bermann, S. (2001) Parenting in battered women: the effects of domestic violence on women and their children, *Journal of Family Violence, 16,* 171-192.

Lightstone, J. (2004). Dissociation and compulsive eating. *Journal of Trauma & Dissociation*, *5*, 17-32.

Lincoln, N. D., & Flannaghan, T. (2002). Cognitive behavioral psychotherapy for depression following stroke. *Journal of the American Heart Association, 10,* 1-5.

Machado, C., Matos, M., & Gonçalves, M. M. (2008). *Manual da escala de crenças sobre violência conjugal (E.C.V.C.) e inventário de violência conjugal (I.V.C)* (2ª ed.). Braga: Edições Psiquilíbrios.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (2ª Ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Marques, E. T. (2008). Tratamento em meio prisional: Desafios e problemas na prática clínica do psicólogo. Internamento de inimputáveis/intervenção em toxicodependentes. *Psiquiatria, Psicologia & Justiça*, *2*, 55-71.

McCarthy, G., & Taylor, A. (1999). Avoidant/ambivalent attachment style as a mediator between abusive childhood experiences and adult relationship difficulties. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *40*, 465-477.

Merckelbach, H., Muris, P., Rassin, E., & Horselenberg, R. (2000). Dissociative experiences and interrogative suggestibility in college students. *Personality and individual differences*, *29*, 1133-1140.

Mihalic, S.W., & Elliott, D. (1997). A social learning theorymodel ofmarital violence. *Journal of Family Violence*, *12*, 21 47.

Moskowitz, A. K., Barker-Collo, S., & Ellson, L. (2005). Replication of dissociation-psychosis link in New Zealand students and inmates. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 722-727.

Näring, G., & Nijenhuis, E. R. S. (2005). Relationships between self-reported potentially traumatizing events, psychoform and somatoform dissociation, and absorption, in two non-clinical populations. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 982-988.

Nijenhuis, E. R. S. (2000). Somatoform dissociation: Major symptoms of dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation, 1*, 7-32.

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire: A replication study. *Psychotherapy and Psychosomatics, 67*, 17-23.

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 711-730.

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1996). The development and psychometric characteristics of the Somatoform Dissociation Questionnaire (SDQ-20). *The Journal of Nervous and Mental Disease, 184*, 688-694.

Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., van Dyck, R., van der Hart, O., & Vanderlinden, J. (1998). Degree of somatoform and psychological dissociation in dissociative disorder is correlated with reported trauma. *Journal of Traumatic Stress, 11*, 711-730.

Nijenhuis, E. R. S., van der Hart, O., & Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 9*, 200-210.

Norton, G. R., Ross, C. A., & Novotny, M. (1990). Factors that predict scores on the Dissociative Experiences Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 273-278.

Organizacion Mundial de la Salud. (2002). *Informe mundial sobre la violência e la salud: resumen*. Washington, DC. Organitation Paramericana de la salud para la OMS.

Pais, E. (1996). Violência (s): reflexões em torno de um conceito. Revista Interacções, *4*, 25-40.

Paiva, C. & Figueiredo, B. (2003). Abuso no contexto do relacionamento íntimo com o companheiro: definição, prevalência, causas e efeitos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, *4*, 165-184.

Pessis, A. & Martin, G. (2005). Das origens da desigualdade de género. In M. Castilo-Martin & S. Oliveira (Eds.), *Marcadas a ferro: Violência contra a mulher*, (pp. 17-22). Brasília: Secretaria Especial de Política para as Mulheres.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS* (5ª Ed). Lisboa: Edições Sílabo.

Portugal, S. (2003). De que falamos quando falamos em violência doméstica? In L. Fonseca, C. Soares & J. M. Vaz (Eds.), *A sexologia – Perspectiva multidisciplinar II*, (pp.199-214). Coimbra: Quarteto.

Putnam, F. W. (1993). Dissociative phenomena. In A. Tasman & S. M. Goldfinger (Eds.), *American Psychiatric Press Review of Psychiatry* (Vol. 10, pp. 145-160). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Ribeiro, S. (2001). *Distúrbio pós stress traumático e violência conjugal: estudo exploratório com mulheres vítimas de violência conjugal acolhidas em casas de abrigo*. Tese de mestrado. Instituto Superior Miguel Torga: Coimbra.

Riley, K. C. (1988). Measurement of dissociation [Resumo]. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *176*, 449-450.

Roelofs, K., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, K. A. L., Näring, G. W. B., & Moene, F. C. (2002). Childhood abuse in patients with conversion disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*, 1908-1913.

