Sintomas Psicopatológicos, Autocompaixão, Autocriticismo e Vinculação em Mulheres Vítimas de Violência Conjugal

ANDREIA CRISTINA PEREIRA PIRES

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Sónia Simões

Coimbra, Julho de 2019

Agradecimentos

A conclusão desta etapa não seria possível sem o apoio de todos aqueles que me acompanharam durante este percurso. Foi um trabalho conjunto, onde se partilharam dúvidas, incertezas e várias aprendizagens.

Agradeço aos meus pais, pelo apoio e persistência para concretizar este desafio e por acreditarem em mim.

Aos meus avós, pelo orgulho que sempre demonstraram em mim.

Ao Ricardo, pela paciência e por estar sempre presente, mesmo nos momentos mais difíceis.

À Professora Doutora Sónia Simões, pela transmissão de conhecimento, disponibilidade e orientação.

Ao NAVVD, por toda a disponibilidade, apoio e colaboração durante toda a investigação, em especial à Dra. Carla Andrade e à Dra. Ana Balula.

À Adriana, pelo encorajamento e partilha de ideias.

A todas as mulheres vítimas de violência conjugal que colaboraram e tornaram esta investigação possível.

Resumo

Estudos indicam que a exposição a episódios violentos tem impacto negativo na saúde das vítimas, sendo a causa de alguns sintomas psicopatológicos. Deste modo o principal objetivo da investigação foi a caracterização da amostra e o estudo de associações entre os sintomas psicopatológicos, vinculação, autocompaixão e autocriticismo, em função dos tipos de violência.

Para tal foi constituída uma amostra de 34 mulheres, com idades compreendidas entre os 18 e os 81 anos (M = 44,44 ; DP = 14,18) vítimas de violência conjugal (VC) acompanhadas pelo Núcleo de Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica de Viseu (NAVVD). O protocolo de investigação foi composto pelo questionário sociodemográfico, o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), a Escala de Autocompaixão (SELFCS), a Escala de Autocriticismo (FSCRS) e a Escala de Vinculação do Adulto (EVA).

Os resultados obtidos indicam a presença de sintomatologia psicopatológica nesta amostra de mulheres vítimas de violência conjugal, com o Índice de Sintomas Positivos do BSI bastante acima do ponto de corte, destacando-se pontuações mais altas nas dimensões Ideação Paranóide, Depressão e Ansiedade. De um modo geral, as pontuações obtidas no autocriticismo e na autocompaixão indicam uma baixa capacidade para se autotranquilizarem, elevada resposta destrutiva para com elas próprias, elevado equilíbrio emocional e capacidade de estar *mindful*. Verificou-se a existência de relações negativas entre a sintomatologia psicopatológica e a autocompaixão, nomeadamente entre a Humanidade Partilhada e a Depressão e entre a Sensibilidade Interpessoal e o *Mindfulness*. Os sintomas psicopatológicos relacionam-se também de forma negativa com o autocriticismo. No que concerne à vinculação, constataram-se correlações positivas entre os sintomas psicopatológicos e a ansiedade relativa ao receio de abandono e correlação negativa em relação ao conforto com a proximidade. Por fim, a ansiedade relativa ao receio de abandono relaciona-se de forma negativa com a autocompaixão e o autocriticismo.

De modo geral, os resultados obtidos vão ao encontro do esperado, revelando-se importante a promoção de estratégias de autocompaixão e de *Minfulness* para redução de sintomas psicopatológicos e para prevenção de situações abusivas.

***Palavras-Chave*:** violência conjugal, sintomas psicopatológicos, autocompaixão, autocriticismo, vinculação.

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

Abstract

Studies indicate that exposure to violent episodes has a negative impact on the health of the victims and causes psychopathological symptoms. Thus the main objective of the research was the characterization of the sample and the study of associations between psychopathological symptoms, attachment, self-compassion and self-criticism, according to the types of violence.

Was collected a sample of 34 women, aged between 18 and 81 (M = 44.44; SD = 14.18), victims of conjugal violence monitored by the Core of Care for Domestic Violence Victims of Viseu (NAVVD). The research protocol was consisted of the sociodemographic questionnaire, the Inventory of Psychopathological Symptoms (BSI), the Self-Compassion Scale (SELFCS), the Self-Criticalism Scale (FSCRS) and the Adult Attachment Scale (EVA).

The results indicate the presence of psychopathological symptomatology in this sample of women victims of conjugal violence, with the BSI Positive Symptom Index well above the cutoff point, with higher scores in the Paranoid Ideation, Depression and Anxiety. In general, the scores obtained in self-criticism and self-compassion indicate a low capacity for self-reassurance, a high destructive response to self, high emotional balance, and ability to be mindful. The existence of negative relations between psychopathological symptomatology and self-compassion has been verified between Shared Humanity and Depression and between Interpersonal Sensitivity and Mindfulness. Psychopathological symptoms are also negatively related to self-criticism. With regard to attachment, positive correlations were found between psychopathological symptoms and anxiety related to the fear of abandonment and negative correlation in relation to comfort with proximity. Finally, the anxiety about the fear of abandonment relates negatively to self-compassion and self-criticism.

In general, the results obtained are in line with what was expected, proving to be important the promotion of strategies of self-compassion and Minfulness in the reduction of psychopathological symptoms and prevention of abusive situations.

Keywords: conjugal violence, psychopathological symptoms, self-compassion, self-criticism, attachment.

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

Introdução

A **violência doméstica (VD)** é a principal causa de pedidos de ajuda à Associação de Apoio à Vitima (APAV), sendo que no ano de 2017 os seus técnicos efetuaram 40.928 atendimentos, dos quais 16.033 são referentes a casos de VD. Das 9.176 vítimas identificadas, 3.948 dizem respeito a violência doméstica, sendo que as mulheres continuam a ser maioria das vítimas (3.558) dos crimes que envolvem relacionamentos de cariz amoroso (APAV, 2017).

A VD pode ser definida como qualquer forma de comportamento físico e/ou emocional, não acidental por parte do agressor que, habitando ou não no mesmo agregado familiar, seja cônjuge ou ex-cônjuge, companheiro/a ou ex-companheiro/a, filho/a, pai, mão avô, avó ou outro familiar (Magalhães, 2010), que cause dano físico, moral ou sexual à vítima (Silva, Coelho, & Njaine, 2014). Quando praticada especificamente pelo parceiro ou cônjuge dentro de um relacionamento íntimo, ou também pelo ex-parceiro quando a relação termina, estamos perante o conceito de violência conjugal (VC), que está inserido no conceito de VD (Silva, 2012; Silva et al., 2014).

Dentro das várias formas de manifestação da VC, existe a violência física (VF), violência psicológica (VP), violência sexual (VSE), violência económica (VE), violência social (VSO) (Magalhães, 2010) e a negligência (Day et al., 2003).

A **VF** verifica-se quando alguém causa ou tenta causar dano por meio de força física, podendo estar presente algum tipo de arma ou instrumento que possa causar lesões internas, externas ou ambas. A **VP** inclui toda a ação ou omissão que causa ou tem como objetivo causar dano à autoestima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa. A **VSE** diz respeito a toda ação na qual uma pessoa, em situação de poder, obriga a outra à realização de práticas sexuais, utilizando força física, influência psicológica ou uso de armas ou drogas (Day et al., 2003). A **VE** refere-se ao controlo dos recursos económicos da vítima por parte do agressor, impedindo a sua independência financeira (Avena, 2010). Os comportamentos de controlo e isolamento forçado da vítima em relação à sua família e amigos e a vigilância constante das suas ações dizem respeito à **VSO**. Quando está presente a omissão de responsabilidade de um ou mais membros da família em relação a outro, em particular àqueles que necessitam de ajuda por questões de idade ou alguma condição física, permanente ou temporária estamos perante um caso de **negligência** (Day et al., 2003).

Os diversos tipos de violência mencionados anteriormente acabam por ser naturalizados pela sociedade devido à construção sócio histórica do que é ser homem e do que é ser mulher, relacionada com as representações atribuídas a ambos. A violência também

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

é muitas vezes reduzida apenas a questões físicas, não tendo em consideração os outros tipos, seja pelo fato de se normalizar ou pela falta de conhecimento e informação em relação à dimensão dos demais tipos de violência que são considerados tão graves quanto à violência física (Silva, 2016).

A violência contra a mulher é reconhecida como um fenómeno social e da saúde pública, no entanto, por se dar no espaço do privado, a violência vivenciada pelas mulheres permanece oculta, não correspondendo à realidade das estatísticas apresentadas. Portanto, as pesquisas não permitem enumerar com fidedignidade a violência contra a mulher, sendo que os números oficiais representam apenas os casos que chegam a ser denunciados (Gomes, Diniz, Gesteira, Paixão, & Couto, 2012).

Segundo Paiva e Figueiredo (2003), no âmbito de um relacionamento íntimo, a VC tem preocupantes consequências na saúde, tanto física como mental das vítimas, considerando-se um fator de risco para a ocorrência de várias perturbações psicológicas que prejudicam a qualidade de vida das vítimas (as cited in Guerreiro, 2011). A violência entre parceiros íntimos acarreta consequências na saúde mental das vítimas, não só a curto prazo mas também a longo prazo. Segundo Blasco-Ros, Sanchez-Lorente e Martinez (2010), mulheres expostas a este tipo de violência apresentam vários sintomas psicopatológicos, como depressão, ansiedade e perturbação de stresse pós traumático, mostrando alterações do sono e dos hábitos alimentares e baixa autoestima. Neste sentido, as sequelas psicológicas da violência são ainda mais graves do que os seus efeitos físicos, pois destroem a autoestima da vítima, expondo-a a um risco mais elevado de desenvolver psicopatologias, tais como depressão, fobias, stresse pós traumático, tendências suicidárias e consumo abusivo de álcool e drogas (Day et al., 2003).

