Instituto Superior Miguel Torga

Modelo Multivariado Explicativo da Sintomatologia da Perturbação de Stresse Pós-traumático em Vítimas de Violência nas Relações de Intimidade

Memórias Emocionais de Experiências Precoces, Emoções Autoconscientes e Dissociação Peritraumática

Dissertação
Mestrado em Psicologia Clínica

Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Margarida de Oliveira Fortuna
Coimbra, 2026

MIGUEL TORGA

CIM|RC
COMUNIDADE INTERMUNICIPAL REGIÃO DE COIMBRA

Modelo Multivariado Explicativo da Sintomatologia da Perturbação de Stresse Pós-traumático em Vítimas de Violência nas Relações de Intimidade

Memórias Emocionais de Experiências Precoces, Emoções Autoconscientes e Dissociação Peritraumática

MARGARIDA DE OLIVEIRA FORTUNA

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

Orientadora: Professora Doutora Teresa Carvalho, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, julho de 2026

Agradecimentos

Quem me conhece sabe que nunca fui boa a traduzir em palavras aquilo que sinto. Por mais cuidadosamente escolhidas que sejam, as palavras parecem-me sempre insuficientes para expressar a minha gratidão. Acredito que a gratidão é mais genuína quando é expressa de forma autêntica e que cada pessoa merece ser agradecida de uma forma que reflita a relação que construímos. Que estas palavras consigam transmitir uma pequena parte do quanto vos estou grata.

Em primeiro lugar, gostaria de expressar a minha mais profunda gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Teresa Carvalho. Pela sua disponibilidade constante, acompanhamento atento, dedicação e pela liberdade para questionar e discutir ideias em conjunto, tornando este processo intelectualmente estimulante e enriquecedor. Sou-lhe também grata pela oportunidade de desenvolver esta dissertação numa área que tanto me apaixona e que, estou certa, continuará a fazer parte do meu percurso profissional. Por fim, não poderia deixar de agradecer pelas participações ocasionais dos seus amigos felinos, em pano de fundo, que tornaram cada conversa um pouco mais especial e lembraram-me, muitas vezes, de que até os percursos mais exigentes ficam mais fáceis quando há um gato por perto.

Aos participantes deste estudo. Responder a um protocolo desta natureza exige tempo e bastante disponibilidade emocional. A vossa participação tornou possível a concretização desta dissertação e representa também um contributo para o avanço do conhecimento científico e para uma melhor compreensão de uma realidade que merece ser estudada e compreendida.

Às minhas colegas de dissertação, deixo também uma palavra de agradecimento pela partilha deste percurso. Um agradecimento muito especial à Rute Carvalho, pela companhia constante ao longo deste trajeto, através das nossas conversas e "noitadas" a tentar decifrar os artigos empíricos.

À Flávia Bessa. Por me ter mantido sã durante todos estes anos. Sem saúde mental, estas páginas nunca teriam existido. Obrigada por toda a dedicação, competência e humanidade com que me acompanha, e por me recordar, sessão após sessão, que a mudança acontece quando existe um espaço suficientemente seguro para ela.

À Rafaela Costa e ao José Maria Couto, por ouvirem os desabafos, frustrações e pequenas vitórias. O vosso apoio e amizade tornaram este processo mais leve e muito menos solitário.

Às minhas amigas de Coimbra, por me terem permitido sobreviver numa cidade que nunca chegou verdadeiramente a sentir-se como casa. Se hoje guardo esse capítulo com algum carinho, é muito por vossa causa. Com um agradecimento especial à Margarida Estrela. Disse, ainda no primeiro ano da licenciatura, que um dia estarias nos agradecimentos da tese. Bem-vinda. Sem o teu apoio, muito provavelmente, estas páginas nunca teriam sido escritas. Que continuemos a apoiar-nos mutuamente nos capítulos que se seguem.

Ao meu namorado. Obrigada por ouvires todas as minhas "palestras" sobre psicologia e teorias subsequentes. Por estares sempre disposto a ouvir os meus desabafos e loucuras, sem os minimizar ou tentar resolver, quando tudo o que eu precisava era apoio. Pela motivação constante prestada ao som das *Just Girls*, sempre que eu já estava convencida de que não conseguia mais, e pelas dores de cabeça que me dás. E por fim, por me lembrares, todos os dias, que uma relação pode ser um lugar seguro e tranquilo. Sendo esta dissertação dedicada ao estudo da violência nas relações de intimidade, não poderia deixar de agradecer a quem, todos os dias, me recorda precisamente do contrário.

Aos meus pais, obrigada por tudo aquilo que, muitas vezes sem darem conta, me transmitiram ao longo da vida. Antes de mais, obrigada pelos genes: a inteligência, a curiosidade e uma boa dose de teimosia, que se revelaram bastante úteis durante este percurso. Por me ensinarem a pensar pela minha própria cabeça, a questionar, a procurar compreender, a defender as minhas ideias (com respeito) e a nunca aceitar uma resposta apenas porque "sempre foi assim". E, claro, obrigada por toda a ajuda prática ao longo deste percurso, incluindo as muitas horas passadas a rever estas páginas à procura de um erro que me tivesse escapado. Não somos de muitas palavras, mas nunca tive dúvidas de que, quando fosse preciso, podia contar convosco.

E, por último, aos meus gatos. Aos que continuam a fazer parte dos meus dias e aos que permanecem comigo na memória. Por encherem a minha vida de uma forma que é difícil explicar a quem nunca teve a sorte de partilhar a casa com um gato. Um agradecimento muito especial ao meu Óscar, a minha sombra. Participante assíduo de todas as reuniões, sessões de leitura e revisão de artigos (ainda que a maior parte do tempo estivesse a dormir). Por fazer questão de interromper a escrita sempre que considerava que estava na hora de uma pausa para brincar. Se esta dissertação tivesse um coautor felino, sem dúvida, ele.

Resumo

Introdução: A violência nas relações de intimidade (VRI) representa um problema de saúde pública mundial devido à sua elevada prevalência e sérias consequências a nível mental e físico. A perturbação de stresse pós-traumático (PTSD) é frequente em vítimas de VRI, exigindo estratégias preventivas e tratamentos eficazes.

Objetivos: Desenvolver e analisar um modelo multidimensional explicativo da sintomatologia da PTSD em vítimas de VRI, considerando os seguintes potenciais preditores: memórias emocionais de ameaça, submissão e desvalorização na relação com pais/cuidadores durante a infância/adolescência, traços de vergonha e de culpa generalizadas, traços de vergonha externa e interna, frequência dos estados de vergonha e de culpa durante as experiências de VRI (emoções autoconscientes), falta de consciência e despersonalização/desrealização peritraumáticas.

Método: Estudo transversal com duas amostras independentes não-probabilísticas de adultos recrutados na comunidade portuguesa, equiparadas em idade, escolaridade e sexo biológico e compostas por 193 vítimas de VRI e 204 participantes sem experiências de VRI. Foram administrados instrumentos de autorresposta.

Resultados: As vítimas de VRI diferenciaram-se dos participantes sem VRI, relativamente à sintomatologia da PTSD e à totalidade dos seus potenciais preditores, exceto em relação às memórias de subordinação precoce, tendo estas sido excluídas do modelo de regressão linear múltipla (RLM). Nas vítimas de VRI, a idade e os potenciais preditores anteriormente selecionados correlacionaram-se com os sintomas da PTSD. Foram eliminadas as memórias de subordinação, os traços de culpa generalizada e de culpa interna e a falta de consciência peritraumática por terem apresentado coeficientes de correlação indicadores de colinearidade. Idade, memórias de ameaça precoce, traço de culpa generalizada, traço de vergonha interna, frequência dos estados de vergonha durante as experiências de VRI e desrealização/despersonalização peritraumática predisseram individualmente os sintomas da PTSD, tendo sido selecionadas como covariáveis da RLM. Este modelo explicou 48% da variância total dos sintomas da PTSD e mostrou que maiores valores de memórias de ameaça precoce, de traço de culpa generalizada, de traço de vergonha interna e de despersonalização/desrealização peritraumática, explicaram significativamente maior sintomatologia da PTSD em vítimas de VRI.

Discussão: Os resultados forneceram evidências para a clínica e para a investigação sobre a relevância de considerar o efeito explicativo conjunto das memórias de ameaça precoce na relação com os pais/cuidadores, do traço de culpa generalizada, do traço de vergonha interna e dos estados de despersonalização/desrealização peritraumática na presença de sintomas da PTSD em vítimas de VRI.

Palavras-chave: Violência nas relações de intimidade, PTSD, memórias emocionais precoces, vergonha, culpa, dissociação peritraumática.

Abstract

Introduction: Intimate partner violence (IPV) represents a global public health problem due to its high prevalence and serious mental and physical consequences. Post-traumatic stress disorder (PTSD) is frequent among IPV victims, requiring effective preventive strategies and treatments.

Objectives: To develop and analyze an explanatory multidimensional model of PTSD symptomatology in IPV victims, considering the following potential predictors: emotional memories of threat, submissiveness, and devaluation in the relationship with parents/caregivers during childhood/adolescence; generalized shame and guilt traits; external and internal shame traits; frequency of shame and guilt states during IPV experiences (self-conscious emotions); and peritraumatic lack of awareness and depersonalization/derealization.

Method: A cross-sectional study was conducted with two independent, non-probabilistic samples of adults recruited from the Portuguese community, matched for age, education, and biological sex, consisting of 193 IPV victims and 204 participants without IPV experiences. Self-report instruments were administered.

Results: IPV victims differed from participants without IPV regarding PTSD symptomatology and all its potential predictors, except for early memories of subordination, which were excluded from the multiple linear regression (MLR) model. In IPV victims, age and the previously selected potential predictors correlated with PTSD symptoms. Early memories of subordination, generalized guilt and internal guilt traits, and peritraumatic lack of awareness were eliminated due to correlation coefficients indicating collinearity. Age, early memories of threat, generalized guilt trait, internal shame trait, frequency of shame states during IPV experiences, and peritraumatic derealization/depersonalization individually predicted PTSD symptoms and were selected as covariates for the MLR. This model explained 48% of the total variance in PTSD symptoms and showed that higher values of early memories of threat, generalized guilt trait, internal shame trait, and peritraumatic depersonalization/derealization significantly explained greater PTSD symptomatology.

Discussion: The results provided clinical and research evidence regarding the relevance of considering the joint explanatory effect of early memories of threat in the relationship with parents/caregivers, generalized guilt trait, internal shame trait, and peritraumatic depersonalization/derealization states in the presence of PTSD symptoms among IPV victims.

Keywords: intimate partner violence, PTSD, early emotional memories, shame, guilt, peritraumatic dissociation.

Introdução

A violência nas relações de intimidade (VRI), definida por atos de violência física, psicológica (incluindo táticas coercivas), sexual, perseguição e/ou abuso financeiro por parte de um parceiro íntimo (cônjuge, namorado/a, parceiro/a de namoro sem compromisso ou parceiro/a sexual contínuo) atual ou anterior (Breiding et al., 2015; World Health Organization, 2025), constitui um problema de saúde pública grave a nível mundial (World Health Organization, 2025). As prevalências mundiais estimadas para 2023 relativas à VRI contra as mulheres indicam que, entre as casadas ou que já tiveram um parceiro íntimo, cerca de 24.7% (682 milhões) das que possuíam uma idade igual ou superior a 15 anos e 25.8% daquelas que se encontravam em idade reprodutiva (15-49 anos) foram vítimas de VRI física e/ou sexual ao longo da vida (World Health Organization, 2025). Os dados de prevalência de VRI física e/ou sexual no último ano, igualmente referentes a 2023, foram de 11.4% e 13.7% (316 milhões), para mulheres com idade igual ou superior a 15 anos e para mulheres em idade reprodutiva, respetivamente (World Health Organization, 2025). Uma revisão sistemática e meta-análise de White et al. (2024), que incluiu estudos publicados entre 2012 e 2020, concluiu que cerca de 4 em cada 10 (37.3%) mulheres com 16 ou mais anos foram vítimas de algum tipo de VRI ao longo da vida, sendo que uma em cada quatro experienciou, pelo menos, um tipo de VRI no último ano. Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2023 as prevalências estimadas para Portugal de mulheres vítimas de VRI física e/ou sexual foram 9.8% e 4.6%, respetivamente, ao longo da vida e no último ano (World Health Organization, 2025). Um estudo de Capinha et al. (2024) sugeriu uma prevalência de VRI de 62.5% na comunidade adulta portuguesa.

Na VRI, frequentemente coocorrem múltiplas formas de violência (Dutton, 2026; World Health Organization, 2025; Yalch & Rickman, 2022). Evidências empíricas sugerem que a violência psicológica é a mais prevalente, seguida da física e da sexual (Barbier et al., 2022; Krause-Utz et al., 2023; White et al., 2024). Comummente, é detetado um padrão bidirecional nas relações, ou seja, os parceiros íntimos assumem ao longo do tempo papéis simultâneos ou alternados de vitimação e de perpetração (Capinha et al., 2024). Não têm sido identificadas na literatura diferenças significativas em função do género, orientação sexual, nacionalidade ou nível de escolaridade, relativamente à caracterização das vítimas de VRI e aos subtipos de violência vivenciados (Capinha et al., 2024; Começanha et al., 2017; Krause-Utz et al., 2023; Lagdon et al., 2014). Contudo, esta aparente ausência de diferenças deve ser interpretada com cautela, uma vez que a investigação sobre estas dinâmicas incide maioritariamente sobre amostras de mulheres em relações heterossexuais (e. g., Lagdon et al.,

2014; White et al., 2024). De acordo com um estudo de Cirici Amell et al. (2023), o quotidiano das vítimas da VRI é significativamente afetado, nomeadamente a sua vida social, profissional e de lazer. As vítimas de VRI possuem um risco aumentado de (e apresentam frequentemente) perturbações mentais, tais como depressão, ansiedade, perturbação aguda de stresse, perturbação de stresse pós-traumático (PTSD), perturbações por uso de substâncias e suicídio (Começanha et al., 2017; Dutton, 2026; Lagdon et al., 2014; White et al., 2024).

A PTSD é uma condição de saúde mental que poderá surgir após exposição a eventos traumáticos. A sua sintomatologia é caracterizada pelos seguintes grupos de sintomas: intrusões, evitamento de estímulos associados ao trauma, alterações cognitivas e do humor e reatividade fisiológica (*DSM-5-TR*; American Psychiatric Association, 2022). Além do impacto na saúde mental, um estudo meta-analítico evidenciou que a PTSD se correlaciona fortemente com uma pior saúde, em comparação com indivíduos sem a perturbação (ou com níveis mais baixos de sintomas), destacando-se uma maior severidade de queixas somáticas, condições médicas diagnosticadas, dor e problemas gastrointestinais e cardiorrespiratórios (Pacella et al., 2013).

A PTSD constitui um dos problemas de saúde mental mais frequentes em vítimas de VRI (Fernández -Fillol et al., 2021; Gobin et al., 2013; Gomes & Costa, 2025; Kessler et al., 2017; Lagdon et al., 2014), independentemente do género (Cénat et al., 2024). De acordo com um estudo epidemiológico transversal de Kessler et al. (2017), 27.8% de todos os casos de PTSD ao longo da vida resultaram da exposição à VRI, especificamente: outras agressões sexuais para além de violação (9.5%), violação (8.6%), perseguição (5.6%) e abuso físico (4.1%). Em mulheres sobreviventes de VRI, Fernández-Fillol et al. (2021) constataram que 57.4% preencheram critérios para perturbações relacionadas com o stress: 17.9% para a PTSD e 39.5% para o PTSD Complexo (cPTSD)[1]. Uma revisão sistemática sugeriu que as vítimas de VRI têm uma probabilidade significativamente maior de manifestarem sintomas de PTSD quando comparadas com indivíduos expostos a outros tipos de trauma (Lagdon et al., 2014).

As várias formas de VRI (psicológica, física e sexual) contribuem para o agravamento da sintomatologia da PTSD (Simpson et al., 2022; Yalch & Rickman, 2022). Um estudo de Cénat et al. (2024) sugere que as vítimas de violência psicológica (*OR* = 1.97) e sexual (*OR* =

[1] O diagnóstico para cPTSD engloba, para além dos grupos de sintomas da PTSD, (a) dificuldades na regulação afetiva, (b) autoconceito negativo derivado do evento traumático e (c) dificuldades na manutenção de relações interpessoais duradouras e próximas (ICD-11; World Health Organization, 2026).

1.63) apresentam um risco estatisticamente significativo para a sintomatologia de PTSD. Neste seguimento, a violência psicológica apresenta-se na literatura como um preditor consistente para o desenvolvimento da sintomatologia e diagnóstico da PTSD. A revisão sistemática de Lagdon et al. (2014) demonstrou que, quando se controla a influência das diferentes tipologias de abuso, a violência psicológica atua, por si só, como o principal preditor da perturbação. De facto, o impacto prolongado e sistemático das agressões psicológicas afeta profundamente a vítima, explicando uma proporção muito superior da gravidade dos sintomas pós-traumáticos face à violência física ou sexual (Começanha et al., 2017; Gomes & Costa, 2025). De forma semelhante, a vulnerabilidade à PTSD associa-se positivamente à duração (Começanha et al., 2017) e severidade do trauma (Ford-Gilboe et al., 2023; Lagdon et al., 2014). Adicionalmente, a acumulação e reincidência do abuso exacerbam este risco: vítimas com mais de 1000 experiências de VRI apresentam uma probabilidade 4.22 vezes superior de manifestar PTSD, e o envolvimento em duas ou mais relações abusivas aumenta o risco da perturbação em quase três vezes (Astridge et al., 2026). A polivitimação, ou seja, a exposição repetida a diferentes formas de violência na mesma relação, desempenha de igual modo um papel significante no desenvolvimento da PTSD. A evidência analisada na revisão sistemática de Lagdon et al. (2014) demonstra que esta acumulação aumenta significativamente o risco de desenvolvimento da PTSD, sendo também associada de forma direta à presença de níveis clínicos e diagnósticos da perturbação (Yalch & Rickman, 2022).

