

Violação e Espancamento: Mitos e consequências (*)

TERESA LOUREIRO ROCHA
MARGARIDA VIEIRA

CONTEXTO HISTÓRICO O MOVIMENTO FEMINISTA

Na década de 60 as mulheres tomaram conhecimento do seu estatuto de cidadãs de condição inferior, numa sociedade dominada radicalmente pelos homens.

A descoberta de que muitas mulheres têm problemas e sentimentos comuns, numa sociedade que lhes permite ter um controle total das suas vidas, levou à criação dos grupos de mulheres — os grupos de consciencialização. O seu objectivo era reunir as mulheres, fornecendo uma possível base organizacional para analisar e articular o papel da Mulher na sociedade.

Estes grupos foram instrumento central na organização do Movimento Feminista nos anos 60 e 70 e constituíram uma forma de auto-ajuda para os problemas quotidianos.

As participantes deste movimento veem as mulheres como um grupo socialmente oprimido e a si próprias como membros desse grupo, comprometendo-se em provocar uma mudança pessoal e social, num esforço para elevar o estatuto da Mulher social, económica e afectivamente.

A década de 70, segundo Hindelang e McDonald (1976) (citados por Sales *et al.*, 1984)

(*) Trabalho realizado na âmbito da Monografia de fim de Curso em Psicologia Clínica, ISPA.

foi uma época importante para o entendimento das vítimas.

Os serviços sociais expandiram-se e os recursos especializados foram desenvolvidos para a selecção de grupos de vítimas. O crescimento da consciência, nos grupos feministas, de que a mulher é um alvo frequente de violência, produziu uma mobilização de serviços especializados e humanizados tanto para as vítimas de violação como para as mulheres vítimas de espancamento.

Assim, o crescimento das investigações acerca destes problemas, bem como a criação de serviços de apoio às vítimas, deve-se à constatação do crescente número de casos e da evidência do trauma provocado por estes crimes, devendo-se ao activismo feminista a criação das redes de apoio dos Centros de Crise.

Estes Centros, além de responderem às necessidades das vítimas nas mais variadas áreas, levaram a cabo a desmontagem de todas as perspectivas misógenas acerca da violação e do espancamento, pretendendo uma clarificação dos seus mitos que visavam desresponsabilizar o violador/agressor do seu crime, culpabilizando a vítima pelo sucedido.

Estes mitos, criados e defendidos com o objectivo de salvaguardar o papel masculino, esquecem que a mulher é um ser humano com direito a ter, também, um controle da sua vida e das suas decisões.

Então, alguns investigadores interessados

nesta área conseguiram mostrar a realidade dos acontecimentos (Raynal, Levett *et al.*, 1972).

O entendimento desta mitologia torna-se, assim, importante porque:

- influencia as reacções das vítimas
- influencia as reacções dos outros em relação à vítima e, consequentemente,
- intensificam as dificuldades de recuperação da vítima.

MITOS DA VIOLAÇÃO

a) *Mitos em relação à vítima*

Mito: a violação é impossível se a mulher lutar.

Facto: ignora as ameaças de violência e/ou morte comuns, o uso de armas e o facto de muitas vezes a violação ser praticada por mais de um violador.

Mito: as mulheres fantasiam acerca da violação e desejam ser violadas.

Facto: esta crença foi encorajada por livros e filmes que oferecem cenas de crueldade de homens para com as mulheres contra a sua vontade e na ficção elas mostram que sentem prazer.

Isto trata-se de uma fantasia sem ligação com a realidade. As mulheres podem ter fantasias eróticas, o que não significa que tenham fantasias de violação, em que são humilhadas e maltratadas. Nas suas fantasias as mulheres sonham com um determinado homem e com situações em que não existe sofrimento, provavelmente num tempo e local específico.

Mito: a mulher provoca a violação através de comportamentos ousados, vestidos provocativos, andando até tarde na rua, etc., pelo que só as mulheres «más» são violadas.

Facto: toda a mulher é uma potencial vítima de violação, independentemente da idade, raça e estatuto sócio-económico.

Mulheres de 90 anos são violadas tal como crianças de 6 meses — elas não são, certamente, sexualmente atractivas!

Mito: as mulheres acusam os homens de violação para controlá-los ou ofendê-los.

