



UNIVERSIDADE DE ÉVORA | ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Resposta ao trauma:

**re-experiência traumática, dissociação e
representação da vinculação em
mulheres vítimas de violência conjugal.**

Dora Antunes Machado Ferreira

Orientação: Prof. Doutor Rui Campos

Mestrado em Psicologia

Área de especialização: *Clinica e da Saúde*



Universidade de Évora | Escola de Ciências Sociais

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Dora Antunes Machado Ferreira

**RESPOSTA AO TRAUMA: RE-EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA, DISSOCIAÇÃO
E REPRESENTAÇÃO DA VINCULAÇÃO EM MULHERES VÍTIMAS DE
VIOLÊNCIA CONJUGAL**

Trabalho realizado sob a orientação de:

Professor Doutor Rui C. Campos

Dissertação de Mestrado em Psicologia

Área de Especialização: *Clínica e da Saúde*

Évora | 2011

Para o meu avô Manuel...que um dia me fez acreditar

que o Conhecimento era o melhor presente de Natal.

Agradecimentos

Reconheço que as páginas deste trabalho estão cheias de palavras e também de tempo destinado à elaboração da investigação que aqui se apresenta. Mais do que o resultado, pretendo igualmente destacar as pessoas que fizeram com que o caminho tenha sido muitas vezes facilitado, apesar das dificuldades.

O primeiro reconhecimento será dirigido ao Prof. Dr. Rui Campos. As razões são várias: por ter contido as angústias de uma verdadeira corrida contra o tempo, por ter revelado interesse por todos os projectos de investigação entre mãos e nunca se ter esquecido de impulsionar os seus alunos a fazer mais e melhor. Muito obrigada pela disponibilidade, preocupação e conhecimento que foi demonstrando ao longo da construção, correcção e reformulação deste trabalho.

À equipa do Núcleo de Atendimento à Vítima de Évora, em particular à Dr^a Ana Luísa que desempenha a sua profissão de uma forma admirável, muitas vezes em condições bastante difíceis, que se empenhou tanto quanto eu na recolha da amostra. Também à D^a. Inácia pelas experiências partilhadas e pela forma afável como me acolheu.

Não poderia deixar de referir as utentes do N.AV. – Évora, que compreenderam a minha presença na instituição e permitiram que o trabalho apresentado fosse sobre elas e sobre as suas experiências de vida.

À minha mãe, que reconhece neste ponto final no curso o grande investimento que fez na minha formação profissional e pessoal. Agradeço também aos meus avós, que se pudessem ver e conhecer estas páginas, independentemente da sua qualidade gráfica, estatística ou literária, se sentiriam muito orgulhosos.

A verdade é que com todos eles aprendi que o esforço e a dedicação são conceitos essenciais para qualquer desafio ao longo da vida. Muito obrigada !

Resumo

A dissertação aqui apresentada tem o título: Resposta ao trauma: re-experiência traumática, dissociação e representação da vinculação em mulheres vítimas de violência conjugal.

A investigação teve como objectivo o estudo da relação entre a organização da vinculação, a ocorrência de experiências traumáticas na infância e adolescência e os sintomas de perturbação de pós-stress traumático (PPST) e de dissociação peritraumática, em 30 utentes do Núcleo de Atendimento à Vítima de Évora. Foram utilizados o *E.M.B.U*, *Early Trauma Questionnaire*, Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático e o Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas. Os resultados sustentam a hipótese de que a representação de vinculações controladas e rejeitantes, bem como a ocorrência de experiências maus-tratos físicos e psicológicos na infância e adolescência estão relacionadas com uma presença mais marcada de sintomas de dissociação peritraumática. Verifica-se ainda que esta relação é um preditor significativo dos sintomas de PPST (hiperactivação), em resposta à violência conjugal.

Palavras chave: Representação da vinculação, re-experiência traumática, perturbação pós-stress traumático, dissociação peritraumática e violência conjugal.

Abstract

The thesis presented has the title: Trauma response: traumatic re-experience, dissociation and attachment representation of women victims of intimate violence.

The research aimed to study the relation between attachment's organization, the occurrence of traumatic experiences in childhood and adolescence, the symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and peritraumatic dissociation in 30 users of the center for victim's assistance of Évora. We used the E.M.B.U, Early Trauma Questionnaire, Rating Scale Response to Traumatic Event Questionnaire and Dissociative Experiences Peritraumatic Questionnaire.

The results support the hypothesis that attachment's representations of control and rejection, as well as the occurrence of physical and psychological childhood and adolescence's maltreatments are associated to a marked presence of peritraumatic dissociation's symptoms. It is shown that this relation is still a significant predictor of PPST's symptoms (increased anxiety and emotional arousal) in response to intimate partner violence.

Keywords: Attachment representations, traumatic re-experience post-traumatic stress disorder and intimate partner violence.

Índice

Agradecimentos	i.
Resumo	ii.
Abstract	iii.
Índice	iv.
Lista de tabelas	vii.
Introdução	1
Parte I Enquadramento teórico e empírico	5
I TRAUMA E PERTURBAÇÃO DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO (PPST)	7
1. Breve resenha histórica sobre a noção de trauma psíquico	8
2. A perspectiva psicanalítica sobre o trauma	10
3. Acontecimento traumático e perturbação de pós-stress traumático	16
4. O impacto da violência doméstica – violência conjugal	24
5. Trauma e dissociação	28
6. Re-experiência traumática e perturbação de pós-stress traumático	33
II A TEORIA DA VINCULAÇÃO	37
1. Perspectiva histórica e desenvolvimento da teoria	37
2. Domínio representacional da teoria da vinculação: modelos dinâmicos (MID)	45
3. Dimensões da vinculação	47
3.1. Dimensão cognitiva	48
3.2. Dimensão afectiva	55
3.3. Dimensão comportamental	56
4. Representação da vinculação e o sistema relacional adulto	57

Índice

5. Vinculação e violência	61
III VINCULAÇÃO, PSICOPATOLOGIA E PERTURBAÇÃO DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO	65
1. Vinculação e desenvolvimento da psicopatologia	65
2. Vinculação, perturbação de pós-stress traumático e dissociação	75
Parte II Estudo Empírico	83
IV OBJECTIVOS E HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	85
V METODOLOGIA	91
1. Participantes	91
2. Instrumentos de avaliação	93
2.1. E.M.B.U	93
2.2. Early Trauma Questionnaire	94
2.3. Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático	95
2.4. Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas	96
3. Procedimento	99
VI APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	100
1. Organização da representação da vinculação (E.M.B.U.)	101
2. Experiências traumáticas na infância e adolescência (E.T.Q.)	102
3. Exposição traumática na idade adulta (E.A.R.A.T)	106
4. Sintomas de dissociação peritraumática (P.D.E.Q.)	110

Índice

5. Análise da relação entre as variáveis	110
6. Análise de regressões lineares	116
VII DISCUSSÃO	120
1. Organização da vinculação, PPST e dissociação peritramática	120
2. Experiências peritraumáticas ocorridas na infância e adolescência, PPST e dissociação peritraumática	121
3. PPST e dissociação peritraumática	123
VIII CONCLUSÕES	126
XIX BIBLIOGRAFIA	128

Lista de tabelas

Tabela 1. Características da amostra: número e percentagem de sujeitos em cada nível das variáveis demográficas.	91
Tabela 2. Resultados (médias e desvio-padrão) obtidos pela amostra no questionário E.M.B.U.	102
Tabela 3. Valores da ocorrência de experiências traumáticas na infância e adolescência.	103
Tabela 4. Resultados da categoria maus-tratos físicos.	104
Tabela 5. Resultados da categoria maus-tratos psicológicos	105
Tabela 6. Resultados da categoria abuso sexual.	106
Tabela 7. Resultados dos sintomas de revivência do acontecimento.	107
Tabela 8. Resultados dos sintomas de evitamento e embotamento.	108
Tabela 9. Resultados dos sintomas de hiperactivação.	109
Tabela 10. Resultados (médias e desvio-padrão) obtidos no questionário P.D.E.Q.	110
Tabela 11. Valores de correlação entre os sintomas de PPST e as variáveis socio demográficas.	111
Tabela 12. Valores de correlação obtidos entre as dimensões do E.M.B.U., do E.A.R.A.T. e do P.D.E.Q.	112
Tabela 13. Valores de correlação obtidos entre os resultados do E.T.Q., do E.A.R.A.T. e do P.D.E.Q.	114
Tabela 14. Valores de correlação obtidos entre os resultados do questionário E.A.R.A.T e do P.D.E.Q.	115

Lista de tabelas

Tabela 15. Coeficiente de correlação e proporção da variância explicada pelas variáveis da vinculação correlacionadas com a hiperactivação, na variável dependente total de sintomas de dissociação peritraumática.	116
Tabela 16. Coeficiente de correlação e proporção da variância explicada pelas variáveis preditoras da organização da vinculação e a variável hiperactivação.	117
Tabela 17. Coeficiente de correlação e proporção da variância explicada pelas variáveis preditoras da resposta de hiperactivação.	118

Introdução

O presente estudo inscreve-se num projecto de investigação que visa a conclusão do 2º ciclo em Psicologia, ramo da Psicologia Clínica e da Saúde. Pretende ser um contributo para a compreensão da ocorrência de sintomatologia da Perturbação Pós-stress Traumático (PPST), tendo por base factores de risco individuais implicados nas diferenças de adaptação a uma situação de carácter traumático na idade adulta, como é a violência conjugal.

Como se percebe, a vivência de acontecimentos traumáticos poderá implicar um conjunto particular de reacções da parte do indivíduo. A compreensão da forma como o sujeito responde perante estas situações tem sido uma temática de interesse no âmbito da Psicologia, especialmente quando se pretende analisar o impacto das experiências adversas ocorridas na infância ao longo do desenvolvimento do sujeito.

Este aspecto é, aliás, corroborado na literatura e em resultado de um conjunto significativo de estudos que demonstram a relação entre as experiências adversas vividas na infância e o funcionamento físico e mental desadequado mais tarde, na idade adulta.

A investigação aqui apresentada insere-se na temática do impacto das experiências precoces disfuncionais na qualidade da adaptação em momentos posteriores do desenvolvimento. O que, em termos práticos, significará o estudo da relação entre a qualidade da organização da vinculação e indicadores de sintomatologia relacionada com a PPST e dissociação peritraumática em mulheres vítimas de violência conjugal. Pretende, adicionalmente, analisar a relação entre a experiência traumática e a qualidade da resposta à adversidade (sintomas de PPST e sintomas de dissociação peritraumática). E, por último, pretende-se a compreensão da relação entre a organização da vinculação e as experiências traumáticas na infância e

Introdução

adolescência na previsão de PPST e de sintomas de dissociação peritraumática.

Em suma, o estudo que se pretende apresentar é caracterizador da exploração empírica, de natureza clínica e psicológica, das relações entre vinculação, re-experiência traumática, qualidade da resposta à exposição de violência conjugal (sintomas de PPST) e a resposta de dissociação peritraumática.

Serão avaliadas um grupo de mulheres vítimas de violência conjugal, apoiadas pelo Núcleo de Atendimento à Vítima de Évora (N.A.V. Évora).

Em termos metodológicos, pretende-se a avaliação da qualidade da organização da vinculação em três dimensões – suporte emocional, tentativa de controlo e rejeição. Seguidamente pretende-se avaliar a história de acontecimentos traumáticos ocorridos na infância e adolescência, organizados em três categorias (maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos e abuso sexual). Um segundo conjunto de variáveis diz respeito à sintomatologia relacionada com a PPST (revivência do acontecimento, entorpecimento e hiperactivação) e de dissociação peritraumática (despersonalização e desrealização) em resultado da exposição à violência conjugal.

Este trabalho encontra-se organizado em três partes: na primeira é exposto o enquadramento teórico e empírico sobre as temáticas em estudo – trauma e perturbação pós-stress traumático (capítulo I), teoria da vinculação (capítulo II) e vinculação psicopatologia e perturbação de pós-stress traumático (capítulo III). Aqui pretende-se o aprofundamento das principais teorias e autores fundamentais à compreensão das variáveis em estudo e a revisão da investigação recente acerca desses temas.

Ao longo do primeiro capítulo é apresentada uma resenha sobre o conceito de trauma, primeiramente analisado à luz da teoria psicanalítica e depois relacionando-o com o acontecimento traumático e o desenvolvimento da perturbação de pós-stress traumático. Segue-se uma revisão teórica sobre a violência conjugal enquanto

experiência traumática e uma análise do corpo de investigações que tem contribuído para a clarificação do estudo da relação entre trauma e dissociação e entre re-experiência traumática e perturbação de pós-stress traumático.

No segundo capítulo é apresentada a perspectiva histórica sobre os principais pressupostos da teoria da vinculação de Bowlby (1969/84; 1973; 1980), bem como os contributos de autores posteriores. Pretende-se validar empiricamente a teoria e reforçar o papel das diferenças individuais nos padrões de comportamento de vinculação. Serão abordados o domínio representacional da teoria da vinculação, os modelos internos dinâmicos e as dimensões implicadas no processo de vinculação. Posteriormente é apresentada uma compreensão relativa ao domínio representacional da vinculação em adultos e, por último, pretende-se justificar empiricamente a relação entre a vinculação e a violência.

O terceiro capítulo pretende apresentar as relações encontradas na literatura entre a vinculação e a psicopatologia. Aqui descrevem-se alguns dos conceitos da teoria da vinculação que permitem a compreensão do desenvolvimento de psicopatologia em sujeitos com histórias de vida adversas. Finalmente, ainda neste capítulo, é apresentada uma revisão empírica sobre a vinculação, a perturbação pós-stress traumático e a dissociação. Começamos pela exposição dos principais princípios relacionados com esta temática e conclui-se com a análise dos estudos empíricos realizados com diversas populações.

Na segunda parte é apresentado o estudo empírico: hipóteses e objectivos, método, resultados e discussão. É aqui que se analisa metodologicamente a investigação realizado junto de 30 mulheres vítimas de violência conjugal apoiadas pelo Núcleo de Atendimento à Vítima de Évora. Do protocolo da avaliação consta um conjunto de questionários de auto-relato destinados a examinar os dados socio-demográficos e de caracterização clínica, a organização da vinculação em relação às figuras parentais, a memória de acontecimentos traumáticos ocorridos na infância e

Introdução

adolescência, a sintomatologia relacionada com a perturbação de pós-stress traumático e com a resposta de dissociação peritraumática.

Finalmente, num terceiro momento apresenta-se uma síntese global do trabalho desenvolvido. São expostos os principais resultados e conclusões da investigação, procurando, ao mesmo tempo, uma reflexão de natureza clínica e psicológica da perturbação de pós-stress traumático, com especial enfoque para a compreensão da organização da vinculação e da exposição repetida a situações de carácter traumático ao longo do desenvolvimento. Pretende-se também a compreensão da sua relação com a resposta ao trauma actual (PPST), em especial, e com a resposta relativa à dissociação peritraumática.

Os resultados do estudo pretendem sublinhar que a compreensão do funcionamento presente do indivíduo terá de ter em conta as suas experiências passadas e a forma como foi integrando e dirigindo o seu desenvolvimento.

É um facto que este desenvolvimento, do ponto de vista normativo, implica mudanças e reorganizações comportamentais que pressupõem a realização de determinadas tarefas desenvolvimentais. No entanto, também as experiências precoces e os seus efeitos são, muitas vezes, transportadas para o futuro. Em resultado, as áreas que no passado se encontravam vulneráveis, podem permanecer presentes na organização do indivíduo e ter efeitos em todo o seu desenvolvimento posterior.

Parte I Enquadramento Teórico e Empírico

CAPÍTULO I Trauma e Perturbação de Pós-stress

Traumático

Ao longo do presente capítulo é apresentada uma resenha sobre o conceito de trauma e das experiências adversas que podem ocorrer ao longo da vida do indivíduo. Seguidamente é analisada a resposta a acontecimentos traumáticos em termos sintomatológicos e a perturbação de pós-stress traumático (PPST). No final serão analisadas outras variáveis importantes para a investigação: re-experiência traumática e dissociação.

O estudo da adversidade tem marcado diversas investigações nos últimos anos. Várias têm procurado perceber qual a relação entre diferentes tipos de acontecimentos adversos, em momentos específicos do desenvolvimento, e o seu impacto na vida dos indivíduos. Um dos aspectos mais analisados e discutidos tem sido o facto de se verificar que as pessoas com mais experiências adversas apresentam maior probabilidade de desenvolver psicopatologia (Rizzini & Dawes, 2001). Posto isto, coloca-se a questão: porque é que, algumas pessoas, em circunstâncias adversas semelhantes desenvolvem (psico)patologia e outras, perante as mesmas circunstâncias, apresentam um desenvolvimento normativo?

Todas estas dúvidas remetem para as noções de adversidade, trauma e perturbação de pós-stress traumático (PPST) e parecem relacionar-se a exposição a um conjunto de circunstâncias pouco favoráveis para o desenvolvimento normal do Ser Humano.

Neste capítulo procura-se abordar o conceito de trauma numa perspectiva desenvolvimental, relacionando os contributos teóricos que, ao longo do tempo, foram mostrando consistência empírica.

1. BREVE RESENHA HISTÓRICA SOBRE A NOÇÃO DE TRAUMA PSÍQUICO

O debate sobre o trauma psíquico está amplamente presente na literatura psicológica e é enriquecido, como se poderá constatar neste capítulo, por diversos contributos histórico-culturais relacionados com o conceito. Neste sentido, apresentar-se-à seguidamente uma caracterização histórica que é amplificadora da reflexão teórico-clínica contemporânea.

Por um lado, deverá considerar-se a influência do contexto histórico da época em que surge o conceito, o que marca uma visão etiologica relacionada com mecanismos de causalidade entre o trauma e a resposta do organismo. Por outro, a introdução da psicotraumatologia como disciplina permite uma abordagem essencialmente histórico-cultural do conceito e coloca o trauma em relação com fenómenos sociais marcantes, tais como o abuso sexual, a violência e, entre outros aspectos, enfatiza as consequências da exposição a traumas severos (Anuniação, 1997; Bonomi & Borgogno, 2001; Dieperink, Leskela, Thuras & Engendal, 2001; Bonomi, 2004). Pela emergência de estudos relacionados com alguns destes fenómenos, tornou-se evidente que a problemática relacionada com o conceito pudesse passar da abordagem apenas descritivo-classificatória para uma outra perspectiva que tomasse conta do carácter dinâmico do trauma num plano psíquico.

As formulações da teoria do trauma remontam às considerações clínicas de Breuer (1881/82 *cit. por* Freud, 1894) e ao estudo da patogénese de alguns sintomas mórbidos graves. No entanto, foi em 1889 que Hermann Oppenheim (Freud, 1894) introduz no campo da neurologia, o conceito de neurose traumática. Neste sentido, é facto inegável que as formulações iniciais do conceito de trauma foram sendo “conservadas” pelos defensores de uma visão neuro-biológica, que tem a sua origem

na Teoria *do* Shock formulada por Oppenheim em 1889. Apesar destas formulações e desta primeira fase de estudos, segue-se um período de declínio que comporta evidentemente aspectos paradoxais; coincide com a *I Guerra Mundial* e com a epidemia das neuroses traumáticas, assiste-se igualmente à dificuldade em classificar como “doença” o conjunto de sintomas pós-traumáticos e à recusa, conseqüente, de um diagnóstico (Bonomi & Borgogno, 2001). No entanto, muito mais tarde, na seqüência da *II Guerra Mundial*, Abraham Kardiner dá um contributo fundamental para a preservação do conceito de “neurose traumática” (Bonomi, 2004).

Estas mudanças verificaram-se em variados domínios, ao longo deste período, muito pela separação que se tentava estabelecer entre *Naturwissenschaften* e *Geistwissenschaften*, ou seja, entre as ciências do corpo e da mente, respectivamente. Esta posição dicotómica teve, conseqüentemente repercursões, também, na teoria do trauma, que pela mão das teorias psicológicas, evidenciava não só o peso etiológico do acontecimento e do *shock* (impacto) mental, mas também a responsabilidade da vítima na sua condição patológica (Bonomi, 2004).

O século XX foi bastante importante para a consolidação e definição do próprio conceito. Entre 1959 e 1975 vive-se o período da Guerra do Vietname e com ele uma nova importância é dada ao estudo da Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST). O contributo da introdução desta categoria diagnóstica no DSM-III, em 1980 (American Psychiatric Association), permitiu dar uma resposta clínica, social e política ao número elevado de veteranos da Guerra do Vietname que manifestavam perturbações deste tipo.

A par das mudanças de paradigma inerentes às conseqüências da guerra, são também analisados outros fenómenos de interesse público, tais como a violência física e o abuso sexual na infância. Assiste-se então ao nascimento de uma nova disciplina, a psicotraumatologia, que promove a explicação psicológica da noção de trauma psíquico (Bonomi, 2004). Neste contexto, reconhece-se que um incidente físico poderá

potenciar a insurgência de sintomas pós-traumáticos. Será, então o início da “era” da psicologização do trauma associada a Fisher-Homberger (Frankel, 2001).

Estabelecidas as condições para a progressiva solvência do enfoque da causa-efeito, entre o acontecimento traumático e os sintomas pós-traumáticos, a explicação psicológica do trauma torna-se visível aquando da alteração de paradigma (da somatogénese para a psicogénese).

Neste sentido, a conceptualização do conceito de trauma, tal como apresentada, coloca em evidência o envolvimento de complexos processos psicológicos (intrapésíquicos) e para tal, torna-se essencial conhecer em profundidade o contributo clássico da Psicanálise, como se fará seguidamente.

2. A PERSPECTIVA PSICANALÍTICA SOBRE O TRAUMA

A relação que a psicanálise foi tendo com o conceito e com as formulações sobre o trauma foi sofrendo alterações ao longo do tempo. No entanto, atentando à sua história, até mesmo o momento da sua fundação foi bastante influenciado pelo conceito e pelo contexto de desenvolvimento da própria teoria do trauma psíquico, acabando por constituir um objecto específico da realidade do estudo psicanalítico (Scarfone, 1996).

É difícil apontar para uma data concreta em que o conceito de trauma surge nas formulações psicanalíticas. Vejamos então alguns marcos importantes. Em 1883 Herbert Page publica uma monografia sobre os acidentes ferroviários “sem lesões físicas aparentes” e que se constitui à volta da noção de “shock nervoso”. A teoria subjacente a esta formulação seria de que o medo, por si só, pudesse causar os sintomas nervosos que se observariam nas vítimas dos acidentes ferroviários (Borgogno, 1999). Este trabalho teve importantes repercursões na comunidade

científica e a partir deste momento, são vários os teóricos que se interessam pelo estudo da natureza das perturbações neuróticas impelidas pelo medo, entre os quais Adolf Strumpell, a quem se atribui a responsabilidade da designação de “trauma psíquico”. No entanto, foi a demonstração feita por Jean Martin Charcot sobre o mecanismo psíquico das paralisias histero-traumáticas que, como veremos seguidamente, consolidou o desenvolvimento da noção de trauma psíquico, à época (Herman, 1992).

Charcot postulava que um “acidente” podia provocar na vítima a percepção de estar associado a uma consequência grave e que seria esta ideia que poderia tornar-se “patogénica” e produzir uma paralisia, em determinadas condições mentais de obnubilação e dissociação da consciência, análoga ao estado hipnótico ou à condição histérica (Bonomi & Borgogno, 2001). Para a comunidade psicanalítica esta demonstração é, efectivamente uma referência. Após as demonstrações de Charcot a ideogénese torna-se um novo paradigma, permitindo identificar novos fenómenos e perspectivar uma série de acontecimentos primeiramente associados ao paradigma nervoso (Herman, 1992). As reflexões a respeito das paralisias traumáticas tornaram-se também, posteriormente, um modelo de interpretação psico-traumático dos sintomas histéricos.

Partindo da hipótese que os sintomas das histerias seriam reproduções dos acontecimentos traumáticos, Breuer em 1895, (Bonomi, 2004) faz uso do modelo ideogénico e defende que independentemente das oscilações entre a fantasia e a realidade, o enfoque deveria recair na ideia de que as consequências psíquicas do trauma seriam produto dos processos de natureza interna e assim, os fenómenos da histeria seriam determinados por ideias. Evidentemente que esta formulação diminui a importância associada ao momento do trauma *per se* e torna essencial, não apenas a análise do significado do acontecimento para o paciente, como a função da personalidade da vítima em “seleccionar” o próprio trauma. Ora, como se referiu

anteriormente, esta primeira formulação coincide com o período em que ganhavam força os estudos realizados pelos defensores da visão *anti-psicológica*, ou por outras palavras, neuro-biológica, que estava na base das investigações sobre as respostas neurofisiológicas relacionadas com o acontecimento traumático (Van der Kolk, 1994).

Torna-se relevante perceber a divergência que se instalou, neste período, à volta do conceito de trauma. Como já referido, Kardiner tentou preservar o conceito de “neurose traumática”, apresentando-a como uma fisio-neurose. Defendia que se o resultado era uma perturbação traumática, o acontecimento não poderia ser representado por ideias, mas, pelo contrário; seria algo que provocaria resistência à assimilação mental (Bonomi, 2004). Num sentido retrospectivo, porque introduziria uma ruptura, uma descontinuidade e, por outro lado, num sentido prospectivo pois a elaboração psíquica da experiência traumática seria extremamente difícil. Por estas razões, Kardiner rejeitou a teoria *ideogénica*, afirmando que o núcleo das neuroses traumáticas atingiria primeiramente o corpo. O autor parece traduzir o que Freud defende em 1920, na sua formulação intitulada “*Para além do Princípio do Prazer*” e onde define “traumáticos” os “ataques provenientes do exterior que são demasiado fortes para accionar o sistema de protecção, bloqueando a mente e impedindo a resposta aos estímulos” (Freud, 1920; p. 215). Percebe-se o trauma não como agente de representação ideogénica, mas ao contrário, como capaz de bloquear a capacidade de mentalização. E, assim, embora Freud postulasse que alguns dos fenómenos da histeria fossem ideogénicos, parecia igualmente certo, nesta sua obra, que vários fenómenos descritos como histéricos não seriam causados apenas por ideias.

No início de 1896, Freud havia apresentado uma conferência intitulada “*A Etiologia da Histeria*” e torna pública a *Teoria da Sedução Infantil*. As permissas apresentadas destacavam a experiência da sedução infantil como determinante na predisposição histérica e poderia conduzir a que, na adolescência, ou mais tarde, um

acontecimento banal, mas relacionado com algum aspecto dessa experiência infantil, pudesse ter um resultado traumático e produzisse sintomas de histeria ou neurose obsessiva (Scarfone, 1996; Borgogno, 1999). Neste sentido, Freud propõe o trauma infantil como causa específica das psiconeuroses.

São vários os momentos em que o autor destaca a importância da estruturação desta cena infantil e a conexão intrínseca entre o trauma como factor precipitante e o sintoma; fazendo deste último o símbolo “mnésico” do acontecimento traumático original.

Nos finais de 1897, Freud acaba por abandonar a sua teoria, por razões variadas, entre as quais, o facto de não possuir um critério de avaliação da veracidade do inconsciente onde os factos reais e as *fantasias* se pudessem diferenciar, constatando que seria difícil distinguir o real das fantasias e que tal poderia influenciar a convicção de que o evento tivesse acontecido realmente.

No entanto, as formulações de Freud sobre a teoria do trauma remetem para um aspecto curioso: como defende o autor, a ideia patogénica poderia explicar a predisposição ao trauma, pois agiria na mente da criança e assim, o trauma infantil “activaria” uma ideia na mente. Neste sentido, Freud estende o modelo de trauma no adulto à infância e assume que a mente da criança se organizaria de forma idêntica à do adulto (Bonomi & Borgogno, 2001). A crítica recai sobretudo sobre o facto de que ao descobrir a área do trauma infantil, Freud poderia, talvez, ter tido a oportunidade de introduzir um novo modelo de psicogénese, baseado na interiorização da experiência traumática, considerando a noção de modelos internos e estruturas afectivas. Ao contrário, continuou a conceber a acção do trauma infantil a partir da “ideia patogénica” sem colocar em discussão, antecedentes e consequências (Kippen, 1998; Bonomi & Borgogno, 2001).

Quando, anos depois declara à comunidade científica o abandono da teoria do trauma infantil, Freud sublinha que “os traumas sexuais infantis seriam entendidos

pela infantilização da sexualidade” (Freud, 1905, p. 221). Na realidade talvez possa existir pouca certeza sobre o abandono da teoria do trauma infantil, uma vez que apesar de Freud ter descoberto que os episódios de abuso sexual que analisava nos seus casos pudessem não ser verdadeiros, o que caracterizava a nova perspectiva era de que as recordações de tais episódios não fossem traumáticas, mesmo quando verdadeiras. Posteriormente com os seus estudos relacionados com as recordações, Freud desloca a ênfase para as pulsões sexuais e tal virá, na verdade, a constituir a “Teoria dos Instintos”.

Facto é que a teorização sobre o trauma acaba por demonstrar-se uma fonte de instabilidade teórica no seio da psicanálise, produzindo algumas cisões (Bonomi & Borgogno, 2001). Assim, nos seus escritos psicanalíticos *“A neurose à luz dos ensinamentos freudianos e da Psicanálise”* de 1908, Ferenczi elogia o abandono da teoria do trauma da parte de Freud e sublinha que não seria o “trauma o verdadeiro agente patológico”, restabelecendo “a importância da predisposição individual na etiologia das neuroses”, insurgindo-se contra “a noção mal definida de tara hereditária ou de predisposição...e a constituição sexual anormal” (Ferenczi, 1908, p. 18-19).

Considerando a posição dicotómica entre mente e corpo que caracterizava as discussões teóricas da época, a teoria do trauma apresentada por Sándor Ferenczi representa uma tentativa de superar esta cisão, integrando as duas narrativas antitéticas, numa teoria unitária na qual vem reconhecido não apenas o efeito do momento traumático, como também o seu significado simbólico (Bonomi, 2004). Assim, o trauma, em termos sucintos, não atingiria apenas uma parte anatómica, mas contemplaria também o significado que essa parte teria para o sujeito. Ou seja, o corpo estaria no centro de um mundo de significados e seria neste mundo que o trauma se imprimiria (Ferenczi, 1908). Em Ferenczi a característica essencial do trauma prende-se com o facto de este irromper num mundo que tem já o seu significado, desorganizando-o; pelo contrário, em Freud, o trauma revela-se através da

produção de ideias e sintomas, com a finalidade de se tornar um criador de significado.