Ross, C. A., Ryan, L., Anderson, G., Ross, D., & Hardy, L. (1989). Dissociative experiences in adolescents and college students. *Dissociation*, *2*, 239-151.

Rufer, M., Fricke, S., Held, D., Cremer, J., & Hand, I. (2006). Dissociation and symptom dimensions of obsessive compulsive disorder. A replication study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *256*, 146-150.

Sanders, S. (1986). The Perceptual Alteration Scale: a scale measuring dissociation [Resumo]. *American Journal of Clinical Hypnosis*, *29*, 95-102.

Sar, V., Kundakç , T., K z ltan, E., Bakim, B., & Bozkurt, O. (2000). Differentiating dissociative disorders from other diagnostic groups through somatoform dissociation in Turkey. *Journal of Trauma and Dissociation*, *1*, 467-80.

Schwannauer, M., & Chetwynd, P. (2007). The Brief Symptom Inventory: A validity study in two independent Scottish samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 221-228.

Seedat, S., Stein, M. B., & Forde, D. R. (2003). Prevalence of dissociative experiences in a community sample: relationship to gender, ethnicity, and substance use. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *191*, 115-120.

Shaver, P.R., & Hazan, C. (1993). Adult romantic attachment: Theory and evidence. In D. Perlman & W. Jones (Eds.), *Advances in personal relationships* (pp. 29-70). Londres: Kingsley.

Silva, L. F. (1995). *Entre marido e mulher alguém mete a colher*. Celorico de Basto: A bolina.

Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: the dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 366-378.

Spitzer, C., Barnow, S., Grabe, H-J., Klauer, T., Stieglitz, R. D., Schneider, W., et al. (2006). Frequency, clinical and demographic correlates of pathological dissociation in Europe. *Journal of Trauma & Dissociation*, *7*, 51-56.

Spitzer, C., Klauer, T., Grabe, H.-J., Lucht, M., Stieglitz, R. D., Schneider, W., et al. (2003) Gender differences in dissociation, a dimensional approach. *Psychopathology*, *36*, 65-70.

SPSS Inc. (2004). *Statistical Package for the Social Sciences* (Windows XP Version 15.0). [Computer software and manual]. Acedido em 25, março, 2006, em http://www.spss.com/.

Steinberg, M. (1994). Systematizing dissociation: symptomatology and diagnostic assessment. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociation, culture, mind, and bod*y (pp. 59-88). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Sugarman, D. B., & Hotaling, G. T. (1989). Dating violence: Prevalence, context and risk markers. In M. A. Pirog-Good & J. E. Stets (Eds.), *Violence in dating relationships: Emerging social issues*. New York: Pareger.

Symons, L., Tylee A., Mann, A., Jones, R., Plummer, S., Walker, M., Duff, C., & Holt R. (2004). Improving access to depression care: descriptive report of a multidisciplinary primary care pilot service. *British Journal of General Practice, 54,* 679-683.

Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5ª Ed.). Boston: Allyn and Bacon.

van der Hart, O., van Dijke, A., & van Son, M. (2000). Somatoform dissociation in traumatized World War I combat soldiers: A neglected clinical heritage. *Journal of Trauma & Dissociation*, *1*, 33-65.

Vanderlinden, J., Van Dyck, R., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1991). Dissociative experiences in the general population in the Netherlands and Belgium: a study with the Dissociative Questionnaire (DIS-Q) [Resumo]. *Dissociation*, *4*, 180-184.

Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R., & Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *13*, 187-193.

Vaz Serra, A., & Abreu, J. L. P. C. (1973). I. Aferição dos quadros clínicos depressivos. Ensaio de aplicação do "inventário clínico depressivo de Beck" *a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos*. *Coimbra Médica, 20,* 623-644.

Walker, L. E. A. (1994). *Abused women and survivor theraphy: A practial guide for the psycotherapist*. Washington, D.C.: American Psychological Association.

Walker, N. G., Katon, W. J., Neraas, K., Jemelka, R. P., & Massoth, D. (1992). Dissociation in women with chronic pelvic pain. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 534-537.

Waller, G,. Hamilton, K., Elliot, P., Lewendon, J., Stopa, L,. Waters, A., et al. (2000). Somatoform Dissociation, psychological Dissociation, and specific forms of trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, *1*, 81-98.

Wekerle, C., & Wolfe, D. (1998). The role of child maltreatment and attachment style in adolescent relationship violence. *Development and Psychopathology*, *10*, 571-586.

World Medical Association. (2004). *World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. Acedido em 5, fevereiro, 2008, em http://www.wma.net/e/policy/b3.html.