Andreia Filipa Coimbra Alves

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

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

COIMBRA, 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

Andreia Filipa Coimbra Alves

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

Orientadora: Professora Doutora Teresa Carvalho, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, 2024

Agradecimentos

Em primeiro lugar, gostaria de expressar os mais sinceros agradecimentos à orientadora deste trabalho, Professora Doutora Teresa Carvalho, pela orientação cuidadosa, apoio constante e pelos ensinamentos valiosos ao longo deste processo. Sem a sua orientação e rigor, a realização desta Dissertação não seria possível.

Em segundo lugar, agradeço às minhas colegas da Universidade Lusófona com quem partilhei este projeto. Mostrámos que juntas somos mais fortes e que se acreditarmos até ao fim, conseguimos tudo.

Agradeço também às minhas amigas de curso que desde o início foram abraço-casa. Apesar das dificuldades, nunca me deixaram desistir.

Não poderia deixar de agradecer à minha família pelo seu amor incondicional, encorajamento e apoio emocional ao longo de toda a jornada académica. Sem eles, nada disto seria possível.

Para ti avó Dete, que sempre quiseste que tivesse sucesso no meu percurso académico e na vida. Espero que estejas onde estiveres, o céu esteja em festa. Continua para sempre a olhar pela tua neta.

Não menos importante, é o agradecimento que dirijo a todos os meus amigos e entes queridos pelo seu constante suporte, apoiando-me nos momentos mais difíceis e celebrando comigo todas as conquistas alcançadas.

Numa análise retrospetiva, reconheço que todas as pessoas que me acompanharam na elaboração deste trabalho, contribuíram para a superação de expectativas e adversidades, para que, consequentemente, me orgulhe do seu término.

Resumo

Objetivos: Este estudo, efetuado em vítimas de violência nas relações de intimidade (VRI), teve como principal objetivo analisar se os sintomas da Perturbação de Stress Pós-Traumático (PTSD) apresentam associação com as experiências adversas de ameaça e de desvalorização na infância vivenciadas na relação com os pais/cuidadores, dissociação peritraumática, desregulação emocional e vergonha (interna e externa). O estudo propõe-se também caracterizar as vítimas de VRI, por comparação com pessoas sem experiências de VRI em relação às variáveis acima referidas.

Método: Este estudo com um desenho transversal, inclui duas amostras independentes de conveniência, recrutadas na população geral Portuguesa: 209 participantes que reportaram pelo menos uma experiência de vitimação nas relações de intimidade ao longo da vida (grupo de vítimas de VRI) e 163 indivíduos que endossaram nunca terem sido vítimas, nem perpetradores de VRI (grupo sem VRI). Os participantes preencheram um protocolo *online* composto pelos seguintes instrumentos de autorresposta: um questionário sociodemográfico, versão modificada da *Intimate Partner Violence Check List* (IPV-M), *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5* (PCL-5), *Early Life Experiences Scale* (ELES), *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (PDEQ), *Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form* (DERS-SF), *External and Internal Shame Scale* (EISS).

Resultados: As vítimas de VRI apresentaram valores significativamente mais elevados de sintomatologia da PTSD, memórias de ameaça na infância, dificuldade na clareza emocional e maior vergonha externa e interna em comparação com os indivíduos sem experiências de VRI. Correlações positivas moderadas a fortes foram encontradas entre os sintomas de PTSD e as seguintes variáveis: dissociação peritraumática, desregulação emocional e vergonha. Não foram encontradas correlações significativas entre PTSD e anos de escolaridade. Todos os tipos de VRI (psicológica, sexual, física, perseguição) estudados associaram-se com os sintomas da PTSD, à exceção da VRI económica.

Conclusão: Este estudo contribui para uma compreensão mais aprofundada das interações entre VRI, experiências adversas na infância, dissociação, regulação emocional e vergonha, e como estas se relacionam com a sintomatologia de PTSD. As conclusões reforçam a importância de intervenções multidimensionais e personalizadas para apoiar as vítimas de VRI, promover a sua recuperação e melhorar o seu bem-estar psicológico a longo prazo.

Palavras-chave: Violência nas Relações de Intimidade, PTSD, Experiências Adversas na Infância, Dissociação Peritraumática, Desregulação Emocional, Vergonha.

Abstract

Goals: This study aimed to analyze the association between adverse childhood experiences, peritraumatic dissociation, emotional dysregulation, shame (internal and external), and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms in victims of Intimate Partner Violence (IPV) in the Portuguese population. Three specific objectives were outlined: (1) to characterize IPV victims compared to individuals without IPV experiences in terms of PTSD, threat and devaluation memories, emotional regulation difficulties, and shame (internal and external); (2) to investigate the association between PTSD and the remaining variables in IPV victims; and (3) to analyze the strength of the association between types of IPV (psychological, physical, stalking, sexual) and the studied constructs.

Methodology: This cross-sectional study included two independent convenience samples from the general Portuguese population: 209 participants who reported at least one lifetime experience of intimate partner victimization (IPV group) and 163 individuals who reported no IPV experience, either as victims or perpetrators (non-IPV group). Participants completed an online self-report protocol comprising a sociodemographic questionnaire, the modified Intimate Partner Violence Checklist (IPV-M), the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5), the Early Life Experiences Scale (ELES), the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire (PDEQ), the Difficulties in Emotion Regulation Scale-Short Form (DERS-SF), and the External and Internal Shame Scale (EISS).

Results: IPV victims exhibited significantly higher levels of PTSD symptoms, childhood threat memories, emotional clarity difficulties, and both internal and external shame compared to non-IPV individuals. Moderate to strong positive correlations were found between PTSD symptoms and the following variables: peritraumatic dissociation, emotional dysregulation, and shame. No significant correlations were found between PTSD and years of education. All types of VRI (psychological, sexual, physical, stalking) studied were associated with PTSD symptoms, with the exception of economic VRI.

Conclusion: This study contributes to a deeper understanding of the interactions between IPV, adverse childhood experiences, dissociation, emotional regulation, and shame, and how they relate to PTSD symptoms. The findings underscore the importance of multidimensional and personalized interventions to support IPV victims, promote recovery, and improve long-term psychological well-being.

Key words: Intimate Partner Violence, PTSD, Adverse Childhood Experiences, Peritraumatic Dissociation, Emotional Dysregulation, Shame.

Introdução

A violência nas relações de intimidade (VRI) refere-se a comportamentos entre parceiros/as ou ex-parceiros/as íntimos/as que causam danos físicos, sexuais e/ou psicológicos e podem envolver vários tipos de violência, tais como, agressão física, coerção sexual, abuso psicológico, comportamento controlador (WHO, 2021a).

A VRI, para além de envolver a violação dos direitos humanos (WHO, 2021a), apresenta-se como um problema mundial grave no âmbito da saúde pública e da justiça criminal comum a todos os países, requerendo uma intervenção prioritária (García-Moreno, 2013; Krug et al, 2002; Niolon, 2017; WHO, 2021b). A minimização deste problema torna-se central porque a VRI é uma das formas mais comuns de violência (ver Krug et al, 2002; WHO, 2022), apresentando uma elevada prevalência e que afeta mundialmente milhões de pessoas (e.g., WHO, 2021b; Sardinha et al., 2022). Esta ocorre nas relações de intimidade heterossexuais e não-heterossexuais (Niolon et al., 2017) e possui efeitos potencialmente graves, a curto e longo prazo, na saúde física e mental das vítimas (Miller & McCaw, 2019; Sardinha et al., 2022).

Relativamente à prevalência da VRI, a Organização Mundial de Saúde (OMS), com base em dados mundialmente recolhidos entre 2000 e 2018, em mulheres envolvidas em relacionamentos íntimos atuais ou passados, estimou que 26% e 10% destas mulheres com 15 ou mais anos foram vítimas de violência física e/ou sexual nos relacionamentos íntimos, respetivamente, ao longo da vida e nos últimos 12 meses. Para as mulheres vítimas de violência física e/ou sexual com idades compreendidas entre os 15 e os 49 anos, os valores das prevalências mundiais foram 27% e 13%, respetivamente, ao longo da vida e nos últimos 12 meses. Dados adicionais sobre a prevalência mundial da vitimação na supramencionada população de mulheres com idades situadas entre os 15 e os 19 anos, sugerem que a violência física e/ou sexual tendem a ocorrer em idades muito jovens, nomeadamente, em cerca de 24% (1 em 4) dessas mulheres. Para as adolescentes e mulheres jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 24 anos, a prevalência de VRI física e sexual entre 2000 e 2018, foi estimada em 16% (WHO, 2021b). Quanto à prevalência de mulheres vítimas de VRI física e sexual na Europa, a OMS apurou valores de 16% e 4% para o sul da Europa, correspondentes, respetivamente, às prevalências ao longo da vida e nos últimos 12 meses, bem como valores de 25% ao longo da vida e 5% no último ano para o norte da Europa (WHO, 2021b). Um estudo recente, baseado numa revisão de estudos publicados entre 2012 e 2020 que incluíram mulheres civis (não militares) vítimas de VRI com idades iguais ou superiores a 16 anos, recrutadas em contextos comunitários e clínicos (perinatal e que procuraram ajuda), verificou que 37,3% das mulheres (aproximadamente 4 em

cada 10) sofreu de qualquer tipo VRI durante a vida e 24% (1 em cada 4 mulheres) sofreu de algum tipo de VRI no último ano; que a VRI psicológica ao longo da vida e no último ano foi o tipo de VRI mais prevalente, enquanto a VRI sexual ao longo da vida e no último ano foi a menos prevalente. Este estudo verificou também que as mulheres da comunidade apresentaram um risco significativamente mais elevado de sofrer qualquer forma de VRI, de VRI sexual no último ano e de VRI psicológica ao longo da vida; as mulheres que procuram ajuda clínica correram um risco mais elevado de sofrer VRI física no último ano; as mulheres com apoio clínico no período perinatal correram um risco mais elevado de sofrer VRI física ao longo da vida (White et al. 2024).

Ao longo do tempo, a VRI tem sido consideravelmente analisada como uma questão de género, tendendo a centrar-se na vitimação das mulheres, ao invés de se focar na vitimação e perpetração de ambos os parceiros (e.g., Bott et al., 2019; Dixon & Graham-Kevan, 2011; Ruiz-Pérez et al, 2017; WHO, 2021b). Consistente com uma abordagem mais abrangente e inclusiva da vitimação no contexto da VRI, por exemplo, o *Centers for Disease Control and Prevention* (2020) refere que aproximadamente 1 em cada 3 homens nos Estados Unidos da América (EUA) foi vítima de violência sexual por contacto, violência física e/ou perseguição por parte de um parceiro íntimo durante a sua vida, que 97% destes homens tiveram apenas mulheres como perpetradores e que cerca de 56% dos homens vítimas de VRI experienciaram tal violência pela primeira vez antes dos 25 anos. Por sua vez, um estudo de revisão sobre VRI em populações transgénero identificou valores de prevalência média ao longo da vida de 37.5% e de 25% para a violência física e sexual, sendo a prevalência média no último ano de 16.7% para a violência física e de 10.8% para a violência sexual. Comparativamente às pessoas cisgénero, os indivíduos transgéneros revelaram uma probabilidade 1.7 superior de experienciarem vitimação relativamente a qualquer forma de violência (física, sexual, psicológica e outras), 2.2 vezes mais probabilidade de serem vítimas de VRI física e 2.5 vezes mais probabilidade de sofrer VRI sexual. De acordo com a *National Crime Victimization Survey (NCV)* no período compreendido entre 2017 e 2020, as prevalências de vitimização aos 16 anos ou mais anos de idade, foram mais elevadas em pessoas que se identificam como lésbicas, gays ou bissexuais, comparativamente aquelas que se identificam como heterossexuais (Truman & Morgan, 2022). Dados indicam que vitimizações violentas de pessoas bissexuais (31%) foram menos reportadas à polícia do que vitimizações violentas em pessoas heterossexuais (45%; Truman & Morgan, 2022). Também a vitimização em homens gays (38.3 por 1000 habitantes), mostrou-se duas vezes maior do que em homens heterossexuais (18.7 por 1000 habitantes).

A quantidade de estudos científicos sobre VRI que utilizaram amostras de mulheres pode induzir o raciocínio de que tal violência parece afetar desproporcionalmente as mulheres. Porém, dados empíricos têm vindo a comprovar que a VRI não é uma experiência limitada às mulheres e que os homens também podem ser vítimas (Randle & Graham, 2011). A VRI contra os homens não é um fenómeno novo, apesar de só recentemente começar a ser alvo de maior atenção junto da comunidade científica (APAV, 2020). De acordo com o *National Intimate Partner and Sexual Violence Survey* (NISVS, 2024), a vitimização em homens é um problema de saúde pública significativo, caracterizado nos EUA por, aproximadamente 1 em cada 10 homens ter sofrido algum tipo de violência por parte de um parceiro íntimo, seja esta física, psicológica e/ou sexual. Estudos de metanálise sugerem que a prevalência de VRI em homens e mulheres é semelhante (Archer, 2000; Desmarais et al., 2012). Entre estes estudos, o efetuado por Desmarais e colaboradores (2012), sugere também que, nos países de língua inglesa, aproximadamente 1 em cada 5 homens (19,3%) experienciou violência física numa relação de intimidade e no Reino Unido, Nova Zelândia e no Sul de África, as prevalências de VRI eram mais elevadas em homens do que em mulheres (contrariamente ao Canadá e Estados Unidos, com prevalências mais elevadas de VRI em mulheres do que em homens).