Embora se observe geralmente uma diminuição dos sintomas de PTSD nas vítimas de VRI após o fim da relação abusiva (Começanha et al., 2017; Ford-Gilboe et al., 2023; Patton et al., 2022) – verificando-se uma diminuição da probabilidade do diagnóstico à medida que o tempo decorrido desde a última relação aumenta –, esta melhoria não ocorre em todos os casos. No contexto da VRI, o curso da PTSD ao longo do tempo é mais complexo e menos previsível, uma vez que a ameaça — real ou percebida — de abuso contínuo é frequente, contrariando a recuperação habitualmente observada noutros tipos de trauma (Dutton, 2026). Uma revisão sistemática de estudos longitudinais evidencia que a sintomatologia de PTSD permanece elevada quando as vítimas continuam expostas a abuso. Adicionalmente, a taxa de melhoria tende a diminuir com o tempo, verificando-se uma estagnação na redução dos sintomas nos meses seguintes (Ford-Gilboe et al., 2023; Patton et al., 2022). Mesmo com a redução da sintomatologia, a saúde global das vítimas permanece frequentemente abaixo dos níveis normativos de mulheres sem experiências de VRI (Ford-Gilboe et al., 2023; Patton et al., 2022). Contudo, a cronicidade e a gravidade desta sintomatologia parecem ser influenciadas, não

apenas pela natureza do evento, mas também pela forma como o indivíduo processa e modula a experiência no momento em que esta ocorre (Lanius et al., 2010).

A literatura científica realça diversas variáveis psicológicas passíveis de explicar a PTSD e respetiva sintomatologia em diversas populações, incluindo em vítimas de VRI. Algumas destas variáveis relacionadas com os objetivos deste estudo, serão posteriormente abordadas.

Uma das variáveis suprarreferidas remete para as experiências precoces com as figuras de vinculação. A literatura científica evidencia que as experiências precoces com as figuras de vinculação têm um impacto significativo no funcionamento e bem-estar na idade adulta. Por um lado, estudos de meta-análise sugeriram que experiências adversas na infância (e.g., rejeição, abuso emocional, negligência, perda de figuras de cuidado, *bullying*) relacionadas com as figuras de vinculação se associam a um risco acrescido significativo de desenvolver uma perturbação psicológica (*OR = 2.59*; McKay et al., 2022), e a um menor ajustamento psicológico de crianças e adultos, comparativamente a sujeitos sem esse tipo de experiências (Ali et al., 2019). Esta relação é transversal a perturbações mentais específicas, incluindo a PTSD (McKay et al., 2022; Mikulincer & Shaver, 2012). Por outro lado, mesmo em contextos familiares considerados normativos, revisões sistemáticas demonstram que uma menor qualidade na relação pais-filhos (e.g., insegurança na vinculação, interações pautadas por hostilidade ou coerção) influencia negativamente de modo significativo as competências de regulação emocional (Zhang et al., 2022) e a qualidade da interação e satisfação nas relações amorosas posteriores (River et al., 2022).

A *Social Rank Theory* (SRT; Gilbert, 1992) conceptualiza as interações pais-criança, dentro do contexto de vinculação, primariamente como relações de poder e hierarquia. De acordo com esta perspetiva, crescer em contextos marcados pela crítica ou rejeição constante induz na criança um estado crónico de alerta e de hipersensibilidade à ameaça, motivando a adoção de posturas submissas e defensivas (Gilbert, 1992, 2005; Gilbert & Irons, 2005). Consequentemente, o desenvolvimento num ambiente desta natureza leva o indivíduo a percecionar-se como vulnerável e inferior face a um outro percecionado como dominante e hostil (Allan & Gilbert, 1997), tornando o cérebro adulto mais vulnerável à ativação do sistema de regulação emocional focado na ameaça-defesa, em detrimento do sistema de tranquilização (Gilbert, 2005). Estas experiências precoces adversas são codificadas sob a forma de memórias emocionais negativas, associadas a estados afetivos e operacionalizadas em três dimensões

distintas (Gilbert et al., 2003; Gouveia et al., 2016): as memórias de ameaça, que refletem a sensação de perigo e a perceção de hostilidade no ambiente familiar; as memórias de submissão, que englobam as estratégias comportamentais utilizadas para apaziguar e prevenir o agravamento do conflito (Allan & Gilbert, 1997); e as memórias de desvalorização, sinalizadas pela ausência de sentimentos de cooperação, segurança e conforto familiar. Castilho et al. (2014) constataram que indivíduos que recordam ter sido forçados a assumir posições subordinadas involuntárias na infância estão mais vulneráveis à depressão e ansiedade, sendo esta relação totalmente mediada pela adoção de um estilo de processamento autocrítico (focado nas perceções de um "eu inadequado" e "eu odiado"). Neste seguimento, Carvalho, Pinto-Gouveia, et al. (2022) demonstraram que o efeito das memórias de ameaça precoce na gravidade da PTSD é mediado por uma atitude de falta de autocompaixão (*uncompassionate self-responding*).

Particularmente no contexto da VRI, uma meta-análise conduzida por Spencer et al. (2021) demonstrou que os estilos de vinculação insegura — nomeadamente a vinculação ansiosa e a evitante — se correlacionam de forma significativa com a vitimação. De forma semelhante, resultados preliminares nacionais apontam para uma evocação significativamente superior de memórias de ameaça e subordinação em vítimas de VRI, comparativamente a populações sem este histórico (Saraiva, 2024). Mais detalhadamente, as memórias de ameaça na infância e adolescência encontram-se positivamente associadas à exposição à VRI — com ênfase na violência sexual — e à severidade da PTSD, enquanto as memórias de desvalorização apresentam associações significativas apenas com a VRI económica (Alves, 2024). A integração da codificação emocional destas experiências precoces revela-se, assim, fundamental para a compreensão da etiologia e severidade da sintomatologia de PTSD.

Ao longo do desenvolvimento humano, desenvolvem-se traços, tornando o ser humano mais ou menos propenso para sentir determinadas emoções nas suas experiências de vida. Como explorado anteriormente pela SRT de Gilbert (1992), a vivência em contextos interpessoais marcados por ameaça e hierarquia envolve, não apenas respostas comportamentais de submissão, mas também emoções autoconscientes ligadas à avaliação do *self*, como a vergonha e a culpa. Estas dependem de valores morais, que emergem da autoavaliação que o indivíduo faz das suas ações e do seu *self* (Gilbert, 1997, 2003; Tangney et al., 2007). Em conjunto, estas emoções informam o sujeito sobre a sua aceitabilidade social, moldando as suas decisões, não apenas em resposta a eventos passados, mas também de forma

antecipatória (Tangney et al., 2007), tornando estas emoções essenciais à vida humana (Clark, 2012).

Embora a culpa e a vergonha ocorram frequentemente em conjunto, constituem construtos emocionais distintos (Clark, 2012) em termos de avaliação cognitiva e respostas motivacionais (Miceli & Castelfranchi, 2018). A vergonha caracteriza-se por uma avaliação global e negativa do *self* (Clark, 2012), onde o indivíduo percebe os aspetos centrais do mesmo como defeituosos, inadequados ou inferiores, decorrente da discrepância entre o *self* atual e o *self* ideal (Gilbert, 1997, 2003; Miceli & Castelfranchi, 2018). Como forma de proteção contra a desvalorização social, a vergonha tende a desencadear respostas defensivas de submissão, podendo inclusive estar associada a processos dissociativos (Gilbert, 1997, 2003). A vergonha pode assumir um carácter externo ou interno: a vergonha externa consiste na crença de que os próprios defeitos estão expostos, originando a convicção de que os outros percecionam o indivíduo como inferior ou defeituoso (Andrews, 1998; Ferreira et al., 2022); a vergonha interna reflete a dinâmica intrapsíquica de desvalorização pessoal, traduzindo-se em sentimentos globais de vazio e indesejabilidade (Gilbert, 2003). A culpa distingue-se da vergonha pelo seu foco circunscrito ao comportamento (Clark, 2012). Implica uma avaliação moral negativa onde o sujeito reconhece a responsabilidade sobre uma ação, objetivo ou crença que provocou dano (Miceli & Castelfranchi, 2018). Esta emoção assenta na empatia e na preocupação com o impacto das próprias ações no bem-estar de terceiros (Gilbert, 1997, 2003). Numa perspetiva funcional, o mal-estar emocional característico da culpa motiva o indivíduo para comportamentos reparadores que visam a manutenção dos laços pró-sociais, podendo motivar comportamentos autopunitivos, contrastando com o retraimento observado na vergonha (Clark, 2012; Miceli & Castelfranchi, 2018). A culpa assume um caráter desadaptativo quando desproporcional à situação objetiva, seja pela associação a danos apenas imaginados ou por resultar da reativação excessiva de transgressões passadas (Clark, 2012). Quando a vergonha e a culpa são experienciadas de forma intensa e crónica, estas emoções provocam níveis significativos de perturbação psicológica, assumindo um caráter transdiagnóstico no desenvolvimento e manutenção de psicopatologia (Clark, 2012; Gilbert, 2009).

A literatura evidencia que a vergonha e a culpa estão associadas de forma significativa à PTSD. Relativamente à vergonha, uma meta-análise de López-Castro et al. (2019) demonstrou uma associação positiva entre esta emoção e a severidade dos sintomas de PTSD. De igual modo, Leskela et al. (2002) verificaram que a propensão à vergonha se correlaciona

positivamente com a sintomatologia de PTSD e atua como preditora da gravidade da perturbação. Mais recentemente, uma *umbrella review* confirmou a associação entre a vergonha e a PTSD. Contudo, a compreensão da causalidade entre os dois construtos permanece limitada pelo uso predominante de desenhos transversais e medidas de autorresposta, em detrimento de estudos longitudinais (Pai & Vella, 2024). No que concerne à culpa, estudos anteriores, como o de Leskela et al. (2002), não reportaram correlações positivas significativas, observando mesmo um efeito preditivo negativo da culpa sobre a PTSD, quando avaliada em simultâneo com a vergonha. No entanto, a recente meta-análise de Kip et al. (2022) contrariou esta perspetiva, demonstrando uma correlação global positiva e concluindo que a culpa prediz os sintomas de PTSD. Os autores sugerem, ainda, que a culpa poderá desempenhar um papel causal no desenvolvimento da PTSD, possivelmente através da adoção de estratégias de *coping* de evitamento (Kip et al., 2022).

Apesar da quantidade de estudos que associam as emoções autoconscientes anteriormente exploradas à PTSD, a investigação das mesmas no enquadramento da VRI permanece limitada. Num estudo com mulheres sobreviventes de VRI, Beck et al. (2011) verificaram que a vergonha, as cognições de culpa e o mal-estar associado à culpa (mas não a culpa global) apresentam associações positivas e significativas com a severidade da PTSD. Adicionalmente, níveis elevados de abuso psicológico interagiram de forma significativa com a vergonha para agravar a sintomatologia de PTSD, um efeito moderador que não se verificou com as facetas da culpa (Beck et al., 2011). Dodson e Beck (2017) constataram que a severidade da PTSD se relaciona com níveis mais elevados de vergonha, o que, por sua vez, prevê o aumento das atitudes negativas face à procura de apoio social. Esta relação indireta revela-se significativamente mais forte em mulheres com um histórico cumulativo de abuso na infância e VRI, indicando que abusos interpessoais prolongados agravam a internalização da vergonha (Dodson & Beck, 2017). A investigação preliminar em Portugal alinha-se com estas constatações. Alves (2024) observou, numa amostra de vítimas de VRI, que os sintomas de PTSD apresentam correlações positivas com a vergonha (externa e interna) e com a dissociação peritraumática. A autora destacou a associação da VRI sexual com a vergonha, embora, a VRI psicológica tenha evidenciado correlações fracas com a vergonha externa na amostra estudada (Alves, 2024). Paralelamente, os resultados de Saraiva (2024) demonstraram que as vítimas de VRI evocam níveis significativamente mais elevados de estados de vergonha e culpa atual comparativamente a indivíduos sem experiencias de VRI. Contudo, o estudo não identificou

diferenças significativas entre as amostras em relação à propensão para sentir as referidas emoções autoconscientes.

Para além do impacto das experiências precoces e das emoções autoconscientes anteriormente exploradas, importa analisar os mecanismos ativados durante a experiência traumática, nomeadamente as respostas dissociativas. A dissociação é conceptualizada como uma ruptura ou descontinuidade na integração normal de funções mentais como consciência, memória, identidade, emoções, perceção, controlo corporal e/ou comportamento. Pode manifestar-se através de intrusões involuntárias na consciência e no comportamento (e.g., fragmentação da identidade, despersonalização e desrealização) ou pela dificuldade em aceder a informações e controlar funções mentais (*DSM-5-TR;* American Psychiatric Association, 2022). Uma revisão metanalítica sobre dissociação e regulação emocional sugeriu que a dissociação é um mecanismo neurológico e mental básico envolvido na regulação das emoções, que permite, de forma automática, a sobremodulação[2] dos estados emocionais através do evitamento de eventos internos ou externos (Cavicchioli et al., 2021). Porém, a modulação das emoções via evitamento possui o efeito a longo prazo de aumentar a perturbação emocional (Cavicchioli et al., 2021; Gross & John, 2003; Walser & Westrup, 2007). Este efeito está alinhado com resultados empíricos que indicam que a dissociação prediz o aumento de sintomas da PTSD ao longo do tempo (Fung et al., 2026).

Os estados dissociativos que ocorrem durante ou imediatamente a seguir à exposição a eventos traumáticos (Brooks et al., 2009) entendem-se por dissociação peritraumática (DP). Esta pode manifestar-se através de alterações na perceção de si mesmo, do tempo e/ou do espaço, provocando uma sensação de irrealidade (Brooks et al., 2009; Zoellner et al., 2002). A DP tem sido frequentemente conceptualizada como um mecanismo mobilizado para lidar com a sobrecarga emocional associada a experiências potencialmente traumáticas (Greene, 2018; Lanius et al., 2010). Contudo, a sua utilização recorrente poderá tornar-se desadaptativa (Lynn, 2005). Adicionalmente, eventos traumáticos que induzem níveis mais elevados de perturbação emocional aumentam a probabilidade de ocorrência de respostas dissociativas peritraumáticas (Otis et al., 2012). Um estudo metanalítico sugeriu que a DP é um preditor da PTSD (Lensvelt-Mulders et al., 2008) e Schnurr et al. (2004) identificaram-na como um fator de risco e de manutenção da PTSD.

[2] Sobremodulação das emoções refere-se à elevada ativação de áreas cerebrais envolvidas na modulação e ativação emocional, incluindo o córtex cingulado anterior e o córtex pré-frontal medial (Lanius, 2010).

O modelo de Brooks et al. (2009) distinguiu dois tipos de experiências dissociativas peritraumáticas: falta de consciência (diminuição da codificação das experiências traumáticas); e despersonalização/desrealização (distorção na perceção de si mesmo e do meio circundante). Em diversas populações expostas a eventos potencialmente traumáticos, tais como veteranos de guerra, a falta de consciência e a despersonalização/desrealização associaram-se significativa e positivamente à sintomatologia atual da PTSD (Carvalho et al., 2018). Veteranos com o diagnóstico de PTSD de guerra revelaram níveis significativamente superiores de DP comparativamente a veteranos sem este diagnóstico (Carvalho et al., 2018). A despersonalização/desrealização mostrou um efeito direto robusto sobre os sintomas da PTSD de guerra e um efeito indireto mediado pelo evitamento experiencial (Carvalho, Pinto-Gouveia, et al., 2022). A falta de consciência e a despersonalização/desrealização predisseram em conjunto a severidade dos sintomas da PTSD em doentes com lesões na medula espinal e mediaram parcialmente a relação entre a perturbação emocional peritraumática e a severidade dos sintomas da PTSD (Otis et al., 2012).

A DP tem sido escassamente estudada em vítimas de VRI, embora existam evidências que traumas envolvendo violência interpessoal, comparativamente a outros tipos de trauma, favorecem níveis mais elevados de DP e de sintomatologia da PTSD, bem como de psicopatologia em geral (Hetzel-Riggin & Roby, 2013). No mesmo estudo, a DP também se revelou um preditor da dissociação relacionada com a PTSD (subtipo dissociativo da PTSD; Hetzel-Riggin & Roby, 2013). Estudos preliminares realizados em Portugal indicaram uma associação entre os sintomas da PTSD e a falta de consciência e despersonalização/ desrealização em vítimas de VRI (Alves, 2024).

Presente Estudo

Considerando a elevada prevalência da VRI e a sua associação com PTSD, bem como o contributo de experiências adversas na infância/adolescência na relação com os cuidadores, emoções autoconscientes e a DP para o desenvolvimento e/ou manutenção da referida perturbação, o presente estudo teve como principal objetivo desenvolver e analisar um modelo multidimensional explicativo da sintomatologia da PTSD em vítimas de VRI, controlando o impacto da idade, sexo biológico e escolaridade na seleção das potenciais variáveis explicativas, nomeadamente: (a) memórias emocionais de ameaça, submissão e desvalorização na relação com pais/cuidadores durante a infância e adolescência; (b) emoções autoconscientes de vergonha e culpa enquanto predisposições ou traços; (c) emoções autoconscientes de

vergonha e culpa enquanto estados experienciados durante a VRI; (d) Despersonalização e desrealização e falta de consciência (DP). O estudo também permitiu caracterizar as vítimas de VRI, por comparação com pessoas sem experiências de VRI, em relação às variáveis analisadas.