A exposição a múltiplos tipos de violência tem maiores riscos para a saúde mental das vítimas quando comparada com a exposição a apenas um tipo de violência, sendo que vítimas expostas a episódios de violência continuados envolvendo VF, VP e VSE apresentam níveis mais elevados de sintomas depressivos, ou seja, a exposição a múltiplos tipos de violência são mais prejudiciais para a saúde mental do que a exposição a um ato violento isolado (Eshelman & Levendosky, 2012). Outras pesquisas correlacionam também a perturbação de stresse pós traumático, a depressão e o abuso de álcool e substâncias com a vivência de atos de violência entre parceiros íntimos (Nathanson, Shorey, Tirone, & Rhatigan, 2012). No mesmo sentido, segundo Hatzenberger et al. (2010) as mulheres vitimadas e expostas cronicamente a episódios de VC estão predispostas à manutenção de sintomas de ansiedade e depressão.

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

Para Neff, a **autocompaixão** é um dos fatores de proteção de estados emocionais negativos, tais como a depressão e ansiedade. A compaixão abrange o reconhecimento e uma visão clara do sofrimento, assim como sentimentos de bondade para com quem sofre, surgindo a vontade de ajudar. Ou seja, a compaixão envolve o reconhecimento da frágil condição humana (Neff, 2011). Deste modo a autocompaixão pressupõe as mesmas qualidades, dirigindo-as ao próprio, como reconhecer o próprio sofrimento e angústia e o desejo de os aliviar (López, Sanderman, Smink, Zhang, & Sonderen, 2015).

A pesquisa de Neff (2003) indica que a autocompaixão é um modo de atingir bem estar emocional e satisfação na vida, pois evita padrões destrutivos de medo, negatividade e isolamento através da bondade incondicional, conforto e aceitação da experiência humana com todas as suas falhas e dificuldades. A autocompaixão promove também estados mentais positivos, tais como a felicidade e o otimismo e implica três componentes principais que, apesar de distintos, são interdependentes: *calor/compreensão*, onde se experimentam sentimentos de cuidado e compreensão para connosco próprios, em oposição aos de autocriticismo e julgamento; reconhecimento da *condição humana*, relacionado com a compreensão de que os erros/falhas são comuns ao ser humano, ao invés de sentimentos de isolamento através do sofrimento; *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, em vez de ignorar ou amplificar a dor (as cited in Rodrigues, 2016). Estes três componentes têm de ser alcançados e combinados de forma a ser-se realmente autocompassivo (Neff, 2011).

Segundo Neff, a autocompaixão é uma alternativa para a procura da autoestima, pois tem efeito protetor contra o autocriticismo, assim como a autoestima, mas sem a necessidade de nos vermos perfeitos ou melhores do que os outros. Ou seja, ao sermos autocompassivos estamos a largar as expectativas de perfeição e a abrir portas para a real a duradoura satisfação, em vez de nos condenarmos pelos nossos erros e falhas (Neff, 2011).

Tendemos a ser autocríticos quando as coisas nos correm mal (Paul Gilbert, Baldwin, Irons, & Baccus, 2006), assumindo uma postura dura e intolerante de autoavaliação negativa em relação ao próprio sofrimento (Castilho, 2010), aumentando deste modo o risco de psicopatologia (Paul Gilbert et al., 2006). O **autocriticismo** aborda uma forma de relação eu-eu em que uma parte do eu descobre falhas/defeitos, acusa, condena ou até se detesta (Castilho, 2010). Segundo Gilbert (2006), o autocriticismo pode ter um papel de autocorreção, ao prevenir o sujeito de cometer erros ou a função de autoataque, com o objetivo de atacar-se, magoar-se e fazer mal a si mesmo.

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

Gilbert (2004) menciona três formas de autocriticismo: o *Eu Inadequado*, cuja vivência está associada a uma sensação de inadequação perante fracassos e derrotas; o *Eu Tranquilizador*, em que há uma capacidade do eu se tranquilizar e reconfortar, acalmar e ter autocompaixão em momentos de falha ou fracasso; e o *Eu Detestado*, cuja vivência se associa a uma perseguição agressiva para magoar o eu, e a um sentimento de auto-repugnância/ódio.

Vários estudos mostraram que o autocriticismo está fortemente relacionado de forma positiva com a depressão, enquanto que a capacidade de se auto-tranquilizar se relaciona negativamente com a depressão (Gilbert, Clarke, Hempel, Miles, & Irons, 2004; Neff, 2011).

Apesar de não existirem estudos que relacionem a autocompaixão e o autocriticismo com a exposição a episódios de violência entre cônjuges, é importante estudar estes construtos nesta população pois estão correlacionados com os sintomas psicopatológicos que se encontram presentes nas vítimas de VC, nomeadamente a depressão.

Sendo a VC um crime que ocorre no contexto relacional, é importante estudar a vinculação de modo a prevenir e intervencionar nesse sentido (Lopes, 2015). De acordo com Bowlby (1982) a **vinculação** consiste numa função biológica de procura e manutenção da proximidade a outro indivíduo. Durante a infância o bebé estabelece uma relação de vinculação com uma figura humana, que geralmente é a mãe, que satisfaz as suas necessidades básicas, sendo que este vai aprendendo que a mãe é a sua fonte de gratificação. Durante a adolescência as figuras de vinculação alteram-se e outras pessoas assumem este papel, nomeadamente o parceiro amoroso (as cited in Lopes, 2015). Para Mikulincer e Shaver (2007) a vinculação tem como função a proteção de alguém de modo a proporcionar proximidade, carinho e afeto por parte das figuras de relevância (as cited in Dias, 2017). Na vida adulta a maior parte dos indivíduos mantém uma relação significativa com os seus pais, no entanto podem reter mais do que uma relação de vinculação paralelamente com outras relações significativas, pois apesar de se estabelecer uma nova relação de vinculação com um parceiro amoroso a relação de vinculação com os pais matem-se (Ainsworth, 1989).

Ainsworth distingue padrões de vinculação seguros e inseguros. O padrão de vinculação seguro define-se através de uma resposta positiva acessível por parte da figura de vinculação, expressando afeto. Por outro lado, o padrão de vinculação inseguro identifica os outros, particularmente a figura de vinculação, como não responsivos e não afetuosos, pelo que não se deve confiar nos mesmos (Dias, 2017).

Segundo Dutton e White (2012), o desenvolvimento num ambiente não seguro e que não proporcione conforto ao indivíduo pode propiciar a existência ou não de violência na

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

relação, pelo que os estilos de vinculação inseguros parecem exercer uma função importante nas relações íntimas violentas (as cited in Dias, 2017).

É possível identificar, através de uma abordagem categorial, três estilos de vinculação, o *seguro*, o *ansioso* e o *evitante*. O *seguro* diz respeito a indivíduos que estabelecem relações com facilidade e se sentem à vontade com a proximidade. O *ansioso* refere-se a indivíduos que receiam a falta de figuras de referência, ainda que reconheçam a necessidade de existir proximidade. Já o *evitante* caracteriza-se pelo desconforto em relação à intimidade (Hazan e Shaver, 1987 as cited in Dias, 2017).

Numa abordagem prototípica ao estudo da vinculação aparecem quatro protótipos de vinculação postulados por Bartholomew (1990), que distinguem as representações do *self* e dos outros: o protótipo de vinculação *seguro* refere-se aos indivíduos que estabelecem relacionamentos com diversas pessoas e não somente com aqueles que lhes são mais próximos, concebendo representações positivas tanto de si como dos que os rodeiam; o protótipo de vinculação *preocupado* diz respeito a indivíduos com baixa autoestima e que estão em busca constante de proximidade e atenção por parte dos outros, desenvolvendo representações negativas de si e positivas dos outros; o protótipo de vinculação *desligado*, caracteriza-se por falta de importância relativamente às relações interpessoais, havendo um afastamento dos outros, e uma representação positiva de si, mas negativa dos outros; finalmente, o protótipo de vinculação *amedrontado* define-se pela insegurança e evitamento devido ao medo da rejeição, sendo que os indivíduos concebem representações negativas de si e dos outros (as cited in Dias, 2017).

Ao observar os comportamentos de vinculação, Brennan e colaboradores (1998) verificaram que estes se dividem em duas dimensões contínuas, a *evitação* e a *ansiedade*. O grau no qual os indivíduos evitam contacto e proximidade emocional com os outros é refletido através de pontuações elevadas na evitação, apresentando um menor investimento nos relacionamentos. De acordo com Bartholomew (1990) a ansiedade pode oscilar de baixa a elevada, demonstrando o grau de preocupação pelo receio de abandono e necessidade de aprovação externa por parte da figura de vinculação (as cited in Lopes, 2015).

Por outro lado, segundo Simpson e Rholes (2012), pessoas com pontuações baixas na evitação apresentam uma vinculação segura, demonstrando-se confortáveis com a proximidade emocional e sem preocupações acerca do término da relação (as cited in Lopes, 2015).