Facto: não são muitas as mulheres que acusam os homens de as ter violado.

As estatísticas do FBI (1974) mostraram que apenas 1 em 10 mulheres participava a violação à polícia. As mulheres decidem não revelar o crime por medo das reacções dos outros e porque sabem que têm poucas possibilidades de ganhar o processo legal.

Mito: a maior parte das denúncias de violação são falsas.

Facto: num estudo feito pela New York Police Force nos anos 70, concluiu-se que a percentagem de alegações falsas de violação é exactamente a mesma que para os outros crimes (2%).

b) *Mitos em relação ao violador*

Mito: o violador está perturbado mentalmente. A violação é praticada por um maníaco.

Facto: estudos americanos mostraram que na generalidade não existem diferenças psicológicas entre violadores e homens não-violadores. O facto é que muito poucos violadores estão necessitados de tratamento psiquiátrico.

Nestes estudos os violadores tiveram resultados normais em testes de agressão e atitudes contra as mulheres.

Apenas 2% dos homens violadores tiveram necessidade de cuidados psiquiátricos (Home Office Criminal Statistics for England and Wales, 1980).

Mito: os violadores têm necessidade de contactos e de gratificação sexual, sendo o crime provocado por um impulso sexual incontrolável.

Facto: determinados estudos revelam que os violadores têm geralmente acesso regular a uma parceira sexual, seja ela esposa ou prostituta e a maior parte deles têm vidas perfeitamente normais. A maior parte das violações são planeadas (80%), os violadores planeiam o crime, sabendo onde vive a mulher e quando ela chega a casa, quem a visita e qual o melhor sítio para praticar o ataque.

A grande maioria dos violadores tem uma vida sexual e psicológica normal (93%) pelo que se conclui que a violação é um acto agressivo planeado, para controlar e humilhar a mulher.

Mito: os violadores são sempre estranhos.

Facto: cerca de metade das vítimas conhecem os violadores. Geralmente eles violam as pessoas da mesma comunidade, escola, local de trabalho, local de habitação ou ainda da mesma família.

Mito: a maior parte das violações dão-se entre raças diferentes (homens negros que violam mulheres brancas).

Facto: não existem estatísticas que provem este mito, apesar dos grupos de violadores se encontrarem mais em zonas de operários, mas estas são também as zonas mais violentas. Também é certo que em zonas onde exista uma maior privacidade é mais fácil manter o segredo da violação.

MITOS DE ESPANCAMENTO

O ser espancada pode acontecer a qualquer mulher que entre num relacionamento íntimo com um homem, independentemente da sua personalidade, experiências na juventude, desejos e necessidades.

Pesquisas também demonstraram que o homem que espanca não é diferente de qualquer outro homem.

Depois do primeiro incidente, o homem geralmente força a mulher a não revelar o que aconteceu, ameaçando-a. A vergonha tem aqui um papel activo e mesmo que a mulher venha a falar no assunto tem tendência a imputar a violência ao álcool, ao *stress*, etc.. O homem persuade-a da sua culpa até que ela acredite. Promete sem cessar que se vai emendar. Denunciá-lo, então, será traí-lo, porque ela é a única pessoa que o compreende.

Os incidentes de espancamento raramente são isolados. A violência tende a uma escalada tanto em termos de frequência como de intensidade. Uma vez quebrada a barreira que desaprova a violência, não experimentando o homem consequências negativas pelo seu acto, torna-se mais fácil para ele espancar a mulher de novo.

Para a mulher é um grande passo admitir que é espancada e um passo ainda maior admitir que tem direito de fazer qualquer coisa contra a situação, já que se trata de um costume social mal entendido e facilmente aceite, enfatizado

pelo humor social, por uma tolerância descuidada e por aplicações arbitrárias da lei.

Culturalmente, este costume é veiculado e suportado por vários mitos:

1 — A mulher provocou a situação. Foi culpa sua porque negligenciou os seus deveres de esposa; o marido deve ter tido uma boa razão;

2 — uma mulher só é espancada quando o homem tem problemas ou está alcoolizado;

3 — se o homem espanca a sua mulher isso é só entre eles e ninguém se deve interpôr;

4 — foi a mulher que escolheu viver com este homem. Se continua com ele é porque tem boas razões para isso;

5 — se a mulher deixa que a espanquem é porque gosta (mito do masoquismo feminino);

6 — se o casal tem filhos é melhor que a mulher aguente e fique, para bem destes;

7 — o espancamento só acontece nas classes sociais mais desfavorecidas.