Espera-se que as vítimas de VRI apresentem níveis significativamente mais acentuados nas variáveis em análise comparativamente à amostra sem VRI (H_1). Em segundo lugar, no grupo de vítimas de VRI, espera-se que as variáveis que se diferenciaram nos grupos com e sem VRI exibam correlações positivas e significativas com a sintomatologia de PTSD (H_2). Em terceiro lugar, prevê-se que as variáveis significativamente correlacionadas na H_2 expliquem positivamente o aumento da sintomatologia de PTSD em modelos preditivos univariados (H_3). Por fim, espera-se que o modelo de regressão hierárquica — integrando as variáveis sociodemográficas controladas (Bloco 1), as memórias emocionais (Bloco 2), as emoções autoconscientes enquanto traços ou predisposições (Bloco 3), as emoções autoconscientes enquanto estados experienciados durante os episódios de VRI e a DP (Despersonalização e desrealização e a falta de consciência; Bloco 4) – apresente significância estatística e explique uma proporção elevada da variância da sintomatologia de PTSD. Prevê-se que cada bloco de variáveis forneça um contributo incremental significativo para a variância explicada, mantendo-se o efeito preditivo isolado de cada variável no modelo final (H_4).

Método

Participantes

O presente estudo incluiu duas amostras independentes, compostas por adultos recrutados na comunidade portuguesa, através dos métodos de amostragem de conveniência e bola de neve, e equiparadas em anos de escolaridade, idade e sexo biológico. A amostra de vítimas de VRI foi composta por 193 participantes que reportaram, pelo menos, uma experiência de vitimação ao longo da vida. A amostra sem VRI, ou seja, sem experiências de vitimação e de perpetração de VRI ao longo da vida, englobou 204 participantes. Foram empregues os seguintes critérios de inclusão para cada amostra: idade igual ou superior a 18 anos, nacionalidade portuguesa e envolvimento em relações de intimidade com um ou mais parceiros ao longo da vida. Os critérios de exclusão, comuns às duas amostras, incluíram: não assinar o consentimento informado e/ou não compreender o protocolo de avaliação.

As características da amostra serão apresentadas na seção Resultados (Tabela 1).

Instrumentos

O protocolo de avaliação englobou as medidas de autorresposta posteriormente referidas.

Questionário Sociodemográfico e sobre Relações de Intimidade (Carvalho, da Motta, Capinha, Gomes, et al., 2022). Permite recolher informações sociodemográficas de vítimas e perpetradores de VRI (e.g., idade, escolaridade, identidade de género) e dados sobre as relações de intimidade (e.g., envolvimento ou não em relações de intimidade na atualidade e ao longo da vida, satisfação com as relações de intimidade). No presente estudo, foram utilizados os itens sociodemográficos necessários à caracterização das amostras de vítimas de VRI e sem experiências de VRI, bem como os itens que permitiram garantir os critérios de inclusão inerentes às referidas amostras.

Intimate Partner Violence Check List (IPV; Troisi & Carlucci, 2019, comunicação pessoal G. Troisi, janeiro 29, 2020; versão portuguesa modificada de Carvalho, da Motta, Capinha, & Benedito, 2022). A escala original apresenta 42 itens, destinados a identificar a frequência de comportamentos de VRI sofridos por mulheres ao longo da vida, avaliada numa escala de cinco pontos (1 = *Nunca*; 5 = *Frequentemente*). O conteúdo dos itens inclui cinco formas de violência: psicológica (18 itens), sexual (3 itens), física (7 itens), económica (6 itens) e *stalking* (8 itens). A versão modificada (IPV-M) diferencia-se da original por ter sido adaptada às identidades de género feminino e masculino, tornando-se uma medida mais inclusiva, e por integrar duas escalas independentes: a Escala de Violência Sofrida e a Escala de Violência Perpetrada. Estas são compostas pelos mesmos itens, adaptados para serem respondidos, respetivamente, por vítimas e perpetradores de VRI. Uma terceira escala, inovadora em relação à versão original, com três opções de resposta (0 = *Não se aplica;* 2 = *Mais do que uma relação*), permite avaliar se cada item foi vivenciado numa ou em várias relações de intimidade (T. Carvalho, comunicação pessoal, novembro 19, 2025). Com o único propósito de identificar a presença ou não de experiências de vitimacão, utilizou-se apenas a Escala de Violência Sofrida da IPV-M, com 41 itens retidos num estudo exploratório que sugere a sua utilização como uma medida global de VRI (como uma escala unidimensional) e cuja consistência interna foi $\alpha = .97$ (Cardoso, 2025)

Posttraumatic Stress Disorder Checklist para o *DSM-5* (PCL-5; Weathers et al., 2013; versão Portuguesa de Carvalho et al., 2020). A PCL-5 é composta pelos 20 itens

correspondentes aos 20 sintomas da PTSD incluídos no *DSM-5-TR* (American Psychiatric Association, 2022). Os respondentes assinalam numa escala de resposta de 4 pontos (0 = *Nada*; 4 = *Extremamente*), o grau em que foram afetados por cada sintoma durante o último mês. A versão original é internamente consistente (α = .94 no Estudo 1 e α = .95 no Estudo 2; Blevins et al., 2015). Para a versão portuguesa, foi obtido um α = .94. Na amostra do presente estudo, o coeficiente obtido no grupo vítimas de VRI foi de α = .95 e de α = .96 no grupo sem VRI.

Early Life Experiences Scale (ELES; Gilbert et al., 2003; versão Portuguesa de Lopes & Pinto-Gouveia, 2005). Os 15 itens originais, respondidos numa escala de 5 (1 = *Completamente Falso*; 5 = *Muito Verdadeiro*), avaliam memórias de Ameaça, Subordinação e Desvalorização (subescalas) experienciadas durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores. A medida exibiu consistência interna: α = .89 para a subescala de Ameaça; α = .85 para a subescala de Subordinação; e α = .71 para a subescala de Desvalorização. A versão portuguesa possui mais um item inserido na dimensão Ameaça ("*Fui assediado ou abusado sexualmente por familiar e por conhecidos de familiares")* e exibiu valores de α = .84, α = .80 e α = .69, respetivamente para as dimensões Ameaça, Subordinação e Desvalorização (Lopes, 2011). Na amostra do presente estudo, os coeficientes obtidos para o grupo com VRI foram de α = .88 (Ameaça), α = .86 (Subordinação) e α = .75 (Desvalorização), e para o grupo sem VRI foram de α = .87 (Ameaça), α = .85 (Subordinação) e α = .80 (Desvalorização).

Personal Feelings Questionnaire-2 (PFQ-2; Harder & Zalma, 1990; versão Portuguesa de Carvalho et al., 2026). O PFQ-2 inclui 16 adjetivos (itens) que medem a propensão ou traço para sentir vergonha e para sentir culpa generalizadas. Os itens são respondidos numa escala de 5 pontos (0 = *Nunca experiencia o sentimento*; 4 = *Experiencia o sentimento permanentemente ou quase permanentemente*). A versão portuguesa é composta por 13 itens distribuídos pelas dimensões Vergonha e Culpa. A versão original revelou-se internamente consistente (Propensão para a Vergonha: α = .78; Propensão para a Culpa: α = .72), bem como a versão Portuguesa (Propensão para a Vergonha: α = .87; Propensão para a Culpa: α = .79). Nas amostras do presente estudo, os coeficientes obtidos para o grupo com VRI foram de α = .85 (Vergonha) e de α = .84 (Culpa), e para o grupo sem VRI foram de α = .89 (Vergonha) e de α = .84 (Culpa).

External and Internal Shame Scale (EISS; Ferreira et al., 2022). Esta escala mede a vergonha relacionada com traço. Os seus 8 itens distribuem-se pelas dimensões Vergonha Externa (perceção de si mesmo como visto negativamente pelos outros) e Vergonha Interna

(avaliação negativa do *self*) e são respondidos numa escala de 5 pontos (0 = *Nunca*; 4 = *Sempre*). No estudo original, realizado numa amostra portuguesa, foram obtidos valores apropriados de consistência interna: α = .80 para a Vergonha Externa e α = .82 para a Vergonha Interna. Nas amostras do presente estudo, os valores obtidos no grupo com VRI foram de α = .81 (Vergonha Externa) e α = .79 (Vergonha Interna), e no grupo sem VRI foram de α = .82 (Vergonha Externa) e de α = .81 (Vergonha Interna).

Intimate Partner Violence and Traumatic Affect Scale (VITA; Troisi, 2018; versão Portuguesa de Carvalho, Benedito, et al., 2022). A VITA foi desenvolvida para avaliar o afeto traumático em mulheres vítimas de VRI e é composta pelas subescalas Medo, Terror, Vergonha e Culpa. Os seus 28 itens possuem uma escala de resposta de 5 pontos (1 = *Nunca*; 5= *Frequentemente*) que permitem identificar a frequência dos referidos estados afetivos durante as experiências de VRI. A versão portuguesa foi adaptada para poder ser administrada a pessoas com identidade de género masculino e feminino (T. Carvalho, comunicação pessoal, novembro, 19, 2025). Neste estudo usaram-se as subescalas Vergonha e Culpa, cujas versões original e portuguesa exibiram, respetivamente, valores de α = .93 e de α = .87. Numa análise preliminar das propriedades psicométricas da versão em português, foram obtidos valores de consistência interna de α = .97 para a dimensão Vergonha e de α = .95 para a dimensão Culpa (D. A. Cardoso, 2023). Nas amostras do presente estudo, apuraram-se valores de consistência interna de α = .96 (Vergonha) e de α = .95 (Culpa) no grupo com VRI e de α = .92 (Vergonha) e α = .91 (Culpa) no grupo sem VRI.

Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ; Brooks et al., 2009; versão Portuguesa de Carvalho et al., 2018). O PDEQ avalia as experiências dissociativas peritraumáticas, decorrentes de um evento potencialmente traumático. Neste estudo, na introdução do questionário (adaptável a qualquer tipo de situação potencialmente traumática), especificou-se a exposição à VRI. O questionário possui oito itens, respondidos numa escala com 5 opções (1 = *Nada verdadeiro*; 5 = *Extremamente verdadeiro*). As versões original e portuguesa apresentam uma estrutura com dois fatores, com quatro itens cada: Falta de Consciência e Desrealização/Despersonalização. A versão original demonstrou uma consistência interna adequada: α = .78 e α = .72, respetivamente, para a Falta de consciência e para a Desrealização/Despersonalização. Aversão portuguesa apresentou igualmente valores adequados de consistência interna: α = .90 e α = .89, respetivamente, para a Falta de consciência e para a Desrealização/Despersonalização. Nas amostras deste estudo, a escala revelou-se internamente consistente: α = .88 para a Falta de consciência e α = .92 para a

Desrealização/despersonalização no grupo com VRI: α = .87 para a Falta de consciência e α = .92 para a Desrealização/despersonalização no grupo sem VRI.

Procedimentos

Procedimentos Metodológicos

O estudo foi desenvolvido no contexto do projeto de investigação científica "Violência nas Relações de Intimidade e Saúde Mental", aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona (Ref. CEDIC-2023-21-15). No âmbito do referido projeto de investigação, foram obtidas autorizações dos autores dos instrumentos de medida para a sua utilização.

A divulgação do estudo foi realizada através de redes sociais, contactos interpessoais dos investigadores, afixação de *flyers* em instituições da área geográfica de residência dos investigadores e da solicitação de colaboração de instituições (e.g., câmaras municipais e organizações de apoio social) na divulgação do estudo. O interesse em participar no estudo foi manifestado por meio de um *link* ou código QR, através da cedência de contactos pessoais para agendamento da participação. Estes contactos serão destruídos pela coordenação do projeto no qual este estudo se inclui após terminada a investigação.

No final do protocolo de avaliação, foram divulgados contactos de instituições nacionais de apoio a vítimas e agressores, com o propósito de facilitar o seu acesso aos participantes para eventual procura de apoio ou para outros fins que considerem apropriados. Os participantes responderam ao protocolo presencialmente em formato de papel ou online via plataformas Qualtrics e LimeSurvey. Priorizou-se a resposta ao protocolo disponibilizado online, sempre que os participantes concordassem e não apresentassem obstáculos relativamente ao uso da internet e das referidas plataformas. Todos os participantes responderam ao protocolo de avaliação na presença virtual ou física de um/a investigador/a com formação em psicologia clínica, permitindo que este último/a: (a) clarificasse aspetos sobre o estudo e o projeto em que se insere; (b) mitigasse défices de atenção/concentração e/ou estados de fadiga por parte dos participantes, através de pequenas pausas ou da segmentação da participação por várias seções; e (c) atenuasse eventuais estados emocionais negativos induzidos pela resposta aos questionários, situação esta para a qual foram treinados no âmbito do projeto.

Antes da participação, foram apresentados, por escrito: (a) os objetivos do projeto e deste estudo; (b) informação sobre o seu carácter voluntário; (c) a obrigatoriedade dos participantes consentirem a sua participação informada; (d) a inexistência de incentivos e encargos financeiros ou outros inerentes à participação; (e) o anonimato e confidencialidade dos dados recolhidos; (f) a sua utilização somente para fins de investigação e a divulgação dos resultados em dissertação escrita, eventos científicos e/ou em revistas científicas; e (g) a possibilidade de desistência da participação sem quaisquer consequências para os participantes.

Os participantes que responderam ao protocolo de avaliação em formato de papel, deram o seu consentimento informado através da sua assinatura. Este documento foi destacado do protocolo e será guardado em lugar seguro pela coordenação do projeto até ao final da investigação, para posteriormente vir a ser destruído. Os participantes que responderam ao protocolo de avaliação *online,* deram o seu consentimento informado através da seleção de uma opção claramente identificada para o efeito.

O tempo de resposta ao protocolo situou-se aproximadamente entre 40 e 60 minutos.

Para garantir a confidencialidade da informação recolhida, o acesso aos dados é restrito aos investigadores do projeto durante a sua vigência. Além disso, a identidade dos participantes será protegida, assegurando-se o total anonimato na divulgação dos resultados.

A recolha de dados decorreu entre dezembro de 2025 e maio de 2026. Durante todo o estudo foram respeitados os princípios éticos da investigação médica com seres humanos (Declaração de Helsínquia; World Medical Association Declaration of Helsinki, 2013).

Procedimentos Analíticos

A análise estatística foi realizada com recurso aos programas IBM SPSS Statistics (v. 31 para Microsoft Windows, IBM Inc., Armonk, NY) e G*Power (v. 3.1.9.6).

Foram previamente assegurados os pressupostos inerentes aos testes estatísticos aplicados. Considerou-se que variáveis contínuas apresentavam uma distribuição normal na ausência de desvios severos de assimetria (Sk) < |3| e de achatamento (Ku) < |10| (Kline, 2023). Valores de alfa de Cronbach (α) ≥.70 indicaram que os instrumentos de medida exibiram uma adequada consistência interna nas amostras em que foram usados (Hair et al., 2019).

Na análise descritiva das variáveis contínuas foram calculadas as médias, medianas, desvios-padrão, valores mínimos e máximos, enquanto as variáveis categoriais foram descritas por frequências absolutas e relativas (percentagens).

Para a comparação das variáveis contínuas nos grupos de vítimas de VRI e de participantes sem VRI, recorreu-se ao teste *t* de Student (*t*) para amostras independentes, tendo a magnitude do efeito das diferenças significativas entre as médias sido calculada através do *d* de Cohen (*d*). Foram adotados os seguintes valores de referência: $d = 0.2$ (pequena), $d = 0.5$ (moderada) e $d = 0.8$ (grande; Cohen, 1988). Para as variáveis que não seguiram uma distribuição normal, recorreu-se ao teste *U* de Mann-Whitney (*U*), tendo a magnitude do efeito das diferenças significativas sido calculada através da correlação bisserial para postos de Glass (r_G), adotado-se os seguintes valores de referência: fraca se $r_G = .10$, moderada se $r_G = .30$ e forte se $r_G = .50$ (Cohen, 1988). Para as variáveis categoriais, utilizou-se o teste do qui-quadrado ($\chi 2$) e, para tabelas de contingência superiores a 2 X 2, a magnitude do efeito foi estimada pelo *V* de Cramer (*V*), com valores próximos de 0 a indicar independência entre variáveis e próximos de 1 a sugerir a sua dependência (Wagner & Gillespie, 2019).

De acordo com Pestana & Gageiro (2014), as correlações entre variáveis contínuas foram examinadas através do coeficiente de correlação de Pearson (r). Estas correlações foram interpretadas como fracas se situadas entre $r = .10$ e $r = .29$, como moderadas se compreendidas entre $r = .30$ e $r = .49$ e como fortes se $r \geq 50$ (Cohen, 1988).

No desenvolvimento do modelo de regressão linear múltipla (RLM) para a sintomatologia da PTSD, a seleção das possíveis variáveis explicativas (covariáveis) a integrar neste modelo seguiu procedimentos sequenciados: (1) inclusão de variáveis que revelaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de vítimas de VRI e sem VRI, não sendo considerados, nesta fase, os valores de magnitude do efeito, uma vez que os seus pontos de corte dependem do contexto dos estudos (e.g., variáveis, amostra) e não se conhecem referências específicas aplicáveis ao presente estudo (Transparent Statistics In Human–Computer Interaction Working Group, 2019; Wilkinson & Task Force on Statistical Inference, 1999); (2) retenção das variáveis que apresentaram correlações estatisticamente significativas com os sintomas da PTSD; (3) apuramento das variáveis que demonstraram capacidade preditiva significativa nos modelos de regressão linear simples (RLS).