A literatura indica que existe relação entre a VC os sintomas psicopatológicos e a associação destes à autocompaixão e autocriticismo, pelo que pareceu-nos pertinente o estudo

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

destas variáveis. Tendo em conta que a VC é um fenómeno bastante presente na nossa sociedade e tem vindo a ser cada vez mais reconhecido pareceu-nos pertinente explorar também a vinculação pois esta ocorre num contexto relacional. Desta forma foram definidos os seguintes **objetivos**: caracterizar a amostra em termos sociodemográficos; analisar a intensidade dos estados emocionais negativos, a autocompaixão, o autocriticismo e as dimensões de vinculação numa amostra de vítimas de violência doméstica; estudar as diferenças na sintomatologia psicopatológica, nos níveis de autocompaixão e de autocriticismo e nas dimensões de vinculação em função de estar atualmente num relacionamento abusivo, da tentativa de abandono da relação abusiva, da responsabilização da vítima por ter despoletado atos de violência, bem como de ter ou não observado episódios de violência entre os pais durante a infância ou adolescência.

Materiais e métodos

Participantes

Como ilustrado na Tabela 1, a amostra total recolhida no NAVVD de Viseu conteve 34 participantes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e 81 anos (M = 44,44; DP = 14,18). A maioria das participantes tem escolaridade até ao 3º ciclo (61,8%) e 20,6% têm o ensino secundário. Relativamente à profissão, a maior parte das participantes encontram-se desempregadas (52,9%) e 17,6% referem ser domésticas. No que concerne ao benefício de apoios sociais, 44,1% das vítimas referem beneficiar destes, sendo que 80% recebe Rendimento Social de Inserção (RSI). A maior parte das participantes inquiridas tem filhos (79,4%).

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

Tabela 1
Caracterização Sociodemográfica da Amostra

	n	*%*
Idade		
M = 44,44; *DP* = 14,18; Intervalo 18-81		
Escolaridade		
Até 3º ciclo	21	61,8
Ensino secundário	7	20,6
Licenciatura	4	11,8
Profissão		
Desempregado	18	52,9
Domestica	6	17,6
Rendimentos		
Sem rendimentos	22	64,7
Salário mínimo	10	29,4
Apoio social		
Sim	15	44,1
RSI	12	80
Meio		
Rural	15	44,1
Urbano	19	55,9
Filhos		
Sim	27	79,6
Não	7	20,6

Notas: *M* = média; *DP* = desvio padrão; *n* = número da amostra; *%* = percentagem.

Instrumentos

De modo a atingir os objetivos estabelecidos para este estudo, escolheu-se como métodos de colheita de dados os seguintes instrumentos:

O **questionário sociodemográfico** foi construído para o efeito (Apêndice 1), sendo formado por duas secções. A primeira secção diz respeito a questões fechadas relacionadas com a idade, escolaridade, profissão, rendimento mensal, existência de algum apoio social, meio em que reside (rural ou urbano), número de filhos e composição do agregado familiar. A segunda secção respeita questões mistas acerca da relação abusiva, se está satisfeito com a mesma caso se mantenha nela, se já tentou sair desta alguma vez e os motivos pelos quais não o fez; os tipos de violência que foram acometidos e os comportamentos adotados durantes os episódios violentos; os motivos que acredita terem levado à agressão; se assistiu a episódios violentos durante a infância e/ou adolescência, quem era o agressor (pai ou mãe), a frequência destes e os tipos, assim como o que fez após assistir a esses episódios de violência.

A **Escala de Autocompaixão** (**SELFCS;** Self-Compassion Scale, Neff, 2003; tradução e adaptação portuguesa de Pinto Gouveia & Castilho, 2011) é uma escala de autorrelato constituída por 26 itens que avalia seis aspetos diferentes de autocompaixão, organizados em 6 subescalas designadas: BP = Bondade-pelo-Próprio (itens: 5, 12, 19, 23, 26); HP = Humanidade Partilhada (itens: 3, 7, 10, 15); I = Isolamento (itens: 4, 13, 18, 25); JP = Julgamento-do-Próprio (itens: 1, 8, 11, 16, 21); M = *Mindfulness* (itens: 9, 14, 17, 22);

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

SI = Sobre-Identificação (itens: 2, 6, 20, 24). 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. A cotação deste questionário poderá efectuar-se de duas maneiras. Ao nível da escala global (Auto-Compaixão) ou ao nível das sub-escalas (BP, HP, I, JP, M e SI). Em qualquer dos casos, calcular-se-á a média dos resultados dos itens que as constituem.

Relativamente às suas propriedades psicométricas, a SELFCS 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 & Gouveia, 2011a).

No presente estudo o alfa de Cronbach da SELFCS total foi de 0,93. No que concerne à subescala BP, o valor de alfa foi de 0,79, na subescala HP o valor foi de 0,73, na subescala I o valor foi de 0,73, na subescala JP o valor foi de 0,84, na subescala M o valor foi de 0,84 e na subescala SI o valor foi de 0,75, revelando uma consistência interna de razoável a boa (Pestana & Gageiro, 2008).

A **Escala de Formas do Autocriticismo/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) é constituída por 22 itens, numa escala de Likert de 5 pontos (0 – nada como eu; 4 – exatamente como eu) com o objetivo de avaliar a forma como as pessoas se autocriticam/atacam e se autotranquilizam perante situações de fracasso e erro. Esta escala está subdividia em três subescalas: o Eu Inadequado (avalia a sensação de inadequação do eu perante fracassos e recuos; itens: 1, 2, 4, 6, 7, 14, 17, 18, 20), o Eu Tranquilizador (avalia a capacidade do eu se reconfortar e de ter compaixão por si mesmo; itens: 3, 5, 8, 11, 13, 16, 19, 21) e o Eu Detestado (avalia um sentimento de autorrepugnância/ódio e uma resposta destrutiva para com o eu perante fracassos e erros; itens: 9, 10, 12, 15, 22) (Gilbert et al., 2004). Não existe somatório total da escala, pelo que a cotação é no sentido direto sem itens invertidos.

Na versão original foi obtido um alfa de Cronbach de 0,90 para a subescala Eu Inadequado e 0,86 para as subescalas Eu Tranquilizado e Eu Detestado (Gilbert et al., 2004). 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 (Castilho & Gouveia, 2011a). No presente estudo o alfa de Cronbach total foi de 0,54. No que diz respeito à subescala do Eu Inadequado o valor de alfa foi de 0,83, na subescala Eu Tranquilizador foi de 0,80 e por fim para a subescala do Eu Detestado foi de 0,84, revelando uma consistência boa (Pestana & Gageiro, 2008).

A **Escala de Vinculação do Adulto (EVA -** Adult Attachment Interview Revised, Collins & Read, 1990; tradução portuguesa de Canavarro, 1997; adaptação portuguesa de Canavarro et al., 2006) tem como objetivo identificar os padrões de vinculação em indivíduos adultos, contemplando a forma como se sentem mediante as relações afetivas que estabelecem.

Este instrumento quantifica o tipo de vinculação predominante, organizando-se em três dimensões distintas: Ansiedade (avalia o grau de ansiedade vivenciado pelo indivíduo em resposta a questões interpessoais como sejam o medo do abandono/rejeição ou de não ser amado (itens: 3, 4, 9, 10, 11, 15); Conforto com a Proximidade (avalia o grau de conforto que o indivíduo experiencia relativamente à intimidade/proximidade (itens: 1, 6, 8, 12, 13, 14); e Confiança nos Outros (avalia o grau de confiança estabelecido e perceção da disponibilidade do outro (itens: 2, 5, 7, 16, 17, 18). Valores mais altos indicam níveis mais elevados de cada dimensão (Canavarro, Dias, & Lima, 2006). Constituída por um total de dezoito afirmações, as respostas são avaliadas a partir de uma escala Likert que varia entre 1 (nada característico em mim) e 5 (extremamente característico em mim). A escala pode ser aplicada a qualquer indivíduo – pertencente à população comunitária ou clínica – com idade igual ou superior a dezoito anos.

Os autores Collins e Read (1990) apontam índices de razoável fiabilidade para a escala, referindo alfas de Cronbach para as três dimensões (0,75, para a dimensão Dependência; 0,72, para a dimensão Ansiedade e 0,69, para a dimensão Proximidade). A versão aferida para a população portuguesa apresenta o valor de alfa de Cronbach de 0,81 para o total do instrumento e, no que respeita às subescalas, os valores de alfa são de 0,84 (Ansiedade), 0,67 (Conforto com a proximidade) e 0,54 (Confiança nos outros) (Canavarro et al., 2006), significando que apresenta uma consistência interna boa (Pestana e Gageiro, 2014). O presente estudo apresenta o valor de alfa de Cronbach de 0,34 para o total do instrumento, 0,81 para a subescala ansiedade, 0,40 para a subescala conforto, e 0,51 para a subescala confiança. Por forma a favorecer o aumento dos valores de alfa de Cronbach optámos por retirar os itens 6 e 17. Deste modo, o total da escala apresenta um valor de 0,40, 0,55 para a subescala conforto e 0,74 para a subescala confiança. Segundo Davis (1964) os valores de alfa das subescalas são considerados aceitáveis, tendo em conta que se trata de uma amostra entre os 25 e os 50 participantes (as cited in Maroco & Garcia-Marques, 2014).