O isolamento a que estas mulheres estão sujeitas é cada vez mais notório à medida em que a intensidade da violência aumenta, já que o meio ambiente imediatamente mais próximo prefere não tomar partido, por não se querer envolver em questões matrimoniais (mito 3) ou por ter medo da vingança do marido.

QUE ALTERAÇÕES SOFREM AS VÍTIMAS DE VIOLAÇÃO E DE ESPANCAMENTO

Em 1974, Burgess e Holmstrom designaram por *Rape Trauma Syndrome* as reacções que ocorreram, em grande parte nos meses posteriores ao assalto, em vítimas de violação (consumada ou tentativa) por meio de violência.

Após a violação a vítima vive uma crise em que os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos estão confusos e ameaçadores para consigo própria.

A crise foi estudada por estes 2 autores e o *Rape Trauma Syndrome* é a descrição das reacções que ocorrem depois de um período de tempo variável.

O *Rape Trauma Syndrome* traduz-se numa fase aguda e num processo de reorganização a longo-prazo que ocorre como resultado de uma violação (ou tentativa) violenta.

Este síndrome *comportamental, somático e*

de *reações psicológicas*, deriva de uma reacção de *stress* aguda provocada por uma situação altamente ameaçadora.

1) *Fase aguda*

A reacção aguda está relacionada com o medo das injúrias físicas, mutilações ou morte.

Trata-se de um período de grandes problemas de desorganização no modo de vida da mulher.

Os estados da agitação são frequentes, bem como os sentimentos de humilhação, culpa, vergonha, auto-acusação e medo de uma nova violação.

O modo de vida da vítima sofre uma total disrupção. Perante esta fase a vítima alterna-se entre sentimentos intensos de tristeza, indignidade e medo, choque, descrença e recusa do acontecimento.

A primeira defesa está relacionada com a negação do acontecimento, contudo isto é muito difícil.

O desejo de apagar o acontecimento pode aparecer em pensamentos onde a vítima enfrenta a situação de modo diferente.

Determinados *sintomas físicos* podem aparecer, relacionados com o ataque, como sejam: ulcerações, ferimentos, tensão muscular que provoca dores de cabeça e cansaço, irritabilidade gastro-intestinal causando náuseas e dores de estômago, distúrbios do aparelho urinário.

Muitos destes sintomas são localizados na área do ataque, isto é, se o assaltante violou oralmente, a vítima provavelmente sentirá náuseas e terá inflamações bucais.

Existem geralmente tendência a distúrbios do sono e do apetite durante esta fase que é a de mais alto nível de *stress*.

Esta fase pode durar entre alguns dias e semanas (dependendo de algumas características do ataque, essencialmente do grau de violência), sendo seguida por um processo reorganizacional.

Imediatamente após a violação, as vítimas vivenciam com severidade toda uma série de emoções.

Burgess e Holmstrom dividem 2 tipos diferentes de expressão dessas emoções:

a) «Estilo expressivo», em que os sentimentos de medo, zanga e ansiedade são exibidos através

de comportamentos como: chorar, rir, soluçar, agitação, nervosismo e tensão;

b) «Estilo controlado», onde os sentimentos estão mascarados e são apresentados de um modo calmo.

2) *Fase de reorganização*

Esta fase começa quando a vítima inicia a reorganizar a sua vida.

A mulher começa a tomar decisões e a ganhar um sentido de poder e de controle sobre a sua vida. Começa, também, a estar mais preparada para pedir ajuda a familiares e amigos e para lidar com o impacto que a violação teve na sua vida.

A duração da sintomatologia varia de vítima para vítima, mas esta fase começa geralmente por volta da 2.^a/3.^a semana após a violação.

As manifestações do segundo estado dependem da personalidade da vítima, do sistema de apoio e do modo como os outros a tratam.

Os efeitos a longo-prazo da violação geralmente consistem num aumento da actividade motora, sendo frequente a mudança de residência.