A dimensão mínima da amostra de vítimas de VRI a utilizar nos modelos de RLS e RLM para a sintomatologia da PTSD, foi estimada a priori com base na fórmula de Green (1991): 50 + 8k (k corresponde ao número de preditores).

Garantiram-se os pressupostos básicos das RLS e RLM com base nas seguintes análises: a distribuição normal e a homogeneidade dos resíduos foram verificadas através do *normal probability plot* e dos gráficos dos resíduos; a normalidade da distribuição dos resíduos foi confirmada pelo teste de Kolmogorov–Smirnov; o teste de Durbin-Watson foi usado para identificar a independência dos resíduos; na RLM, a inexistência de multicolinearidade foi assegurada por correlações entre pares de covariáveis com valores de $r < .70$, de *variance inflaction factor* (VIF) ≤ 5 e de valores de tolerância próximos de 1 (Hair et al., 2019; Marôco, 2018; Pestana & Gageiro, 2014). A identificação de *outliers* foi efetuada com base nos *student deleted residual* e valores de $p \leq .05$, *centered leverage* > 0.50 e limites mínimos e máximos dos resíduos. Foram também calculados os valores exatos de p associados a cada *studentized deleted residual*, considerando-se $p \leq .05$ como indicativo de observações influentes nos resultados. Os *outliers* com influência nos resultados foram removidos da amostra de vítimas de VRI (Aryadoust & Raquel, 2019; Hair et al., 2019; Marôco, 2018). Na RLM, a magnitude do efeito (*fixed model*, R^2 *deviation from zero*) foi avaliada através do f^2 de Cohen e dos respetivos valores de referência (Cohen, 1988): $f^2 = 0.02$ (pequena), $f^2 = 0.15$ (moderada) e $f^2 = 0.35$ (grande).

Resultados

Características da Amostra

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra, em função dos grupos (vítimas de VRI e grupo sem VRI). Não foram identificadas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, no que concerne à totalidade das variáveis sociodemográficas analisadas $p > .068$. A inexistência de diferenças relativamente à idade, sexo biológico e escolaridade confirmaram a equiparação dos grupos de vítimas de VRI e sem VRI relativamente a tais variáveis.

Tabela 1

Características Sociodemográficas da Amostra

Variável	Grupo Vítimas de VRI					Grupo Sem VRI								
	M	***DP***	***Md***	**Min**	**Max**	***M***	***DP***	***Md***	**Min**	**Max**	***t***		***p***	***d***
Idade	31.06	11.70	25	19	69	30.76	12.03	25	18	78	-.25		.804	-
Escolaridade (anos)	14.61	2.55	15	4	20	14.61	2.76	15	3	21	-.01		.998	-
	n		%			*n*		%			χ^2	*V*	φ	
Sexo biológico											.17	-	.68	.681	-
Feminino	150		77.7			162		79.4							
Masculino	43		22.3			42		20.6							
Identidade de género											.08	-	.77	.771	-
Mulher	150		77.7			161		78.9							
Homem	43		22.3			43		21.1							
Orientação sexual											6.04	.12	-	.197	-
Heterossexual	168		87.0			187		91.7							
Homossexual	4		2.1			7		3.4							
Bissexual	17		8.8			7		3.4							
Outra	2		1.0			1		0.5							
Prefiro não referir	2		1.0			2		1.0							
Estado civil											7.13	.13	-	.068	-
Solteiro	146		75.6			137		67.2							
Casado/união de facto	36		18.7			60		29.4							
Divorciado	9		4.7			5		2.5							
Viúvo	2		1.0			2		1.0							
Situação profissional											3.35	.09	-	.340	-
Ativo	125		64.8			148		72.5							
Desempregado	10		5.2			11		5.4							
Reformado	3		1.6			2		1.0							
Estudante	55		28.5			43		21.1							

Nota. $N_{\text{Vítimas de VRI}}$ = 193; $N_{\text{Sem VRI}}$ = 204; VRI = violência nas relações de intimidade.

Comparação das Variáveis em estudo nas Amostras de Vítimas de VRI e Sem VRI

A Tabela 2 apresenta a estatística descritiva relativa às variáveis em estudo e a sua comparação entre os grupos de vítimas com VRI e sem VRI, exceto para frequência de estados de vergonha e de culpa durante as experiências de VRI, por esta variável só se aplicar à amostra vítimas de VRI. Identificaram-se diferenças estatisticamente significativas ($p < .001$) entre os grupos para as seguintes variáveis: sintomatologia da PTSD, memórias de ameaça e memórias de subordinação relativas à infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores, propensão (traço) para sentir vergonha e culpa, traços de vergonha externa e de vergonha interna, e DP medida pela falta de consciência e despersonalização/desrealização. As vítimas de VRI não se

Tabela 2

Análises Comparativas Entre Vítimas de VRI e Sem VRI em Relação às Variáveis em Estudo

Variável	Grupo vítimas de VRI					Grupo sem VRI										
	M	***DP***	***Md***	**Min**	**Max**	***M***	***DP***	***Md***	**Min**	**Max**	***t***	***U***	***z***	***p***	***d***	r_G
Sintomatologia de PTSD (PCL-5) [a]	22.12	16.41	19.00	0	77	12.13	14.50	7.00	0	64	6.41	-	-	< .001	0.65	-
Memórias de ameaça (ELES) [a]	13.10	6.27	11.00	7	35	10.55	4.99	9.00	7	35	4.46	-	-	< .001	0.45	-
Memórias de subordinação (ELES) [a]	14.47	5.66	13.00	6	30	11.14	5.04	10.00	6	30	6.17	-	-	< .001	0.62	-
Memórias de desvalorização (ELES) [a]	8.67	3.03	9.00	3	15	8.07	3.44	8.00	3	15	1.84	-	-	.066	-	-
Propensão para vergonha (PFQ-2) [a]	13.63	6.48	13.00	2	39	10.70	6.81	10.00	0	37	4.39	-	-	< .001	0.44	-
Propensão para culpa (PFQ-2) [a]	9.90	4.84	8.00	0	24	7.45	4.49	7.00	0	22	3.49	-	-	< .001	0.35	-
Vergonha Externa (EISS) [a]	5.24	3.05	5.00	0	16	3.71	2.92	4.00	0	15	5.12	-	-	< .001	0.51	-
Vergonha Interna (EISS) [a]	4.42	3.13	4.00	0	16	3.22	2.96	3.00	0	15	3.94	-	-	< .001	0.40	-
Falta de consciência (PDEQ) [b]	7.53	4.12	6.00	4	20	4.97	2.36	4.00	4	20	-	11085	8.32	< .001	-	.44
Desrealização/despersonalização (PDEQ) [b]	7.24	4.23	5.00	4	20	5.02	2.70	4.00	4	20	-	12299	7.34	< .001	-	.38

Nota. $N_{\text{Vítimas de VRI}}$ = 193; $N_{\text{Sem VRI}}$ = 204; VRI = violência nas relações de intimidade; r_G = correlação bisserial para postos de Glass (magnitude do efeito para o teste *U*); PCL-5 = *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* para o DSM-5; ELES = *Early Life Experiences Scale*; PFQ-2 = *Personal Feelings Questionnaire-2*; EISS = *External and Internal Shame Scale*; PDEQ = *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*.

[a] Variáveis com distribuição normal (teste *t* de Student).[b] Variáveis sem distribuição normal (teste *U* de Mann-Whitney).

distinguiram estatisticamente ($p \leq .066$) dos participantes sem experiências de VRI quanto às memórias de desvalorização durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores.

De acordo com Cohen (1988), a magnitude do efeito foi moderada (entre $d = 0.51$ e $d = 0.65$; entre $r_G = .38$ e $r_G = .44$) para a sintomatologia da PTSD, para as memórias de subordinação durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores, para a propensão (traços), quer para sentir vergonha generalizada, quer para sentir vergonha externa, para a falta de consciência (DP) e para a desrealização/despersonalização (DP), e revelou-se pequena (entre $d = 0.35$ e $d = 0.45$) para as memórias de ameaça durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores e para a propensão (traços) de sentir vergonha interna e culpa generalizada.

As variáveis que se diferenciaram entre os participantes vítimas de VRI e sem experiências de VRI ao longo da vida, foram retidas nesta primeira fase de seleção das covariáveis a incluir no modelo de RLM, nomeadamente: memórias de ameaça e memórias de subordinação na infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores, propensão (traço) para sentir vergonha e para sentir culpa generalizadas, traços de vergonha externa e de vergonha interna, bem como DP manifestada através da falta de consciência e da despersonalização/desrealização (Tabela 2).

Matriz de Correlações das Variáveis em Estudo na Amostra de Vítimas de VRI

A Tabela 3, correspondente à amostra de vítimas de VRI, permite consultar os valores das correlações de Pearson entre os sintomas de PTSD e as potenciais variáveis explicativas desta sintomatologia retidas na etapa anterior de construção do modelo de RLM, os anos de escolaridade e de idade.

Os sintomas da PTSD exibiram correlações positivas e estatisticamente significativas ($p < .05$) com a totalidade das potenciais covariáveis a incluir no modelo de RLM, exceto com os anos de escolaridade que apresentaram uma correlação não significativa. Segundo Cohen (1988), os sintomas da PTSD apenas se correlacionaram de forma fraca com a idade ($r = -.15$); tais sintomas apresentaram correlações moderadas (entre $r = .31$ e $r = .45$) com as memórias de ameaça e de subordinação, propensão (traço) para a culpa, frequência de estados de vergonha e culpa durante as experiências de vitimação ao longo da vida, falta de consciência (DP) e despersonalização/desrealização (DP); os sintomas da PTSD exibiram correlações fortes (entre $r = .53$ e $r = .57$) com a propensão (traço) para sentir vergonha generalizada, bem

Tabela 3

Matriz de Correlação de Pearson Entre os Sintomas da PTSD e Potenciais Variáveis Explicativas Desta Sintomatologia no Grupo Vítimas de VRI

Variável	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Sintomatologia de PTSD (PCL-5)	-												
2. Memórias de ameaça (ELES)	.31**	-											
3. Memórias de subordinação (ELES)	.39**	.72**	-										
4. Propensão para vergonha (PFQ-2)	.57**	.18*	.38**	-									
5. Propensão para culpa (PFQ-2)	.45**	.13	.20**	.75**	-								
6. Vergonha externa (EISS)	.53**	.27**	.36**	.59**	.43**	-							
7. Vergonha interna (EISS)	.56**	.24**	.35**	.62**	.51**	.78**	-						
8. Frequência de vergonha (VITA)	.32**	.03	.18*	.38**	.33**	.20**	.28**	-					
9. Frequência de culpa (VITA)	.31**	.07	.18*	.36**	.35**	.20**	.29**	.85**	-				
10. Falta de consciência (PDEQ)	.45**	.07	.15*	.37**	.34**	.21**	.24**	.57**	.56**	-			
11. Desrealização/despersonalização (PDEQ)	.38**	.08	.11	.34**	-33**	.19**	.25**	.56**	.54**	.86**	-		
12. Escolaridade	-.05	-.07	-.05	-.00	-.03	-.15	-.03	-.10	.01	-.07	-.06	-	
13. Idade	-.15*	-.14	-.16*	-.21**	-.11	-.08	-.16*	-.11	-.25**	-.17*	-.21**	-.39**	-

Nota. $N_{\text{Vítimas de VRI}}$ = 193. PCL-5 = *Posttraumatic Stress Disorder Checklist para o DSM-5;* ELES = *Early Life Experiences Scale*; PFQ-2 = *Personal Feelings Questionnaire-2;* EISS = *External and Internal Shame Scale;* VITA = *Intimate Partner Violence and Traumatic Affect Scale*; PDEQ = *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire.*

$^{*}p < .05$. $^{**}p < .01$.

como com os traços de vergonha interna e externa (Tabela 3). A escolaridade foi eliminada como potencial covariável da RLM pelo motivo referido.

Conforme Tabela 3, entre as potenciais covariáveis candidatas a integrarem até à presente fase de construção do modelo RLM, algumas exibiram valores de $r \geq .70$, sugerindo a possibilidade de colinearidade, nomeadamente entre os pares: (a) memórias de ameaça e memórias de subordinação durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores; (b) propensão (traço) para sentir vergonha e para sentir a culpa; (c) traços de vergonha externa e de vergonha interna; e (d) falta de consciência (DP) e despersonalização/desrealização (DP). Em conformidade com o descrito na secção Procedimentos Analíticos, reteve-se apenas uma variável em cada par enumerado, mais concretamente, memórias de ameaça durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores, propensão (traço) para sentir vergonha generalizada, vergonha interna enquanto traço e despersonalização/desrealização (DP). Esta decisão baseou-se na possibilidade de as memórias de ameaça poderem contribuir para explicar a ameaça permanente que caracteriza a PTSD; os traços para sentir vergonha generalizada e vergonha interna poderem facilitar a tendência para as vítimas de trauma sentirem vergonha associada aos sintomas da PTSD que, por sua vez, podem promover uma perceção do *self* como defeituoso, bem como estratégias defensivas (e.g., evitamento, isolamento dos outros) facilitadoras da presença/manutenção da PTSD; e a despersonalização/ desrealização associada ao trauma estar teórica e empiricamente bem fundamentada na literatura como um fator de risco associado à PTSD. Assim, foram selecionadas como possíveis covariáveis do modelo de RLM as seguintes: memórias de ameaça, propensão (traço) para sentir vergonha, traço de vergonha interna, frequência de estados de vergonha durante experiências de vitimação sofridas ao longo da vida, despersonalização/desrealização (DP) peritraumática e idade.

Modelos de Regressão Linear Simples para os Sintomas da PTSD na Amostra de Vítimas de VRI

Os modelos univariados explicativos dos sintomas da PTSD foram testados na amostra vítimas de VRI após a eliminação de 3 casos identificados como *outliers* com influência nos resultados (N = 190). Os referidos modelos, apresentados na Tabela 4, incluíram as varáveis explicativas anteriormente apuradas como covariáveis da RLM: memórias de ameaça, propensão (traço) para sentir vergonha generalizada, traço de vergonha interna, frequência de

Tabela 4

Regressões Lineares Simples (Método Enter) Para os Sintomas de PTSD no Grupo Vítimas de VRI

Variável	*r*	R^2 ajustado	β	*p*
Memórias de ameaça (ELES)	.325	.101	.325	<.001
Propensão para vergonha (PFQ-2)	.584	.337	.584	<.001
Vergonha Interna (EISS)	.578	.330	.578	<.001
Frequência de vergonha (VITA)	.355	.121	.355	<.001
Desrealização/despersonalização (PDEQ)	.413	.166	.413	<.001
Idade	.168	.023	-.168	.020

Nota. $N_{\text{Vítimas de VRI}}$ = 190. ELES = *Early Life Experiences Scale*; PFQ-2 = *Personal Feelings Questionnaire-2;* EISS = *External and Internal Shame Scale;* VITA = *Intimate Partner Violence and Traumatic Affect Scale;* PDEQ = *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire.*

estados de vergonha durante experiências de vitimação por VRI, despersonalização/ desrealização (DP) e idade.

A totalidade dos modelos testados exibiu significância estatística ($p < .05$). Os valores positivos dos coeficientes de regressão estandardizados (β) indicaram que as variáveis memórias de ameaça, propensão (traço) para sentir vergonha generalizada, traço de vergonha interna, frequência de estados de vergonha durante experiências de vitimação por VRI e despersonalização/desrealização (DP) predisseram isolada e positivamente a sintomatologia de PTSD, ou seja, o aumento destas variáveis traduziu-se num aumento dos sintomas da PTSD. Em sentido inverso, a idade apresentou um coeficiente de regressão negativo (β = -.168), indicando que uma maior idade se associou a uma diminuição da sintomatologia de PTSD (Tabela 4).

Com base nos resultados anteriormente descritos, foram selecionadas como covariáveis do modelo de RLM as seguintes: memórias de ameaça, propensão (traço) para sentir vergonha generalizada, traço de vergonha interna, frequência de estados de vergonha durante experiências de vitimação por VRI, despersonalização/ desrealização (DP) e idade.

Modelo de Regressão Linear Múltipla para os Sintomas da PTSD na Amostra de Vítimas de VRI

De acordo com a Tabela 5, o modelo de RLM para os sintomas de PTSD foi testado na amostra de vítimas de VRI (N =190.) Nesta tabela pode-se verificar a inserção das covariáveis em blocos distintos. O primeiro bloco incluiu a idade (variável sociodemográfica). Os restantes blocos foram teoricamente definidos e inseridos em função da sua ordem cronológica: o segundo bloco englobou as memórias de ameaça durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores. No terceiro bloco foram incluídas as covariáveis relacionadas com o traço de vergonha generalizada e o traço de vergonha interna, desenvolvidos durante a vida. O quarto bloco englobou os regressores relacionados com as experiências de VRI (frequência de estados de vergonha ao longo da vida durante as experiências de VRI e desrealização/ despersonalização durante ou imediatamente a seguir à exposição à VRI). Deste modo, o segundo e terceiro blocos contemplaram variáveis potencialmente explicativas da sintomatologia da PTSD passíveis de estarem presentes previamente e durante as experiências de VRI e o quarto bloco foi composto por covariáveis experienciadas somente durante ou imediatamente após a VRI.

