



ISPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

“Quando Mais me Bates Menos Gosto de Mim”

A Violência Conjugal e a Vinculação, os Esquemas
Desadaptativos Precoces, a Ansiedade e a Depressão

Patrícia Luna Pais Benito

Orientador de Dissertação:

Professor Doutor Vítor Cláudio

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Professor Doutor Vítor Cláudio

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

Mestre em Psicologia

Especialidade em Psicologia Clínica

2018

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Professor Doutor Vítor Cláudio apresentada no ISPA –
Instituto Universitário para obtenção de grau de Mestre
na especialidade de Psicologia Clínica.

Agradecimentos

Gostaria de agradecer, antes de mais ao Professor Doutor Vítor Cláudio por toda a orientação fornecida e por me ter permitido realizar este trabalho.

À minha família, ao meu pai, à minha mãe e à minha irmã Carolina, o meu agradecimento por estarem sempre ao meu lado.

Ao meu namorado, Filipe Duarte, um especial obrigada por toda a dedicação e paciência mas acima de tudo por ter estado sempre presente, mesmo nos momentos mais difíceis.

Ao Professor Doutor Carlos Amaral Dias, meu grande amigo com quem pude sempre contar para me apoiar com uma palavra reconfortante.

Agradeço a todas as minhas amigas, especialmente à Patrícia Antunes, à Inês Ribeiro, à Rita Nogueira, à Vanessa Moreira, à Filipa Dias e à Inês Macedo.

E por fim, não podia deixar de agradecer a todos os participantes que colaboraram neste estudo, pela sua generosidade.

Resumo

A presente investigação teve como principal objectivo estudar a violência conjugal de forma multifacetada, abrangendo a vertente física e emocional. Deste modo, propomo-nos a compreender as características desta problemática no que concerne à saúde mental dos intervenientes, tanto em vítimas como em agressores. Este estudo deu primazia aos esquemas desadaptativos precoces, aos estilos de vinculação e à sintomatologia da depressão e da ansiedade, tendo também em conta as questões relacionadas com o género e a duração da relação. A pertinência fundamenta-se pelas inúmeras consequências deste fenómeno, tanto a nível psicológico como físico, sendo por isso considerado um problema de saúde pública. Este estudo foi dirigido a casais casados, que coabitem na mesma residência. As variáveis foram avaliadas através do: *Inventário de Violência Conjugal (IVC)*, *Inventário de Depressão de Beck (BDI)*, *Escala de Vinculação do Adulto (EVA)*, *Inventário de Ansiedade Estado e Traço (STAI)*, *Inventário de Problemas Interpessoais (IPP-64)*, *Questionário de Esquemas de Young (YSQ)*, *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)*, *Escala de Avaliação Emocional (EAS)*, *Aceitando o Passado / Relembrando o Passado (ACPAST/REM)*. Os principais resultados sugerem que a violência conjugal está correlacionada com as diferentes psicopatologias, salvo os estilos de vinculação, em termos de vitimização e perpetuação. Concluímos também que as vítimas de violência emocional apresentam maior nível de sintomatologias nas patologias analisadas. Foi averiguada uma igualdade de género para a vitimização da violência conjugal. A duração da relação, nesta amostra, não influenciou os níveis de violência.

Palavras-Chave: Violência Conjugal, Ansiedade, Depressão, Vinculação, Esquemas, Igualdade de Género

Abstract

The main goal of the present research is to study conjugal violence in a multifaceted way, including the physical and emotional aspects. In this sense, the purpose of this study is to understand the features of this problem as far as mental health is concerned, both in victims and perpetrators. This study is focused on early maladaptive schemas, attachment styles and symptomatology of depression and anxiety, also considering the issues related to gender and length of the relationship. The pertinence is based on multiple consequences of this phenomenon, both psychologically and physically, therefore is considered a public health issue. The variables were estimated through: an Inventory of Marital Violence (IMV), Beck's Depression Inventory (BDI), Adult Attachment Scale (AAS), State-Trait Anxiety Inventory (STAI), Inventory of Interpersonal Problems (IPP-64), Young Schema Questionnaire (YSQ), Brief Symptom Inventory (BSI), Emotional Assessment Scale (EAS) and Accepting the Past/Reminiscing the Past (ACPAST/REM). The main results suggest that conjugal violence has a correlation with different psychopathologies, except with the attachment styles, in terms of victimization and perpetuation. We also conclude that the victims of emotional violence show a higher level of symptoms according with to the analyzed pathologies. Gender equality was verified in terms of victimization of conjugal violence. The length of the relationship, in this sample, did not influenced the levels of violence.

Key-words: Conjugal Violence, Anxiety, Depression, Attachment, Schemas, Gender Equality

Índice

Introdução.....	1
A Conjugalidade	1
Violência Conjugal.....	3
Tipologia da violência.....	5
Ciclo da Violência	7
Diferenças de Género na Violência Conjugal.....	9
A Vinculação.....	11
Estilos de Vinculação no Adulto.....	12
A Vinculação nos Casais	13
A Vinculação e a Violência Conjugal.....	14
Esquemas Desadaptativos Precoces	15
Esquemas Desadaptativos Precoces e a Violência.....	19
Depressão - O Modelo Cognitivo da Depressão de Beck.....	20
A tríade cognitiva	20
Esquemas do Pensamento Depressivo	21
Processamento e erros de informação	23
Sintomas.....	24
Vulnerabilidade para a Depressão	25
A Violência Conjugal e a Depressão	25
A Depressão e a Violência	27
O Agressor e a Depressão	28
Teoria Cognitiva da Ansiedade.....	29
A Ansiedade Estado e Traço.....	30
A Ansiedade e a Vitimização da Violência Conjugal.....	31
A Ansiedade e o Agressor de violência conjugal.....	32
Objetivo de Estudo e Hipóteses de Investigação	33
Método.....	34
Participantes.....	34
Instrumentos	35
Procedimento.....	41
Resultados.....	41

Discussão	59
Conclusão	67
Referencias Bibliográficas	71
Anexos.....	83
Anexo A- Consentimento Informado	83
Anexo B- Questionário Sociodemográfico	84
Anexo C- Inventário de Violência Conjugal (I.V.C)	86
Anexo D- Inventário de Depressão de Beck (BDI)	89
Anexo E- Inventário de Ansiedade Estado e Traço (STAI)	93
Anexo F- Inventário de Problemas Interpessoais (IPP-64)	95
Anexo G- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BDI).....	97
Anexo H- Questionários de Esquemas Young (YSQ)	99
Anexo I- Escala de Vinculação do Adulto (EVA)	107
Anexo J- Escala de Avaliação Emocional (EAE).....	107
Anexo K- Aceitando o Passado/ Relembrando o Passado	108
Anexo L – Comparação dos níveis de IVC consoante o género.....	108
Anexo M –tempo de casamento e perpetuação de violência	111
Anexo N –Correlação entre o Estilo de Vinculação e o IVC.....	113

Introdução

A violência conjugal é um tema vigente, de grande predomínio, (Bittar & Kohlsdorf, 2013) que afecta a vida e a saúde tanto física como psicológica da vítima (Neves, 2008) e do agressor. (Anderson, 2002) Portanto, o relacionamento amoroso pode exercer uma função positiva na saúde mental ou diminui-la (Granja & Mota, 2018). Efectivamente, este tipo de fenómenos levam, muitas das vezes, a uma diminuição da auto-estima dos elementos do casal (Bittar & Kohlsdorf, 2013). O contrário também pode ser observado, pessoas com problemas a nível psicológico são mais vulneráveis de experimentar violência do que pessoas que não possuam nenhum transtorno. (Trevillion et al., 2012)

A gravidade desta problemática é justificável pois a violência conjugal leva a morte, e quando a morte não é real com certeza será simbólica, porque muitas das vezes leva a destruição da própria imagem, da imagem do outro, e do mundo. O presente torna-se incerto, o futuro comprometido e o passado alterado. Assim é roubada a vontade, muitas das vezes, de se continuar vivo (Gomes,2009).

Assim, a violência conjugal tem de ser estudada do prisma da saúde, para que possam ser fornecidos mais recursos para lidar com este crime. (Mozzambani et al., 2011). É necessário desconstruir a imagem que as pessoas têm prazer em estar numa relação disfuncional. Um maior entendimento desta problemática irá possibilitar uma compreensão empática dos que assistem a estas situações, favorecendo também aos profissionais um melhor serviço e conseqüentemente será possível fornecer uma resposta mais eficaz (Gomes, 2009). Em suma, existe a necessidade de compreender para intervir, ou seja, é necessário um maior leque de informações de forma a que seja possível contornar esta problemática. Assim, um diagnóstico preciso promoverá uma maior qualidade na assistência e na prevenção do fenómeno (Bittar & Kohlsdorf, 2013).

A Conjugalidade

O casamento é, normalmente, encarado como um projeto que simboliza a declaração do parceiro e da relação. (Fonseca & Duarte, 2014) Os parceiros desejam que o casamento represente a partilha da vida com uma pessoa, que a relação dure, (Norgren, el al., 2004) que se possa aproveitar de forma prazerosa o tempo em comum e criar uma família num ambiente

de satisfação. (Fonseca & Duarte, 2014) É previsto que o casamento seja uma relação que adapte os desejos de cada elemento do casal. (Norgren, et al., 2004) Os casais consideram que os melhores aspectos do casamento são: a proximidade, o carinho, o empenho na relação conjugal, as cedências mútuas, a homogeneidade de objetivos, ideias e práticas, o prazer sexual, a inexistência de rivalidades (Braz et al., 2005), a confiança, a consideração, o amor e a individualidade. (Nascimento et al., 2011). Todavia, muitas pessoas casadas consideram que o principal motivo para ficarem na relação é o amor. (Norgren, et al., 2004) Definir o amor é complicado, uma vez que ele tem um significado muitíssimo subjetivo, (Zordan, Falcke, & Wagner, 2009) mas com certeza o amor não é coação, manipulação ou perversão. Se é amor não depende da submissão de uma pessoa às condições impostas por outra. (Matos, 2011)

Giddens (1992) explica-nos como antigamente pertencia às mulheres a tarefa de acalmar a atitude bruta e fria do homem. O amado era distante e pouco carinhoso até ser conquistado. Existia a crença que, para os homens, a paixão estava associada à ideia de acesso à mulher cuja entrega era preservada até ao casamento. O amor romântico era, desta forma, desassociado da intimidade entre o casal. Os ideais de casamento parecem ter vindo a ser alterados. (Féres-Carneiro, 1998) Na atualidade, os sujeitos creem menos em “viveram felizes para sempre”. Parece que é mais compreensível as pessoas romperem com os laços matrimoniais e acreditarem que sustentaram o matrimónio somente enquanto este lhes proporcionava felicidade. (Fonseca & Duarte, 2014) O casamento contemporâneo aparenta ser cada vez mais ligado à igualdade de género. O carinho cria-se através da intimidade. O que mantém um casamento é a habilidade dos parceiros resolverem as divergências, sendo flexíveis diante de situações discordantes. É essencial que os elementos do casal forneçam satisfações um ao outro. (Giddens,1992).

