



Stess pós-traumático e violência conjugal

Post-traumatic stress disorder and spousal violence

Carla Isabel Mota Carvalho,
Sónia Mafalda Ribeiro,

Universidade Lusófona do Porto, Portugal

Journal for Educators, Teachers and Trainers, Vol. 5 (2)

<http://www.ugr.es/~jett/index.php>

Fecha de recepción: 02 de abril de 2014

Fecha de revisión: 08 de abril de 2014

Fecha de aceptación: 07 de mayo de 2014

Carvalho, C. y Ribeiro, S. (2014). Stess pós-traumático e violência conjugal. *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, Vol. 5(2), pp. 47– 59.



Journal for Educators, Teachers and Trainers, Vol. 5 (2)

ISSN 1989 – 9572

<http://www.ugr.es/~jett/index.php>

Stess pós-traumático e violência conjugal

Post-traumatic stress disorder and spousal violence

Carla Isabel Mota Carvalho, carla.carvalho@ul.pt
Sónia Mafalda Ribeiro, soperib@gmail.com

Universidade Lusófona do Porto, Portugal

Resumo

Este estudo pretende explorar a temática relativa às consequências da Violência Conjugal nas suas vítimas do sexo feminino, especialmente no contexto do Distúrbio Pós Stress Traumático. O Distúrbio Pós Stress Traumático na Violência Conjugal tem sido uma área negligenciada de pesquisa. Em Portugal desconhecem-se trabalhos efetuados nesta área. Este foi o factor principal que nos impeliu para o estudo que aqui apresentamos. O principal objetivo é a análise da relação entre violência conjugal e Distúrbio Pós Stress Traumático. O estudo foi desenvolvido numa amostra constituída por 63 mulheres vítimas de Violência Conjugal (VC), que se encontravam acolhidas em instituições particulares de solidariedade social, destinadas a esse efeito. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Avaliação do Distúrbio Pós Stress Traumático e o questionário sócio biográfico. O nosso estudo é considerado uma investigação não experimental onde se pretende testar empiricamente as relações entre Violência Conjugal e o DSPT e as relações entre as características sociais e o Distúrbio Pós Stress Traumático. Neste design de investigação a população alvo é selecionada em função de experiências já decorridas, passadas, que pretendemos analisar. A análise estatística foi efetuada com o programa de tratamento estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versão 16.0.

Abstract

This study aims to explore the thematic as far as the consequences of conjugal violence on female victims are concerned, especially in the context of the Post-Traumatic Stress Disorder. PTSD in the context of conjugal violence has been a neglected area of research. In Portugal we have no knowledge of studies in this area. This was our main motivation for the present text. The main goals are the analysis of the relations between conjugal violence and Post Traumatic Stress Disorder and the Post Traumatic Stress Disorder and the personal net. This study was developed in a sample constituted by 63 women who had been victims of conjugal violence and who were sheltered by institutions aimed for those cases. The instruments used were the Evaluation Scale of the Post-Traumatic Stress Disorder and the Social-Biographic Questionnaire. Our study is considered a non-experimental research which aims to empirically test the relationship between Domestic Violence and PTSD, and between social characteristics and PTSD. In this research design the target population is selected based on experiences we intend to analyze that have already occurred. Statistical analysis was performed with SPSS statistical analysis program (Statistical Package for Social Sciences), version 16.0.

Palabras clave

Violência conjugal; distúrbio pós stress traumático; mulheres; vítimas

Keywords

Conjugal Violence; post- traumatic stress disorder; women; victims

1. Introdução

Já no séc. XVI escritores como Shakespear descreviam pesadelos, tremores, medo constante e comportamento fóbico como efeitos de exposição a eventos traumáticos (Kinzie, 1989). A partir do início do século XX a literatura começou a descrever as sequelas psicológicas de indivíduos que estiveram expostos a traumas intensos. Para este facto contribuiu, decididamente, o diagnóstico de síndromas clínicos específicos deste distúrbio nos soldados da 1^a Guerra Mundial.

Kardiner (1941) foi o primeiro a apresentar uma definição sistemática de Stress Pós Traumático na América. Este autor descreveu as cinco principais características do distúrbio como: “*persistence of startle response and irritability; proclivity to explosive outbursts of aggression; fixation on the trauma; constriction of the general level of personality functioning, and atypical dream life*” (Van Der Kolk & Saporta, 1991: 201). Sugeriu que o primeiro sintoma seria um reflexo condicionado, relacionado com o desenvolvimento da irritabilidade e sintomas psicossomáticos nos pacientes.

Com a 2^a Guerra Mundial passa a existir um considerável interesse pelo Distúrbio Pós Stress Traumático (DPST). Os soldados apresentavam sintomas comuns, nomeadamente grande ansiedade, pesadelos, depressão, comportamentos agressivos e problemas de relacionamento interpessoal. Em consequência surgiram termos como neuroses traumáticas de guerra, stress de combate ou reação intensa de stress, para designar as alterações psiquiátricas apresentadas pelos ex-combatentes.