Demonstrando bastante interesse clínico pelo tema, Ferenczi concebe o trauma como estando na origem das modificações autoplásticas da personalidade. Para o justificar, numa página do *Diário Clínico*, o autor escreve: “O que é o trauma?” Shock, reacção a um estímulo externo ou interno “insuportável”, de forma *autoplástica* (modificante do *Self*), em vez de *aloplástica* (modificante do estímulo)” (Ferenczi, 1932 *cit. por* Scarfone, 1996). Este momento caracteriza a profunda evolução da noção de trauma psíquico: se num primeiro momento a “ferida” estaria ancorada ao corpo, atingindo a mente apenas enquanto organizadora do corpo, as teorizações posteriores revelam que o trauma poderia atingir directamente a mente, manifestando-se através de “dor” psíquica e ancorando-se no mundo das relações humanas. É notório que esta visão desloca a atenção do conteúdo (ideia) para o contentor (mente).

Ora, Ferenczi, propõe ainda a “cisão” como um mecanismo psicogenético: o trauma psíquico não geraria ideias patológicas, mas tenderia, simbolicamente, a “dividir a mente em várias partes”. Neste sentido, o seu contributo à construção da teoria do trauma, forneceu instrumentos essenciais para se pensar o fenómeno da dissociação, (a que nos referiremos mais à frente para compreender a possibilidade da sua utilização clínica) e, em traços gerais, ofereceu as bases para uma concepção relacional da psicopatologia (Albasi, 2006).

3. ACONTECIMENTO TRAUMÁTICO E PERTURBAÇÃO DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO

A formulação anteriormente exposta tem certamente importância no sentido em que corrobora o que intuitivamente se pode pensar, ou seja, que um trauma emocional grave tem um grande impacto sobre as pessoas e que, tal como evidenciam as investigações poderá modificar os sujeitos em termos biológicos, psicológicos e sociais (Van der Kolk & McFarlane, 1996). Esta referência tem a ver com o facto da recordação do acontecimento traumático ser susceptível de irromper na vida psíquica do indivíduo, ao ponto de influenciar a percepção adequada da realidade que o rodeia (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003). Assim, pode conceber-se o trauma como uma “lesão provocada a um tecido vivo por um agente externo” (Merriam-Webster, 1988, *cit. por* Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003) que se refere evidentemente ao trauma físico, mas que remete, de igual forma para o trauma emocional que se pode definir por um “estado psíquico ou comportamental alterado que resulta de um stress mental também alterado, ou ainda de uma lesão física” (p. 1256).

A PPST surge enquanto entidade nosológica, em parte, devido ao grande número de estudos sobre as consequências de guerra, em especial da guerra do Vietname, em 1980 pela American Psychiatric Association no DSM-III. Desde a terceira edição do DSM que a PPST tem vindo a receber cada vez mais atenção e prova disso são os estudos clínicos e epidemiológicos nesta área.

Neste seguimento, a compreensão das consequências da exposição à adversidade passa efectivamente a descrever um quadro sintomatológico, a perturbação pós-stress traumático (PPST). Actualmente o *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (APA, 2002, pp. 463, 464) dá os seguintes exemplos de acontecimentos traumáticos: “combates de guerra, assaltos pessoais violentos (ataque sexual, ataque físico, roubo, estrangulamento), rapto, ser feito refém,

ataque terrorista, tortura, ser prisioneiro de guerra ou de um campo de concentração, desastres naturais ou provocados pelo Homem, acidentes graves de automóvel ou diagnóstico de doença ameaçadora da vida. Nas crianças, os acontecimentos traumáticos de tipo sexual podem incluir experiências sexuais inapropriadas em termos desenvolvimentais, sem ameaça, violência ou ferimentos. Os acontecimentos observados incluem, mas não estão limitados a, acidente, guerra ou desastre, ou observar inesperadamente um cadáver ou partes dele”. Moore (1993, p. 116) defende ainda a inclusão de outros eventos que desencadeiam respostas traumáticas, tais como “abortos, fracturas ósseas, intervenções cirúrgicas, grandes perdas, ataques por animais, overdoses de drogas, quase afogamentos, maus tratos e intimidação”.

Actualmente, o DSM-IV-TR apresenta como critérios da PPST: Critério A - A pessoa foi exposta a um acontecimento traumático em que ambas as condições seguintes estiveram presente: (1) 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 outros. (2) A resposta da pessoa envolve medo intenso, sentimento de desprotecção ou horror (Nota: em crianças pode ser comportamento agitado ou desorganizado).

O critério B implica que o acontecimento traumático seja re-experimentado de modo persistente de um (ou mais) dos seguintes modos: (1) Lembranças perturbadoras intrusivas e recorrentes do acontecimento que incluem imagens, pensamentos ou percepções (em crianças muito novas podem ocorrer brincadeiras repetidas em que os temas ou aspectos do acontecimento traumático são expressos). (2) Sonhos perturbadores recorrentes acerca do acontecimento (em crianças podem existir sonhos assustadores sem conteúdo reconhecível). (3) Actuar ou sentir como se o acontecimento traumático estivesse a ocorrer de novo. Inclui a sensação de estar a reviver a experiência, ilusões, alucinações e episódios de *flashback* dissociativos (em crianças podem ocorrer representações de papéis específicos do acontecimento

traumático). (4) Mal-estar psicológico intenso com a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático. (5) Reactividade fisiológica durante a exposição a estímulos internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a aspectos do acontecimento traumático.

O critério C contempla o evitamento persistente dos estímulos associados com o trauma e embotamento da reactividade geral (ausente antes do trauma), indicado por três (ou mais) dos seguintes: (1) Esforços para evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas com o trauma. (2) Esforços para evitar actividades, lugares ou pessoas que desencadeiam lembranças do trauma. (3) Incapacidade para lembrar aspectos importantes do trauma. (4) Interesse ou participação em actividades significativas fortemente diminuídos. (5) Sentir-se desligado ou estranho em relação aos outros. (6) Restrição ao nível dos afectos (por ex: incapaz de gostar dos outros). (7) Expectativas encurtadas em relação ao futuro (eg: não esperar ter uma carreira, casar, ter filhos ou um desenvolvimento normal de vida).

O critério D faz referência aos sintomas persistentes de aumento de activação (ausentes antes do trauma), indicados por dois (ou mais) dos seguintes: (1) Dificuldade em adormecer ou em permanecer em dormir. (2) Irritabilidade ou acessos de cólera. (3) Dificuldade de concentração. (4) Hipervigilância. (5) Resposta de alarme exagerada.

O critério E pressupõe que a duração da perturbação superior a um mês. E, finalmente, para preencher o critério F é necessário que a perturbação possa causar mal-estar clinicamente significativo ou deficiência no funcionamento social, ocupacional ou qualquer outra área importante.

No caso do sujeito evidenciar pelo menos um sintoma de revivência do acontecimento, pelo menos três da categoria resposta ao acontecimento e pelo menos dois relativos às respostas prolongadas, preenche os critérios, do ponto de vista clínico, para PPST. Designa-se Perturbação Aguda de Stress (PAS) se a duração dos

sintomas é inferior a 3 meses, e *Crónica*, se a duração dos sintomas é igual ou superior a 3 meses (APA, 2002). Ambos os diagnósticos incluem sintomas de evitamento, activação e intrusão, no entanto, distinguem-se pela respectiva duração e intensidade. Quando os domínios enunciados estão presentes durante mais de quatro semanas, o fenómeno constitui a PPST, por outro lado, se existem sintomas dos três domínios (evitamento, activação e intrusão) durante um período inferior a quatro semanas, estamos na presença da PAS. No entanto, deve notar-se que os pacientes se podem tornar clinicamente deprimidos ou ansiosos em resposta a um trauma sem receberem o diagnóstico de PPST ou PAS. Em termos sucintos, por exemplo, uma pessoa deprimida poderá estar a experienciar apenas a componente evitamento relacionada com o trauma e uma pessoa ansiosa pode estar a manifestar a de activação, tal como demonstram os estudos de Valentine e Smith (2001).

Os acontecimentos traumáticos (stressores), tal como identificados, são bastante distintos e podem ser categorizados de acordo com o impacto sobre a vítima, o controlo, a previsibilidade e a duração da exposição. Na verdade, todas estas experiências fazem parte do corpo de acontecimentos que podem desencadear PPST e que em termos etiológicos permitem que se associem nesta patologia eventos causais e sintomas (Maia & Fernandes, 2003). Os acontecimentos poderão ainda ter efeitos cumulativos e que se relacionam com a exposição repetida a situações traumáticas e a stressores sequenciais como acontece no exercício de algumas profissões. Podem ainda verificar-se exposições de longa duração que envolvem a incerteza, desespero e alteração do investimento, de segurança, como acontece em situações de abusos continuados, violência intrafamiliar, situações de combate, entre outras (McFarlane & Girolamo, 1996).

Como se percebe, as sequelas provenientes da exposição do sujeito a estes acontecimentos são inúmeras e podem estar inter-relacionadas, dependendo efectivamente das características do sujeito, pois cada indivíduo experiencia as suas

vivências traumáticas com níveis de gravidade distintos. De forma geral, as respostas ao trauma incluem a hiperactivação, sintomas de re-experiência e intrusão, padrões de evitamento, dissociação, depressão, distorções cognitivas, despersonalização ou desrealização. Poderão comprometer as capacidades de envolvimento relacional e, em alguns casos, poderá mesmo, potenciar o desenvolvimento de perturbações da personalidade, entre outras (Scarfone, 1996; Hartman, 2003).

Os resultados de um corpo significativo de estudos (Dieperink, *et. al.*, 2001; Maia & Fernandes, 2003) demonstram que a exposição a acontecimentos traumáticos não parece ser condição *sinequanon* de desenvolvimento de perturbações psicológicas, e muitas pessoas não parecem ficar perturbadas mesmo em situações extremas. A avaliação do impacto destas experiências, o despiste das suas consequências ou da Perturbação de Pós-stress Traumático constituem-se como factores importantes nos estudos epidemiológicos e demonstram a relevância de desenvolver investigações que contribuam para o esclarecimento dos factores de risco e dos factores protectores, face á vivência de uma experiência deste tipo.

Tal como revela Everstine (1993) a noção de que todos os sobreviventes de acontecimentos traumáticos apresentam determinados níveis de disfuncionalidade, não é de todo verdadeira (Pereira & Monteiro-Ferreira, 2003; Guerreiro, Brito & Galvão, 2007). Tendo em linha de conta a avaliação das experiências traumáticas nos indivíduos, verifica-se que uns as superam sem que sejam reveladas sequelas significativas, e outros há, que permanecem fixados no acontecimento.

Podem encontrar-se na literatura investigações que avaliam a rede de apoio social e o desenvolvimento de sintomas relacionado com o trauma (Valentine & Smith, 2001) e que num nível preliminar direccionam a atenção sobre a ausência de apoio social e a influência que tal apresenta em termos de desenvolvimento de sintomas associados ao trauma e que incluem a vitimização repetida e problemas de saúde física, mental e psicológica. Foram ainda desenvolvidas investigações no sentido de

compreender quais os domínios afectados pela exposição ao acontecimento traumático e tal como Waits (1993) demonstra, eles poderão relacionar-se com a aprendizagem e memória, adicção, imunidade e tolerância ao *stress*, formação da identidade e integração da personalidade.

Assim, apesar das características da experiência traumática serem um preditor significativo de PPST, existem também características pessoais que deixam os sujeitos mais vulneráveis ao seu desenvolvimento. Relativamente a este aspecto, entre os factores de riscos pré-traumáticos, encontram-se as variáveis socio-demográficas, ambientais, pessoais, como traumas de infância, acontecimentos de vida, psicopatologias associadas, personalidade, funcionamento social e psicológico, suporte social e estilo de *coping* (Valentine & Smith, 2001). Tais considerações colocam em destaque a influência de um outro conjunto de variáveis que poderá ser preditor de sintomas de PPST em idades posteriores, como a memória das relações precoces de vinculação, a qualidade dos cuidados prestados, a vivência ou observação de eventos traumáticos na infância. Algumas investigações, como por exemplo, as realizadas por Allen, Huntoon, Fultz & Stein (2001), mostram que as relações de vinculação podem ser especialmente pertinentes para o trabalho clínico com pacientes em tratamento por exposição a acontecimento(s) traumático(s), tal como será devidamente desenvolvido na secção 2 do capítulo capítulo III. Ainda que os acontecimentos possam ter ocorrido num passado distante, tal não significa que as experiências não continuem a ter impacto e os sujeitos tenham de lidar com os seus efeitos após um longo período de tempo e em variados contextos.

Por outro lado, há a considerar também as respostas que ocorrem imediatamente após o evento traumático, os factores de risco peritraumáticos. As investigações realizadas permitiram tornar conhecidos alguns factores que poderão ocorrer após os acontecimentos traumáticos de naturezas distintas e que desempenham funções significativas na evolução posterior dos sintomas, tais como a

dissociação peritraumática, as interpretações cognitivas dos acontecimentos, stress extremo durante o acontecimento e a avaliação da ameaça (McNally, Bryant & Ehlers, 2003).

Acresce ainda que os factores que tendem a manter algumas respostas e a contribuir para o desenvolvimento de sintomatologia posteriormente ao acontecimento são designados de factores de risco pós-traumáticos. Quanto a esta temática, Bryant e Harvey (1995) demonstram que os stressores que ocorrem depois do evento traumático, tendem a agravar a severidade da PPST. O facto de poder haver um pior ajustamento após o trauma poderá aumentar a gravidade de perturbação. Neste grupo de factores encontramos também o suporte social, o *coping* e a atribuição de significado.

De facto, parece que tanto a natureza do acontecimento, como o ajustamento psicológico anterior, a história prévia, as reacções perante o acontecimento e os recursos disponíveis, são aspectos fundamentais quando se pretende compreender o impacto do trauma no Ser Humano (Blanchard, Hickling, Taylor, Loos & Geradi, 1994; Blanchard & Hickling, 1997).

Em termos de prevalência, as investigações que têm sido desenvolvidas nas últimas décadas indicam que um número bastante substancial de indivíduos experenciam acontecimentos potencialmente traumáticos ao longo da vida, com variações entre os 40 a 80% da população geral (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991). Os valores de prevalência mais elevados são, tal como esperado, descritos em populações psiquiátricas. No estudo de Kilpatrick, Edmunds e Seymour (1992,) do total de sujeitos avaliados, verifica-se que 86,4% dos sujeitos tinham experienciado pelo menos um acontecimento traumático ao longo da vida e 64,3% mais do que um, sendo que em 74,5% dos casos estes ocorreram antes dos 18 anos de idade. Apesar dos resultados serem muito diversos em função da natureza do evento, os acontecimentos relacionados com os desastres naturais parecem

relacionar-se com uma menor probabilidade de desenvolver sintomas de PPST quando comparados com aqueles que envolvem dor, ameaça ou morte infligida por outros Seres Humanos (Maia & Fernandes, 2003).

Em Portugal, o interesse pela temática das consequências dos traumas severos na população surge após a Guerra Colonial, com o tratamento de veteranos de guerra. De facto, depois deste momento os estudos clínicos direccionaram-se para os efeitos individuais da adversidade começando também a ser analisadas as consequências da exposição traumática nos contextos onde o indivíduo se insere, como o ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonial (Anunciação, 1997).

A avaliação da presença de sintomas, as características da experiência traumática, o impacto do trauma, a resposta ao trauma e os sintomas de psicopatologia, constituem peças importantes no estudo e compreensão da PPST e na capacidade do sujeito responder ao trauma.

E, existem, de facto, variadas formas de avaliar a exposição e o impacto das situações traumáticas, como são exemplos: Traumatic Stress Schedule; (TSS; Norris, 1990), Traumatic Events Questionnaire (TEQ; Vrana e Lauterbach, 1994), Trauma History Questionnaire (THQ; Green, 1995) Traumatic Live Events Questionnaire (TLEQ; Kubany, Heynes, Leisen, Owens, Watson e Burns, 2000) Potencial Stressful Events Interview (PSEI; Kilpatrick, Resnick e Freedy, 1991). Para avaliar os sintomas de PTSD podem ser utilizadas as seguintes medidas: Mississippi Scale for Combat Related PTSD (M-PTSD; Keane, Caddell e Taylor, 1988), National Women's Study PTSD Module (NWS; Kilpatrick *et. al.*, 1989), Penn Inventory of PTSD (Hammarberg, 1992), PTSD Symptom Scale – SR (PSS-SR; Foa, Riggs, Dancu e Rothbaum, 1993), Modified PTSD Symptom Scale (MPSS-SR; Falsetti, Resick e Kilpatrick, 1993), Perdue PTSD Scale-Revised (Lauterbach e Vrana, 1996), Escala de Avaliação de Resposta ao Acontecimento Traumático (EARAT; McIntyre, 1997). Foram ainda desenvolvidas entrevistas clínicas para avaliar os sintomas de PTSD: Structured Interview for PTSD

(SI-PTSD; Davidson, Smith e Kudler, 1989), PTSD – Interview (PTSD-I; Watson, Juba, Manifold, Kucala, e Anderson, 1991), PTSD Symptom Scale-I (PSS-I; Foa *et.al.*, 1993), Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS-1; Blake, Weathers e Nagy, 1995). A existência de outros sintomas em vítimas de traumas poderá ser analisada com recurso às seguintes escalas: Impact of Events Scale (IES; Horowitz, Wilner e Alvarez, 1979), Trauma Symptom Checklist-40 (TSC-40; Briere e Runtz, 1989; Briere, 1995) Trauma Symptom Inventory (TSI; Briere, Elliott, Harris e Cotman, 1995) e existem ainda instrumentos que avaliam o desenvolvimento de sintomas dissociativos na vivência de situações traumáticas: SCID-D (Steinberg, 1993), Peritraumatic Dissociative Checklist Questionnaire (PDCQ; Marmar, Weiss, Schlenger; Fairbank, Jordan, Kulka & Hough, 1994) e Dissociative Experiences Scale (DES; Bernstein e Putnam, 1986).

4. O IMPACTO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA – VIOLÊNCIA CONJUGAL

Existem, como referido anteriormente, inúmeros tipos de acontecimentos traumáticos aos quais as pessoas podem ser expostas, sendo um deles a violência, mais especificamente a experiência de violência com o parceiro – violência conjugal - em mulheres.

A violência conjugal poderá constituir uma ameaça à vida para muitas pessoas, sendo de facto um problema sério que tem custos significativos para os indivíduos e para a sociedade. Assim, a violência íntima entre parceiros resultará, efectivamente, numa situação traumática para muitas mulheres, com consequências a variados níveis.

Investigações levadas a cabo por Joffe, Wilson & Wolf (1986) postulam que a violência interpessoal está a aumentar e, que as mulheres são particularmente vulneráveis. Tal é particularmente ilustrado nas conclusões dos estudos de Resnick,

Kilpatrick e Lipovsky (1991): 75% das mulheres adultas foram vítimas de pelo menos uma agressão sexual, roubo ou furto e 53,7% das mulheres foram vítimas de mais do que um crime. Outras investigações indicam que entre 20% e 64% da violência contra as mulheres é exercida pelos seus parceiros (De Jones, Bogat, Levendosky & Eye, 2008).

Os resultados das estatísticas têm certamente contribuído para a visibilidade deste tipo de crimes. Consta-se que independentemente da sua natureza e limitações, os resultados das investigações e das denúncias mostram que a família, para alguns indivíduos, representa, ao invés de um lugar privilegiado de afectos e de realização pessoal, o espaço onde são vítimas de diversas agressões.

Para falarmos de violência conjugal teremos de fazer a distinção entre este tipo de violência e a violência doméstica, que no senso comum, muitas vezes se confunde com a primeira. É facto que esta última é um fenómeno de longa data: atentando à história da Humanidade, não é difícil encontramos referências a crueldades cometidas contra as crianças, mulheres, homens e outros membros da família. Todas estas referências se enquadram no que Koller (1999) definiu por violência, ou seja, um “factor de risco para todas as pessoas que relaciona acções que tendem a cessar, impedir ou retardar o desenvolvimento pleno dos seres humanos”. São acções caracterizadas pela violação dos direitos humanos, abuso nas relações de poder (hierarquia, subordinação e desigualdade), relações discriminatórias (género, raça) e de exclusão (pobreza, marginalidade, orientação sexual).

De facto, apesar de não se constituir um problema novo, a violência doméstica, em especial em Portugal, aparece como uma preocupação social à relativamente pouco tempo. Perante isto, coloca-se a necessidade de perceber as principais razões associadas; actualmente verifica-se uma maior sensibilidade e intolerância social face aos comportamentos violentos e para isto, muito contribuíram os profissionais de diversas áreas (pediatras, magistrados, juristas, psiquiatras, técnicos do serviço social,

educadores de infância, professores, sociólogos e psicólogos) que “tornaram” um assunto público os maus tratos infligidos às crianças praticados pela própria família, e as Organizações Não Governamentais (ONG), que pelas suas estratégias de apoio e intervenção têm conferido visibilidade à violência de que são vítimas alguns indivíduos nos seus contextos de intimidade. Esta nova forma de olhar esta questão tem também muito a dever à atenção que o fenómeno da violência doméstica tem recebido por parte dos meios de comunicação o que resulta, por conseguinte, numa maior sensibilização pública para este problema. Destacam-se a criação de sistemas de apoio social de protecção à vítima e a formação progressivamente mais adequada e especializada dos seus agentes (Dias, 1996). Assume-se que se trata de um problema complexo e multifacetado, que, ao nível político, tem gerado discussões significativas que visam propostas de regulamentação e legislação. No entanto, pretende-se sublinhar que o enquadramento legal deste problema é apenas uma frente do fenómeno e da sua intervenção, intensificado certamente quando se contacta com o problema directamente; a violência doméstica afecta as nossas representações da família e, dependendo das práticas, suscita fortes reacções; exige intervenção adequada.

Posto isto, à questão: *a que crimes nos referimos quando falamos do fenómeno da violência doméstica?* o código penal português prevê crimes contra a vida (homicídio voluntário consumado, homicídio por negligência em outras circunstâncias e outros crimes contra a vida), crimes contra a integridade física (ofensas à integridade física voluntária grave, ofensas à integridade física voluntária simples, ofensas à integridade física por negligência em outras circunstâncias e outros crimes contra a integridade física), crimes contra a liberdade pessoal (rapto, sequestro e tomada de reféns, ameaça e coação e outros crimes contra a liberdade pessoal), crimes contra a liberdade e a autodeterminação sexual (violação, abuso sexual de crianças, adolescentes e dependentes, violação do cônjuge e outros crimes contra a liberdade e

a autodeterminação sexual), crimes contra a honra (difamação, calúnia e injúria) e crimes contra a família (violação da obrigação de alimentos, subtracção de menores e outros crimes contra a família (Violência Doméstica – *Primeiro Relatório Nacional*, 1999).

Segundo o relatório da Direcção-Geral da Administração interna relativo a 2009, em Portugal, o fenómeno da violência doméstica é o segundo crime mais registados contra as pessoas e o quarto tendo em conta o número de participações criminais. Este aumento poderá reflectir a crescente desocultação do problema, ainda que muito haja a fazer no sentido de se perceber a verdadeira extensão do fenómeno.

Quando infligida pelo cônjuge, a violência designar-se-à de violência conjugal e, segundo o mesmo relatório a vítima deste crime é, em geral, a mulher (85% dos casos), que vive com o agressor (em 53% dos casos) e tem em média 39 anos. De notar que 77% das vítimas do estudo não dependia economicamente do agressor e cerca de um terço (28%) possuía habilitações superiores ao 9º ano de escolaridade (Jornal “*Público*”, 15 de Abril, 2010).

No que respeita às causas psicológicas destas situações, fará sentido abordá-las relativamente às relações em que o abuso e a violência se encontram intrinsecamente ligados na intimidade. Porque razão alguém permanece dependente de um parceiro que é psicológica ou fisicamente abusivo? Será que a representação da história relacional permite identificar um padrão de resposta em situações de violência conjugal? A resposta deverá entender duas frentes associadas a este fenómeno. A primeira que se relaciona com a necessidade de sobrevivência e percepção da segurança prestada pela figura a quem se está vinculado e a segunda, que os sujeitos a quem as necessidades da vinculação num nível precoce foram constantemente frustradas, se sentem particularmente vulneráveis nestas situações de violência conjugal (Henderson, Bartholomew, Trinke & Kwong, 2005).

Um acontecimento relacionado com a violência exercida sobre outrém poderá

ser significativo e poderá, eventualmente, contribuir para o surgimento da PPST. Segundo resultados de algumas investigações (Houskamp & Foy, 1991; Kemp, Rawlings & Green, 1991) as mulheres expostas à violência exercida pelos companheiros apresentam um risco elevado de exibirem sintomas relacionados com a experiência traumática, incluindo PPST. Considerando a extensão das consequências da violência conjugal a membros da família mais dependentes, como os filhos por exemplo, Kemp e a sua equipa (1991) sustentam que a resposta emocional da figura materna perante a violência condiciona e influencia a própria resposta da criança. Neste caso, se a mãe se mostra disponível para reassegurar a sua estabilidade, poderá contribuir igualmente para a regulação do sistema emocional da criança, e, conseqüentemente, esta estará mais susceptível de comunicar as suas emoções. Em alternativa, se a figura materna apresenta sintomas traumáticos e se mostra indisponível, o sistema emocional da criança poderá permanecer sobre-estimulado e desajustado (Kemp *et. al.*, 1991).

Campbell e a sua equipa (2002) sustentam que, por um lado, a violência conjugal poderá ter consequências a longo prazo para a saúde mental das vítimas, até mesmo quando o abuso ou a violência teve já o seu final. Por outro, a exposição à violência doméstica poderá ser mais um, de entre outros acontecimentos traumáticos adversos com início em momentos anteriores e que poderão condicionar a intervenção psicológica (Mezey, Bacchus, Bewley & White, 2005).

5. TRAUMA E DISSOCIAÇÃO

Se na perspectiva freudiana o conflito intrapsíquico se caracterizava pelo encontro entre as pulsões, exigências morais (*Superego*), exigências da realidade e funções de regulação (*Ego*), na teoria ferencziana a tensão dinâmica na mente

descreve a organização constante de significados múltiplos e contrastantes, que no caso da vivência de um acontecimento traumático, aparecem dissociados (Borgogno, 1999).

Ferenczi introduz o conceito de *dissociação*, o qual designava, à época, de *cisão*, na sua comunicação em Oxford, em 1929, publicada em 1931 com o título *Princípio de distenção e neocatarse* (Albasi, 2006). Nesta publicação torna pública a sua teoria de que a amnésia não seria sempre fruto da negação e repressão, mas que poderia ser determinada também pela dissociação.

O conceito de dissociação é, com efeito, um dos aspectos centrais na teoria de Ferenczi. No entanto, parece também ser preponderante para Sullivan e para a sua *Teoria Interpessoal* (Bromberg, 2003). Vejamos como: a teoria de Sullivan “da análise interpessoal (1953), reduzida ao essencial, é do meu ponto de vista, uma teoria de organização dissociativa da personalidade em resposta ao trauma. Não será uma nova versão da teoria de Freud de remoção em resposta ao conflito, e, apesar das considerações históricas, a dissociação não é simplesmente um conceito utilizado por Sullivan para falar da remoção” (Bromberg, 2003, p. 215).

Por outras palavras, Sullivan defende que apenas as experiências que se tornam conscientes integrariam o sistema do *Self*. Contrariamente, as experiências ignoradas poderiam causar sintomas dissociativos, dificultando o acesso à consciência e originando falhas na experiência à volta da qual o indivíduo constituiria o próprio *Self* (Albasi, 2006). E vemos como, na passagem seguinte, Sullivan utiliza o conceito de dissociação para descrever um amplo *espectro* de fenómenos evolutivos e não apenas para descrever as distorções dos traumas graves: “Vejamos então o que acontece nas situações em que, os acontecimentos, em vez de serem objecto de atenção (isto é, que se manifestam no sistema do *Self*), deixam de ser notadas pelas pessoas e, permanecem na região onde não se nota o que se faz: na região onde não são reconhecidas como nossas as coisas que fazemos” (Sullivan, *citado por* Bromberg,

2003).

Também em Bromberg, o conceito de dissociação aparece como tema central em vários escritos clínicos. Seguindo a perspectiva relacional, a dissociação não seria intrinsecamente patológica mas poderia tornar-se se ocorresse a seguir a uma experiência traumática. Neste sentido, a dissociação seria fundamental para o funcionamento normal e favoreceria a estabilidade ao longo do desenvolvimento, pois seria “uma atitude adaptativa que representaria a natureza mais autêntica do que se designa por consciência” (Bromberg, 2003, p. 244).

Bromberg defende ainda que, em relação à dissociação pós-traumática, a vivência de situações traumáticas poderia gerar um estado de consciência dissociado que poderia identificar o acontecimento como algo terrível, mas *retrospectivamente falsificado*. Por outras palavras: “o trauma produz dissociação e esta geraria falsificações retrospectivas do passado e falsificações retrospectivas da própria capacidade de prever o futuro” (Bromberg, 2003). Assim, a experiência contida no estado do *Self* dissociado permanece na mente do sujeito como uma memória afetiva sem a correspondente memória autobiográfica da sua origem traumática e ameaça o *Self* como um terrível fantasma (Bromberg, 2003).

Em termos psiquiátricos, para o DSM-IV (APA, 2002), a dissociação é definida pela disrupção verificada nas funções integradas da consciência, memória, identidade ou percepção. Por outras palavras relaciona-se com a dificuldade em integrar os pensamentos, sentimentos e experiências num estado de consciência. O seu aparecimento pode ser súbito ou gradual, transitório ou crónico (APA, 2002).