Atitudes com o objectivo de assegurar a sua protecção e de facilitar a sua habilidade para viver de modo adaptado são comuns.

As mudanças de vida são frequentes, com enfraquecimento dos níveis de funcionamento no trabalho, na escola, em casa.

As perturbações do sono persistem, com sonhos intensos sobre o acontecimento traumático e pesadelos. Os sonhos com cenas da violação real são frequentes. Os pesadelos podem ajudar a vítima a ter domínio sobre o ataque, pela possibilidade de injuriar e lutar com o violador.

Aparecem fobias que são especificamente determinadas pela natureza da experiência da violação, como seja, o medo de estar em casa, de sair, de estranhos, da multidão, dependendo do local e da situação do assalto.

Medos ou receios sexuais são comuns, com declínio do interesse, bem como o afastamento do anterior parceiro.

A actividade sexual pode causar «flashbacks» da violação e elevar o medo e a ansiedade em

relação ao sexo, de modo a que não volte a ter satisfação sexual.

Todas estas reacções são uma tentativa da vítima ajustar a sua vida, depois de um violento ataque onde ela se confrontou com a sua impossibilidade em fazer frente.

Em investigações que tinham como objectivo estudar a manutenção da sintomatologia num período de tempo mais longo, observaram que a grande maioria das vítimas não estavam completamente recuperadas.

Por exemplo, em repetidas entrevistas a uma amostra constituída por vítimas de crime sexual, revelou-se que estas continuavam a exibir um *elevado grau de angústia*, num período de 6 meses após o assalto (Kilpatrick, Veronen & Resick, 1979, citados por Sale, Baum & Shores, 1984), bem como *altos níveis de ansiedade, medo, desconfiança e confusão* que persistiam ainda 1 ano após a violação (Kilpatrick, Resick & Veronen, 1981, citados por Meyer & Taylor, 1986).

Outros autores como Feldman-Summers, Gordon e Meagher (1979), referem que a *insatisfação sexual* é outro dos sintomas mantidos 1 ano após o ataque e ainda passado este tempo mantêm-se sintomas como: *depressão* (Atkeson & Calhoun, Resick & Ellis, 1982), *problemas familiares* (Ellis, Atkeson & Calhoun, 1981), *ajustamento social e laboral enfraquecido* (Resick, Calhoun, Atkeson & Ellis, 1981).

Sales, Baum e Shore no seu estudo explicam que a reactivação dos sintomas pode surgir mais tarde, ou seja, a sintomatologia aguda vai diminuindo gradualmente num período de 6 meses, havendo um *aparente regresso à normalidade*.

Na exploração de factores que possam influenciar o processo de recuperação, Burgess e Holmstrom descobriram que a pré-existência de severos «problemas biossociais» (psicose, uso de drogas, alcoolismo, homossexualidade, atraso mental) está relacionada com a continuação ou prolongamento da sintomatologia (mesmo 4-6 anos após o ataque, 47% das vítimas com estes problemas ainda sentem o impacto da violação).

Outros investigadores analisaram determinadas *variáveis da assalto*, chegando a conclusões deveras importantes: existe uma relação entre o *grau de violência* presente no

ataque e lentidão da recuperação, isto é, violações realizadas por estranhos, que são frequentemente súbitas, imprevistas, ocorrendo muitas vezes em casa das vítimas e envolvendo uma maior violência, leva a que as suas vítimas apresentem uma sintomatologia mais pronunciada, essencialmente uma depressão mais severa, bem como uma maior fadiga e maiores dificuldades no ajustamento social. As violações cometidas por estranhos, são mais violentas e traumáticas consoante as armas, as injúrias, o número de actos sexuais e a duração do episódio (Ellis, Atkeson & Calhoun, 1981).

Os estudos de McCahill, Meyer e Fisherman vêm confirmar estes resultados, explicando que factores como o grau de violência envolvida (*performance* de todos os actos sexuais desviantes, o número de atacantes, a presença de armas, o local do incidente, anterior relação da vítima com o violador) são extremamente importantes para predizer os problemas específicos das vítimas e o seu ajustamento.

Nesta investigação McCahill e col. verificaram que 1 ano após a violação os aspectos brutais da violação continuavam a afectar adversamente o ajustamento e a recuperação da vítima.