É expectado que os parceiros falem sobre as suas emoções, mesmo que sejam de valência emocional negativa (Nascimento et.al, 2011). Segundo Féres-Carneiro (1998), os conflitos no casamento são habituais, dado que cada elemento do casal possui valores individuais. O conflito pode ter alguns benefícios, como a flexibilidade nas relações sociais, o aumento da empatia, a noção da existência de diferenças, auxilia a aclarar os valores de ambas as partes e permite uma estimulação das habilidades de decisão e colaboração, o que proporciona o crescimento individual e social. (Chrispino,2007) Porém, a maioria dos casais reage de maneira negativa ao conflito, gritando, protestando, mostrando sentimentos de zanga e deixando de comunicar com o parceiro por algum tempo. (Braz et al., 2005) A forma como se

procede face aos conflitos no casamento pode danificá-lo mas também pode fortalecê-lo se os parceiros forem capazes de o resolver de forma eficaz. (Nascimento et.al, 2011)

Não se exige, portanto, que os parceiros tenham sempre comportamentos positivos e ajustados, mas sim que se responsabilizem por eles. (Nascimento et.al, 2011) No entanto, as crenças do amor romântico e uno levam à aceitação da violência em prol da manutenção do casamento. (Neves, 2008) Assim, o conceito de amor pode ser utilizado, tanto pela vítima como pelo agressor, como um fator que pode conduzir à desculpabilização da violência e pode reforçar a permissividade e a aceitação desta. (Conde & Machado, 2010) Desta forma, as pessoas casadas estão mais vulneráveis do que as solteiras a situações de violência por parte do conjugue, pelo facto de sentirem que têm a obrigação e a responsabilidade de manter a relação, mesmo que seja à custa do seu bem-estar. No entanto, na fase adulta, entre os 35 e os 45 anos, os sujeitos que sofrem de violência tendem a relatar mais o que ocorreu, pois parecem estar mais focadas em si mesmas. (Neves, 2008)

Violência Conjugal

A palavra violência, tem origem no latim, apareceu no princípio do século XIII, ela simbolizava “ força” e “vigor”. (Muchembled, 2014) A violência “original”, nos primitas, era utilizada para defesa da sobrevivência do ser humano, a luta era assim a única forma de atuação face ao perigo. No entanto, a violência nos dias correntes deixou de representar uma estrutura coerente, para uma violência desorganizadora e dissonante, (Fraga, 2002) que se considera uma modo de transgressão dos direitos humanos, sendo retratada como uma severa questão de saúde pública. (Santos e Lima, 2013)

Torna-se ainda mais coercivo quando tal fenómeno ocorre no local onde o sujeito habita, ou seja o espaço que deveria representar segurança; E ainda mais se a violência for perpetuada por alguém com quem se espera ter uma relação de intimidade, estima e afeição. (Pinto, 2014) Assim, em vez de relações afetuosas subsistem relações penetradas no medo. (Santos & Nery, 2016).

Manita, Ribeiro & Peixoto (2009), definem a violência doméstica como uma conduta continuada de violência que causa se opressão, de forma mais explicita ou implícita, para com um sujeito que viva na mesma residência, ou que seja parceiro, ex-parceiro ou do mesmo

agregado familiar. Esta ação violenta e continuada no tempo, tem como objetivo levar a vítima a ter um sentimento de incapacidade e a comportar-se de acordo com o que o agressor deseja. A Violência Conjugal é uma das ramificações da Violência Doméstica, que se caracteriza pelas formas de violência acima mencionadas, executadas por um membro do casamento para com o outro ou sendo ex-cônjuges. Assim a violência doméstica é mais ampla que a violência conjugal (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009) Segundo Goldman e Schafer (2011), a violência conjugal constitui qualquer comportamento num relacionamento íntimo ou ex-relacionamento que cause danos físicos, psicológicos ou sexuais, incluindo a agressão física, violência e manipulação psicológica, como intimidação e humilhação constantes; vários comportamentos de controlo, como isolamento de familiares e amigos, monitorização de movimentos, controlo financeiro e restrição de acesso a eventos; e violência sexual, incluindo relações sexuais não consentidas e forçadas agressivamente (Goldman e Schafer, 2011).

A verdade é que de entre a totalidade dos crimes de violência o ênfase é dado nos crimes contra pessoas, que representam 93%, entre os quais 77% derivam de violência física e emocional. Foi ainda possível apurar um aumento de 8% da violência de há 3 anos até ao presente. (APAV, 2016)

Dos 9.347 casos de vitimização, aproximadamente 82% eram mulheres. Aproximadamente 41% na faixa etária dos 25 aos 54 anos e a maioria da violência (29%) ocorria entre conjugues. De todos os casos constata-se que a existência de violência é mais frequente nas relações de mais proximidade. Aproximadamente 59% dos casos referem-se a relações de esposo/a atuais ou já cessadas e relação de namoro atual ou antiga. (APAV, 2016)

Relativamente ao perpetrador da violência, registaram-se 9.625 pessoas, dos quais 80% homens na faixa etária dos 35-54 anos (23%), onde 30% tinham uma ligação matrimonial. Registando-se que em 75,8% dos casos as agressões foram continuadas no tempo. No entanto, apenas 41,6% dos casos foram reportados as entidades competentes. (APAV, 2016)

Assim é possível constatar um aumento da violência, que ocorre principalmente no casal casado. Conseguimos comprovar ainda que uma minoria dos casos é denunciada às forças de segurança. (APAV, 2016) Isto poderá ocorrer porque o agressor possui ainda um leque de informações privilegiadas sobre a vítima, pois conhece-a intimamente, conseguindo desta forma manipula-la mais facilmente. (Pinto, 2014) Desta forma, é possível controlar a vítima e leva-la a que não denuncie o abuso (Diniz, 2017). As vítimas por sua vez revelam

dificuldades em admitir e acusar os conjugues de perpetuarem violência, precisamente por estes não serem pessoas desconhecidas, pelo contrário serem alguém com que a vítima tem uma relação bastante próxima. (Juli, 2014). As vítimas tendem por vezes a desculpar a violência pois sentem que esta é legitimada por causas exteriores como o consumo de substâncias, o desemprego e por considerarem que a relação é privada e assim deve continuar. (Ventura, Frederico-Ferreira e Magalhães, 2013). Um dos grandes motivos para a aceitação do abuso é o facto de a vítima ter convivido com violência em criança, ou ter assistido a comportamentos violentos entre os progenitores, assim considera que esse fenómeno é normal, repetindo os mesmos padrões o que leva a legitimação da violência (Pereira, 2017; Rosa & Falcke, 2014). Outras razões evidenciadas para que a denuncia não seja realizada são o receio da reação do companheiro, o medo de ser maltratado ou até morto, a vergonha de estarem a passar por essa situação, a sensação de desvalorização (Juli, 2014), a redução da autoestima causada pela violência que leva a inseguranças, a vários níveis dependência e até a culpabilização da situação, a ideia de que o conjugue poderá alterar o seu comportamento, o medo de que não acreditem na sua queixa, (DGS, 2014) o desconhecimento sobre os seus direitos, a dificuldade em confiar no sistema legal, o receio em perder a custódia dos filhos e a crença que a família tem de se manter unida, (Juli, 2014)

Assim, a violência conjugal é destacada por constituir um paradoxo. Tal clivagem de sentimentos, de valência emocional positiva e negativa, poderá resultar inúmeras repercussões a nível da saúde mental. (Diniz, 2017) Muitas vezes, tal situação, não só atinge a vítima mas os seus familiares também, provocando efeitos negativos para a qualidade de vida dos mesmos. (Santos, Farias, Pereira & Barros, 2014). Apesar deste fenómeno na atualidade constituir um crime público (Ventura, Ferreira & Magalhães, 2013) continua a ser difícil intervir, pois é necessário a cooperação da vítima, que frequentemente, pelos motivos acima falados, esconde a situação. (Juli, 2014).

Tipologia da violência

Goldman e Hatch (1999), dizem que a violência entre parceiros íntimos é um abuso que pode ocorrer a nível emocional, físico ou sexual.

A violência psicológica ou emocional, normalmente é a mais utilizada e a menos falada, pelo facto de não ter marcas físicas e conseqüentemente ser menos visível (Manita,

Ribeiro & Peixoto, 2009). Pelo facto de a violência psicológica ser mais subtil e consequentemente mais dificilmente identificável poderá causar mais consequências na saúde da vítima (Carvalho, 2010). Este tipo de abuso reside em desrespeitar, humilhar, desvalorizar, ameaçar, manipular, persuadir, censurar, amedrontar, partir ou estragar objetos importantes para a vítima, priva-la do sono, acusa-la de situações que nunca ocorreram, (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009) entre outros comportamentos que levam normalmente ao sofrimento do parceiro e afetam a autoestima deste. Esta forma de tormento leva a vítima a comportar-se de acordo com o que o parceiro deseja. (Coelho, Silva & Lindner, 2014) Efectivamente, a vítima com receio que o parceiro possa magoar não só a ela, mas também pessoas que lhe são próximas, acaba por satisfazer o agressor. Há assim uma relação hierárquica onde um dos membros obedece as exigências do outro, acata imposições mesmo que estas sejam ilegais, podendo colocar-se em situações de perigo e risco. Para realizar esta manipulação, o agressor utiliza falas, olhares, acenos e manifestações com intuito de intimidar. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009). De forma a ser mais fácil manipular a vítima, o agressor isola-a de pessoas com quem esta estabelece relações próximas, como familiares, amigos, colegas de trabalho etc.,. (Coelho, Silva & Lindner, 2014) Seja pela manipulação, pela chantagem ou pela vergonha a vítima acaba por aceder e afastar-se da sua rede social. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009) O agressor controla a vítima e exige que esta revele sempre onde está e com quem realiza as suas atividades quotidianas. Para além disso, impede a parceira de realizar tarefas que lhe proporcionam prazer, controlando também toda a sua gestão financeira. (Coelho, Silva & Lindner, 2014) Desta forma, priva-a de dinheiro e bens básicos. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009) Assim a vítima fica cada vez mais dependente e com menos autonomia. (Coelho, Silva & Lindner, 2014). Efectivamente, violência psicológica que leva a maiores taxas de tentativas de suicídio que a física. (Antai, Oke, Braithwaite & Lopez, 2014.)Isto pode ser explicado por que a violência psicológica causa mais medo do que qualquer outro tipo de violência. O agressor torna-se assim mais intimidador, o que causa um receio constante (Sackett & Saunders, 1999). Assim sendo, a agressão psicológica está mais fortemente associada a riscos de saúde mental que a física, sendo mais prejudicial para o bem estar desta .(Coker et al., 2002; Beeble, Bybee & Sullivan, 2010). A violência emocional poderá levar a vítima a formar de crenças de auto desvalorização, que comprometem a saúde e a satisfação do padecente. Tona-se por isso, necessário que se englobe nos estudos a vítima de violência emocional. (Fonseca, Ribeiro & Leal, 2012). Estefan, Coulter e VandeWeerd (2016), examinaram a depressão a longo prazo em vítimas de violência por parte de parceiros íntimos, os autores constataram que os fatores mais preditivos para a depressão foram o abuso

emocional, este é a forma mais crítica de violência, pois é a que provoca mais danos a longo prazo.