A dissociação peritraumática, vivenciada durante o acontecimento traumático, pode ser experimentada de diversas formas, entre as quais a perda de noção do tempo, “ficar em branco”, entrar em “piloto automático”, desrealização (como se vivesse um sonho), sensação de que se está a flutuar, sentir-se delgado do próprio ou ter a sensação de distorção corporal, embotamento emocional e amnésia

relativamente a alguns aspectos do acontecimento (Herman, 1992). Num contexto traumático, a dissociação poderá ocorrer quando a capacidade do indivíduo para tolerar ou processar os eventos é inundada pelo medo, ameaça ou horror ao(s) acontecimento(s).

De acordo com as investigações têm sido evidenciadas diferenças individuais em relação à predisposição para experimentar sintomas de dissociação, mas um número significativo de estudos indicam que os sintomas de dissociação tendem a ser mais marcados em sobreviventes de traumas (Bremner, Southwick, Brett, Fontana, Rosenheck & Charney, 2002; Carlson & Rosser-Hogan, 1993; Marmar, Weiss, Schlenger, Fairbank, Jordan, Kulka & Hough, 1994; Putnam & Trickett, 1997). Neste sentido a dissociação demonstra ser um constructo clínico importante em várias perturbações, e em especial na PPST (Bremner et al., 1992; Koopman, Classen & Spiegel, 1994; Marmar et al., 1994) e na Perturbação Dissociativa da Identidade (Waller, Putnam & Carlson, 1996).

Enquanto o carácter patológico ou não-patológico da dissociação tem sido debatido ao longo das últimas décadas, as pesquisas clínicas têm deslocado a sua atenção para os factores associados à etiologia da dissociação (Dutra, Bureau, Holmes, Lyubchik & Lyons-Ruth, 2009). Neste sentido, a variável experiência traumática, em particular o abuso infantil, tem sido avançada como factor etiológico potencial da dissociação. Um número significativo de estudos tem demonstrado associações entre o abuso físico ou sexual infantil e a dissociação. Van Ijzendoorn e Schuengel's (1996) demonstram, nos seus estudos, uma relação estatisticamente significativa entre o abuso físico e sexual e a dissociação, em 52% dos casos de uma amostra de 2108 indivíduos.

Paralelamente, foram ainda desenvolvidos estudos que avaliaram, em adultos, as memórias retrospectivas de abuso sexual na infância. A verdade é que alguns são motivo de algumas críticas, tais como as apresentadas por Kihlstrom (2005),

concluindo que “apesar de ser plausível que as perturbações dissociativas possam ter origem no trauma, as evidências empíricas disponíveis parecem longe de ser convincentes” (Kihlstrom, 2005 citado por Dutra et. al., 2009). No entanto, mais do que uma suposta relação entre a dissociação e o abuso reportado retrospectivamente, Putnam e Trickett (1997) indicam que à data se conhece efectivamente muito pouco sobre a etiologia e o desenvolvimento da dissociação. A observação de que os indivíduos não-traumatizados demonstravam em alguns momentos sintomas de dissociação e de que muitos sobreviventes de traumas não evidenciavam esses mesmos sintomas, sugere que poderá haver outros factores implicados na sua etiologia, que não o trauma por si só, como aliás acontece, e como demonstrado no ponto 3 deste capítulo, com a própria PPST.

Por um lado, as investigações demonstraram a influência significativa de factores relacionados com o ambiente familiar na dissociação e que incluem a falta de cuidados parentais (Mann & Sanders, 1994; Modestin, Lotscher & Thomas *citado por* Dutra et. al., 2009), o controlo parental (Modestin et al. *citado por* Dutra et. al., 2009) e representações de relações inseguras entre os pais (Maaranen, Tanskanen, Haatainen, Koivumaa-Honkanen, Hintikka & Viinamaki *citado por* Dutra et., al., 2009).

Por outro lado, as formulações de Bowlby (1973) sugerem que as crianças internalizam modelos internos dissociados dos seus cuidadores tal como deles próprios. Note-se um ponto de achega, que, mais tarde, Main e Solomon (1990) documentaram com a existência de comportamentos contraditórios, confusos e desorientados entre algumas crianças na presença do cuidador quando em situação de necessidade de conforto e que designaram de vinculação desorganizada/desorientada (Padrão D). As meta-análises consequentes confirmam a associação entre a dissociação e o comportamento de vinculação desorganizada na criança, maus tratos parentais, sintomas de psicopatologia dos progenitores,

interacção perturbada criança-cuidador e problemas comportamentais infantis (Madigan, Bakermans-Kranenburg, van Ijzendoorn, Moran, Pederson & Benoit, 2006).

6. RE-EXPERIÊNCIA TRAUMÁTICA E PERTURBAÇÃO DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO

As pesquisas têm demonstrado fortes associações entre as experiências adversas na infância e o funcionamento físico e mental desadequado mais tarde, na idade adulta (Banyard, Williams & Siegel, 2001). De facto, ao longo da vida o Ser Humano encontra por vezes experiências intensas do ponto de vista emocional, ou por outras palavras, francamente traumáticas. O impacto destas experiências na memória depende em boa parte, do nível de stress a que estão associadas: níveis moderados, geralmente, facilitam a recordação de um acontecimento específico, enquanto níveis bastante mais intensos podem provocar bloqueios nas funções mnésicas (Siegel, 2001). Tal como afirmam Bower e Sivers: “São vários os factores que contribuem para facilitar a recordação de um acontecimento emocionalmente muito intenso. Entre eles, são particularmente importantes, o significado pessoal de tal acontecimento, as suas características específicas ou a sua excepcionalidade (...) Uma vez terminado o estado de arousal fisiológico, que continua por diversos minutos, a nossa mente tende a voltar a estas recordações por algumas horas, ou até mesmo dias, no seguimento dos estímulos que recebe do ambiente externo ou da sequência ideativa associada ao acontecimento em questão” (Bower & Sivers, 1998).

Assim, experiências fortemente traumáticas poderão ser registadas num nível de memória implícita e dar lugar a recordações de tipo explícito. Quando a recordação implícita do acontecimento é integrada poderá comportar elementos comportamentais, reacções emocionais, sensações corpóreas e imagens associadas ao trauma (Siegel,

2001). E, tal como demonstra o estudo de Koopman, Classen e Spiegel (1994) isso poderá ser preditor do desenvolvimento de PPST. Neste sentido, estas experiências poderão comprometer a saúde mental criando um bloqueio no fluxo de informações e impedir a elaboração das histórias pessoais, não permitindo geralmente, a integração de acontecimentos significativos numa rede associativa entre a memória consolidada e permanente. Os esquemas que provêm da memória implícita participam na organização da memória explícita autobiográfica e, as recordações tendem assim, a ser consideradas elementos que permanecem num estado instável de potencial activação e que tendem a insurgir de forma evasiva e incontrolável nas experiências internas e nas relações interpessoais do sujeito (Siegel, 2001).

Perante as formulações importa sublinhar que um trauma compromete a actividade mnésica e poderá ter efeitos na capacidade do indivíduo de consolidar a recordação da experiência em questão. Tal, é aliás, corroborado pelo resultado dos estudos de Widom, Czaja e Dutton, (2008), Streeck-Fischer, Besel e Van der Kolk (2000) Monteiro-Ferreira (2003) e Siegel (2001).

De facto, tem sido visível o aumento do interesse no fenómeno da revitimização ou re-experiência e na noção de que os indivíduos que experienciaram situações potencialmente traumáticas na infância têm mais probabilidade de virem a ser vítimas de situações traumáticas posteriormente. Tal tem sido especialmente estudado com vítimas de abuso sexual (Cloitre, Tardiff, Marzuk, Leon & Portera, 1996; Messman & Long, 1996; Schaaf & McCanne, 1998) e de acordo com os resultados, cerca de 1/3 das vítimas de abuso sexual em criança reportaram experiências de vitimizações repetidas e tinham duas a três vezes mais risco de re-experiência destes acontecimentos na idade adulta, do que as mulheres sem história de abuso sexual infantil.

Particularmente com amostras constituídas por vítimas de violência doméstica, existem estudos que demonstram que o trauma não-resolvido na infância tenderia a

aumentar a probabilidade do diagnóstico de PPST na idade adulta e em consequência da exposição à violência (Stovall – McClough, Chase & Cloitre, 2006; McNally, 2003).

A explicação de Freud (1920) sobre esta temática constitui um claro contributo para a compreensão das situações traumáticas do passado. O que de facto Freud defendia era que, ao ser confrontado com um acontecimento ameaçador, o indivíduo perdia o controlo e não conseguia dominar os seus sentimentos, a sua resposta emocional ou a sua capacidade de ordenar os factos numa sequência coerente (Monteiro-Ferreira, 2003). Num plano inconsciente o paciente experimentaria uma sensação de fracasso e procuraria a re-experiência deste ambiente para o controlar (Freud, 1920).

O facto é que quando os pacientes sujeitos a traumas repetidos ao longo da vida são analisados verifica-se que não conseguiram integrar no seu sistema mnésico a recordação do acontecimento traumático, como parte do seu passado. Antes pelo contrário, o que acontece é que nunca chega a adquirir a qualidade de passado e permanece presente na vida psíquica do indivíduo (Monteiro-Ferreira, 2003). Assim, é frequente que o trauma seja reevocado pelos pensamentos intrusivos, ou seja, emoções ou impressões somatossensoriais intensas que se verificam quando a vítima se encontra em estado de alerta (Van der Kolk & McFarlane, 1996). Deve reter-se, no entanto, que apesar da recordação do trauma se manter ao longo do tempo, o seu significado poderá alterar-se. Quando o indivíduo sofre mais do que um acontecimento traumático ao longo da vida, o acontecimento mais recente tende a desencadear o quadro clínico da PPST, com fenómenos intrusivos, de evitamento e embotamento relativos ao fenómeno mais antigo.

A re-experiência traumática contribui ainda para diminuir a capacidade de modular o grau de alerta, sendo demonstrado que estes indivíduos apresentam elevados níveis de hipervigilância, respostas de sobressalto exageradas e inquietação (Monteiro-Ferreira, 2003). O doente observa que qualquer situação o atinge e activa e,

tal, leva-o a conceber o mundo exterior como algo hostil e perigoso, aumentando a possibilidade de respostas de alarme autónomas, não só aquando da presença dos estímulos relacionados com a situação traumática mas de qualquer outro tipo. Assim, são frequentes as alterações na capacidade de processar a informação em pacientes com o diagnóstico de PPST dado o medo permanente de que sejam activados os mecanismos de alarme que tem dificuldade em controlar (Shalev, 1996; Van der Kolk, 1994).

Naturalmente que não pode ser esquecido o papel atribuído à forma como o indivíduo lida com o trauma (*coping*) e que pode ser mais importante no desenvolvimento de PPST do que a ocorrência do próprio trauma (Mikulincer & Florian, 1996). O uso de estratégias de *coping* apropriadas podem prevenir o desenvolvimento de PPST, e os efeitos negativos na saúde do indivíduo podem ser reduzidos.

Em suma, quando exposto a uma situação traumática a imagem do mundo tende a alterar-se. Quando alguém enfrenta uma situação de violência e risco extremos reequaciona um número considerável de pressupostos sobre o mundo exterior (Van der Kolk & McFarlane, 1996). Como tem vindo a ser demonstrado e corroborado pelas investigações, os padrões de interacção com os outros e de desenvolvimento da personalidade são aspectos que também se vão reelaborando em função das experiências traumáticas e em consequência delas.

Apresentadas as principais elaborações sobre a noção de trauma e PPST, seguidamente cabe apresentar a teoria da vinculação e alguns dos seus pressupostos.

CAPÍTULO II A Teoria da Vinculação

Este capítulo apresenta uma breve reflexão sobre a teoria da vinculação. O momento inicial corresponde à apresentação dos principais pressupostos da teoria e do seu contexto de desenvolvimento.

O interesse central de teóricos e investigadores da teoria da vinculação tem sido o papel das experiências precoces que a criança estabelece e desenvolve com as figuras parentais ao longo do seu desenvolvimento, em particular, a qualidade das trajectórias desenvolvimentais. Os contributos de Bowlby, Ainsworth, Mary Main, entre outros, têm construído, nas últimas décadas, um modelo de exploração das dinâmicas desenvolvimentais específicas do Ser Humano. E estes contributos têm constituído o quadro conceptual sólido da teoria da vinculação.

Neste capítulo será analisado o quadro de desenvolvimento da teoria e discutidos os conceitos fundamentais para a compreensão da organização da vinculação adulta ao mesmo tempo que são identificadas as relações entre a vinculação e uma situação adversa específica, como é a violência.

1. PERSPECTIVA HISTÓRICA E DESENVOLVIMENTO DA TEORIA

O conceito de vinculação descreve as relações afectivas que nos unem aos outros e, para ser mais precisa, que nos unem a nós próprios. A natureza primária destas relações e o seu peso afectivo na construção de outras relações daí emergentes, demonstra toda a significância e importância da vinculação ao longo do desenvolvimento. Falar em vinculação é, portanto, descrever a necessidade de construir uma estrutura que permita explorar o meio e assumir novos papéis, novos compromissos e novos formatos de existência ao longo do ciclo vital (Soares, 2009).

A conceptualização e história da construção da teoria da vinculação, enquanto fenómeno e construto da psicologia, deve a sua identidade a Bowlby e ao seu interesse pela natureza das relações de proximidade. Pai da teoria da vinculação, Bowlby, manteve algumas considerações da teoria psicanalítica sobre as relações de proximidade e o desenvolvimento, na elaboração da sua perspectiva sobre o comportamento de apego. Tal incluía a compreensão da complexidade dos aspectos sociais, cognitivos e emocionais na infância, a ênfase nas semelhanças entre a natureza de relações de proximidade na infância e idade adulta e a importância das experiências precoces (Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000). Em termos sucintos, apesar de colocar a ênfase da sua teoria nos processos dinâmicos inconscientes, Bowlby dedica especial atenção às experiências da relação precoce e à influência dos aspectos cognitivos nos comportamentos relacionais futuros (Fonagy, 2001). Enquanto Freud teorizou os efeitos das experiências precoces nas estruturas psicodinâmicas, Bowlby introduziu e fundamentou o conceito de modelos internos, desafiando alguns dos princípios da psicanálise. Estes constructos cognitivos e afectivos, reflexo das experiências relacionais comuns e inclusivé dos acontecimentos traumáticos, tenderiam à estabilidade e permaneceriam receptivos a novas informações (Waters, Crowel & Elliot, 2002).

Para o desenvolvimento da teoria da vinculação contribuíram, efectivamente, um conjunto de áreas científicas, para além da própria psicanálise, tais como a etologia – com os estudos de Konrad Lorenz com patos e gansos sobre o *imprinting* e a publicação de *Animal Behaviour* por Robert Hinde (1970) -, as ciências cognitivas e a cibernética – com a descrição próxima da engenharia que Young faz do sistema nervoso na sua obra *A model of the brain* (1964), - a noção de plano aplicada ao comportamento humano proposta por Miller, Galanter e Pribram (1960) e ainda a perspectiva evolucionista de Darwin e as considerações de Williams sobre a teoria genética da selecção natural (Soares, 2009).

De uma forma sucinta, o esforço de Bowlby para fundamentar a Teoria da Vinculação encontra-se patente na trilogia *Attachment, Separation and Loss – Attachment* (Bowlby, 1969), *Separation: Anger and Anxiety* (1973) e *Loss: Sadness and Depression* (Bowlby, 1980). No primeiro volume Bowlby realça o facto de exceptuando algumas referências anteriores, algumas delas elaboradas por Freud, não existirem observações sobre a forma como os bebés se comportavam quando separados das mães. A partir de 1940 regista-se uma primeira série de observações levadas a cabo por Dorothy Burlingham (1942) e Anna Freud (1944) seguida das investigações de René Spitz e Katherine Wolf (1946) com 100 crianças filhas de mães solteiras que se encontravam institucionalizadas, em que foram registados os comportamentos ocorrido durante os 12 primeiros meses de vida (Bowlby, 1969). Apartir destes estudos verificou-se um intensificar das investigações e, um pouco mais tarde, James Robertson e Rosenbluthm (1948-1952) dedicaram-se a filmar e documentar os efeitos da separação em crianças (entre os 18 meses e os 48) em contexto hospitalar e mais tarde, em casa no momento da recuperação. Tais observações permitiram tornar pública a importância da qualidade dos cuidados prestados nos serviços hospitalares, que muitas vezes eram inadequados ao desenvolvimento e ao bem-estar da criança (Soares, 2009). Seguiram-se os artigos apresentados por Bowlby à *British Psychoanalytic Society*: *The Nature of the Child's Tie to His Mother* (Bowlby, 1958), *Separation and Anxiety* (Bowlby, 1960) e *Grief and Mourning in Infancy and Early Childhood* (Bowlby, 1960).

Anos mais tarde, no *Tavistock Child Development Research Unit* foram conduzidos os estudos de Christoph Heinick (1966) e Christoph Heinick e Ilse Wesheimer (1966) intitulados "*Brief Separations*". As investigações, embora diferindo em algumas variáveis, revelaram conclusões notavelmente consistentes: os bebés com mais de 6 meses, tendiam a responder ao acontecimento de separação da mãe de uma forma específica (Bowlby, 1969).

A sua colaboração em algumas destas investigações desperta o interesse de Bowlby pela temática da qualidade dos cuidados prestados e pelos efeitos da privação e da disrupção da vinculação nas crianças. Assim, descrevendo alguns casos clínicos, em 1940 Bowlby realiza vários trabalhos de sistematização teórica onde defende a importância de factores ambientais no desenvolvimento dos primeiros anos de vida da criança. Destaca as consequências da separação da figura materna como etiologia de perturbações psicológicas. E, em termos sucintos, distancia-se de Melanie Klein e da posição de valorização da fantasia em detrimento da experiência afectiva, enfatizando a importância da criança hospitalizada ser visitada diariamente pela figura materna. Sublinha ainda a necessidade do trabalho terapêutico com as mães das crianças que apresentam sintomas de psicopatologia(s) (Soares, 2009).

É de facto notório o seu interesse pela natureza da ligação da criança com as figuras primárias de referência, em especial a mãe, e pela procura de respostas relativas à disrupção das experiências afectivas, à volta das quais a sua teoria se vai desenvolvendo: “Como é que a privação parental poderá produzir esta ou aquela forma de perturbação psíquica e que processos funcionam para que tal aconteça? Que variáveis afectam o aparecimento destas perturbações e como podem afectar a criança e o seu desenvolvimento?” (Bowlby, 1969, p. 33-34). Apresenta, então, a direcção que a investigação sobre os perigos da privação de cuidados maternos deveria tomar e desloca a atenção para a associação entre a separação precoce prolongada e o “vazio de afecto”, que seria característico de relações de frieza e distanciamento emocional, ausência de envolvimento na relação com o outro, comportamento social isolado, não responsivo e insensível à punição ou ao reconhecimento social positivo, em jovens com comportamentos desviantes.

O interesse e os resultados das pesquisas vêm demonstrar que a problemática poderia estar associada à disrupção que decorreria das separações e assim, a ênfase nos efeitos adversos da privação materna demarca a posição de Bowlby permitindo

destacar que muitos dos problemas adaptativos na infância e na idade adulta resultariam das experiências afectivas disruptivas (Soares, 2009).

Assume que qualquer ser humano nasce com um sistema psicobiológico inato (o sistema comportamental de vinculação) que o motiva a procurar proximidade às suas figuras significativas em situações de necessidade (Shaver, 2002; Mikulincer, 2005). Este sistema inclui comportamentos coordenados para atingir um objectivo específico e tem uma função adaptativa durante algum tempo, envolvendo a integração progressiva de comportamentos em sequências comportamentais cada vez mais complexas e sofisticadas, tornando-se funcionais ao longo do tempo. Pode ser corrigido em função do objectivo e ser activado e determinado por sinais internos do organismo e sinais ambientais. Por último, é guiado por um sistema de *feedback* que monitoriza os sinais internos e os sinais externos, ao nível biológico, relacionando-se, interagindo com outros sistemas comportamentais e organizando-se em representações mentais (Cassidy & Shaver, 1999). Isto define o que a teoria da vinculação chama de sistema comportamental de vinculação: um sistema biológico de comportamentos, a maioria activados em situações de ameaça e que resulta no ganho e manutenção da proximidade às figuras de vinculação (Bowlby, 1969).

Apesar de Bowlby centrar as suas pesquisas na evolução do sistema de vinculação ao longo da infância torna claro que este conceito deverá ser estudado desde o nascimento até á morte: "...o comportamento de vinculação é definido como um comportamento que resulta da tentativa e procura de proximidade a um outro significativo, que é constantemente percebido como mais forte ou mais capaz. Apesar deste comportamento ser característico das relações que os bebés ou as crianças estabelecem com as figures significativas, continua a manifestar-se ao longo da vida, especialmente em situações específicas de stress, doença, ou medo" (Bowlby, 1977).

É inegável o contributo teórico de Bowlby para a construção da teoria da vinculação, mas a verificação e corroboração dos seus postulados e conclusões em

contexto naturalista, muito ficou a dever às investigações de Mary Ainsworth. Fundamental no desenvolvimento da teoria da vinculação, Ainsworth deu um contributo experimental às concepções de Bowlby. Os seus estudos de observação naturalista realizados no Uganda (Ainsworth, 1963, 1967) e em Baltimore (Ainsworth, 1977) possibilitaram o reconhecimento das diferenças individuais na organização da vinculação (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Ainsworth e a sua equipa desenvolveram, a partir das suas observações, um sistema de avaliação da interacção com a figura de vinculação, a que chamou “Strange Situation”. Os resultados das investigações permitiram complementar as considerações já formuladas por Bowlby e demonstrar experimentalmente que a criança necessita de experienciar a figura parental não apenas como acessível, mas também como responsiva.

Em termos sucintos, o seu sistema de avaliação da vinculação permitiu que o sistema comportamental de vinculação na criança fosse activado pela sua exposição a um lugar não-familiar, interacção com um adulto desconhecido (investigador) e pelas separações breves das suas figuras de vinculação (Ainsworth, *et. al*, 1978). A proximidade com a figura materna seria, então, mediada por comportamentos de sinalização (chorar, palrar, sorrir) ou por comportamentos de aproximação (agarrar, procurar, seguir). Esta organização, constituída por padrões de acção fixa, isto é, por comportamentos pouco articulados ou diferenciados em função do objectivo implicaria que a criança fosse capaz de manter uma organização interna estável da figura de vinculação ao longo do tempo e dos contextos, permitindo-lhe responder com flexibilidade às mudanças do ambiente, ao mesmo tempo que procurava atingir os seus objectivos (Bowlby, 1969; Cassidy & Shaver 1999).

Ora, o comportamento da criança tenderia a revelar o estilo de relação com a figura de referência e Ainsworth, Blehar, Waters e Wall (1978) distinguem três padrões de vinculação: *Seguro* (padrão B), *Inseguro* (A) e *Ansioso* (C).

Em termos sucintos, o que caracterizava os bebés com um padrão *seguro* (B) de

vinculação seria a procura de proximidade à figura de referência após o momento de reunião. Quando expostas à separação, estas crianças seriam relativamente rápidas a recuperar da ausência da figura de vinculação e direccionavam a exploração para os brinquedos e para a sala. Ainsworth (1973) cunhou a designação *base segura* a partir da qual a criança explora para descrever o papel da figura de referência perante a criança que apresenta este estilo de vinculação.

Os bebés que estariam vinculados ao seu cuidador de acordo com o padrão de vinculação inseguros (A) demonstravam um comportamento evitante e inseguro no momento da reunião. O evitamento estaria relacionado com o deslocamento da atenção para os brinquedos, evitando o contacto com a face do cuidador (Ainsworth, 1973). Nestas crianças o equilíbrio entre a capacidade de exploração e a vinculação estaria comprometido e a qualidade das suas explorações seria frequentemente mais baixa quando comparada com o comportamento de exploração das crianças com um padrão seguro (B).

No estilo de vinculação ansioso (C), os bebés mostrariam uma ambivalência entre a proximidade e a resistência à aproximação e comportamentos de raiva perante a figura de vinculação após a reunião (Ainsworth, 1973).

Neste sentido, estudos posteriores vieram demonstrar que as figuras maternas das crianças que apresentavam um padrão de vinculação seguro respondiam com sensibilidade aos sinais da criança. Aquelas cujos filhos apresentavam um estilo inseguro rejeitariam os sinais e, em particular, seriam distantes evitando o contacto físico. Por outro lado, nas crianças que evidenciavam um padrão de vinculação ansioso, a figura materna apresentava características de inconstância na percepção e resposta aos sinais (Ainsworth, *et. al.* 1978, 1978; Blesky, Rovine, & Taylor, 1984; Maslin & Bates, 1983).

Mais tarde, em 1990, Main e Solomon identificaram um outro padrão de vinculação relacionado com o comportamento desorganizado/desorientado (D) durante

a “Strange Situation”. Tratar-se-ia de um comportamento contraditório, indiscriminado e com índices significativos de apreensão perante o cuidador. Acontece que as figuras parentais das crianças que apresentavam estes sinais de desorganização evocavam frequentemente experiências potencialmente traumáticas (Ainsworth & Eichberg, 1991; Main & Hesse, 1990) e demonstravam abusos ou negligência relativamente às suas crianças (Calson, Cicchetti, Barnett & Braunwald, 1989; Lyons-Ruth, Repacholi, McLeod, & Silva, 1991).

Em consequência, o papel determinante de factores ambientais no desenvolvimento dos primeiros anos de vida e a importância do estabelecimento de relações de proximidade com o cuidador, tornam-se elementos fundamentais para a teoria da vinculação. O comportamento da criança é, assim, entendido como integrado e resultante da representação da vinculação e dos seus modelos internos dinâmicos (*internal working models*) (Soares, 2009). Tal remete para a compreensão dos esquemas de acção que contêm a representação do cuidador e do seu comportamento perante a criança, a representação que a criança desenvolve dela própria e da interacção estabelecida (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996).

Assim sendo, as experiências precoces tenderiam a tornar-se cristalizadas nos modelos internos dinâmicos (MID), que Main, Kaplan e Cassidy definem “como um conjunto de regras que permitem a organização da informação relevante para a vinculação e para obter ou limitar o acesso a essa informação” (1985, p. 66-67). A representação mental das experiências de vinculação precoce estaria relacionada com a representação da vinculação ou do comportamento parental em interacção na relação. Representação esta com forte impacto no desenvolvimento quando disfuncional e no surgimento de perturbações psicológicas na infância, adolescência ou idade adulta (Main & Hesse, 1990).

2. DOMÍNIO REPRESENTACIONAL DA TEORIA DA VINCULAÇÃO: MODELOS INTERNOS DINÂMICOS (MID)

No segundo volume da sua trilogia *Attachment and Loss*, Bowlby define como objectivo do sistema de vinculação a manutenção da acessibilidade e responsividade do cuidador, que define por disponibilidade (1973, p. 258). Posto isto, defende que o bebé desenvolveria expectativas sobre a disponibilidade da figura de vinculação, na base de uma valorização suficientemente conseguida da sua experiência com o cuidador. Para poder ser conceptualizada a forma como estas experiências se organizam e se constituem em representações mentais, Bowlby elabora a noção de Modelos Internos Dinâmicos (MID), proposta anteriormente por Craik (Bowlby, 1973).

Compreende-se o conceito de MID como a representação interna da relação, ou seja, o que a criança espera receber do ambiente, tendo por base as suas experiências passadas neste mesmo contexto. Segundo Bowlby (1973), o conceito “modelo” implica que estas interpretações sejam construídas de forma activa, em concordância com os dados disponíveis e que deverá prolongar-se, de forma a integrar realidades novas, para além das já conhecidas. Por um lado, quanto mais adequado for o modelo interno dinâmico de um organismo, maior tenderá a ser o grau de precisão com que esse organismo se coloca perante o futuro. Por outro, Bowlby (1973) defende ainda que se os modelos internos dinâmicos do ambiente e do *self* não forem revistos adequadamente após as mudanças, poderão despoletar um funcionamento patológico. Tal coloca em destaque o papel dos MID também na auto-regulação e no estabelecimento de prioridades comportamentais (Bowlby, 1973). Se não vejamos: o padrão de vinculação segura (B), caracterizado pela confiança na disponibilidade e acessibilidade da figura de vinculação oferece suporte e protecção e associa-se a MID valorizantes do *self*. Se, pelo contrário, a figura de vinculação rejeitou as necessidades de conforto e de exploração da criança, esta tenderá a

construir um modelo interno de *self* desvalorizado (Bowlby, 1973).

Ora, a compreensão dos modelos internos dinâmicos na criança permite também destacar o uso que as crianças fazem dos objectos do seu ambiente externo e as implicações para a construção da sua consciência, já a partir da fase sensorio-motora, tal como defende Piaget (Bretherton & Munholland, 1999). Bowlby intui, assim, que a criança, no decurso das interacções repetidas com as figuras de vinculação no estágio sensorio-motor, começa a desenvolver a memória destas interacções sob a forma de esquemas transaccionais e representacionais e enfatiza o papel dos MID na transmissão intergeracional dos padrões de vinculação.

O estudo das relações de vinculação baseia-se, assim, na análise de modelos mentais dos cuidadores sobre estas relações precoces, que exercem efeitos directos nos comportamentos, na modalidade de comunicação interpessoal, na regulação das emoções, na memória biográfica e nas estruturas narrativas (Siegel, 2001).

Por exemplo, os modelos mentais dos próprios cuidadores influenciam profundamente a forma como estes se mostram disponíveis e se relacionam com os seus filhos; expectativas, percepções e comportamentos dos progenitores, interagem com os traços de personalidade inatos da criança e determinam a natureza da relação que estabelecem entre si. Neste sentido, um corpo de estudos, de entre os quais os de Matos e Costa (1996) vieram demonstrar que a história da experiência pessoal de vinculação influencia significativamente a forma como o indivíduo se coloca na relação com o mundo, revelando também aquilo a que Mary Main definiu por “estado mental relativamente à vinculação” (Main, 1995). É que esta noção de modelos mentais reflecte a representação de um conjunto de expectativas sobre o *self*, sobre as figuras de vinculação e sobre as relações entre ambos que estão organizadas numa estrutura representacional bem organizada (Bowlby, 1980; Bretherton, 1985).