O reconhecimento das neuroses da 2^a Guerra Mundial levou a que, em 1952, fosse contemplado no DSM-I, como categoria de Neurose Traumática, a reação intensa de stress que foi reconhecida internacionalmente nos anos 60. Já no DSM-II é classificado o trauma psicológico de maneira generalista, criando as categorias de Perturbações Situacionais Transitórias e Reacções de Ajustamento (Keane, 1989). Em 1980, com o Manual Estatístico de Diagnóstico da Associação de Psiquiatria Americana (DSM-III) este Distúrbio passou a figurar como entidade clínica no grupo das desordens de ansiedade. Também com a inclusão do DPST no DSM-III o “*interest in understanding psychological responses to traumatic, life-threatening, and otherwise stressful events has increased substantially*” (Sutker et al., 1999 : 444).

Ficaram assim, definitivamente, postos de lado conceitos obsoletos como neurose de guerra e o dogma psicanalítico de que todas as neuroses têm origem na infância. Passa a dar-se importância fundamental ao facto de que qualquer situação traumática, que esteja para além da capacidade humana, pode atuar como um desencadeador para o desenvolvimento de reações patológicas.

Em Portugal, o conceito Post-Traumatic Stress Disorder foi traduzido no DSM-III como Distúrbio de Stress Pós Traumático e, mais tarde, no DSM-IV (1994) aparece com a tradução de Perturbação Pós-Stress Traumático. No entanto, no 1º Encontro Nacional sobre Stress Traumático, em 1995, ficou estipulado que a correta tradução seria Distúrbio Pós Stress Traumático, pois trata-se de um distúrbio que surge depois de um stress traumático (Ventura & McIntrye, 1997). Segundo Anunciação (1997) muitos dos trabalhos portugueses existentes sobre o DPST estão relacionados com as situações de Guerra. No entanto, existem estudos, realizados no séc. XX, que relatam a ocorrência de stress psicológico intenso em vítimas de desastres naturais, em sobreviventes de Hiroshima, em vítimas de acidentes de viação e outros.

Já nas duas últimas décadas, um grande número de investigadores demonstraram que o DPST também ocorre em muitos sobreviventes de violência interpessoal e familiar (Walker, 1994; Bryeret al., 1987; Davidson & Foa, 1991; Gelinas, 1983; Herman, 1986; Koss, 1990), situação de que nos ocuparemos particularmente neste nosso trabalho.

2. Distúrbio pós stress traumático

O DSPTé caracterizado por um conjunto de sintomas que podem surgir quando o sujeito é exposto a um evento traumático (DSM-IV, 1994). Segundo Ventura & McIntyre (1997) o DSPT é uma perturbação psiquiátrica que, para ser definida, requer a avaliação da sua natureza, gravidade e duração dos agentes de stress relacionados entre si, as suas propriedades sociais, físicas e a totalidade do impacto do agente de stress no tempo. Todos estes fatores estão presentes no DSM-IV (1994) que define o DSPT através de cinco critérios.

A: Caracterização do evento traumático. É-se exposto a um acontecimento traumático quando “*a pessoa experimentou, observou ou foi confrontada com um acontecimento ou acontecimentos que envolveram ameaça de morte, morte real ou ferimento grave ou ameaça à integridade física do próprio ou de outro; a resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de falta de ajuda ou horror*” (Idem: 439).

B: O revivenciar o evento traumático integra cinco sintomas, como: “*lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções; sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento; comportamentos ou sensações idênticas às que ocorreriam se o acontecimento traumático estivesse a re-ocorrer (inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de flashback dissociativos, incluindo os que ocorrem ao acordar ou quando intoxicado); mal-estar psicológico intenso com exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático; reatividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático*”.

C: consiste no persistente evitamento, pelo sujeito, dos estímulos associados com o trauma e numa anestesia emocional geral. São sete os comportamentos que integram este critério: esforços de evitamento de pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma; evitamento de pessoas, lugares ou atividades que provocam as revivências do evento traumático; incapacidade para lembrar aspectos importantes do acontecimento traumático; desinteresse por atividades que, anteriormente ao evento traumático, eram significativas para o sujeito; sentimentos de desvinculação ou estranheza perante os outros; restrição dos afetos; expectativas encurtadas em relação ao futuro e ausência de projetos familiares, profissionais ou de desenvolvimento normal de vida. Destes sete comportamentos o sujeito deve evidenciar pelo menos três.

D: Segundo DSM-IV (1994: 440) este critério diz respeito a sintomas de ativação fisiológica (não existentes antes do trauma) e é indicado por dois ou mais dos seguintes sintomas: dificuldades em adormecer ou em permanecer a dormir; irritabilidade ou excessos de cólera; dificuldades de concentração; hiper vigilância; respostas fisiológicas aumentadas perante acontecimentos que façam relembrar o acontecimento traumático.

E: Considera-se necessário, para diagnosticar o DSPT, que a duração dos sintomas dos critérios B, C e D se manifestem pelo menos durante um mês. No entanto, para a maioria dos autores este prazo é totalmente arbitrário (Lemos, 1995).

F: o DSPT origina mau estar ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou em qualquer outra área importante para o funcionamento do sujeito.