O modelo final da RLM demonstrou um ajustamento significativo ($p < .001$) aos dados e explicou 48% da variância total dos sintomas da PTSD em vítimas de VRI, indicando que o conjunto das covariáveis apresentou uma relevante capacidade explicativa dos referidos sintomas. Entre estas covariáveis, as memórias de ameaça durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores, a propensão ou traço para sentir vergonha generalizada, o traço de vergonha interna e a desrealização/despersonalização peritraumáticas explicaram significativamente os sintomas da PTSD. Os respetivos valores positivos de β indicaram que a um aumento dos valores destas covariáveis correspondeu um aumento dos sintomas da PTSD (Tabela 5).

O Modelo 1, composto apenas pela covariável idade, foi significativo, e explicou 2.8% da variância dos sintomas da PTSD. Quando comparado com o modelo nulo (sem nenhum preditor), a idade no Modelo 1 acresceu 2.8% à variância explicada e aumentou significativamente a qualidade do ajustamento do modelo ($\Delta F_{(1,188)} = 5.486$, $p = .020$; Tabela 5).

O Modelo 2, no qual foi acrescida a covariável memórias de ameaça sobre a infância/adolescência à covariável idade, foi significativo e explicou 11.2% da variância da

Tabela 5

Modelo de Regressão Linear Múltipla (Método Enter) das Potenciais Variáveis Explicativas dos Sintomas de PTSD no Grupo Vítimas de VRI

Variável	R	R^2 ajustado	β	p	ΔR^2	Estatística da Mudança	
						ΔF	p
Modelo 1	.168	.028	-	.020	.028	5.486	.020
Idade	-	-	-.168	.020	-	-	-
Modelo 2	.349	.112	-	<.001	.093	19.890	<.001
Idade	-	-	-.129	.064	-	-	-
Memórias de ameaça (ELES)	-	-	.308	<.001	-	-	-
Modelo 3	.669	.436	-	<.001	.326	54.702	<.001
Idade	-	-	-.019	.734	-	-	-
Memórias de ameaça (ELES)	-	-	.179	.002	-	-	-
Propensão para vergonha (PFQ-2)	-	-	.313	<.001	-	-	-
Vergonha Interna (EISS)	-	-	.353	<.001	-	-	-
Modelo 4	.703	.477	-	<.001	.046	8.226	<.001
Idade	-	-	.011	.843	-	-	-
Memórias de ameaça (ELES)	-	-	.184	<.001	-	-	-
Propensão para vergonha (PFQ-2)	-	-	.295	<.001	-	-	-
Vergonha Interna (EISS)	-	-	.282	<.001	-	-	-
Frequência de vergonha (VITA)	-	-	.047	.470	-	-	-
Desrealização/despersonalização (PDEQ)	-	-	.203	.002	-	-	-

Nota. $N_{\text{Vítimas de VRI}} = 190$. Δ = diferença ou mudança; ELES = *Early Life Experiences Scale*; PFQ-2 = *Personal Feelings Questionnaire-2;* EISS = *External and Internal Shame Scale;* VITA = *Intimate Partner Violence and Traumatic Affect Scale;* PDEQ = *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire*

sintomatologia da PTSD, embora a idade não se tenha revelado um preditor significativo neste modelo (e nos seguintes). As memórias de ameaça sobre a infância/adolescência contribuíram com uma explicação adicional de 9.3% da variância explicada e melhoraram significativamente o ajustamento do modelo ($\Delta F_{(1,187)} = 19.890$, $p < .001$; Tabela 5).

O Modelo 3, no qual foram acrescentadas as covariáveis traço de vergonha generalizada e traço de vergonha interna, foi igualmente significativo e explicou 43,6% da variância da sintomatologia da PTSD. A introdução das referidas covariáveis produziu o maior aumento da variância explicada (32.6%) e melhorou significativamente o ajustamento do modelo ($\Delta F_{(2,185)} = 54.702$, $p < .001$; Tabela 5).

Por fim, o Modelo 4, que adicionou as covariáveis frequência da emoção de vergonha durante as experiências de VRI e despersonalização/desrealização peritraumáticas, acrescentou 4.6% à variância explicada pelo Modelo 3, tendo melhorado significativamente o ajustamento do modelo ($\Delta F_{(2,183)} = 8.226$, $p < .001$; Tabela 5).

Relativamente ao modelo final de RLM (Modelo 4), a análise realizada no G*Power (*Fixed model, R^2 deviation from zero*) indicou uma magnitude do efeito de $f^2 = 0.903$. Considerando um nível de significância de $\alpha = .05$, uma dimensão amostral de $N = 190$ e seis preditores, o poder estatístico estimado foi de 1.00 ($1-\beta$). Segundo Cohen (1988), a referida magnitude do efeito ($f^2 = 0.903$) é considerada grande (tendo superado amplamente o ponto de corte de $f^2 = 0.35$ para uma magnitude do efeito grande), demonstrando que o conjunto de covariáveis do modelo final possui uma elevada relevância e utilidade prática na variância dos sintomas da PTSD em vítimas de VRI.

Discussão

Com o propósito de melhor compreender a PTSD decorrente da vitimacão no contexto da VRI, o presente estudo desenvolveu e analisou um modelo multivariado explicativo da sintomatologia da PTSD numa amostra portuguesa de vítimas de VRI, considerando, inicialmente, como potenciais preditores as memórias emocionais de ameaça, submissão e desvalorização na relação com pais/cuidadores durante a infância/adolescência, traços de vergonha e de culpa generalizadas, traços de vergonha externa e interna, frequência dos estados de vergonha e culpa durante as experiências de VRI, falta de consciência e despersonalização/

desrealização peritraumáticas. Adicionalmente, as vítimas de VRI foram caracterizadas comparativamente aos indivíduos sem experiências de VRI (sem experiências de vitimação e de perpetração) em relação às variáveis analisadas.

A primeira hipótese (H_1) foi parcialmente corroborada. As vítimas de VRI caracterizaram-se por se diferenciar dos indivíduos sem experiência de VRI por apresentarem maior sintomatologia da PTSD e níveis mais elevados das suas potenciais variáveis explicativas, exceto em relação às memórias de desvalorização com os pais/cuidadores durante a infância/adolescência.

O resultado encontrado relativamente à maior sintomatologia da PTSD obtida nas vítimas de VRI, corrobora evidências prévias que identificam uma maior severidade de sintomas de PTSD em vítimas de VRI, comparativamente a indivíduos sem este tipo de experiências (Chandra et al., 2009; Pico-Alfonso, 2005), incluindo em vítimas nas quais foi apenas analisada a exposição à VRI física (Jain et al., 2025). Adicionalmente, os dados apurados são corroborados por um estudo que identificou em vítimas de VRI psicológica e sexual, um maior risco de desenvolverem sintomas de PTSD, em comparação com indivíduos sem experiência de VRI (Cénat et al., 2024), bem pelos resultados obtidos, respetivamente, numa revisão da literatura e num estudo empírico em vítimas de VRI, que sugerem uma maior probabilidade destas desenvolverem sintomatologia da PTSD em comparação com indivíduos expostos a outras tipologias de eventos traumáticos (Lagdon et al., 2014) e/ou a eventos violentos (Cavanaugh et al., 2012).

As vítimas de VRI relataram mais memórias de ameaça e de subordinação na relação com os pais/cuidadores, comparativamente às pessoas sem experiências de VRI, replicando resultados de estudos anteriores, igualmente efetuados em vítimas de VRI pertencentes à comunidade portuguesa (Alves, 2024; Saraiva, 2024). Estes resultados podem ser compreendidos numa perspetiva desenvolvimental. Uma infância/adolescência pautada por experiências adversas na relação com as figuras de vinculação (nos nossos resultados representadas por experiências de ameaça e de subordinação), poderá ter facilitado o desenvolvimento de uma vinculação insegura (Bowlby, 1988) que, por sua vez, segundo as meta-análises de Spencer et al. (2021) e de Stefania et al. (2023), se encontra associada à vitimação resultante da VRI. É possível que o quanto os indivíduos se sentem seguros nas relações precoces com os outros significativos moldem modelos internos sobre o *self*, os outros e o *self* na relação com os outros que, ao serem generalizados, influenciam expetativas e

comportamentos nas posteriores relações interpessoais (Bowlby, 1982; Lee & James, 2012; Mikulincer & Florian, 2003; D. J. Siegel, 2012). Tais expetativas e comportamentos assentes em modelos internos e inerentes memórias de sentimentos experienciados nas relações precoces com os outros significativos, podem ter comprometido o envolvimento em relações interpessoais saudáveis (Gilbert & Irons, 2008; Mikulincer & Shaver, 2020; D. J. Siegel, 2001, 2012) com os parceiros íntimos e aumentado a possibilidade de vitimacão na VRI.

A ausência de diferenças das memórias de desvalorização precoce entre as vítimas de VRI e os participantes sem vivências de VRI replicou o resultado encontrado no estudo de Alves (2024) e está alinhado com a constatação neste último estudo de que, entre os vários tipos de VRI, apenas a VRI económica se correlacionou com uma magnitude fraca com as referidas memórias. Estes resultados e os do presente estudo sugerem que as memórias de desvalorização precoce em vítimas de VRI parecem não possuir expressão suficiente para se diferenciarem das memórias apresentadas por indivíduos que nunca foram expostos a VRI. Não são conhecidos, até ao momento, mais estudos que analisem as memórias de desvalorização precoce no contexto da vitimação por VRI.

Quanto às vítimas de VRI apresentarem maior propensão (traço) para sentir vergonha e culpa generalizadas, bem como níveis mais elevados de vergonha interna e externa, comparativamente aos indivíduos sem experiências de VRI, importa salientar que os resultados relativos à vergonha e à culpa generalizadas não corroboram os encontrados no estudo de Saraiva (2024). Nesse estudo, indivíduos da comunidade portuguesa com experiências de vitimação na VRI e indivíduos sem experiências de VRI não se distinguiram quanto aos traços relacionados com as referidas emoções autoconscientes. Contudo, os resultados obtidos no presente estudo relativamente à vergonha interna e externa confirmam os encontrados por Alves (2024).

A maior vergonha apresentada pelas vítimas de VRI pode também ser compreendida como uma consequência de estas terem apresentado mais experiências de vinculação insegura (ameaça e submissão) na relação com as figuras significativas durante a infância/adolescência. Com base no modelo de regulação do afeto proposto por Gilbert, na Teoria das Mentalidades Sociais e na Teoria do *Ranking* Social (SRT; Gilbert, 2003, 2009, 2010, 2022a, 2022c, 2022b), ambientes mais inseguros nos primeiros anos de vida podem ter contribuído para que as vítimas de VRI desenvolvessem uma perceção das outras pessoas como mais ameaçadoras e uma perceção do *self* como menos atrativo e/ou sem valor na mente dos outros (Gilbert, 2009,

2022b; Gilbert & Procter, 2006). Estas perceções poderão, de acordo com Gilbert (2022b), manter-se na idade adulta e, por sua vez, estar associadas a uma sobrestimulação do sistema de regulação do afeto de defesa-ameaça (e à subestimulação do sistema de *soothing* ou de afiliação-tranquilização), à consequente hipervigilância a contextos adversos nas relações com os outros (Gilbert, 2009, 2010, 2022a), a uma atenção focada na comparação social, no *ranking* social e na competição como estratégia de defesa, bem como a respostas de submissão/congelamento (Gilbert, 2009, 2019, 2022b). Assim, padrões de experiências precoces caracterizadas, por exemplo, por sentimentos de não se ser amado, não ter valor e/ou ser socialmente excluído podem ter contribuído para as vítimas de VRI tivessem desenvolvido traços mais acentuados de vergonha (e.g, vergonha integrada na identidade ou *self*; Gilbert, 2022b), incluindo traços de vergonha generalizada e de vergonha interna e externa.

A associação entre a propensão para a culpa e a vitimização por VRI, até ao nosso conhecimento, não terá sido explorada na literatura. Contudo, evidenciam empíricas prévias sugeriram que experienciar culpa é uma consequência comum à VRI. Por exemplo, estudos empíricos indicaram que vítimas de VRI tendem a internalizar a responsabilidade pelo seu abuso (Andrews & Brewin, 1990; Babcock & DePrince, 2012; O'Neill & Kerig, 2000). Adicionalmente, Naismith et al. (2024) identificaram que a vitimização por VRI sexual se correlacionou positivamente à culpa relacionada com o trauma, refletidos na intensidade dos sentimentos de culpa e do sofrimento emocional decorrente dessa culpa, bem como cognições associadas à atribuição de responsabilidade, à perceção de ter cometido uma ação errada e à insuficiência de justificação. Num estudo de Siegel et al. (2024), vítimas de VRI relataram níveis mais elevados de culpa relacionada com evento traumático, comparativamente a mulheres vítimas de outras experiências traumáticas sem histórico de VRI, tendo a identificação com o agressor, entendida como um processo de fusão psicológica com as perspetivas e experiências do parceiro agressor, moderado esta associação, tendo-se observado uma relação mais forte entre VRI e culpa quando a identificação com o agressor era elevada. Deste modo, é possível que indivíduos com níveis mais elevados de predisposição para a culpa estejam mais propensos a internalizar a responsabilidade por eventos negativos, a adotar cognições de autoacusação e a interpretar situações ambíguas no contexto das relações de forma congruente com crenças de autoculpabilização. Assim, efeito da vitimização na culpa poderá, em parte, refletir a influência de traços prévios de culpa que vulnerabilizam as vítimas a vivenciar níveis mais elevados desta emoção autoconsciente após a exposição ao abuso.

As vítimas de VRI também se caracterizaram no nosso estudo por terem exibido níveis mais elevados de DP, concretamente de falta de consciência e de desrealização/ despersonalização peritraumáticas. Estes resultados são idênticos aos obtidos por Alves (2024) para as mesmas variáveis na comparação de vítimas de VRI com indivíduos sem VRI. Dado que a VRI pode incluir acontecimentos potencialmente traumáticos (Kessler et al., 2017), a DP é definida como uma resposta que ocorre durante ou imediatamente a seguir à exposição a uma situação traumática (Brooks et al., 2009) como forma de *coping* (Greene, 2018; Lanius et al., 2010), por vezes desadaptativa (Lynn, 2005), e evidências empíricas suportam que eventos traumáticos de natureza interpessoal se associam a níveis mais elevados de DP quando comparados com outras tipologias de trauma (Hetzel-Riggin & Roby, 2013), torna-se entendível a superioridade de falta de consciência e de desrealização/despersonalização peritraumáticas no grupo de vítimas de VRI constatada no presente estudo.

A segunda hipótese (H_2) foi corroborada na totalidade, ou seja, todas as variáveis selecionadas na primeira fase da construção do modelo de RLM (posteriormente relembradas) apresentaram nas vítimas de VRI uma associação com a sintomatologia de PTSD.

Tal como neste estudo, Alves (2024) verificou, em vítimas de VRI, uma associação entre memórias de ameaça na relação com os pais/cuidadores e sintomas da PTSD. O resultado de uma revisão sistemática recente, focada na correlação entre experiência adversas na infância (e.g., abuso, negligência, maus-tratos, testemunhar VRI) e perturbações psiquiátricas primárias, também se alinha com o nosso resultado, ao ter verificado que a maioria dos estudos reportaram uma correlação entre tais experiências precoces e a presença da PTSD na idade adulta (Umar et al., 2025). Consideramos que a conceptualização teórica seguidamente exposta, esclarece a referida associação encontrada em vítimas de VRI. Como referido, relações inseguras com pais/cuidadores vivenciadas nos primeiros anos de vida, influenciam a forma como são posteriormente são reguladas as experiências de ameaça e os consequentes afetos/emoções, regulação essa assente na sobrestimulação do sistema de regulação das emoções de ameaça-defesa e no *ranking* social (e.g., Gilbert, 2022a, 2022c, 2022b; Lee & James, 2012; Mikulincer & Shaver, 2007; Siegel, 2012), que tendem a gerar estratégias de defesa ineficazes, como submissão/congelamento ou luta/agressão (Gilbert et al., 2003; Mikulincer & Shaver, 2007), aumentando a vulnerabilidade à psicopatologia (Gilbert, 2003, 2022a, 2022b), incluindo à PTSD (Lee & James, 2012). Como referido por Lee & James (2012), uma mentalidade focada na ameaça facilita e mantêm a perceção de ameaça iminente característica da PTSD.

Relativamente à maior associação entre memórias emocionais precoces de subordinação e sintomas da PTSD nas vítimas de VRI verificada neste estudo, refira-se que desconhecemos estudos empíricos que tenham explorado essa relação em vítimas de VRI. Contudo, o nosso resultado poderá ter refletido o impacto desadaptativo e patogénico da utilização de estratégias "passivas" na resposta à ameaça. Concretamente, de acordo com a SRT, a necessidade de recorrer a estratégias de submissão para apaziguar o conflito como resposta ao fracasso e à perda de status social, pode tornar-se desadaptativa e patogénica quando as experiências precoces envolveram uma regulação do afeto baseada na mentalidade social segundo a qual amenizar o conflito passa pela derrota quando não se está numa posição de dominância (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert & Allan, 1998; Sloman & Taylor, 2016). Assim, a submissão promove a perceção do *self* como frágil, vulnerável e submisso, ativando estados subjetivos de impotência (*helplessness*) para responder e/ou controlar as situações consideradas ameaçadoras (Allan & Gilbert, 1997; Gilbert et al., 2003; Gouveia et al., 2016). Kirchner et al. (2022) demonstraram que a perceção subjetiva de impotência face à ameaça em contextos potencialmente traumáticos correlacionou-se com o agravamento da sintomatologia da PTSD. Adicionalmente, a submissão enquanto resposta defensiva face à ameaça, ocorre tendencialmente quando falham as respostas de ativação (fuga, luta; Gilbert, 2022a), podendo expressar-se fisiologicamente através da imobilidade tónica quando a ameaça se torna inescapável (Marks, 1987). A investigação clínica associa a imobilidade tónica a sintomas mais severos e a maior resistência ao tratamento da PTSD (Lanius et al., 2003; Lima et al., 2010). Embora a submissão como estratégia comportamental de apaziguamento do conflito, a impotência como estado cognitivo-emocional e a imobilidade tónica como resposta fisiológica extrema sejam construtos conceptualmente distintos, partilham uma base evolutiva comum relacionada com a defesa perante a ameaça. Deste modo, é possível que as vítimas de VRI que reportam neste estudo memórias mais marcadas de subordinação nas relações precoces com figuras parentais/cuidadoras tenham maior propensão para recorrer, na atualidade, a estratégias de submissão e apaziguamento perante a ameaça representada pela violência do parceiro íntimo. Esta tendência, ao ativar estados subjetivos de impotência e, em casos de ameaça inescapável, respostas de imobilidade tónica, poderá contribuir para uma maior gravidade e persistência da sintomatologia de PTSD, relatada na nossa amostra.