A violência física normalmente é a mais expressa, pois é a mais visível. No entanto, está normalmente acompanhada por outros tipos de violência. (Coelho, Silva & Lindner, 2014). Esta forma de abuso, reside na prática de agredir de forma a causar sofrimento originando ferimentos físicos. Esta forma de violência abrange condutas como, por exemplo, dar socos, estalos, beliscar, incendiar, empurrar, (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009), forçar a pessoa a tomar substâncias que não quer, utilização de armas, negligência ou privação de produtos ou alimentos necessários a sobrevivência. (Coelho, Silva & Lindner, 2014). A violência física pode englobar agressões ligeiras como também agressões seriamente graves, o que poderá resultar em consequências perigosas.. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009)

A violência sexual não é muito relatada pois as vítimas consideram, muitas vezes, que esta é legítima por partir do parceiro com quem está numa relação. (Coelho, Silva & Lindner, 2014) A violência sexual consiste em forçar o companheiro a realizar atos ou condutas sexuais, manipulando, chantageando ou utilizando a agressão física para o impor. Diferentes procedimentos como prender, amarrar, forçar, ou vender a companheira a outros, podem também ser considerados violência sexual. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009)

Ciclo da Violência

A violência ocorre de uma forma prolongada e continua no tempo. Assim sendo, assume um padrão, que evolui em dois aspetos. O primeiro é chamado de ciclo da violência, e abrange três períodos. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009)

O primeiro período é a da tensão, que é representado pelas discórdias ou conflitos, que são típicos entre os membros de uma relação amorosa, no entanto num casal violento, não ocorre um acordo entre ambos os pares. O perpetuador de violência, não é capaz de apelar a estratégias de gestão do problema. São pessoas, que muitas das vezes, demonstram uma atitude de supremacia face ao parceiro. Qualquer situação poderá desencadear um conflito, que coloca a vítima numa situação de perigo. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009). A vítima por sua vez, esforça-se por cumprir com as exigências do parceiro, numa tentativa de evitar o problema (DGS, 2014).

O segundo período é o do ataque, ou perpetuação da violência, normalmente inicia-se com violência psicológica que velozmente se concilia com violência física. A vítima por sua vez tem uma atitude passiva, para não agravar o ataque. A violência é de tal forma severa que a padecente carece, muitas vezes, de auxílio médico. Se a vítima é socorrida, o autor do crime persuade a vítima para que esta silencie o ocorrido. Alguns agressores com receio de que esta revele a situação, não permitem que a parceira seja acompanhada por um profissional da saúde, outros por sua vez, só permitem tal auxílio se a vítima correr efetivamente risco de vida. Seguidamente é comum o agressor desculpar o seu comportamento afirmando que a culpa foi do seu conjugue ou justificando a sua atitude com situações exteriores. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009) É neste período que a padecente recorre mais frequentemente a auxílio, e apresentam queixa e/ou saem do espaço domiciliar partilhado. (DGS, 2014)

O terceiro e último período é nominado de “*lua-de-mel*”, pois é quando o agressor mostra um suposto arrependimento, e faz juras de não repetir o comportamento violento e justifica o seu comportamento de novo, desculpabilizando-se. É comum, nesta fase, o agressor cativar a vítima com muito carinho, afeto e presentes, de forma a reforçar o seu discurso. A vítima nesta fase acredita e confia no discurso do parceiro, afiançando que foi um evento único ou que é possível uma mudança permanente na atitude do seu companheiro. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009; DGS, 2014). Através desta fase, conseguimos compreender os recuos da vítima relativamente a separação do agressor, podendo considerar-se uma etapa que dificulta a mudança. (DGS, 2014)

No início da relação, a vítima ainda tem a esperança que o episódio violento foi um ato único, ou que o parceiro pode mudar, e/ou ainda que consegue controlar o companheiro/a. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009) Ambos os membros do casal tendem a desvalorizar a violência. Seja a vítima porque retira a queixa apresentada, seja o agressor por tentar encobrir o ato. (Diniz, 2017) Em muitas das situações a vítima chega mesmo a culpar-se pelo sucedido. Este ciclo causa portanto na vítima receio, expectativa de mudança e culpabilidade. Mas a medida que a relação se perlonga no tempo podemos notar um maior número de comportamentos violentos. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009)

Falamos agora do segundo aspeto da violência doméstica, que refere ao facto de a violência aumenta com o tempo, não só em constância mas em intensidade também, a vítima vai correndo portanto cada vez mais risco de vida. Normalmente a primeira fase da violência é a mais longa e a última a mais pequena. Ao longo do tempo a fase *Lua-de-mel* poderá mesmo

vir a deixar de existir. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009). Nessa fase a vítima costuma partir e regressar ao relacionamento frequentemente, até terminar o relacionamento de uma forma permanente. No entanto, a violência pode não terminar mesmo após a rutura, e efetivamente depois do término, o risco de homicídio torna-se maior. (Day et al., 2003). Efetivamente, quando maior o tempo de permanência na relação maiores os níveis de violência. Parece portanto haver uma relação positiva entre a violência física moderada e leve e o tempo de relação. (Delgado, 2016) Compreende-se, então, a importância de estudar o ciclo da violência nas investigações, (Bittar & Kohlsdorf, 2013) pois só assim é possível um melhor entendimento do fenómeno. Para tal, é relevante que as pesquisas tenham em conta a duração da relação. (Fonseca, Ribeiro & Leal, 2012).

Diferenças de Género na Violência Conjugal

A noção de género é assente numa elaboração social que tem em conta tanto o papel masculino e feminino, como também da relação entre ambos. A de género assenta na representação da assimetria de poder nas relações, o que poderá resultar na violência conjugal. (Pazo & Aguiar, 2012)

Há autores que defendem que os indivíduos do sexo masculino são influenciados pela sociedade para mostrarem a sua masculinidade e, como tal, acabam por exercer um poder sobre as mulheres que, por sua vez, se subjugam a esse domínio. (Neves, 2008). Portanto, tanto os homens como as mulheres revelam ter comportamentos relacionados com aquilo que a sociedade espera deles. Consequentemente, os homens relevam mais comportamentos violentos, para afirmar a sua robustez, o seu poder e força. Assim, estas crenças validam as ações de dominação e violência física na intimidade por parte dos homens. (Ventura, Frederico-Ferreira e Magalhães, 2013). Quaresma (2010), através do seu estudo, revelou que as raparigas eram as principais a defender a violência por parte do parceiro íntimo, e esta era legitimada “quando a mulher não cumpre as suas obrigações de género – sejam elas as de dona de casa ou as de esposa.” (Quaresma, 2010, pg. 169.) O silêncio perante atos de violência no seio íntimo são derivados de ideologias das quais se destacam o género. As mulheres deparam-se com uma realidade de coação e hostilidade, aceite pela sociedade, que fornece ao homem um papel de liderança, autoridade e dominação face a parceira. A

permissão das mulheres e em relação à violência estaria portanto profundamente ligada a esta ideia, que é fortalecida, pela pressão familiar, por questões monetárias, ou pela pressão social existente para está seja a “mulher ideal”. Algumas mulheres aceitam o papel de submissão que lhes é atribuído. (Oliveira e Cavalcanti, 2007) O tema do género interessa, deste modo, proporcionando uma desmistificação de ideologias estereotipados, de que há funções do homem e funções da mulher e, por fim, da menor clivagem entre o homem e a mulher. Nessa clivagem, ao género feminino é concedido a tarefa de fazer a gestão da casa e dos filhos e, ao género masculino, a tarefa de se desenvolver profissionalmente e o culto da força. (Coimbra, 2007) Esta assimetria torna-se enraizada, mostrando-se como natural no matrimónio. (DGS, 2014) É este tipo de pensamento que dá suporte ao aparecimento da violência doméstica, levando a que seja considerada uma violência socializada. (Coimbra, 2007) As mulheres têm maior tendência a ser vítimas de violência doméstica face aos homens. Há estudos que referem que a violência exercida pela mulher, para com o parceiro intimido, seria perpetuada com intuito de se defender. Portanto em grande parte dos casos, esta violência por parte da seria, em grande medida, uma resposta a uma situação de tenção, com intuito de deter o abuso. (DGS, 2014) Já os homens, têm mais tendência a ser vítimas de pessoas exteriores as suas famílias. (Day et al., 2003)

No entanto, nos últimos anos, parece haver um conjunto de publicações corroboram com a ideia de que há igualdade, entre homem e mulher e apoiam a ideia que o controle é perpetuado tanto pelos homens como pelas mulheres. (Lövestad et al., 2017). É também importante compreender a violência conjugal perpetuada pela mulher, pois em múltiplos casos a violência é exercida por esta. Alguns aspetos podem negligenciar os homens enquanto vítimas. Entre eles: O facto de o homem precisamente pela ideologia de género sentir vergonha e receio de revelar a situação, assumindo perante os outros que não conseguira exercer o papel de homem “forte” que a sociedade espera, assumir a situação poderá ser considerada, por eles, como depreciativo e desvalorizador; O facto de o tipo violência exercido pelo género feminino, ser maioritariamente psicológico/ emocional e por conseguinte é menos perceptível; As mulheres apresentam mais queixas policiais e apresentam normalmente ferimentos mais graves; A presença de preconceitos que o homem é robusto, arrojado , afirmativo e valente; A ausência de informação desta temática; A minimização de ocorrências reveladas de violência contra o género masculino; A elação que se um homem apresenta ferimentos físicos estes foram causados por um acidente ou por um outro homem e, por último, a pouca existência de auxílio a este tipo de causas. (DGS, 2014). Efetivamente,

parece a sociedade exige mais dos homens que das mulheres. Assim, quando as mulheres apresentam comportamentos violentos são mais facilmente desculpabilizadas, as pessoas acreditam que foram fatores exteriores que as levaram a tomar essa atitude, afirmando que elas apenas eram excessivamente emotivas. Já os homens quando são mais agredidos é posto em causa a sua masculinidade, e quando são violentos são considerados pessoas com dificuldades de controlo. (Scarduzio, Carlyle, Harris & Savage, 2017)

Tendo em conta o acima referido, torna-se necessário uma reflexão sobre as ideias preconcebidas do papel do género feminino e masculino. (Cunha & Pinho, 2011) Em suma, é essencial que o género seja tido em conta nas questões de violência conjugal, dando assim sustento de que as mulheres também podem ser agressoras. Assim é possível compreender de uma forma mais abrangente este fenómeno para que seja possível uma melhor intervenção. (Duarte & Oliveira, 2012).