Para caracterizar o início e a duração dos sintomas do DPST, o DSM-IV (1994) relata que podem ser utilizados três especificadores que passamos a expor: *agudo* (quando a duração dos sintomas é inferior a 3 meses); *crónico* (quando os sintomas duram 3 ou mais meses); e com *início dilatado* (indica que já ocorreram pelo menos 6 meses entre o acontecimento traumático e o início dos sintomas).

De referenciar que este distúrbio pode ser particularmente intenso ou duradouro quando o agente agressor é de natureza humana e a probabilidade de ser desenvolvido aumenta face à intensidade e à proximidade física do agente agressor (DSM-IV, 1994), situação que ocorre com o nosso objeto de estudo: a Violência Conjugal.

Face à sintomatologia, diversos autores (Horowitz, 1979; Fairbank, Keane & Malloy, 1983;) destacam dois grupos: o do Critério B, relativo à fase de intrusão/revivência, e o do Critério C, que constitui a fase de negação/evitamento. Estes sintomas são processados de forma alternada (Litzet al., 2000; Horowitzetal. (1986), cit. por Taylor et al., 1998).

A fase de intrusão/revivência manifesta-se pela sistemática lembrança do acontecimento traumático, através de sintomas intrusivos, acompanhada de ansiedade e reações de medo. É intermitente, física e específica do DPST (Davidson & Foa, 1991). A fase de negação/evitamento consiste na fuga a pensamentos ou sensações associadas ao acontecimento traumático que possam desencadear essas sensações. Caracteriza-se por um embotamento geral das reações que consiste na restrição dos afetos, no desligar-se dos outros, na ausência de projetos pessoais e perda de interesse por atividades que, antes do acontecimento traumático, eram significativas para o sujeito (*Ibidem*). A negação/evitamento consiste fundamentalmente na designada amnésia psicógena, caracterizada por comportamentos de desvinculação. Estudos efetuados sugerem que o evitamento é menos proeminente nas fases iniciais do DPST mas pode aumentar de frequência mais tarde. No domínio psicossocial é de referir que o contacto existente entre o sujeito e a comunidade é reduzido.

3. Distúrbio Pós Stress Traumático em Mulheres Vítimas de Violência Conjugal

Diversos investigadores sugerem que a principal patologia desenvolvida por estas mulheres é o DPST (Koss, 1990; Schlee, Heyman& O'Leary, 1998; Stark & Flitcraft, 1995; Walker, 1991; Walker, 1994; Goodman *et al.*, 1993; Resnicket al., 1993; Cascardiet al., 1995; Cascardi, O'Leary &Schlee, 1999; Whisman, 1999; Browne, 1993; Emery&Laumann-Billings, 1998; Jordanet al., 1992).

Cascardi, O'Leary &Schlee (1999) apresentam a sistematização de 12 estudos que comprovam a existência deste distúrbio em mulheres vítimas¹ de VC. Nesta análise verificamos, a disparidade entre as percentagens é elevada, sendo a mais baixa de 31%, no estudo de Gleason realizado em 1993, e a mais elevada de 84%, no estudo de Kempet *et al.*, de 1987. Segundo Cascardi, O'Leary &Schlee (1999: 228), a disparidade destas percentagens pode ser atribuída a "variable sample composition and size (e.g., community-based agency, shelter, clinic), assessment methods (e.g., range of symptoms assessed, self report versus clinician-administered interview), and help seeking behavior."

A investigação do DPST em mulheres vítimas de abuso pelos companheiros tem sido realizada, quase exclusivamente, em mulheres residentes em instituições destinadas a esse efeito (Schlee, Heyman& O'Leary, 1998; Cascardi, O'Leary &Schlee, 1999).

As investigações com mulheres vítimas de VC têm demonstrado que a severidade, o carácter recente e a forma de mau trato (verbal, emocional e físico) estão relacionados com o DPST. Este distúrbio em mulheres maltratadas pelos seus companheiros assume, na maioria das vezes, uma forma crónica e continuada (Walker, 1994; Schlee, Heyman& O'Leary,1998).

Alguns investigadores sugerem que o DPST possui uma maior probabilidade de desenvolvimento quando os eventos traumáticos ocorrem num ambiente que anteriormente era

¹ A literatura relativa ao DPST prefere o termo "sobrevivente" a "vítima". No entanto, a literatura referente à VC utiliza o termo vítima. "Whether the victim will indeed reach the status of survivor is not yet certain" (Schlee, Heyman& O'Leary, 1998: 2).

considerado pelas vítimas como seguro (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989). A VC, caracterizada por uma severa e frequente violência por parte do companheiro, faz com que esta coloque em causa a sua segurança (Cascardi, O'Leary & Schlee, 1999). Assim, as incontroláveis e imprevisíveis condições do abuso violam o pressuposto da vítima de que o seu ambiente imediato é seguro, o que contribui para o desenvolvimento de DPST.

Os sintomas de DPST nestas mulheres são similares a outros grupos também vítimas deste distúrbio, incluem distúrbios cognitivos, evitamento persistente e uma elevada activação dos sintomas ou distúrbios de ansiedade (Walker, 1994).

Os sintomas mais comuns do DPST em vítimas de VC são, segundo o estudo realizado por Cascardi, O'Leary & Schlee (1999), stress intenso das lembranças da agressão (55.9%), evitar pensamentos esentimentos (45.2%), acessos de cólera (40.5%) e sentimentos de afastamento dos outros (38.1%).