Os traços de vergonha e de culpa generalizadas e de vergonha interna e externa, frequência dos estados de vergonha presente durante a VRI associaram-se positivamente com a severidade dos sintomas da PTSD nas vítimas. Estes resultados são coerentes com evidencias

empíricas prévias. Por exemplo, Oasi et al. (2025) identificaram em adultos jovens que a propensão para a vergonha e para a culpa se correlacionou positiva e significativamente, quer com total para os sintomas PTSD, avaliados segundo a Classificação Internacional de Doenças (CID)-11, quer com os respetivos *clusters* de evitamento, reexperiência e sentido de ameaça. A propensão para a vergonha e para a culpa também se revelaram correlacionados com a quantidade de eventos traumáticos a que adultos foram expostos ao longo da vida. Uma meta-análise de multinível, efetuada por Shi et al. (2021), reportou uma correlação positiva e significativa entre a culpa generalizada (traço) e a severidade dos sintomas da PTSD, inferior à correlação não significativa entre culpa contextual (estado) e os referidos sintomas da PTSD, e a correlação entre culpa especifica do trauma e a sintomatologia da PTSD não de diferenciou da verificada ente culpa generalizada (traço) e a severidade da sintomatologia da PTSD. Quando controlada a vergonha generalizada, a culpa generalizada continuou a correlacionar-se com a sintomatologia da PTSD, enquanto a correlação entre estes sintomas e a culpa enquanto estado (contextual) não foi significativa. A propensão para a vergonha (traço) e a vergonha específica do trauma não diferiram na associação com os sintomas da PTSD, ambas superiores à associação entre vergonha contextual (estado) e sintomas da PTSD. Quando controlada a propensão para a culpa, a propensão para a vergonha continuou a revelar-se significativamente correlacionada com a PTSD. Os resultados dos estudos referidos e do nosso relativos aos traços de vergonha e de culpa generalizadas, sugerem a relevância, principalmente, de ser analisada a propensão à vergonha na compreensão da sintomatologia da PTSD. Esta relevância aplica-se igualmente aos traços de vergonha interna e externa que, tal como no nosso estudo, exibiram correlações positivas e significativa com sintomatologia da PTSD num estudo de Alves (2024).

O resultado deste estudo sobre a associação entre a frequência dos estados de vergonha durante as experiências de VRI e sintomas da PTSD, está alinhado com os resultados anteriormente referidos da meta-análise Shi et al. (2021) segundo os quais, a vergonha contextual (estado) exibiu correlações com a sintomatologia da PTSD, mesmo quando foi controlada a culpa contextual, bem como com os resultados do estudo de Wilson et al. (2011) que identificou a vergonha enquanto estado como um preditor para o desenvolvimento da sintomatologia no contexto da vitimação por VRI. O resultado da culpa enquanto estado vivenciado na VRI e a sua correlação com a sintomatologia da PTSD encontra-se alinhado com o resultado de uma meta-análise apresentada por Kip et al., (2022), efetuada em sobreviventes de eventos traumáticos, incluindo a VRI, que sugeriu que a culpa específica ao trauma (culpa enquanto estado) se correlaciona positivamente com os variados eventos traumáticos. Porém,

a literatura carece de estudos que analisem a relação entre as emoções autoconscientes enquanto estados e a PTSD no contexto da VRI, por forma a melhor fundamentar os nossos resultados.

A associação entre a idade e a severidade dos sintomas da PTSD em vítimas de VRI está escassamente estudada. Não obstante, os nossos resultados são corroborados pelo estudo de Boals et al. (2012) na população geral americana, na qual observaram que, mesmo controlando o tipo de evento traumático, o tempo decorrido desde a vivência deste e o género, os adultos mais velhos reportam significativamente menos sintomas de PTSD, comparativamente aos mais jovens. Konnert & Wong (2015) identificaram este mesmo resultado numa população de militares. Estes resultados poderão dever-se, na nossa perspetiva, à influência da centralidade do evento. Concretamente Boals et al. (2012) relatam que a centralidade que o evento traumático, ou seja, em que medida a memória traumática se torna um componente essencial da identidade da pessoa (Berntsen & Rubin, 2007), diminui com a idade. Um estudo empírico (Ogle et al., 2014) e uma revisão da literatura (Gehrt et al., 2018), que analisaram a centralidade do evento traumático no desenvolvimento de sintomas da PTSD, verificaram respetivamente que tal centralidade foi um preditor significativo sintomatologia da PTSD e que e correlacionou com esses sintomas. O nosso resultado relativo à idade encontra-se alinhado com os referidos estudos.

Perante os resultados deste estudo anteriormente discutidos e as respetivas fundamentações teóricas, bem como face à constatação de que resultados de outros estudos se encontram alinhados com os deste, não é surpreendente que a nossa terceira hipótese (H_3) tenha sido corroborada para a totalidade das covariáveis previamente selecionadas na construção do modelo preditivo multivariado explicativo da PTSD, nomeadamente, memórias de ameaça precoce, traço de vergonha generalizada, traço de vergonha interna, frequência dos estados de vergonha durante as experiências de VRI, despersonalização/desrealização peritraumáticas e idade. A constatação de que estas variáveis explicaram isoladamente a sintomatologia da PTSD, não só reforçou a relevância e a robustez dos resultados anteriores, como clarificou a importância de serem incluídas como covariáveis do modelo multivariado, a fim de compreender o seu efeito explicativo conjunto.

As variáveis idade, memórias de ameaça durante a infância/adolescência, traço de vergonha generalizada, traço de vergonha interna, frequência de estados de vergonha ao longo da vida durante a VRI e desrealização/despersonalização peritraumática, em conjunto,

explicaram significativamente uma considerável percentagem da variância total da sintomatologia da PTSD (48%) em indivíduos com experiências de vitimação no contexto da VRI. No referido efeito conjunto, a idade e a frequência de estados de vergonha experienciados durante a VRI perderam a sua capacidade de explicarem isolada e significativamente os sintomas da PTSD (apresentaram uma elevada variância partilhada com as restantes variáveis). Assim, a nossa hipótese inicial para o modelo final (H_4) foi apenas parcialmente confirmada, ao se ter verificado que valores maiores de memórias de ameaça durante a infância/adolescência, de traço de vergonha generalizada, de traço de vergonha interna e de desrealização/despersonalização peritraumáticas contribuíram isoladamente para explicarem maior sintomatologia da PTSD na presença das restantes variáveis. A magnitude de efeito grande do modelo final, suporta a elevada relevância clínica desta variáveis quando consideradas em conjunto.

Cada modelo contribuiu de forma sequenciada para aumentar significativamente a variância explicada. O primeiro, referente à idade, explicou de forma modesta, ainda que significativa, a variância dos sintomas da PTSD (2.8%), indicando que uma maior idade explica menor sintomatologia da PTSD. A discussão deste resultado foi anteriormente apresentada.

O modelo que adicionou à idade as memórias de ameaças precoces foi significativo e mais expressivo comparativamente ao anterior quanto à variância explicada (9.3%). As referidas memórias foi a variável que, isoladamente, melhor explicou a sintomatologia da PTSD, tendo retirado significância à idade e mantido um efeito significativo nos modelos subsequentes. Estes resultados sugerem a relevância de as memórias de ameaça precoce serem consideradas na compreensão da PTSD em vítimas de VRI. Desconhecem-se outros estudos que tenham avaliado o efeito explicativo dessas memórias para a presença de PTSD em vítimas de VRI. Todavia, um estudo efetuado em veteranos de guerra portugueses alinha-se com o resultado deste estudo, ao ter observado que memórias de ameaça da relação com os pais/cuidadores durante a infância/adolescência apresentaram um efeito indireto na explicação dos sintomas da PTSD, mediado por uma atitude não compassiva (Carvalho, Pinto-Gouveia, et al., 2022). A anterior fundamentação teórica apresentada para a correlação entre as memórias de ameaça precoce e PTSD, apoia igualmente o resultado em discussão. Acresce salientar que, na vida adulta, a hiperativação do sistema de ameaça-defesa associado às experiências de ameaça precoce (Gilbert, 2005) tende a manifestar-se na hiperatividade à ameaça contextual e responsividade sensorial, que aumento o risco da presença da PTSD (Huberman et al., 2025; Pole et al., 2009).

O modelo que acresceu à idade e às memórias de ameaça precoce, a propensão para sentir vergonha generalizada e a vergonha interna, ambas enquanto traço ou predisposição, produziu o maior incremento no total da variância explicada (32.6%), destacando a relevância do contributo dessas variáveis em conjunto com as restantes na explicação dos sintomas da PTSD em vítimas de VRI. Evidências empírica prévias suportam este resultado. Badour et al. (2020) verificaram que, em vítimas expostas à agressão sexual, a propensão para sentir vergonha exibiu um efeito positivo indireto nos sintomas da PTSD, mediado por cognições negativas pós-traumáticas sobre o *self* (mas não sobre os outros ou sobre o mundo). O traço de vergonha também se revelou ser um preditor da PTSD, numa amostra clínica exposta ao conflito com pessoas próximas (Dorahy et al., 2013), dos sintomas da PTSD em mulheres universitárias (Pineles et al., 2006), do diagnóstico da PTSD em vítimas de crimes violentos e da sua manutenção no tempo (Brewin et al., 2000), bem como da gravidade da sintomatologia psicopatológica após vitimização resultante de crimes violentos graves (Semb et al., 2011). Também o resultado de uma meta-análise, que incluiu maioritariamente estudos que mediram o traço de vergonha, mostrou, uma associação fiável de magnitude moderada entre vergonha autorreportada e os sintomas da PTSD (López-Castro et al., 2019), encontrando-se igualmente alinhada com o nosso resultado para o traço de vergonha generalizada. Quanto à vergonha interna, esta permanece insuficientemente estudada em vítimas de VRI. No entanto, a evidência empírica que indicou que a vergonha interna é um preditor significativo da PTSD em adolescentes salva-vidas (Fien et al., 2025) alinha-se com o nosso similar resultado em vítimas de VRI. Adicionalmente Pinto-Gouveia & Matos (2011) verificaram que a vergonha interna prediz sintomas psicopatológicos de stresse, ansiedade e depressão, sendo este dado igualmente coerente com o deste estudo.

No modelo final, a idade e a frequência dos estados de vergonha ao longo da vida durante a VRI não se revelaram preditores significativos dos sintomas de PTSD, apesar de ambos as variáveis se terem correlacionado com os sintomas de PTSD e de, individualmente, terem explicado esta sintomatologia nos modelos univariados. Estes resultados indicaram que a idade e a frequência dos estados de vergonha apresentaram uma elevada variância partilhada com os restantes preditores, nomeadamente com as memórias de ameaça precoce, traços de vergonha generalizada, vergonha interna e despersonalização/desrealização peritraumáticas.

Embora, como referido, a idade e a frequência dos estados de vergonha específicos da VRI não tenham aumentado o poder explicativo dos sintomas da PTSD, este facto não anula a sua possível importância na realidade clínica, sugerindo-se que sejam consideradas. Os estados

de vergonha, enquanto estados emocionais negativos associados às experiências de VRI, podem comprometer aspetos como a procura de ajuda de diferentes naturezas a fim de esconder tais experiências das outras pessoas, podendo refletir-se na rotura ou na reparação do relacionamento abusivo, como sugerido num estudo de meta-análise (Carney, 2024). Adicionalmente, considerar que a idade como inversamente associada aos sintomas da PTSD alerta os clínicos para particularidades documentadas na literatura científica sobre a manifestação dos sintomas da PTSD ao longo do ciclo de vida. Concretamente, a diminuição da centralidade do evento traumático na identidade da vítima com o avançar da idade (Boals et al., 2012), não deverão motivar os clínicos a desvalorizar a presença de sintomatologia de PTSD em vítimas mais velhas, sobretudo quando estas permanecem numa relação abusiva.

Relativamente às variáveis explicativas significativas dos sintomas da PTSD no modelo final multivariado, o seu maior valor em vítimas de VRI, comparativamente aos indivíduos sem VRI, bem como as respetivas associações (correlações e resultados dos modelos preditivos univariados) com esta sintomatologia, foram previamente discutidos e fundamentam também o seu efeito preditivo isolado no modelo multivariado. Acresce referir relativamente às respostas dissociativas peritraumáticas enquanto fator explicativo significativo da sintomatologia da PTSD, que este resultado está alinhado com investigação prévia que identificou a DP, não apenas como um preditor da referida perturbação (Lensvelt-Mulders et al., 2008), mas igualmente como um expressivo fator de risco e de manutenção da PTSD (Schnurr et al., 2004). Também o estudo de Carvalho et al. (2020), realizado em veteranos da Guerra Ultramarina portuguesa, verificou que a despersonalização/desrealização peritraumáticas apresentavam um efeito direto significativo nos sintomas da PTSD (superior ao efeito direto observado nos sintomas depressivos), bem como efeitos indiretos igualmente significativos mediados, quer pelo evitamento experiencial, quer por uma atitude não compassiva. Para complementar o suporte empírico consistente com os resultados do presente estudo, refira-se que Alves (2024) constatou que, em vítimas de VRI pertencentes à comunidade portuguesa, a despersonalização/desrealização se correlacionava positivamente com a sintomatologia da PTSD.

Acresce destacar que o modelo multivariado final deste estudo identificou, com base na grandeza dos coeficientes estandardizados (valores de β), a seguinte hierarquização do impacto relativo dos preditores nos sintomas da PTSD em vítimas de VRI: traços de vergonha (vergonha generalizada, seguida da vergonha interna), despersonalização/desrealização peritraumática e memórias de ameaça precoce na relação com os pais/cuidadores. Uma hierarquização

semelhante para a despersonalização/desrealização peritraumática e para as memórias de ameaça precoce foi verificada no estudo suprarreferido de Carvalho et al. (2020). Este estudo destacou igualmente o impacto da despersonalização/desrealização peritraumática como preditor dos sintomas da PTSD, ao verificar que estas experiências dissociativas apresentavam o maior efeito preditivo total (conjuntamente com a perturbação emocional resultante da exposição ao combate militar) no modelo mediacional testado, tendo as referidas memórias de ameaça precoce apresentado, tal como nosso modelo, o menor poder preditivo total.

Segundo o nosso conhecimento, o presente estudo foi o primeiro a desenvolver e a analisar um modelo hierárquico explicativo da sintomatologia da PTSD em vítimas portuguesas de VRI que incluiu variáveis relacionadas com padrões de vinculação precoce (memórias de ameaça, subordinação desvalorização vivenciadas na relação com figuras cuidadoras na infância/adolescência), emoções autoconscientes ao nível do traço (propensão para sentir vergonha e culpa generalizadas e traços de vergonha interna e externa) e do estado (frequência de estados de vergonha e de culpa sentidos ao longo da vida durante os episódios de VRI) e dissociação peritraumática (desrealização/despersonalização), organizadas numa sequência cronologicamente congruente. Esta integração multinível aprofundou o conhecimento obtido em estudos preliminares prévios (Alves, 2024; Saraiva, 2024) realizados na população portuguesa de vítima da VRI, ao ter integrado num único modelo variáveis que, até então, tinham sido maioritariamente estudadas de forma fragmentada. Adicionalmente, os resultados permitiram mitigar lacunas da literatura referentes à caracterização da vitimação por VRI em relação a memórias emocionais precoces, propensão para a vergonha e culpa, traços de vergonha interna e externa, estados de vergonha e culpa e DP, bem como as lacunas sobre a influência dessas variáveis na explicação da sintomatologia da PTSD na referida população.

Entre os contributos deste estudo para a prática clínica, destacam-se os seguintes. O estudo, ao caracterizar de forma mais abrangente as vítimas de VRI, comparativamente a indivíduos sem experiências de vitimação, sugerindo que as primeiras apresentam níveis mais elevados de memórias emocionais adversas na relação com figuras cuidadoras, de vergonha e culpa (enquanto traços e estados) e de dissociação peritraumática, alerta os clínicos para a possível influência destas variáveis na eficácia de avaliações psicológicas e de programas de prevenção e de tratamento direcionados à vitimação por VRI. Adicionalmente, ao selecionarem-se as variáveis explicativas da sintomatologia da PTSD com base naquelas que se diferenciaram entre vítimas de VRI e pessoas sem experiências de vitimação e de perpetração de VRI ao longo da vida, foi possível desenvolver um modelo com aplicação à

prática clínica mais específica para a população a que se destina. Este estudo foi igualmente útil para clarificar os fatores que apresentam maior relevância na explicação da sintomatologia da PTSD em vítimas de VRI, permitindo elaborar programas mais detalhados de prevenção e de tratamento, nos quais deverá ser dado particular realce aos traços de vergonha generalizada e de vergonha interna, por terem revelado, no modelo multivariado deste estudo, o poder explicativo mais expressivo da sintomatologia da PTSD. Os contributos referidos são igualmente úteis para guiar a futura investigação no âmbito da VRI.