Segundo Bowlby (1973) a noção de modelo dinâmico rejeita a definição de outros conceitos, como o de “imagem” ou “mapa”, tratando-se de um modelo do

mundo que permite transmitir, armazenar e manipular informação que ajuda a antecipar formas de atingir objectivos. Implica que esta representação seja um processo dinâmico e reprodutora da relação e estrutura do mundo para o sujeito e o reflexo das interacções que as pessoas experimentam ao longo do desenvolvimento.

Na perspectiva de Bowlby, os MID resultantes de experiências de interacções reais ao longo do desenvolvimento, constituem-se numa multiplicidade de processos e organizações mentais. Uma vez que as experiências das relações de vinculação dão origem a organizações internas ao nível da memória, das representações e modalidades de regulação interna, interactivas e diferenciadas, os MID são definidos como representações mentais das experiências precoces de vinculação que vão sendo progressivamente cristalizados na adolescência e idade adulta (Maier, Bernier, Pekrun, Ziemmermann & Grossmann, 2004).

De facto, o conceito de representação mental ou modelo interno tem sido uma das temáticas de investigação mais importantes da teoria da vinculação, principalmente nos últimos anos. O foco do estudo passou, então, da observação do comportamento da criança, para as representações das relações de proximidade ao longo da vida (Hazan, Gur-Yaish & Campa, 2004).

3. DIMENSÕES DA VINCULAÇÃO

Bowlby (1969) identifica no comportamento de vinculação quatro objectivos distintos mas correlacionados: *procura de proximidade, de protecção, de base segura e manutenção dos níveis de stress na separação*. De acordo com estes objectivos, as pessoas tendem a iniciar as suas relações tendo por base uma rede de representações que molda a forma como constroem as suas vidas e encontram significados para as experiências pessoais e interpessoais.

Para alguns autores a teoria da vinculação fornece um modelo de compreensão da vivência das relações na idade adulta e da forma como poderá ser “guiada” pela história das experiências sociais e emocionais que antecedem tais relacionamentos. Uma forma de se entender este mecanismo passa por considerar os modelos internos da vinculação parte de um sistema integrado de processos cognitivos e motivacionais. Assume-se, conseqüentemente, que os modelos internos de vinculação são constructos cognitivo-afectivos acessíveis e que são activados automaticamente sempre que ocorrem situações relevantes. Tal não significa que as pessoas estejam conscientes destes processos, uma vez que muitos deles operam espontaneamente (Bargh, 1997).

Considerando que os modelos internos relativos à vinculação se referem a uma rede organizada de memórias, crenças e objectivos, então tudo isto desempenha certamente um papel importante na forma como os indivíduos pensam sobre si e sobre os seus relacionamentos. Seguidamente passamos a descrever os aspectos mais importantes das dimensões cognitiva, emocional e comportamental e a sua relação com a vinculação.

3.1. Dimensão Cognitiva

Atenção

Evidências empíricas indicam que duas pessoas que experienciam o mesmo acontecimento têm perspectivas diferentes sobre o que de facto aconteceu. Neste sentido, Bargh (1984) conclui que a percepção social envolve “uma interacção entre os estímulos ambientais presentes e a atenção dirigida à percepção da situação” (p. 15). O que poderá, então, seleccionar a atenção do indivíduo para características particulares do ambiente em detrimento de outras? As evidências sugerem que as

peças tendem a privilegiar as informações relevantes e consistentes com as suas atitudes e expectativas (Bargh, 1984). Ora, se os objectivos pessoais e as expectativas predispõem o sujeito para a percepção de características particulares do seu meio, os MID relativos à vinculação desempenham um importante papel em direccionar os recursos mentais em situações significativas. E, como resultado, a informação disponível ao processamento tende a ser influenciada pela relevância dos objectivos e consistência das expectativas. Neste sentido, adultos que apresentam uma representação de vinculação ansiosa-ambivalente tendem a evidenciar “procura de aprovação” e “rejeição evitante” como objectivos intrínsecos e activos e, conseqüentemente, enfatizam as situações de ameaça, o que os mantém vigilantes aos sinais de desaprovação (Bargh, 1984).

Alguns estudos demonstram ainda que indivíduos com estilos de vinculação diferentes, podem diferir na capacidade para regular a atenção dirigida a estímulos ameaçadores. A investigação desenvolvida por Mikulincer, Gillath e Shaver (2002) permitiu compreender que quando evocadas situações potencialmente ameaçadoras, as representações mentais das figuras de vinculação tornar-se-iam mais acessíveis na memória.

Cognição

Uma das características principais do funcionamento da personalidade é a existência de um sistema cognitivo flexível que está aberto a novas informações. Neste sentido, indivíduos com diferentes MID relativos à vinculação apresentam diferenças no modo como actualizam as suas representações mentais relativas ao *self* e aos outros e ainda na forma como a nova informação é incorporada, podendo em alguns casos, dificultar o processo de adaptação e *coping* em circunstâncias de mudança (Kobak & Hazan, 1991).

Entendendo que as dimensões cognitivas reflectem e promovem, pelo menos

em certa medida, a capacidade de arriscar e de explorar uma série de estímulos, sujeitos que referem uma representação segura da vinculação apresentam, maioritariamente, um estilo cognitivo flexível quando comparados com sujeitos com uma representação insegura da vinculação. Tal é consistentemente demonstrado em alguns estudos (Green-Hennessy & Reis, 1998; Mikulincer, 1997) que indicam que sujeitos com uma representação segura do estilo de vinculação demonstram uma menor rigidez cognitiva e estão mais susceptíveis a integrar novas informações relativamente às expectativas face aos outros. Segundo Brennan e Bosson (1998) a representação segura do estilo de vinculação está ainda associada a uma representação positiva e responsiva sobre o *self*. Assim, esta distinção entre representações seguras ou inseguras permite considerar as diferenças no grau em que os sujeitos processam a informação relativa às suas experiências passadas de vinculação. As investigações demonstram que quando comparados com sujeitos seguros, os ansiosos parecem apresentar memórias de vinculação menos integradas e desorganizadas, dificultando o relato coerente das experiências precoces de vinculação (Shaver, *et. al*, 2000). Verificam-se também diferenças ao nível da acessibilidade cognitiva das memórias de vinculação entre sujeitos seguros e inseguros (Shaver, *et. al*, 2000; Mikulincer & Orbach, 1995), e em que os ansiosos demonstram mais rapidez de acesso a memórias negativas em detrimento das positivas (Mikulincer & Orbach, 1995).

Encontramos, conseqüentemente, diferenças na motivação para desenvolver relações íntimas, para evitar a rejeição, manter a privacidade e procurar aprovação do outro (Bowlby, 1973). Neste sentido, apesar do sistema de vinculação ter por objectivo primordial a manutenção do sentimento de segurança, espera-se que a história pessoal relativa à forma como esse objectivo foi ou não alcançado influencie os sistemas cognitivo, emocional e relacional do indivíduo.

Memória

Um dos momentos mais marcantes da literatura relativa ao desenvolvimento sócio-cognitivo foi a descoberta de que existem, efectivamente, estruturas que moldam e seleccionam o que fica armazenado na memória e o que é mais tarde reproduzido ou reconstruído (Srull & Wyer, 1989). Em termos gerais, os aspectos das experiências que podem ser interpretadas por conceitos facilmente acessíveis são também mais susceptíveis de ser codificados nas nossas estruturas mnésicas. Como resultado, uma vez armazenada a informação na memória, o processamento dará vantagem ao material consistente em detrimento do inconsistente. Tomemos por exemplo uma criança que é constantemente respondida com atenção e sensibilidade, que recebe por parte da figura materna respostas positivas e previsíveis e que apresenta uma vinculação segura. As suas experiências repetidas tendo por base este modelo permitem à criança criar uma representação geral da sua relação com o cuidador – um modelo mental de vinculação – que permite conhecer e prever o que esperar dele (cuidador). Dada a repetição, a previsibilidade desta experiência e o facto da figura de referência se mostrar disponível, a criança poderá desenvolver um modelo seguro e organizado da sua experiência relacional. Nestes casos, a memória implícita consente a previsão de que esta relação se voltará a repetir no futuro (Siegel, 2001). Por outro lado, uma criança que apresenta uma vinculação insegura poderá perceber o comportamento dos cuidadores como menos disponível e/ou emotivamente distante. Experiências desta natureza também se manifestam nos processos implícitos de memória e delas derivam representações gerais que podem ser caracterizadas por incerteza, isolamento ou medo.

Estes estados mentais, parte da memória emocional da criança, são registados durante o seu primeiro ano de vida e inscritos de forma estável no seu cérebro. Por volta dos dezoito meses, seguida à maturidade de várias regiões do seu cérebro, a

criança começa a manifestar a capacidade de se compreender e exprimir-se verbalmente; ora o rápido desenvolvimento das áreas frontais acompanha a possibilidade de evocar processos mnésicos, através dos quais se postula que a criança “chama” à mente as suas figuras de referência (Schore, 1994). Em termos sucintos, as modalidades através das quais a criança activa estados mentais particulares, podem ser consideradas formas de memória implícita. Por exemplo, frequentes experiências de terror e medo, uma vez registadas podem, conseqüentemente permanecer impressas nos circuitos cerebrais como estados mentais; se são repetidas cronicamente, estes estados poderão ser activados com mais facilidade e podem, inclusivé, tornar-se traços característicos do indivíduo (Perry, Pollard, Blackely, Baker & Vigilante, 1995).

Quando atingem os dois anos de idade as crianças são, em termos gerais, capazes de falar sobre acontecimentos do seu quotidiano e, por vezes, recordar experiências de início anterior. Tal estará relacionado com a maturação do lobo temporal medial (que inclui a região do hipocampo) e do córtex orbito-frontal. O desenvolvimento destas regiões cerebrais permite à criança a constituição de recordações “explícitas” (Squire & Zolan-Morgan, 1991). Assim, a memória explícita corresponde ao que a maior parte das pessoas entende por memória, em termos de conceito geral: a recordação é efectivamente acompanhada por uma sensação de se estar a recordar. O sistema explícito poderá ser dividido em duas formas de memória: semântica (que inclui o reconhecimento de datas, palavras e símbolos) e a episódica (que contém as informações relativas ao episódio ou acontecimento autobiográfico e as suas relações espacio-temporais).

Enquanto crianças, as experiências de vinculação activam determinadas estruturas mentais que se vão consolidando e que são evocadas perante determinadas circunstâncias. Sente-se, percebe-se e filtram-se os elementos da memória explícita através de modelos mentais da memória implícita e é possível

reconhecer-se a influência exercida destas “recordações” implícitas seja nas histórias que contamos, ou através de outros aspectos não verbais do nosso comportamento e da nossa forma de comunicar com os outros (Siegel, 2001).

Neste sentido, estudos que utilizaram técnicas de *imagiologia* cerebral, indicam que as recordações semânticas – incluindo aquelas que se referiam a acontecimentos – têm por base processos funcionalmente distintos daqueles que se relacionam com a memória de *Si* ao longo do tempo (memória episódica) (Wheeler, Stuss & Tulving, 1997). A memória semântica que se refere aos factos do mundo é definida por *noética* (de conhecimento) e, por outro lado, a memória autobiográfica ou episódica tem por base processos *autonoéticos* (de auto-conhecimento), mediados pelas áreas corticais frontais. Estas considerações permitem avançar a hipótese de que as experiências de vinculação – o tipo de comunicação que se estabelece com os cuidadores e com os seus outros significativos – podem contribuir de forma directa para o aumento do conhecimento autonoético da criança (Wheeler, Stuss & Tulving, 1997; Siegel, 2001).

Procurar perceber, por exemplo, a forma como as experiências precoces influenciam os processos da memória implícita poderá ajudar a compreender vários aspectos da relação com os outros. Cada sujeito filtra as próprias interacções interpessoais através da lente constituída pelos esquemas mentais que construiu na base das suas experiências precoces. Estes modelos podem alterar-se sem que o indivíduo esteja obrigatoriamente consciente disso, e tal determinar, por consequência, mudanças nos seus estados mentais e nas suas relações com os outros (Siegel, 2001).

Algumas investigações (Klein, Babey & Sherman, 1997) têm revelado que as memórias de experiências interpessoais tendem a tornar-se mais consistentes devido aos MID e ao facto de estes modelos de vinculação terem influência ao longo do tempo.

Aspectos sociais

Um corpo significativo de estudos da psicologia social (Taraban & McClelland, 1988; Waters & Deane, 1985) indica que preconceitos e expectativas desempenham um papel activo na forma como o indivíduo percepção os outros e interpreta as suas experiências sociais. A informação proveniente do meio social é filtrada tendo em conta determinados esquemas e estereótipos que guiam, conseqüentemente, estes processos sociais. Por seu turno os MID relativos à vinculação parecem desempenhar um papel importante na forma como as pessoas constroem as suas experiências interpessoais e procuram sentido nestes relacionamentos (Collins, Ford, Guichard & Allard, 2003).

O funcionamento das relações é fortemente influenciado pelos MID ao nível da construção de explicações ou atribuições. Consistente com esta permissa, vários estudos (Collins, 1996; Collins, Ford, Guichard & Allard, 2003) indicam diferenças em adultos com representações de estilos de vinculação distintos na forma de explicar acontecimentos relacionais de acordo com as suas expectativas em relação a *Si* e aos outros.

Adicionalmente, estes esquemas construídos ao nível mental e os padrões de vinculação poderão ainda contribuir para a compreensão dos processos motivacionais. Os resultados parecem demonstrar que os indivíduos com um padrão evitante parecem menos motivados para correr riscos, quando comparados com os restantes (Zhang & Hazan, 2002). Niedenthal, Brauer, Robin e Innes-Ker (2002) demonstraram ainda que adultos com representações seguras e inseguras de vinculação diferem na forma como percebem as expressões faciais relativas à vinculação. Os resultados demonstram que em condições de *stress* os indivíduos inseguros tendem a ser mais vigilantes às pistas emocionais, aos sinais de disponibilidade ou rejeição.

3.2. Dimensão Afectiva

Os MID parecem também relacionar-se com modelos de resposta afectiva e o estudo destes modelos tem sido o cerne da teoria da vinculação. Parecem existir diferenças individuais associadas à variação na regulação da emoção e, também, à expressão dos aspectos emocionais (Collins, Guichard, Ford & Fenet, 2006). Este aspecto corrobora o que defendia Bowlby relativamente à vinculação (1969), ou seja, que afectos, sentimentos e emoções constituem fases de avaliação intuitivas experienciadas por todos os indivíduos. Assim, estes processos permitem interpretar as alterações internas e ambientais e, em determinadas circunstâncias desempenham um papel importante na monitorização do nosso comportamento. O autor defende ainda que muitas das emoções mais intensas surgem durante a formação, manutenção e ruptura de relações de vinculação.

De facto, não pode ser negada a importância das emoções no indivíduo. Entre várias funções, elas regulam o funcionamento mental, organizam o pensamento e dirigem a acção, ajudando ao estabelecimento de metas e valorizando as situações ou os problemas sobre os quais se debruçam as nossas cognições (Greenberg & Paivio, 1997 *citado por* Carvalho, Martins, Neves & Soares, 2009). E, por isso, a experiência cognitiva parece estar intrínsecamente ligada aos aspectos emocionais, da mesma forma que MID relativos à vinculação parecem mapear os padrões de respostas cognitivas e emocionais em dois níveis – primário e secundário (Collins & Read, 1994). Os processos primários verificam-se quando os eventos relacionados com o comportamento de vinculação ocorrem e os MID desencadeiam uma resposta emocional imediata e automática. A compreensão deste processo é especialmente importante dado o seu impacto no processamento de informações relativas à experiência de vinculação. Os aspectos emocionais parecem influenciar todas as dimensões do processamento da informação, incluindo a atenção, a memória e os

processos de interferência social (Gilligan & Bower, 1984).

O nível secundário relaciona-se com a continuidade da resposta emocional inicial e depende da forma como a experiência foi interpretada (Lazarus & Folkman, 1984). Collins e Read (1994) defendem que crianças que apresentam diferentes estilos de vinculação tendem a diferir na forma como interpretam os acontecimentos e, na percepção da resposta emocional. Justificado, uma vez que as respostas emocionais fornecem informação sobre os aspectos significativos da experiência para o sujeito. E, assim, a incapacidade de identificar, integrar e regular a experiência emocional poderá gerar défices significativos no processamento da experiência de vinculação. São estas dificuldades em identificar, reconhecer e compreender as emoções que poderão relacionar-se com a existência de um quadro psicopatológico (Soares, 2009).

O impacto das experiências precoces na idade adulta do ponto de vista cognitivo-emocional coloca em evidência as interligações entre modelos disfuncionais de vinculação e diferentes organizações pessoais menos adaptativas.

3.3. Dimensão Comportamental

Tal como os MID têm efeitos directos ou indirectos na regulação das respostas emocionais, também o fazem no comportamento. Definidos como esquemas de acção automaticamente evocados e activados na memória, os MID tendem a guiar o comportamento e a colocar à disposição estratégias comportamentais tendo em vista objectivos específicos (Siegel, 2001). Assim, as estratégias comportamentais podem ser automaticamente evocadas por sistemas particulares que conduzem a uma resposta comportamental, que poderá não ser necessariamente mediada por aspectos cognitivos ou emocionais. As investigações de natureza socio-cognitiva demonstram

que a activação de esquemas relacionais poderá direccionar os objectivos pessoais dos indivíduos e dirigir as suas respostas comportamentais.

Sobre a activação dos esquemas específicos das relações de vinculação, Collins, Ford, Guichard e Allard (2003) defendem que os indivíduos dirigem os seus objectivos e tendências de acção, mediados pelos primeiros. Assim, os MID exercem uma acção nas respostas comportamentais, pelo facto de terem implicações nos aspectos cognitivos e emocionais de cada indivíduo.

Sublinhe-se que a teoria da vinculação oferece um contributo fundamental à compreensão das relações de proximidade e permite perceber como na idade adulta estas relações podem ser “guiadas” por uma história de experiências relacionais e emocionais que as antecedem.

4. REPRESENTAÇÃO DA VINCULAÇÃO E O SISTEMA RELACIONAL ADULTO

Como tem vindo a ser postulado, a teoria da vinculação coloca em foco a natureza da ligação da criança com o seu cuidador. Concebendo a vinculação como um fenómeno inerente a todo o ciclo de vida, o interesse pelo estudo desta temática em outras idades que não apenas a infância, tem vindo a ser cada vez maior. Aliás, segundo a teoria, os padrões de vinculação são relativamente estáveis ao longo do desenvolvimento e as relações afectivas que o indivíduo percepção como próximas, são equivalentes às relações de vinculação na infância (Crowell, Fraley & Shaver, 1999).

A avaliação das experiências precoces e a sua influência no funcionamento do próprio (por parte do adulto) organiza-se assim, num determinado “estado mental” com respeito à vinculação (Main *et. al.*, 1985, p. 68). E esta representação mental é encarada como um conjunto de “regras” importantes para a organização da

informação relevante sobre a vinculação e sobre o acesso ou não a essa informação (Main, et., al., 1985). Por outro lado, o nível representacional destaca o papel da organização cognitiva na reconstrução das experiências de vinculação precoces e a importância destas representações ao longo do desenvolvimento (Van IJzendoorn, 1995).

É claro que as tarefas desenvolvimentais na idade adulta diferem das da infância. Apela a recursos diferentes e são bastante específicas em termos de complexidade e exigência. E, neste sentido, a compreensão dos processos de vinculação ao longo da idade adulta exige o conhecimento destas tarefas específicas e exigências neste período do ciclo da vida; consolidação da intimidade, autonomia e percepção das competências constituem-se como importantes referências (Soares, 2009). Ora, tais aspectos relacionados com estas tarefas adaptativas parecem intrinsecamente ligados às experiências ao longo do desenvolvimento do sujeito. Ao apresentar a relação da criança com as suas figuras de vinculação como uma matriz a partir da qual vão sendo construídos conhecimentos e expectativas acerca de *Si* e dos outros significativos, percebe-se como a vinculação guia o funcionamento interpessoal e influencia o estabelecimento de relações de intimidade também na idade adulta (Main, Kaplan & Cassidy, 1985).

Assume-se que os MID desenvolvidos ao longo da infância e adolescência, orientam as expectativas, sentimentos, comportamentos e o processamento da informação, como referido na secção anterior, e desempenham ainda um importante papel na regulação emocional no contexto de experiências significativas na idade adulta (Bretherton & Munholland, 1999). Por um lado, não poderá ser desvalorizada a importância das diferenças individuais nestas representações, uma vez que condicionam as respostas do indivíduo a cada exigência desenvolvimental. Mas, por outro, a qualidade da organização da vinculação na adultez parece associar-se à qualidade da trajectória desenvolvimental de cada indivíduo (Sroufe, 2002).

É justamente a inclusão da noção de representações mentais na teoria da vinculação que permite perspectivar o sistema comportamental de vinculação ao longo do ciclo de vida, proporcionando uma forma de compreender a mudança e a influência continuada no desenvolvimento e no comportamento relacional (Crowell, Fraley & Shaver, 1999).

Para avaliar a vinculação na idade adulta podem utilizar-se medidas de auto-relato que apelam à memória autobiográfica e permitem aos indivíduos descrever as suas experiências. Seguindo uma abordagem dimensional, pode recorrer-se ao uso de questionários que se centram na memória das relações com os pais, como é exemplo: o Parental Bonding Instrument (PBI; Parker, Tupling & Brown, 1979), Mother – Father – Peer Scale (Epstein, 1983), o EMBU (Perris, Jacobsson, Lindstrom, Von Knorring & Perris, 1984). Outros analisam a memória das relações com os pais e pares: Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA; Armsdem & Greenberg, 1987) e, ainda, questionários que se centram nas relações íntimas actuais, como é o caso da Adult Attachment Scale (AAS; Collins e Read, 1990), o Adult Attachment Questionnaire (AAQ; Simpson, 1990).

Conciliando as abordagens categorial e dimensional, a linha de investigação de Bartholomew e Horowitz (1991) faz uso de entrevistas e questionários para analisar as relações de proximidade entre adultos.

No entanto, a avaliação da vinculação no adulto ao nível da representação muito ficou a dever ao desenvolvimento da Adult Attachment Interview (AAI) – George, Kaplan & Main (1985), e à conseqüente caracterização, em adultos, das diferenças individuais na representação das relações de vinculação com os seus pais. Digamos que foi através da aplicação da AAI que se começou a estudar a intergeracionalidade da variável vinculação. Logo após as primeiras investigações realizadas com a AAI, os resultados demonstraram uma associação significativa entre a representação que os

indivíduos adultos tinham das experiências de vinculação aos seus pais e o comportamento dos seus filhos durante a “Strange Situation” (Ainsworth, *et. al.*, 1978). Neste sentido, Main, Kaplan e Cassidy (1985) levam a cabo um conjunto de estudos, entre os quais a investigação longitudinal de Berkeley, cujos resultados demonstraram que a predição da qualidade das relações de vinculação estaria relacionada com as narrativas dos pais acerca das suas próprias experiências de vinculação.

A aplicação da AAI tem em vista a avaliação da segurança geral do modelo interno de vinculação, não em relação a uma situação específica, mas à vinculação em termos gerais. Trata-se de uma entrevista semi-estruturada que apela à recordação das experiências primárias de apego. À semelhança da “Strange Situation”, a AAI activa o sistema de vinculação, permitindo a avaliação do “estado actual da organização mental do sujeito em relação à vinculação” (Main, *et. al.*, 1985).

No que respeita à forma de avaliar a vinculação e as relações precoces, foram realizados alguns estudos no sentido de comparar a equivalência da validade das entrevistas e dos questionários. Crowell e Treboux (1995) demonstraram que as medidas de auto-relato e as entrevistas não são equivalentes e a sua preferência recai sobre as entrevistas (eg. AAI). As críticas focam sobretudo a dificuldade, ou impossibilidade dos instrumentos de auto-relato para distinguir estratégias defensivas, características de padrões inseguros de vinculação, nomeadamente idealizações ou descrições verídicas (Van IJzendoorn & Bakermans-Kranenburg, 1996; Crowell, Fraley & Shaver, 1999). Contudo, existem argumentos que justificam a utilização dos instrumentos de auto-relato para avaliar as diferenças individuais relativas à vinculação na idade adulta (Crowell, Fraley & Shaver, 1999). Mais precisamente, a importância do papel da vinculação na vida emocional dos sujeitos, e o facto de os adultos poderem, através deste método de resposta rápida, dar informação sobre as suas experiências emocionais. Como referido anteriormente, o indivíduo adulto apresenta um conjunto significativo de experiências relacionais e todos estes

instrumentos contribuem para a compreensão e descrição da forma como percebem e representam essas relações.

5. VINCULAÇÃO E VIOLÊNCIA

A violência conjugal tem sido um fenômeno cada vez mais visível pela gravidade que caracteriza alguns casos. Estudos sobre a violência indicam que o padrão violento vivido em casa poderá ser reproduzido em outras relações ao longo da vida, reflectindo-se na forma como os sujeitos lidam com os seus acontecimentos stressores e interagem socialmente (Oliveira & Flores, 1999). As conclusões dos estudos de Hussey (Hussey *citado por* Allen, Huntoon, Fultz & Stein, 2001) demonstram que os rapazes que assistem a cenas em que o pai agride a mãe têm bastante maior probabilidade de se tornarem agressores na idade adulta. Por seu turno, as raparigas que vêm as suas mães serem agredidas evidenciam uma grande probabilidade de baterem nos seus filhos e, em termos gerais, as crianças que assistiram a cenas de violência terão um risco acrescido de comportamento conjugal e parental desadaptado quando atingirem a idade adulta.

Pires (1999) e Koller (1999) realizaram alguns estudos onde é possível identificar alguns aspectos associados aos casos de violência doméstica, constatando que a par do isolamento social, da gravidez na adolescência, promiscuidade dos pais com vários parceiros, falta de acompanhamento pré-natal, dificuldade em lidar com situações de stress, uso de drogas, alcoolismo, baixa escolaridade, desemprego, doenças psiquiátricas associadas, perturbações emocionais e de personalidade, a incidência da repetição da história de abuso vivida na infância é uma característica bastante importante.

As representações mentais das relações primárias de referência acompanham o

Ser Humano ao longo do seu processo de desenvolvimento e são, de facto, variáveis influentes no comportamento futuro, nomeadamente violento. Investigações demonstram que, por exemplo, crianças que sofreram punições físicas prolongadas pelos progenitores têm maior probabilidade de demonstrar agressão com os seus irmãos e/ou com os colegas da escola. Revelam mais frequentemente condutas agressivas e anti-sociais na adolescência e apresentam maior probabilidade de serem adultos violentos nos seus relacionamentos conjugais e parentais (Farinatti, Biazus & Leite, 1993; Pires, 1999).

Percebe-se então que as relações significativas podem, de facto, constituir-se como factores de risco ou de protecção do indivíduo, uma vez que se por um lado promovem o sentimento de segurança, auto-estima e protecção (Canavarro, 1999), por outro, podem gerar, em circunstâncias como a exposição à violência conjugal, condições de considerável sofrimento e consequências ao longo do ciclo vital. Para Pires (1999) as consequências deste tipo de violência poderão ser imediatas ou tardias e estar relacionadas com sintomas de PPST e perturbações emocionais.

É um facto que a violência conjugal poderá co-ocorrer associada a outros factores de risco e pode comportar outros tipos de violência tais como maus tratos às próprias crianças (abusos ou negligência física, sexual ou psicológica). Assim, percebe-se como difícil a separação dos efeitos da exposição à violência conjugal dos que decorrem de outros factores de risco.

Por outro lado, os estudos revelam ainda uma alta incidência de pais que maltratam terem sido maltratados na sua infância (Egeland, Jacobvitz & Sroufe, 1988; Farinatti, et al., 1993; Pires, 1999). Werner e Smith (1989) procurando analisar os indivíduos que expostos a situações de violência conjugal entre os pais quando eram crianças, se adaptaram com sucesso, demonstram que as capacidades intelectuais do sujeito e as competências sociais, a representação de uma vinculação segura às figuras de referência, a construção de relações significativas com os outros e a

percepção de protecção e de suporte, são factores protectores. Como já foi diversas vezes referido, as representações mentais das relações de vinculação às figuras de referência (MID) servirão de base e influenciarão os futuros relacionamentos (Ainsworth, *et. al.* 1979). Posto isto, talvez esteja estabelecida a compreensão de um ciclo de cuidados, ou ausência dos mesmos, que se tenderá a repetir.

CAPÍTULO III Vinculação, Psicopatologia e Perturbação de Pós-Stress Traumático

Neste capítulo são apresentados alguns estudos que justificam empiricamente as relações entre vinculação e psicopatologia em geral, e entre a vinculação e a perturbação pós-stress traumático, em particular. As investigações que sustentam o âmagdo do presente estudo são, portanto, apresentadas e pretendem sublinhar a relação entre as variáveis aqui em análise: resposta ao trauma e a sua relação com uma organização da vinculação marcada pela rejeição e pelo controlo.

Inicialmente são apresentadas algumas considerações sobre a vinculação e as suas dimensões conceptuais permitindo a compreensão da influência das relações com as figuras de vinculação no desenvolvimento de quadros psicopatológicos. Seguidamente será analisada a relação entre a vinculação, a PPST e a dissociação.

1. VINCULAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA PSICOPATOLOGIA

A teoria da vinculação proposta por Bowlby é, como referido anteriormente, uma teoria que permite a compreensão quer da psicopatologia quer dos aspectos normais do desenvolvimento. O autor apresenta proposições claras e específicas sobre o papel das primeiras experiências de vinculação e o desenvolvimento da psicopatologia, sobre a importância do contexto e ainda sobre a natureza dos processos desenvolvimentais subjacentes à patologia (Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999). Em particular, Bowlby argumenta que as primeiras experiências de vinculação não contribuem para o desenvolvimento de psicopatologia de forma linear, mas que, de facto, perante a natureza complexa e sistémica do desenvolvimento, elas assumem uma importância significativa. Assim, a história do indivíduo actua perante o contexto,

desempenhando um papel na selecção e interpretação das experiências significativas posteriores, bem como no uso dos recursos ambientais disponíveis.