O **Brief Symptom Inventory** (**BSI,** Derogatis & Spencer, 1982; tradução e adaptação portuguesa de Canavarro, 1999) avalia os níveis de sintomatologia psicopatológica com base em nove dimensões distintas: Somatização (S): abrange o conjunto de queixas somáticas que

origina mal-estar na pessoa (itens: 2, 7, 23, 29, 30, 33, 37); Obsessões-compulsões (O-C): avalia sintomas relacionados com as cognições e comportamentos persistentes e indesejados (itens: 5, 15, 26, 27, 32, 36); Sensibilidade interpessoal (SI): circunscreve-se aos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade e défices ao nível das interações sociais (itens: 20, 21, 22, 42); Depressão (D): os resultados refletem os sintomas de disforia e perda generalizada de energia, motivação e interesse pela vida (itens: 9, 16, 17, 18, 35, 50); Ansiedade (A): além das questões somáticas associadas a estados de ansiedade, esta dimensão contempla também os sintomas psicológicos relacionados com o nervosismo, tensão e ataques de pânico (itens: 1, 12, 19, 38, 45, 49); Hostilidade (H): abarca cognições e comportamentos associados à raiva, cólera e frustração (itens: 6, 13, 40, 41, 46); Ansiedade fóbica (AF): avalia as respostas de medo persistente, irracional e desproporcional a diferentes estímulos, o que leva a comportamentos de fuga e de evitamento (itens: 8, 28, 31, 43, 47); Ideação paranoide (IP): cinge-se a um funcionamento cognitivo disfuncional, que leva a um tipo de comportamento paranoide (itens: 4, 10, 24, 48, 51); Psicoticismo (P): avalia a possível existência de sintomatologia psicótica, que leva ao desenvolvimento e manutenção de um estilo de vida esquizoide, baseado no isolamento interpessoal e outros fatores associados (itens: 3, 14, 34, 44, 53) (Derogatis, 1993).

Além destas dimensões, Derogatis (1993) também definiu três pontuações gerais: Índice Geral de Sintomas (IGS): reflete a intensidade do mal-estar vivenciado pelo sujeito com o número de sintomas assinalados ao longo da escala; Índice de Sintomas Positivos (ISP): é a média da intensidade dos sintomas assinalados – caso o valor seja igual ou superior ao ponto de corte predefinido pelo autor (que é de 1.7), pode confirmar-se com grande probabilidade a presença de um quadro emocionalmente perturbado; e Total de Sintomas Positivos (TSP): representa o número de queixas apresentadas – um valor elevado aponta para elevada sintomatologia perturbadora.

Constituído por um total de cinquenta e três questões, de resposta em escala Likert que varia entre 0 (nunca) e 4 (muitíssimas vezes), este instrumento pode ser administrado a indivíduos com idade igual ou superior a treze anos. A avaliação pode ser efetuada tanto à população geral como à população clínica, considerando os sintomas vivenciados pelo indivíduo ao longo da última semana.

A nível psicométrico, o BSI apresenta uma boa consistência interna de cada uma das dimensões, variando entre 0,71 na dimensão Psicoticismo e 0,85 na dimensão Depressão (Derogatis, 1993). A versão aferida para a população portuguesa os valores de alfa variam entre 0,72 (dimensão Ideação Paranóide) e 0,80 (dimensão Somatização) (Canavarro, 1999).

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

O presente estudo apresenta valores de alfa de Cronbach para a escala total de 0,96 e nas dimensões Somatização (0,86), Obsessão-compulsão (0,70), Sensibilidade Interpessoal (0,73), Depressão (0,83), Ansiedade (0,83), Hostilidade (0,76), Ansiedade Fóbica (0,71), Ideação Paranoide (0,24) e Psicoticismo (0,59), o que indica uma consistência interna de razoável a muito boa (Pestana & Gageiro, 2008), com exceção da subescala ideação paranóide que é inadmissível e da subescala Psicoticismo que é considerada aceitável, de acordo com Davis (1964) (as cited in Maroco & Garcia-Marques, 2014).

Procedimentos

Inicialmente foram recolhidas as autorizações aos autores dos instrumentos que seriam necessários para a realização do presente estudo e posteriormente foi elaborado o protocolo de estudo (Anexo 1). De seguida foi solicitada a autorização ao NAVVD de Viseu (Apêndice 2), para administrar o protocolo de estudo junto dos participantes que aceitaram participar no mesmo.

Neste estudo foi considerado o anonimato das participantes, bem como a proteção dos dados para este fim. Deste modo, todas as participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo, a metodologia a ser utilizada, bem como sobre a liberdade de decidir a participar na investigação e a possibilidade de desistência a qualquer momento, se assim o desejassem. Foi-lhes fornecido um consentimento informando (Apêndice 3), garantindo assim a sua participação voluntária e o anonimato e confidencialidade dos dados.

Para a constituição da amostra, foram selecionadas mulheres que tivessem sofrido maus-tratos físicos, psicológicos, sociais, económicos ou sexuais por parte do seu parceiro ou ex-parceiro. O contacto com as participantes deste estudo realizou-se de forma direta e pessoal pela investigadora, sem intermediários, no gabinete de atendimento social do NAVVD de Viseu, decorrendo entre março e junho de 2018. O tempo de aplicação do protocolo variou entre os 45 minutos e 1 hora.

Análise estatística

Os questionários recolhidos e os dados neles contidos foram analisados recorrendo ao programa informático SPSS versão 21.

A caracterização sociodemográfica dos participantes, bem como dos relacionamentos, tipos de violência, comportamentos adotados durante os atos de violência, responsabilização desses atos e observação de atos de violência entre os pais durante a infância/adolescência

foram elaboradas através de análises estatísticas descritivas, nomeadamente, as frequências absolutas e o cálculo das médias e desvios-padrão.

Observou-se que a maioria das escalas e subescalas não apresentavam uma distribuição normal e associado ao número amostral pequeno, optou-se por utilizar uma estatística não paramétrica.

Foi utilizado o teste do coeficiente de Spearman para verificar a correlação entre as variáveis. A interpretação da magnitude das correlações fundamentou-se na orientação de Cohen, 1988: de 0,10 a 0,29 são consideradas baixas; de 0,30 a 0,49 moderadas e acima de 0,50 altas.

Por forma a explorar os efeitos das características sociodemográficas sobre as variáveis em estudo utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis.

A consistência interna foi determinada através do alfa de Cronbach, recorrendo à classificação de Pestana e Gageiro (2008): superior a 0,9 *muito boa*; entre 0,8 e 0,9 *boa*; entre 0,7 e 0,8 *razoável*; entre 0,6 e 0,7 *fraca*; *inferior* a 0,6 inadmissível.

Resultados

No que respeita às relações íntimas abusivas estabelecidas com o agressor, 23,5% das participantes referem estar atualmente em algum relacionamento, sendo que 37,5% refere estar "nada satisfeita" com a relação. Relativamente às relações abusivas, a maioria das vítimas (52,9%) tentou sair dessa relação, sendo que 43,8,% das vítimas que nunca tentaram sair da relação não o fizeram por causa dos filhos (Tabela 2).

Tabela 2
Caracterização dos Relacionamentos Abusivos

	n	*%*
Relacionamento atual abusivo		
Sim	8	23,5
Não	26	76,5
Satisfação relacionamento abusivo atual		
Nada satisfeito	3	37,5
Pouco satisfeito	1	12,5
Moderadamente satisfeito	1	12,5
Muito satisfeito	2	25,0
Extremamente satisfeito	1	12,5
Tentativa de abandono da relação		
Sim	18	52,9
Não	16	47,1
Motivo pelo qual não abandonou a relação		
Dependência emocional	2	12,5
Pelos filhos	7	43,8
Pela casa	2	12,5
Por não ter para onde ir	2	12,5

Nota: *n* = número da amostra, *%* = percentagem.

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

No que diz respeito aos tipos de violência a que as vítimas foram acometidas, todas as mulheres estudadas referiram ter sofrido violência física, a maioria (79,4%) referiu ser vítima de violência psicológica e grande parte (67,6%) referiu sofrer violência social. Durante os atos de violência, a maior parte das vítimas inquiridas respondeu ter tentado defender-se, ter pedido ajuda a alguém ou ter fugido para algum local. No que concerne à responsabilização dos atos violentos praticados, a maior parte das inquiridas nunca se considerou responsável pelos mesmos, como ilustrado na Tabela 3.

Tabela 3
Caracterização dos Atos Violentos

Tipos de Violência Experienciados	*n*	*%*
Física	27	79,4
Psicológica	34	100
Social	23	67,6
Económica	15	44,1
Sexual	12	35,2
Comportamentos Adotados Durante os Atos de Violência		
Fugiu para algum local	14	41,2
Escondeu-se em algum local	6	17,6
Tentou parar a situação	11	32,4
Tentou defender-se	20	58,8
Pediu ajuda a alguém	15	44,1
Tentativa Suicídio	6	17,6
GNR	1	2,9
Permitiu	2	5,9
Responsabilização por Despoletar Atos de Violência		
Nunca	29	85,3
Algumas vezes	5	14,7

Nota: *n* = número da amostra; *%* = percentagem.

No que respeita à observação de episódios de violência entre os pais na infância ou adolescência, 44,1% das inquiridas referem ter assistido, sendo que esses episódios ocorriam muito recorrentemente. A maior parte das inquiridas responderam que o pai era o agressor e perante os episódios violentos a maioria das inquiridas tentou proteger a vítima (Tabela 4).