Em Portugal, de acordo com o artigo 152º do Código Penal em vigor (Decreto-Lei n.º 48/95), com as alterações introduzidas pela Lei 19/2013, de 21 de fevereiro, a VRI enquadra-se no crime de violência doméstica e contempla maus tratos físicos ou psíquicos (incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais), infligidos de forma reiterada ou não, a parceiros íntimos de outro ou do mesmo sexo, com quem a pessoa mantêm ou manteve relações conjugais, de namoro, ou relações análogas à dos cônjuges, mesmo que sem coabitação. De acordo com a *Safe Communities Portugal* (SCP, s/d), 85% dos casos de violência doméstica notificados em Portugal foram cometidos nas relações de intimidade. Entre os escassos estudos que utilizaram amostras recolhidas a nível nacional, o coordenado por Lisboa e colaboradores (2009), efetuado em mulheres e homens com 18 ou mais anos de idade, identificou no território continental uma prevalência de 38% de vitimação de mulheres (1 em cada 3 mulheres) por atos de violência física, sexual e psicológica ao longo da vida, bem como valores de prevalência de vitimação de mulheres no último ano e em anos anteriores de, respetivamente, 12.8% e 39%. A prevalência para as mulheres relativamente aos tipos de violência no último ano foi a seguinte, por ordem decrescente de grandeza: psicológica: 53,9%; física: 22,6%; sexual: 19,1%. Esse estudo publicado em 2009, concluiu, comparativamente ao estudo nacional efetuado no continente por Lourenço e colaboradores (1997), também conduzido em homens e mulheres com 18 ou mais anos, que a vitimação nas mulheres relacionada com violência física, sexual e/ou

psicológica tinha decrescido 10%. Quanto às prevalências por tipos de violência sofrida por mulheres no último ano, Lisboa e colaboradores (2009) verificaram que a violência psicológica tinha aumentado 3.4%, a violência física tinha aumentado 2% e a violência sexual tinha decrescido 9.9% comparativamente ao estudo de Lourenço e colaboradores (1997). Mais recentemente, um estudo de Capinha e colaboradores (2022), efetuado numa amostra nacional alargada de adultos portugueses recrutados na comunidade do continente e ilhas (Madeira e Açores) e que se mantinham num relacionamento íntimo no momento da avaliação, sugeriu prevalências de VRI relativas ao último ano, respetivamente de 64% e de 46.6%, para a vitimação e perpretação, bem como prevalências de VRI ao longo da vida de 74.6% e de 76.1%, respetivamente, para a vitimação e perpretação. Entre os vários tipos de violência (física, psicológica, coerção sexual e lesão física), a violência psicológica (sofrida e perpetrada) foi o tipo de VRI mais prevalente e frequente no último ano e ao longo da vida, quer na totalidade dos participantes, quer nos grupos em função do género (homens vs, mulheres) e da orientação sexual (heterossexual vs. não-heterossexual). O estudo concluiu também que a VRI é, na maioria dos casos, bidirecional (envolvimento simultâneo na vitimização e na perpetração).

Em Portugal, os estudos sobre VRI em homens são escassos. A prevalência de vitimação dos homens em relação à violência física, sexual e psicológica apurada no estudo de Lisboa e colaboradores (2009) foi de 42, 5 %. Segundo a *Safe Communities Portugal* (SCP, s/d), cerca de 15% das vítimas de VRI são homens, mas em Portugal os dados permanecem escassos, focando-se na vitimização em mulheres. A maioria dos homens não se identificam como vítimas, uma vez que sentem vergonha e sentem que não existe apoio suficiente a quem possam recorrer (SCP, 2022). A Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV), em 2021, registou um total de 724 vítimas de violência doméstica contra o sexo masculino, com uma maior representação de vítimas (29,1%) situada na faixa etária de 65 ou mais anos de idade (APAV, 2021). O estudo de Capinha e colaboradores (2022) verificou, por sua vez, que, no último ano e ao longo da vida, a prevalência e frequência (média do número de ocorrências de atos violentos ou abusivos) de VRI não se diferenciou em função do género (homens vs. mulheres) e da orientação sexual (heterossexual vs. não-heterossexual) em relação à vitimação e perpretação, dados estes que sugerem que o género e a orientação sexual não influenciam as taxas de prevalência encontradas e que possuem padrões e gravidades similares de VRI.

A relação entre VRI e saúde mental é um tópico que tem sido bem documentado na literatura científica ao longo dos anos. Um estudo de revisão sistemática realizado por Dokkedahl e colaboradores (2019), concluiu que a VRI está associada a diversas consequências negativas

para a saúde mental das vítimas incluindo PTSD, depressão, ansiedade, abuso de substâncias, suicídio, bem como sentimentos de vergonha e culpa (Golding, 1999; Dutton et al., 2006; Johnson et al., 2008; Devries et al., 2013). De acordo com Lutwak (2018), mulheres vítimas de VRI, comparativamente a mulheres que não experienciaram vitimização, possuem maior probabilidade de desenvolver PTSD, depressão, suicídio e abuso de substâncias (Lutwak, 2018).

Violência nas relações de intimidade e perturbação de stress pós-traumático

A VRI está associada a diversos problemas de saúde mental (e.g., ver White et al. 2024), sendo a PTSD uma das suas consequências mais prevalentes (Johnson et al., 2022; White et al. 2024). Um estudo de metanálise concluiu que a taxa de PTSD pode variar entre 31% e 84.4% entre mulheres expostas a VRI (Golding, 1999). Posteriormente, Nathanson e colaboradores (2012), num estudo efetuados em mulheres vítimas de VRI, encontraram uma taxa da PTSD de 57, 4%, situada dentro de intervalo acima referido. Entre mulheres da comunidade expostas apenas a VRI física e/ou sexual, 17% preencheram a totalidade dos critérios de diagnóstico para PTSD decorrente de VRI e 22% preencheram um número de critérios inferiores aos requeridos pelo *DSM-IV* (Wilson et al, 2012). Fernández-Fillol e colaboradores (2021) encontraram uma taxa de PTSD de 17.9% em mulheres vítimas de VRI, bem como uma taxa de PTSD Complexo[1] de 39.50% nas referidas vítimas. Quanto à taxa da PTSD em homens vítimas de VRI, um estudo efetuado numa amostra clínica, verificou que 57.9% dos participantes apresentaram um *screening* positivo para a PTSD atual (último mês) resultantes de terem vivenciado nos relacionamentos íntimos, violência física e comportamentos de controlo, bem como agressões sofridas na infância (Hines & Duglas, 2011).

Em linha com as elevadas taxas de PTSD em vítimas de VRI anteriormente descritas, um recente estudo de revisão e meta-analítico da autoria de White e colaboradores (2024), sugeriu que a PTSD é a segunda perturbação mais reportada em estudos efetuados em mulheres civis expostas a VRI (em 29% dos estudos analisados) a seguir à depressão (reportada em 70% dos estudos contemplados). Adicionalmente, a análise meta-analítica deste estudo aponta probabilidades aumentadas para mulheres perinatais expostas a VRI desenvolverem PTSD, nomeadamente, com 2.15 vezes mais chances se expostas a VRI sexual e 2.66 vezes mais chances se experienciaram VRI psicológica. Outras evidências empíricas suportam que mulheres vítimas de VRI exibem uma taxa significativamente maior de sintomatologia da PTSD em

[1] PTSD Complexo: para além dos grupos de sintomas da PTSD, inclui três características adicionais relacionadas com Perturbações na Auto-Organização: 1) Desregulação Afetiva; 2) Autoconceito Negativo e 3) Relacionamentos Perturbados (CID-11; WHO, 2018)

comparação com mulheres sem experiências de VRI, que a duração e severidade da VRI sofrida se encontram associadas com a gravidade dos sintomas da PTSD (Perez et al., 2012; Pico-Alfonso, 2005), e que, entre os diferentes tipos de VRI (física, psicológica, sexual), a VRI psicológica prediz mais fortemente a PTSD (Pico-Alfonso, 2005).

Os dados anteriormente descritos tornam-se ainda mais preocupantes ao se considerar que a PTSD, principalmente a decorrente da exposição à violência interpessoal, pode resultar numa relevante deterioração funcional e pode-se tornar crónica na ausência de tratamento específico, como sugere o estudo de revisão e meta-analítico de Morina e colaboradores (2014). Paralelamente, a revitimização (experiências cumulativas de vitimação) na VRI é elevada (22% a 46%) e as vítimas possuem uma propensão 4 a 5 vezes maior de sofrer um novo episódio de vitimização psicológica e/ou física perpetrada pelo mesmo parceiro/a ou por diferentes parceiros ou parceiras nos 6 meses seguintes ao último episódio de violência (Iverson et al., 2013; Kuijpers et al., 2012). Evidências empíricas suportam que a revitimização na relação com parceiros íntimos durante a idade adulta aumentam a vulnerabilidade à PTSD (Pico-Alfonso, 2005), é um preditor da sua sintomatologia (Matlow & Deprince, 2013) e a PTSD, por sua vez, aumentam o risco de revitimização, embora grupos distintos de sintomas da PTSD possam contribuir diferencialmente para aumentar este risco (e.g., Iverson et al., 2013; Stein et al., 2023). Saliente-se também que dados meta-analítico permitiram concluir que, embora a PTSD se encontre associada com vitimação e perpetração na VRI, esta associação é mais forte para a vitimização (Spencer et al., 2019).

Possíveis variáveis explicativas da perturbação de stresse pós-traumático em vítimas de violência nas relações de intimidade

Com base na literatura científica, serão seguidamente abordadas algumas variáveis do nosso interesse que poderão contribuir para explicar a PTSD em vítimas de VRI.

Memórias de ameaça e de desvalorização na relação com os pais/cuidadores durante a infância/adolescência

Os padrões de vinculação nas relações com os pais/cuidadores durante a infância influenciam, de forma relativamente estável, as relações com os outos ao longo da vida (ver Langhinrichsen-Rohling et al., 2022). Tais padrões de vinculação moldam o desenvolvimento de modelos internos sobre o Eu, os Outros e sobre a interação Eu-Outros (Bowlby, 1988; Gilbert, 2005; Lee & James, 2012; Siegel, 2012), bem como a forma como o cérebro na adultez regula a ameaça e consequentes emoções e sofrimento (Gilbert & Tirch, 2009; Lee & James, 2012;

Mikulincer, & Shaver, 2007; Siegel, 2012). Padrões de vinculação insegura (e.g., desvinculação, hostilidade, ameaça) resultantes de experiências nocivas (e.g., negligência, abuso) na relação com os pais/cuidadores durante a infância/adolescência, tornam o cérebro adulto vulnerável à ativação do sistema de regulação emocional ameaça-defesa (por oposição ao sistema de tranquilização; Gilbert, 2005, Mikulincer & Shaver, 2007), facilitando respostas na relação com os outros mais defensivas e o uso de estratégias de *coping* disfuncionais (e.g., evitamento, submissão), tornando os adultos mais propensos a desenvolver psicopatologia (Gilbert, e al., 2003; Mikulincer & Shaver, 2007).

Padrões de vinculação insegura durante a infância têm sido associados à (re)vitimização por VRI posteriormente na vida (Perry et al., 2001), bem como à presença da PTSD (Lee & James, 2012; Mikulincer et al., 2015; Mikulincer, & Shaver, 2011). Esta associação entre a vinculação insegura e vulnerabilidade para a PTSD, pode resultar da ausência de representações internas de segurança e/ou fontes externas de apoio e conforto, com efeitos negativos na regulação das emoções. Dificuldades na regulação emocional pode ativar modelos de funcionamento negativos sobre o Eu e os Outros, aumentando o sofrimento, bem como um maior uso de estratégias ineficazes para lidar com este, dificultando a resolução do trauma e facilitando a presença da PTSD. Paralelamente, padrões de vinculação insegura durante a infância e adolescência, também tendem a comprometer uma regulação eficaz dos sintomas da PTSD (e.g., intrusões, evitamento) e estes podem induzir sentimentos de desamparo e vulnerabilidade que reforçam o sentido de vinculação insegura (Mikulincer et al., 2015). Uma mente adulta focada na ameaça pode, não só resultar de uma vinculação insegura na relação com os pais/cuidadores durante a infância, como pode reforçar o sentido de ameaça constante que é típica da PTSD (Lee & James, 2012). Evidências empíricas indicam que memórias de ameaça nas relações com pais/cuidadores na infância/adolescência correlacionam-se com sintomas da PTSD na idade adulta e explicam esta sintomatologia mediadas por uma atitude pouco compassiva para com o *Self* (Carvalho et al, 2020). Desconhecem-se estudos em vítimas de VRI que tenham analisado a relação entre memórias de desvalorização por parte dos pais/cuidadores nos primeiros anos de vida (infância/adolescência) e a PTSD. No entanto, esta relação poderá vir a ser confirmada porque crianças que não receberam apoio emocional adequado na infância, podem ter dificuldade em desenvolver estratégias eficazes de regulação emocional e, na vida adulta, essas dificuldades poderão facilitar respostas emocionais mais intensas e inadequadas em situações de trauma, incluindo em situações de VRI, aumentando a vulnerabilidade à PTSD (Gilbar et al., 2020)

Dissociação peritraumática

A dissociação peritraumática (DP) refere-se a experiências dissociativas que ocorrem durante ou imediatamente a seguir a um acontecimento traumático (Brooks et al., 2009). A dissociação, inclusive a DP, permite reduzir sentimentos de impotência e desamparo face a eventos traumáticos (Breh & Seidler, 2014) e evitar emoções, pensamentos, sensações, memórias e/ou sintomas dolorosos resultantes do trauma (e.g., Lee & James, 2012; Marx & Sloan, 2005; Walser & Westrup, 2007) e, por tal, pode ser conceptualizada como uma estratégia de *coping* para reduzir o sofrimento associado a tais eventos traumáticos (Jones et al. 2018). A DP, em particular a despersonalização/desrealização, pode facilitar um processamento ineficaz das memórias traumáticas e potenciar a presença de PTSD (Elzinga et al., 2002). Por outro lado, dificuldades em regular as emoções (e.g., dificuldades relacionadas com a consciência e clareza emocionais) predizem a dissociação em geral (Powers et al., 2015). Um estudo de Jones e colaboradores (2018) efetuado em mulheres vítimas de abuso sexual verificou que estas revelaram níveis significativamente superiores de dissociação comparativamente a mulheres sem histórico de VRI. Este estudo verificou também que dificuldades relacionadas com a regulação emocional, nomeadamente, a não aceitação de respostas emocionais negativas, o acesso limitado a estratégias de regulação emocional percebidas como eficazes face ao sofrimento e dificuldades de controle de impulso perante emoções negativas, possuíam efeitos diretos na DP e nos sintomas da PTSD, bem como efeitos indiretos na sintomatologia da PTSD mediados pela DP. Os referidos efeitos indiretos suportam a possibilidade da presença de uma maior dificuldade em regular as emoções poder aumentar a vulnerabilidade para apresentar DP numa tentativa de os indivíduos modelarem o sofrimento associado ao trauma, embora, paradoxalmente, a DP possa aumentar a possibilidade de presença da PTSD. Por sua vez, modelos que analisaram efeitos indiretos invertidos no referido estudo de Jones e colaboradores (2018), mostraram que a DP possui efeitos diretos nos sintomas da PTSD, bem como efeitos indiretos mediados pelas três facetas de regulação emocional. Estes resultados indiretos indicam que a DP pode aumentar as três facetas relacionadas com as dificuldades em regular as emoções acima descritas e, consequentemente, aumentar a possibilidade de estarem presentes sintomas da PTSD.