Face aos distúrbios cognitivos e de memória é de referir que as vítimas de VC re-experienciam o evento traumático, ou fragmentos desse mesmo evento, de uma forma espontânea ou em associação com um estímulo familiar. Do medo podem surgir *flashbacks* do abuso passado, pesadelos, que, na maior parte das vezes, refletem o medo destas mulheres de realizarem algo que possa despoletar a fúria do companheiro e desencadear a reação violenta deste (Walker, 1994). Não poderíamos deixar de referir que este medo "*elicited by the traumatic event also intensifies the need for protected attachments and may lead woman to move unwittingly from one abusive relationship to the next*" (Stark & Flitcraft, 1995: 169).

Outro distúrbio cognitivo é a confusão mental que pode ser similar à desordem de pensamento. Muitas vezes este distúrbio tem como objetivo um funcionamento protetor, ou seja, a mulher tenta proteger-se da consciência da inevitabilidade do próximo ataque violento.

Estas mulheres, normalmente, também apresentam um distúrbio cognitivo na área da atenção. Este distúrbio pode levar a estados dissociativos. Também este funcionamento cognitivo pode possuir uma função protetora, permitindo à mulher diminuir (temporariamente) a dor física e psicológica que experiência. Nos estados dissociativos mais severos, as mulheres vítimas descrevem que se vêm a agredir o seu companheiro.

Também algumas investigações sugerem que o abuso crónico, repetido, conduz a um estilo cognitivo pessimista, muitas vezes associado à depressão.

"In addition to fear generation and threat of future violence, repetitive and systematic physical and emotional attacks, characteristic of abusive relationships, also undermine an abused woman's self-esteem and may contribute to her view of herself as worthless, inadequate, unlovable, and deficient, and ultimately lead to depression" (Murphy & Cascardi (1995), cit. por Cascardi, O'Leary & Schlee, 1999, : 232).

Sensivelmente a 36% das mulheres vítimas é diagnosticado, em simultâneo, a ocorrência do DPST e Depressão (Cascardi, O'Leary & Schlee, 1999).

Em relação ao evitamento persistente, Walker (1994) refere que estas mulheres, muitas vezes, não têm outra opção senão esconder os seus sentimentos de raiva, medo ou alegria, uma vez que o exteriorizar pode ser o suficiente para despoletar outro ataque.

Assim, para evitar uma maior frequência de abusos ou minimizar a dor e o mal estar psicológico provocado pelo abuso, estas mulheres adotam estratégias de coping "[that] appear to have greater importance in situations of high stress (...). Different types of stressors may require different types of strategies for successful resolution" (Valentiner et al., 1996: 445). A negação, a minimização, a repressão, o ceticismo em relação aos outros são usadas extensivamente enquanto estratégias de coping. Estas estratégias são uma forma de estas mulheres dominarem os sentimentos que possuem de que já nada podem fazer contra a

violência dos companheiros (Stark & Flitcraft, 1995), que é o que Seligman (1975, cit. por Walker, 1991) denomina por *learned helplessness*.

O ceticismo das mulheres conduz ao seu isolamento social, embora este também seja imposto pelo abusador que, desta maneira, acredita que mantém o poder e controlo, acalma os seus próprios medos de ser abandonado e os seus intensos sentimentos irracionais de ciúmes e dificulta a procura de ajuda por parte da mulher. Estas mulheres também acreditam que quanto menos contactos sociais tiverem, menos razão os seus companheiros têm para serem violentos (Walker, 1994).

Segundo Walker, as mulheres vítimas apresentam, ainda, uma elevada ativação de comportamentos como ansiedade, fobias, desordens de alimentação, de sono, de disfunção sexual e hiper-vigilância ao mínimo sinal de perigo. Os sintomas psicofisiológicos, normalmente associados ao elevado *stress* e ansiedade, como palpitações no coração, dificuldades de respiração, ataques de pânico, nervosismo extremo, dores de estômago e doenças físicas, estão associados às demasiadas estimulações do sistema nervoso.

4. Metodologia

O nosso estudo obedece a um *design* característico de uma investigação não experimental (Pedhazur & Schmelkin, 1991), também designada por investigação de *designex-post facto*. Neste *design* de investigação os indivíduos são selecionados em função de experiências já decorridas, passadas, que pretendemos analisar. Neste caso, são 63 mulheres ex-vítimas de VC, que se encontram em instituições de acolhimento. Tratou-se de uma amostra não probabilística, de conveniência, devido aos condicionalismos das instituições. Os instrumentos de avaliação utilizados foram a Escala de Avaliação do Distúrbio Pós Stress Traumático, elaborada por McIntrye & Ventura (1996) e um questionário sócio biográfico.

De acordo com o modelo conceptual deste trabalho procuraremos testar empiricamente: 1) as relações entre a VC e o DPST; 2) as relações entre as características sociais da amostra e o DPST.

5. Caracterização da amostra

A idade das vítimas situa-se entre os 18 e os 60 anos. As classes mais predominantes são as dos 20 - 30 e dos 30 - 40 anos, com 73%. De registar um número muito restrito de vítimas com mais de 50 anos e com menos de 20 anos. A média de idades ronda os 34 anos, tratando-se, de mulheres muito jovens.