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

Tabela 4
Observação de Episódios de Violência Entre os Pais Durante a Infância ou Adolescência

Observação	*n*	*%*
Sim	15	44,1
Não	19	55,9
Frequência dos atos violentos		
Raramente	1	7,1
Por vezes	4	28,6
Muito recorrente	9	64,3
Agressor		
Mãe	2	15,4
Pai	11	84,6
Tipos de violência exercidos pela mãe		
Violência Psicológica	2	5,9
Tipos de violência exercidos pelo pai		
Violência Física	9	81,8
Violência Psicológica	8	72,7
Violência Social	3	27,3
Reação perante os episódios de violência		
Falou com alguém	1	7,7
Não pensou mais sobre isso	2	15,4
Atribuiu a culpa ao agressor	2	15,4
Tentou proteger a vítima	6	46,2
Choro	2	15,4

Nota: *n* = número da amostra; *%* = percentagem.

As médias e desvios-padrão das pontuações obtidas nos instrumentos utilizados neste estudo estão descritas na Tabela 5. O valor médio obtido no Índice de Sintomas Positivos do inventário de sintomas psicopatológicos é superior ao ponto de corte 1,7 (*M* = 2,39) (Derogatis, 1993). No que concerne à escala de vinculação do adulto os valores médios obtidos nas dimensões Conforto com a Proximidade e Confiança nos outros são inferiores aos valores obtidos por Canavarro (1995) para a população geral, enquanto que o valor médio obtido na dimensão Ansiedade é superior. É possível verificar que os valores médios das dimensões da escala de autocompaixão encontrados na amostra são predominantemente inferiores aos valores médios da população geral, com a exceção da dimensão Humanidade Partilhada e o *Mindfulness* que apresentam valores médios superiores (Castilho & Gouveia, 2011a). Relativamente às dimensões da escala de autocriticismo o Eu inadequado e o Eu tranquilizador apresentam valores médios inferiores aos obtidos na população geral, enquanto que a dimensão Eu inadequado apresenta valor médio superior (Castilho & Gouveia, 2011b).

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

Tabela 5
Médias e desvios-padrão totais

		M	*DP*	Variação amostra		Variação teórica	
				Min.	*Máx.*	*Min.*	*Máx.*
BSI	Somatização	1,51	1,10	0,00	3,14	0	4
	Obsessões-compulsões	1,69	0,83	0,33	3,50	0	4
	Sensibilidade interpessoal	1,42	1,01	0,00	3,25	0	4
	Depressão	1,90	1,01	0,00	3,67	0	4
	Ansiedade	1,72	0,99	0,33	3,83	0	4
	Hostilidade	1,25	0,92	0,00	3,60	0	4
	Ansiedade fóbica	0,99	0,86	0,00	3,20	0	4
	Ideação paranóide	1,96	0,65	1,00	3,60	0	4
	Psicoticismo	1,17	0,84	0,00	2,80	0	4
	Índice geral de sintomas	1,54	0,73	0,34	3,09	0	4
	Total de sintomas positivos	32,71	11,45	10,00	50,00	0	53
	Índice de sintomas positivos	2,39	0,48	1,50	3,28		
EVA	Ansiedade	2,95	0,95	1,00	4,60	1	5
	Conforto com proximidade	3,45	0,56	2,14	4,67	1	5
	Confiança nos outros	2,62	0,67	1,67	4,33	1	5
FSCRS	Eu inadequado	1,81	0,84	0,67	3,78	0	4
	Eu detestado	0,84	1,02	0,00	4,00	0	4
	Eu tranquilizador	2,34	0,81	0,63	4,00	0	4
SELFCS	Bondade pelo próprio	2,88	0,92	1,00	4,20	1	5
	Humanidade partilhada	1,30	0,68	1,50	3,75	1	5
	Isolamento	2,81	0,89	1,00	4,75	1	5
	Julgamento do próprio	3,28	1,02	1,40	4,80	1	5
	Mindfulness	3,10	0,76	1,00	4,25	1	5
	Sobre-identificação	2,99	0,88	1,50	4,50	1	5

Nota: *M* = média; *DP* = desvio padrão; *min*. = mínimo; *máx.* = máximo.

Na Tabela 6 são apresentadas as correlações de Spearman realizadas entre as dimensões do inventário de sintomas psicopatológicos (BSI), da escala de autocriticismo (FSCRS) e da escala de vinculação do adulto (EVA). É possível verificar uma correlação negativa moderada entre a Sensibilidade Interpessoal e o Eu Tranquilizador (*rho* = -0,431, p < 0,05), assim como do Conforto com a Depressão (*rho* = -0,412, p < 0,05) e com o Psicoticismo (*rho* = -0,421, p < 0,05). Existe também uma correlação positiva fraca da Ansiedade com a Obsessão-Compulsão (*rho* = 0,379, p < 0,05) e com a Depressão (*rho* = 0,382, p < 0,05).

Tabela 6
Correlações entre as dimensões do BSI e entre as dimensões da FSCRS e da EVA

	Eu Inadequado	*Eu Detestado*	*Eu Tranquilizador*	*Ansiedade*	*Conforto*	*Confiança*
Somatização	0,205	0,141	-0,081	0,294	-0,261	-0,226
Obsessão-Compulsão	0,240	0,118	-0,236	0,379*	-0,296	-0,037
Sensibilidade Interpessoal	0,282	0,222	-0,431*	0,323	-,0331	-0,192
Depressão	0,336	0,208	-0,206	0,382*	-0,412*	-0,148
Ansiedade	0,182	0,126	-0,083	0,297	-0,232	-0,076
Hostilidade	0,089	0,078	-0,215	0,044	-0,184	-0,054
Ansiedade Fóbica	0,159	0,063	-0,178	0,249	-0,173	-0,043
Ideação Paranóide	0,146	0,105	-0,178	0,081	-0,276	-0,018
Psicoticismo	0,110	0,095	-0,180	0,196	-0,421*	-0,016

Nota: * $p < 0,05$; dimensões BSI (inventário de sintomas psicopatológicos): Somatização; Obsessão-Compulsão; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide; Psicoticismo; dimensões FSCRS (escala de autocriticismo); dimensões EVA (escala de vinculação do adulto): Ansiedade, Conforto, Confiança.

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

Na Tabela 7 apresentam-se as correlações de Spearman entre as dimensões do inventário de sintomas psicopatológicos (BSI) e da escala de autocompaixão (SELFCS). Verificam-se correlações fracas da Humanidade Partilhada com a Somatização (*rho* = 0,347, p < 0,05; correlação positiva) e com a Depressão (*rho* = -0,392, p < 0,05; correlação negativa) e entre a Sensibilidade Interpessoal e o *Mindfulness* (*rho* = -0,371, p < 0,05; correlação negativa).

Tabela 7
Correlações entre as dimensões do BSI e as dimensões da SELFCS

	BP	*HP*	*I*	*JP*	*M*	*SI*
Somatização	-0,029	0,347*	-0,084	-0,093	-0,209	0,058
Obsessão-Compulsão	-0,161	0,290	-0,122	-0,159	-0,178	-0,159
Sensibilidade Interpessoal	-0,077	0,264	-0,149	-0,236	-0,371*	-0,166
Depressão	-0,086	-0,392*	-0,203	-0,077	-0,312	-0,073
Ansiedade	-0,126	0,336	-0,092	-0,047	-0,243	-0,040
Hostilidade	-0,040	0,123	-0,030	-0,078	-0,284	0,060
Ansiedade Fóbica	-0,071	-0,009	0,030	-0,059	-0,116	-0,040
Ideação Paranóide	0,148	0,149	0,004	-0,181	-0,185	-0,066
Psicoticismo	0,138	0,155	-0,031	0,102	-0,267	0,033

Nota: * $p < 0,05$; dimensões BSI (inventário de sintomas psicopatológicos): Somatização; Obsessão-Compulsão; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide; Psicoticismo; Dimensões SELFCS (escala de autocompaixão): BP = Bondade pelo Próprio; HP = Humanidade Partilhada; I = Isolamento; JP = Julgamento do próprio; M = *Mindfulness*; SI = Sobre-identificação.

Na Tabela 8 podem ler-se as correlações entre as dimensões da escala de vinculação do adulto (EVA), da escala de autocriticismo (FSCRS) e da escala da autocompaixão (SELFCS). A Ansiedade correlaciona-se moderadamente com as três dimensões da autocompaixão, de modo positivo com o Eu Inadequado (*rho* = 0,586, p < 0,01) e com o Eu Detestado (*rho* = 0,528, p < 0,01) e negativamente com o Eu Tranquilizador (*rho* = -0,476, p < 0,01). A Ansiedade ainda apresenta correlações moderadas com todas as dimensões do autocriticismo: positiva com a Humanidade Partilhada (*rho* = 0,587, p < 0,01) e negativas com a Bondade pelo Próprio (*rho* = -0,442, p < 0,01), o Isolamento (*rho* = -0,444, p < 0,01), o Julgamento do Próprio (*rho* = -0,473, p < 0,01), a Sobre-identificação (*rho* =-0,563, p < 0,01) e o *Mindfulness* (*rho* = -0,612, p < 0,01).

A dimensão Conforto apresenta correlações fracas, negativa com o Eu Inadequado (*rho* = -0,369, p < 0,01) e positiva com o Eu tranquilizador (*rho* = 0,351, p < 0,01) da escala da autocompaixão. O Conforto só se correlaciona com duas dimensões da escala do autocriticismo: de forma positiva moderada com o Julgamento do Próprio (*rho* = 0,500, p < 0,01) e fraca com a Sobre-identificação (*rho* = -0,359, p < 0,05).