Vergonha

Vítimas de VRI possuem elevados níveis de emoções negativas, tais como vergonha, culpa, raiva/frustração e tristeza (Caponnetto et al, 2024). A vergonha é uma emoção autoconsciente, ou seja, implica autorreflexão e uma avaliação negativa do *self* (Tangney & Tracy, 2012) e resulta da interação de fatores biológicos, individuais e contextuais (Gilbert,

1998, 2002). A vergonha ocorre quando os indivíduos consideram ter transgredido normas ou padrões morais e/ou perante a sua perceção de ter fracassado, de ser incompetente ou ser inadequado relativamente a aspetos que não estão relacionados com padrões morais (Tangney, 1999; Smith et al., 2002). A vergonha promove sentimentos de rejeição social e uma atitude autocrítica (Gilbert, 2003, 2007). Esta emoção possui a função de motivar os indivíduos a comportarem-se de forma congruente com as normas e expectativas sociais e evitar a desaprovação e a exclusão social (e.g., Gilbert, 2007; Tangney et al., 2007; Tangney & Tracy, 2012). Quando a vergonha se torna disfuncional, tende a aumentar a vulnerabilidade à psicopatologia (e.g., Gilbert, 2009), revelando-se associada à PTSD (Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001; Leskela et al., 2002). A sua associação com a PTSD foi confirmada numa recente análise metanalítica que incluiu estudos realizados em diversas populações (López-Castro et al., 2019). Uma possível explicação para a referida associação entre vergonha e PTSD está relacionada com o criticismo dirigido ao Self, característico da vergonha, poder reforçar o sentido de ameaça permanente que é central na PTSD (Ehlers & Clark, 2000). Tendo como referência o estudo de Charuvastra & Cloitre (2008), a vergonha poderá assumir um papel particularmente relevante nos traumas resultante de VRI (e em outros traumas interpessoais), comparativamente à sua relevância nos traumas que não ocorrem em contextos interpessoais porque os primeiros aumentam a possibilidade das vítimas serem alvo de reações sociais negativas por parte de outras pessoas, como estigmatizarem e envergonharem as vítimas.

A vergonha externa envolve cognições sobre a forma como o indivíduo pensa que os outros o vêm. Mais concretamente, a vergonha externa resulta da perceção de que as outras pessoas possuem uma visão negativa sobre o individuo, de que este é inferior aos outros, motivando-o a corrigir o seu comportamento a fim de criar uma imagem favorável de si na mente dos outros (Gilbert, 2002; Gilbert & Irons, 2005). Quanto à vergonha interna, esta ocorre quando o indivíduo avalia negativamente o *Self* (e.g., indigno, desadequado, indesejado) e desvaloriza a sua atratividade e desejabilidade sociais (Gilbert, 2003; Gilbert & Irons, 2005). A vergonha interna associada à PTSD pode resultar de uma avaliação das experiências traumáticas como um fracasso pessoal (Gilbert, 1997; Gilbert & Andrews, 1998).

Apesar da relação existente entre PTSD e vergonha, a vergonha tem sido pouco estudada no contexto da VRI. Muitos sobreviventes de VRI relatam um sentimento de vergonha resultante da vitimização, como por exemplo, resultante da perda do sentido de identidade, da autoculpabilização, do medo (real ou imaginado) do julgamento por parte da sociedade (Camp, 2022). Os resultados de um estudo de Beck e colaboradores (2011) efetuado em vítimas de VRI que recorreram a ajuda clínica, indicaram que a vergonha possui uma associação positiva e

significativa com a PTSD e que níveis elevados de abuso verbal/emocional e de dominância/isolamento, exibiram associação com altos níveis de vergonha. Um outro estudo efetuado por Dodson e Beck (2016), igualmente realizado numa amostra clínica de mulheres vítimas de VRI, verificou que níveis mais severos de sintomatologia da PTSD estão associados a sentimentos da vergonha mais intensos, o que por sua vez leva ao aumento de expectativas negativas por parte das vítimas de VRI relativamente à procura de ajuda e suporte social. Segundo Dodson e Beck (2016), a vergonha geralmente aparece após o evento traumático e reduz significativamente as expectativas sobre a utilidade de suporte social em sobreviventes de VRI. Os estudos anteriormente referidos consolidaram evidências empíricas anteriores obtidas em diversas populações: em veteranos prisioneiros de guerra expostos a trauma, identificou-se uma associação entre a vergonha (mas não entre culpa) e PTSD (Leskela et al., 2002); crianças que possuem um histórico de abuso e negligência, exibiam níveis mais altos de vergonha, do que crianças que não possuem um histórico de abusos (Bennett, et al., 2005).

Objetivos e hipóteses

Considerando o conhecimento científico sobre a elevada prevalência da PTSD em vítimas de VRI, bem como o contributo de experiências adversas na infância/adolescência na relação com os cuidadores, da dissociação peritraumática, da (des)regulação emocional e da vergonha para a presença e/ou manutenção da referida perturbação mental, esta investigação visa fornecer dados preliminares nacionais sobre tais tópicos, apresentando como objetivos e hipóteses, os seguidamente descritos:

Objetivo 1. Caracterizar as vítimas de VRI, por comparação com os indivíduos sem experiências de VRI (i.e., sem experiências de vitimação e de perpetração), em relação à sintomatologia da PTSD, às memórias de ameaça e desvalorização pessoal experienciadas na relação com os pais/cuidadores durante a infância/adolescência, às dificuldades no processamento e na regulação emocional e à vergonha externa e interna. Hipotetizámos que as mencionadas variáveis apresentarão valores significativamente maiores nas vítimas de VRI comparativamente às pessoas sem experiências de VRI.

Objetivo 2. Analisar nas vítimas de VRI, a associação entre os sintomas da PTSD e memórias de ameaça e desvalorização na relação com os pais/cuidadores durante a infância/adolescência, dissociação peritraumática; dificuldades no processamento e na regulação emocional e vergonha externa e interna. Esperamos encontrar associações positivas moderadas ou fortes entre os sintomas da PTSD e as restantes variáveis descritas.

Objetivo 3: Analisar nas vítimas de VRI, a força da associação entre os tipos de VRI (física, psicológica, sexual, perseguição e económica) e a sintomatologia da PTSD, memórias de ameaça e desvalorização experienciadas durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores, dissociação peritraumática, dificuldades no processamento e na regulação emocional e vergonha externa e interna. Formulámos a seguinte hipótese: todos os tipos de VRI apresentam associações positivas e significativas com os sintomas da PTSD e com as restantes variáveis descritas.

Material e Métodos

Participantes

O presente estudo inclui duas amostras independentes de conveniência recrutadas na população geral portuguesa. A amostra de vítimas de VRI incluiu participantes que reportaram, pelo menos uma experiência de vitimação por VRI ao longo da vida (N = 209). A amostra sem VRI inclui participantes que não reportem ao longo da vida, experiências de vitimação e de perpretação nos relacionamentos íntimos (N = 163). Para as duas amostras, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: nacionalidade portuguesa, idades iguais ou superiores a 18 anos (adultos) e envolvimento em relações de intimidade com um ou mais parceiros ao longo da vida. Relativamente aos critérios de exclusão comum às duas amostras, estes incluirão: não compreender e/ou assinar o consentimento informado e a não compreensão do protocolo de avaliação.

As características da amostra podem ser consultadas na secção dos resultados (Tabela 1).

Instrumentos

O protocolo de avaliação do presente estudo inclui os instrumentos de autorresposta seguidamente descritos.

Questionário Sociodemográfico e Sobre Relações de Intimidade (Carvalho et al., 2022a). Este questionário, composto por itens independentes, foi criado para ser utilizado no projeto de investigação científico "Validação de Instrumentos de Medida Aplicáveis à Violência nas Relações de Intimidade". Tem como principal finalidade recolher dados sociodemográficos (e.g., idade, estado civil, situação profissional) sobre vítimas e perpetradores de violência nas relações de intimidade e possibilita também recolha de informação relativa às relações de intimidade habitualmente não contemplada nas medidas de autorresposta destinadas a tais populações. Neste estudo foram usados os itens sobre os dados sociodemográficos que permitiram caracterizar as amostras e o item que permitiu avaliar o critério de inclusão nas amostras de vítimas de VRI e sem VRI relacionado com o envolvimento dos participantes em relações de intimidade ao longo da vida.

Intimate Partner Violence Check List **(**IPV**;** G. Troisi, comunicação pessoal, dezembro 16, 2019; versão Portuguesa modificada de Carvalho et al., 2022b)**.** Originalmente, a IPV foi desenvolvida para identificar comportamentos violentos sofridos por mulheres nas relações de intimidade ao longo da vida. A escala é composta por 42 itens que avaliam 5 tipos de VRI: violência sexual (3 itens), violência psicológica (18 itens), violência física (7 itens), perseguição (8 itens) e violência económica (6 itens). A escala de resposta de 5 pontos (1 = *Nunca*; 5 = *Frequentemente*) permite identificar a frequência com que as respondentes sofreram os atos violentos. Segundo o nosso conhecimento, até à data, a versão original não foi analisada quanto às suas propriedades psicométricas. A versão portuguesa foi modificada (IPV-M) em relação aos seguintes aspetos: a redação dos itens foi adaptada às identidades de género masculino e feminino por forma a ser uma medida mais inclusiva; é constituída pelas Escalas de Violência Sofrida e de Violência Perpetrada (ambas com 42 itens), a fim de permitir avaliar a unidirecionalidade e a bidirecionalidade da VRI, sendo a Escala de Violência Perpetrada (e.g., "Ameacei matar-me se ele/ela me deixasse.") formada por pares de itens destinados a avaliar os mesmos atos violentos contemplados na escala de Violência Sofrida mas redigidos por forma a serem respondidos por pessoas perpetradoras de VRI; (e.g., "Ameaçou matar-se se eu o/a deixasse"); foi adicionada uma escala que permite medir, numa escala de resposta três pontos (0 = *Não se aplica*; 2 = *Mais do que uma relação*), se cada ato violento (cada item) foi vivenciado

numa ou em diversas relações de intimidade (T. Carvalho, comunicação pessoal, outubro 25, 2023). Neste estudo utilizamos as Escalas de Violência Sofrida e Perpetrada da IPV-M a fim de constituir as amostras de vítimas de VRI e sem VRI. O estudo sobre as características psicométricas da IPV-M encontram-se, atualmente, em curso (T. Carvalho, comunicação pessoal, outubro, 16, 2023).Porém, num estudo prévio efetuado em vítimas de VRI, a Escala de Violência Sofrida da IPV-M mostrou ser internamente consistente: Violência Psicológica: *a* =.95; Violência Sexual: *a* = .88; Violência Física: *a*= .88; Perseguição *a*= .91; Violência Económica *a* = .90, Escala Total: *a* = 97(Cardoso, 2023). Na amostra de vítimas de VRI do presente estudo, a Escala de Violência Sofrida da IPV-M exibiu os seguintes valores de alfa de cronbach: Violência Psicológica: *a* =.94; Violência Sexual: *a* = .78; Violência Física: *a*= .86; Perseguição *a*= .89; Violência Económica *a* = .51; Escala Total: *a* = 96. A Escala de Violência Perpetrada exibiu na referida amostra valores de consistência interna de: Violência Psicológica: *a* =.85; Violência Sexual: *a* = .82; Violência Física: *a*= .67; Perseguição *a*= .73; Violência Económica *a* = .83; Escala Total: *a* = 89. Não será reportada a consistência interna para a Escalas de Violência Sofrida e Perpetrada da IPV-M na amostra sem VRI porque, ao terem sido usadas para constituir esta amostra, todos os participantes endossaram nas respetivas opções de resposta a pontuação mais baixa (1 = *Nunca*).

Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 **(PCL-5**; Weathers et al., 2013; versão Portuguesa de Carvalho et al., 2020). A PCL-5 avalia a sintomatologia da PTSD de acordo com os critérios de diagnóstico do *DSM-5* (APA, 2013) e do *DSM-5-TR* (APA, 2022). É composta por 20 itens correspondentes aos 20 sintomas da PTSD contemplados nos referidos manuais de diagnóstico das perturbações mentais. . Os respondentes endossam para cada item, numa escala de 5 pontos (1 = *Nada*; 5 = *Extremamente*), em que medida foram afetados por cada sintoma no último mês. A pontuação total da escala, usada neste estudo, é obtida através do somatório da totalidade dos itens da escala. Pontuações mais elevadas indicam maior severidade da sintomatologia de PTSD. As versões original e Portuguesa da escala total possuem valores adequados de consistência interna: α = .94 no estudo Study 1 e α = .95 no Estudo 2 para a versão original (Blevins et al., 2015); α = .94 para a versão Portuguesa). No presente estudo, obteve-se valores adequados de consistência interna na amostra com VRI (α = .95) e na amostra sem VRI (α = .97)

Early Life Experiences Scale **(ELES;** Gilbert et al, 2003; versão Portuguesa de Lopes, 2005). A ELES avalia memórias de ameaça, subordinação e desvalorização durante a infância/adolescência vivenciadas na relação com os pais/cuidadores. A versão original desta escala possui 15 itens distribuídos pelas subescalas de Ameaça, Submissão e Desvalorização. A versão Portuguesa apresenta mais um item do que a versão original, incluído na subescala de Ameaça ("Fui assediado ou abusado sexualmente por familiares ou conhecidos de familiares"). Os itens são respondidos numa escala de resposta de 5 pontos (1 = *Completamente falso*; 5 = *Muito verdadeiro*) e permitem assinalar o grau em que estes são verdadeiros para os respondentes. Utilizaremos neste estudo as subescalas de Ameaça e de Desvalorização, cuja versões originais apresentam, respetivamente, valores de consistência interna de α = .89 e de α = .71. As versões Portuguesa das subescalas de Ameaça e de Desvalorização apresentam, respetivamente, valores de α = .77 e α = .68. Obtiveram-se valores adequados de consistência para as subescalas de Ameaça (α = .88) e de Desvalorização (α = .79) no grupo com VRI. No grupo sem VRI, as subescalas de Ameaça (α = .88) e de Desvalorização (α = .78) também se revelaram internamente consistentes.

Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire **(**PDEQ**;** Brooks et al, 2009; versão Portuguesa de Carvalho et al, 2017**).** O PDEQ avalia as experiências dissociativas peritraumáticas (i.e.., ocorridas durante os eventos traumáticos ou no período imediatamente a seguir), resultantes da exposição a um evento específico potencialmente traumático (neste estudo, exposição a VRI). A versão de Brooks et al (2009) possui 8 itens respondidos numa escala de 5 pontos (1 = *nada verdadeiro*; 5 = *extremamente verdadeiro*) e distribuídos pelas dimensões Falta de Consciência e Despersonalização/desrealização, com 4 itens cada. Esta versão revelou ser internamente consistente (Falta de Consciência: α = .78; Despersonalização/desrealização: α = .72). A versão portuguesa é composta pelos mesmos itens e dimensões da versão de Brooks et al. (2009) e também possui uma adequada consistência interna (Falta de Consciência: α = .90; Despersonalização/desrealização = α .89). Na amostra de com VRI deste estudo as dimensões Falta de Consciência e Despersonalização/Desrealização, mostraram, respetivamente, valores de α = .89 e de α = 91. Na amostra sem VRI, a Falta de Consciência exibiu um α = .93 e a Despersonalização/Desrealização um α = .94.

Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form **(**DERS-SF; Kaufman et al. 2015; Versão Portuguesa de Moreira et al., 2020). A DERS-SF visa avaliar distintas dificuldades de regulação das emoções ou de desregulação emocional. É composta por 18 itens distribuídos por 6 subescalas que avaliam a não aceitação das emoções negativas (subescala Não Aceitação), a

incapacidade de envolvimento em comportamentos dirigidos a objetivos (subescala Objetivos), a dificuldades em controlar o comportamento impulsivo (subescala Impulsos), a falta de consciência emocional (subescala Consciência), o acesso limitado a estratégias de regulação emocional percecionadas como efetivas (subescala Estratégias) e a falta de clareza emocional (subescala Clareza). Os itens são endossados numa escala de resposta de 5 pontos (1 = *Quase nunca*; 5 = *Quase sempre*). Valores mais elevadas resultantes das médias dos itens da escala total e das subescalas indicam, respetivamente, um maior índice geral (fator geral unidimensional) de dificuldades em regular as emoções ou uma maior desregulação emocional e dificuldades especificas relacionadas com os constructos medidos por cada subescala ou fator. Como proposto pelos autores da versão portuguesa, neste estudo, será utilizada a pontuação total da escala excluindo a pontuação da subescala Consciência (fator geral unidimensional, composto por 15 itens). A versão original da DERS-SF revelou possuir consistência interna para a escala total (α = .89). Numa amostra de adultos portugueses, o fator geral de dificuldades de regulação emocional apresentou consistência interna, com adequados valores de ómega (ω) de aproximadamente .93. Nos grupos com VRI e sem VRI, o referido fator geral (excluindo a subescala Consciência) apresentou valores de alfa de Cronbach, respetivamente, de α = .90 e de α = .93.

External and Internal Shame Scale (EISS***;*** Ferreira et al., 2020). A EISS foi desenvolvida em Portugal. É composta por 8 itens que medem experiências de vergonha, distribuídos pelas subescalas de Vergonha Externa e Vergonha Interna. Os conteúdos dos itens abordam os seguintes domínios: inferioridade/inadequação, isolamento/exclusão, inutilidade/desprezo e crítica/julgamento. A EISS apresenta uma escala de resposta de 5 pontos (1 = *Nunca*; 5 = *Sempre*). A versão original apresenta valores apropriados de consistência interna (Vergonha Externa: α = .80; Vergonha Interna: α = .82). A EISS revelou ser internamente consistente na amostra com VRI (Vergonha Externa: α = .85; Vergonha Interna: α = .83) e na amostra sem VRI (Vergonha Externa e Vergonha Interna, ambas, com α = .87).

Procedimentos

Procedimentos Metodológicos. Este estudo transversal e quantitativo, está incluído no projeto de investigação "Violência das Relações de intimidade e Saúde Mental"[2] e foi 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 projeto, foram obtidas as autorizações por parte dos autores dos instrumentos de medida usados no estudo. O protocolo de avaliação foi constituído em formato de papel e na plataforma online Qualtrics, tendo-se dado preferência ao seu preenchimento neste último formato, sempre que foi possível esta opção para os participantes. No final do protocolo de avaliação, foram divulgados contactos de instituições nacionais de apoio à vítima e agressores, para que os participantes fizessem uso destes para fim de apoio ou outros fins, se desejassem. A divulgação do estudo para efeito do recrutamento dos participantes foi efetuada em redes sociais e nos ciclos interpessoais dos investigadores do projeto. Durante a divulgação do estudo, foi fornecido um link para que os potenciais participantes manifestassem a sua intenção em colaborar e deixassem os seus contactos pessoais para serem convocados para participar no estudo, contactos esses destruídos no fim da participação pela coordenação de projeto que inclui este estudo. Para constituir as amostras, foram usados os métodos de amostragem de conveniência e bola de neve. Um folheto informativo só foi cedido à totalidade dos participantes afim de os informar sobre os objetivos do estudo, a necessidade de darem o seu consentimento informado, o carácter voluntário da participação, o carácter anónimo e confidencial dos dados recolhidos e o seu uso somente para fins científicos; a possibilidade de interrupção da participação sem consequências para os próprios; a inexistência de incentivos materiais e de encargos financeiros associados à participação e a divulgação dos resultados em eventos científicos, revistas científicas e/ou em dissertação escrita. Através do referido folheto informativo, os participantes também tiveram conhecimento dos contactos da coordenação do projeto, a fim de esclarecerem dúvidas sobre o estudo e o projeto que o inclui, solicitar apoio perante desconforto emocional resultante do preenchimento do protocolo de avaliação e/ou para esclarecimentos de outros assuntos relacionados com o estudo e com o projeto. Os participantes responderam ao protocolo de

[2] A equipa de investigação do projeto em causa inclui docentes investigadores da Universidade Lusófona e do Instituto Superior Miguel Torga, pertencentes também pertencem ao Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Universidade de Coimbra e/ou ao Centro de Investigação *Digital Human-Environment Interaction Lab* (HEI-Lab) da Universidade Lusófona. Integram também a equipa de investigação do projeto, mestrandos das supramencionadas instituições universitárias que se encontram a desenvolver a suas dissertações sob a orientação científica das coordenadoras do projeto. Todos os elementos possuem formação académica em psicologia.

avaliação (em formato de papel ou na plataforma online Qualtrics) na presença física ou virtual de um investigador, com os seguintes propósitos: permitir o esclarecimento de dúvidas durante a participação; gerir o tempo de participação em uma ou mais secções, a fim de mitigar défices de atenção e de concentração; estabilizar estados emocionais negativos resultantes do preenchimento do protocolo de avaliação[3]. A recolha das amostras decorreu entre janeiro e maio de 2024. Foram respeitados os princípios éticos da investigação médica que envolvem seres humanos (Declaração de Helsínquia; World Medical Association, 2013).

Procedimentos analíticos. Na análise dos dados foi usado o *software* IBM SPSS Statistics (v. 29 for Microsoft Windows, IBM Inc. Armonk, NY). Foram assegurados os princípios básicos dos testes estatísticos a empregar. A inexistência de desvios severos à distribuição normal das variáveis foi verificada por valores de assimetria (Sk) < |3| e de achatamento (Ku) < |10| (Kline, 2016). Valores de $p \leq .05$ indicaram significância estatística. A estatística descritiva incluiu frequências e percentagens para as variáveis categoriais, e médias, medianas, desvios-padrão, valores mínimos e máximos para as variáveis contínuas. Na comparação das médias amostrais das variáveis contínuas, usou-se o teste *t*-student (*t*) (Pestana & Gageiro, 2014). A magnitude do efeito das diferenças significativas obtidas através do *t*-student (*t*) foi calculada através do *d* de *Cohen* (*d*) e seus valores de referência: muito pequena se $d < 0.2$, pequena se $d \geq 0.2$ e $d < 0.5$, moderada se os valores ficarem compreendidos entre $d \geq 0.2$ e $d < 0.5$, grande para valores de $d \geq 0.8$. (Cohen, 1988). A comparação das variáveis categoriais entre duas amostras foram examinadas através do teste do qui–quadrado ou do teste de Fisher e a magnitude do efeito das diferenças significativas encontradas em tabelas de contingência superiores a 2 x 2 calculado pelo V de Cramer (*V*): valores perto de 0 indicam a independência das variáveis e perto de 1 a sua dependência (Pestana & Gageiro, 2014; Wagner & Gillespie, 2019). Empregaram-se ou coeficientes de correlação momento-produto de Pearson (*r*) ou ró de Spearman (*r*) para verificar a associação entre variáveis contínuas. Os coeficientes de correlação ró de Spearman permitiu analisar a relação entre variáveis que, violaram severamente a distribuição normal (Pestana & Gageiro, 2014), de acordo com valores propostos por Kline (2016). As correlações foram consideras fracas, se entre $r = .10$ e $r = .29$; moderadas, se entre $r = .30$ e $r = .49$; fortes se $r \geq 50$ (Cohen,1988).

[3] Os investigadores da equipa de investigação possuem formação em psicologia e foram treinados para no projeto para estabilizar emocionalmente os participantes sempre que ocorressem estados emocionais negativos induzidos pela sua participação.

Relativamente aos valores das magnitudes do efeito acima descritos e aos restantes obtidos neste estudo, serão considerados apenas como indicadores informativos, não permitindo tomar decisões analíticas e fazer interpretações robustas porque se desconhecem estudos de revisão e/ou de meta-análise sobre a magnitude do efeito no contexto do presente estudo (e.g., participantes, variáveis contempladas). Por tal, não será possível comparar os valores da magnitude do efeito obtidos neste estudo, sendo esta comparação indispensável à sua interpretação (ver Transparent Statistics in Human in HCI Working Group, 2019; Wilkinson & APA Task Force on Statistical Inference, 1999).

Resultados

Características sociodemográficas da amostra

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra e a sua comparação nos grupos de vítimas de VRI e sem VRI. Como se pode verificar na referida tabela, os grupos de vítimas de VRI e sem VRI não se diferenciam relativamente ao sexo biológico, identidade de género, e orientação sexual. Os referidos grupos diferenciam-se estatisticamente relativamente à idade e anos de escolaridade, apresentando o grupo de vítimas de VRI uma menor média em relação à idade e uma média superior relativamente aos anos de escolaridade (Tabela 1). Segundo Cohen (1988), a magnitude do efeito para estas diferenças, revelou-se pequena. As duas amostras também se distinguiram quanto ao estado civil, tendo o grupo de vítimas com VRI apresentado uma maior percentagem de pessoas solteiras e divorciadas e uma menor percentagem de participantes casados/união de facto e de viúvos. Quanto à situação profissional, o grupo de vítimas de VRI exibiu maior percentagem de indivíduos no ativo, de desempregados e de estudantes e menos participantes reformados, diferenciando os grupos entre si (Tabela 1). Os valores de V para o estado civil e situação profissional sugerem que as variáveis são relativamente independentes (Wagner & Gillespie, 2019).

Tabela 1

Características Sociodemográficas da amostra e comparação dos grupos com VRI e sem VRI

	Grupo com VRI (N = 209)					Grupo sem VRI (N = 163)								
Variável	***M***	***DP***	***Md***	**Min**	**Max**	***M***	***DP***	***Md***	**Min**	**Max**			***t***	***p***	*d*
Idade	30.01	10.49	26.00	18	67	34.35	13.54	28.00	18	70			-3.24	.001	-0.35
Escolaridade (anos)	13.99	3.02	15.00	2	22	13.20	3.40	13.00	4	22			2.33	.021	0.25
	n			%		*n*			%		χ^2	*V*			
Sexo Biológico											.05			.823	
Feminino	153			73.2		121			74.2						
Masculino	56			26.8		42			25.8						
Identidade de género											1.35			.508	
Mulher	151			72.2		119			73.0						
Homem	58			27.8		43			26.4						
Prefiro não referir	0			0.0		1			25.8						
Orientação Sexual											3.81			.432	
Heterossexual	190			90.9		147			90.2						
Homossexual	6			2.9		6			3.7						
Bissexual	8			3.8		6			3.7						
Outra	3			1.4		0			0.0						
Prefiro não dizer	2			1.0		4			2.5						
Estado Civil											14.63	.20		.002	
Solteiro	148			70.8		89			54.6						
Casado/União de facto	52			24.9		68			41.7						
Divorciado	8			3.8		3			1.8						
Viúvo	1			0.5		3			1.8						
Situação Profissional											8.44	.15		.038	
Ativo	135			64.6		116			71.2						
Desempregado	13			6.2		7			4.3						
Reformado	1			0.5		6			3.7						
Estudante	60			28.7		34			20.9						

Nota. VRI = violência nas relações de intimidade; Min = valo mínimo; Max = valor máximo; *V* = V de Crammer

Na Tabela 2, encontra-se descrita a estatística descritiva em relação às variáveis analisadas e a sua comparação nos grupos com VRI e no grupo sem VRI (i.e., sem vitimização e sem perpretação). De acordo com a mesma tabela, o grupo de vítimas de VRI apresentou valores médios significativamente superiores em relação aos seguintes construtos: sintomatologia de PTSD, memórias de ameaça durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores, dissociação peritraumática medida pela falta de consciência e pela despersonalização/desrealização, dificuldades na regulação emocional e vergonha interna e externa. A magnitude do efeito para a diferença significativa relacionada com a sintomatologia da PTSD revelou-se moderada. As restantes diferenças significativas encontradas, acima referidas, exibiram valores da magnitude do efeito pequenos (Cohen (1998). Os grupos não se diferenciaram em relação às memórias de desvalorização durante a infância/adolescência,

indicando que as vítimas de VRI não se caracterizam por ter experienciado uma maior desvalorização (Tabela 2).