Em relação ao estado civil predominam as mulheres separadas de um casamento ou de uma união de facto (com 47,6% cada estado), isto é, o número de mulheres que se casaram ou que viveram em união de facto é similar. Registe-se a existência de um número limitado de divórcios (4,8%), o que poderá de alguma forma estar relacionado com o facto de estas mulheres se terem separado do companheiro há um curto espaço de tempo.

Em relação à escolaridade, somente 28,6% possuem habilitações superiores ao 2º ciclo do ensino básico e apenas 3,2% concluíram o ensino superior. Assim, as suas habilitações literárias distribuem-se, essencialmente, pelo 1º e 2º ciclo do ensino básico, com uma baixa prevalência de mulheres sem formação.

Ao nível profissional as vítimas situam-se no grupo detrabalhadoras não qualificadas (47,6%), pessoal dos serviços e vendedores (36,5%). Os restantes 15,9% distribuem-se pelos técnicos, profissionais de nível intermédio, pessoal administrativo e similares, operários, artífices e trabalhadores similares e sem profissão.

Em relação à situação profissional, a categoria mais predominante é a de trabalhadora por conta de outrem, com 49,2%, seguida da categoria de desempregada (31,8). As categorias de estudante, doméstica e pensionista têm uma representatividade muito baixa (19,0%).

O nível socioeconómico resulta da combinação das 3 variáveis anteriores. O nível baixo é o preponderante, com 96,8% das inquiridas e, 3,2% pertencem ao nível médio. Estes dados eram esperados uma vez que as inquiridas se encontravam integradas em IPSS.

Como já seria de esperar e tendo em conta as outras características expostas, 66,7% das mulheres vítimas não apresentam autonomia financeira, dependendo economicamente, das instituições onde se encontram integradas.

Uma vez que estas mulheres se encontram integradas em instituições, os seus agregados familiares são constituídos pelas próprias e seus filhos, pelo que consideramos pertinente a análise do número de filhos. Os números mais significativos são relativos às mulheres que possuem dois filhos, com uma taxa de 49,2%, seguida daquelas que tem um filho (22,2%). Apenas 8,0% das mulheres possuem mais que 3 filhos. A média da amostra é de 1,87, encontrando-se abaixo da dimensão média (3,4) do agregado familiar português.

No que respeita aos antecedentes familiares, somente 22,2% das mulheres afirmaram não existirem problemas, enquanto 47,6% afirmaram que os seus antecedentes familiares podem ser caracterizados como possuidores de vários problemas.

No grupo das vítimas, os problemas mais apontados foram a violência familiar, com 66,1%, e o alcoolismo, com uma taxa de 50,8%.

Pretendemos também abordar, na caracterização da amostra, as características pessoais das vítimas e do mau trato. Posteriormente, estudaremos a relação destas com outras variáveis do estudo.

A percentagem das vítimas que teve ou tem problemas com o álcool é reduzida. Só 6,3% das mulheres consideram que tinham problemas de alcoolismo; contudo este número aumentou no tempo em que decorreu a relação violenta para 11,1%. Após o *términus* da relação o problema do alcoolismo voltou a diminuir para 1,6%.

Estes números comparados com os consumos drogas é maior, visto que, antes da relação violenta 3,2% das mulheres referem terem tido problemas com drogas ilícitas, tendo este número aumentado para 4,8% durante a relação. Número que diminuiu para 0,0% após o terminar da relação violenta.

Destas mulheres 54% consideram que na sua infância existiu algo que as traumatizou. Sensivelmente 73% das inquiridas que referiram ter observado uma outra pessoa a experienciar um acontecimento traumático afirmaram ter observado situações de VC entre os seus progenitores.

Também 20,6% referem ter tido problemas psicológicos antes de se terem envolvido na relação, tendo todas elas necessitado de apoio especializado. 61,9% ocultavam ou tentavam ocultar o mau trato e 3 das mulheres que solicitaram apoio técnico (4,8%) consideram que foram culpabilizadas por estes, o que contribuiu para que permanecessem mais tempo na relação violenta.

Quadro 1: Características Pessoais

	Traumatização Infantil		Problemas Psicológicos Antes		Ocultação do Mau Trato		Culpabilização por Técnicos/Instituições	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sim	34	54,0	13	20,6	39	61,9	3	4,8
Não	29	46,0	50	79,4	24	38,1	60	95,2

Sensivelmente 77,8% das mulheres sujeitaram-se aos maus tratos conjugais mais de 3 anos, enquanto 14,3% se sujeitaram entre 1 a 3 anos. Somente 7,9% se sujeitou ao mau trato por um período inferior a um ano.

Em relação ao tempo a que já não se encontram sujeitas ao mau trato, destaca-se o período inferior a um ano, com uma taxa de 65,1%, seguido do prazo de 1 a 3 anos com 20,6% e por fim o período superior a 3 anos. Consideramos que o período que se destaca (inferior a um ano) está relacionado com o facto de as instituições realizarem o acolhimento durante o menor tempo possível.