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

No que respeita às dimensões da escala do autocriticismo, a Confiança evidencia correlações negativas com o Eu Inadequado (*rho* = -0,439, p < 0,01; correlação moderada) e com o Eu Detestado (*rho* = -0,370, p < 0,05; correlação fraca) e uma correlação positiva fraca com o Eu tranquilizador (*rho* = 0,365, p < 0,05). A Confiança ainda se correlaciona positivamente com a Bondade pelo Próprio (*rho* = 0,36, p < 0,05; correlação fraca) e moderadamente com o Julgamento do Próprio (*rho* = 0,429, p < 0,05), o *Mindfulness* (*rho* = 0,505, p < 0,01) e a Sobre-identificação (*rho* = 0,405, p < 0,05).

Tabela 8
Correlações entre as dimensões da EVA e as dimensões da FSCRS e da SELFCS

	Eu Inadequado	*Eu Detestado*	*Eu tranquilizador*	*BP*	*HP*	*I*	*JP*	*M*	*SI*
Ansiedade	0,586**	0,528**	-0,476**	-0,442**	0,547**	-0,444**	-0,473**	-0,612**	-0,563**
Conforto	-0,369**	0,288	0,351**	-0,149	-0,255	0,321	0,500**	0,303	0,359*
Confiança	-0,439**	-0,370*	0,365*	0,360*	-0,289	0,313	0,429*	0,505**	0,405*

Nota: * *p* < 0,05; ** *p* < 0,01; dimensões FSCRS (escala de autocriticismo): Eu Inadequado; Eu Detestado; Eu Tranquilizador; dimensões SELFCS (escala de autocompaixão): BP = Bondade pelo Próprio; HP = Humanidade Partilhada; I = Isolamento; JP = Julgamento do próprio; M = *Mindfulness*; SI = Sobre-identificação; dimensões EVA: Ansiedade, Conforto, Confiança.

No que respeita às correlações entre as dimensões das escalas da autocompaixão e do autocriticismo, o Eu Inadequado correlaciona-se moderada e negativamente com a Bondade pelo Próprio (*rho* = -0,566, p < 0,01), o Isolamento (*rho* = -0,645, p < 0,01), o *Mindfulness* (*rho* = -0,473, p < 0,01), a Sobre-identificação (*rho* = -0,659, p < 0,01) e o Julgamento do Próprio (*rho* = -0,709, p < 0,01; correlação forte) e evidencia uma correlação positiva forte com a Humanidade Partilhada (*rho* = 0,751, p < 0,01). O Eu Detestado revela correlações negativas fortes com a Bondade pelo Próprio (*rho* = -0,787, p < 0,01) e com o Julgamento do Próprio (*rho* = -0,728, p < 0,01), correlações negativas moderadas com o Isolamento (*rho* = -0,538, p < 0,01), o *Mindfulness* (*rho* = -0,677, p < 0,01) e a Sobre-identificação (*rho* = -0,601, p < 0,01) e tem uma correlação positiva moderada com a Humanidade Partilhada (*rho* = -0,601, p < 0,01). Por fim, o Eu Tranquilizador apresenta correlações positivas moderadas com a Bondade pelo Próprio (*rho* = 0,674, p < 0,01), o Julgamento do Próprio (*rho* = 0,672, p < 0,01), o *Mindfulness* (*rho* = 0,606, p < 0,01) e a Sobre-identificação (*rho* = 0,547, p < 0,01) (Tabela 9).

Tabela 9
Correlações entre as dimensões do FSCRS e as dimensões da SELFCS

	BP	*HP*	*I*	*JP*	*M*	*SI*
Eu Inadequado	-0,566**	0,751**	-0,645**	-0,709**	-0,473**	-0,659**
Eu Detestado	-0,787**	0,503**	-0,538**	-0,728**	-0,677**	-0,601**
Eu Tranquilizador	0,674**	-0,305	0,314	0,672**	0,606**	0,547**

Nota: ** $p < 0,01$; dimensões FSCRS (escala de autocriticismo): Eu Inadequado; Eu Detestado; Eu Tranquilizador; dimensões SELFCS (escala de autocompaixão): BP = Bondade pelo Próprio; HP = Humanidade Partilhada; I = Isolamento; JP = Julgamento do próprio; M = *Mindfulness*; SI = Sobre-identificação

Quando estudadas as diferenças em função da tentativa de abandono da relação abusiva e de estar atualmente num relacionamento abusivo nas variáveis em estudo (dimensões do inventário de sintomas psicopatológicos, da escala de autocompaixão e da escala de autocriticismo), o recurso ao teste *U* de Mann-Whitney permitiu constatar que não foram verificadas diferenças significativas entre quem abandonou e quem não abandonou a relação abusiva em função das variáveis em estudo, assim como entre quem atualmente está ou não num relacionamento abusivo.

Também no que concerne à responsabilidade dos atos violentos acometidos não foram verificadas diferenças nas dimensões do inventário de sintomas psicopatológicos, da escala de vinculação do adulto, da escala de autocompaixão e da escala de autocriticismo.

Por fim, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nas variáveis em estudo entre quem observou e quem não observou episódios de violência entre os pais durante a infância ou adolescência.

Discussão

A presente investigação permitiu a exploração de associações entre a violência doméstica e os sintomas psicopatológicos, a autocompaixão, o autocriticismo e a vinculação, assim como a caracterização dos relacionamentos abusivos experienciados e dos vários tipos de violência.

Em termos sociodemográficos verifica-se um fenómeno transversal a várias idades (18-81 anos) em que a maior parte das vítimas apresenta escolaridade até ao 3º ciclo do ensino básico (61,8%). Numa análise global, os resultados encontrados apontam uma situação profissional de desemprego para grande parte das vítimas (52,9%), sendo que a grande maioria (64,7%) não apresenta rendimentos, no entanto 44,1% recebe apoio social, nomeadamente o RSI.

No que concerne à relação abusiva, apenas 23,5% das vítimas se encontra atualmente numa relação abusiva, sendo que grande parte destas (37,5%) refere estar nada satisfeita com

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

a relação. A maioria das vítimas tentou abandonar a relação (52,9%), no entanto os motivos apresentados para não abandonar a mesma foram a dependência emocional, a casa, não ter para onde ir e, na maioria dos casos, por causa dos filhos. Estes resultados permitem corroborar alguns estudos já desenvolvidos que apontam a dependência económica, a dependência emocional, não ter para onde ir e os filhos como motivos para o não abandono da relação (Strube & Barbour, 1983, 1984).

As situações abusivas acometidas afirmam a diversidade de formas de manifestação de violência expressas na literatura (Fernandes & César, 2011), sendo que a violência psicológica e a física foram as mais frequentes, indo ao encontro dos resultados obtidos em estudos existentes (Dias, 2017; Falcke & Colossi, 2018).

Os dados recolhidos mostram que durante os atos abusivos a maior parte das vítimas tentou defender-se, pediu ajuda a alguém ou fugiu para outro local, sendo que a maioria não se considera responsável por despoletar esses atos violentos, dados estes que são consistentes com resultados da literatura (Branco, 2007).

Durante a infância/adolescência das participantes, 44,1% refere ter assistido a episódios de violência entre os pais, sendo que na maioria dos casos o pai era o agressor, destacando-se a violência física e psicológica exercida contra a mãe. Na maioria, os comportamentos adotados durante os atos violentos foram a proteção da vítima, o que vai ao encontro dos resultados existentes em alguns estudos (Sagim, 2008; Vian, Mosmann, & Falcke, 2018).

Através da análise dos resultados anteriormente mencionados é possível verificar que as mulheres vítimas de violência conjugal parecem evidenciar sintomatologia psicopatológica pois o valor médio obtido no ISP do BSI (M = 2,39) é superior ao ponto de corte 1,7 (Derogatis, 1993). Destacam-se valores médios mais elevados nas dimensões Ideação Paranóide, Depressão e Ansiedade, sendo estes resultados consistentes com a literatura (Bittar & Kohlsdorf, 2013; Esie, Osypuk, Schuler, & Bates, 2019; Yoon et al., 2018). A título de exemplo, refira-se os resultados obtidos por Zancan e Habigzang (2018), que indicam associações entre violência conjugal e sintomas de ansiedade e depressão em mulheres vítimas.

Ainda que não tenhamos feito uma análise *clusters* para classificação dos estilos de vinculação, analisando os resultados obtidos através da comparação dos valores médios encontrados com os valores médios do estudo de Canavarro (2006) para a população geral, é possível inferir que a amostra parece apresentar predominantemente um estilo de vinculação evitante no que concerne ao Conforto com a Proximidade e à Confiança nos Outros e um

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

estilo de vinculação entre o Preocupado e o Evitante no que diz respeito à Ansiedade. Estes resultados são congruentes com alguns estudos já desenvolvidos (e.g., Bonache, Gonzalez-Mendez, & Krahé, 2016; Handojo, Athota, Yuspendi, Sihotang, & Aryani, 2018) e sugerem que mulheres expostas a episódios de violência praticados pelos seus cônjuges denotam falta de confiança nos outros e não se sentem confortáveis com a proximidade, assim como sentem algum receio de serem abandonadas.