A Vinculação

Antes dos finais dos anos 50 pensava-se que a vinculação era um processo inato, que ocorria quando o bebé era alimentado pela sua mãe (Ansieu et al., 1974). No entanto, Bowlby em 1958, refere que estar vinculado a alguém é diferente de se ser dependente de alguém. A diferença é que a vinculação requer uma ligação que seja continuada no tempo, que possua confinidade e afetividade e que seja direcionada para uma pessoa em específico, critérios esses que não são necessários na dependência. (Bowlby, 1977) Harlow e Zimmerman em 1959, comprovaram que existiam outras variáveis, para além da alimentação, para que fosse criada uma vinculação entre mãe-bebé. Na experiência dos respetivos autores, oito macacos recém-nascidos foram colocados em gaiolas individuais com mães “substitutas” umas de pano e outras de arame, durante 165 dias. Em quatro das gaiolas eram as mães de pano forneciam alimento, nas outras quatro eram as mães de arame que facultavam o leite. Os bebés macacos eram testados numa série de situações para medir a resposta afetiva dos mesmos. O autor concluiu que os macacos tinham uma preferência pela mãe de pano, mesmo quando não era esta que fornecia o alimento. Desta forma, o autor comprovou que o fornecimento de alimento não é a principal característica para que se forme o vínculo, sendo a conforção uma variável imprescindível para se criar esta ligação, tanto no bebé macaco como no bebé humano. O contacto entre mãe e filho é uma variável imprescindível para o bem-estar e para o desenvolvimento da criança. Efetivamente, a vinculação representa mais do que somente a

gratificação oral, expõe toda uma relação de afetiva (Ansieu et al.,1974). Para que seja formando este vínculo é necessário que a mãe seja sensível aos sentires do bebê, conseguindo fornecer uma resposta consistente e coerente. (Silva, Esteves & Castro, 2013) Alias Bowlby, em 1977, diz que considera que o importante para um modelo de vinculação positivo são os pais perceberem a necessidades da criança e agirem conformidade com o percebido. Uma criança que possua pais encorajadores, solidários e cooperantes com certeza sentirá uma maior valorização de si mesmo e uma maior confiança nos outros, o que irá permitir que a criança sinta segurança em explorar o seu meio ambiente. A partir daí, desde que as relações familiares continuem satisfatórias, não só esses padrões iniciais de pensamento, sentimento e comportamento perduram como também a personalidade torna-se cada vez mais estruturada para agir de uma forma resiliente moderada e controlada. Desta forma, a criança irá conseguir explorar o seu meio pois saberá que tem uma base segura para regressar quando necessário, e assim será capaz de enfrentar mais facilmente circunstâncias adversas. (Bowlby, 1969/1982). No entanto, existem também outros aspetos importantes, para além das particularidades da mãe, como o temperamento da própria criança e o meio social onde habita. (Silva, Esteves & Castro, 2013)

Um modelo positivo de vinculação na infância auxiliará no futuro, pois permitirá a construção de relações saudáveis, sendo conseqüentemente possível responder adequadamente a eventos adversos, entre os quais rejeições, separações e perdas. (Bowlby, 1969/1982).

Estilos de Vinculação no Adulto

Bartholomew e Shaver (1998) propuseram quadro estilos de vinculação para caracterizar a vinculação no adulto. Estes são determinados por duas dimensões: os modelos da representação de si mesmo e os modelos que são possuídos acerca dos outros. O modelo de si próprio pode ser positivo (possuidor de uma alta auto-estima) ou negativo (incerteza de se ser merecedor de amor), bem como o modelo sobre as outras pessoas pode ser positivo (a ideia que os outros são disponíveis e nos apoiam) como negativo (os outros não são disponíveis e é melhor evitar proximidade nos relacionamentos.).

O estilo de *vinculação seguro* é caracterizada por pessoas que possuem tanto modelo de si positivo como também um modelo dos outros positivo. Ou seja, os indivíduos seguros

autovalorizam-se e sentem-se confortáveis em estabelecer relações de proximidade. (Bartholomew & Shaver, 1998).

O estilo de *vinculação preocupado* é classificado por adultos que têm uma autoimagem negativa mas um modelo positivo do outro. Ou seja, são indivíduos que procuram ansiosamente a aceitação e validação dos outros com intuito de se sentirem seguros. (Bartholomew & Shaver, 1998).

O estilo de *vinculação medroso* é representativa de indivíduos que detêm uma visão negativa tanto de si próprios e dos outros que o rodeiam, eles mostram-se preocupados e extremamente dependentes, no entanto devido a possuírem expectativas negativas evitam relações de proximidade, com intuito de não sofrerem futuras perdas ou rejeições. (Bartholomew & Shaver, 1998).

O estilo de *vinculação desligado* é determinada por sujeitos que têm uma imagem negativa dos outros mas possuem uma noção positiva de si próprios. Conseqüentemente, as pessoas que possuem esta forma de vinculação, desvalorizam as relações com os outros. (Bartholomew & Shaver, 1998).

A Vinculação nos Casais

Já Bowlby (1969/1982) tinha referido que a vinculação na infância iria naturalmente influenciar a vinculação na idade adulta, afinal o autor considera que a vinculação acompanha o homem desde o seu nascimento até ao fim da sua vida. Isto porque o modelo da vinculação, construído na infância e na adolescência, permanece parcialmente inalterado na idade adulta. Como resultado ou consequência disso, o sujeito adulto tende a criar vínculos semelhantes aos anteriores. Desta forma, o sujeito trata os outros e espera ser tratado de acordo com as suas representações. Um modelo negativo, de si e dos outros, conduzirá a expectativas erróneas. Realmente estas ideias preconcebidas levam o individuo a ter expectativas, sobre os outros e sobre si, distorcidas. Estas crenças poderão resultar em comportamentos desajustados. Em suma, como consequência vivências precoces negativas e a uma dificuldade em estabelecer vínculos afetivo na idade adulta, poderão surgir problemas na relação conjugal. (Bowlby, 1977) Efetivamente, parece existir uma reprodução entre da vinculação estabelecida na infância, com os seus pais, com a vinculação na fase adulta, com o parceiro amoroso. Por

exemplo, jovens que tenham possuído uma vinculação segura com os pais tendem a relacionar-se positivamente com os pares, tendo mais confiança em si e nos outros (Matos & Costa,2006). Congruentemente, os sujeitos inseguros revelam menos ter menos confiança na sua relação amorosa. (Feeney & Noller, 1990).

A Vinculação e a Violência Conjugal

Desta forma, podemos pensar que parece também existir uma relação entre a vinculação e a resolução de conflitos. As crianças quando se deparam com um evento angustiante recorrem a proximidade com as figuras parentais, nessas alturas, as figuras de vinculação, por vezes, têm de conciliar as suas próprias necessidades com as da criança. E desta forma, vão fornecendo uma sensação de segurança, que a irá auxiliar a criança a recuperar a sua estabilidade emocional. Se este processo for bem concedido, a criança apreenderá que os conflitos têm resolução, pois através de uma resposta flexível, ambos poderão encontrar um equilíbrio entre as suas necessidades. Em contrapartida se as figuras de vinculação são inflexíveis, tendo apenas em conta as suas vontades e negligenciado as necessidades da criança, a criança associará o conflito a algo negativo e destrutivo. Assim poderá começar vir a ser formada a crença, que os conflitos são sinónimos de rejeição, desaprovação e desconsideração por parte do outro. (Mikulincer & Shaver, 2012). Como consequência do mencionado, na idade adulta, indivíduos com uma vinculação segura são mais assertivos e recorrem a estratégias de resolução de problemas mais adequadas - do que sujeitos que têm uma vinculação insegura- como por exemplo, recorrem mais ao dialogo e a negociação, tendo em conta tanto seus sentimentos como os dos outros. Assim, o conflito pode aproveitado para solidificar a relação proporcionando satisfação a ambos os elementos. No entanto, pessoas que possuam um estilo de vinculação inseguro são mais vulneráveis a percecionar o conflito como um evento negativo, não tendo tantas capacidades para resolve-lo. (Mikulincer & Shaver, 2012) Por exemplo indivíduos ansiosos com receio de ser abandonados tentam hiperinvestir na relação, revelando uma extrema dependência; ou por exemplo indivíduos evitantes podem afastarem-se de forma a não sofrerem. (Mikulincer & Shaver, 2012; Feeney & Noller, 1990). Efetivamente, indivíduos que não possuam capacidades de responder de forma adequada ao conflito podem também utilizar a violência, de forma a contrapor a situação. (Madalena, Falcke & Carvalho, 2015)). A vinculação insegura leva a uma maior vulnerabilidade para um individuo se tornar vitima ou agressor numa relação conjugal. (Pedroso,2014) As pessoas que têm uma vinculação insegura

apresentam maiores níveis de raiva e de ciúme. (Dutton et al.,1994). Não nos podemos esquecer que, como Bolwbi (1977) refere, a fonte mais comum da raiva surge da carência de amor e cuidado na infância. Assim parece claro que o estilo de vinculação medroso é o que está mais relacionado com os abusos. Torna-se portanto relevante relacionar a vinculação com a violência conjugal, pois um estilo de vinculação inseguro explica grande parte da variância dos abusos emocionais. (Dutton et al.,1994).

Por sua vez, as vítimas parecem associar-se mais a um estilo de vinculação preocupado, isto porque possuem um modelo negativo de si mas um modelo positivo do outro, desta forma podem subjugar-se com maior facilidade a uma relação onde negligenciam o seu próprio bem-estar em prol do bem-estar do outro, tendo dificuldade em exercer autoridade e revelarem as suas necessidades. Outro motivo para este estilo de vinculação estar associado a vitimização, é as pessoas preocupadas parecerem ter mais ansiedade face a separação, tendo alguma dificuldade em contrabalançar os aspetos positivos e negativos da relação (Loubat, Ponce, & Salas, 2007).

Esquemas Desadaptativos Precoces

Considera-se que o esquema é um padrão, traduzido numa representação abstrata, que se impõem à realidade e às experiências, guiando a perceção e o significado que o sujeito que se atribuí às mesmas. Assim, os esquemas vão influenciando os comportamentos/reações da pessoa que o possui. O esquema é algo que é sentido como “normal” e confortável pelo individuo que o tem, e como tal ele não é questionado nem posto em causa, essa é uma das possíveis explicações pelas quais se torna complicado serem alterados (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Os esquemas desadaptativos precoces, na maioria dos casos, desenvolvem-se durante a infância e a adolescência (Gibb,2002; McGinn, Cukorm& Sanderson, 2005). Young (1991) afirma que estes são desenvolvidos, maioritariamente, a partir da relação com os pais ou cuidadores. Segundo o autor, durante esta fase, os esquemas desadaptativos precoces funcionam como um meio que a criança/adolescente utiliza para compreender o que a rodeia. Efetivamente, estes esquemas são reflexo da interpretação que a criança/ adolescente faz da sua realidade. Eles podem surgir de um trauma, ou desenvolver-se a partir de maus-tratos infantis, no entanto, evidentemente, os esquemas desadaptativos precoces não surgem todos

devido a maus-tratos infantis, a verdade é um sujeito pode formar um esquema de que é dependente sem ter passado por um evento traumático, podendo, por exemplo, ter sido uma criança superprotegida, levando-a a autopercepcionar-se, posteriormente, como uma pessoa incapaz. Mas se estes esquemas não nasceram de um trauma, com certeza, desenvolvem-se devido a uma repetição de eventos prejudiciais. (Young, Klosko e Weishaar, 2003).

Ao longo da vida, estes esquemas são ativados por eventos, de relevância emocional, que se assemelhem ou que sejam percebidos como sendo semelhantes às experiências traumáticas ou negativas que deram origem ao esquema em causa. Podendo estes originar psicopatologias na adultícia. Os esquemas podem variar na sua intensidade, ou seja, um esquema é considerado mais grave devido: ao número de vezes for ativado; a intensificação negativa que ele despoletar no sujeito e a duração no tempo desse mesmo esquema, mas efetivamente, o que todos os esquemas precoces desadaptativos têm em comum é que criam sofrimento no sujeito que o possui. (Young, Klosko & Weishaar, 2003; Young, 1991)

Com base na sua experiência clínica, Young (1991) identificou 16 esquemas desadaptativos precoces e agrupou-os em 6 domínios, entre eles:

1. Instabilidade e Separação- Este domínio refere-se à dificuldade em estabelecer relações íntimas que suscitem insegurança e instabilidade (Young, 1991), isto porque estes sujeitos acreditam que as suas necessidades de segurança, compaixão e estabilidade não lhes serão fornecidas. Normalmente foram indivíduos que cresceram em famílias que os rejeitaram, que eram pouco carinhosas ou eram abusadoras. (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Este domínio engloba os esquemas de: *Abandono*- percepção de que o Outro é incapaz de fornecer apoio ou conforto emocional, o sujeito acredita que este é emocionalmente instável ou pouco confiável; *Abuso/Maus-tratos*- em que o sujeito tem a impressão de que o Outro é abusivo e manipulador; *Privação Emocional*- sendo este uma expectativa do sujeito de que as suas necessidades afetivas nunca serão satisfeitas adequadamente (Young, 1991).