Sensivelmente 98,4% das mulheres consideram que foram alvo de vários tipos de mau trato. 95,2% referiram o mau trato emocional; 98,4% indicaram o mau trato físico, 93,7% mencionaram o mau trato verbal e 69,8% mau trato sexual. Assim, o mau trato mais indicado foi o físico e menos indicado foi o sexual.

Por fim, relativamente à intensidade do mau trato, 65,0% das mulheres considera que foi "*Muito Fortemente Maltratada*"; 15,9% refere ter sido "*Fortemente Maltratada*" e "*Maltratada*" e só 3,2% é que diz ter sido pouco maltratada. Concluímos, assim, que a maior parte das mulheres que constituem a nossa amostra consideram que foram muito fortemente maltratadas.

6. Violência conjugal e o DPST

Com este estudo podemos concluir, que a VC constitui um acontecimento traumático capaz de gerar DPST. A conclusão relativa ao número de inquiridas que apresentam o diagnóstico de DPST (73%) é compatível com estudos anteriores que indicam a presença de DPST em mulheres vítimas de VC e que apresentam percentagens de 31% a 84%, como foi referido anteriormente. Já o DSM-IV (1994) apresenta uma prevalência de DPST que varia de 3% a 58%: não podemos, no entanto, esquecer que estes valores se reportam à prevalência geral de DPST, contrariamente ao que acontece com a nossa amostra, composta por mulheres vítimas de VC, institucionalizadas por essa razão. Além disso, não esqueçamos que 77,8% sujeitaram-se a maus tratos por um período superior a 3 anos, 61,9% ocultaram o mau trato e 65,1% só deixaram de estar sujeitas ao mesmo há menos de um ano. Assim, podemos dizer que se confirma a hipótese de que a frequência de diagnóstico e sintomatologia do DPST nas mulheres vítimas de VC é elevada.

Os dados recolhidos parecem, no entanto, não confirmar a hipótese de que a frequência do DPST depende do tempo de sujeição ao mau trato, da intensidade do mesmo ou do tempo a que as mulheres já não se encontram sujeitas a esse mau trato. Ou seja, independentemente da mulher se considerar como "*muito fortemente maltratada*" ou "*pouco maltratada*", de estar um maior ou menor espaço de tempo sujeita ao mau trato, ou de ter abandonado a relação há um menor ou maior espaço de tempo, ela parece poder ou não vir a desenvolver DPST. Em relação a estes resultados gostaríamos de sublinhar a necessidade de prosseguir o seu estudo dado que, por necessidades estatísticas, tivemos de aglutinar categorias anteriormente desdobradas. Por exemplo, em relação ao tempo de sujeição não podemos estudar o impacto de uma quebra da relação violenta durante um período inferior a 12 meses por contraposição com períodos mais longos.

De qualquer forma, e embora a literatura nos sensibilize para a importância da duração da exposição ao acontecimento traumático no desenvolvimento do DPST (DSM – IV, 1994; Kinzie,

1989), podemos desde já concluir sobre as consequências negativas da VC, independentemente da sua duração e da avaliação subjetiva da sua intensidade. Talvez este resultado possa ajudar a comunidade em geral a perceber o risco que a violência comporta para os sujeitos, não sujeitando as vítimas a um processo de vitimização secundária como aquela que ocorre quando alguém diz a uma mulher que se queixa e pede ajuda: “*Tem mesmo a certeza que quer fazer queixa? Não se vai arrepender nem mudar de ideias?*”, “*É melhor não me envolver pois entre marido e mulher, ninguém mete a colher*”.

A relação entre DPST e nível socioeconómico parece confirmar-se no nosso estudo, pois as mulheres que pertencem ao nível baixo apresentam uma maior expressão de diagnóstico de DPST. Este facto está de acordo com as indicações teóricas, em que o desemprego e as dificuldades financeiras estão associadas ao DPST. Inclusivamente, Brewin, Andrews & Valentine (2000) relatam inúmeros estudos que também chegam a esta conclusão. Levantamos a hipótese de que os sujeitos com um nível socioeconómico mais elevado terão um maior apoio e estímulo para o reenquadramento dos problemas, facilitando-lhes novas leituras, o que poderá estar relacionado com o facto de estas pessoas deterem um grau de profissão mais especializado e um maior nível de escolaridade (variáveis consideradas na classificação socioeconómica).

No entanto, as vítimas com diagnóstico de DPST apresentam uma profissão menos especializada quando comparadas com aquelas que não apresentam o distúrbio, o que não é de estranhar, uma vez que a profissão, tal como já foi referido, é tida em conta para a classificação do nível socioeconómico.

Como já referimos, a relativa homogeneidade da nossa amostra não nos permite, neste momento, compreender exaustivamente a influência destas variáveis que tomámos como moderadoras embora, em termos de intervenção, possamos desde já afirmar a importância do trabalho com estas mulheres. O estudo da sua rede social pessoal mostrou-nos a importância das relações de natureza institucional, habitualmente muito menos preponderantes noutras populações. Sem dúvida que o facto de estas mulheres estarem institucionalizadas pode ter feito saturar estes resultados, enviesando assim a nossa compreensão. No entanto, pela redução numérica das redes destas mulheres, podemos supor a dificuldade de que as mesmas têm de acesso a redes de 2^a ordem e de usufruto da função de acesso a novos contatos. É nesse sentido que, particularmente para as vítimas de baixo nível socioeconómico, o apoio institucional pode ser fundamental ainda que o mesmo deva potenciar o alargamento da rede informal, de forma a facilitar a reentrada destas mulheres num contexto social e familiar seguro.