Tabela 2

Médias, desvios-padrão, medianas, valores mínimos e máximos para as variáveis em estudo nos grupos com VRI e sem VRI e comparação destas variáveis em função dos grupos

	Grupo com VRI (N = 209)					Grupo sem VRI (N =163)							
Variável	***M***	***DP***	***Md***	**Min**	**Max**	***M***	***DP***	***Md***	**Min**	***Max***	***t***	***p***	***d***
Sintomatologia de PTSD (PCL-5)	42.27	16.47	39.00	20	92	32.60	14.61	27.00	20	86	5.99	< .001	0.62
Vergonha Externa (EISS_VE)	4.95	3.42	4.00	0	16	3.96	3.39	4.00	0	16	2.77	.006	0.29
Vergonha Interna (EISS_VI)	4.43	3.59	4.00	0	16	3.28	3.29	2.00	0	16	3.18	.002	0.33
Falta de consciência (PDEQ)	7.50	3.95	6.00	4	20	5.81	3.36	4.00	4	20	4.47	< .001	0.46
Despersonalização/desrealização (PDEQ)	7.22	4.03	6.00	4	20	5.69	3.31	4.00	4	20	4.03	< .001	0.41
Dificuldade de regulação emocional (DERS	2.12	0.72	1.93	1	4	1.83	0.71	1.66	1.0	4.67	3.80	< .001	0.40
Ameaça (ELES)	13.08	6.48	11.00	7	35	10.82	5.27	9.00	7	35	3.72	< .001	0.38
Desvalorização (ELES)	8.85	3.45	9.00	3	15	8.84	3.43	9.00	3	15	0.02	.986	-

Nota.; *M* = média; *DP* = desvio padrão; *Md* = mediana; Min = valor mínimo; Máx = valor máximo; *t*= teste-*t de Student*; *p* = significância estatística; *d* = d de Cohen.

Para testar uma das principais hipóteses deste estudo**,** explorámos, no grupo com VRI, a força das associações das potenciais variáveis explicativas dos sintomas da PTSD incluídas neste estudo - experiências de ameaça e de desvalorização na infância, dissociação peritraumática (falta de consciência e despersonalização/desrealização), (des)regulação Emocional e vergonha (interna e externa) - com a referida sintomatologia. Os valores das correlações encontram-se reportados na Tabela 3. Como se pode ver nesta tabela, adicionámos à matiz de correlações que incluem as variáveis acima referidas, a idade e os anos de escolaridade por se terem diferenciado entre os grupos de vítimas de VRI e sem experiências de VRI (de vitimação e de perpetração). Embora as memórias de desvalorização na relação com os pais/cuidadores durante a infância/adolescência não se distinguissem entre os referidos grupos, optámos por não as eliminar das análises efetuadas na amostra de vítimas de VRI (conforme Tabela 3), devido à escassez de evidencias empíricas prévias sobre a sua associação com a PTSD em vítimas de VRI.

De acordo com Cohen (1988), os sintomas da PTSD apresentaram correlações positivas e fortes com a vergonha externa e interna, a falta de consciência e a despersonalização/desrealização (dissociação peritraumática), bem como com dificuldades na regulação emocional. A associação entre os sintomas da PTSD e as memórias de ameaça e de desvalorização durante a infância/adolescência revelaram-se positivas, mas a correlação em relação à ameaça foi moderada e em relação à desvalorização foi fraca. A idade dos participantes mostrou uma associação negativa e fraca com os sintomas da PTSD. Por fim, esta sintomatologia e os anos de escolaridade não apresentaram uma correlação significativa entre si (Tabela 3).

Tabela 3

Matriz de correlação de Pearson entre os sintomas da PTSD e potenciais variáveis explicativas desta sintomatologia no grupo com VRI (N = 209)

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**
1.Sintomatologia de PTSD (PCL-5)	1								
2.Vergonha externa (EISS)	.52**	1							
3.Vergonha interna (EISS)	.58**	.80**	1						
4.Falta de consciência (PDEQ)	.53**	.41**	.42**	1					
5.Despersonalização/ desrealização (PDEQ)	51**	.40**	45**	.86**	1				
6. Dificuldades de regulação emocional (DERS)	.64**	.47**	.59**	.42**	.41**	1			
7. Ameaça (ELES)	.35**	.27**	.32**	.31**	.33**	.25**	1		
8. Desvalorização (ELES)	.20**	.25**	.33**	.14**	.14*	.18*	.47**	1	
9. Idade	-.22**	-.04	-.22**	-.12	-.09	-.25**	-.02	.-.04	1
10. Escolaridade (anos)	.02	-.00	.05	.05	0.5	.11	.01	.07	-.27**

*Nota. PTSD = P*erturbação de Stresse Pós-traumático*;* PCL-5 = Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5; EISS = External and Internal Shame Scale; PDEQ = Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire; DERS = Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form; ELES = Early Life Experiences Scale.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Com a finalidade de analisar uma outra hipótese central deste estudo relativa aos diversos tipos de VRI, nomeadamente, física, psicológica, sexual, económica e perseguição, poderem apresentar associações com os sintomas da PTSD e com as variáveis que consideramos poderem contribuir para explicarem estes sintomas, procedemos ao cálculo dos valores de correlações entre tais variáveis, disponibilizados na Tabela 4. Para a VRI sexual e económica foram empregues correlações de Spearman (identificadas na Tabela 4), uma vez que, de acordo com Kline (2016), apresentam desvios severos à distribuição normal.

Tabela 4

Matriz de correlação de Pearson e ró de Sperman entre os tipos de VRI, sintomas da PTSD e potenciais variáveis explicativas desta sintomatologia no grupo de vítimas de VRI (N = 209)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.Sintomatologia da PTSD (PCL-5)[a]	1													
2.Vergonha externa (EISS) [a]	.52**	1												
3.Vergonha interna (EISS) [a]	.58**	.80**	1											
4. Falta de consciência (PDEQ)	.53**	41**	.42**	1										
5. Despersonalização/desrealização (PDEQ) [a]	.51**	.40**	.45**	.86**	1									
6. Dificuldades de regulação emocional (DERS)	.64**	.47**	.59**	.42**	.41**	1								
7.Ameaça (ELES) [a]	.35**	.27**	.32**	.31**	.33**	.25**	1							
8.Desvalorização (ELES) [a]	.20**	.25**	.33**	.14	.14*	.18*	.47**	1						
9. Idade	-.22	-.04	-.22**	-.12	-.09	-.25**	-.02	-.04	1					
10. Escolaridade (anos)	.02	-.00	.05	.05	.05	11	.00	.07	-.27**	1				
11.Perseguição (IPV) [a]	.23**	.10	.08	.38**	.32**	.13	.15*	.06	-.02	-.04	1			
12. Violência Psicológica (IPV) [a]	.28**	.15**	.11	.43**	.36**	.13	.15*	.05	-.03	.-.01	.89**	1		
13. Violência Física (IPV) [a]	.17*	.08	.05	.31**	.30**	.12	.11	.06	.07	.-.04	.76**	.79**	1	
14. Violência Sexual (IPV) [b]	.26**	.24**	.20**	.29**	.23**	.22**	.20**	-.05	-.06	-.14	.37**	.38**	.34**	1
15. Violência Económica (IPV) [b]	.09	.07	.11	.12	.11	.05	.13	.14*	.22*	-.21**	-.24**	.33**	.43**	.24**

Nota. *PTSD = P*erturbaçao de Stresse Pós-traumático*;* PCL-5 = *Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM*-5; EISS = *External and Internal Shame Scale*; PDEQ = *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnair*e; DERS = *Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form*; ELES = *Early Life Experiences Scale;* IPV = *Intimate Partner Violence Check List.*

[a] coeficientes de correlação de Pearson. [b] coeficientes de correlação ró de Spearman.

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Na amostra de vítimas, por ordem decrescente da grandeza de valores, a VRI psicológica, sexual, perseguição e física apresentaram correlações positivas e significativas, embora fracas, com a sintomatologia da PTSD. A VRI económica não se correlacionou com os referidos sintomas (Tabela 4).

Relativamente às restantes variáveis de interesse neste estudo, a VRI psicológica associou-se positiva e moderadamente com a dissociação peritraumática, nomeadamente com a falta de consciência e a despersonalização/desrealização. Apresentou também correlações positivas fracas com as memórias de ameaça durante a infância/adolescência e com a vergonha externa (Tabela 4).

A VRI sexual mostrou estar associada positiva e significativamente com a vergonha externa e interna, com memórias de ameaça durante a infância/adolescência, com a dissociação peritraumática (falta de consciência e despersonalização/desrealização) e com a desregulação emocional (Tabela 4).

A VRI física endossada pelos participantes tendeu a aumentar significativamente com o aumento da falta de consciência e a despersonalização/desrealização (dissociação peritraumática). Estas relações foram moderadas (Tabela 4).

Por fim, a VRI económica foi o único tipo de violência que se mostrou possuir correlações significativas com memórias de desvalorização durante a infância/adolescência, com a idade e com os anos de escolaridade. Estas correlações foram positivas e fracas, exceto os anos de escolaridade que se correlacionaram fraca mas negativamente com a VRI económica (Tabela 4).

Destacamos algumas associações estatisticamente significativas anteriormente descritas, independentemente da força dessas correlações. Todos os tipos de VRI estudados, exceto a VRI económica, associaram-se com os sintomas da PTSD. A falta de consciência e a despersonalização/desrealização (dissociação peritraumática) revelaram associações com todos tipos de VRI, com exceção da VRI económica. As dificuldades em regular as emoções, curiosamente, só se correlacionou com a VRI sexual. A idade e a escolaridade apenas revelaram associações com a VRI económica, tendo estas sido positiva para a idade e negativa para os anos de escolaridade. As restantes variáveis de interesse deste estudo que apresentaram correlações significativas com os tipos de VRI mudaram em função destes tipos de violência (Tabela 4).

Saliente-se também que as correlações obtidas entre os vários tipos de violência foram todas significativas e positivas, indicando que quando um tipo de VRI aumenta, tende a aumentar

outro(s) tipo(s) de VRI. Concretamente, a VRI perseguição exibiu associações fortes com VRI física e VRI psicológica, uma associação moderada com a VRI sexual e uma associação fraca VRI económica. A VRI psicológica associou-se fortemente com a VRI física e VRI perseguição, bem como moderadamente com a VRI sexual e a VRI económica. Quando a VRI física aumentou, aumentaram moderadamente a VRI sexual e a VRI económica. A VRI económica exibiu uma correlação fraca com a VRI sexual (Tabela 4).

Discussão

O presente estudo apresenta dados preliminares nacionais que visam minorar o diminuto conhecimento científico em Portugal sobre a elevada prevalência da PTSD em vítimas de VRI, bem como o contributo de experiências adversas na infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores, dissociação peritraumática, (des)regulação emocional e da vergonha para a presença e/ou manutenção da referida perturbação mental nesta população. Este estudo possibilitou também uma caracterização das vítimas de VRI, através da sua comparação com o grupo sem VRI (i.e., sem vitimização e perpretação).

Relativamente à caracterização do grupo com VRI, os resultados sugerem que este, em comparação ao grupo sem VRI, apresentou valores significativamente maiores de sintomatologia de PSPT. Este dado é sustentado por estudos prévios que comprovaram a existência de PTSD em vítimas de VRI em comparação a não vítimas (Golding, 1999; Dillon et al. 2013; Johnson et al., 2022; White et al., 2024), sendo que a VRI é identificada como um fator de risco para o desenvolvimento da PTSD. Os dados do presente estudo também identificaram que o grupo com VRI se caracteriza por apresentarem valores significativamente superiores de memórias de ameaça durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores, dissociação peritraumática medida pela falta de consciência e pela despersonalização/desrealização, dificuldades na regulação emocional e vergonha interna e externa em comparação ao grupo sem VRI. No que diz respeito ao grupo com VRI apresentar valores significativamente superiores de memórias de ameaça durante a infância/adolescência na relação com os pais/cuidadores em comparação com o grupo sem VRI, estes resultados podem ser comprovados por um estudo de meta-análise realizado por Zhu e colaboradores (2024) que enfatizam a estreita relação entre VRI e experiências adversas na infância. Estes resultados podem ser explicados pela teoria da aprendizagem social de Albert Bandura (Bandura, 1977) que explica de que forma os indivíduos aprendem certos comportamentos através da observação do comportamento dos outros. Em relação às dificuldades na regulação emocional, o grupo com VRI apresentou valores

significativamente superiores em comparação ao grupo sem VRI. Este ultimo dado é igualmente corroborado pela literatura existente, sendo que vitimas de VRI têm sido associadas a perturbações no estilo de vinculação, assim como na regulação emocional, levando a um comprometimento da capacidade de regular adequadamente reações emocionais, resultando na tendência para responder de forma disfuncional durante circunstâncias normais (Cloitre et al., 2005). Em relação ao grupo de VRI apresentar valores significativamente superiores de dissociação peritraumática em comparação com o grupo sem VRI, estes resultados são concordantes com resultados de estudos anteriores que verificaram que vitimas de VRI vivenciam significativamente maiores taxas de todos os tipos de dissociação em comparação a mulheres da comunidade geral (Dorahy, Lewis, & Wolfe, 2007). Todos os resultados anteriormente descritos comprovam a nossa hipótese inicial de que as mencionadas variáveis estudadas apresentam valores significativamente maiores nas vitimas de VRI comparativamente às pessoas sem experiências de VRI.