No que diz respeito ao autocriticismo, o valor médio obtido na dimensão Eu tranquilizador (*M* = 2,34) é mais baixo do que o obtido para a população geral (*M* = 2,38) enquanto que o Eu Inadequado (*M* = 1,81) e o Eu detestado (M = 0,84) apresentam valores médios mais altos (*M* = 1,31 e *M* = 0,26 respetivamente), o que poderá indicar um elevado sentimento de inadequação do Eu perante fracassos ou erros, uma baixa atitude positiva e de conforto para com o Eu e uma elevada resposta destrutiva fundada na raiva e aversão perante situações de fracasso (Castilho & Gouveia, 2011a). Estes resultados poderão ser explicados pelo facto de a exposição a episódios de violência psicológica causar danos à autoestima destas mulheres, pois são incutidos nelas sentimentos de desvalorização do Eu, o que as poderá levar a sentir menos conforto e compaixão por elas próprias, nutrindo sentimentos de ódio para com o (seu) Eu.

Relativamente à autocompaixão, verifica-se que esta amostra de mulheres vítimas de violência conjugal apresenta valores médios inferiores à população geral nas dimensões Bondade pelo Próprio (*M* = 2,88), Julgamento do Próprio (*M* = 3,28), Isolamento (*M* = 2,81) e Sobre-Identificação (M = 2,99) (*M* = 2,95; *M* = 3,50; *M* = 3,41; *M* = 3,40 respetivamente), enquanto que as dimensões Humanidade Partilhada (*M* = 1,30) e *Mindfulness* (*M* = 3,10) apresentam valores mais altos (*M* = 3,11 e *M* = 3,03 respetivamente). Estes dados poderão sugerir uma baixa capacidade de compreender e ser amável consigo própria, assim como um baixo julgamento dos seus erros e inadequações (Castilho & Gouveia, 2011a). É possível verificar também elevados sentimentos de compreensão e de amabilidade para consigo mesmo, baixa comparação social e isolamento, um elevado equilíbrio emocional e aceitação dos seus próprios sentimentos sem excessiva sobre-identificação com os mesmos (Castilho & Gouveia, 2011a). Porém, estes resultados são dissemelhantes aos obtidos por Bermudez e colaboradores (2013) onde mulheres vítimas de violência conjugal apresentavam uma baixa autocompaixão enquanto estratégia de regulação emocional, ou seja, não mostravam uma relação saudável consigo própria em períodos de sofrimento pessoal.

Associando os sintomas psicopatológicos com a autocompaixão, constatou-se que quanto maior a Humanidade Partilhada, maior a Somatização e menor a Depressão e quanto

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

menor a Sensibilidade Interpessoal maior o *Mindfulness*. Estes resultados poderão indicar que as vítimas tendem a somatizar quando percebem as suas falhas como parte da condição humana, contrapondo-se à literatura, pois seria espectável que a perceção das falhas como parte da condição humana promovesse sentimentos de segurança (Neff, 2011). Por outro lado, quando as mulheres da nossa amostra veem essas falhas como comuns aos outros tendem a apresentar pontuações mais baixas na depressão, assim como se verifica que uma compreensão de falhas pessoais está relacionada com maior capacidade de estar *mindful,* ou seja, aceitar o que acontece no momento presente, ver as coisas como elas são e sem as julgar (Neff, 2011). A associação negativa entre a Humanidade Partilhada e a Depressão é confirmada na literatura existente (Neff, 2011). Verifica-se também que o *Mindfulness* se relaciona de forma negativa com a Sensibilidade Interpessoal, o que poderá indicar que quanto mais são capazes de regular as suas emoções usando estratégias de *Mindfuness* menor serão os seus sentimentos de inadequação pessoal, em particular na comparação com outras pessoas. Estes aspetos são congruentes com o estudo desenvolvido por Conceição (2018), que constatou que a autocompaixão, enquanto estratégia de regulação emocional reduz sintomas psicopatológicos, nomeadamente a depressão. Estes resultados são particularmente interessantes de serem lidos face às características da nossa amostra, visto que as vítimas de violência são expostas a situações que as humilham e inferiorizam, o que poderá ter impacto negativo na perspetiva do (seu) Eu, fazendo com que foquem a sua atenção nos aspetos que não gostam em si e que não se sintam indignas, porém quando têm competências de *Mindfulness*, parece serem mais capazes de lidar com as situações de interação social que envolvem comparação com o outro (Sensibilidade Interpessoal), sentindo-se menos desconfortáveis e hesitantes.

Já no que se refere às associações entre os sintomas psicopatológicos e o autocriticismo foi encontrada uma relação negativa entre a Sensibilidade Interpessoal e o Eu Tranquilizador, o que indica que quanto mais a vítima é capaz de se tranquilizar menor será o seu sentimento de inferioridade e inadequação pessoal quando se compara com outras pessoas. Assim, a capacidade se de focar nos seus aspetos positivos poderá ter impacto na perceção dos seus acontecimentos de vida, interpretando-os como parte da experiência humana. Tendo em conta que muitas vítimas de violência conjugal são constantemente criticadas e humilhadas pelos seus parceiros, estes poderão incutir nelas sentimentos de inutilidade. Porém, se as vítimas revelarem uma atitude positiva para com o (seu) Eu, é espectável que talvez não se julguem tanto como inferiores ou inadequadas.

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

Respeitando as associações entre os sintomas psicopatológicos e a vinculação, constata-se que a Ansiedade relativa ao receio de abandono se relaciona positivamente com a Obsessão-Compulsão e com a Depressão, indicando que quanto mais ansiosas as vítimas se sentem face ao receio de abandono maior a necessidade de aliviar os sintomas ansiosos através de obsessões-compulsões e maiores os sintomas depressivos. Por outro lado denotam-se relações negativas entre o Conforto com a Proximidade e o Psicoticismo, revelando que quanto mais confortáveis as vítimas se sentem com a proximidade face a outros significativos, menor serão os seus sintomas depressivos e o psicoticismo. Estes resultados vão ao encontro da literatura, pois a exposição a episódios violentos tem impacto psicológico negativo nas vítimas, nomeadamente na perceção de segurança das suas relações afetivas (Conforto com a Proximidade e Ansiedade face ao receio de abandono), o que pode explicar a sintomatologia psicopatológica associada. De acordo com o estudo realizado por Dias (2017), mulheres expostas a episódios violentos consideram-se menos seguras face às suas relações próximas, corroborando os resultados obtidos.

No que respeita à vinculação, nomeadamente a dimensão Ansiedade, esta relaciona-se negativamente com a maior parte das dimensões do autocriticismo e da autocompaixão, o que sugere que quanto mais as vítimas se autotranquilizam, compreendem e regulam as suas emoções, menos ansiosas se sentem face ao receio de serem abandonadas. Estes resultados poderão sugerir que as vítimas que são capazes de se autotranquilizar não têm receio de abandono, porque possivelmente serão aquelas que poderão ter maior capacidade para abandonar a relação. Verificou-se que o Conforto com a proximidade se relaciona positivamente com o Eu Tranquilizador, Julgamento do Próprio e Sobre-Identificação e negativamente com o Eu Inadequado, sugerindo que as vítimas se sentem mais confortáveis com a proximidade quando julgam os seus erros e inadequações e se fixam nos mesmos mas simultaneamente se tranquilizam e são autocompassivas. Denotou-se que a Confiança se relaciona negativamente com as dimensões Eu Inadequado e Eu Detestado do autocriticismo e positivamente com a maior parte das dimensões da autocompaixão, indicando que a capacidade de depositar confiança nos outros poderá depender de uma visão positiva, compassiva e compreensiva para com elas próprias, nomeadamente na capacidade de estar *mindful*. Por outro lado, quando se fixam nas suas falhas e se sentem inadequadas tendem a sentir menos confiança na relação com os outros. Assim, tendo em conta que as vítimas são constantemente humilhadas e inferiorizadas pelos agressores, elas acabam por não confiar nos outros porque poderão acreditam que serão novamente magoadas.

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

No que concerne às associações entre o autocriticismo e a autocompaixão, verifica-se na maior parte das dimensões uma associação negativa da autocompaixão com o Eu Inadequado e o Eu Detestado, enquanto que se relaciona positivamente com o Eu Tranquilizador. Estes resultados são espectáveis teoricamente, pois de acordo com Gilbert e colaboradores (2004) a autocompaixão poderá colmatar os sentimentos de repugnância, de ódio e de inadequação face ao Eu. Isto sugere que quando as vítimas são capazes de nutrir uma atitude carinhosa e de manter uma visão equilibrada das situações elas poderão sentir-se menos inadequadas perante aspetos negativos.

Ainda que a literatura que relaciona a autocompaixão e o autocriticismo com a exposição a episódios de violência entre cônjuges seja escassa, é importante perceber de que forma estes construtos se manifestam nas mulheres vítimas de violência conjugal. Estes conhecimentos tornarão possível, através da utilização de estratégias de autocompaixão, elaborar um protocolo de intervenção terapêutica junto de vítimas de violência doméstica, pois segundo Neff (2011) a melhor forma de lidar com o autocriticismo é compreendê-lo, ter compaixão por ele e substituí-lo por uma resposta mais gentil. Futuramente, seria interessante desenvolver um estudo longitudinal para verificar se a aplicação de estratégias de autocompaixão em contexto psicoterapêutico promovem a recuperação de psicopatologias em vítimas de violência doméstica. Seria importante também atuar no sentido da prevenção utilizando técnicas de *Mindfulness*, com o intuito de promover estratégias de regulação emocional nesta população vulnerável por forma a que não se permitam ser abusadas.

A ausência de diferenças estatisticamente significativas nos construtos estudados (dimensões do inventário de sintomas psicopatológicos, da escala de autocompaixão e da escala de autocriticismo), em função da tentativa de abandono da relação abusiva, de estar atualmente num relacionamento abusivo, responsabilidade dos atos violentos acometidos e da observação de episódios de violência entre os pais durante a infância ou adolescência poderá ter sido condicionada pelo tamanho reduzido da amostra.