2. Redução da Autonomia- traduz-se na expectativa negativa que o sujeito possui acerca da sua capacidade de funcionar de forma independente (Young, 1991). As pessoas com este tipo de domínio acreditam que não possuem capacidade para superar, actuar e funcionar com sucesso sem a ajuda dos outros. Normalmente são pessoas com famílias que os hiper-protegiam, não encorajando a criança a explorar o mundo, ou não apoiavam a criança. (Young, Klosko & Weishaar, 2003) Este

domínio inclui os esquemas de (Young, 1991): *Dependência* - que se prende com a crença de que o sujeito é incapaz de gerir as responsabilidades do dia-a-dia de forma apropriada; *Vulnerabilidade a Dano e Doença*- o qual consiste num medo exagerado de que um desastre ou catástrofe ocorrerá a qualquer momento; *"Envolvimento"* (*enmeshment*)- que se refere precisamente ao envolvimento emocional excessivo devido à crença de que os sujeitos não podem sobreviver ou seres felizes sem o apoio contínuo do outro (Young, 1991).

3. Indesejabilidade –Este domínio refere-se a dificuldade do sujeito no que respeita o ser diferente do outro. As pessoas com este domínio costumam sentir-se indesejáveis no que concerne a sua atratividade física, competências sociais e integridade moral (Young, 1991). Neste sentido, o domínio da indesejabilidade engloba os esquemas de: *Anomalia ou Defeito*- que se refere à crença de que se é intrinsecamente anómalo e indigno de amor; *Indesejabilidade social*- que está relacionado com o facto do sujeito pensar que está isolado devido as características indesejáveis; *Falha na realização*- que descreve a crença de que se é inapto e, portanto, destinado a falhar em áreas de realização pessoal e profissional (Young, 1991).

4. Auto-Restrição- as pessoas que possuem este tipo de domínio preocupam-se de uma forma excessiva com os outros. Assim, focam-se unicamente no que os outros desejam, sentem ou ambicionam, desistindo das suas próprias necessidades em prol da aprovação dos outros. Desta forma é evitada a existência de conflitos. Este tipo de pessoas possivelmente, na sua infância, possuíram figuras de vinculação que a induziam a privilegiar seus os interesses parentais, fornecendo só nessa condição atenção e carinho. Possivelmente eram também famílias que se preocupavam extremamente com a imagem social que transmitiam. (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Este domínio com porta os esquemas da : *Submissão*- que se traduz na perceção de que as ambições pessoais do indivíduo não são relevantes comparativamente com os ideais de outrém; *Inibição Emocional*- sendo este uma expectativa do sujeito de que a expressão das suas emoções terá consequências negativas ou será um constrangimento para o outro (Young, 1991).

5. Gratificação Restritiva- Este tipo de domínio é caracterizado por pessoas que suprimem os seus impulsos, são pessoas muito racionais regidas por regras e comportamentos éticos. São pessoas muito rígidas e como tal comportam-se de acordo com aquilo que acreditam estar correto mesmo que isso implique prejudicar o seu bem-estar. São pessoas perfeccionistas, com muita noção do dever, tendo portanto dificuldade em relaxar. São também sujeitos pessimistas e como tal preocupam-se em estar atentas com receio que algo possa correr mal se não o estiverem. (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Este domínio envolve os esquemas de: *Auto-Sacrifício*- que envolve

expectativas exageradas do sujeito no que respeita o seu dever e responsabilidade para com o Outro; *Padrão Rígido*- que se baseia na expectativa de que padrões utópicos e impossíveis devem ser cumpridos; *Negatividade/Pessimismo*- que se centra na expectativa de que não se pode evitar os aspetos negativos da vida (Young, 1991).

6. Redução de Limites- Os indivíduos com este tipo de domínio possuem dificuldades em se responsabilizar para com os outros que lhes são próximos e em respeitar os limites que lhes são impostos. Possuem também problemas no que concerne a planear objetivos a longo prazo. Portanto, são pessoas com dificuldade em estabelecer compromissos e possivelmente com pouca tolerância à frustração. (Young, Klosko & Weishaar, 2003). São pessoas que demonstram anomalias na autodisciplina e na estipulação de limites ao nível emocional e interpessoal (Young, 1991). Provavelmente este tipo de sujeitos, na sua infância, possuíram famílias que eram extremamente permissivas, ou que não os souberam orientar e supervisionar. (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Este domínio comporta os esquemas de: *Titularidade (entitlement)*- que consiste na ideia de que determinado indivíduo poderá ter atitudes que desvalorizem o outro; *Autocontrolo Insuficiente*- que representa a crença de que a autodisciplina é irrelevante, uma vez que estes sujeitos privilegiam as emoções e impulsividade face a restrição (Young, 1991).

Esquemas Desadaptativos Precoces e a Violência

Uma criança desenvolve esquemas desadaptativos quando sente que as suas necessidades básicas não são satisfeitas, sentindo-se ameaçada cria estratégias para enfrentar o problema. Essas respostas, dadas pela criança, são adequadas face a situação em que se encontra. Ao longo do tempo, as circunstâncias mudam, as respostas podem alterar-se mas os esquemas mantêm-se tornando-se pouco saudáveis para a pessoa que possui. Na idade adulta, a pessoa que desenvolveu esquemas desadaptativos precoces, tende a ajusta-los na sua vida e responder de acordo com eles. Nesta fase essas respostas já não são adaptadas nem congruentes mas ajudam a lidar com o sofrimento. Essas respostas surgem, maioritariamente, em forma de comportamento. Assim, os esquemas poderão, de forma inconsciente, provocar reações comportamentais no sujeito (Young, Klosko & Weishaar, 2008).

Ou seja, os esquemas desadaptativos precoces influenciam o comportamento desajustado que o indivíduo adota (Young et al., 2003), podendo-se traduzir em interações negativas com os outros. Por exemplo, Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel e Bogels (2010) verificaram que os esquemas desadaptativos precoces explicam 21.3% da variância dos problemas comportamentais de externalização. Especificamente, no que diz respeito à violência, estudos têm comprovado que estes esquemas estão associados tanto a agressores de violência íntima (Corral & Calvete, 2014) como às próprias vítimas (Atmaca & Gençöz, 2016).

Crawford e Wright (2007) confirmaram que sujeitos que sofreram na sua infância são mais vulneráveis de serem vítimas e/ou agressores na idade adulta. Isto pode ocorrer pois a criança desenvolve esquemas desadaptativos. Por exemplo, as vítimas acreditam que não têm valor e que têm de se subjugar às necessidades dos outros e os agressores, por sua vez, também podem possuir pouca auto-estima não tendo confiança na sua capacidade de tolerar a frustração.

Assim, podemos pensar que a violência poderá ser uma resposta de enfrentamento aos esquemas. (Paim & Falke, 2016). Efetivamente, uma das formas de resposta aos esquemas é a *Resignação*, assim a pessoa tende a aceita-los e a comportar-se de forma a confirmar as ideias existentes. As vivências tornam-se padronizadas e repetidas ao longo do tempo de forma a corroborar com o esquema possuído. Por exemplo, uma paciente que viveu na sua infância no seio de uma família abusadora tende a mais tarde casar com um marido que a trate da mesma

forma (Young, Klosko & Weishaar, 2008). Assim, as crianças mais tarde adultas, não conseguem responder de uma forma adequada aos problemas interpessoais. Em suma, os esquemas podem ser mediadores da vulnerabilidade para relações doentias na idade adulta. (Crawford & Wright, 2007). O que vai de encontro com a pesquisa de Paim e Falke (2016), onde afirma que existe uma associação entre a convivência com famílias abusivas na infância e os adultos violentos. Isto ocorre pois estes sujeitos, na idade adulta, reproduzem este mesmo tipo de relações. Também as pessoas com este tipo de experiências parecem ser mais vulneráveis à vitimização. Neste sentido, é relevante englobar este tema na violência conjugal, porque pode explicar parte da relação disfuncional. Isto tendo em conta que os esquemas desadaptativos precoces representam carências, que não foram correspondidas na infância e na adolescência, o que poderá ter levado à existência de dificuldades em estabelecer relações saudáveis na vida adulta (Paim, Madalena & Falcke, 2012). Paim & Falke (2016) acreditam que para a resolução dos problemas conjugais é necessário compreender o sujeito em questão, e para tal será indispensável o entendimento das ideias concebidas, pelo mesmo, durante a sua infância.

Tendo em conta o anteriormente relatado, é de extrema importância que nas investigações sobre a violência conjugal sejam englobados os esquemas, pois estes podem ajudar a compreensão do comportamento violento, favorecendo no auxílio da intervenção dos abusos na intimidade (Crawford e Wright, 2007 ;Corral & Calvete, 2014).

Depressão - O Modelo Cognitivo da Depressão de Beck.

Segundo Beck e Bredemeier (2016), a personalidade é organizada no âmbito de satisfazer as necessidades primordiais da vida humana -como a nutrição, suporte e vínculo emocional- e utiliza recursos vitais para a sua concretização. Tais recursos envolvem entes próximos, cônjuges, grupo de pares e grupo de identidade, pois estes condicionam o acesso às necessidades do humano. A depressão representa a perda de recursos vitais anteriormente investidos, que excede as capacidades e competências do indivíduo para mitigar o seu impacto.

O modelo cognitivo requer três ideias para elucidar a essência psicológica da depressão: *a tríade cognitiva, os esquemas e os erros cognitivos*. (Beck et al., 1997)

A tríade cognitiva

Apesar de o indivíduo considera-se a si, ao futuro e as experiências de uma forma única e particular, que o diferencia de todos os outros, o conceito da tríade cognitiva comporta três noções. O indivíduo tem “*uma visão negativa sobre si*”, dando-se pouco valor, acaba dessa forma, por menosprezar-se e censurar-se. O sujeito acredita não possuir as qualidades necessárias para a seu bem-estar e realização pessoal. O segundo conceito concerne no indivíduo ver as suas “*experiências actuais como negativas*”, ou seja, a pessoa vê no mundo dificuldades que considera não conseguir ultrapassar, conseqüentemente, acredita que não ser capaz de estar a altura do desafio. Avalia assim de uma forma errada as suas relações com o meio envolvente, o que acaba por simbolizar, para o indivíduo deprimido, um fracasso. Por fim, o último conceito da tríade, constitui em uma “*visão negativa do futuro*”, acreditando que no futuro irá sofrer, ter obstáculos, decepções e ter necessidades não satisfeitas. (Beck et al., 1997)

De acordo com Beck (2008), na depressão existe a negatividade nos autorrelatos dos pacientes, incluindo os sonhos e interpretações negativas das suas experiências, tais como a fraca esperança num futuro estável próximo, a perda de motivação, a autocrítica e desejos suicidas. Segundo Beck e Bredemeier (2016), a autocrítica aumenta exponencialmente e de forma desadequada na depressão severa. Essa autocrítica consiste numa autodesvalorização que domina a consciência do indivíduo, através de rumações e pensamentos contrafactuais sobre erros cometidos no passado e sentimentos de culpa inadequados (Beck & Bredemeier, 2016). Conseqüentemente, a autodesvalorização pode dar origem a um autoconceito negativo, pois o indivíduo absorve os pensamentos negativos e sentimentos de culpa generalizando-os e condicionando as suas expectativas face ao futuro (Beck & Bredemeier, 2016).