O presente estudo apresenta como principais limitações as seguidamente destacadas. O tamanho das amostras e o método de amostragem não probabilístico (métodos de amostragem por conveniência e em bola de neve) poderão ter comprometido a representatividade de algumas características das populações incluídas no estudo (com e sem experiências de VRI), nomeadamente no que concerne à possível sub-representação do sexo biológico masculino, de determinadas faixas etárias e de indivíduos provenientes das diversas zonas do país (incluindo as ilhas da Madeira e dos Açores), ainda que os métodos de divulgação e de participação online no estudo possam ter minimizado tal limitação e a consequente dificuldade de generalizar os resultados às populações em causa e a diferentes contextos (e.g., contextos clínicos distintos). O recurso a um protocolo de avaliação de autorrelato, que incluiu variáveis analisadas retrospetivamente, poderá ter enviesado a precisão das respostas dos participantes (e.g., devido a dificuldades na interpretação das questões ou à desejabilidade social). Por fim, a natureza transversal do estudo não permite inferir relações de causalidade entre as variáveis analisadas.

Aconselha-se que as limitações acima referidas sejam minimizadas em estudos futuros. Destaca-se, em particular, a necessidade de replicar o presente estudo e/ou de desenvolver novos estudos com desenhos longitudinais e/ou prospetivos, que permitam analisar relações de causalidade entre as variáveis. Sugere-se a análise de relações de mediação e/ou moderação não abordadas neste estudo exploratório, disponibilizando, assim, evidência mais robusta. A análise aprofundada destas relações contribuirá, certamente, para clarificar a complexidade da PTSD em vítimas de VRI, proporcionando aos clínicos e investigadores orientações mais precisas sobre a forma como as variáveis analisadas devem ser consideradas na prática clínica e na investigação científica. Estas orientações poderão tornar-se ainda mais abrangentes se, em estudos posteriores, forem integradas as potenciais variáveis explicativas dos sintomas da PTSD que foram excluídas do presente estudo por motivos de colinearidade, concretamente as memórias de subordinação na relação com os pais/cuidadores, a propensão para sentir culpa generalizada, o traço de vergonha externa e a falta de consciência peritraumática. A relevância

teórica e empírica destes construtos justifica a sua análise em estudos futuros com diferentes desenhos metodológicos, devendo privilegiar-se, como referido, metodologias baseadas na modelação e/ou na moderação através do emprego das equações estruturais (SEM). Esta abordagem analítica constitui uma alternativa privilegiada para analisar modelos mais complexos da PTSD em vítimas de VRI, viabilizando a integração de preditores com correlações elevadas, sem comprometer o poder explicativo partilhado nem a precisão das estimativas dos parâmetros (Hair et al., 2019).

Referências

Ali, S., Khatun, N., Khaleque, A., & Rohner, R. P. (2019). They Love Me Not: A Meta-Analysis of Relations Between Parental Undifferentiated Rejection And Offspring's Psychological Maladjustment. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *50*(2), 185–199. https://doi.org/10.1177/0022022118815599

Allan, S., & Gilbert, P. (1997). Submissive behaviour and psychopathology. *British Journal of Clinical Psychology*, *36*(4), 467–488. https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1997.tb01255.x

Alves, A. F. C. (2024). *Associação das Experiências Adversas na Infância, Dissociação Peritraumática, (Des)regulação Emocional e Vergonha com a Sintomatologia da Perturbação de Stresse Pós-Traumático em Vítimas de Violência nas Relações de Intimidade: Uma Análise Preliminar na População Portuguesa* [Master's Thesis, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório Aberto do ISMT. https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/1598

American Psychiatric Association. (2022). Trauma- and stressor-related disorders. Em *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.).

Andrews, B. (1998). Methodological and Definitional Issues in Shame Research. Em P. Gilbert & B. Andrews (Eds.), *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture*. Oxford university press.

Andrews, B., & Brewin, C. R. (1990). Attributions of Blame for Marital Violence: A Study of Antecedents and Consequences. *Journal of Marriage and the Family*, *52*(3), 757. https://doi.org/10.2307/352940

Aryadoust, V., & Raquel, M. (2019). *Quantitative Data Analysis for Language Assessment Volume I: Fundamental Techniques*. Routledge, Taylor and Francis Group. https://books.google.pt/books?id=Y-WazQEACAAJ

Astridge, A., Copas, C., Hannon, O., Martins, B. D., Knight, J. M., Ponsford, J., Spitz, G., Meyer, S., McDonald, S. J., Padgett, C., Chen, Z., Shultz, S. R., & Symons, G. F. (2026). Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder, depression, and anxiety among community-dwelling women victim-survivors of intimate partner violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 1–10. https://doi.org/10.1007/s00127-025-03024-w

Babcock, R. L., & DePrince, A. P. (2012). Childhood Betrayal Trauma and Self-Blame Appraisals Among Survivors of Intimate Partner Abuse. *Journal of Trauma & Dissociation*, *13*(5), 526–538. https://doi.org/10.1080/15299732.2012.694842

Badour, C. L., Dutton, C. E., Wright, J. J., Jones, A. C., & Feldner, M. T. (2020). Shame Proneness, Negative Cognitions, and Posttraumatic Stress among Women with a History of Sexual Trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *29*(6), 699–713. https://doi.org/10.1080/10926771.2020.1725211

Barbier, A., Chariot, P., & Lefèvre, T. (2022). Intimate partner violence against ever-partnered women in Europe: Prevalence and associated factors—Results from the violence against women EU-wide survey. *Frontiers in Public Health*, *10*, 1033465. https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1033465

Beck, J. G., McNiff, J., Clapp, J. D., Olsen, S. A., Avery, M. L., & Hagewood, J. H. (2011). Exploring Negative Emotion in Women Experiencing Intimate Partner Violence: Shame, Guilt, and PTSD. *Behavior Therapy*, *42*(4), 740–750. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.04.001

Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2007). When a trauma becomes a key to identity: Enhanced integration of trauma memories predicts posttraumatic stress disorder symptoms. *Applied Cognitive Psychology*, *21*(4), 417–431. https://doi.org/10.1002/acp.1290

Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K., & Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *Journal of Traumatic Stress*, *28*(6), 489–498. https://doi.org/10.1002/jts.22059

Boals, A., Hayslip, B., Knowles, L. R., & Banks, J. B. (2012). Perceiving a Negative Event as Central to One's Identity Partially Mediates Age Differences in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms. *Journal of Aging and Health*, *24*(3), 459–474. https://doi.org/10.1177/0898264311425089

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, *52*(4), 664–678. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x

Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.

Breiding, M. J., Basile, K. C., Smith, S. G., Black, M. C., & Mahendra, R. (2015). *Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements* (Version 2.0). National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

Brewin, C. R., Andrews, B., & Rose, S. (2000). Fear, helplessness, and horror in posttraumatic stress disorder: Investigating *DSM-IV* Criterion A2 in victims of violent crime. *Journal of Traumatic Stress*, *13*(3), 499–509. https://doi.org/10.1023/A:1007741526169

Brooks, R., Bryant, R. A., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., McFarlane, A. C., & Marmar, C. R. (2009). The latent structure of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, *22*(2), 153–157. https://doi.org/10.1002/jts.20414

Capinha, M., Rijo, D., Pereira, M., & Matos, M. (2024). The Prevalence, Directionality, and Dyadic Perpetration Types of Intimate Partner Violence in a Community Sample in

Portugal: A Gender-Inclusive Inquiry. *European Journal on Criminal Policy and Research*, *30*(4), 503–520. https://doi.org/10.1007/s10610-022-09514-w

Cardoso, D. A. (2023). *Propriedades Psicométricas da Versão em Português Europeu da Intimate Violence and Traumatic Affect Scale (VITA): Um Estudo Exploratório numa amostra com Nacionalidade Portuguesa* [Marter's Thesis]. Instituto Superior Miguel Torga.

Cardoso, D. F. (2025). *Estudo Exploratório das Propriedades Psicométricas da Escala de Violência Sofrida da Versão Portuguesa Modificada da Intimate Partner Violence Check-List (IPV-M)* [Master's Thesis, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório Aberto do ISMT.

Carney, J. R. (2024). A Systematic Review of Barriers to Formal Supports for Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence in Spanish-Speaking Countries in Latin America. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(1), 526–541. https://doi.org/10.1177/15248380231156196

Carvalho, T., Benedito, L., Gomes, C., & Da Motta, C. (2026). *Personal Feelings Questionnaire–2 (PFQ–2): An Examination of the Validity, Reliability, and Cross-Gender Measurement Equivalence in Portuguese Adults*. Instituto Superior Miguel Torga.

Carvalho, T., Benedito, L., Gomes, C., da Motta, C., & Capinha, M. (2022). *Versão Portuguesa da Intimate Violence and Traumatic Affects Scale.* [Unpublished instrument]. Instituto Superior Miguel Torga.

Carvalho, T., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & Da Motta, C. (2018). Model comparison and structural invariance of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire in Portuguese colonial war veterans. *Traumatology*, *24*(1), 62–72. https://doi.org/10.1037/trm0000134

Carvalho, T., da Motta, C., Capinha, M., & Benedito, L. (2022). *Versão em Português Europeu da Escala de Violência Sofrida da Intimate Partner Violence Checklist – Escala modificada* [Unpublished instrument]. Instituto Superior Miguel Torga.

Carvalho, T., da Motta, C., Capinha, M., Gomes, C., & Benedito, L. (2022). *Questionário Sociodemográfico e Sobre Relações de Intimidade* [Instrumento não publicado]. Instituto Superior Miguel Torga.

Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto-Gouveia, J. (2020). Portuguese version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of latent models and other psychometric analyses. *Journal of Clinical Psychology*, *76*(7), 1267–1282. https://doi.org/10.1002/jclp.22930

Carvalho, T., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., & Da Motta, C. (2022). Experiential avoidance, uncompassionate self-responding, and peritraumatic depersonalization/derealization: A novel mediation model for war-related PTSD symptomatology. *Journal of Clinical Psychology*, *78*(6), 1074–1092. https://doi.org/10.1002/jclp.23303

Castilho, P., Pinto-Gouveia, J., Amaral, V., & Duarte, J. (2014). Recall of Threat and Submissiveness in Childhood and Psychopathology: The Mediator Effect of Self-Criticism. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 21*(1), 73–81. https://doi.org/10.1002/cpp.1821

Cavanaugh, C. E., Messing, J. T., Petras, H., Fowler, B., La Flair, L., Kub, J., Agnew, J., Fitzgerald, S., Bolyard, R., & Campbell, J. C. (2012). Patterns of violence against women: A latent class analysis. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 4*(2), 169–176. https://doi.org/10.1037/a0023314

Cavicchioli, M., Scalabrini, A., Northoff, G., Mucci, C., Ogliari, A., & Maffei, C. (2021). Dissociation and emotion regulation strategies: A meta-analytic review. *Journal of Psychiatric Research, 143,* 370–387. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.09.011

Cénat, J. M., Jacob, G., Guillaume, D., Amédée, L. M., Darius, W. P., Farahi, S. M. M. M., Clorméus, L. A., Guerrier, M., & Hébert, M. (2024). Intimate partner violence and posttraumatic stress disorder among adolescents and young adults in Haiti. *Psychiatry Research*, *338*, 115981. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115981

Chandra, P. S., Satyanarayana, V. A., & Carey, M. P. (2009). Women reporting intimate partner violence in India: Associations with PTSD and depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health*, *12*(4), 203–209. https://doi.org/10.1007/s00737-009-0065-6

Cirici Amell, R., Soler, A. R., Cobo, J., & Soldevilla Alberti, J. M. (2023). Psychological consequences and daily life adjustment for victims of intimate partner violence. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *58*(1), 6–19. https://doi.org/10.1177/00912174211050504

Clark, A. (2012). Working with guilt and shame. *Advances in Psychiatric Treatment*, *18*(2), 137–143. https://doi.org/10.1192/apt.bp.110.008326

Cohen, J. (2013). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2.ª ed.) [eBook]. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780203771587 (Trabalho original publicado 1988)

Começanha, R., Basto-Pereira, M., & Maia, Â. (2017). Clinically speaking, psychological abuse matters. *Comprehensive Psychiatry*, *73*, 120–126. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.11.015

Dodson, T. S., & Beck, J. G. (2017). Posttraumatic stress disorder symptoms and attitudes about social support: Does shame matter? *Journal of Anxiety Disorders*, *47*, 106–113. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.01.005

Dorahy, M. J., Corry, M., Shannon, M., Webb, K., McDermott, B., Ryan, M., & F.W. Dyer, K. (2013). Complex trauma and intimate relationships: The impact of shame, guilt and dissociation. *Journal of Affective Disorders*, *147*(1–3), 72–79. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.010

Dutton, M. A. (2026). Mental Health and Intimate Partner Violence. Em C. Mitchell, E. Miller, B. McCaw, & K. A. Alexander (Eds.), *Intimate Partner Violence* (2.ª ed., pp. 502–526). Oxford University PressNew York. https://doi.org/10.1093/oso/9780197758991.003.0018

Fernández -Fillol, C., Pitsiakou, C., Perez -Garcia, M., Teva, I., & Hidalgo- Ruzzante, N. (2021). Complex PTSD in survivors of intimate partner violence: Risk factors related to symptoms and diagnoses. *European Journal of Psychotraumatology*, *12*(1), 2003616. https://doi.org/10.1080/20008198.2021.2003616

Ferreira, C., Moura-Ramos, M., Matos, M., & Galhardo, A. (2022). A new measure to assess external and internal shame: Development, factor structure and psychometric properties of the External and Internal Shame Scale. *Current Psychology*, *41*(4), 1892–1901. https://doi.org/10.1007/s12144-020-00709-0

Fien, S., Lawes, J. C., Ledger, J., De Terte, I., Drummond, M., Simon, P., Joseph, N., Daw, S., Kelly, S., Hillman, W., Stanton, R., & Best, T. (2025). Exposure to Traumatic Events and Shame in Adolescent Surf Lifesavers: An Australian Perspective. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, *18*(1), 127–137. https://doi.org/10.1007/s40653-024-00662-1

Ford-Gilboe, M., Varcoe, C., Wuest, J., Campbell, J., Pajot, M., Heslop, L., & Perrin, N. (2023). Trajectories of Depression, Post-Traumatic Stress, and Chronic Pain Among Women Who Have Separated From an Abusive Partner: A Longitudinal Analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, *38*(1–2), 1540–1568. https://doi.org/10.1177/08862605221090595

Fung, H. W., Lay, C. M., Yuan, G. F., Chau, A. K. C., Reyes, M. E. S., Jaya, E. S., Mukhtar, F., Lian, A. E. Z., Derin, G., Bengwasan, P. D., Kuriala, G. K., Uludag, K., Hartanto, S., Dewantary, N. I., Novrianto, R., Zhang, Z. J., Huang, C. H. O., Wang, S.-C., & Lam, S. K. K. (2026). The relationship between complex PTSD and dissociation:

Longitudinal findings across Western and South Asian female samples. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. https://doi.org/10.1007/s00127-026-03053-z

Gehrt, T. B., Berntsen, D., Hoyle, R. H., & Rubin, D. C. (2018). Psychological and clinical correlates of the Centrality of Event Scale: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *65*, 57–80. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.07.006

Gilbert, P. (1992). *Depression: The Evolution of Powerlessness*. Routledge.

Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, *70*(2), 113–147. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1997.tb01893.x

Gilbert, P. (2003). Evolution, Social Roles, and the Differences in Shame and Guilt. *Social Research*, *70*(4), 1205–1230.

Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. Em *Compassion*. Routledge.

Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, *15*(3), 199–208. https://doi.org/10.1192/apt.bp.107.005264

Gilbert, P. (2010). *The Compassionate Mind: A New Approach to Life's Challenges*. New Harbinger Publications.

Gilbert, P. (2019). Distinguishing shame, humiliation and guilt: An evolutionary functional analysis and compassion focused interventions. Em C.-H. Mayer & E. Vanderheide (Eds.), *The bright side of shame: Transforming and growing through practical applications in cultural contexts* (pp. 413–432). Springer.

Gilbert, P. (2022a). Compassion focused therapy: An evolution- informed, biopsychosocial approach to psychotherapy: History and challenge. Em *Compassion focused therapy:*

Clinical practice and applications (pp. 24–89). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003035879-3

Gilbert, P. (2022b). Shame, humiliation, guilt, and social status: The distress and harms of social disconnection. Em *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications* (pp. 122–163). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003035879-5

Gilbert, P. (2022c). The evolved functions of caring connections as a basis for compassion. Em *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications* (pp. 90–121). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003035879-4

Gilbert, P., & Allan, S. (1998). The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: An exploration of an evolutionary view. *Psychological Medicine*, *28*(3), 585–598. https://doi.org/10.1017/S0033291798006710

Gilbert, P., Cheung, M. S., Grandfield, T., Campey, F., & Irons, C. (2003). Recall of threat and submissiveness in childhood: Development of a new scale and its relationship with depression, social comparison and shame. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *10*(2), 108–115. https://doi.org/10.1002/cpp.359

Gilbert, P., & Irons, C. (2005). Focused therapies for shame and self-attacking, using cognitive, behavioural, emotional, imagery and compassionate mind training. Em P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 263–325). Brunner-Routledge.