Segundo estes autores, as vítimas primeiro lidam com o trauma imediato de ter sido violada.

Primeiramente a mulher fica preocupada com os aspectos sexuais e agressivos da sua victimização. Com o passar do tempo, os detalhes do incidente são seleccionados e relembrados de um modo mais racional.

«Se a violação constitui a invasão dos direitos da vítima sobre o seu corpo, uma violação brutal constitui uma dupla invasão.

A vítima tem que lidar não só com os aspectos sexuais e agressivos da violação, bem como também com a sua própria morte e vulnerabilidade.» (pag. 62)

É habitual as vítimas destes ataques exibirem um medo intenso no que respeita ao estar só fora de casa, 1 ano após a violação (neste estudo, 76% das vítimas encontram-se nesta categoria), e muitas delas apresentam, em igual período de tempo, um esforço de modo a evitar potenciais situações de perigo, de um modo exaustivo.

Situações como estas ilustram as dificuldades das vítimas em controlar e lidar com o extraordinário e disruptivo evento.

Os aspectos violentos continuam a afectar a mulher por um período de tempo longo após a violação e fazem com que diminua a sua actividade social, com o óbvio impacto nas suas relações heterossexuais.

Resumidamente podemos concluir que as *dificuldades do ajustamento e recuperação da vítima* crescem proporcionalmente ao nível da *brutalidade/violência* empregue durante o acto de violação.

Outros autores estudando outras variáveis do assalto, mostram-nos que:

- as situações anteriores da vida da vítima;
- as variáveis do próprio acto da violação;
- as experiências pós-assalto (por exemplo: o facto da violação poder envolver as vítimas em processos judiciais);
- e o apoio social,

são factores que podem exacerbar (ou não) *as dificuldades de recuperação* (Sales et al., 1984).

O campo teórico aplicado na maioria dos estudos sobre a violação foi a *teoria da crise*, daí que se descreva o período de desequilíbrio durante aproximadamente 6 meses.

Outros autores e investigações mais recentes defendem que a teoria da crise fornece um

campo vantajoso para o entendimento das dinâmicas dos efeitos da violação a *curto-prazo*, mas que a sua aplicabilidade à análise e modelos dos efeitos a longo-termo é questionável.

Surge, assim, uma concepção alternativa, **DESORDEM PÓS-TRAUMÁTICA DO STRESS** (originada nos estudos das neuroses pós-traumáticas após a II Guerra Mundial) contendo o reconhecimento de que os efeitos da exposição a um acontecimento severamente *stressante* pode persistir durante muitos anos.

Notman e Nadelson (1982) investigaram o trauma da violação inserido neste grupo de acontecimentos *stressantes* e focalizaram-se em:

- 1- Resposta de crise à violação
- 2- Consequências a longo-prazo

Exploraram, assim, os efeitos da violação num período de tempo de 1 a 2 anos e meio pós-assalto.

Neste estudo a maior parte das vítimas referiu ainda ter *medos* acerca da violação, incluindo o andar sózinha, o sair só, medo dos homens, de dormir, de ser abandonada, de barulhos, de outra experiência de violação e do escuro.

Quase todas as mulheres continuavam com problemas de confiança.

Os problemas sexuais mantêm-se (25% descreve evitamento de qualquer contacto sexual desde a violação), 41% das vítimas estão

QUADRO 1
Resultados do Follow-up
(15-30 meses após a violação em 41 vítimas)
Nadelson, Notman et al. (1982)

	AINDA PRESENTES		ULTRAPASSADO		N/ EXPERIMENT.		SEM RESPOSTA	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Desconfiança dos outros	31	76	4	10	4	10	2	5
Restrição de saídas	25	61	9	22	5	12	2	5
Dificuldades sexuais	21	51	7	17	10	24	3	7
Medo de estar só	20	49	12	29	7	17	2	5
Depressão	17	41	13	31	9	22	2	5
Fadiga	16	39	7	17	16	39	2	5
Distúrbios do sono	10	24	23	56	6	15	2	5
Perca de concentração	10	24	15	37	14	24	2	5

depressivas e algumas descrevem intermitentes episódios de depressão severa.