Considerando que a base conceptual da teoria da vinculação permite a compreensão do funcionamento cognitivo e emocional do indivíduo, fará também sentido pensar que ela poderá ajudar a compreender os aspectos que têm a ver com o funcionamento desaptativo. Aliás, é um facto que Bowlby procurou analisar a formação e o curso normal das relações de vinculação, mas partindo do interesse pela compreensão das respostas atípicas de vinculação (Sroufe, *et. al.* 1999). As teorizações iniciais de Bowlby (1944) em "*Forty-four juveniles thieves: their characters and home life*" revelam uma influência consistente da privação parental num momento precoce do desenvolvimento. O autor fundamenta que as evidências encontradas não seriam apenas associações ocasionais, mas que as separações prolongadas durante o desenvolvimento (na infância, em particular) poderiam exercer uma influência significativa perante alguns comportamentos desviantes. Mais ainda, Bowlby defendia que a conexão seria simples e directa – a história de um ambiente precoce hostil resultaria num desfecho inevitável (Sroufe, *et. al.*, 1999). Neste sentido a teoria da vinculação oferece, em larga medida, um contributo à compreensão da natureza da relação entre a qualidade da vinculação e da psicopatologia.

Mas o que Bowlby procurava apresentar não era apenas uma teoria de resultado, mas uma teoria que visava a compreensão do processo. Este aspecto está bem patente na sua trilogia e noutros trabalhos (como resultado do seu trabalho no *Child Guidance Center*) onde apresenta um conjunto bastante específico de considerações que permitem compreender em que medida cada experiência de vinculação poderá contribuir para a saúde mental do indivíduo ou para o desenvolvimento de psicopatologia.

Segundo a teoria da vinculação, a qualidade dos cuidados recebidos que define a história de vinculação precoce poderá, em determinadas circunstâncias, conduzir a um

quadro psicopatológico, em qualquer idade. No entanto, a adaptação será sempre produto das circunstâncias actuais e da história precoce. Por vezes, as características específicas do contexto, incluindo experiências relacionais fora do seio familiar, situações de stress ou desafios num determinado momento, poderão também ser preditoras de psicopatologia, para além das experiências primárias de vinculação. Uma história sucessiva de inadaptações poderá ser mais patológica do que um momento de funcionamento desadequado, uma vez que o desenvolvimento de psicopatologia poderá ser resultado de um padrão de sucessivas experiências de inadaptação. A mudança poderá ser prevista perante condições específicas: redução do stress e percepção de suporte social (Sroufe, *et. al.*, 1999).

No primeiro volume da sua trilogia (1969) Bowlby começa por distinguir claramente os construtos relativos às diferenças individuais daqueles relativos à experiência de ameaça. Assim, apresenta a vinculação como um padrão de comportamentos organizados que não são imutáveis ou independentes das experiências dentro da relação de proximidade. No Volume II (1973) Bowlby defende que cada experiência guia, e, ao mesmo tempo é transformada na experiência seguinte. O que, por outras palavras, remete para a compreensão do que actualmente se designa de teoria dos sistemas dinâmicos da psicopatologia, baseada na complexa interacção entre múltiplas experiências ao longo de todo o processo desenvolvimental (Sameroff, 1989, *cit. por.* Sroufe, *et. al.*, 1990).

Seriam as experiências de vinculação precoces causas directas de psicopatologia futura ou, por outro lado, para as relações encontradas, seriam apenas coincidência? A resposta, neste caso, deverá ter em conta que “cada experiência desempenha, frequentemente, um papel crítico perante o desenvolvimento em termos dinâmicos, e que isto poderá conduzir ao desenvolvimento de psicopatologia. No entanto, este papel é extremamente influenciado pelas características do contexto e pela (in)existência de suportes ambientais. Neste sentido um dos contributos

fundamentais da teoria da vinculação para a compreensão da relação complexa entre as experiências precoces e a psicopatologia, foi a formulação de um conjunto de considerações sobre as causas (e a interação entre o indivíduo e o contexto), o papel das experiências de vinculação e a natureza das perturbações. Muitas das ideias de Bowlby sobre a importância das experiências de vinculação e as circunstâncias (contexto) perante a adaptação e perante o desenvolvimento de psicopatologia, encontram-se sumarizadas no seu conceito de trajetórias desenvolvimentais (Bowlby, 1969, 1973). Consequentemente entende-se a psicopatologia como um desvio desenvolvimental resultante de uma série sucessiva de (in)adaptações. Por exemplo, um padrão de vinculação ansioso na infância poderá dar início ao processo, mas, na maioria das vezes, apenas se as adaptações seguintes continuarem a representar um desvio do funcionamento funcional do indivíduo, se poderá desenvolver um quadro psicopatológico.

Tal como apresentado no capítulo II, os modelos internos dinâmicos (MID) construídos a partir das experiências de vinculação, têm fornecido uma base explicatória da influência da vinculação nos aspectos psicopatológicos. Segundo Bowlby, estes modelos representacionais são um conjunto de expectativas que as crianças desenvolvem acerca de si, dos outros e do mundo. Estes modelos permitem, numa fase inicial, interpretar e prever o comportamento da figura de vinculação, e ao longo da vida seriam utilizados como guias para interpretar as experiências relacionais. Apesar destes modelos se assumirem como relativamente estáveis, também são dinâmicos, isto é, passíveis de serem alterados (Soares, 1996). No entanto, indivíduos que apresentam uma representação segura de vinculação têm mais probabilidade de construir representações positivas do *self* e dos outros. Em contraste, sujeitos com histórias marcadas pela adversidade, tendem a construir representações do *self* e do mundo também marcadas pela desconfiança, desvalorização ou ambivalência (Bowlby, 1973). Bowlby defende que as crianças,

tendo por base a adaptação ao papel responsivo das figuras de vinculação, desenvolvem estratégias com a finalidade de promover o acesso a estas figuras (Bowlby, 1973). Parte importante do equipamento de adaptação ao meio, estas estratégias podem ser subdivididas em estratégias primárias (integrantes do sistema comportamental principal e sensível ao contexto, incluindo às suas condições de activação) e secundárias (que envolvem padrões comportamentais para minimizar ou manipular respostas não adaptativas do sistema comportamental principal, substituindo-as por outras que possam aumentar a sua eficácia). Relacionando ambos os tipos de estratégias aos processos de regulação emocional e de processamento da informação dos modelos internos de vinculação, Kobak e Shaver (1987) defendem que os processos de auto-regulação são importantes para a compreensão da vinculação e são ainda organizados e conduzidos por diferentes estratégias (primárias e secundárias) que permitem manter a segurança durante situações de perturbação. Nestas situações, as estratégias secundárias – de desactivação ou hiperactivação do sistema de vinculação – poderão dificultar o processamento dos sinais de perturbação, uma vez que estes mesmos sinais podem suscitar medo em relação à disponibilidade da figura de vinculação e conduzir a expressões distorcidas ou sintomáticas de perturbação.

No entanto, a ligação entre os modelos internos da infância e da idade adulta ainda não está completamente esclarecida e continua a ser tema de debate (Canavarro, Dias & Lima, 2006). Existem diversos estudos que sugerem que a qualidade das experiências vividas na relação com os pais é preditora do funcionamento interpessoal do indivíduo nas relações significativas durante a idade adulta (Figueiredo, *et. al.*, 2002). Neste sentido, atribui-se à qualidade das experiências de vinculação e à sua representação nos MID, um importante papel no desenvolvimento socio-emocional do indivíduo. Tal tende a influenciar a interpretação que a pessoa vai fazendo do mundo, a forma como lida com os problemas

interpessoais, os seus desafios do quotidiano (Egeland & Carlson, 2004) e as estratégias que poderão facilitar ou dificultar a sua adaptação ao meio e que caracterizam, por isso, o seu funcionamento (Bowlby, 1973).

O interesse de Bowlby (1980) pelas relações de proximidade potenciou a introdução e compreensão do conceito de *sistemas segregados*. Em termos sucintos, defende que determinadas experiências relacionais comportam sentimentos de dor (situações de perdas, abuso e situações traumáticas) que dadas as suas características, poderiam ameaçar o funcionamento do indivíduo. Seriam, assim, as memórias e as emoções relativas à experiência traumática que codificadas num modelo representacional e armazenadas numa forma de difícil acesso à consciência, impediriam a integração da experiência de vinculação. Se a curto prazo a segregação da informação traumática poderá trazer benefícios ao funcionamento adequado do indivíduo, a longo prazo poderá comportar riscos de inadaptação. Bowlby defende que em situações potencialmente ameaçadoras e quando o sistema de vinculação do indivíduo está activo, é bastante mais provável a emergência de sentimentos segregados (George & Solomon, 1999) e neste sentido, a sintomatologia surge quando esta (in)adaptação do sistema deixa o sujeito perante sentimentos de intenso desespero, vulnerabilidade, perda de controlo ou medo de abandono (George, West & Pettem, 1999).

Em consequência do interesse pela relação entre vinculação e psicopatologia, Mary Main introduz o conceito de desorganização da vinculação. Com implicações ao nível comportamental, a vinculação desorganizada (Padrão D) poderá manifestar-se em situações de *stress* através da coexistência de comportamentos contraditórios, bizarros, anómalos, estereotipados, entre outros (Main & Solomon, 1990). Estas situações seriam decorrentes de vinculações desorganizadas, histórias de privação parental, abandono, psicopatologia do(s) progenitore(s), abusos, entre outras.

Ao longo dos anos têm sido realizados diversos trabalhos que procuram explicar

a relação entre relações afectivas e saúde mental.

Na literatura existem vários modelos explicativos. No entanto, tendo em linha de conta o estudo empírico, parece importante analisar mais em detalhe o *Modelo de Vulnerabilidade Cognitiva Individual* (Perris, citado por Canavarro, 1999). Resultante de várias investigações o *Modelo de Vulnerabilidade Cognitiva Individual* tem como principal objectivo compreender o impacto da qualidade das relações afectivas com os pais na saúde mental do indivíduo. Em termos práticos este modelo assenta na existência de uma complexa articulação entre variáveis culturais, biológicas e psicossociais. É um facto que esta articulação não se assume como traço estático, imutável ao longo do tempo, mas como uma interacção entre o indivíduo e o meio ao longo da vida. Devido ao carácter ideossincrático dos diversos acontecimentos de vida, esta interacção pode aumentar a vulnerabilidade individual (e potenciar o desenvolvimento de psicopatologia) ou representar uma forma de aprendizagem para futuras adversidades.

Como se percebe, subjacente a este modelo encontram-se aspectos importantes da experiência de vinculação, em particular dos modelos internos dinâmicos e da psicologia cognitiva, nomeadamente o processamento cognitivo. Vejamos como: ao longo da interacção com a figura de vinculação a criança poderia alcançar uma ideia disfuncional de si e do mundo e, é esta ideia que iria afectar o desenvolvimento da sua personalidade e interacções futuras. Por conseguinte, alguns erros (provocados por este modelo interno disfuncional) na percepção e no processamento da informação, associados a acontecimentos advesos, iriam manter este padrão de comportamento e confirmar o modelo interno. Desta feita, poder-se-ia criar uma vulnerabilidade individual que, muito provavelmente, resultaria em sintomatologia psicopatológica (Canavarro, 1999).

Em termos sintéticos a vulnerabilidade individual resulta, segundo o modelo cognitivo individual, da interacção entre as características biológicas e os modelos

internos dinâmicos. E, a psicopatologia resulta da interacção entre os acontecimentos adversos e o nível de disfunção dos esquemas pessoais.

A influência da vinculação nas trajectórias (in)adaptativas, incluindo a psicopatologia na idade adulta tem sido uma área de interesse nos últimos anos. Estudos longitudinais realizados com amostras normativas de risco (eg. Grossmann, Grossmann & Kindler, 2005; Sroufe, Carlson & Collins, 2005; Waters, Merrick, Treboux & Albersheim, 2000) demonstram a relação entre o padrão de vinculação inseguro na infância e variados problemas de comportamento no período pré-escolar (eg. Erickson, Egeland & Sroufe, 1985), escolar (eg. Egeland, Kalkoste, Gottesman & Erickson, 1990), na adolescência (eg. Egeland, Pianta & Ogawa, 1996) e na idade adulta (eg. Armsden, McCauley, Greenberg, Burke & Mitchell, 1990).

Os estudos sobre a organização da vinculação têm demonstrado uma relação estatisticamente significativa entre marcadores da representação das experiências de vinculação e psicopatologia em jovens e adultos, como são as perturbações afectivas e de ansiedade (eg. Armsden, *et. al.*, 1990), dissociativas (eg. Liotti, 2000), perturbações da personalidade, a esquizofrenia (eg. Drayton, Birchwood, Trower, 1998) e perturbações do comportamento alimentar (eg. Egeland, *et. al.*, 1996). São ainda várias as investigações que têm demonstrado uma associação entre a depressão e o padrão inseguro de vinculação de tipo ansioso (eg. Cole-Deket & Kobak, 1996; Fonagy *et. al.*, 1996) e outros, com uma organização da vinculação de tipo ambivalente (eg. Patrick, Hobson, Castle, Howard & Maughan, 1994). O estudo de Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape e Egan (2001) realizado com pacientes em tratamento por perturbações de humor, ansiedade, e dependências químicas, demonstra que uma representação da vinculação como segura se associa a uma maior taxa de sucesso e ao ajustamento após seis meses de tratamento.

As investigações sobre a relação entre as experiências de vinculação e as

perturbações da personalidade têm demonstrado relações significativas entre a perturbação borderline da personalidade e uma representação preocupada da vinculação (Fonagy *et. al.*, 1996), entre a perturbação antissocial e o padrão desligado, e o padrão ansioso e as dependências (Allen, Hauser & Borman-Spurrell, 1996).

Brennan, Clark e Shaver (1998) desenvolveram um estudo com pacientes em ambulatório e em internamento por perturbações psiquiátricas agudas. Os resultados destacam a vinculação como variável influente no desenvolvimento da psicopatologia, sendo que dos pacientes em internamento apenas uma minoria apresentava uma representação de vinculação como segura. O padrão inseguro estava associado a níveis mais elevados de psicopatologia, em geral, e em particular com as perturbações da personalidade.

Também investigadores americanos têm estudado o efeito da adversidade a nível da saúde mental e física dos indivíduos, desenvolvendo uma investigação designada ACE (Adverse Childhood Experiences). Foi com base nos seus resultados que se estudou e definiu uma pirâmide que representa o impacto que as experiências adversas de vida têm ao longo do desenvolvimento (Felitti, Anda, Nordenberg, 1998). Os resultados indicam que as experiências adversas ocorridas na infância se relacionam com o desenvolvimento e prevalência de factores de risco para um funcionamento adequado e com problemas ao nível do bem-estar físico, social e psicológico ao longo do ciclo vital (Felitti, 2002). Demonstram que na base das principais causas de morbilidade e disfuncionalidade estariam as experiências adversas ocorridas na infância. Por outras palavras, sugerem que depois de experienciarem situações adversas, os sujeitos estariam mais frágeis do ponto de vista cognitivo, social e emocional.

Parece evidente que a literatura fornece um leque significativo de estudos que demonstram a relação entre a vinculação e psicopatologia. Em termos sucintos,

porque a teoria da vinculação é uma teoria desenvolvimental e estrutural onde o desenvolvimento é entendido como um processo construtivo e transformador de acontecimentos passados (Sroufe, 1996). É precisamente tendo por base esta posição dinâmica e sistémica que a psicopatologia é entendida, em detrimento de uma visão que assenta no simples e reduzido somatório de experiências positivas e negativas. Portanto, as experiências de vinculação apresentam uma importância significativa na medida em que guiam as relações do indivíduo com o(s) seu(s) contexto(s). Segundo esta perspectiva, quando adultos, os indivíduos tendem a interpretar situações novas e ambíguas de forma consistente com as suas experiências anteriores (Sroufe *et. al.*, 1999).

Em suma, a história de vinculação poderá ter uma importância na adaptação socio-emocional do indivíduo ao longo do seu desenvolvimento, até mesmo depois de se ter em conta circunstâncias actuais e outras experiências significativas. Para além disto, a forma do indivíduo integrar determinadas características da experiência ao longo do seu desenvolvimento poderá ser prevista a partir do padrão de vinculação. E, neste sentido, reacções perante os outros, incluindo aqueles fora do seio familiar, podem ser previstas tendo em conta o padrão de vinculação, da infância. Determinadas questões relativas à resposta a um determinado acontecimento significativo – como sendo aquelas relativas à ansiedade sentida perante a disponibilidade do(s) outro(s) ou relativas à apreensão em situações de elevada proximidade emocional – poderão, efectivamente, ser semelhantes àsquelas verificadas nas relações de vinculação, até mesmo depois de períodos de funcionamento adequado (Sroufe *et. al.*, 1999).

2. VINCULAÇÃO, PERTURBAÇÃO DE PÓS-STRESS TRAUMÁTICO E DISSOCIAÇÃO

Nas suas formulações iniciais, Bowlby conceptualiza a vinculação como um sistema comportamental activado por sinais de perigo e acompanhado por sentimentos de medo. Assim só, e ainda que de uma forma muito simplista, compreende-se intuitivamente, que a vinculação desempenhará um papel primordial na forma como as pessoas lidam com experiências potencialmente ameaçadoras (Bowlby, 1973). Apesar das situações específicas que suscitam medo e activam o sistema de vinculação se modificarem ao longo do desenvolvimento, o medo intenso associado ao trauma poderá activar o sistema de vinculação em várias idades ao longo da vida. Quando a figura de vinculação é percebida como disponível e responsiva tende a diminuir o sentimento de medo e a proporcionar uma “aliança” que facilita o *coping* com a situação ameaçadora (Kobak *et. al.*, 2004). Por outro lado, quando o indivíduo mantém apenas uma expectativa confiante na disponibilidade da figura de vinculação, poderá experienciar medo intenso, sentimentos de abandono e horror que constituem uma potencial experiência traumática. Assim, tal como a presença de uma figura de referência proporciona segurança e reduz o medo perante a situação ameaçadora, a ameaça percebida de que a figura de vinculação possa não estar disponível, poderá ser uma fonte acrescida de medo intenso e ansiedade (Kobak *et. al.*, 2004).

No Volume II da sua trilogia, Bowlby (1973) apresenta uma revisão teórica sobre o facto de tanto as crianças como os adultos responderem com medo intenso quando a figura de referência é percebida como não-disponível, e quando tal é entendido como uma ameaça ao seu estado de organização interna. Conclui que, de facto, os traumas relacionados com o sistema de vinculação ocorrem quando uma experiência ameaçadora é acompanhada, ou resulta de sentimentos de perda, rejeição ou

abandono pela figura de vinculação (Kobak *et. al.*, 2004). Assim, o sistema de vinculação poderá ser afectado pela percepção de disrupções, por exemplo, situações de separações extremas, que diferem das separações quotidianas de diversas formas. São separações prolongadas que envolvem frequentemente dificuldades em comunicar com a figura de vinculação e ocorrem sem um plano de reunião com esta figura de referência (Kobak, Little, Race & Acosta, 2001).

Sabe-se que as situações de abuso físico ou sexual são, na sua maioria experiências em que os sujeitos experimentam níveis elevados de medo e desespero. Trata-se de um tipo de trauma infligido por outro(s) e, por isso atinge também a confiança do sujeito no meio (Kobak *et. al.*, 2004). Quando quem pratica o abuso é ao mesmo tempo uma figura de vinculação, a criança enfrenta um dilema crucial. Tal como apontam Main e Hesse (1990) as situações de abuso geram um trauma relacionado com a vinculação no qual as figuras de referência se tornam uma fonte de ansiedade e perigo.

A perda de uma figura de vinculação em caso de morte poderá ou não constituir-se numa experiência traumática (Bonanno & Kaltman, 1999). Tal dependerá do facto da perda ser inesperada, tornando impossível a preparação da perda efectiva dessa figura de vinculação. Sob determinadas circunstâncias o *coping* na morte antecipada de um cuidador e a integração das consequentes sequelas ocorre gradualmente e durante um longo período de tempo. O medo acompanha geralmente a ameaça de perda assim como a perda em si. Notícias ou acontecimentos que envolvam a percepção de perigo à vida das figuras de vinculação poderão produzir medo intenso, mesmo quando os acontecimentos não resultam na morte do cuidador. Existem ainda, evidências que demonstram que a morte violenta (p.ex., homicídio, suicídio ou acidente) é mais susceptível de provocar medo intenso e dificuldades no ajustamento posterior à perda em comparação com outras formas que derivam de causas naturais (Zisook, Chentsova-Dutton & Shuchter, 1998).

Johnson (2002) descreve ainda um conjunto de expressões significativas de medo de abandono pela figura de vinculação quando em situações de urgente necessidade. Estas situações seriam potencialmente traumáticas na medida em que poderiam provocar medo intenso associado a sentimentos de isolamento ou abandono.

Torna-se assim importante referir que um dos contributos das pesquisas sobre a vinculação na infância se relaciona com a oportunidade de identificar experiências potencialmente traumáticas em períodos precoces do desenvolvimento, que poderiam não estar acessíveis na memória do adulto. Assim, o padrão de vinculação desorganizado (padrão – D) relaciona-se com a adaptação da criança a um cuidador que é ameaçador (Main & Hesse, 1990). E este padrão de desorganização poderá então reflectir as experiências traumáticas precoces no contexto da relação criança-cuidador. Os traumas relacionados com a vinculação resultam de experiências potencialmente ameaçadoras que co-ocorrem com a percepção da (in)disponibilidade das figuras de referência (Kobak, Cassidy & Zir, 2004). Assim, não será difícil pensar, como já sublinhámos, que a teoria da vinculação pode permitir uma explicação da forma como os indivíduos lidam e se adaptam às experiências traumáticas que podem ocorrer ao longo da vida.

Como tem sido demonstrado, os estudos epidemiológicos apontam para o facto da exposição a acontecimentos traumáticos ser significativa ao longo da vida. Apesar de os sobreviventes destas situações poderem lidar adequadamente com o acontecimento, quando tal não acontece, as consequências poderão ser duradouras e graves, em alguns casos.

A literatura apresenta uma série de estudos que destaca a importância de factores de risco perante a resposta do indivíduos a acontecimentos de vida adversos. McFarlane (1987) levou a cabo uma investigação com bombeiros australianos,

demonstrando que apenas em 9% dos casos analisados o *stress* deriva da exposição a acontecimentos de elevada carga traumática, em consequência do exercício da profissão. Decorrente da análise de um outro estudo verifica-se que em 26% dos veteranos de guerra com o diagnóstico de perturbação de pós-stress traumático (PPST), o *stress* resulta dos seus próprios traços de personalidade e consequentes mecanismos de *coping*, enquanto que em apenas 9% dos casos o stress estava associado às características da exposição ao contexto de guerra (Wolfe, Keane, Kaloupek, Mora & Wine, 1993). Os resultados da meta-análise realizada por Weaver e Clum (1995) demonstram que os factores subjectivos parecem ser bastante mais significativos do que as características do próprio acontecimento. Todos estes estudos defendem que os factores de risco individuais são bastante mais significativos para o desenvolvimento da PPST do que a própria exposição ao acontecimento de elevada carga traumática.

Será, pois, a combinação de múltiplos factores de risco que permitirá a compreensão da PPST. Em termos gerais, as investigações têm demonstrado que o quadro psicopatológico da PPST se percebe melhor como uma expressão periódica de pré-disposições de longa-data. Assim, os factores de risco que incluem características duradouras de personalidade e crenças têm sido apontados como preditores mais significativos da PPST do que as características do próprio acontecimento adverso. Um estudo realizado com prisioneiros de guerra (*POWS*) expostos a traumas severos demonstra que a exposição a um acontecimento traumático, até mesmo quando de carácter grave, não é o único factor preditor de PPST (Dieperink et., al., 2001). Quando analisada a influência da variável vinculação, demonstra-se que a representação de uma vinculação segura poderia intervir na “protecção” do sujeito ao desenvolvimento desta patologia. E assim, a representação de um padrão inseguro poderia ser um preditor significativo de PPST. O âmago do estudo levado a cabo por Bar-On, Eland, Kleber, Krell, Moore, Sagi, Soriano, Suedfeld,

van der Velden e van IJzendoorn (1998) prendeu-se com a compreensão da duração dos efeitos do *Holocausto*. Procurando compreender a importância da variável vinculação na resposta à experiência adversa, os resultados apontam para que a representação insegura da vinculação, não sendo o único factor de risco para o desenvolvimento de psicopatologia, PPST em particular, tem um peso significativo para a activação de mecanismos de adaptação às experiências traumáticas subsequentes. Outros estudos têm demonstrado esta relação, nomeadamente entre populações psiquiátricas (Allen *et. al.*, 2001), em adultos vítimas de abusos quando crianças (Muller, Gragtmans & Baker, 2008; Alexander & Pamela, 2009) e em casos de violência familiar (McFarlane & Girolamo, 1996).

Enquanto algumas pessoas parecem lidar adequadamente com a experiência traumática de forma a ser-lhes permitido o regresso ao seu estado prévio de funcionamento, outras permanecem vulneráveis, em consequência da exposição ao acontecimento, impedindo que retomem esse mesmo funcionamento. Nestas circunstâncias, os indivíduos poderão desenvolver sintomas característicos da PPST. As investigações na área da vinculação têm permitido entender os processos emocionais e cognitivos pós-traumáticos que interferem com a elaboração do próprio trauma. Em traços gerais, as experiências traumáticas que não foram devidamente resolvidas poderão ter consequências significativas na regulação do *stress* e noutras relações de proximidade e de prestação de cuidados. Os estudos demonstram a relação entre o trauma não resolvido e o desenvolvimento de PPST (Lyons-Ruth & Block, 1996), apresentando resultados que apontam para uma relação significativa entre as experiências traumáticas e a (in)adaptação do indivíduo perante determinados acontecimentos de vida. As investigações têm demonstrado que indivíduos que referem mais acontecimentos traumáticos anteriores e perdas não-resolvidas revelam também maiores dificuldades na elaboração de experiências potencialmente traumáticas (Kobak, *et. al.*, 2004).

Curiosamente, os sintomas característicos de PPST e os lapsos do sujeito na *Adult Attachment Interview* (AAI) na monitorização do seu estado psicológico que resulta da representação de uma vinculação “não-resolvida”, partilham aspectos comuns: (1) dificuldade na integração de uma situação potencialmente traumática na memória, expressa numa narrativa autobiográfica incoerente; (2) evitamento de emoções dolorosas relacionadas com as memórias traumáticas, por vezes através da dissociação; (3) aumento da reacção ao *stress* ou tendência para experimentar estados de activação disfuncionais quando expostos a conseqüências ou acontecimentos potencialmente stressores (Kobak *et. al.*, 2004).

As pesquisas sobre a vinculação e a PPST (Muller, Sicoli, Lemieux, 2000) têm revelado algumas características comuns quando o assunto é o trauma não-resolvido. Primeiro porque se defende que a dificuldade na organização do trauma é caracterizada por memórias desajustadas ou que não estão integradas num referencial autobiográfico, e tanto os estudos relacionados com a vinculação como com a PPST sugerem que os sintomas dissociativos poderão acompanhar as dificuldades na organização dos mecanismos de *coping*. Assim, sujeitos que apresentem traumas não-resolvidos são mais susceptíveis ao *stress* reactivo e poderão evidenciar dificuldades significativas perante determinadas situações de *stress* (Kobak *et. al.*, 2004).

Segundo a noção tradicional de dissociação, a memória associada à(s) experiência(s) adversa(s) relativas à vinculação poderá ter-se “dissociado” da consciência (na infância) e permecer assim quando a percepção da experiência é recordada mais tarde, na idade adulta. Van der Kolk, van der Hart e Marmar (1996) demonstram que as memórias dissociadas são recuperadas por fragmentos sensoriais e que apresentam uma expressão linguística pouco elaborada. Estes fragmentos poderão, depois, construir uma narrativa mnésica sobre o acontecimento traumático. Alguns autores têm vindo a demonstrar a existência de um processamento mnésico

particular, especialmente na dissociação e na repressão. Algumas destas investigações têm, efectivamente, contribuído para a compreensão de que poderá haver um mecanismo dissociativo responsável pela evocação ou repressão de acontecimentos traumáticos (Lynn, Knox, Fassler, Lilienfeld & Loftus, 2004). Os resultados relacionam a sua ocorrência com a falta de cuidados parentais, com o controlo parental (Modestin *citado por* Dutra et. al., 2009) e com a representação de uma vinculação insegura às figuras de referência (Maaranen *citado por* Dutra, et. al., 2009).

Em suma, parece efectivamente existir uma relação entre a história de acontecimentos traumáticos com início na infância e tendências dissociativas consequentes (Spiegel & Cardeña, 1991), na idade adulta. Mais ainda, o trauma infantil, por motivos diversos, tem sido apontado como um factor de risco no desenvolvimento da PPST na idade adulta (Brewin, Andrews & Valentine, 2000). Portanto, é possível que a dissociação peritraumática possa estar relacionada com a PPST devido à sua associação com traumas ocorridos na infância (Keane *et. al.*, 2002). Esta perspectiva sugere que a compreensão do desenvolvimento de sintomas da PPST terá de realçar também a importância de traumas ocorridos na infância, de dissociações prévias e da dissociação peritraumática perante um trauma actual, reconhecendo o papel de factores pré-traumáticos, peritraumáticos e pós-traumáticos.