Esquemas do Pensamento Depressivo

É importantes os esquemas serem abordados neste estudo, para a compreensão da permanência de atitudes indutivas de infelicidade no sujeito. (Beck et al., 1997)

Os esquemas são compostos por modelos, que são apreendidos através das situações vividas pelos sujeitos. Criam desta forma, crenças sobre situações vivenciadas e é desta forma os mesmos são ativados. (Beck et al., 1979). Tendem a ser persistentes, tendo em conta que as respostas dadas são idênticas, face a tipo de eventos idênticos. (Beck et al., 1997) Desta

forma, são considerados pensamentos automáticos. (Anmuth, 2011). Estes servem para moldar os dados em cognições. Assim, os eventos vivenciados são avaliados através dos mesmos. (Beck et al., 1997)

Pressupostos da teoria cognitiva afirmam que a intensidade de determinados esquemas idiossincráticos é redobrada no estado depressivo (Beck, 1964). Sugerem também que quanto maior for esta intensidade, maior a probabilidade de interiorizar cognições negativas (Beck, 1964). Assim, na depressão, as experiências são adulteradas para coincidirem com os esquemas existentes no sujeito. (Beck et al., 1997). Quanto mais os esquemas são ativados maior a sucessão de estímulos, e menos coerentes eles são entre si. O sujeito perde o autodomínio, e conseqüentemente torna-se incapaz de utilizar esquemas mais adequados a situação. Quando a depressão se agrava os pensamentos de valência emocionais negativa, são vistos com menos racionalidade, tornando-se mais idiossincráticos. Na depressão severa, o sujeito revela regularmente pensamentos de valência emocional negativa, sendo mais complicado focar-se em estímulos externos, revelando entraves na sua mudança. (Beck et al., 1997) Assim, a realidade do indivíduo deprimido está subordinada a ideias ou esquemas idiossincráticos que são por este reconhecidos como *verdadeiros*. Na depressão severa, o indivíduo demonstra que perdeu a capacidade de controlo do seu processo de pensamento e mesmo fazendo um esforço para se focar em assuntos neutros no âmbito de afastar as ideias depressivas, a cognição desses esquemas idiossincráticos já foram interiorizados e ocupam uma posição soberana face a qualquer outra ideia (Beck, 1964). Na depressão severa, os esquemas idiossincráticos estão tão ativos que produzem continuamente cognições idiossincráticas, não havendo espaço para outros assuntos ou ideias. Em depressões severas, qualquer tentativa do sujeito em dirigir, decidir ou modificar o conteúdo do pensamento é drasticamente limitada (Beck, 1964)

Processamento e erros de informação

No pensamento do sujeito deprimido existem erros sistemáticos, que confirmam os seus conceitos negativistas. Entre eles:

- *Inferência Arbitraria*, que consiste em retirar uma conclusão mesmo sem existir dados para fundamentar essas mesmas ideias, sendo que por vezes os factos até se contradizem.

- *Abstracção Selectiva* é um erro que constitui no sujeito focar-se num pormenor, e negligenciar as outras particularidades mais evidentes, tirando uma conclusão com base nesse pequeno detalhe.

- *Hipergeneralização* baseia-se em retirar sistematicamente uma norma ou ideia devido a eventos isolados e usar a conceção, em ocasiões semelhantes e não semelhantes.

- *Magnificação e minimização* são referentes a enganos de apreciação da relevância ou grandeza de um incidente, de forma tão incoerente que pode ser considerado uma *distorção*.

- *Personalização* alude à tendência do sujeito a rever-se em episódios externos, sem que exista fundamentação para a ligação.

- *Pensamento dicotómico absolutista* consiste no padrão de categorizar todas as experiências em um de dois grupos opostos; por exemplo, “*impecável ou defeituoso, imaculado ou imundo, santo ou pecador.*” (Beck et al., 1997, p. 12) Ao falar de si próprio o indivíduo deprimido coloca-se sempre no grupo mais negativo. (Beck et al., 1997)

O processamento de informação, implica que a atenção seletiva se foque nos aspetos e interpretações negativas das experiências, bloqueando, assim, os eventos e memórias valência emocional positiva (Beck, 2008). No que respeita ao nível mais profundo, Beck (2008) concluiu que os pacientes, aquando deprimidos, demonstravam atitudes e crenças sobre si próprios extremamente desproporcionais e disfuncionais, que se apoderaram da capacidade de processamento de informação e produziram um viés cognitivo negativo, dando origem a sintomas.

Sintomas

Como consequência, interpretações pessimistas do sujeito deprimido, acabam por se manifestar alguns sintomas típicos. (Beck et al., 1997) Entre eles:

Sintomas motivacionais, resultantes do pessimismo e desesperança do indivíduo, caracterizam-se pela escassez de vontade de realizar atividades. O deprimido receia um resultado negativo e não estabelece assim objetivos. (Beck et al., 1997). Conseguimos notar uma falta de motivação, para atividades de eram consideradas como prazerosas. O deprimido poderá manifestar um cansaço persistente ou perda de vigor, mesmo que não tenha realizado uma tarefa que exigisse esforço. Existe uma lentificação na realização das tarefas quotidianas. Dificuldade de concentração, tomar decisões e/ou pensar. (Porto, 1999).

Consequentemente, o sujeito poderá invocar o tema da sua morte e em alguns casos existir ideias suicidas (Porto,1999), que surgem como forma de fugir as dificuldades que são consideradas intoleráveis e não parecem ter resolução. Podem ainda acreditar que seria melhor para os outros que ele próprio não existisse, pois estes ficariam aliviados com a sua ausência. (Beck et al., 1997)

O indivíduo descreve a situação como um vazio ou uma ausência permanente de felicidade. Poderá também apresentar irritabilidade, sensação de tristeza, crises de choro, baixa auto-estima e culpabilidade. (Porto, 1999).

Os sintomas fisiológicos predominantes são as crises de choro, os comportamentos suicidas, a lentificação psicomotora e as perturbações do sono. A insónia intermédia ou terminal é a mais comum em deprimidos, no entanto também pode suceder a insónia inicial ou hipersónia, que é menos frequente. Pode acontecer o sujeito sentir sono o dia todo. Outra característica fisiológica é a alteração da alimentação, sendo que muitas vezes o indivíduo sente perda de apetite, podendo também ocorrer, menos frequentemente, o aumento deste. Por último, no deprimido pode também ocorrer desinteresse sexual. (Porto,1999) pode ser explicado através das crenças erronias de que vai falhar no futuro. (Beck et al., 1997)

Se por um lado, nesta psicopatologia costuma existir um retraimento social. (Porto, 1999), por outro lado, também é comum o aumento da dependência, dado que o sujeito se vê como incapaz de realizar as tarefas do seu dia-a-dia procura auxílio nos outros. (Beck et al., 1997)

Vulnerabilidade para a Depressão

Conforme o modelo cognitivo, alguns os acontecimentos precoces dispõem a formação de conceitos negativos sobre si próprio, o seu futuro e os outros. Assim, os esquemas, que no momento não se apresentam ativos, podem e ser avivados por algum evento semelhante ao antecedente. *“Por exemplo, o rompimento de uma situação marital pode ativar o conceito de perda irreversível associado à morte de um progenitor na infância.”* (Beck et al., 1997, p. 14). A depressão pode também ser despoletada por uma perturbação física, que conduzirá o sujeito avivar a crença de que vai ser infeliz no futuro. (Beck et al., 1997)

Um sujeito mentalmente saudável quando passa por uma situação traumática, mantém a motivação, e interpreta de uma forma realista o aspeto traumático tendo também em conta os outros atributos da sua vida. Na depressão isto não ocorre, sendo que o sujeito revela apenas ideias de valência emocional negativa, negligenciado todas as suas outras facetas. (Beck et al., 1997)

Segundo Beck (1987), a depressão invoca modos de personalidade e crenças disfuncionais. *“O modelo cognitivo longitudinal deve ser restrito às depressões reativas e/ ou aquelas que advêm de eventos socialmente relevantes. Embora o processamento cognitivo negativo seja semelhante em todos os tipos de depressão, o que propicia esse processamento varia amplamente.”* (Beck, 1987, p.24)

A Violência Conjugal e a Depressão

É relevante salientar que as vítimas de violência na intimidade, devido à agressividade exercida, padecem de fortes repercussões que se manifestam tanto a nível psicológico como físico (Neves, 2008). Podemos encontrar inúmeras consequências a nível físico mas os danos psicológicos da violência, por vezes, são mais penosos (Day et al., 2003). Efetivamente, a saúde mental das vítimas, devido ao abuso, encontra-se em risco, o que poderá causar sérios transtornos mentais (Pereira, 2017), assim, a vivência de violência por parte do parceiro íntimo poderá ser potenciadora do desenvolvimento psicopatologias, como a depressão (Day et al., 2003).

A depressão é um dos primordiais efeitos da violência conjugal. (Bittar, 2012). Morais (2009), diz-nos que existe uma relação entre esta patologia e violência doméstica. Efetivamente, no seu estudo, comprovou que 75,3% das mulheres vítimas de violência doméstica apresentavam depressão. Recentes descobertas apontam no mesmo sentido, já que, mulheres que experienciaram, exclusivamente, abuso psicológico, nos últimos cinco anos, tinham 2.06 e 1.75 vezes maior de apresentar depressão ligeira ou severa, respetivamente, comparativamente a mulheres não abusadas. (Estefan et al., 2016) Mgopa et al. (2017) apresentam resultados ainda mais significativos, eles atestam que, pessoas que sofreram de violência têm 11 vezes mais probabilidades de apresentar sintomas depressivos. Na sua amostra 90 % das vítimas de violência apresentavam depressão leve (Mgopa et al., 2017).

Uma classe de eventos que estão relacionados com a depressão são os traumas, pois estes causam uma alteração cognitiva, associada à mudança de planos e aspirações da pessoa. (Slavich e Irwin, 2014). As consequências associadas ao trauma são aumentadas pelo facto de o atacante ser uma pessoa próxima, o que amplia os sentimentos de fragilidade, deslealdade e falta de esperança. (Giffin, 1994). Quando maior a intimidade com o agressor maiores as consequências do fenómeno. Da mesma forma que, quanto maior o tempo despendido nessa relação maiores serão as consequências. (Juli, 2014)

A depressão foi associada ao sentimento de ameaça constante e ao sentimento de as vitimas não poderem ser ajudadas na vida (Urhan, Pirinccioglu & Aydin, 2017), o que as leva a sentirem uma pressão permanente e obriga a pessoa a estar num estado hipervigilante, na tentativa de controlar a situação, e conseguir fugir ao perigo. (Juli, 2014). Pinto (2014), considera que o sentimento de insegurança é agravado pelo afastamento das vítimas as que lhes são próximas. Assim, a qualidade de vida e o prazer dos padecentes ficam minorados. (Silva et al., 2015).