No que concerne ao segundo objetivo em estudo, explorou-se no grupo com VRI, a força das associações das potenciais variáveis explicativas dos sintomas de PTSD presentes neste estudo com a referida sintomatologia. Os resultados obtidos indicam que os sintomas da PTSD apresentam correlações positivas e fortes com a vergonha externa e interna, sendo que os resultados em causa são suportados por outros resultados de estudos que encontraram uma associação entre a PTSD e a vergonha (DiMauro & Renshaw, 2018; Beck et al, 2011; Street & Arias, 2001), uma vez que a vergonha pode reforçar o sentido de ameaça permanente característico da PTSD (Dodson & Beck, 2016). Estes resultados também são corroborados por estudos efetuados em diversas populações, como por exemplo num estudo efetuado com veteranos prisioneiros de guerra expostos a trauma, onde se verificou existir uma associação entre a vergonha e PTSD (Leskela et al, 2002; Camp, 2022). Também os sintomas de PTSD mostraram associações positivas e fortes com a dissociação peritraumática, o que reforça os resultados apresentados num estudo de meta-análise realizado em adultos, que consideraram a dissociação peritraumática como o preditor mais forte de sintomatologia de PTSD (Breh & Seidler, 2007; Ozer et al., 2003; Zoellner et al., 2002). No que diz respeito à associação entre a PTSD e a desregulação emocional, estes resultados podem ser confirmados através de vários estudos que sugerem que mulheres vítimas de VRI possuem uma maior dificuldades em regular as emoções que, consequentemente, irá contribuir para a severidade da sintomatologia da PTSD, independentemente do tipo de VRI (Simpson et al., 2022; Weiss et al. 2019; Lilly & Lim, 2013). Contrariamente ao previsto, os sintomas de PTSD mostraram associações positivas moderadas e fracas com as memórias de ameaça e desvalorização, respetivamente. Desconhece-se literatura

empírica que tenha analisado a relação entre memórias de ameaça e de desvalorização por parte dos pais/cuidadores e a PTSD em vítimas de VRI. No entanto, num estudo realizado por Tabb e colaboradores (2022) com participantes recrutados em centros de trauma na Filadélfia, nos Estados Unidos, foram encontradas associações fortes entre PTSD e condições adversas vivenciadas na infância, como por exemplo, negligência por parte dos pais/ cuidadores (Tabb et al., 2022). Estes resultados são compreensíveis, uma vez que a presença de memórias de ameaça e de desvalorização por parte dos pais/cuidadores, favorece a internalização de relações críticas, tanto consigo mesmo, como na sua relação com os outros, levando à utilização de estratégias de proteção disfuncionais, como o humor deprimido e a autocritica. Estas estratégias, por sua vez, irão contribuir para uma regulação emocional disfuncional que irá perpetuar uma sensação continua de ameaça, aumentando assim a vulnerabilidade à PTSD (Lee & James, 2012; Sloman & Gilbert, 2000). A idade dos participantes mostrou uma associação negativa e fraca com os sintomas da PTSD e os anos de escolaridade não apresentaram uma correlação significativa entre si, sendo que estes resultados são consistentes com os resultados de um estudo realizado por Wilson e colaboradores (2011), em que não foram encontradas associações significativas entre as variáveis sociodemográficas e a PTSD (Wilson et al., 2011).

Um outro objetivo central deste estudo era verificar as associações entre os diversos tipos de VRI (física, psicológica, sexual, perseguição e económica) com os sintomas da PTSD e com as variáveis que se consideram poderem contribuir para explicarem esta sintomatologia. Os resultados encontrados por Eshelman e Pico-Alonso de que todos os tipos de VRI estudados associaram-se com os sintomas da PTSD, comprovam igualmente as referidas associações neste estudo (Eshelman & Levendosky, 2012; Pico-Alfonso, 2005; Pico-Alfonso et al., 2006). No presente estudo, a VRI económica foi o único tipo de violência que não se correlacionou com a sintomatologia de PTSD, contrariamente ao que se tem observado através de resultados prévios, que mostram uma associação significativa entre PTSD e VRI económica (Johnson et al., 2022; Sauber et al., 2020; Schrag et al., 2019).

No que diz respeito aos tipos de VRI, a VRI psicológica associou-se positiva e moderadamente com a dissociação peritraumática (falta de consciência e a despersonalização/desrealização). Em relação aos resultados descritos, desconhecem-se estudos que apresentem resultados para a associação entre VRI psicológica e dissociação peritraumática. Contudo, num estudo realizado com mulheres que relataram abuso psicológico na infância, estas apresentaram com mais frequência experiências dissociativas (Ferguson & Dacey, 1997). A VRI psicológica também mostrou uma associação com a desregulação emocional, resultado este concordante com os resultados do estudo realizado por Simpson e colaboradores (2021) com

mulheres que reportaram um histórico de VRI. Contrariamente ao esperado, a VRI psicológica apresentou correlações positivas mas fracas com a vergonha externa, já que a literatura sugere uma associação positiva e significativa entre abuso emocional e vergonha, indicando que quanto maior for o abuso, maiores os níveis de vergonha experienciados pelas vitimas (Beck et al., 2011). Um resultado curioso do presente estudo diz respeito à associação positiva mas fraca entre VRI psicológica e memórias de ameaça durante a infância/adolescência, uma vez que a literatura sugere que pessoas que experienciaram qualquer forma de maus tratos na infância foram mais propensos a relatar que a VRI emocional e/ou física eram uma característica do seu relacionamento atual (Abajobir et al., 2017).

No que diz respeito à VRI sexual mostrar uma associação positiva e significativa com a vergonha (externa e interna), estes resultados são demonstrados por resultados de um estudo realizado por Vidal e Petrak (2007), em mulheres vítimas de VRI. Wilson e colaboradores (2011) numa amostra de sobreviventes de VRI em casos de envolvimento da polícia, examinaram a relação entre vergonha e VRI, sendo que vitimas de VRI sexual reportaram maiores níveis de vergonha, em comparação a vitimas de VRI física (Wilson et al., 2011). A VRI sexual mostrou-se também positivamente associada com memórias de ameaça durante a infância/adolescência, resultados estes concordantes com a literatura existente (Jones et al., 2018; Widom et al., 2008). Existem possíveis razões para esta associação, sendo que, de acordo com Wyatt e colaboradores, vítimas de abuso na infância, nomeadamente negligência por parte dos pais/cuidadores, podem ter dificuldades em desenvolver competências sociais mais adaptativas para lidar com emoções e, consequentemente, formar relações saudáveis e duradoras (Wyatt et al., 2000). Foram também encontradas associações entre a dissociação peritraumática e a VRI sexual, sendo que, apesar de haver estudos limitados que tenham analisado a dissociação em vítimas de VRI, há alguns estudos que demostraram uma associação significativa entre dissociação e consequente revitimização sexual em mulheres. Estes resultados podem ser explicados, segundo Cloitre e colaboradores (1997), uma vez que estes afirmam que elevados níveis de dissociação em mulheres traumatizadas podem fazer com que estas se tornem “alvos fáceis” para os predadores sexuais (Cloitre et al., 1997). De acordo com os resultados do presente estudo, a VRI sexual também mostrou uma associação positiva e significativa com a desregulação emocional, resultados estes comprovados por diversos estudos (Berzenski & Yates, 2010; Dugal et al., 2018; Simpson et al, 2021). No que concerne à VRI física possuir uma tendência a aumentar significativamente com o aumento da falta de consciência e a despersonalização/desrealização (dissociação peritraumática), estes resultados são corroborados pelo estudo de Iverson e colaboradores (2013), uma vez que os autores sugeriram que a dissociação pode reduzir a

capacidade de uma pessoa perceber os sinais de perigo, o que pode explicar porque é que pessoas que experienciam dissociação são mais propensas a serem revitimizadas.

No que concerne aos resultados relacionados com a VRI económica, este foi único tipo de violência que mostrou possuir correlações significativas com memórias de desvalorização durante a infância/adolescência, com a idade e com os anos de escolaridade. No que diz respeito à VRI económica e a sua correlação com memórias de desvalorização durante a infância, desconhecem-se estudos empíricos que tenham analisado diretamente esta relação. No entanto, há vários estudos que mostram de que forma é que indivíduos que vivenciaram abuso, negligência ou disfunção familiar na infância possuem um risco acrescido de sofrer de VRI na adultez (Zhu et al., 2024). Esta relação pode ser explicada, uma vez que estes eventos podem influenciar as dinâmicas de poder nos relacionamentos, muitas das vezes culminado em formas de controlo económico por parte de um parceiro abusivo (Liao, et al., 2021).

No que diz respeito à correlação entre VRI económica e idade, esta apresentou uma correlação positiva mas fraca, o que vai de encontro aos resultados encontrados num estudo de Mellar e colaboradores (2024), que identificaram que mulheres mais novas tiveram uma menor prevalência de qualquer tipo de VRI económica, enquanto mulheres mais velhas apresentaram, pelo menos, um ato de VRI económica (Mellar et al., 2024) Já em relação à associação entre os anos de escolaridade e a VRI económica, estes correlacionaram-se fraca mas negativamente. Estes resultados podem ser explicados através dos resultados de um estudo realizado por Postmus e colaboradores (2012), visto que indivíduos com um maior nível de escolaridade experienciam menores níveis de violência doméstica (Postmus et al., 2012).

Os resultados alcançados salientam também que as correlações obtidas entre os vários tipos de violência foram todas significativas e positivas, indicando que quando um tipo de VRI aumenta, tende a aumentar outro(s) tipo(s) de VRI, resultados estes concordantes com um estudo realizado por Yalch e Rickman (2021) (Yalch and Rickman, 2021).

Este estudo contribuiu para aprofundar o conhecimento científico em Portugal sobre a presença da PTSD em vítimas de VRI bem como o contributo de experiências adversas na infância/adolescência na relação com os cuidadores, da dissociação peritraumática, da (des)regulação emocional e da vergonha para a presença e/ou manutenção da referida perturbação mental. Uma vez que, se desconhecem estudos científicos que tenham analisado a relação entre memórias de ameaça e de desvalorização por parte dos pais/cuidadores e a PTSD em vítimas de VRI, este estudo torna-se pioneiro, contribuindo assim para o aumento do conhecimento nesta área. Ainda assim devem ser elaboradas novas pesquisas com vista a aumentar o conhecimento científico sobre esta temática, contribuindo assim para ganhos em

saúde psicológica em pessoas que sofram com este tipo de perturbação. É importante estudos que aprofundem a compreensão da etiologia e manutenção da gravidade da sintomatologia em vitimas de VRI culminando, assim no desenvolvimento de intervenções para reduzir a sintomatologia nesta população.

Apesar dos resultados favoráveis e dos contributos deste estudo, este apresenta algumas limitações que devem ser minimizadas em estudos posteriores. As principais limitações do presente estudo são: (a) a utilização do método de amostragem por conveniência e o tamanho das amostras, que não garantem a representatividade e a consequente generalização dos resultados, (b) a utilização de instrumentos de autorresposta que podem ter tido influência na precisão das respostas dadas pelos participantes (c) os participantes podem não fornecer respostas honestas devido ao estigma associado à VRI por medo de represálias por parte da população em geral, o que poderá ter levado a um viés das suas respostas. Outra limitação do presente estudo, incide sobre o facto de a VRI económica não se ter revelado internamente consistente. De qualquer das formas, achamos precoce eliminá-la do presente estudo, uma vez que não existem dados psicométricos validados para a população portuguesa, sendo que o estudo sobre as características psicométricas da IPV-M encontra-se, atualmente, em curso.

Sugerimos que, futuramente, o presente estudo seja replicado em amostras maiores de vítimas de VRI, de forma a garantir a representatividade e generalização dos resultados, que se utilizem análises longitudinais, de forma a verificar as relações causais entre as diferentes variáveis.

Referências

Abajobir, A. A., Kisely, S., Williams, G. M., Clavarino, A. M., & Najman, J. M. (2017). *Substantiated childhood maltreatment and intimate partner violence victimization in young adulthood: A birth cohort study*. *Journal of youth and adolescence*, *46*, 165-179.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Author. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychological Association (APA). (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5th ed., text rev.). *Author. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787*

Apoio à Vítima (APAV). (2022, novembro). Estatísticas APAV: Vítimas no Feminino. https://apav.pt/apav_v3/index.php/pt/estatisticas-apav

Archer J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological bulletin*, *126*(5), 651–680. https://doi.org/10.1037/0033-2909.126.5.651

Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2020). Folha informativa: Homens vítimas de violência nas relações de intimidade. https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/FI_HomensVitimas_2020.pdf

Bandura, A. (1977*). Social learning theory*. Prentice Hall.

Banyard, V. L., Williams, L. M., & Siegel, J. A. (2001). The long-term mental health consequences of child sexual abuse: An exploratory study of the impact of multiple traumas in a sample of women. *Journal of traumatic stress*, *14*, 697-715. https://doi.org/10.1023/A:1013085904337

Bardeen JR, Kumpula MJ, & Orcutt HK (2013). Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. Journal of Anxiety Disorders, 27(2), 188–196. https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.003

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.

Becker, K. D., Stuewig, J., & McCloskey, L. A. (2010). Traumatic stress symptoms of women exposed to different forms of childhood victimization and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(9), 1699-1715.

Bennett, D. S., Sullivan, M. W., & Lewis, M. (2005). Young children's adjustment as a function of maltreatment, shame, and anger. Child maltreatment, 10(4), 311-323.