Parte II Estudo Empírico

CAPÍTULO IV Objectivos e Hipóteses de Investigação

A vivência de acontecimentos adversos pode conduzir a um conjunto particular de reacções da parte do indivíduo. A forma como o sujeito responde perante estas situações de elevada carga traumática tem sido o âmago de variadas investigações (Allen, Hutoon, Stein, Fonagy & Evens, 2001; Blanchard, Hickling, Barton, Taylor, Loos & Jones-Alexander, 1996; Bower & Silvers, 1998). Também é sabido que são variadas as circunstâncias adversas a que as pessoas vão sendo expostas ao longo das suas vidas. Segundo Breslau, Davis, Andresky e Peterson (1991) de entre os sujeitos da população mundial entre 40 a 80% estão expostos a situações de grande carga traumática. As características deste tipo de experiências e das respostas a elas associadas, têm constituído um ponto de interesse para a investigação.

Tal como ficou demonstrado ao longo da parte teórica deste trabalho, na literatura encontram-se diversos estudos que apontam para a importância de factores de risco perante o tipo de resposta dos indivíduos a acontecimentos de vida adversos. Tem-se constatado que, de facto, para além do impacto do acontecimento traumático e das suas características, existem outros factores que podem concorrer para a forma como o indivíduo responde a uma situação traumática, de elevado risco desenvolvimental, contribuindo, portanto, especificamente para o desenvolvimento de sintomas de Perturbação de Pós-Stress Traumático (PPST). No entanto, os resultados demonstram também que factores de risco individuais parecem ser bastante mais significativos para o desenvolvimento da PPST do que a exposição ao acontecimento de elevada carga traumática (Wolfe, Keane, Kaloupeck, Mora & Wine, 1993; Weaver e Clum, 1995; McFarlane, 1987).

Por um lado, a compreensão da resposta ao trauma e da própria PPST implica recorrer a teorias que sustentam a sua relação com a dissociação. Ao longo da parte teórica defendeu-se que à luz da teoria psicanalítica, a compreensão da experiência

traumática forneceu instrumentos essenciais para se pensar o fenómeno da dissociação, oferecendo bases para uma concepção relacional da psicopatologia (Ferenczi, 1908). A investigação empírica confirma esta proposta. Os estudos de Spiegel e Cardeña (1991), por exemplo, demonstram que os processos dissociativos poderão estar na base da formação das memórias associadas à experiência traumática.

Por outro lado, e de forma sucinta, pode dizer-se que as memórias traumáticas da infância podem relacionar-se com o surgimento de sintomas psicopatológicos mais tarde, ao longo do desenvolvimento individual. E, de facto, os resultados das investigações têm demonstrado fortes associações entre as experiências adversas na infância e o funcionamento físico e mental desadequado mais tarde, na idade adulta (Banyard, Williams & Siegel, 2001).

Considerando que a base conceptual da teoria da vinculação permite a compreensão do funcionamento cognitivo e emocional do indivíduo, fará sentido pensar que ela poderá ajudar a compreender os aspectos que têm a ver com o funcionamento desadaptativo. E, efectivamente a vinculação tem sido considerada uma variável preditora numa série de estudos relacionados com o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (Grossmann, Grossmann, Kindler, 2005; Sroufe, Carlson, & Collins, 2005; Waters, Merrick, Treboux, Crowell & Albersheim, 2000). As investigações sobre a organização da vinculação têm demonstrado uma relação estatisticamente significativa entre determinados marcadores da representação das experiências de vinculação e psicopatologia em jovens e adultos (Armsden, McCauley, Greenberg, Burke & Mitchell, 1990; Liotti, 2000; Drayton, Birchwood, Trower, 1998). Em particular, diversos factores de risco, tais como as características disfuncionais associadas às experiências de vinculação, têm sido apontados como preditores significativos de psicopatologia em geral, e da PPST, em particular (Dieperink,

Leskela, Thuras & Engdahl, 2001; Bar-On, Eland, Kleber, Krell, Moore, Sagi, Soriano, Suedfeld, van der Velden & van IJzendoorn, 1998).

Em suma, o impacto das experiências precoces disfuncionais na qualidade da adaptação em momentos posteriores do desenvolvimento remete também para a necessidade de considerar o fenómeno da re-experiência traumática e o seu impacto na gravidade da PPST na idade adulta (Stovall – McClough, Chase & Cloitre, 2006; Cloitre, Tardiff, Marzuk, Leon & Portera, 1996).

No presente estudo será analisada a relação entre a vinculação e a PPST numa amostra de mulheres que têm em comum a experiência da violência conjugal. Mais especificamente, será estudada a relação entre a qualidade da representação da vinculação às figuras parentais e a gravidade dos indicadores de sintomatologia de perturbação de pós-stress traumático e de dissociação peritraumática em mulheres vítimas de violência conjugal.

Por outro lado, será também estudada a relação entre estes indicadores e uma medida que dá conta da ocorrência de situações traumáticas na infância e adolescência. Assim, torna-se possível estudar a relação entre a gravidade da resposta ao trauma (indicadores de sintomatologia de PPST e de dissociação peritraumática) e o fenómeno da re-experiência traumática.

A perspectiva teórica subjacente à realização da investigação, e como pensamos que ficou claro na parte teórica do trabalho, sugere que a compreensão do desenvolvimento de sintomas da PPST deverá ter em conta uma eventual ocorrência de traumas na infância e a representação das experiências de vinculação; reconhecendo-se, portanto, o papel de factores pré-traumáticos no desenvolvimento e gravidade de PPST. Será também considerada a importância de factores

peritraumáticos na resposta à situação traumática, em particular da dissociação.

As questões a que este estudo pretende dar resposta são as seguintes:

- a. Será que as diferenças ao nível da representação da vinculação se reflectem de modo distinto na manifestação de sintomatologia psicopatológica, em particular na manifestação de sintomas de PPST e de dissociação peritraumática, em mulheres vítimas de violência conjugal?
- b. Será que o fenómeno de re-experiência traumática tem influência na qualidade da resposta à situação traumática de violência conjugal (sintomas de PPST e de dissociação peritraumática)?
- c. Haverá relação entre a gravidade da resposta traumática (número de sintomas de PPST) e o fenómeno da dissociação peritraumática?

A amostra é constituída por indivíduos do sexo feminino vítimas de violência conjugal apoiados pelo Núcleo de Apoio à Vítima de Évora. Foram aplicados o E.M.B.U. (Egna Minnen Beträffande Uppfostran; Perris, Jacobson, Lindstrom, von Knorring & Perris, 1984) adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999), que avalia a representação da qualidade das relações de vinculação às figuras de referência (pai e mãe) e que permite classificar a memória destas relações em três dimensões: *suporte emocional, tentativa de controlo e rejeição*.

Para avaliar a memória da exposição a situações de carácter traumático na infância e adolescência, foi utilizado o Early Trauma Questionnaire (E.T.Q; Bernstein & Fink, 1997), adaptado para a população portuguesa por McIntyre e Costa (2004) e que permite identificar um conjunto de acontecimentos potencialmente traumáticos aos quais o indivíduo poderá ter sido exposto até aos 15 anos de idade.

A sintomatologia de PPST será avaliada pela aplicação da Escala de Avaliação

da Perturbação de Pós-Stress Traumático (E.A.R.A.T; McIntyre & Ventura, 1993).

Foi ainda aplicado o Questionário de Dissociação Peritraumática (P.E.D.Q.; Marmar, Weiss, Metzler, 1997), adaptado para a população portuguesa por Maia, Fernandes e McIntyre (2001).

Para além das informações recolhidas pela aplicação dos instrumentos de auto-relato, serão ainda caracterizados alguns aspectos clínicos e sócio-demográficos das participantes da investigação.

Serão analisadas as correlações entre as variáveis medidas pelos instrumentos referidos, ou seja, entre os sintomas de PPST, as representações das relações de vinculação às figuras parentais, a re-experiência de acontecimentos traumáticos e a resposta relativa à dissociação peritraumática.

Hipótese 1 - Espera-se que sujeitos que identificam um maior número sintomas de PPST, tenham representações das relações de vinculação marcadas pelas dimensões *rejeição ou tentativa de controlo*. Por outro lado, a dimensão *suporte emocional* poderá funcionar como factor protector do indivíduo para o desenvolvimento da sintomatologia associada à PPST, e, por isso espera-se que se correlacione negativamente com estes sintomas psicopatológicos. E, são de facto, vários os estudos que comprovam esta relação, nomeadamente entre populações psiquiátricas (Allen *et. al.*, 2001), veteranos de guerra (Dieperink, *et. al.*, 2001) em adultos vítimas de abusos quando crianças (Muller, Gragtmans & Baker, 2008; Alexander & Pamela, 2009) e em casos de violência familiar (McFarlane & Girolamo, 1996), como foi referido no capítulo III.

Hipótese 2 - Tendo em conta a (re)ocorrência de experiências com elevada carga traumática ao longo da vida de um indivíduo, pretende-se, adicionalmente, avaliar o peso da re-experiência traumática na qualidade da resposta ao trauma actual. Quando indivíduos sujeitos a traumas repetidos ao longo da vida são avaliados, verifica-se que muitas experiências não adquirem verdadeiramente um valor passado

(Monteiro-Ferreira, 2003). E, se isto acontece, então a resposta a situações de carácter traumático, como a violência conjugal, poderá ser influenciada por questões relacionadas com a re-experiência de traumas ao longo da vida. Espera-se que as mulheres que foram sujeitas a várias situações traumáticas, evoquem também um maior número de sintomas de PPST. Em termos estatísticos tratar-se-à de analisar a correlação entre os resultados do E.T.Q e do E.A.R.A.T.

Hipótese 3 – Espera-se também uma relação positiva entre a qualidade da resposta ao trauma (sintomas de PPST) e a resposta relativa à dissociação peritraumática. Como foi referido ao longo do capítulo I, existe um corpo significativo de estudos que demonstra que os sintomas de dissociação tendem a ser mais elevados em indivíduos expostos a situações de elevada carga traumática, sendo um constructo clínico importante no estudo da PPST (Carlson & Rosser-Hogan, 1993; Marmar *et. al.*, 1994).

Finalmente, a hipótese 4 – Espera-se que a organização da vinculação e as experiências traumáticas na infância possam dar um contributo para a previsão dos sintomas de PPST, para além do efeito dos sintomas de dissociação peritraumática, perante a análise das regressões lineares efectuadas.

CAPÍTULO V Metodologia

1. PARTICIPANTES

A amostra é composta por 30 mulheres com mais de 18 anos, utentes do Núcleo de Atendimento à Vítima de Évora. As idades estão compreendidas entre os 20 e os 63 anos (M = 35,64; DP = 19,321). No que respeita ao estatuto profissional verifica-se que 11 das participantes (36,7%) se encontram desempregadas.

Tabela 1. Características da amostra: número e percentagem de sujeitos em cada nível das variáveis demográficas.

Profissão/Ocupação	Assistente Ocupacional	4	13,3%
	Assistente Social	1	3,3%
	Auxiliar de Lar	1	3,3%
	Desempregada	11	36,7%
	Empregada de Balcão	1	3,3%
	Empregada de Limpeza	4	13,3%
	Estudante	3	10%
	Professora	1	3,3%
	Reformada	2	6,7%
	Técnica Superior	2	6,7%

Participantes

Caracterização Clínica	Depressão	15	50%
	P.Ansiedade	4	13,3%
	Sem Diagnóstico	11	36,7%
Medicação	Sim	16	53,3%
	Não	14	46,7%
Pedido no N.A.V - Évora	2010	19	60%
	2009	10	36,7%
	2008	1	3,3%
Frequência do Acompanhamento	Ocasional	16	53,3%
	Frequente	14	46,7%

Relativamente à caracterização clínica das participantes veja-se a tabela 1. Do total da amostra, 15 (50%) participantes apresentavam o diagnóstico de depressão, 4 (13%) de perturbação de ansiedade e 11 (36,6%) não possuíam qualquer diagnóstico. Mais de metade das mulheres avaliadas, 16 (53,3%), encontra-se actualmente medicada.

Como se apresenta na tabela 1, 19 (60%) das participantes iniciaram o seu processo no Núcleo de Atendimento à Vítima em 2010, sendo que 10 o fizeram em 2009 (33,3%) e uma (3,3%) em 2008. A frequência com que recorrem a este serviço divide-se entre ocasional para 16 mulheres (53,3%) e frequente para 14 (46,7%).

2. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

2.1. E.M.B.U (Egna Minnen Beträffande Uppfostran; Perris, Jacobson, Lindstrom & von Knorring, 1980; versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Canavarro, 1996).

A importância da experiência subjectiva no comportamento e desenvolvimento do indivíduo tem sido salientada por diversos autores (Rohner, 2004; Schaefer, 1965) que defendem que as percepções que os indivíduos têm dos seus pais podem ser ainda mais importantes do que o comportamento real das figuras parentais.

A primeira versão do E.M.B.U foi construída e desenvolvida por Perris, Jacobson, Lindstrom e von Knorring (1980). Era uma versão constituída por 81 itens agrupados em 14 dimensões. Mais tarde, Arridell e a sua equipa (1994) desenvolveram uma versão constituída por 23, adaptada posteriormente, para Portugal, por Canavarro (1999), sendo esta a versão utilizada no estudo.

Nos estudos psicométricos do E.M.B.U realizados em 13 países, os resultados mostraram bons índices de fiabilidade e validade (Arrindell, Perris, Eisemann, van der Ende, Gasgner, Lawawaki, Maj & Zang *citado por* Canavarro, 1999).

A escala procura medir a frequência da ocorrência de determinadas práticas educativas durante a infância e a adolescência do indivíduo, em relação ao pai e à mãe, separadamente. O registo da ocorrência é feito numa escala de tipo “likert”, de quatro pontos, que vai desde “não, nunca” até “sim, a maior parte do tempo”. Os resultados são obtidos para três dimensões: *suporte emocional, rejeição e tentativa de controlo*.

O *suporte emocional* é definido como um conjunto de comportamentos dos pais, que provocaram nos filhos a sensação de conforto e de aprovação (Canavarro, 1999), é medido pelo somatório de 7 itens, separadamente para o pai e para a mãe.

A dimensão *rejeição* é medida através do somatório de 9 itens para a mãe e 8 itens quando considerada a relação com o pai. Isto acontece porque o item 21 não se apresenta psicometricamente adequado (Canavarro, 1999). Canavarro (1999) define assim esta dimensão como “um conjunto de comportamentos dos pais tendentes a modificar a vontade do filho e que são sentidos por este como uma rejeição de si próprio como indivíduo” (Canavarro, 1999, p. 237).

Por último, a dimensão *tentativa de controlo* reflecte “o comportamento parental caracterizado por protecção (excessiva) de experiências indutoras de stress e adversidades, um elevado grau de intrusão e tentativa de conhecer todas as actividades dos filhos; elevados padrões de realização em determinadas áreas (...) e imposição de regras rígidas às quais é exigida estrita obediência (Canavarro, 1999, p. 237), é obtida através do somatório de 7 itens, quer para a mãe, quer para o pai.

2.2. Early Trauma Questionnaire (E.T.Q; Bernstein & Fink, 1997; Adaptado para a população portuguesa por McIntyre & Costa, 2004).

Vários estudos têm demonstrado que a exposição a situação(s) adversa(s) numa idade precoce poderá comportar consequências dramáticas na saúde do indivíduo e conduzir ao desenvolvimento de condutas desadequadas em momentos posteriores do seu desenvolvimento.

Tendo por base a literatura sobre maus-tratos e os instrumentos sobre abuso e negligência na infância em adultos, Bernstein e Fink (1997) desenvolveram um questionário designado *Early Trauma Questionnaire* (E.T.Q).

A tradução e adaptação do instrumento para a população portuguesa deve-se a McIntyre e Costa (2004). O E.T.Q. procura avaliar o relato que as pessoas fazem acerca de maus-tratos e cuidados recebidos durante a infância e a adolescência. As

respostas aos 28 itens do questionário são classificadas segundo uma escala de *likert* de cinco pontos: “nunca verdadeiro”, “raramente verdadeiro”, “às vezes verdadeiro”, “frequentemente verdadeiro” e “muitas vezes verdadeiro”.

O instrumento avalia as experiências de maus-tratos físicos, maus-tratos psicológicos e abuso sexual.

Nos estudos psicométricos o instrumento demonstra bons indicadores de consistência interna em todas as suas sub-escalas, calculada a partir do alpha de Cronbach. Os valores variaram entre 0,66 para a sub-escala negligência física e 0,92 para a de abuso sexual (McIntyre & Costa, 2004).

2.3. Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (E.A.R.A.T.; McIntyre & Ventura, 1993).

Em termos sintéticos, a utilização do E.A.R.A.T – versão adultos, na presente investigação, teve por objectivo avaliar a presença de sintomas congruentes com o diagnóstico de PPST.

A Escala de Avaliação da Resposta ao Acontecimento Traumático (E.A.R.A.T) considera os critérios de diagnóstico do DSM-IV de forma sistematizada, explícita e discriminada e, por isso, tem sido apontado como um instrumento que facilita a avaliação de sujeitos que, por várias razões, possam experienciar sintomas relacionados com esta psicopatologia.

Alguns estudos realizados com a finalidade de analisar a validade do E.A.R.A.T demonstraram que o instrumento apresenta bons índices de validade e fiabilidade (McIntyre & Ventura, 1996). Um estudo realizado com uma amostra de 150 adolescentes angolanos expostos a um cenário de guerra revela que as sub-escalas que correspondem aos critérios de diagnóstico 2 e 4 de acordo com o DSM-IV

demonstram uma elevada consistência interna (McIntyre & Ventura, 1996). Também num estudo realizado junto de 90 adolescentes vítimas de maus-tratos, verifica-se que os factores obtidos na análise factorial explicam 60,30% da variância (Alberto, 1999).

No presente estudo foi utilizada a versão do instrumento para adultos (McIntyre, 1993; McIntyre & Ventura, 1995) e que pode ser aplicado sob a forma de auto ou hetero-relato.

O E.A.R.A.T. organiza-se em duas partes. A primeira parte, mais descritiva e qualitativa avalia a exposição a experiências traumáticas como vítima directa ou observador e permite uma avaliação do intervalo de tempo entre a ocorrência do acontecimento e da avaliação. A segunda, dividida em três partes, remete para cada um dos critérios de diagnóstico do DSM-IV relativamente à PPST. O primeiro corresponde à *revivência do acontecimento traumático* (critério B do DSM-IV) e é constituído por cinco itens. A parte seguinte, contempla a *resposta ao acontecimento* e avalia respostas de evitamento e negação que se relacionam com o critério de diagnóstico C do DSM-IV. Esta parte é constituída por sete itens. O último grupo, constituído por cinco itens, ao critério de diagnóstico D do DSM-IV, avalia a activação/hipervigilância e remete para os sintomas neurovegetativos.

Todos os itens da segunda parte são dicotómicos (sim/não) e, é a pontuação obtida nestes itens que permite obter as seguintes informações: (a) eventual diagnóstico de perturbação pós-stress traumático, no caso de o sujeito responder afirmativamente a pelo menos uma questão do agrupamento *vivência do acontecimento*, pelo menos três questões do agrupamento *resposta ao acontecimento* e pelo menos duas questões do agrupamento *respostas prolongadas*; (b) o total de sintomas de perturbação pós-stress traumático independentemente da pessoa ter ou não o diagnóstico de PPST. Poderá obter-se o total de sintomas se a pontuação obtida em cada item for somada (17 itens no total); (c) o perfil de manifestação de sintomas de PPST, derivado das pontuações obtidas nas três escalas: *revivência do*

acontecimento (Grupo II), Entorpecimento (Grupo III) e Hipervigilância (Grupo IV).

2.4. Questionário de Experiências Dissociativas Peritraumáticas (P.D.E.Q.; Marmar, Weiss, Metzler, 1997; Trad. Maia, Fernandes & McIntyre, 2001).

São diversos os estudos que têm demonstrado uma relação significativa entre a vivência de acontecimentos de vida traumáticos e respostas dissociativas (Bremner et al., 1992; Koopman, Classen & Spiegel, 1994; Marmar et al., 1994). Estas respostas que o indivíduo experiencia durante o acontecimento traumático (despersonalização, desrealização, confusão, desorientação) correspondem ao que Marmar, Weiss e Meltzer (1997) designaram de dissociação peritraumática.

De forma a poder avaliar este constructo Marmar e os seus colaboradores desenvolveram um questionário composto por dez itens que designaram de *Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire* (P.D.E.Q.). Estudos realizados demonstraram que o instrumento apresenta uma boa consistência interna (*Alpha de Cronbach* = 0.81) e que se encontra significativamente associado a medidas de resposta traumática, com o nível de exposição ao stress e com outras medidas de tendências dissociativas (Marmar *et. al.*, 1997).

A utilização deste instrumento permite avaliar as respostas dissociativas no momento da exposição ao acontecimento traumático, determinar a eficácia de tratamentos farmacológicos ou psicoterapêuticos na redução das respostas dissociativas e avaliar, em complemento com outras medidas de avaliação, os sintomas agudos ou crónicos de PPST. Na presente investigação, em particular, avaliaram-se apenas as respostas relativas à dissociação peritraumática presentes em resposta à exposição ao acontecimento em estudo, a violência conjugal.

Instrumentos

Traumatic Dissociative Experience Questionnaire foi adaptado para a população portuguesa por Maia, Fernandes e McIntyre (2001) e validado posteriormente por Horta-Moreira em 2002. O estudo de validação contemplou a avaliação de 57 profissionais do Instituto Nacional de Emergência Médica (I.N.E.M) responsáveis, na sua maioria, pelo socorro a vítimas de acidentes de viação (Horta-Moreira, 2002). Foram estabelecidas duas sub-escalas: despersonalização (engloba os itens 3, 4, 5, 6) e desrealização (itens 1, 8, 9, 10). Por não se correlacionarem significativamente com os restantes, os itens 2 e 7 foram eliminados. A fiabilidade da escala é assegurada por uma consistência interna aceitável na escala total ($\alpha = 0,761$) e, nas sub-escalas (despersonalização $\alpha = 0,748$; desrealização $\alpha = 0,630$).

A versão traduzida da escala é constituída por 10 itens que avaliam as respostas dissociativas relacionadas com o acontecimento traumático. Esta versão, à semelhança da original, utiliza uma escala tipo *Likert* de 5 pontos (1 = nada verdade; 2 = ligeiramente verdade; 3 = algo verdade; 4 = muito verdade; 5 = extremamente verdade) para as respostas aos itens. A pontuação obtida poderá variar entre os 10 e 50.

Quanto mais elevados os resultados nas escalas, mais sintomas dissociativos. Os autores da versão original do instrumento apontam como valor de ponto de corte média por item igual ou superior a 1,5. Consideram que os sujeitos com pontuações médias iguais ou inferiores a este valor não apresentam experiências peritraumáticas significativas, e que, por outro lado, um valor superior corresponde à presença de sintomas peritraumáticos significativos.

3. PROCEDIMENTO

Antes do início da recolha de dados estabeleceu-se um contacto com a responsável pelo Núcleo de Atendimento à Víctima de Évora (N.A.V. – Évora). Foi formalizado um pedido por escrito apresentando a investigação, os seus objectivos e a garantia de confidencialidade dos dados recolhidos junto das vítimas apoiadas pela instituição.

Numa segunda fase, depois de concedida a autorização para a realização do estudo e para a permanência da investigadora na instituição, algumas vítimas de violência conjugal foram contactadas afim de colaborarem na investigação e questionadas sobre a disponibilidade para participarem no estudo aquando do atendimento no N.A.V – Évora. A participação foi naturalmente voluntária.

As aplicações foram, na sua maioria, realizadas individualmente ou em grupos de duas mulheres, de acordo com a disponibilidade das participantes.

No início de cada aplicação a investigadora apresentou-se às participantes e explicou, de forma sucinta, a natureza do estudo. Em seguida, era feita uma breve apresentação dos objectivos do estudo e da sua pertinência. Caso as participantes concordassem em participar na investigação dava-se início ao preenchimento do caderno de questionários. Foi assegurada a confidencialidade dos dados recolhidos e a sua utilização apenas para fins científicos.

O preenchimento dos questionários foi feito numa sala fechada e a investigadora esteve sempre presente no sentido de esclarecer qualquer dúvida e apoiar o seu preenchimento. Foi dada a possibilidade das participantes desistirem a qualquer momento, caso não se sentissem confortáveis a responder aos itens dos questionários.

Procedimento

Depois de preenchidos, os questionários eram entregues à investigadora.

A recolha da amostra decorreu ao longo de 5 meses, desde o início de Março até finais de Julho de 2010.

CAPÍTULO VI Apresentação dos Resultados

Nesta secção apresentamos os resultados totais dos instrumentos de avaliação aplicados, sendo em função desta “exploração” inicial de dados que os resultados serão analisados. Primeiramente apresentam-se os resultados relativos à organização da vinculação, seguidos daqueles relativos à ocorrência de experiências traumáticas na infância e adolescência, os resultados relativos aos sintomas de perturbação de pós-stress traumático e, por último, dos sintomas de dissociação peritraumática.

Num segundo momento pretende-se a compreensão das correlações entre as variáveis dos instrumentos de avaliação utilizados e, adicionalmente, pretende-se analisar o seu valor preditor perante uma variável dependente.

1. ORGANIZAÇÃO DA REPRESENTAÇÃO DA VINCULAÇÃO (E.M.B.U.)

Os resultados relativos ao E.M.B.U. são apresentados na tabela 2.

Importa sublinhar que uma participante não respondeu à escala do pai (n=29) e duas (n=28) não responderam às questões sobre a organização da vinculação relativamente à mãe.

Verifica-se que a dimensão suporte emocional foi a dimensão com um resultado médio mais elevado, seguida da tentativa de controlo.

Tabela 2. Resultados (médias e desvios-padrão) obtidos pela amostra no questionário E.M.B.U.

Dimensões	M	DP
Suporte emocional <i>pai</i>	1,48 (n=29)	,747
Rejeição <i>pai</i>	,73 (n=29)	1,274
Tentativa de controlo <i>pai</i>	,90 (n=29)	,634
Suporte emocional <i>mãe</i>	1,65 (n=28)	,745
Rejeição <i>mãe</i>	,65 (n=28)	,725
Tentativa de controlo <i>mãe</i>	,93 (n=28)	,564

2. EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA (E.T.Q.)

Em traços gerais, 19 mulheres (60%) relatam nunca ter tido alguma experiência adversa na infância e na adolescência contemplada pelo E.T.Q. Observando a tabela 3 verificamos que para 6 participantes (23,5%) estes acontecimentos traumáticos ocorreram raramente e 5 participantes (18,5%) relatam experiências traumáticas, em idades anteriores, com pelo menos alguma frequência.

Tabela 3. Valores da ocorrência de experiências traumáticas na infância e adolescência.

Respostas	n	%
Nunca	19	60%
Raramente Verdadeiro	6	23,5%
Às vezes verdadeiro	2	6,6%
Frequentemente verdadeiro	2	6,6%
Muitas vezes verdadeiro	1	3,3%

Seguidamente são apresentados os resultados para cada uma das dimensões deste instrumento de avaliação.

Maus-tratos físicos

Esta categoria contempla os 6 primeiros itens do questionário, sendo avaliada, por exemplo, pelos seguintes itens: “Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família batiam-me com tanta força que me deixavam com pisaduras ou marcas”, “Quando eu tinha 15 anos ou menos, os castigos que recebi pareceram-me cruéis” e “Quando eu tinha 15 anos ou menos, fui castigada com um cinto, uma tábua, corda ou algum objecto duro”.

Na tabela 4 podemos analisar a distribuição das participantes nesta categoria.

Tabela 4. Resultados da categoria maus-tratos físicos.

Respostas	n	%
Nunca	26	86,7%
Raramente verdadeiro	4	13,3%
Às vezes verdadeiro	0	-
Frequentemente verdadeiro	0	-
Muitas vezes verdadeiro	0	-

Como se pode observar, 26 participantes (86%) relata nunca ter tido alguma situação de maus-tratos físicos na infância ou adolescência. De notar que das estantes categorias apenas a opção cotada com 1 foi utilizada pelas participantes.

Maus-tratos psicológicos

Esta dimensão é avaliada por cinco itens. São exemplos das questões que compõem esta dimensão as seguintes: *“Quando eu tinha 15 anos ou menos, as pessoas da minha família disseram-me coisas que me magoaram ou me insultaram”* e *“Quando eu tinha 15 anos ou menos, estavam por vezes pessoas em casa (que não eram da família) e por quem me senti ameaçado”*.

Tabela 5. Resultados da categoria maus-tratos psicológicos.

Respostas	n	%
Nunca	19	63,3%
Raramente Verdadeiro	9	30%
Às vezes verdadeiro	2	6,7%
Frequentemente verdadeiro	0	-
Muitas vezes verdadeiro	0	-

Pelos resultados apresentados nas tabelas pode constatar-se que 19 mulheres (63,3%) relata nunca ter sofrido maus-tratos psicológicos até à adolescência. Note-se ainda que 11 participantes consideram ter sido vítima de maus-tratos psicológicos, ocorrendo este raramente para 9 participantes (30%) e às vezes para 2 mulheres (6,7%).

Abuso sexual

Esta dimensão é avaliada, por exemplo, pelos seguintes itens: “Quando tinha 15 anos ou menos, acredito que fui abusado sexualmente”, “Quando tinha 15 anos ou menos, alguém tentou que eu tivesse comportamentos sexuais ou que observasse actos sexuais”.

A tabela 5 apresenta o número e percentagem de participantes que responderam positivamente a cada item.

Tabela 6. Resultados da categoria abuso sexual.

Respostas	n	%
Nunca	24	80%
Raramente verdadeiro	3	10%
Às vezes verdadeiro	0	-
Frequentemente verdadeiro	2	6,7%
Muitas vezes verdadeiro	1	3,3%

Como se pode observar na tabela, 6 (20%) participantes relatam ter sido vítima de abuso sexual. Em 3 casos (10%) esta adversidade ocorreu raramente, em 2 participantes (6,7%) ocorreu frequentemente e para uma (3,3%) mulher ocorreu muitas vezes.

3. EXPOSIÇÃO TRAUMÁTICA NA IDADE ADULTA – SINTOMAS DE PPST (E.A.R.A.T.).

Pela análise da informação recolhida, verifica-se que o acontecimento traumático ocorreu há mais de 6 meses para 23 participantes (82%).