A agressão fornece a mensagem à vitima que esta não merece nem receber o amor do conjugue nem é digna de respeito (Sackett & Saunders, 1999). Consequentemente a vítima coloca em causa as capacidades e a sua própria eficiência, (Diniz, 2017) o contribui para a diminuição da auto-estima e culpabilização pelo sucedido (Juli, 2014; Mozzambani, Ribeiro, Fuso, Fiks & Mello, 2011). Assim, as vitimas apercebem-se de uma mudança na sua identidade, passando a considerarem-se pessoas mais preocupadas, dependentes, desconfiadas, mais instáveis, com menos competências cognitivas, (Carvalho, 2010) com humor triste, com crises de choro frequentes, falta de confiança, fadiga permanente,

dificuldade em planejar o futuro, sensação de inutilidade, (Juli, 2014) isolamento, irritabilidade, culpa, indecisão, autocrítica, dificuldade de concentração, comprometimento das habilidades sociais, insónias, perda do apetite e do interesse sexual, (Bittar, 2012), lentificação psicomotora, (Slavich e Irwin, 2014), falta de motivação, desanimo, consumos mais frequentes, (Pereira, 2017) e stress. (Silva et al., 2015). Lövestad et al. (2017) no seu estudo comprovou que as vítimas expostas a comportamentos violentos, durante 12 meses, apresentavam pelo menos 2 em 5 sintomas de depressão, quase diariamente, ou pelo menos uma vez por semana. Conforme Juli (2014) estes sintomas podem surgir tanto após um episódio esporádico como ao fim de longo período de violência (Juli, 2014).

O sofrimento da violência conjugal poderá conduzir a padecente a perder a esperança e a situação poderá, conseqüentemente, levar a pessoa abusada a cometer o suicídio (Day et al., 2003). Esta decisão é uma das conseqüências da depressão, que acontece com frequência em casos de violência conjugal (Bittar, 2012). As vítimas que sofrem de comportamentos violentos, por parte do conjugue, são mais susceptíveis de revelarem tentativas de terminar com a sua vida quando comparadas com as que não sofrem (Antai, Oke, Braithwaite & Lopez, 2014). As tentativas de suicídio, associadas a esta temática, encontram-se ligadas às experiencias passadas de desafeto e desdém, o que leva ao adoecimento mental. A aflição face ao anseio de autonomia, poderá conduzir a que a pessoa agredida opte por se matar. Assim é possível concluir que, a experiencia de vitimização na vida íntima suscita doenças psicológicas que podem levar a determinação da vítima em acabar com a sua existência (Correia et al., 2014).

A Depressão e a Violência

Não é apenas a violência entre parceiros íntimos que pode ampliar o risco de depressão, também o reverso pode ocorrer, a depressão poderá aumentar o risco de violência por parte do parceiro intimo (Iverson, Lester, & Resick, 2011). A escolha do parceiro amoroso pode ocorrer de forma a colaborar com as crenças que a pessoa já tinha, tanto sobre si como dos outros. Assim, sujeitos que sofram de psicopatologias podem estabelecer relacionamentos com conjugues que corroborem para a conservação dessas crenças. Desta forma, ambos os membros da relação podem legitimar a violência, na medida em que cada um apresenta comportamentos que ativam o esquema do par (Paim, Madalena & Falcke, 2012). Iverson et al. (2011) descobriram que mulheres depois realizarem de uma terapia cognitivo-

comportamental de 6 meses reduziam os sintomas depressivos, relatavam sucessivamente sofrer menos violência por parte do parceiro íntimo. Assim, os resultados sugerem que o tratamento da depressão pode funcionar para reduzir, interromper ou prevenir a violência, por parte do parceiro íntimo. Efetivamente as vítimas podem estar envolvidas num ciclo vicioso de abuso, entre a vitimização, e a depressão, que se fortalecem. Embora a responsabilidade da violência dependa sempre do ator que a perpetua, é essencial que se continue a identificar os fatores de risco, de forma a interromper ou prevenir essa situação. É portanto relevante identificar os grupos de risco de violência conjugal e as suas características predominantes, para que possam ser realizada tanto uma melhor intervenção como uma mais eficiente prevenção do fenómeno. É pertinente que os técnicos estejam preparados para fornecer um suporte adequado e ajudar as vítimas a recuperar do trauma e a recomeçar a sua vida, pois muitas vezes as vítimas apresentam-se num estado de grande vulnerabilidade (Pinto, Varela & Vinhal, 2012). A presença de um diagnóstico preciso poderá ser benéfico para as vítimas de violência conjugal, nesse sentido é necessário o utilizar uma avaliação eficiente de forma a ser possível percebermos melhor as consequências psicológicas da agressão sofrida (Bittar & Kohlsdorf, 2013).

O Agressor e a Depressão

É relevante que existam investigações não só das vítimas mas também sobre o agressor, com o objetivo de os abranger na resolução do problema de violência conjugal. Assim é necessário estes estudos sobre as pessoas agressoras serem concebidos para que possam ser fornecido um auxílio aos mesmos, fomentando neles uma melhor adequação face aos conflitos, proporcionando, desta forma, uma relação familiar mais satisfatória, sem a presença da violência (Madureira et al., 2014).

Anderson em 2002 realizou um estudo onde mostrou que não só as vítimas de violência por parte do parceiro íntimo sofriam depressão, mas também os agressores apresentavam esta psicopatologia bem como diminuição de autoestima. O que sugere que a depressão está ligada tanto à perpetuação da violência como à vitimização. No entanto, a perpetração de violência parece ser menos psicologicamente angustiante do que a vitimização (Johnson, Giordano, Longmore & Manning, 2014). A presença desta patologia no perpetrador pode ser explicada porque muitas das vezes o agressor também é vítima de violência por parte do parceiro íntimo

(Anderson, 2002; Coker et al., 2002). Outros estudos corroboraram com esta pesquisa, que a perpetuação está significativamente relacionada a sintomas depressivos, mas justificaram de maneira diferente, conforme Johnson, Giordano, Longmore e Manning (2014) tal associação ocorre por três motivos, entre eles: (1) a violência conjugal implica a existência de um relacionamento íntimo caracterizado por conflitos e dinâmicas negativas, (2) porque a desadequada resolução de conflito utilizada poderá representar para o agressor um falhanço, e por ultimo (3) a violência é vista pela vítima e por outros como um comportamento inadequado e prejudicial. A perpetuação da violência pode também estar associada com a depressão e com a baixa de auto-estima pois o agressor pode ter receio de ser abandonado pelo parceiro, o que o leva a tentar controlá-lo através de ameaças e comportamentos coercivos. Assim o agressor perpetua a violência para combater o seu receio de um possível afastamento do conjugue. A verdade é que uma pessoa simultaneamente agressiva e depressiva poderá tentar compensar a sua necessidade de poder manipulando a pessoa que considera mais frágil e disponível (Maiuro et al., 1988).

Teoria Cognitiva da Ansiedade

A ansiedade, ao longo da história evolutiva, sempre foi um sentimento essencial para a sobrevivência do humano, pois prepara o sistema para se defender dos perigos exteriores (Clark & Beck, 2010). Uma resposta adequada, como por exemplo paralisação ou a fuga, permitia a sobrevivência de um sujeito face a um predador (Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

No entanto, a ansiedade patológica é exagerada e desproporcional ao estímulo que a desencadeou, englobando uma percepção errada do perigo (Oliveira, 2011), ou seja, existe uma *cognição disfuncional* (Clark & Beck, 2010). Assim, as pessoas sofrem com receio que algo corra mal sem possuírem uma razão lógica para tal (Oliveira, 2011). Esta sensação de ameaça é prolongada no tempo, isto pode ocorrer pois o indivíduo só de pensar no potencial perigo sente-se ansioso, e mesmo que este não se materialize causa um grande sofrimento (Clark & Beck, 2010).

Outra das principais características da ansiedade patológica é a *hipersensibilidade ao estímulo*, que é resultado de vários pequenos detalhes serem percebidos como perigosos, sem que estes na realidade tenham um carácter ameaçador (Clark & Beck, 2010). Assim, pequenos eventos podem se tornar em algo grandioso e perigoso. Efetivamente, um dos erros mais comuns de pensamento, de uma pessoa que sofre de ansiedade, é a *catastrofização*, ou seja a

ampliação de uma situação para algo temeroso, sendo realizada uma exaltação das partes negativas do evento. A *catastrofização* manifesta-se, principalmente, quando o sujeito se projeta no futuro. Futuro este que aparenta ser terrível aos olhos da pessoa que sofre de ansiedade, assim o sujeito teme que uma desgraça possa ocorrer. Outro dos erros frequentes é a *generalização*, que se define pela crença que os resultados de uma experiência única serão semelhantes aos de eventos futuros, tornando-se esse evento num padrão. (Oliveira, 2011). Em suma, a pessoa ansiosa faz uma avaliação automática negativa do seu futuro, sem conseguir aperceber-se desse mesmo equívoco. Estes pensamentos automáticos nascem de uma interpretação desadequada de um evento, mas quando mais perturbado o sujeito se apresentar maior a sua dificuldade em por em causa a desadequação dessa mesma interpretação. (Oliveira, 2011)..

Cada sujeito, de acordo com o grão de ansiedade sentida, manifesta sintomas e atitudes diferentes. No entanto, existem três principais formas de expressar a ansiedade, entre elas (Baptista, Carvalho & Lory, 2005).

1. A comunicação verbal- que é manifestada pela descrição linguística dos sentimentos de receio, medo, perigo e ameaça do sujeito (Baptista, Carvalho & Lory, 2005), assim são relatados os pensamentos face a situação em que se encontra (Serra, 1980).

2. Os comportamentos manifestos- é uma componente motor que se apresenta como respostas ao pensamento, normalmente estas são *o evitamento, a fuga e a paralisação*. (Baptista, Carvalho & Lory, 2005) Este aspeto limita a ação, inibe o sujeito de realizar as tarefas que deseja (Serra, 1980) impedindo-o de ter uma conduta que considera ser prazerosa e gratificante (Clark & Beck, 2010).

3. E por fim, das reações do sistema fisiológico- que se traduzem em modificações das configurações a nível físico (Baptista, Carvalho & Lory, 2005) como por exemplo: tensão muscular, aumento da libertação de suor, secura das glândulas salivares, alteração da tensão e dos batimentos cardíacos, tremores, necessidade fisiológicas alteradas etc. (Serra, 1980).

A Ansiedade Estado e Traço

Spielberg refere que existem dois estilos de ansiedade- a Ansiedade-Estado e a Ansiedade-Traço. Assume-se que a ansiedade-estado é algo inconstante, pois altera-se ao

longo do tempo. Ou seja, o indivíduo sente-se mais ou menos tenso de acordo o estímulo desencadeante, podendo assim a ansiedade variar na sua intensidade (Spielberger,1972).Estes estados são definidos por sensações conscientes subjetivas que conduzem a ativação do sistema nervoso autônomo (Spielberger, 1966).

A ansiedade-traço é definida por já caracterizar a pessoa em questão, devido a ser algo frequente e constante na vida do indivíduo. (Spielberger,1972). Pessoas com ansiedade-traço são, portanto, mais susceptíveis a sentirem-se ameaçados num maior leque de situações -que na realidade não se apresentam perigo- e responder de acordo com essa sensação. (Biaggio, Natalício & Spielberger, 1977; Spielberger, 1966) Consequentemente, pode-se dizer que pessoas com Ansiedade-traço possuem frequentemente e intensamente Ansiedade-estado (Biaggio, Natalício & Spielberger, 1977).