Berzenski, S. R., & Yates, T. M. (2010). Research on intimate partner violence: A developmental process analysis of the contribution of childhood emotional abuse to relationship violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 19*(2), 180–203. https://doi.org/10.1080/10926770903539474

Bleyins, 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

Bott, S., Guedes, A., Ruiz-Celis, A. P., & Mendoza, J. A. (2019). Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Revista panamericana de salud publica*, *43*.

Bowlby, J. (1988). A secure base: Clinical applications of attachment theory. London: Routledge.

Breh, D. C., & Seidler, G. H. (2007). Is peritraumatic dissociation a risk factor for PTSD?. *Journal of Trauma & Dissociation*, *8*(1), 53-69.

Brooks, R., Bryant, R. A., Silove, D., Creamer, M., O'Donnell, M., McFarlane, A. C., & Marmar,

Brown, J., Burnette, M. L., & Cerulli, C. (2015). Correlations between sexual abuse histories, perceived danger, and PTSD among intimate partner violence victims. *Journal of interpersonal violence*, *30*(15), 2709-2725. https://doi.org/10.1177/0886260514553629

Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotion regulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *19*(8), 801-819. https://doi.org/10.1080/10926771.2010.522947

C. R. (2009). The latent structure of the Peritraumatic DissociativeExperiences Questionnaire. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 153–157. http://dx.doi.org/10.1002/jts.20414

Camp, A. R. (2022). *From Experiencing Abuse to Seeking Protection: Examining the Shame of Intimate Partner Violence*. UC Irvine L. Rev., 13, 103.

Capinha, M., Rijo, D., Pereira, M., & Matos, M. (2022). 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*, 1–18. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s10610-022-09514-w

Caponnetto, P., Lenzo, V., Sardella, A., Prezzavento, G. C., Casu, M., & Quattropani, M. C. (2024). Breaking the Silence: Exploring Peritraumatic Distress and Negative Emotions in Male and Female Physical Domestic Violence Victims. *Health Psychology Research*, *12*. https://doi.org/10.52965/001c.92900

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 [Dissertação de mestrado, não publicada, em psicologia clínica - Área de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais]. Repositório ISMT.

Caridade, S., & Machado, C. (2006). Violência na intimidade juvenil: Da vitimação à perpetração. Repositório UFP. http://hdl.handle.net/10284/8027

Carvalho, M. T. J. (2017). *Perturbação pós-stresse traumático de guerra: Avaliação psicológica e modelo preditivo dos sintomas* (Doctoral dissertation, Universidade de Coimbra (Portugal).

Carvalho, T. Teixeira, C. & Pinto-Gouveia, J. (2018). *Versão Portuguesa da Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Dados Preliminares sobre as Propriedades Psicométricas.* Repositório do ISMT. https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/9b625da1-4310-4f79-8ed4-376b89acd705/content

Carvalho, T., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., & da Motta, C. (2018). Comparison and structual invariance of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire in Portuguese Colonial War Veterans. *Traumatology*, 24(1). https://doi.org/10.1037/trm0000134

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., Benedito, L., Gomes, C., da Motta, C., & Capinha, M. (2022). Versão Portuguesa da *Intimate Violence and Traumatic Affect Scal*e. [Instrumento não publicado]. Instituto Superior Miguel Torga

Carvalho, T., da Motta, C., Capinha, M., & Benedito, L. (2022a). *Questionário Sociodemográfico*. [Instrumento não publicado]. Instituto Superior Miguel Torga.

Centers for Disease Control and Prevention (2020, June 1). *Intimate Partner Violence, Sexual Violence, and Stalking Among Men*. Retrieved December 28, 2023, from https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/men-ipvsvandstalking.html#print

Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior therapy*, *36*(2), 119-124.

Cloitre, M., Scarvalone, P., & Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of traumatic stress*, *10*(3), 437-452. https://doi.org/10.1002/jts.2490100309

Coelho, S. A., Castilho, P., & Gouveia, J. P. (2010). Recordação de experiências de ameaça e subordinação na infância, auto-criticismo, vergonha e submissão: a sua contribuição para a depressão em estudantes universitários. *Psychologica*, (52-II), p. 449-474. https://doi.org/10.14195/1647-8606_52-2_19

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

Costa, D., Hatzidimitriadou, E., Ioannidi-Kapolou, E., Lindert, J., Soares, J. J. F., Sundin, Ö., Toth, O., & Barros, H. (2016). Male and female physical intimate partner violence and socio-economic position: a cross-sectional international multicentre study in Europe. *Public health*, 139, 44–52. https://doi.org/10.1016/j.puhe.2016.05.001

Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). *Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos*. Repositório UM. https://hdl.handle.net/1822/14244

Charuvastra, A., & Cloitre, M. (2008). Social bonds and posttraumatic stress disorder. *Annual review of psychology*, *59*, 301–328. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085650

Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março. Diário da República n.º 63/1995, Série - I-A de 1995-03-15. Acedido em dezembro 28, 2023, em https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675

Desmarais, S. L., Reeves, K. A., Nicholls, T. L., Telford, R. P., & Fiebert, M. S. (2012). Prevalence of physical violence in intimate relationships, Part 1: Rates of male and female victimization. *Partner abuse*, *3*(2), 140-169. DOI: 10.1891/1946-6560.3.2.140

Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., ... & Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS medicine*, *10*(5), e1001439. Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). *Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. International journal of family medicine*, *2013*(1), 313909.

DiMauro, J., & Renshaw, K. D. (2018). *Trauma-related disclosure in sexual assault survivors' intimate relationships: Associations with PTSD, shame, and partners' responses. Journal of Interpersonal violence*, *36*(3-4), NP1986-2004NP.

Dixon, L., & Graham-Kevan, N. (2011). Understanding the nature and etiology of intimate partner violence and implications for practice and policy. *Clinical psychology review*, *31*(7), 1145–1155. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.07.001

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

Dorahy, M. J., Lewis, C. A., & Wolfe, F. A. M. (2007). Psychological distress associated with domestic violence in Northern Ireland. *Current Psychology: A Journal for Diverse Perspectives on Diverse Psychological Issues*, *25*(4), 295–305.

Doris C. Breh PhD & Günter H. Seidler MD (2007) Is Peritraumatic Dissociation a Risk Factor for PTSD?, Journal of Trauma & Dissociation, 8:1, 53-69, DOI: 10.1300/J229v08n01_04

Dugal, C., Girard, M., Bélanger, C., Sabourin, S., Bates, E. A., & Godbout, N. (2018). Psychological intimate partner violence and childhood cumulative trauma: The mediating role of affect dysregulation, maladaptive personality traits, and negative urgency. *Journal of interpersonal violence*, *36*(11-12), 5101-5121.

Ein-Dor, T., Doron, G., Solomon, Z., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2010). Together in pain: attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of counseling psychology*, *57*(3), 317. https://doi.org/10.1037/a0019500

Eshelman, L., & Levendosky, A. A. (2012*). Dating violence: Mental health consequences based on type of abuse*. *Violence and victims*, *27*(2), 215-228.

Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? Journal of Affective Disorders, 70(1), 1–17. https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00351-2

Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, *38*(4), 319–345. https://doi.org/10.1016/s0005-7967(99)00123-0

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, *14*(4), 245-258.

Ferguson, K. S., & Dacey, C. M. (1997). Anxiety, depression, and dissociation in women health care providers reporting a history of childhood psychological abuse. *Child Abuse & Neglect*, *21*(10), 941-952.

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

Ferriani, M. D. G. C., Campeiz, A. B., Martins, J. E., Aragão, A. D. S., Roque, E. M. D. S. T., & Carlos, D. M. (2019). Understanding and contextualizing teen dating violence. Escola Anna Nery, 23.https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-20180349

García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C. and Abrahams, N. (2013) *Global and Regional Estimates of Violence against Women: Prevalence and Health Effects of Intimate Partner Violence and Non-Partner Sexual Violence.* World Health Organization, Geneva. https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.307547

Gilbar, O., & Ford, J. (2020). Indirect effects of PTSD and complex PTSD in the relationship of polyvictimization with intimate partner violence victimization and perpetration among men in mandated treatment. *European journal of psychotraumatology*, *11*(1), 1794653.https://doi.org/10.1080/20008198.2020.1794653

Gilbar, O., Gnall, K. E., Cole, H. E., & Taft, C. T. (2020). Posttraumatic stress disorder, intimate partner violence, and trauma-informed intervention. *Violence and Mental Disorders*, 115-134. https://doi.org/10.1007/978-3-030-33188-7_7

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

Gilbert, P., & Andrews, B. (Eds.). (1998). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology, and culture.* Oxford University Press.

Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evaluation of social rank. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *7*(3), 174–189. https://doi.org/10.1002/1099-0879(200007)7:3<174::AID-CPP236>3.0.CO;2-U

Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualisation and overview, with treatment implications. In P. Gilbert & J. Miles (Eds.), *Body shame: Conceptualisation, research and treatment* (pp. 3-54). Brunner.

Gilbert, P., Cheung, M. S. P., 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: An International Journal of Theory & Practice*, *10*(2), 108-115. https://doi.org/10.1002/cpp.359

Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles and the differences in shame and guilt. *Social Research, 70*, 1205-1230.

Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty: A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion: Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9–74). London: Routledge.

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

Gilbert, P. (2007). The evolution of shame as a marker for relationship security. In J. L. Tracy, R. W. Robins & J. P. Tangney (Eds.), *The Self-conscious emotions: Theory and research* (pp. 283-309). Guilford Press.

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., & Tirch, D. (2009). Emotional memory, mindfulness and compassion. In F. Didonna (Ed.), *Clinical Handbook of Mindfulness* (pp. 99–110). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-0-387-09593-6_7

Glaser, D. (2000). Child abuse and neglect and the brain—A review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41(1), 97–116. https://doi.org/10.1111/1469-7610.00551

Gouveia, J. P., Xavier, A., & Cunha, M. (2016). Assessing early memories of threat and subordination: Confirmatory Factor Analysis of the Early Life Experiences Scalefor adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *25*, 54-64. https://doi.org/10.1007/s10826-015-0202-y

Golding, J.M. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence* **14**, 99–132 (1999). https://doi.org/10.1023/A:1022079418229

Hansen, N. B., Eriksen, S. B., & Elklit, A. (2014). Effects of an intervention program for female victims of intimate partner violence on psychological symptoms and perceived social support. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 24797. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24797

Hines, D. A., & Douglas, E. M. (2011). Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Men Who Sustain Intimate Partner Violence: A Study of Helpseeking and Community Samples. *Psychology of men & masculinity*, *12*(2), 112–127. https://doi.org/10.1037/a0022983

Iverson, K. M., Litwack, S. D., Pineles, S. L., Suvak, M. K., Vaughn, R. A., & Resick, P. A. (2013). Predictors of intimate partner violence revictimization: The relative impact of distinct PTSD symptoms, dissociation, and coping strategies. *Journal of traumatic stress*, *26*(1), 102–110. https://doi.org/10.1002/jts.21781

Johnson, D. M., Zlotnick, C., & Perez, S. (2008). The relative contribution of abuse severity and PTSD severity on the psychiatric and social morbidity of battered women in shelters. *Behavior Therapy*, *39*(3), 232-241.

Johnson L., Chen Y., Stylianou A., Arnold A. (2022). Examining the impact of economic abuse on survivors of intimate partner violence: A scoping review. *BMC Public Health*, 22(1), 1014. https://doi.org/10.1186/s12889-022-13297-4

Johnson, D. M., Zlotnick, C., & Gonzalez, A. (2022). Treatment of post-traumatic stress disorder in survivors of intimate partner violence. In R. Geffner, J. W. White, L. K. Hamberger, A. Rosenbaum, V. Vaughan-Eden, & V. I. Vieth (Eds.), *Handbook of interpersonal violence and abuse across the lifespan: A project of the National Partnership to End Interpersonal Violence Across the Lifespan (NPEIV)* (pp. 3223–3246). Springer Nature Switzerland AG. https://doi.org/10.1007/978-3-319-89999-2_149

Jones, M. S., Worthen, M. G., Sharp, S. F., & McLeod, D. A. (2018). Life as she knows it: The effects of adverse childhood experiences on intimate partner violence among women prisoners. Child Abuse & Neglect, 85, 68–79. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.005

Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 38*(3), 443–455. https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3

Kline, R. B. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling, 4th ed* (pp. xvii, 534). Guilford Press.

Kolbe, V., & Büttner, A. (2020). *Domestic violence against men—prevalence and risk factors*. Deutsches Ärzteblatt International, 117(31-32), 534. 10.3238/arztebl.2020.0534

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet (London, England), 360*(9339), 1083–1088. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)11133-0

Kuijpers, K. F., Van der Knaap, L. M., & Winkel, F. W. (2012). Victims' Influence on Intimate Partner Violence Revictimization: An Empirical Test of Dynamic Victim-Related Risk Factors. *Journal of Interpersonal Violence*, *27*(9), 1716-1742. https://doi.org/10.1177/0886260511430389

Laffaye, C., Kennedy, C., & Stein, M. B. (2003). Post-traumatic stress disorder and health-related quality of life in female victims of intimate partner violence. *Violence and victims, 18*(2), 227–238. https://doi.org/10.1891/vivi.2003.18.2.227

Langhinrichsen-Rohling, J., Selwyn. C., Lathan, E. (2022). *The US mental health care system's response to intimate partner violence: A call to action*. In R. Geffner, J.

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

Leemis R.W., Friar N., Khatiwada S., Chen M.S., Kresnow M., Smith S.G., Caslin, S., & Basile, K.C. (2022). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey: 2016/2017 Report on Intimate Partner Violence.* Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.

Lei n.º 59/2007, de 4 de setembro. Diário da República n.º 170/2007, Série I de 2007-09-04. Assembleia da República. Acedido em dezembro 29, 2023, em https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/59-2007-640142

Leskela, J., Dieperink, M., & Thuras, P. (2002). Shame and posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 15(3), 223-226.