Esta dimensão institucional continua a evidenciar-se como relevante se atendermos aos resultados seguintes.

A ocultação, ou não, do mau trato e a existência ou inexistência de problemas psicológicos anteriores ao relacionamento violento encontraram-se associadas ao DPST. Concluímos que as inquiridas que ocultam o mau trato apresentam uma maior probabilidade de ocorrência de DPST. As inquiridas, ao ocultarem o mau trato, não terão, potencialmente, tantas possibilidades para lidar com os problemas de forma ativa, nem de usufruirem de ajuda externa, diminuindo desta forma a capacidade de lidar com esta violência. As inquiridas que antes de se terem envolvido na relação violenta não apresentavam problemas psicológicos apresentam uma maior probabilidade de ocorrência de DPST, quando comparadas com aquelas que apresentavam problemas. Estes dados foram obtidos através da questão “*antes de ter sofrido maus tratos frequentou consultas de psiquiatria ou de psicologia?*”, o que nos leva a crer que a intervenção psicológica anterior e talvez durante o período de maus tratos, poderá minorar as suas consequências.

7. Conclusão

A nossa amostra é constituída unicamente por mulheres, com uma idade média de 33,63 anos. Encontram-se, na sua maioria, separadas ou divorciadas. Apresentam baixas habilidades

literárias, compreendidas entre o 1.º e o 2.º Ciclo do Ensino Básico. Relativamente à profissão, exercem atividade profissional mas não possuem autonomia financeira, até porque, em média, têm cerca de dois filhos a cargo, sendo classificadas num nível socioeconómico baixo.

São mulheres em cujos antecedentes familiares existem, predominantemente, violência familiar e alcoolismo, tal como é referido em literatura a que já anteriormente aludimos (Cascardi *et al.*, 1995; Walker, 1994; Stark & Flitcraft, 1995). Maioritariamente, não consomem excessivamente álcool nem outras drogas, embora a probabilidade de consumo aumente no espaço de tempo em que a relação violenta perdura, à semelhança, aliás, do que é referido na literatura (Walker, 1994). Mais de metade destas mulheres considera que algo na sua infância as traumatizou e 20,65% diz ter tido problemas psicológicos antes de se ter envolvido na relação violenta. Ainda que de forma não consensual, alguns autores Cascardi *et al.*, 1995 têm sublinhado a existência de sintomas ou queixas psiquiátricas anteriores à VC.

Um elevado número de mulheres (77,8%) esteve sujeito ao mau trato mais de 3 anos e, na sua maioria, só se libertaram dele há menos de um ano. Foram alvo de vários tipos de mau trato e, na sua generalidade, consideram que foram fortemente maltratadas. No entanto, predominantemente ocultaram o mau trato de que eram vítimas.

Um dos aspetos que nos parece importante realçar é a elevada percentagem de DPST encontrada, independentemente do tempo de sujeição ao mau trato e da intensidade do mesmo. Contudo, a ocultação do mesmo parece associar-se significativamente ao desenvolvimento de DPST.

O facto de a grande maioria das inquiridas dizer que se sentiu diferente após experienciar a VC, essencialmente seis meses após essa vivência, e de cerca de metade das inquiridas ter presenciado outros sujeitos a serem expostos a eventos traumáticos semelhantes (sentindo-se mal por não terem podido parar o que estava a acontecer) leva-nos a pensar que a VC constitui não só um acontecimento traumático, como nos permite considerar que a VC é uma experiência recorrente na vida destas mulheres.

8. Referencias bibliográficas

- Anunciação, C. (1997). *Ajustamento Marital em Ex-combatentes da Guerra Colonial com e sem Perturbação Pós-Stress Traumático. Análise Psicológica*, 4 (XV), 595-604.
- Brewin, C; Andrews, B. & Valentine, J. (2000). *Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma - Exposed Adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- Browne, A. (1993). *Violence Against Women by Male Partners: Prevalence, Outcomes, and Policy Implications. American Psychologist*, 48 (10), 1077-1087.
- Bryer, J.; Nelson, B.; Miller, J. & Krol. (1987). *Childhood sexual and physical abuse as factors in the adult psychiatric illness. American Journal of Psychiatry*, 144, 1426-1430.
- Cascardi, M.; O'leary, K.; Lawrence, E. & Schlee, K. (1995). *Characteristics of Women Physically Abused by Their Spouses and Who Seek Treatment Regarding Marital Conflict. Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63 (4), 616-623.
- Cascardi, M.; O'leary, K. & Schlee, K. (1999). *Co-occurrence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression in Physically Abused Women. Journal of Family Violence*, 14 (3), 227-249.
- Davidson, J. & Foa, E. (1991). *Diagnostic issues in Posttraumatic Stress Disorder: considerations for the DSM-IV. Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3), 346-355.
- DSM-IV (1994). *Diagnostic and statistical Manual of mental disorders*. Whashington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Emery, R. & Laumann- Billingz, L. (1998). *An Overview of the Nature, Causes, and Consequences of Abusive Family Relationships: Toward Differentiating Maltreatment and Violence. American Psychologist*, 53 (2), 121-135.