Os distúrbios do sono que intensamente presentes no período imediatamente após a violação revelam uma grande melhoria. As maiores dificuldades registam-se nos pesadelos ou nas dificuldades em adormecer.

QUADRO 2

Sentimentos e mudanças de vida associados à violação

RESPOSTAS

SENTIMENTOS	N	%
Terror da violação	17	41
Medo após-violação	31	76
Outras reacções após-violação	16	32
Dificuldades sexuais após-violação	9	22
Mudanças de carácter	18	44
Impacto persistente da violação	11	27
Outros	7	17
Sem conhecimento	1	2
Nenhum	1	2
Sem resposta	1	2

MUDANÇAS DE VIDA	N	%
Maturação da personalidade	18	44
Medo, ansiedade, sintomas depressivos	17	41
Alteração dos comportamentos sexuais e de relacionamento	15	37
Acções específicas (aumento de segurança)	14	34
Sem mudanças	11	27

Em relação às mulheres vítimas de espancamento não se pode falar de uma sintomatologia específica, como a apresentada pelas vítimas de violação sexual, no entanto existem reacções emocionais comuns a este grupo de vítimas e que são:

Zanga — a mulher deve ser encorajada a expressar a sua zanga e a dirigir esta energia para acções construtivas em seu favor. Nesta fase a vítima pode necessitar de ajuda para evitar sentir-se «esmagada» pela sua zanga;

Medo — é importante ajudar a mulher a considerar a dimensão do perigo em que se encontra e levá-la a desenvolver planos de trabalho contingentes (técnicas de sobrevivência);

Culpa — as mulheres espancadas sentem-se frequentemente culpadas porque aceitam a tendência da sociedade em culpabilizá-las pela sua própria victimização. As condutas violentas masculinas são consideradas muitas vezes, como culpa da própria mulher, neurose, mentira, exagero, problema de interacção ou de um marido, companheiro ou namorado infeliz, com problemas sócio-económicos ou psicológicos até, que deve ser ajudado com paciência e amor;

Embaraço — as mulheres abusadas que sentem vergonha ou embaraço acolherão bem, provavelmente, a ajuda de um técnico que as ajude a expressar os seus sentimentos, numa atmosfera de apoio. A vítima necessita de ser lembrada que não existe motivo para sentir-se envergonhada dos seus erros, tal como seja o seu regresso para junto do marido que a espanca;

Dependência emocional — as mulheres espancadas devem ser encorajadas e ajudadas a tomarem decisões importantes. Aprender a tomar decisões é um passo extremamente importante para a vítima voltar a adquirir controle sobre a sua existência.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander, K.O. (1985). *Reclaiming our lives*. Women's health unit of the Massachusetts Department of Public Health.
- Atkeson, B.M., Calhoun, K. & Resick, P. (1982). Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *J. of Consul. and Clinical Psy.*, 1: 96-102.
- Bart, P.B. & O'Brien, P.H. (1988). *Stopping Rape*. New York: Pergamon Press.
- Beneke, T. (1982). *Men on Rape*. New York: St. Martin's Press.
- Brownmiller, S. (1986). *Against our will*. New York: Bantam Books.
- Burgess, A. & Holmstrom, L. (1974). Rape Trauma Syndrome. *A.M.J. Psy.*, 131: 981-986.
- Burgess, A. & Holmstrom, L. (1976). Coping Behavior of the rape victim. *Am. J. Psy.*, 133: 413-417.