Esta investigação revela algumas limitações que devem ser consideradas, como a baixa representatividade da amostra que poderá ter influenciado a análise dos dados obtidos, não permitindo a generalização para a população geral. Uma outra limitação relaciona-se com a dificuldade de interpretação de alguns itens, nomeadamente das escalas de autocompaixão e de autocriticismo, sendo que se optou por ler as questões em voz alta com as participantes por forma a clarificar os itens. A extensão do protocolo parece constituir uma outra limitação, no sentido em que foi verificada uma redução da concentração das participantes perto do final do preenchimento, bem como cansaço e alguma perda de interesse em algum dos casos.

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

No que respeita a sugestões para futuros estudos, considera-se que uma eventual replicação do estudo deverá ter em conta o aumento do número da amostra de modo a obter dados representativos, bem como a recolha de dados em diferentes zonas do país. Será importante também obter dados de caracterização psicológica antes de experienciarem episódios de violência, por forma a perceber se os sintomas psicopatológicos são sentidos antes ou se surgem após as agressões.

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com

Referências Bibliográficas

Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments Beyond Infancy. *American Psychologist*, *44*(4), 709–716.

APAV. (2017). *Estatísticas APAV Relatório Anual 2017*. Obtido de https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas-APAV_Relatorio-Anual-2017.pdf

Avena, D. T. (2010). A Violência Doméstica Nas Relações Lésbicas: Realidades E Mitos, *7*, 99–107. Obtido de www.pucsp.br/revistaaurora

Bermudez, D., Benjamin, M. T., Porter, S. E., Saunders, P. A., Anne, N., Myers, L., & Ann, M. (2013). Complementary Therapies in Clinical Practice A qualitative analysis of beginning mindfulness experiences for women with post-traumatic stress disorder and a history of intimate partner violence. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, *19*, 104–108. https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2013.02.004

Bittar, D., & Kohlsdorf, M. (2013). Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. *Psicologia Argumento*, *31*(74), 447–456. https://doi.org/10.7213/psicol.argum.31.074.DS08

Blasco-Ros, C., Sanchez-Lorente, S., & Martinez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: a longitudinal study. *BMC psychiatry*, *10*, 98. https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-98

Bonache, H., Gonzalez-mendez, R., & Krahé, B. (2016). Adult Attachment Styles, Destructive Conflict Resolution, and the Experience of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 1–23. https://doi.org/10.1177/0886260516640776

Branco, M. S. E. C. (2007). *Violência Conjugal Contra A Mulher. Histórias Vividas e Narradas no Feminino.* Universidade Aberta.

Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. Em *Testes e provas psicológicas em Portugal Vol. II* (pp. 87–109). Braga: SHO/APPORT.

Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, *20*, 155–186. https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2

Castilho, P. (2010). A contribuição do auto-criticismo e da ruminação para o afecto negativo. *Psychologica*, *2*(52), 271–292.

Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2011a). Auto-Compaixão: Estudo da validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, *54*, 203–230.

Castilho, P., & Gouveia, J. P. (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.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2.ª ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult Attachment, Working Models, and Relationship Quality in Dating Couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, *58*(4), 644–663. https://doi.org/10.1037/0022-3514.58.4.644

Conceição, T. B. R. (2018). *Os Efeitos de Terapias Baseadas em Mindfulness e Doses de Ayahuasca em Traços de Depressão e Ansiedade*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Day, V. P., Telles, L. E. de B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F. de, Machado, D. A., Silveira, M. B., … Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *25*(1), 9–21. https://doi.org/10.1590/S0101-81082003000400003

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

Dias, A. C. P. (2017). *Vinculação e Esquemas Mal Adaptativos Precoces em Vítimas de Violência nas Relações de Intimidade*. Instituto Superior Miguel Torga.

Eshelman, L., & Levendosky, A. A. (2012). Dating Violence: Mental Health Consequences Based on Type of Abuse. *Violence and Victims*, *27*(2), 215–228. https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.2.215

Esie, P., Osypuk, T. L., Schuler, S. R., & Bates, L. M. (2019). Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh : Accounting for violence severity in a high prevalence

setting. *SSM - Population Health*, *7*. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2019.100368

Falcke, D., & Colossi, P. M. (2018). Violência conjugal e família de origem: perfil discriminante de parceiros que cometem e não cometem infidelidade. *Psico*, *49*(4), 328–338.

Fernandes, T., & César, A. (2011). *Itinarários... Guia de Recursos e Percursos no Atendimento às Vítimas de Violência Doméstica*. Bragança: Associação de Socorros Mútuos dos Artistas de Bragança.

Gilbert, P, Clarke, M., Hempel, S., Miles, J. N. V, & 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.

Gilbert, Paul, Baldwin, M. W., Irons, C., & Baccus, J. R. (2006). Self-Criticism and Self-Warmth: An Imagery Study Exploring Their Relation to Depression. *Journal ofCognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, *20*(2), 183–200.

Gomes, N. P., Diniz, N. M. F., Gesteira, S. M. do A., Paixão, G. P. do N., & Couto, T. M. (2012). Vivência e repercussões da violência conjugal: O discurso feminino. *Revista Enfermagem*, *20*(SUPPL. 1), 585–590. https://doi.org/10.12957/REUERJ.2012.5805

Guerreiro, A. A. (2011). *Aceitação dos mitos da violência doméstica e as variàveis preditoras*. Universidade do Algarve.

Handojo, V., Athota, V. S., Yuspendi, Sihotang, M. Y. M., & Aryani, P. N. A. D. (2018). Adult Attachment Stability – Instability Before and After Marriage Between Intimate Partner Violence (IPV) and Non-IPV Women Separated from Partners During Military Duty in Indonesia. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, *39*, 103–116. https://doi.org/10.1002/anzf.1281

Hatzenberger, R., Lima, A. P. V. R., Lobo, B., Leite, L., & Kristensen, C. H. (2010). Transtorno de estresse pós-traumático e prejuízos cognitivos em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo. *Ciências & Cognição*, *15*(2), 094–110.

Lopes, A. (2015). *Vinculação e Sintomatologia em Vítimas de Violência nas Relações de Intimidade*. Universidade Fernando Pessoa .

Lopes, A. I. P. (2015). *Vinculação e Sintomatologia em Vítimas de Violência nas Relações de Intimidade*. Universidade Fernando Pessoa.

López, A., Sanderman, R., Smink, A., Zhang, Y., & Sonderen, E. Van. (2015). A Reconsideration of the Self-Compassion Scale ' s Total Score : Self-Compassion versus. *Plos One*, *10*(7), 1–12. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132940

Magalhães, T. (2010). *Violência e abuso: respostas simples para questões complexas*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Maroco, J., & Garcia-Marques, T. (2014). Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Laboratório de Psicologia*, *4*(1), 65–90. https://doi.org/10.14417/lp.763

Nathanson, A. M., Shorey, R. C., Tirone, V., & Rhatigan, D. L. (2012). The Prevalence of Mental Health Disorders in a Community Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, *3*(1), 59–75. https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.1.59

Neff, K. (2003). The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Psychology Press*, (2), 223–250. https://doi.org/10.1080/15298860390209035

Neff, K. (2011). *Self-Compassion Stop Beating Yourself Up and Leave Insecurity Behind*. HarperCollins e-books.

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS, 5ª edição revista e corrigida*. Lisboa: Edições Sílabo.

Rodrigues, C. N. (2016). *Estados emocionais negativos em mulheres vítimas de violência doméstica: sua relação com autocompaixão, autocriticismo e vergonha*. Instituto Superior Miguel Torga.

Sagim, M. B. (2008). *Violência doméstica observada e vivenciada por crianças e adolescentes no ambiente familiar*. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto.

Silva, A., Coelho, E., & Njaine, K. (2014). Violência conjugal: as controvérsias no relato dos parceiros íntimos em inquéritos policiais. *Ciência & Saúde Coletiva*, *19*(4), 1255–1262. https://doi.org/10.1590/1413-81232014194.01202013

Silva, J. F. L. (2012). *As Competências Emocionais em Mulheres Vítimas de Violência Conjugal*. *Mestrado em Psicologia Jurídica*. Universdade Fernando Pessoa.

Silva, L. P. (2016). *As principais perceções de mulheres acerca dos tipos de violência*

doméstica e familiar. Universidade Federal de Santa Catarina.

Strube, M. J., & Barbour, L. S. (1984). Factors Related to the Decision to Leave an Abusive Relationship. *Journal of Marriage and Family*, *46*(4), 837–844.

Vian, M., Mosmann, C. P., & Falcke, D. (2018). Repercussões da Conjugalidade em Sintomas Internalizantes e Externalizantes em Filhos Adolescentes. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *34*.

Yoon, H., Ko, Y., Ham, B., Kim, Y.-K., Han, C., Han, K.-M., … Shin, H. (2018). Intimate partner violence and incidence of depression in married women: A longitudinal study of a nationally representative sample. *Journal of Affective Disorders*, *230*, 1–128. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.041

Zancan, N., & Habigzang, L. F. (2018). Regulação Emocional, Sintomas de Ansiedade e Depressão em Mulheres com Histórico de Violência Conjugal. *Psico-USF*, *23*(2), 253–265.

Andreia Pires | andreia.cristina.p.pires@gmail.com