Do total das participantes, 20 (67%) começaram a sentir as mudanças logo após o acontecimento (até 6 meses), 9 (30%) apenas depois de 6 meses e uma (3,3%) não sentiu qualquer mudança depois dessa experiência. Todas as 29 mulheres (97%) ainda sentem estas mudanças e actualmente ainda se sentem mal por não terem podido mudar o que estava a acontecer, de acordo com a informação fornecida na

primeira parte do questionário.

Analisando a segunda parte do questionário que remete para cada um dos critérios do diagnóstico de PPST de acordo com o DSM-IV (APA, 2002), pode constatar-se o que seguidamente se apresenta.

Relativamente à dimensão revivência do acontecimento, verifica-se que a 27 mulheres (90%) referem sintomas deste domínio. São exemplo os itens: *“Tem tido sonhos maus ou pesadelos repetidos acerca dessa experiência?, Às vezes sente que essa experiência vai acontecer outra vez?”*.

A tabela 7 apresenta os resultados relativos aos sintomas de revivência do acontecimento. Como se pode constatar a questão 5 (*“O meu corpo começa a transpirar e a tremer, e o meu coração bate mais mais depressa quando tenho uma experiência parecida com a experiência traumática”*) apresenta valores mais elevados em comparação com as restantes perguntas.

Tabela 7. Resultados dos sintomas de revivência do acontecimento.

Item	n	%
1	21	70%
2	26	87%
3	23	77%
4	26	87%
5	27	90%

Relativamente aos sintomas de entorpecimento (grupo III do questionário e critério C do DSM-IV) os resultados demonstram que apenas 4 (13%) mulheres não apresenta sintomas deste domínio e, pelo contrário, as restantes 25 (87%) referem senti-los.

Na tabela 8 encontram-se os resultados em termos de percentagens dos sintomas de evitamento e embotamento. Como pode ser observado, os itens 1 e 2 (*“tenho tentado não ter pensamentos ou sentir coisas dessa experiência”*e *“Tenho tentando não fazer coisas que me fazem lembrar essa experiência”*) apresentam uma maior frequência.

Tabela 8. Resultados dos sintomas de evitamento e embotamento.

Item	n	%
1	26	87%
2	26	87%
3	10	33%
4	18	60%
5	16	53%
6	24	80%
7	20	67%

Por último, itens como: *“Tenho dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir”* ou *“Sinto irritabilidade ou sentimentos de raiva que não consigo controlar”*, são exemplos daquelas que constroem a dimensão hiperactivação. A análise dos

resultados demonstra que, mais uma vez, a grande maioria das participantes, 27 (90%) referem sintomas desta natureza.

Em relação aos sintomas de hiperactivação podemos observar que as questões 4 (*“Estou sempre alerta com medo de que aconteça alguma coisa”*), 3 (*“Não consigo prestar atenção, distraio-me com facilidade”*) e 1 (*“Tenho dificuldade em adormecer ou manter-me a dormir”*) são aquelas que apresentam uma maior frequência.

Tabela 9. Resultados dos sintomas de hiperativação.

Item	n	%
1	23	77%
2	21	70%
3	16	53%
4	27	90%
5	23	77%

De acordo com o DSM-IV (APA, 2002) o diagnóstico de PPST pressupõe que estejam presentes pelo menos um sintoma de revivência do acontecimento, três de evitamento e embotamento e pelo menos dois de hiperactivação. Segundo os resultados o diagnóstico está presente em 29 participantes (96,7%) e não se verifica apenas em um dos casos (3,3%).

4. SINTOMAS DE DISSOCIAÇÃO PERITRAUMÁTICA (P.D.E.Q.)

A sintomatologia dissociativa foi avaliada pelo questionário de experiências dissociativas peritraumáticas. Como referido anteriormente, para além da análise de cada item individualmente, esta escala permite obter resultados para duas escalas: *despersonalização e desrealização*.

Constata-se que a expressão dos sintomas de dissociação peritraumática é significativamente elevada. A média de cada item nunca é inferior a 3 (pontuação obtida por exemplo na questão 2: “*Parecia que eu estava em piloto automático – acabei por fazer coisas que mais tarde percebi que não tinha decidido fazer*”), correspondendo à expressão algo verdade. O item 9 (“*Senti-me confuso(a), isto é, houve momentos em que eu tive dificuldade em dar sentido ao que estava a acontecer*”) revela uma média exacta de 4 (muito verdade).

Tabela 10. Resultados (médias e desvios-padrão) obtidos no questionário P.D.E.Q.

Dimensão	M	DP
Despersonalização	3,55	1,22
Desrealização	3,58	1,12
Total de sintomas de dissociação peritraumática	3,57	1,10

Relativamente à dimensão *despersonalização*, veja-se a tabela 10, verifica-se que 29 participantes (96,7%) apresenta valores superiores a 1 e que a média é 3,55. No que concerne à dimensão *desrealização* pode constatar-se que a média dos valores referidos é 3,58 e todos os itens apresentam médias superiores a 1.

5. ANÁLISE DA RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS

Procuramos analisar de que forma o total de sintomas de PPST se relaciona com algumas características socio-demográficas e de como estes se relacionam entre si. Os resultados obtidos através da correlação de Pearson são apresentados na tabela 11.

Tabela 11. Valores de correlação obtidos entre os sintomas de PPST e as variáveis sócio-demográficas.

	Sintomas de PPST	Diagnóstico	Medicação	Idade	Data do Pedido	Frequência do Acompanhamento
Sintomas de PPST	1	-	-	-	-	-
Diagnóstico	-,11	1	-	-	-	-
Medicação	,23	,23	1	-	-	-
Idade	,14	,14	,16	1	-	-
Data do pedido	-,06	-,06	,07	-,14	1	-
Frequência do Acompanhamento	,14	,15	,34	,01	,05	1

Verifica-se que as variáveis analisadas não apresentam valores de correlação estatisticamente significativos.

Na tabela seguinte (tabela 12) apresentam-se os resultados das correlações entre as dimensões da organização da vinculação relativamente às figuras parentais e os sintomas de PPST e de dissociação peritraumática.

Análise da relação entre as variáveis

Tabela 12. Valores de correlação obtidos entre as dimensões do E.M.B.U., do E.A.R.A.T. e do P.D.E.Q.

	Suporte Emocional <i>Pai</i>	Rejeição <i>Pai</i>	Tentativa de Controlo <i>Pai</i>	Suporte Emocional <i>Mãe</i>	Rejeição <i>Mãe</i>	Tentativa de Controlo <i>Mãe</i>
Revivência do Acontecimento	-,07	,21	,24	-,09	,33	,25
Entorpecimento	-,26	,23	,26	-,19	,36	,25
Hiperactivação	-,16	,31	,45*	-,16	,29	,41*
Total de Sintomas de PPST	-,19	,28	,37	-,17	,37	,34
Despersonalização	-,26	,39*	,43*	-,24	,38*	,44*
Desrealização	-,15	,33	,47**	-,13	,39*	,50**
Total de sintomas de dissociação peritraumática	-,28	,40*	,42*	-,28	,42*	,43*

Nota: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$.

Podemos verificar que a variável rejeição *pai* se correlaciona positivamente de forma significativa com a variável despersonalização e com o total de sintomas de dissociação peritraumática. A variável tentativa de controlo *pai* está correlacionada de forma significativa com a resposta de hiperactivação, despersonalização, desrealização e conseqüentemente com o total de sintomas de dissociação peritraumática. Verifica-se também que a variável rejeição *mãe* se encontra correlacionada positivamente e de forma significativa com as variáveis

despersonalização, desrealização e com o total de sintomas de dissociação peritraumática. Finalmente, encontramos valores igualmente significativos entre a variável tentativa de controlo *mãe*, a variável hiperactivação e os sintomas de dissociação peritraumática: escala total, despersonalização e desrealização.

Curiosamente verificamos que apenas a resposta hiperactivação se encontra correlacionada com a dimensão tentativa de controlo (escala do pai e da mãe). Constatamos, contudo, que as variáveis de dissociação peritraumática apresentam valores de correlação bastante significativos com a variável tentativa de controlo (escala do pai e da mãe) e que a variável despersonalização também se relaciona com a dimensão rejeição.

Seguidamente são apresentados os resultados da relação entre os traumas ocorridos na infância e adolescência (E.T.Q.), os sintomas de PPST (E.A.R.A.T.) e os sintomas de dissociação peritraumática (P.D.E.Q.).

Análise da relação entre as variáveis

Tabela 13. Valores de correlação obtidos entre os resultados do E.T.Q., do E.A.R.A.T e do P.D.E.Q.

	Maus-tratos Físicos	Maus-tratos Psicológicos	Abuso sexual
Revivência do acontecimento	,10	,13	,18
Entorpecimento	,22	,28	-,04
Hiperactivação	,28	,30	,30
Total de sintomas de PPST	,23	,30	,16
Despersonalização	,41*	,36*	,21
Desrealização	,44*	,44*	,16
Total de sintomas de dissociação peritraumática	,46*	,43*	,19

Nota: * $p < 0,05$.

Verifica-se que a variável maus-tratos físicos se relaciona positivamente de forma significativa com as variáveis despersonalização, desrealização e com o total de sintomas de dissociação peritraumática. À semelhança, também a variável maus-tratos psicológicos se encontra correlacionada com as variáveis despersonalização, desrealização e com o total dos sintomas de dissociação peritraumática. Como se pode constatar, os resultados apontam para uma relação estatisticamente significativa entre a ocorrência de maus-tratos físicos e psicológicos na infância e adolescência e a presença de sintomas de dissociação peritraumática, na idade adulta, mais marcada.

A tabela 14 apresenta os valores de correlação entre as variáveis sintomas de PPST e sintomas de dissociação peritraumática.

Tabela 14. Valores da correlação obtidos entre os resultados dos questionários: E.A.R.A.T e P.D.E.Q.

	Despersonalização	Desrealização	Total de sintomas de dissociação peritraumática
Revivência do acontecimento	,55**	,39*	,49**
Entorpecimento	,54**	,41*	,47**
Hiperactivação	,57**	,64**	,64**
Total de sintomas de PPST	,63**	,55**	,61**

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Verifica-se que a todas as variáveis apresentam valores significativos do ponto de vista estatístico. Como se pode constatar a variável despersonalização encontra-se correlaciona positivamente de forma significativa com todas as variáveis do questionário E.A.R.A.T (revivência do acontecimento, entorpecimento, hiperactivação e, conseqüentemente com o total de sintomas de PPST). O mesmo acontece com o total de sintomas de dissociação peritraumática.

6. ANÁLISE DE REGRESSÕES LINEARES

Na sequência das correlações positivas e estatisticamente significativas verificadas entre a resposta de hiperactivação (sintomas de PPST), os sintomas de dissociação peritraumática e as variáveis tentativa de controlo (do pai e da mãe), procurámos conhecer qual o seu valor preditivo conjunto destas 4 últimas sobre a primeira e um possível efeito mediador entre o total dos sintomas de dissociação peritraumática e as variáveis da organização da vinculação e a hiperactivação.

Realizámos uma primeira regressão linear, tendo como variável dependente os sintomas totais de dissociação peritraumática e as dimensões da vinculação que se correlacionam estatisticamente com a hiperactivação. Esta análise permite conhecer a proporção da variância explicada pelo modelo e os resultados são apresentados na tabela 15.

Tabela 15. Coeficiente de correlação e proporção da variância explicada pelas variáveis da vinculação correlacionadas com a hiperactivação, na variável dependente total de sintomas de dissociação peritraumática.

Variável	<i>B</i>	β	<i>t</i>	* <i>p</i> <	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	* <i>p</i> <
					,503	,253	4,235	,026
Tentativa de controlo <i>pai</i>	,293	,165	,338	,025				
Tentativa de controlo <i>mãe</i>	,694	,346	,707	,023				

Nota: * *p*-value < ,05

Verificamos que o modelo explica cerca de 25% da variância dos sintomas de dissociação peritraumática, sendo este um modelo significativo. Significa que as dimensões da vinculação (tentativa de controlo *pai*, tentativa de controlo *mãe*) permitem dar um contributo à previsão dos sintomas de dissociação peritraumática.

Seguidamente apresentamos os resultados de uma segunda regressão linear introduzindo as variáveis tentativa de controlo *pai* e tentativa de controlo *mãe*, como predictoras, e a variável dependente hiperactivação. Os resultados são apresentados na tabela 16.

Tabela 16. Coeficiente de correlação e proporção da variância explicada pelas variáveis predictoras da organização da vinculação e a variável dependente hiperactivação.

Variável	<i>B</i>	β	<i>T</i>	* <i>p</i> <	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	* <i>p</i> <
					,44	,20	3,06	,065
Tentativa de controlo <i>pai</i>	,22	,46	2,68	,012				
Tentativa de controlo <i>mãe</i>	,22	,40	2,26	,032				

Nota: * *p*-value<,05

Verifica-se que o modelo constituído pelas variáveis tentativa de controlo *pai* e tentativa de controlo *mãe* explica 20% da variância. Apesar dos valores de Beta serem significativos, constatamos que o modelo é apenas tendencialmente significativo na predição da variável hiperactivação, aspecto que se poderá relacionar ao reduzido número de sujeitos.

De forma a poder ser melhor explicado o valor das variáveis predictoras e o seu efeito perante a variável dependente, realizámos, adicionalmente, uma regressão linear com dois modelos.

Análise de regressões lineares

Posteriormente realizámos uma terceira regressão introduzindo os quatro preditores em conjunto, no sentido de testar um possível efeito de mediação. No primeiro bloco introduzimos a variável total de sintomas de PPST e no segundo bloco as dimensões tentativa de controlo *pai* e tentativa de controlo *mãe*, conforme demonstra a tabela 17.

Tabela 17. Coeficiente de correlação e proporção da variância explicada pelas variáveis predictoras da resposta hiperactivação.

Variável	<i>B</i>	β	<i>t</i>	* <i>p</i> <	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	* <i>p</i> <
					,698	,487	7,606	,001
Total de sintomas de dissociação peritraumática	,017	,602	3,689	,001				
Tentativa de controlo <i>pai</i>	,151	,312	,748	,462				
Tentativa de controlo <i>mãe</i>	-,079	-,144	-,349	,730				

Nota: * *p*-value<,001

O modelo é significativo, explicado no total de cerca de 49% da variância. Verifica-se que apenas a variável total de sintomas de dissociação peritraumática apresenta um valor de Beta significativo. Os resultados apontam para um efeito de mediação da variável total de sintomas de dissociação peritraumática.

De uma forma geral, podemos verificar que as dimensões da organização da vinculação rejeição e tentativa de controlo e as experiências traumáticas ocorridas na infância e adolescência, maus-tratos físicos e maus-tratos psicológicos, se correlacionam positiva e significativamente com o total de sintomas de dissociação peritraumática. Quando analisamos o seu valor preditor conjunto, constata-se que o modelo explicado pelas variáveis preditoras é estatisticamente significativo na previsão do total de sintomas de PPST (de hiperactivação, em particular).

CAPÍTULO VII DISCUSSÃO

1. ORGANIZAÇÃO DA VINCULAÇÃO, PPST E DISSOCIAÇÃO PERITRAUMÁTICA

Um dos objectivos do nosso estudo foi a compreensão das relações entre a organização da vinculação, a manifestação dos sintomas de perturbação de pós-stress traumático (PPST) e de dissociação peritraumática. Evidências empíricas demonstram que a representação de um padrão inseguro ou ambivalente de vinculação se relaciona com a presença de sintomas psicopatológicos na idade adulta, mais marcados, e em resposta a um acontecimento traumático (Dieperink et., al., 2001; Bar-On et., al., 1998).

Os resultados da investigação aqui apresentada apontam para uma relação positiva e estatisticamente significativa entre a tentativa de controlo *pai* e tentativa de controlo *mãe* e os sintomas de hiperactivação, relativos ao diagnóstico de PPST. Significa que as participantes cuja representação das suas relações de vinculação às figuras parentais é marcada pelo controlo, referem também sintomas de hiperactivação mais marcados. Curiosamente, esta é a única variável relativa à PPST que se correlaciona com as dimensões da vinculação e poderá, inclusivé, ser pertinente inferir porque é que isto acontece. Verificamos que os sintomas de hiperactivação se relacionam com estados de activação e hipervigilância relacionados com a dificuldade em adormecer ou permanecer a dormir, irritabilidade, dificuldade de atenção, sentimentos de alerta ou medo permanente e com a vivência de estados de ansiedade perante barulhos fortes ou inesperados. De modo sintético pode dizer-se que a representação da vinculação, definida pela tentativa de controlo, parece estar relacionada com a vivência de um certo mau-estar neurofisiológico relacionado com a regulação de algumas funções vitais. Por outro lado, estas respostas de

hiperactivação remetem para formas mais visíveis de entender as consequências da vivência de um acontecimento traumático.

Verifica-se também que as dimensões rejeição e tentativa de controlo se encontram positiva e estatisticamente correlacionadas com os sintomas de dissociação peritraumática, despersonalização e desrealização. Significa que a presença de sintomas de dissociação peritraumática é mais marcada em mulheres vítimas de violência conjugal que representam as suas relações de vinculação às figuras parentais como rejeitantes ou controladas. Evidências empíricas anteriores mostram esta mesma relação. De acordo com os estudos de Mann, Sanders e de Modestin, Lotscher e Thomas (citado por Dutra *et. al.*, 2009) o ambiente familiar, nomeadamente a falta de cuidados parentais, o controlo parental e as representações de vinculação insegura aos pais (Maaranen *et. al.* citado por Dutra *et. al.*, 2009) são factores importantes perante a ocorrência de sintomas de dissociação, em resposta a acontecimentos traumáticos na idade adulta. Inferimos que tal poderá estar relacionado com a dificuldade de elaboração destas experiências relacionais significativas e que, em resposta a uma experiência traumática, aumentam a vulnerabilidade do sujeito em vivenciar sintomas de dissociação peritraumática.

2. EXPERIÊNCIAS TRAUMÁTICAS OCORRIDAS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA, PPST E DISSOCIAÇÃO PERITRAUMÁTICA

Um outro foco da presente investigação foi a análise da relação entre as experiências traumáticas ocorridas na infância e adolescência, os sintomas de PPST e de dissociação peritraumática. Pesquisas nesta área têm demonstrado associações significativas entre a ocorrência destas situações e um funcionamento físico e mental desadequado mais tarde, na idade adulta (Banyard *et. al.*, 2001) e em resposta a um

acontecimento traumático (Van der Kolk & McFarlane, 1996).

No nosso estudo, os resultados apontam para uma relação positiva e significativa entre as variáveis maus-tratos físicos e maus-tratos psicológicos e os sintomas de dissociação peritraumática, despersonalização e desrealização. Significa que sujeitos que apresentam uma maior ocorrência de experiências de maus-tratos físicos e psicológicos, apresentam actualmente sintomas de dissociação peritraumática mais marcados. Tal poderá relacionar-se com o valor das experiências traumáticas ocorridas na infância e adolescência e com a capacidade do indivíduo consolidar a memória da experiência em questão (Siegel, 2001; Bowers & Sivers, 1998; Widom, Czaja & Dutton, 2008). Nestes casos, a experiência traumática ocorrida no passado não adquire efectivamente a qualidade de experiência passada e, perante a vivência de um novo acontecimento traumático, contribui para uma presença de sintomas de dissociação peritraumática mais acentuada.

Constata-se ainda que não se encontrou uma relação estatisticamente significativa entre as experiências traumáticas ocorridas na infância e adolescência e os sintomas de PPST, em resposta à violência conjugal. Estes resultados são contrários às investigações de Stovall-McClough e da sua equipa (2006) e de McNally (2003), onde são apontadas relações significativas entre as experiências traumáticas na infância e a presença de sintomas de PPST mais graves, na idade adulta em consequência da vivência desta experiência traumática. No entanto, verifica-se um efeito mediador dos sintomas de dissociação peritraumática na previsão dos sintomas de PPST. Os resultados demonstram que a representação das relações de vinculação às figuras parentais marcadas pela rejeição e controlo e as experiências traumáticas ocorridas na infância e adolescência (maus-tratos físicos e psicológicos) se relacionam com os sintomas de dissociação peritraumática. Em resultado da regressão linear efectuada verificámos que todas estas variáveis em conjunto predizem a ocorrência de sintomas de PPST.

3. PPST E DISSOCIAÇÃO PERITRAUMÁTICA

Outro objectivo da investigação foi estudar a relação entre a gravidade da resposta traumática (sintomas de PPST) e o fenómeno da dissociação peritraumática.

Os resultados dão-nos conta de uma expressão bastante elevada de sintomas de PPST assim como de dissociação peritraumática nas vítimas de violência conjugal. E, efectivamente, estes resultados encontram-se documentados também noutras investigações, onde se constata que mulheres expostas à violência nas suas relações de intimidade, com os seus parceiros em particular, apresentam um risco mais elevado de exibirem sintomas relacionados com a experiência traumática, em particular de PPST (Foy, 1991; Kemp, Rawlings & Green, 1991).

Verifica-se uma relação positiva e estisticamente significativa entre todas as variáveis analisadas relativas à PPST e à dissociação peritraumática, o que nos permite inferir que uma presença mais acentuada dos sintomas de PPST se relaciona também com uma maior expressão de sintomas de dissociação peritraumática. Estudos empíricos têm efectivamente demonstrado esta relação, indicando que os sintomas de dissociação tendem a ser mais elevados em vítimas de acontecimentos traumáticos (Bremner *et. al.*, 2002; Carlson & Rosser-Hogan, 1993; Marmar *et. al.*, 1997) e que a dissociação parece ser um construto clínico importante na compreensão da PPST (Bremner *et. al.*, 2002; Koopman *et. al.*, 1994; Marmar *et. al.*, 1994). Desta forma, o modo como o sujeito responde perante a vivência de um acontecimento traumático, parece fortemente relacionado com mecanismos dissociativos. Se inicialmente estas estratégias poderão ser mecanismos que o sujeito encontra para se proteger de uma situação altamente perturbadora e, inclusivé ser eficazes na sua adaptação, a longo prazo estes mecanismos poderão estar relacionados com elevados níveis de psicopatologia uma vez que dificultam o processo de atribuição de significado e integração da experiência (Bromberg, 2003).

Perante os nossos resultados, verificamos que as participantes do estudo apresentam em média, níveis de dissociação peritraumática bastante elevados, o que nos coloca perante a compreensão do problema em duas frentes. Por um lado constata-se que os sintomas de dissociação peritraumática co-ocorrem com os sintomas de PPST, em resposta à violência conjugal. Por outro lado, percebe-se que estes sintomas também se relacionam com a ocorrência de maus-tratos físicos e maus-tratos psicológicos na infância e adolescência e com uma representação da vinculação marcada pelo controlo e rejeição. Este facto coloca-nos perante a importância de se analisar a gravidade da resposta ao trauma em função dos sintomas de dissociação peritraumática e tendo em conta a influencia de experiências traumáticas passadas e as relações de vinculação não percebidas como seguras.

CAPÍTULO VIII Conclusões

Após a discussão dos resultados do estudo importa analisar as principais conclusões e formular algumas ilações tendo em conta as hipóteses propostas.

O objectivo principal da investigação foi analisar a resposta ao trauma (sintomas de PPST) em mulheres vítimas de violência conjugal e a sua relação com a representação das suas relações de vinculação, as experiências traumáticas ocorridas na infância e adolescência e a dissociação peritraumática. Foram analisadas algumas variáveis que a literatura refere como significativas para a compreensão da forma como o sujeito responde a situações adversas. No entanto, reconhece-se que existem outros factores de risco para além daqueles analisados nesta investigação. O nosso estudo não incluiu variáveis importantes como as características individuais de cada participante ou os recursos de *coping* e suporte social utilizados para responder à violência conjugal. Considera-se que estas deverão ser dimensões a ter em conta em investigações futuras, no sentido de se perceber qual o apoio real e percebido pelas participantes, os mecanismos internos que utilizam para lidar com a situação e as suas características pessoais envolvidas na resolução da própria experiência traumática.

Com base nos resultados encontrados e na revisão da literatura, teria sido interessante comparar os resultados obtidos com uma amostra não-clínica, constituída por mulheres sem história de violência conjugal. Por outro lado, poderia ser pertinente acompanhar longitudinalmente as participantes, no sentido de perceber os recursos utilizados ao longo do processo de adaptação e a expressão dos sintomas psicopatológicos (de PPST e de dissociação peritraumática) à data. Poder-se-ia inclusivé avaliar, numa futura investigação, o significado que as participantes atribuem à experiência de violência conjugal e às representações das relações de intimidade.

Conclusões

Como foi diversas vezes percebido, a vivência de uma situação de violência, seja ela de que tipo for, comporta consequências reais e muitas vezes dolorosas para o sujeito. E tanto a exposição à violência conjugal, como as características da própria relação com o agressor podem afectar a relação da vítima com o mundo.

Ao nível interventivo os resultados aqui apresentados justificam a necessidade de avaliação e acompanhamento psicológico destas mulheres. Como se verificou na população que estudámos, o nível de psicopatologia é bastante elevado e, de facto, poderão existir outras características que podem condicionar o desenvolvimento individual e a própria adesão terapêutica. O Núcleo de Acompanhamento à Vítima de Évora já prevê um acompanhamento das utentes, no entanto, este não será suficiente, sendo fundamental um acompanhamento que poderá versar modalidades de intervenção diversificadas.

Considera-se fundamental tecer alguns comentários acerca de possíveis orientações para a prevenção. Talvez seja fundamental privilegiar a prevenção primária ao nível da infância e adolescência, abordando os vários sistemas de interacção para que possam ser atenuados os efeitos das experiências traumáticas ou, por outro lado, para que possam existir contextos alternativos saudáveis.

Por outro lado, é importante que na resposta a situações de violência conjugal ou familiar, os diferentes agentes (profissionais da saúde, instituições de apoio à vítima, instituições públicas, entre outras) estejam atentos e sensíveis às especificidades deste problema. Num primeiro momento procurando sinalizar situações de maior risco, constituindo-se igualmente agentes de intervenção prioritária. Num segundo momento constituindo-se responsáveis por uma relação de maior segurança e proximidade com a vítima, que muitas vezes representa uma importante relação de vinculação alternativa e de mudança.

CAPÍTULO XIX Bibliografia

- Ainsworth, M. D. (1973). The Development of Infant-Mother Attachment. In B. M. Caldwell and H. N. Ricciuti (Eds.) *Review of Child Development Research*, Vol. 3. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Ainsworth, M. & Eichberg, C. (1991). Effects of infant-mother attachment of mother unresolved loss of an attachment figure, or other traumatic experience. In C. M. Parkers, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.). *Attachment across life cycle* (pp. 160-183). London; Rutledge .
- Albasi, C. (2006). *Attaccamenti traumatici: I modelli operativi interni dissociati*. UTET Università. Stampatre, Torino.
- Alexander Pamela C. (2009). *Childhood trauma, attachment and abuse by multiple partners*. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy. Vol 1 (1), 78 – 88.
- Allen J. P., Hauser S. T., Borman-Spurrell E. (1996). Attachment insecurity and related sequelae of severe adolescent psychopathology: An eleven-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*;64:254–263.
- Allen J. G., Huntoon J., Stein, Fonagy & Evens. (2001). *A model for brief assessment of attachment and its application to women inpatient treatment for trauma related psychiatric disorders*. *Journal of personality assessment*, 76, 421 - 447.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais – Texto Revisto* (4ª ed.). Washington, DC: Author.
- Anuniação, C., (1997). *Ajustamento marital em ex-combatentes da Guerra Colonial com e sem Perturbação Pós-Stress Traumático*. *Análise Psicológica*, 4 (XV), 595 - 604.
- Armsdem, G. & Greenberg, M. (1987). The Inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 5, 427- 454.
- Armsden, G. C., McCauley, E., Greenberg, M. T., Burke, P. M., & Mitchell, J. R. (1990). Parent and peer attachment in early adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 18, 683-697.

- 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*, v. 14, 697-715.
- Bargh, J., A. (1984). Automatic and conscious processing of social information. In R. S. Wyer & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition*; Hillsdale, NJ: Erlbaum; vol. 3; pp. 1-44.
- Bargh, J., A. (1997). The automaticity of everyday life. In R. S. Wyer (Ed.) *Advances in social cognition*. Mahwah, NJ: Erlbaum; vol.10; pp.1-61.
- Bartholomew K. & Horowitz L. (1991). *Attachment Styles among Young Adults*. A test of four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.61, N.2, 226 – 244. *
- Bar-On, D., Eland, J., Kleber, R.J., Krell, R., Moore, Y., Sagi, A., Soriano, E., Suedfeld, F 125
der Velden, P.G., & Van IJzendoorn, M.H. (1998). Multigenerational perspectives on coping with the Holocaust experience: On the developmental sequelae of trauma across generations. *International Journal of Behavioral Development*, 22, 315-338.
- Belsky, J. (1997). Variation in susceptibility to environmental influences: An evolutionary argument. *Psychological Inquiry*, 8, 182-186.
- Belsky, J., Rovine, M. & Taylor, D. (1984). The Pennsylvania infant and family development project II: Origins of individual differences in infant-mother attachment: Maternal and infant contributions. *Child development*, 55, 706-717.
- Bernstein, E., M. & Putnam, F., W. (1986). Development, reliability and validation of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 174-, 727-735. *
- Blake, D.; Weathers, F, W.; Nagy, L. M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: the CAPS-1, *Behavior and Therapy*, 13, 187-188.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Barton, K. A., Taylor, A. E., Loos, W. R., & Jones-Alexander, J.(1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behavior Research and Therapy*, 34, 775–786.
- Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1997). *After the crash: Assessment and treatment of motor Vehicle accident survivors*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Blanchard, E.; Hickling, E.; Taylor, A.; Loos, W. & Gerardi, R. (1994) psychological morbidity associated with motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 283-290.