- Burgess, A. & Holmstrom, L. (1979). Adaptative strategies and recovery from rape. *Am. J. Psy.*, 136: 1278-1282.
- Burt, M. & Albin, R.S. (1981). Rape, Rape Definitions, and probability of conviction. *J. Applied Social Psy.*, 11: 212-230.
- Burt, M. (1980). Cultural Mythes and supports for rape. *J. Personality and Social Psy.*, 2: 217-230.
- Caplan, P.J. (1987). *The Myth of Women's Masochism*. New York: A Signet Book-New American Library.
- Citizens Assisting and Sheltering the Abused . New Directions. A Program Model for Battered Women. Office of the Secretary Women's Bureau. Washington D.C., 1981.
- Colloquy on Violence Within the Family Measures in the Social Field. Report of the Council of Europe, Novembro 1987.
- Donnerstein, E. (1980). Aggressive erotica and violence against women. *J. Personality and Social Psy.*, 2: 269-277.
- Donnerstein, E. (1981). Victim reactions in aggressive erotic films as a factor in violence against women. *J. Personality and Social Psy.*, 4: 710-724.
- Ellis, E., Atkeson, B. & Calhoun, K. (1981). An assessment of long-term reaction to rape. *J. Abnormal Psy.*, 3:263-266.
- Emery, R.E. (1989). Family Violence. *American Psychologist*, Fevereiro.
- Feldman-Summers, S., Gordon, P. & Meagher, J. (1979). The impact of rape on sexual satisfaction. *J. Abnormal Psy.*, 1: 101-105.
- Finkelhor, D. & Yllo, K. (1987). *License to Rape*. New York: The Free Press.
- Glasgow Women's Aid (Interval House). Battered Wives and their Children. A submission to the select Committee on Violence in Marriage.
- Griffin. S. (1986). *Rape, The Politics of Consciousness*. New York: Harper & Row, Publishers.
- Holeller, K.H. (1983). *Battered Women, Shattered Lives*. California: R. and E. research associates.
- McCahill, T., Meyer, L. & Fishman, A. (1979). *The aftermath of rape*. Massachusetts: Lexington Books.
- Medea, A. & Thompson, K. (1979). *Against rape*. New York: Farrar, Staus and Giroux.
- Meyer, B. & Taylor, S. (1986). Adjustment to rape. *J. of Pers. and Social Psy.*, 6: 1226-1234.
- Nadelson, C.C., Notman, M. & Hilberman, E. (1981). *The rape experience. Modern Legal Medicine Psy. and Forensic Science*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Nadelson, C.C. & Notman, M. (1982). A follow-up study of rape victims. *Am. J. Psy.*, 139: 1266-1270.
- Norris, J. & Feldman-Summers, S. (1981). Factors related to the psychological impact of rape on the victim. *J. Abnormal Psy.*, 6: 562-567.
- Raynal, A., Levett, A. et al.. *Rape: The full story*. Medical Association of South Africa.
- Resick, P., Calhoun, K. et al. (1981). Social adjustment in victims of sexual assault. *J. of Consult. and Clinical Psy.*, 5: 705-712.
- Russel, D.E. (1982). *Rape in marriage*. New York: Collier Books.
- Sales, E., Baum, M. & Shore, Barbara (1984). Victim Readjustment following assault. *J. of Social Issues*, 1: 117-136.
- Santiago, J., McCall-Perez, F. et al. (1985). Long-Term psychological effects of rape in 35 rape victims. *Am. J. Psy.*, 142: 1338-1340.
- Silverman, D., Kalick, S.M. et al. (1988). Blitz rape and confidence rape. *Am. J. Psy.*, 145: 1438-1441.
- The London Rape Crisis Centre (1984). *Sexual Violence*. London: The Women's Press Handbook Series.
- Report of the Colorado Advisory Committee to the U.S. Comission on Civil Rights (1977). *The Silent Victims: Denver's Battered Women*.
- Report of the U.S. Comission on Civil Rights (1982). *Under the Rule of Thumb: Battered Women and the Administration of Justice*.
- Walker, L.E.A. (1989). *Psychology and Violence Against Women*. *American Psychologist*, April.
- Wannion, B. (1976). *Wife Beating*. Massacusetts: New England Free Press.
- Warshaw, R. (1988). *I never called it rape* New York: Harper & Row Publishers.

RESUMO

Neste artigo as autoras pretendem mostrar e resumir algumas das principais teorias sobre a temática da violação, teorias que embora orientadas por diferentes princípios teóricos entram em concordância no que se relaciona com a sintomatologia apresentada pelas vitimas.

Também foram descritas as mais importantes reacções emocionais como consequência do espancamento e clarificados alguns mitos, de modo a que a problemática seja inteiramente entendida.

ABSTRACT

In this article the authors pretend to show and resume some of the main rape theories, that although oriented by different theoretical principles agree in what concerns the victim's syntoms.

They also describe the most important emotional reactions in consequence of battering and clarify some myths, so that this problems are completely understood.