- Fairbank, J.; Keane, T. & Malloy. (1983). *Some Preliminary Data on the Psychological Characteristics of Vietnam Veterans With Posttraumatic Stress Disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 912-919.
- Foa, E.; Steketee, G.&Rothbaum.(1989). *Behavioral/cognitive conceptualizations of Post-Traumatic Stress Disorder*. *Behavioral Therapy*, (20), 155-176.
- Gelinas, D. (1983). *The Persisting Negative Effects of Incest*. *Psychiatry*, 46, 312-332.
- Goodman, L.; Koss, M.; Fitzgerald, L.; Russo, N. & Keita, G. (1993). *Male Violence Against Women: Current Research and Future Directions*. *American Psychologist*, 48 (10), 1054-1058.
- Herman, J. (1986). *Histories Of Violence In An Outpatient Population: An Exploration Study*. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 137-141.
- Horowitz, M. (1979). *Psychological responses to serious life events*. In V. Hamilton & D. Warburton (eds.). *Human Stress and Cognition. Aninformating processing approach* (p: 235-263). New York: J. Wiley & Sons.
- Jordan, B.; Marmar, C; Fairbank, J.; Schlenger, W.; Kulka, R.; Weiss, D. & Hough, R. (1992). *Problems in Families of Male Vietnam Veterans With Posttraumatic Stress Disorder*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (6), 916-926.
- Keane, T. (1989). *Post-traumatic Stress Disorder: Current status and future directions*. *Behavior Therapy*, 20, 149-153.
- Kemp, R. (1987). *A Developmental approach to the abused child*. In R. Helfer& R. Kempe. *The Battered Child*, 360-381. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kinzie, M. (1989). *Post-traumatic Stress Disorder*. In Kaplan &Sadock (1989), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, vol. 1, 1000-1008. London: Williams & Wilkins.
- Koss, M. (1990). *The Women's Mental Health Research Agenda: Violence Against Women*. *American Psychologist*, 45 (3), 374-380.
- Lemos, F. (1995). *Perturbações de Stress Pós-traumático: alguns aspectos corporativos entre crianças, adolescentes e adultos*. *Revista Psiquiatrica*, 8 (1).
- Litz, B.; Orsillo, S.; Kaloupek, D. & Weathers, F. (2000). *Emotional Processing in Posttraumatic Disorder*. *Journal of Abnormal Psychology*, 109 (1), 26-39.
- Mcintyre, M. & Ventura, M. (1996). Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático: Versão Adolescentes. In L. Almeida, et al.. *Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. (Vol. IV, 567-576). Braga.
- Pedhazur, E.&Schmelkin, L. (1991). *Measurement, design and analyses on integrated approach*. New Jersey: Lawrence Earlboun Associates.
- Resnick, H.; Kilpatrick, D.; Dansky, B.; Saunders, B. & Best, C. (1993). *Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984-991.
- Schlee, K.; Heyman, R. & O'Leary, K. (1998). *Group Treatment for Spouse Abuse: Are Women with PTSD Appropriate Participants?* *Journal of Family Violence*, 13 (1), 1-20.
- Stark, E.&Flitcraft, A. (1995). *Women at Risk: Domestic Violence and Women's Health*. Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage Publicatins.
- Sutker,;Davis, J.; Uddo, M. &Ditta, S. (1995). *War Zone Stress, Personal Resources, and PTSD in Persian Gulf War Returnees*. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (3), 444-452.
- Taylor, S.; Kuch, K.; Kosh, W.; Crockett, D.& Passey, G. (1998). *The Structure of Posttraumatic Stress Symptoms*. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (1), 154-160.
- Valentiner, D.; Riggs, D.; Foa, E.& Gerhuny, B. (1996). *Coping Strategies and Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Sexual and Nonsexual Assault*. *Journal of Abnormal Psychology*, 105 (3), 455-458.
- Van DerKolk, B. & Saporta, J. (1991). *The Biological Response to Psychiquiatric Trauma: Mechanisms and Treatment of Intrusion and Numbing*. *Anxiety Research*, 4 (3), 183-254.
- Ventura, M. & Mcintyre, M. (1997). *Crianças de guerra: um estudo em PTSD em adolescentes angolanos*. *Revista de Psiquiatria* (Número especial: Estudos sobre o stress traumático), X (1), 15-18.
- Walker, L. (1991). *Post-Traumatic Stress Disorder in Women: Diagnosis and Treatment of Battered Woman Syndrome*. *Psychotherapy*, 28 (1), 21-29.
- Walker, L. (1994). *Abused Women and Survivor Therapy: A Practical Guide for the Psychotherapist*. Washington, DC: American Psychological Association.

Whisman, M. (1999). *Marital Dissatisfaction and Psychiatric Disorders: Results From the National Comorbidity Survey*. *Journal of Abnormal Psychology*, 108 (4), 701-706.