Liao, H., Yan, C., Ma, Y., & Wang, J. (2021). Impact of adverse childhood experiences on older adult poverty: mediating role of depression. *Frontiers in public health*, *9*, 749640.

Lilly, M. M., & Hong (Phylice) Lim, B. (2013*). Shared pathogeneses of posttrauma pathologies: Attachment, emotion regulation, and cognitions*. *Journal of Clinical Psychology*, *69*(7), 737-748. DOI: 10.1002/jclp.21934

Lisboa, M., Barroso, Z., Patrício, J., & Leandro, A. (2009). *Violência e género: Inquérito nacional sobre a violência exercida contra mulheres e homens*. Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. https://run.unl.pt/bitstream/10362/56714/1/Viol_ncia_e_G_nero.pdf

Lopes, B., & Pinto-Gouveia, J. (2005). Portuguese version of the "General Paranoia Scale." Unpublished manuscript

Lopes, C. (2022). *Como fazer citações e referências: Guia prático da norma APA (2020, 7ª edição)*. Repositório ISPA. http://hdl.handle.net/10400.12/8617

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

Lutwak., N. (2018) *The Psychology of Health and Illness: The Mental Health and Physiological Effects of Intimate Partner Violence on Women*, *The Journal of Psychology*, 152:6, 373-387, DOI: 10.1080/00223980.2018.1447435

Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. Behaviour Research and Therapy, 43(5), 569–583. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.04.004

Machado, A., Santos, A., Graham-Kevan, N., & Matos, M. (2019). The prevalence of Bi-Directional intimate partner violence reported by Portuguese men. *International journal of law, crime and justice*, 57, 83-90. https://doi.org/10.1016/j.ijlcj.2019.03.002

Matlow, R. B., & DePrince, A. P. (2013). The influence of victimization history on PTSD symptom expression in women exposed to intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *5*(3), 241–250. https://doi.org/10.1037/a0027655

Melander, L. A., Noel, H., & Tyler, K. A. (2010). Bidirectional, unidirectional, and nonviolence: a comparison of the predictors among partnered young adults. *Violence and victims*, 25(5), 617–630. https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.5.617

Mellar, B. M., Fanslow, J. L., Gulliver, P. J., & McIntosh, T. K. (2024). *Economic Abuse by An Intimate Partner and Its Associations with Women's Socioeconomic Status and Mental Health. Journal of Interpersonal Violence*, 08862605241235140.

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

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011). An attachment perspective on interpersonal and intergroup conflict. In J. P. Forgas, A. W. Kruglanski, & K. D. Williams (Eds.), The psychology of social conflict and aggression (pp. 19–35). Psychology Press. DOI:10.1037/a0022503

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Solomon, Z. (2015). An attachment perspective on traumatic and posttraumatic reactions. In M. P. Safir, H. S. Wallach, & A. "S." Rizzo (Eds.), *Future directions in post-traumatic stress disorder: Prevention, diagnosis, and treatment* (pp. 79–96). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-7522-54

Miller, E., & McCaw, B. (2019). Intimate partner violence. *New England Journal of Medicine*, 380(9), 850-857. https://doi.org/10.1056/NEJMra1807166

Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C., & Abrahams, N. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organization. Retrieved December 28 from https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625

Morina, N., Wicherts, J. M., Lobbrecht, J., & Priebe, S. (2014). Remission from post-traumatic stress disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of long term outcome studies. *Clinical psychology review*, *34*(3), 249–255. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.03.002

Muñoz-Rivas, M., Bellot, A., Montorio, I., Ronzón-Tirado, R., & Redondo, N. (2021). Profiles of emotion regulation and post-traumatic stress severity among female victims of intimate partner violence. *International journal of environmental Research and Public Health*, 18(13), 6865. https://doi.org/10.3390/ijerph18136865

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

Niolon, P. H., Kearns, M., Dills, J., Rambo, K., Irving, S., Armstead, T., & Gilbert, L. (2017). *Preventing intimate partner violence across the lifespan: A technical package of programs, policies, and practices.* National Center for Injury Prevention and Control, Division of Violence Prevention.

O'Keefe, M. (1998). Factors mediating the link between witnessing interparental violence and dating violence. *Journal of Family Violence*, 13, 39-57. https://doi.org/10.1023/A:1022860700118

Oliveira, M., & Sani, A. I. (2009). *A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro.* Repositório UFP. http://hdl.handle.net/10284/1325

Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003*). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis*. *Psychological bulletin*, *129*(1), 52.

Palmetto, N., Davidson, L. L., Breitbart, V., & Rickert, V. I. (2013). Predictors of physical intimate partner violence in the lives of young women: victimization, perpetration, and bidirectional violence. *Violence and victims*, *28*(1), 103–121. https://doi.org/10.1891/0886-6708.28.1.103

Perry, D. G., Hodges, E. V. E., & Egan, S. K. (2001). Determinants of chronic victimization by peers: A review and new model of family influence. In J. Juvonen & S. Graham (Eds.), *Peer harassment in school: The plight of the vulnerable and victimized* (pp. 73–104). Guilford Press.

Perez, S., Johnson, D. M., Walter, K. H., & Johnson, N. (2012b). The role of PTSD and length of shelter stay in battered women's severity of reabuse after leaving shelter. Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma, 21, 776–291. https://doi.org/10.1080/10926771.2012.702712

Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Edições Sílabo.

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

Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of women's health*, *15*(5), 599-611.

Postmus, J. L., Plummer, S. B., McMahon, S., Murshid, N. S., & Kim, M. S. (2012). Understanding economic abuse in the lives of survivors. *Journal of interpersonal violence*, *27*(3), 411-430.

Powers, A., Cross, D., Fani, N., & Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. Journal of psychiatric research, 61, 174-179.

Randle, A. A., & Graham, C. A. (2011). A review of the evidence on the effects of intimate partner violence on men. Psychology of Men & Masculinity, 12(2), 97–111. https://doi.org/10.1037/a0021944

Ridings, L. E., Beasley, L. O., Bohora, S., Espeleta, H. C., & Silovsky, J. F. (2021). The Role of social support on depression among vulnerable caregivers reporting bidirectional physical violence. *Journal of Interpersonal violence*, *36*(5-6), NP2800–NP2822. https://doi.org/10.1177/0886260518767913

Rivara, F., Adhia, A., Lyons, V., Massey, A., Mills, B., Morgan, E., Simckes, M., & Rowhani-Rahbar, A. (2019). The Effects Of Violence On Health. *Health affairs (Project Hope)*, *38*(10), 1622–1629. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00480

Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Montero-Piñar, I., Vives-Cases, C., Rodríguez-Barranco, M., & G6 for the Study of Gender Violence in Spain (2017). Prevalence of intimate partner violence in Spain: A national cross-sectional survey in primary care. *Atencion primaria*, *49*(2), 93–101. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2016.03.006

Safe Communities Portugal (SCP; s/d). *Domestic Violence.* Acedido em 27, outubro, 2023, em https://www.safecommunitiesportugal.com/find-information/domestic-violence/

Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *Lancet (London, England)*, *399*(10327), 803–813. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02664-7

Sauber, E. W., & O'Brien, K. M. (2020). Multiple losses: The psychological and economic well-being of survivors of intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, *35*(15-16), 3054-3078.

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

Simpson, L. E., Raudales, A. M., Reyes, M. E., Sullivan, T. P., & Weiss, N. H. (2021). Intimate partner violence and posttraumatic stress symptoms: Indirect effects through negative and positive emotion dysregulation. *Journal of interpersonal violence*, *37*(15-16), NP14008-NP14035.

Sloman, L., & Gilbert, P. (Eds.). (2000). *Subordination and defeat: An evolutionary approach to mood disorders and their therapy*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Smith, R. H., Webster, J. M., Parrott, W. G., & Eyre, H. L. (2002). The role of public exposure in moral and nonmoral shame and guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(1), 138–159. https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.1.138

Sousa, C. (2021). *A violência bidirecional em relações de intimidade: uma revisão sistemática*. [Dissertação de mestrado, Universidade Lusófona]. Repositório Científico Lusófona. http://hdl.handle.net/10437/12663

Spencer, C., Mallory, A. B., Cafferky, B. M., Kimmes, J. G., Beck, A. R., & Stith, S. M. (2019). Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Psychology of Violence*, 9(1), 1–17. https://doi.org/10.1037/vio0000156

Stein, S. F., Galano, M. M., Grogan-Kaylor, A. C., Clark, H. M., Ribaudo, J. M., & Graham-Bermann, S. A. (2022). Predictors of Intimate Partner Violence Victimization by Multiple Partners Over a Period of 8 Years. *Journal of traumatic stress*, *35*(1), 222–234. https://doi.org/10.1002/jts.22723

Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and victims*, *16*(1), 65-78.

Tabb, L. P., Rich, J. A., Waite, D., Alberto, C., Harris, E., Gardner, J., ... & Corbin, T. J. (2022). Examining associations between adverse childhood experiences and posttraumatic stress disorder symptoms among young survivors of urban violence. *Journal of urban health*, *99*(4), 669-679. https://doi.org/10.1007/s11524-022-00628-4

Taft, C. T., & Lawrence, A. E. (2013). Shame, posttraumatic stress disorder, and intimate partner violence perpetration. https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.10.002

Tangney, J. P. (1999). The self-conscious emotions: Shame, guilt, embarrassment and pride. In T. Dalgleish & M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 541–568). John Wiley & Sons Ltd. https://doi.org/10.1002/0470013494.ch26

Tangney, J. P., Stuewig, J., & Mashek, D. J. (2007). Moral emotions and moral behavior. *Annual review of psychology*, *58*, 345–372. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070145

Tangney, J. P., & Tracy, J. L. (2012). Self-conscious emotions. In M. Leary & J. P. Tangney (Eds.), Handbook of self and identity (2nd ed., pp. 446-478). Guilford Press.

The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (2021). *Intimate Partner Violence.* *https://www.cdc.gov/violenceprevention/intimatepartnerviolence/index.html*

Transparent Statistics in Human-Computer Interaction working group (2019). *Transparent Statistics Guidelines*. http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1186169

Troisi, G. (2018). Measuring intimate partner violence and Traumatic affect: Development of VITA, na Italian scale. *Frontiers in psycology*, 9, 1282. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01282

Truman, J. L., & Morgan, R. E. (2022). Violent victimization by sexual orientation and gender identity, 2017-2020. US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.

Vidal, M. E., & Petrak, J. (2007). Shame and adult sexual assault: A study with a group of female survivors recruited from an East London population. *Sexual and Relationship Therapy*, *22*(2), 159-171.

Visser, M., Overbeek, M. M., De Schipper, J. C., Schoemaker, K., Lamers-Winkelman, F., & Finkenauer, C. (2016). Mother–child emotion dialogues in families exposed to interparental violence. *Journal of Child Custody*, *13*(2-3), 178-198.

Voth Schrag, R. J., Robinson, S. R., & Ravi, K. (2019). Understanding pathways within intimate partner violence: Economic abuse, economic hardship, and mental health. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *28*(2), 222–242. https://doi.org/10.1080/10926771.2018.1546247

Walsh, K., DiLillo, D., & Scalora, M. J. (2011). The cumulative impact of sexual revictimization on emotion regulation difficulties: An examination of female inmates. Violence against women, 17(8), 1103-1118. doi:10.1177/1077801211414165.

W. White, L. K. Hamberger, A. Rosenbaum, V. Vaughan-Eden, & V. I. Vieth (Eds.), *Handbook of interpersonal violence and abuse across the lifespan: A project of the National Partnership to End Interpersonal Violence Across the Lifespan (NPEIV)* (pp. 3119–3148). Springer Nature Switzerland AG.

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

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). National Center for PTSD -Standard [Measurement instrument]. https://www.PTSD.va.gov/

Weiss, N. H., Nelson, R. J., Contractor, A. A., & Sullivan, T. P. (2019). Emotion dysregulation and posttraumatic stress disorder: A test of the incremental role of difficulties regulating positive emotions. *Anxiety, Stress, & Coping*, *32*(4), 443-456. doi: 10.1080/10615806.2019.1618842

Widom, C. S., Czaja, S. J., & Dutton, M. A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *Child abuse & neglect*, *32*(8), 785-796.

Wilkinson, L., & Task Force on Statistical Inference, American Psychological Association, Science Directorate. (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, C. K., Samuelson, K. W., Zenteno, C. B., & Sorsoli, L. (2012). Relationships between past trauma exposures and PTSD among survivors of intimate partner violence. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 21, 540–554. https://doi.org/10.1080/10926771.2012.680575.

Wilson, J. S., West, M. J. F., Messing, J. T., Brown, M. S., Patchell, M. B., & Campbell, J. C. (2011). *Factors related to posttraumatic stress symptomatology in women experiencing police-involved intimate partner violence*. Advances in Nursing Science, 34, E14–E28. doi:10.1097/ANS.0b013e318227241d

World Health Organization (WHO). (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Author. https://www.who.int/publications/i/item/9789241564007

World Health Organization (WHO). (2013). *Responding to intimate partner violence and .sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.* https://www.who.int/publications/i/item/9789241548595

World Health Organization. (2021, March 9). *Violence against women*. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

World Health Organization (WHO). (2021b). *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018*. Author. Retrieved December 28, 2023, from https://www.paho.org/en/node/79085

World Health Organization. (2022, October 6). Preventing intimate partner violence improves mental Health. Retrieved December 28, 2023, from https://www.who.int/news/item/06-10-2022-preventing-intimate-partner-violence-improves-mental-health**.**

World Health Organization. *The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. World Health Organization. Author.

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, *310*(20), 2191–2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Yalch, M. M., & Rickman, S. R. (2021). *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.

Zhu, J., Exner-Cortens, D., Dobson, K., Wells, L., Noel, M., & Madigan, S. (2024). *Adverse childhood experiences and intimate partner violence: A meta-analysis*. *Development and psychopathology*, *36*(2), 929-943.

Zoellner, L. A., Alvarez-Conrad, J., & Foa, E. B. (2002). Peritraumatic dissociative experiences, trauma narratives, and trauma pathology. *Journal of traumatic stress*, *15*, 49-57.