Gilbert, P., & Irons, C. (2008). Shame, self-criticism and self-compassion in adolescence. Em N. Allen & L. Sheeber (Eds.), *Adolescent emotional development and the emergence of depressive disorders* (pp. 195–214). Cambridge University Press.

Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *13*(6), 353–379. https://doi.org/10.1002/cpp.507

Gobin, R. L., Iverson, K. M., Mitchell, K., Vaughn, R., & Resick, P. A. (2013). The Impact of Childhood Maltreatment on PTSD Symptoms Among Female Survivors of Intimate Partner Violence. *Violence and Victims*, *28*(6), 984–999. https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00090

Gomes, S. C., & Costa, E. C. V. (2025). Posttraumatic stress disorder, childhood trauma and health behaviors in victims of intimate partner violence. *Análise Psicológica*, *42*(2), 179–196. https://doi.org/10.14417/ap.2039

Gouveia, J. P., Xavier, A., & Cunha, M. (2016). Assessing Early Memories of Threat and Subordination: Confirmatory Factor Analysis of the Early Life Experiences Scale for Adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(1), 54–64. https://doi.org/10.1007/s10826-015-0202-y

Green, S. B. (1991). How Many Subjects Does It Take To Do A Regression Analysis. *Multivariate Behavioral Research*, *26*(3), 499–510. https://doi.org/10.1207/s15327906mbr2603_7

Greene, T. (2018). Do acute dissociation reactions predict subsequent posttraumatic stress and growth? A prospective experience sampling method study. *Journal of Anxiety Disorders*, *57*, 1–6. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.05.008

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*(2), 348–362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate Data Analysis*. Cengage. https://books.google.pt/books?id=0R9ZswEACAAJ

Harder, D. W., & Zalma, A. (1990). Two self-report measures of guilt and shame: Comparison and personality correlates. *Journal of Personality Assessment*, *54*(3–4), 714–733. https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674032

Hetzel-Riggin, M. D., & Roby, R. P. (2013). Trauma Type and Gender Effects on PTSD, General Distress, and Peritraumatic Dissociation. *Journal of Loss and Trauma*, *18*(1), 41–53. https://doi.org/10.1080/15325024.2012.679119

Huberman, M., Gafter, L., Bar-Shalita, T., & Lahav, Y. (2025). Sensory modulation difficulties and PTSD: A prospective study during and after rocket attacks. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *17*(7), 1534–1543. https://doi.org/10.1037/tra0001867

Jain, D., Esopenko, C., Dorman, K., Gurrapu, S., & Marshall, A. D. (2025). Experience of Intimate Partner Violence-Related Head Trauma and Its Association With Posttraumatic Stress Disorder and Depression Symptoms Among Community Dwelling Women and Men. *Journal of Interpersonal Violence*, *40*(21–22), 5170–5198. https://doi.org/10.1177/08862605241301789

Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G., Degenhardt, L., de Girolamo, G., Dinolova, R. V., Ferry, F., Florescu, S., Gureje, O., Haro, J. M., Huang, Y., Karam, E. G., Kawakami, N., Lee, S., Lepine, J.-P., Levinson, D., … Koenen, K. C. (2017). Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology*, *8*(sup5), 1353383. https://doi.org/10.1080/20008198.2017.1353383

Kip, A., Diele, J., Holling, H., & Morina, N. (2022). The relationship of trauma-related guilt with PTSD symptoms in adult trauma survivors: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, *52*(12), 2201–2211. https://doi.org/10.1017/S0033291722001866

Kirchner, K., Brauer, H., Van Der Auwera, S., & Grabe, H. J. (2022). The Impact of Resilience, Alexithymia and Subjectively Perceived Helplessness of Myocardial Infarction on the Risk of Posttraumatic Stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *29*(4), 954–962. https://doi.org/10.1007/s10880-022-09857-w

Kline, R. B. (2023). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. Guilford Publications. https://books.google.pt/books?id=Y1i5EAAAQBAJ

Konnert, C., & Wong, M. (2015). Age differences in PTSD among Canadian veterans: Age and health as predictors of PTSD severity. *International Psychogeriatrics*, *27*(2), 297–304. https://doi.org/10.1017/S1041610214001884

Krause-Utz, A., Černáková, R., Hoogenboom, W., Schulze, A., Büttner, S., Demirelli, Z., Mouthaan, J., Van Schie, C. C., Garnefski, N., & Kraaij, V. (2023). Psychological Factors Linked to Intimate Partner Violence and Childhood Maltreatment: On Dissociation as a Possible Bridge Symptom. *Journal of Interpersonal Violence*, *38*(21–22), 11400–11428. https://doi.org/10.1177/08862605231181377

Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, *5*(1), 24794. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794

Lanius, R. A., Hopper, J. W., & Menon, R. S. (2003). Individual Differences in a Husband and Wife Who Developed PTSD After a Motor Vehicle Accident: A Functional MRI Case Study. *American Journal of Psychiatry*, *160*(4), 667–669. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.4.667

Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., & Spiegel, D. (2010). Emotion Modulation in PTSD: Clinical and Neurobiological Evidence for a Dissociative Subtype. *American Journal of Psychiatry*. (world). https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081168

Lee, D., & James, S. (2012). *The Compassionate mind approach to recovering from trauma using Compassion Focused Therapy*. Constable and Robinson.

Lensvelt-Mulders, G., Van Der Hart, O., Van Ochten, J. M., Van Son, M. J. M., Steele, K., & Breeman, L. (2008). Relations among peritraumatic dissociation and posttraumatic

stress: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *28*(7), 1138–1151. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.03.006

Leskela, J., Dieperink, M., & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, *15*(3), 223–226. https://doi.org/10.1023/A:1015255311837

Lima, A. A., Fiszman, A., Marques-Portella, C., Mendlowicz, M. V., Coutinho, E. S. F., Maia, D. C. B., Berger, W., Rocha-Rego, V., Volchan, E., Mari, J. J., & Figueira, I. (2010). The impact of tonic immobility reaction on the prognosis of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *44*(4), 224–228. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.08.005

Lopes, B. (2011). *Paranóia e ansiedade social na população não clínica: Dois fenómenos diferentes?* [Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra]. https://hdl.handle.net/10316/17792

Lopes, B., & Pinto-Gouveia, J. (2005). *Early Life Experiences Scale (ELES): Versão portuguesa* [Manuscrito não publicado]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

López-Castro, T., Saraiya, T., Zumberg-Smith, K., & Dambreville, N. (2019). Association Between Shame and Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Journal of Traumatic Stress*, *32*(4), 484–495. https://doi.org/10.1002/jts.22411

Lynn, C. D. (2005). Adaptive and Maladaptive Dissociation: An Epidemiological and Anthropological Comparison and Proposition for an Expanded Dissociation Model. *Anthropology of Consciousness*, *16*(2), 16–49. https://doi.org/10.1525/ac.2005.16.2.16

Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. Oxford University Press.

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição*. Report Number, Análise e Gestão de Informática. https://books.google.pt/books?id=Ki5gDwAAQBAJ

McKay, M. T., Kilmartin, L., Meagher, A., Cannon, M., Healy, C., & Clarke, M. C. (2022). A revised and extended systematic review and meta-analysis of the relationship between childhood adversity and adult psychiatric disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *156*, 268–283. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.10.015

Miceli, M., & Castelfranchi, C. (2018). Reconsidering the differences between shame and guilt. *Europe's Journal of Psychology*, *14*(3), 710–733. https://doi.org/10.5964/ejop.v14i3.1564

Mikulincer, M., & Florian, V. (2003). Attachment Style and Affect Regulation: Implications for Coping with Stress and Mental Health. Em G. J. O. Fletcher & M. S. Clark (Eds.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Interpersonal Processes* (1.ª ed., pp. 535–557). Wiley. https://doi.org/10.1002/9780470998557.ch21

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (p. 578). The Guilford Press.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, *11*(1), 11–15. https://doi.org/10.1016/j.wpsyc.2012.01.003

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2020). Applications of attachment theory and research: The blossoming of relationship science. Em *Applications of social psychology: How social psychology can contribute to the solution of real-world problems* (pp. 187–206). Routledge/Taylor & Francis Group. https://doi.org/10.4324/9780367816407-10

Naismith, I., Ripoll-Nuñez, K., & Henao, G. B. (2024). Depression, Anxiety, and Posttraumatic Stress Disorder Following Intimate Partner Violence: The Role of Self-Criticism, Guilt, and Gender Beliefs. *Violence Against Women*, *30*(3–4), 791–811. https://doi.org/10.1177/10778012221142917

Oasi, O., Shevlin, M., Lasalvia, A., Bonetto, C., Cristofalo, D., Marzocco, G., Somma, C., Toscano, M., Karatzias, T., & Cavalera, C. (2025). Shame and Guilt Proneness as Mediators of PTSD/DSO Symptoms in Young Adults. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *32*(4), e70131. https://doi.org/10.1002/cpp.70131

Ogle, C. M., Rubin, D. C., & Siegler, I. C. (2014). Cumulative exposure to traumatic events in older adults. *Aging & Mental Health*, *18*(3), 316–325. https://doi.org/10.1080/13607863.2013.832730

O'Neill, M. L., & Kerig, P. K. (2000). Attributions of Self-Blame and Perceived Control as Moderators of Adjustment in Battered Women. *Journal of Interpersonal Violence*, *15*(10), 1036–1049. https://doi.org/10.1177/088626000015010002

Otis, C., Marchand, A., & Courtois, F. (2012). Peritraumatic Dissociation as a Mediator of Peritraumatic Distress and PTSD: A Retrospective, Cross-Sectional Study. *Journal of Trauma & Dissociation*, *13*(4), 469–477. https://doi.org/10.1080/15299732.2012.670870

Pacella, M. L., Hruska, B., & Delahanty, D. L. (2013). The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *Journal of Anxiety Disorders*, *27*(1), 33–46. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.08.004

Pai, N., & Vella, S.-L. C. (2024). An Umbrella Review and Research Update of the Relationship between Shame and Post-Traumatic Stress Disorder/Complex Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of Psychiatry Spectrum*, *3*(2), 78–87. https://doi.org/10.4103/jopsys.jopsys_45_23

Patton, S. C., Szabo, Y. Z., & Newton, T. L. (2022). Mental and Physical Health Changes Following an Abusive Intimate Relationship: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *Trauma, Violence, & Abuse*, *23*(4), 1079–1092. https://doi.org/10.1177/1524838020985554

Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS* (6.ª ed.). Edições Sílabo.

Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 29*(1), 181–193. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.08.010

Pineles, S. L., Street, A. E., & Koenen, K. C. (2006). The Differential Relationships of Shame–Proneness and Guilt–Proneness to Psychological and Somatization Symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *25*(6), 688–704. https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.6.688

Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2011). Can shame memories become a key to identity? The centrality of shame memories predicts psychopathology. *Applied Cognitive Psychology*, *25*(2), 281–290. https://doi.org/10.1002/acp.1689

Pole, N., Neylan, T. C., Otte, C., Henn-Hasse, C., Metzler, T. J., & Marmar, C. R. (2009). Prospective Prediction of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Using Fear Potentiated Auditory Startle Responses. *Biological Psychiatry*, *65*(3), 235–240. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.07.015

River, L. M., O'Reilly Treter, M., Rhoades, G. K., & Narayan, A. J. (2022). Parent–Child Relationship Quality in the Family of Origin and Later Romantic Relationship Functioning: A Systematic Review. *Family Process*, *61*(1), 259–277. https://doi.org/10.1111/famp.12650

Saraiva, D. F. (2024). *Memórias emocionais negativas relacionadas com a infância/adolescência, emoções autoconscientes e psicopatologia: Um estudo de caracterização de vítimas de violência nas relações de intimidade* [Marter's Thesis, Universidade Lusófona]. ReCIL. http://hdl.handle.net/10437/16005

Schnurr, P. P., Lunney, C. A., & Sengupta, A. (2004). Risk factors for the development versus maintenance of posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 17*(2), 85–95. https://doi.org/10.1023/B:JOTS.0000022614.21794.f4

Semb, O., Strömsten, L. M. J., Sundbom, E., Fransson, P., & Henningsson, M. (2011). Distress after a Single Violent Crime: How Shame-Proneness and Event-Related Shame Work Together as Risk Factors for Post-Victimization Symptoms. *Psychological Reports, 109*(1), 3–23. https://doi.org/10.2466/02.09.15.16.pr0.109.4.3-23

Shi, C., Ren, Z., Zhao, C., Zhang, T., & Chan, S. H.-W. (2021). Shame, guilt, and posttraumatic stress symptoms: A three-level meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 82*, 102443. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2021.102443

Siegel, A., Shaked, E., & Lahav, Y. (2024). A Complex Relationship: Intimate Partner Violence, Identification With the Aggressor, and Guilt. *Violence Against Women, 30*(2), 445–459. https://doi.org/10.1177/10778012221137917

Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, ?mindsight,? and neural integration. *Infant Mental Health Journal, 22*(1–2), 67–94. https://doi.org/10.1002/1097-0355(200101/04)22:1%3C67::AID-IMHJ3%3E3.0.CO;2-G

Siegel, D. J. (2012). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are, 2nd ed* (pp. xix, 506). The Guilford Press.

Simpson, L. E., Raudales, A. M., Reyes, M. E., Sullivan, T. P., & Weiss, N. H. (2022). Intimate Partner Violence and Posttraumatic Stress Symptoms: Indirect Effects Through Negative and Positive Emotion Dysregulation. *Journal of Interpersonal Violence, 37*(15–16), NP14008–NP14035. https://doi.org/10.1177/08862605211006371

Sloman, L., & Taylor, P. (2016). Impact of Child Maltreatment on Attachment and Social Rank Systems: Introducing an Integrated Theory. *Trauma, Violence, & Abuse*, *17*(2), 172–185. https://doi.org/10.1177/1524838015584354

Spencer, C. M., Keilholtz, B. M., & Stith, S. M. (2021). The Association between Attachment Styles and Physical Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization: A Meta-Analysis. *Family Process*, *60*(1), 270–284. https://doi.org/10.1111/famp.12545

Stefania, C., Rogier, G., Beomonte Zobel, S., & Velotti, P. (2023). The Relation of Anxiety and Avoidance Dimensions of Attachment to Intimate Partner Violence: A Meta-Analysis About Victims. *Trauma, Violence, & Abuse*, *24*(2), 1047–1062. https://doi.org/10.1177/15248380211050595

Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral Emotions and Moral Behavior. *Annual Review of Psychology*, *58*(1), 345–372. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145

Transparent Statistics In Human–Computer Interaction Working Group. (2019). *Transparent Statistics Guidelines* (Versão 2019-02-14). Zenodo. https://doi.org/10.5281/ZENODO.1186169

Troisi, G. (2018). Measuring Intimate Partner Violence and Traumatic Affect: Development of VITA, an Italian Scale. *Frontiers in Psychology*, *9*, 1248. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01248

Umar, M., Mustajab, M., Fatima, Z., Richard, R. M., Qureshi, S. R., Muneer, S. U., Shamim, L., Ahmed, S., Hashim, H. T., & Basalilah, A. F. M. (2025). The impact of adverse childhood experiences in the development of post-traumatic stress disorder in adults over 18 years of age: A systematic review. *BMC Psychiatry*, *25*(1), 759. https://doi.org/10.1186/s12888-025-07090-x

Wagner, W. E., & Gillespie, B. J. (2019). *Using and Interpreting Statistics in the Social, Behavioral, and Health Sciences*. SAGE Publications, Inc. https://doi.org/10.4135/9781071814284

Walser, R. D., & Westrup, D. (2007). *Acceptance & commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder and trauma-related problems: A practitioner's guide to using mindfulness and acceptance strategies* (pp. ix, 255). New Harbinger Publications.

Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)—Standard* [Instrumento de medida]. National Center for PTSD. https://www.ptsd.va.gov/

White, S. J., Sin, J., Sweeney, A., Salisbury, T., Wahlich, C., Montesinos Guevara, C. M., Gillard, S., Brett, E., Allwright, L., Iqbal, N., Khan, A., Perot, C., Marks, J., & Mantovani, N. (2024). Global Prevalence and Mental Health Outcomes of Intimate Partner Violence Among Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, *25*(1), 494–511. https://doi.org/10.1177/15248380231155529

Wilkinson, L. & Task Force on Statistical Inference. (1999). Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American Psychologist*, *54*(8), 594–604. https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.8.594

Wilson, J. S., West, J. F., Messing, J. T., Brown, S., Patchell, B., & Campbell, J. C. (2011). Factors Related to Posttraumatic Stress Symptoms in Women Experiencing Police-Involved Intimate Partner Violence. *Advances in Nursing Science*, *34*(3), E14–E28. https://doi.org/10.1097/ANS.0b013e318227241d

World Health Organization. (2025). *Violence against women prevalence estimates, 2023: Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and non-partner sexual violence against women.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240116962

World Health Organization. (2026). 6B41 Complex post traumatic stress disorder. Em *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). https://icd.who.int/browse/2026-01/mms/en#585833559

World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. (2013). *JAMA*, *310*(20), 2191. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Yalch, M. M., & Rickman, S. R. M. (2022). Association Between Intimate Partner Violence Subtypes and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms and Hazardous Substance Use. *Journal of Interpersonal Violence*, *37*(17–18), NP16236–NP16252. https://doi.org/10.1177/08862605211021963

Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *123*(5), 1089–1137. https://doi.org/10.1037/pspp0000437

Zoellner, L. A., Alvarez-Conrad, J., & Foa, E. B. (2002). Peritraumatic dissociative experiences, trauma narratives, and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*, *15*(1), 49–57. https://doi.org/10.1023/A:1014383228149