- Bonanno, G. A., & Kaltman, S. (1999). Toward an Integrative Perspective on Bereavement. *Psychological Bulletin*, 125, 705–734.
- Bonomi, C. (1999). Ferenczi and contemporary psychoanalysis; *International Forum of Psychoanalysis*, 7, pp. 181-84.
- Bonomi, C. (2004). Il Trauma e la funzione simbolica della mente. *International Forum of Psychoanalysis*, 13: 45 – 50.
- Bonomi, C. & Borgogno, F. (2001). *La catastrofe e i suoi simboli*. UTET Libreria. Torino.
- Bower, G., H. & Sivers, H. (1998). The cognitive impact of traumatic events. *Developmental Psychopathology*. 10 (4), 625-653.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss: Attachment*. London: Tavistock.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss: Separation*. London: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss: Loss, sadness and depression*. London: Basic Books.
- Bremner, J. D. (1999). Acute and chronic responses to psychological trauma. Where do we go from here? *American Journal of Psychiatric*; 159: 349-351.
- Bremner J, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney D. Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry*. 1992;149:328-32.
- Brennan, K. A., & Bosson, J. K. (1998). Attachment-style differences in attitudes toward and reactions to feedback from romantic partners: An exploration of the relational bases of self-esteem. *Personality and social psychology bulletin*, 24, 699-714.
- Brennan, K.A., Clark, C.L., & Shaver, P. (1998). Self-report measures of adult romantic attachment. In J.A. Simpson & W.S. Rholes (Eds.), *Attachment Theory and Close Relationships*. pp. 46-76. New York: Guilford Press.
- Breslau, N., Davis, G., C., Andresky, P. & Peterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorders in an urban population of young adults; *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Bretherton, I. (1985). Attachment Theory: retrospect and prospect. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points in attachment theory research*. Monographs of the society for research in child development, vol. 5.

- Bretherton, I., & Munholland, K., (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.) *Handbook of Attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 89- 111). New York: Guilford Press.
- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- Briere, J. & Runtz, M. (1989). The trauma symptom checklist (TSC-33): Early data of a new scale, *Journal of Interpersonal Violence, 4*, 151-163. *
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional manual*, Odessa, F. L. Psychological Assessment Resources. *
- Briere J, Elliott DM, Harris K, Cotman A. Trauma Symptom Inventory: Psychometrics and association with childhood and adult victimization in clinical samples. *Journal of Interpersonal Violence. 1995;10:387–401.*
- Bromberg, P.M., (2003). Something wicked this way comes: Trauma, dissociation and conflict: The space where psychoanalysis, cognitive science and neuroscience overlap; *Psychoanalytic Psychology, 20*, 3, pp. 511-35.
- Bryant, R. A. & Harvey, A. G. (1998). Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry, 155*, 625-629.
- Campbell, J., Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Scollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A., C. & Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *American Medical Association, Arch. Intern. Med. Vol. 162.*
- Canavarro, C. (1999). *Relações afectivas e e saúde mental*. Coimbra: Editora Quarteto.
- Canavarro, M.C., Dias, P., Lima, V.S. (2006). A Avaliação da Vinculação do Adulto: Uma Revisão Crítica a Propósito da Aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na População Portuguesa, *Psicologia, 20 (1)*, 155-186.
- Carlson, E.B. & Rosser-Hogan, R. (1993) "Mental health status of Cambodian refugees ten years after leaving their homes." *Am. J. Orthopsychiatry, 63(2)*: p. 223-31.
- Carlson, E. & Sroufe, A. (1995). Contribution attachment theory to developmental psychopathology. In D. Cicchetti & D. Cohen (Eds.), *Development and psychopathology: theory and method*, vol.1; 581-617; New York: Wiley.

- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D. & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental psychology*, 25, 525-531.
- Carvalho, M., Martins, C., Neves, L. & Soares, I. (2009). Vinculação e emoções. In I. Soares (coord.). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Psiquilíbrios edições.
- Cassidy, J. (2001). True, lies and intimacy: An attachment prospective. *Attachment and human development*. 3, 121-155.
- Cassidy, J. & Shaver, P., R. (Eds.) (1999). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Charcot, J. (1890). *Oeuvres Complètes*. Leçons sur les maladies du système nerveaux; Lecroisnier et Babè; vol.3; Parigi.
- Cloitre, M., Tardiff, K., Marzuk, P., M., Leon, A., C. & Portera A. (1996). Childhood abuse and subsequent sexual assault among female inpatients. *Journal of traumatic stress*; 9; 473-482.
- Cole-Detke, H. & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 282-290.*
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion and behavior. *Journal of personality and social psychology*, 71, 810-832.
- Collins N.L., Guichard, A., Ford, M.B., & Feeney, B.C. (2006). Responding to need in intimate relationships: normative process and individual differences. In M. Mikulincer, G.S. & Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex* (pp.149-189). New York: Guilford Press.
- Collins, N. L., Ford, M. B., Guichard, A., & Allard, L. M. (2003). *Working models of attachment and social construal processes in romantic relationships*. Manuscript submitted for publication, University at Santa Barbara.
- Collins, N. & Read, S. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and social psychology*, 58, 4, 644- 663.
- Crowell, J., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical implications* (pp. 434-465). New York: Guilford Press.

- Crowell, J.; Treboux, D. (1995). A review of adult attachment measures: implications for theory and research. *Social development*, 4, 294-327.
- Davidson, J., Smith, R., & Kudler, H. (1989). Familial psychiatric illness in chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 30, 339–345.
- De Jones E., S, Bogat G., A, Levendosky A., A, Eye A. (2008). Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: Prediction and prevention. *J Post grad Med*; 54:294-300
- DePrince, A., P. & Freyd, J., J. (2002). The harm of trauma: Pathological fear, shattered assumptions, or betrayal? In J. Kauffman (Ed.) *Loss of assumption world: a theory of traumatic loss*. (pp. 71-82). New York: Brunner-Routledge.
- Dias, I. (1996), Estratégias de pesquisa qualitativa no estudo da violência na família, In *Metodologias Qualitativas para as Ciências Sociais*, Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras do Porto, pp. 29-39.
- Dieperink M., Leskela J., Thuras P. & Engdahl B. (2001). *Attachment style classification and posttraumatic stress disorder in former prisoners of war*. *American Journal of Orthopsychiatry*. Vol 71(3), 374-378.
- Drayton M; Birchwood M; Trower P. (1998). *Early attachment experience and recovery from psychosis*.
The British journal of clinical psychology / the British Psychological Society 1998;37 (Pt 3):269-84.
- Dutra, L., Bureau, J., Holmes, B., Lyubchik, A. & Lyons-Ruth, K. (2009). Quality of early care and childhood trauma: A prospective study of developmental pathways to dissociation. *J Nerv. Ment*; 197 (6): 383-390.
- Edleson, J. L. (1999). Children’s witnessing of adult domestic violence. *Journal of interpersonal violence*, 14 (8), 839-870.
- Egeland, B. & Carlson, E. A. (2004). Attachment and psychopathology. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Egeland, B., Jacobvitz, D. & Sroufe, L. A. (1988). Breaking the cycle of abuse: Relationship predictors. *Child Development*, 59, 1080-1088.
- Egeland, B., Kalkoske, M., Gottesman, N. & Erickson, M. F. (1990). Preschooler behavior problems: stability and factors accounting for change. *Journal of child psychology and psychiatry*, 31, 891-909. *

- Egeland, B., Pianta, R. & Ogawa, J. (1996). Early behavior problems: Pathways to mental disorders in adolescence. *Development and psychopathology*, 8, 735-749.
- Ehlers, A. & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior research and therapy*, 38, 319-345.
- Epstein, S. (1983). *The mother-father-peer scale*. Manuscrito não publicado, University of Massachusetts, Amherst.*
- Erickson, M., Egeland, B. & Sroufe, L. A. (1985). The relationship between quality of attachment and behavior problems in pre-schooler in a high risk sample. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.) Growing points in attachment theory and research. *Monographs of the society for research in child development*, 50, 147-186.
- Everstine D. & Everstine, L. (1993). *The trauma responses: treatment for emotional injury*; New York; W.W. Norton & Company, p.3.
- Falsetti, S., Resnick, H., S., Resick, P. & Kilpatrick, D. (1993). The modified PTSD symptom scale: a brief self report measure of posttraumatic stress disorder; *Behavior Therapist*, 16, 161-162. *
- Farinatti, F., Biazus, D., B. & Leite, M., B. (1993). *Pediatria Social: A criança maltratada*. Rio de Janeiro: MEDSI.
- Felitti, V.J. (2002). The relationship between adverse childhood experiences and adult health: Turning gold into lead. *The Permanente Journal*; 6:44-47.
- Felitti, V.J, Anda R.F, Nordenberg D, Williamson D.F, Spitz A.M, Edwards V., Koss M.P. (1998). The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American Journal of Preventive Medicine*; 14:245-258.
- Ferenczi, S., (1908). *Le nevrosi alla luce dell' insegnamento freudiano e la psicoanalisi*, in Opere 1989, vol 1; Cortina. Milano.
- Fraley, R. C., Davis, K. E., & Shaver, P. R. (1998). Dismissing-avoidance and the defensive organization of emotion, cognition and behavior. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 249-279) New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Riggs, D., Dancu, C., & Rothbaum (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder, *Journal of traumatic Stress*, 6, 459-474.

- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonagy, P. & Target, M. (2005). Bridging the transmission gap: An end to important mystery of attachment research? *Attachment & Human development*, 7, 333- 343.
- Frankel, J., (2001). Identificazione reciproca com l'agressore nella relazione analitica; In La catástrofe e i suoi simboli. Il contributo di Sándor Ferenczi alla teoria psicanalitica del trauma, a cura di C. Bonomi & F. Borgogno, UTET Libreria. Torino.
- Freud, S., (1894). The neuro-psychoses of defense. *The complete Psychological Works of Sigmund Freud*; Standard Edition. London: Hogarth Press.
- Freud, S., (1895). Project for a Scientific Psychology. *The complete Psychological Works of Sigmund Freud*; Standard Edition. London: Hogarth Press.
- Freud, S., (1896). Further remarks on the neuro-psychoses of defense. *The complete Psychological Works of Sigmund Freud*; Standard Edition. London: Hogarth Press.
- Freud, S., (1905). Three Essays on the theory of sexuality. *The complete Psychological Works of Sigmund Freud*; Standard Edition. London: Hogarth Press.
- Freud, S., (1920). Beyond the pleasure principle. Standard Edition. *The complete Psychological Works of Sigmund Freud*; London: Hogarth Press.
- George, C., Kaplan, N. & Main, M. (1985). *Attachment interview for adults*. Manuscrito não publicado, University of California at Berkeley. *
- George, C. & Solomon, J. (1999). Attachment and caregiving: The caregiving behavioral system. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*; pp. 649-670. New York: The Guildford Press.
- George, C., West, M. & Pettem, O. (1999). The adult attachment projective: Mental representations of disorganized attachment in adults. In J. Solomon & C. George (Eds.), *Attachment disorganization*; 318-346. New York: The Guildford Press.
- Gilligan, S.G., & Bower, G. H. (1984). Cognitive consequences of emotional arousal. In C. E. Izard, J. Kagan & R. Zajonc (Eds.), *Emotions, cognitions, and behavior*. New York: Cambridge Press.
- Green, B. (1995). *Trauma history questionnaire*, não publicado.
- Green-Hennessy, S., & Reis, H. T., (1998). Openness in processing social information among attachment types. *Personal Relationships*, 5, 449-466.

- Grossmann, K. E., Grossmann, K. & Kindler, H. (2005). Early care and the roots of attachment and partnership representations: The Bielefeld and Regensburg longitudinal studies. In K. E. Grossmann, K. Grossmann & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* 98-136; New York: Guildford Press.
- Guerreiro D., Brito B., Batista J. & Galvão F., (2007). *Stress Pós-Traumático*. Os mecanismos do Trauma. *Acta Med. Port.* 20, 347 – 354.
- Hartman, G. (2003). Trauma within the limits of literature. *European journal of English studies*, vol. 7, pp. 257-274.
- Hammarberg, M. (1992). Penn inventory of posttraumatic stress disorder: psychometric study properties, *Psychological Assessment*; 4, 66-67.*
- Hazan, C., Gur-Yaish, N., & Campa, M. (2004). What does it mean to be attached? In W.S. Rholes & J.A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 55-85). New York: Guilford Press.
- Henderson, A., Bartholomew, K., Trinke, S., Kwong, M. (2005). When loving means hurting: An exploration of attachment and intimate abuse in a common sample. *Journal of Family Violence*, vol. 20, no. 4.
- Herman, J., L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: basic Books.
- Houskamp, B., M. & Foy, D., W. (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 367-375.
- Horowitz, M., J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after stress. *Archives of general psychiatry*, 32, 1457-1463.
- Horowitz, M., J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact event scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218. *
- Horta-Moreira, S. (2004). *Bombeiros e episódios de emergência pré-hospitalar: O impacto da exposição a acontecimentos traumáticos*. Dissertação apresentada ao Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Jensen, P., S. & Hoagwood, K. (1997). The book of names: DSM-IV in context. *Development and psychopathology*, 9, pp. 231-249.
- Joffe, P., Wilson, S., Wolf, D. (1986). Promoting changes in attitudes and understanding of conflict resolution among child witness of family violence, *Canadian Journal of behavioral science*, 18, 356-366.

- Johnson, S. M. (2002). *Emotionally focused couple therapy with trauma survivors: Strengthening attachment bonds*. New York: Guildford Press. *
- Johnson, S. M., Makinem, J. & Millikin, J. (2001). Attachment injuries in couple relationships: A new prospective on impasses on couple therapy. *Journal of marital and families therapy*, 27, 145-155. *
- Keane, T., M., Caddell, J., M., Taylor, K., L. (1988). Mississippi scale for combat related posttraumatic stress disorder: Three studies on the reliability and validity. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56, 85-90.
- Kemp, A., Rawlings, E., I. & Green, B., L. (1991). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 137-148.
- Kihlstrom, J. F. (1981). On personality and memory. In N. Cantor & J. Kihlstrom (Eds.), *Personality, cognition and social interaction*. 132-149. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Kihlstrom, J. F. (2005). Dissociative disorders. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 1:227–53.
- Kilpatrick, D. G., Edwards, C. N., & Seymour, A. E. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Crime Victims Center.
- Kilpatrick, D., Resnick, H., & Freedy J. (1991). *The potential Stressful Events Interview*. Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina.
- Kim, H. & Baron, R. S. (1988). Exercise and the illusory correlation: Does arousal heighten stereotypic processing? *Journal of experimental social psychology*, 24, 366-380.*
- Kippen, L. (1998). *Screen memories: Trauma, theory and the reinvention of style*. A thesis submitted to the faculty of graduated studies; Calgary, Alberta, September, 1998. National Library of Canada.
- Klein, S. B., Babey, S. H., & Sherman, J. W. (1997). The functional independence of trait and behavioral self-knowledge: methodological considerations and new empirical findings. *Social Cognition*, 15, 183-203.
- Kobak, R., Cassidy, J. & Zir, Y. (2004). Attachment-related trauma and posttraumatic stress disorder. In W. S. Rholes & J. A. Simpson. *Adult attachment: theory, research and clinical implications*; 388-407. New York: The Guildford Press.
- Kobak, R., & Hazan, C. (1991). Attachment and marriage: The effects of security and accuracy of working models. *Journal of personality and social psychology*, 60, 861-869.

- Kobak, R., Little, M., Race, E., & Acosta, M. (2001). Attachment disruptions in seriously emotionally disturbed children: Implications for treatment. *Attachment and Human Development*, 3, 243-258.
- Kobak, R. & Shaver, P. (1987, Junho). Continuities in attachment organization: The role of anxiety regulation strategies. Comunicação apresentada in: "Conference on attachment and loss in honor of John Bowlby's 80th birthday". Bayswater, Inglaterra. *
- Koller, S., H. (1999). Violência doméstica: uma visão ecológica. In Amencar (org.) *Violência doméstica* (pp.32-42). Brasília: UNICEF.
- Koopman C., Classen C. & Spiegel D. (1994). *Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., Firestorm*. *American Journal of Psychiatry* 151, 888 – 894.
- Kubany, E.S., Haynes, S.N., Leisen, M.B., Owens, J.A., Kaplan, A.S., Watson, S.B., & Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire (TLEQ). *Psychological Assessment*, 12, 210-226.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lauterbach, D., & Vrana, S. (1996). Three studies on the reliability and validity of a self report measure of posttraumatic stress disorder, *Assessment*, 3, 17-25.
- Liotti G. (2000) Disorganized attachment, models of borderline states, and evolutionary psychotherapy. In P. Gilbert, K. Bailey (Eds.) *Genes on the couch: Essays in evolutionary psychotherapy*. Hove: Psychology Press.
- Lynn, S.J., Knox, J.A., Fassler, O., Lilienfeld, S.O., & Loftus, E.F. (2004). Memory, trauma and dissociation. In G.M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies* (pp. 163-186) New York: Wiley.
- Lyons-Ruth, K. & Block D. (1996). The disturbed caregiving system: The disturbed caregiving system: Relations among childhood trauma, maternal caregiving, and infant affect and attachment. *Infant Mental Health Journal*; 17:157-275. Abstracted in the Brown University Child Development Newsletter, Fall 1996.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 520-553). New York: The Guildford Press.

- Lyons-Ruth, K., Repacholi, B., McLeod, S., & Silva, E. (1991). Disorganized attachment behavior in infancy: Short-term stability, maternal and infant correlates and risk-related sub-types. *Development and Psychopathology*, 3, 207-266.
- Maia A., & Fernandes, E. (2003). *Epidemiologia da perturbação pós-stress traumático e avaliação da resposta ao trauma*. In M.G. Pereira & M. Ferreira (Eds). *Stress Traumático* (pp. 35-54). Lisboa. Climepsi Editores.
- Maier, A., Bernier, A., Pekrun, R., Zimmermann, P. & Grossmann E. (2004). Attachment working models as unconscious structures: An experimental test; *International journal of behavior development*; 28 (2), 180-189.
- Main, M. (1995). Attachment: Overview with implications for clinical work. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds). *Attachment theory: social development, and clinical prospective* (pp. 407-474). Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
- Main, M. & Goldwyn, R. (1984:1998). Adult attachment classification system. University of California at Berkeley. Manuscrito não publicado; University of California at Berkeley. *
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightening and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 161-182). Chicago: Chicago University Press.
- Main, M. & Hesse, E. (1990). Procedures for classifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Situation? In M. Greenberg, D. Cicchetti & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121-160). Chicago: Chicago University Press.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985). Discovery of a new insecure-disorganized/disoriented during Ainsworth strange situation? In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the society for research in child development*, 50, 66-104.
- Main, M & Solomon, J., (1990). In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., & Cummings, M. (Eds.). *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 121-160). The University of Chicago Press: Chicago.
- Marmar, C., R., Weiss, D., S., Schlenger, W., E., Fairbank, J., A., Jordan, B., K., Kulka, R. & Hough, R., L. (1994). Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam threat veterans, *American Journal of Psychiatry*, 151, 902-907.

- Maslin, C., A. & Bates, J., E. (1983). *Precursors of anxious and secure attachment: A multivariate model at age 6 months*. Comunicação apresentada no encontro bianual da Society for research in child development; Abril, 1983. Detroit.
- Masten, A., S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238.
- Matos, P., M. & Costa, M., E. (1996). *Vinculação e processos desenvolvimentais nos jovens e adultos*. Cadernos de Consulta Psicológica, nº 12, pp.45-54.
- McFarlane, A. C. (1987). Life events and psychiatric disorder: The role of a natural disaster. *British Journal of Psychiatry*, 151, 362–367.
- McFarlane, A., C. & Girolamo, G. (1996). The nature of traumatic stressors and the epidemiology of posttraumatic reactions. In B., A. Van der Kolk, A., C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.) *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society* (pp. 129-154). New York: Guildford Press.
- McNally, R. J. (2003). Progress and controversy in the study of post-traumatic stress disorder. *Annual review of psychology*, 54:
- McNally, R.; Bryant, R. & Ehlers, A. (2003). Does early psychological intervention promote recovery from posttraumatic stress? *Psychological Science in The Public Interest*, 4, 45-79.
- Messman T., L. & Long, P., J. (1996). Child abuse and its relationship to revictimization in adult women: A review. *Clinical psychological review*; 16 (5): 397-420.
- Meyer, B, Pilkonis, P. A., Proietti, J., Heape, C. & Egan, M. (2001). Attachment styles, personality disorders, and response to treatment. *Journal of personality disorders*, 15, 371-389.*
- Mezey, G., Bacchus, L., Bewley, S. & White, S. (2005). Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG: International Journal of Obstetrics and Gynecology*, vol. 112, pp. 197-204.
- Mikulincer, M. (1997). Adult attachment style and information processing: Individual differences in curiosity and cognitive closure. *Journal of personality and social psychology*, 72, 1217-1230.
- Mikulincer, M. & Florian. V. (1996). Appraisal of and coping with a real-life stressful situation: The contribution of attachment style. *Personality and social psychology Bulletin*, 21, 406-414.

- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of personality and social psychology*, 81, 305-321.
- Mikulincer, M., & Orbach, I. (1995). Attachment styles and repressive defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of personality and social psychology*, 68, 917-925.
- Moore, R., H. (1993). Cognitive-emotive treatment of posttraumatic stress disorder. In W. Dryden e L. Hill (eds.), *Innovations in rational-emotional therapy*, Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Muller, R. T., Gragtmans, K., & Baker, R. (2008). Childhood physical abuse, attachment, and adult social support: Test of a mediational model. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40 80-89.
- Muller, R. T., Lemieux, K., & Sicoli, L. A. (2001). Attachment and psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence*, 16, 151-169.
- Niedenthal, P. M., Bauer, M., Robin, L. & Innes-Ker, A. H. (2002). Adult attachment and the perception of facial expression of emotion. *Journal of Personality and social psychology*, 82, 419-433.
- Norris, F. (1990). Screening for traumatic stress: A scale for use in general population. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1704-1718.
- Oliveira, M. & Flores, R. (1999). Violência contra as crianças e adolescentes. In Amencar (org.) *Violência doméstica* (pp. 71-86). Brasília: UNICEF.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. (1979). A parental bonding instrument. *British journal of medical psychology*, 52, 1-10. *
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R. & Maughan, B. (1994). Personality disorder and mental representation of early social experience. *Development and psychopathology*, 6, 375-388.
- Pereira, M. & Monteiro-Ferreira, (2003). *Stress Traumático: aspectos teóricos e intervenção*. Climepsi Editores.
- Perris, C., Jacobsson, L., Lindstrom, H., Von Knorring, L. & Perris, H. (1984). Development of a new inventory for assessing memories of parental rearing behavior. *Acta Psiquiatrica Scandinavica*, 61, 265, 274. *

- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakely, T. L., Baker, W. L. & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How states became traits. *Infant mental health journal*, 16, pp. 271-291.
- Pires, J. (1999). Violência na infância: Aspectos clínicos. In Amencar (org.), *Violência doméstica* (pp. 61-70). Brasília: UNICEF.
- Putnam, F., W. & Trickett, P., K. (1997). The psychobiological effects of sexual abuse, a longitudinal study. *Annals of the New York Academy of science*; 821: 150-159.
- Relatório da direção geral da administração interna (15 Abril 2010). Violência doméstica já é o quarto crime mais participado. *Público*, p.9.
- Resnick, H., S., Kilpatrick, D., G. & Lipovsky, J., A. (1991). Assessment of rape-related posttraumatic stress disorder: Stressor and symptom dimensions, *Psychological assessment: A journal of consulting and clinical psychology*, 3 (4), 561-572.
- Rizzini, I., & Dawes, A. (2001). *Editorial on cultural diversity and childhood diversity*. *Childhood*, 8, 315-321.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Scarfone, D. (1996). Traumatisme, memoire et fantasme: la realité psychique. *Santé mentale au Québec*, vol. 21, nr. 1; pp. 1163-176.
- Shaaf, K., K. & McCanne, T., R. (1998). Relationship of child sexual, physical and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child abuse and neglect*; 22: 1119-1133.
- Shah, J. (2003). Automatic for the people: How representations of significant others implicitly affect goal pursuit. *Journal of personality and social psychology*, 84, 661-681.
- Shalev, A. (1996). Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society. In Van der Kolk, B. A., McFarlane, A., C. & Weisaeth, L. (Eds.); *Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: The Guilford Press, 77-101.
- Shaver, P. R., Belsky, J. & Brennam, K. A. (2000). The adult attachment interview and self-reports of romantic attachment: Associations across domains and methods. *Personal Relationships*, 7, 25-43.
- Shaver, P., R. & Mikulincer, M. (2005). Dialogue on adult attachment: Diversity and Integration. *Attachment and human development*, 4, 243-257.

- Shore, A. N. (1994). *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*. Erlbaum, Hillsdale.
- Siegel, D. (1999). *La mente relazionale: neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Simpson, J. (1990). Influence of attachment styles on romantic relationships. *Journal of Personality and social psychology*, 59, 5, 971-980.
- Soares, I. (2009). *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. Psiquilíbrios.
- Soares, I., Carvalho, M., Dias, P., Rios, S. & Silva, J. (2009). Vinculação e Psicopatologia. In I. Soares: *Relações de vinculação ao longo do desenvolvimento: teoria e avaliação*. 195-240; Psiquilíbrios.
- Spiegel, D., & Cardeña, E. (1991). Disintegrated experience: The dissociative disorders revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 366–378.
- Squire, L. R., & Zola-Morgan, S. (1991). The medial temporal lobe memory system. *Science*, 153.*
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Sroufe, L. A. (2005). Attachment and development: A prospective, longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and human development*, 7, 349-367.
- Sroufe, L. A., Carlson, E. A. & Collins, W. A. (2005). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*. New York: Guildford Press.
- Sroufe, L. A., Carlson, E., Levy, A. & Egeland, B. (1999). Implications for attachment theory for developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 11, 1-14.
- Strull, T. K., & Wyer, R. S. (1986). The role of chronic and temporary goals in social information processing. In R. M. Sorrentino & E. T. Higgins (Eds.) *Handbook of motivation and cognition: Foundations of social behavior* (pp. 503-549). New York: Guildford Press.
- Steinberg, M. (1993). *Interviewer guided to the structured clinical interview for DSM-IV dissociative disorders (SCID-D)*, Washington, APA (trad. Port. de A. Canhão e H. Santo, Lilly Farma). *

- Stovall – McClough, Chase K., Cloitre M. (2006). Unresolved attachment, PTSD and dissociation in women with child abuse histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 74(2), 219-228.
- Streeck-Fisher, A., Bessel, A. & Van der Kolk, B., A. (2000). Down will come baby, cradle and all: diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development. *Journal of Psychiatry*: 34: 903-918.
- Taraban, R. & McClelland, J. L. (1988). Constituent attachment and thematic role assignment in sentence processing: Influences of content-based expectations. *Journal of Memory & Language*, 27, 597-632.
- Van der Kolk, BA, van der Hart, O, & Marmar, CR (1996). Dissociation and information processing in Posttraumatic Stress Disorder. In B.A. van der Kolk, A.C. McFarlane, and L. Weisaeth (Eds.) *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. Pp. 303-327). NY: Guilford Press
- Valentine, P., V. & Smith, T., E., (2001). Evaluating traumatic incident reduction (TIR) Therapy with female intimates: A randomized controlled clinical trial; *Research on social work practice*, 11 (1), 40-52. *
- Van der Kolk, B., A & McFarlane, A., C. (1996). *Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind, body and society*. New York: The Guilford Press, pp. 3-23.
- Van der Kolk, B.A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard Review Psychiatry*, 1/5: 253-265.
- Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of adult attachment interview. *Psychological bulletin*, 117, 387-403.
- Van IJzendoorn, M. & Bakermans-Kranenburg, M. (1996). Attachment representations in mothers, mothers, adolescents and clinical groups: A meta-analytic search for normative data. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64, 8-21.
- Van IJzendoorn, M. & Kroonenberg, M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: A meta-analysis of the strange situation. *Child development*; 59: 147-156.
- Van IJzendoorn, M. H., & Schuengel, C. (1996). The measurement of dissociation in normal and clinical populations: Meta-analytic validation of the dissociative experiences scale (DES). *Clinical Psychology Review*, 16, 365–382.

- Violência Doméstica – *Primeiro Relatório Nacional*, Ministério da Administração Interna, Guarda Nacional Republicana, Polícia de Segurança Pública, Coimbra, 8 de Março de 1999.
- Vrana, S., Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students; *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302.
- Waites, E., A. (1993). *Trauma and survival: Post-traumatic and dissociative disorders in women*, New York: W. W. Norton & Company.
- Waller, N.G., Putnam, F.W., & Carlson, E.B. (1996). Types of dissociation and dissociative types: A taxometric analysis of dissociative experiences. *Psychological Methods*, 1, 300-321.
- Waters, E., Crowell, J., Elliott, M., Corcoran, D. & Treboux, D. (2002). Bowlby's secure base theory and the social personality psychology of attachment styles: work (s) in progress. *Attachment human development*.
- Waters, E., & Deane, K. E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the organization of behavior in infancy and early childhood. In I. Bretherton & E. Waters (Eds.), *Growing points of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1-2, Serial no. 209), 41-65.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child development*, 71, 3, 684-689.
- Werner, E. & Smith, R., S. (1989). *Vulnerable but invincible: a longitudinal study of children and youth*. New York: Adams-Bannister-Cox.
- Weaver, T. L., & Clum, G. A. (1995). Psychological distress associated with interpersonal violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 115–140.
- Wheeler, M. A., Stuss, D. T., & Tulving, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological bulletin*, 121, 331-354.
- Widom, C., S., Czaja, S. & Dutton, M., A. (2008). Childhood victimization and lifetime revictimization. *National institute of health*; 32 (8): 785-796.

Wolfe, J., Keane, T., Kaloupek, D., Mora, C., & Wine, P. (1993). Patterns of positive readjustment in Vietnam combat veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 179–193.

Zhang, F. & Hazan, C. (2002). Working models of attachment and person perception processes. *Personal Relationships*, 9, 225-235.

Zisook, S., Chentsova-Dutton, Y., & Shuchter, S. (1998). PTSD following bereavement. *Annals of Clinical Psychiatry*, 10(4), 157-163.

*Referência consultada indirectamente.