No nosso quotidiano e no senso comum conseguimos ouvir e distinguir estes dois tipos de ansiedade. Spielberger em 1966, refere um exemplo de uma declaração- que reforça está distinção- “ *O Senhor X está ansioso*” ou “ *o Senhor Y é ansioso*”. A primeira afirmação refere-se ao estado em do Senhor X se encontra naquele instante, possivelmente algum evento desencadeou uma reação momentânea, e portanto é uma situação transitória. A segunda afirmação é referente ao traço de personalidade do Senhor Y, este tipo de ansiedade parece ser algo crónico, conduzindo o Senhor Y a apresentar pensamentos e mecanismos defensivos contra essa mesma ansiedade de forma continuada (Spielberger, 1966).

Spielberger (1966) sugere que os estudos devem ter em conta as diferenças entre o estado e o traço, pois torna-se importante abranger a intensidade e frequência da ansiedade, assim será mais fácil compreender as defesas do sujeito face ao estímulo.

A Ansiedade e a Vitimização da Violência Conjugal

As vítimas de violência conjugal têm uma grande probabilidade de revelar ansiedade. No estudo de Mozzambani et al. (2011) 94% das vítimas de violência conjugal apresentavam ansiedade. A convivência com o abusador levará a vítima a sentir um stress constante, que causará também um grande sofrimento. (Sesar, Šimić & Dodaj, 2015). Sesar, Šimić & Dodaj (2015) comprovaram que vítimas de violência conjugal apresentam mais sintomas de

ansiedade comparadas com pessoas que não tenham sofrido. Estas apresentam, *excitação, hipersensibilidade, irritabilidade e agitação* e uma enorme dificuldade em relaxar.

A ansiedade na violência conjugal pode ser justificada pelo facto de a passividade e a paralisação poder ser, numa primeira instância, uma estratégia para se defender da agressão. No entanto, essa conduta torna-se, ao longo do tempo, desadaptativa, na medida em que a continuação desta atitude impede as vítimas de reagir contra o agressor. O medo leva a passividade e impede as vítimas de se defenderem adequadamente, dificultando a procura de estratégias mais eficazes para a resolução do problema (Mozzambani et al., 2011) A verdade é que a pessoa desenvolve a sensação de não ter controle sobre a situação e desenvolve sentimentos de insegurança face a si e ao seu futuro. Assim, a vítima pode formar a crença que de que é impotente face a este evento, o que a leva a permanecer numa situação na qual não se sente confortável (Sackett & Saunders, 1999). Afinal uma das consequências da ansiedade é a dificuldade no que concerne à tomada de decisões. (Oliveira, 2011). Outra das explicações pelas quais a vítima poderá ter dificuldade em romper com o ciclo da violência conjugal é a ansiedade que sente face a este mesmo término (Sackett & Saunders, 1999).

A Ansiedade e o Agressor de violência conjugal

Parece que também os agressores podem sofrer de ansiedade. Padovani e Williams (2011) no seu estudo comprovaram que realmente os agressores conjugais apresentavam níveis mais altos de ansiedade do que sujeitos que não eram perpetradores. Os autores especularam que tal transtorno pode ocorrer pois os agressores possuem um baixo nível de tolerância a frustração, assim apresentam níveis de ansiedade face aos seus desejos insatisfeitos, não conseguindo tolerar tais sentimentos, utilizam a violência de forma a exprimir os seus sentimentos. Nardi e Benetti (2012) também acreditam que os agressores na violência conjugal são realmente indivíduos extremamente egocêntricos e com uma enorme dificuldade no que concerne em controlar os seus impulsos, ficando frustrados por não lhes ser fornecido prazer imediato. Ou seja, a ansiedade sentida, face a um conflito com o conjugue, poderia leva-los a uma conduta inadequada- como é o exemplo da violência. (Padovani & Williams, 2011) Medeiros e Peniche (2006) ajudam a confirmar, tal teoria, ao informar que efetivamente existe uma relação entre os estados de ansiedade e dificuldades no que concerne à resolução de problemas. Nardi e Benetti (2012) explicam que os perpetradores reagem de forma agressiva pois normalmente estes sujeitos possuem uma falha narcísica e conseqüentemente são muito dependentes do outro. A impotência de

não controlar o amor do conjugue poderá leva-los a altos estados de ansiedade. Estes estados ansiosos poderão despoletar a violência de forma a manipular o afastamento ou a separação do conjugue. A verdade é que pessoas com um baixo nível de ansiedade respondem de uma forma mais ajustada pois não veem o evento como algo grandioso e ameaçador, conseguindo resolver os problemas de forma mais ajustada (Medeiros & Peniche, 2006).

Padovani e Williams (2011) reforçam ainda a importância de futuros estudos sobre os agressores de violência conjugal. Consideram também necessário compreender melhor que estilo de ansiedade é sentida pelos agressores, recomendado que seja distinguida a ansiedade estado e traço, pois essa era uma das suas limitações (Padovani & Williams, 2011).

Objetivo de Estudo e Hipóteses de Investigação

Para compreender de uma forma exaustiva as consequências da violência conjugal é importante a concretização de investigações em padecentes de violência conjugal que não possuam um apoio. (Cunha & Pinho, 2011) O objetivo deste estudo foca-se então em compreender este fenómeno de uma forma abrangente, tendo em conta o género, o tempo de relação, e as consequências psicológicas, nomeadamente a depressão, a ansiedade, os esquemas desadaptativos precoces e a vinculação em vítimas e agressores. Este estudo propõe-se também a diferenciar as consequências entre a violência física e emocional. Pinto, Varela e Vinhal (2012) afirmam que percebendo este fenómeno é possível tanto uma melhor prevenção como atuação por parte dos profissionais. Assim, as hipóteses analisadas são as seguintes:

H1: A violência conjugal é mais perpetuada pelo sexo masculino do que pelo sexo feminino.

H2: Existe uma correlação entre o tempo de relação e o aumento da vitimização de violência.

H3: Quanto maior o índice de violência conjugal mais elevados os níveis de depressão, tanto em vítimas como em perpetradores.

H4: Sujeitos que sofreram de violência emocional estão mais correlacionados com a depressão e ansiedade em comparação com sujeitos que sofreram de violência física.

H5: Quanto maior o índice de violência conjugal mais elevados os níveis de ansiedade, em vítimas e perpetradores.

H6: Existe uma relação entre a vinculação insegura (Desligados, Preocupados e Amedrontados) e a violência, tanto em vítimas como em perpetradores.

H7: Existe uma correlação entre os esquemas desadaptativos precoces e a violência conjugal, tanto em vítimas como em perpetradores.

Método

Participantes

A amostra desta investigação são casais heterossexuais, que habitam na mesma residência e que sejam casados no registo civil. A realização deste estudo será requerida em Portugal. Assim sendo, a amostra é não aleatória objetiva por conveniência, pois a amostragem irá ser obtida num grupo de casais heterossexuais e num intervalo de um estado civil específico.

Tabela 1- Caracterização da amostra em função do género

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
Feminino	25	50,0	50,0	50,0
Masculino	25	50,0	50,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Como se pode observar na Tabela 1, a amostra deste estudo é constituída por 25 casais, 50% do sexo feminino e 50% do sexo masculino, o que totaliza um somatório de 50 indivíduos.

Tabela 2- Caracterização da amostra em função da idade

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	50	23	66	48,18	12,568
N válido	50				

A média de idades é de 48 anos, tendo o sujeito mais novo 23 e a idade mais avançada, presente neste conjunto de sujeitos, é de 66 anos. Como se pode analisar na tabela abaixo.

Tabela 3- Caracterização da amostra em função do tempo de casamento

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	A
Tempo de Casamento	50	1	34	17,74	12,414	média
Tempo a viver em conjunto	50	1,00	35,00	18,7400	11,99798	do
N válido (listwise)	50					tempo

de casamento entre os indivíduos é de 17 anos, e a média do tempo a viverem em conjunto é de 18 anos

Tabela 4- Caracterização da amostra em função da escolaridade

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem cumulativa
6º ano	2	4,0	4,0	4,0
9º ano	1	2,0	2,0	6,0
12º ano	14	28,0	28,0	34,0
Bacharelato/Licenciatura	18	36,0	36,0	70,0
Mestrado	10	20,0	20,0	90,0
Pós-Graduação	3	6,0	6,0	96,0
Doutoramento	2	4,0	4,0	100,0
Total	50	100,0	100,0	

Através da Tabela 4 é possível averiguar que a maioria dos participantes possui Bacharelato/Licenciatura, 36%.

Instrumentos

O primeiro instrumento utilizado será o *Consentimento Informado*, pois os psicólogos que intervêm no campo da saúde, são forçados a seguir a conduta que requer o preenchimento

do mesmo. (Ribeiro, 2002). O Consentimento Informado é um documento que comunica resumidamente, o teor da investigação. É também fornecido ao participante a duração aproximada da participação no estudo. No documento é garantido a confidencialidade e o anonimato do indivíduo. É um documento que informa que a participação não tem um carácter obrigatório, o que deixa ao critério do participante desistir de participar na investigação se assim o entender. (Código Deontológico, 2011)

O Inventário de Violência Conjugal (IVC), de Machado, Gonçalves, e Matos, (2015) foi utilizado com intuito de reconhecer a vitimização e a perpetuação de violência. Este é composto por 21 itens, sendo o item 21 opcional. A parte A do questionário refere-se aos comportamentos violentos usados no último ano da relação actual. A parte B do IVC não será analisada pois corresponde nos comportamentos violentos perpetuados e/ou vitimizados das relações passadas. Tanto na parte A como na B, o questionário subdivide-se em comportamentos perpetuados (a) e comportamentos vitimizados (b), sendo por conseguinte uma escala de auto e hétero avaliação. Portanto os opções de resposta alternam em: “Nunca fiz na minha relação actual; Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez; Já fiz ao meu parceiro mais do que uma única vez;” e “ O meu parceiro actual nunca me fez; O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez e o meu parceiro actual já me fez mais do que uma única vez.”. Os domínios da escala são violência emocional item 2, 20, 6, 9, 19, 7 e 14 e violência física 3, 13, 10, 1, 8, 5, 4, 16, 11, 18, 12, 15 e 17. Para a autora basta um dos comportamentos ser perpetuado para se poder considerar como abuso. Este inventário adaptado para a população portuguesa por Machado, Gonçalves e Matos (2015).

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) conforme Beck, Steer e Garbin (1988) avalia os sintomas e atitudes típicos da depressão, entre eles: (1)O Humor ; (2) O Pessimismo; (3) A auto percepção de falha; (4) A falta de satisfação; (5)Os sentimentos de culpa; (6) A Punição; (7) A decepção consigo próprio; (8) A auto-acusação; (9) Os desejos suicidas; (10) O choro; (11) A irritabilidade; (12) A retirada social; (13) A indecisão; (14) A distorção da imagem do corpo; (15) A inibição da atividade laboral; (16) A perturbação do sono; (17) O cansaço; (18) A perda de apetite; (19) A perda de peso; (20) A preocupação somática; (21) A perda de libido. Cada item tem 4 opções, sendo o 0 a ausência de manifestações depressivas e o 3 a presença mais severa de sintomas ou traços depressivos. Dessa forma, o resultado mais baixo seria 0 e o mais alto 63. Os participantes podem escolher mais do que uma opção de resposta, sendo posteriormente cotada a mais alta (Cláudio, 2004). Beck e Beamesderfer

(1974) consideram que os participantes que adquiriam somatório acima 4 valores apresentavam depressão ligeira, resultados de 14 a 20 implicam uma depressão moderada e resultado igual ou superior a 21 apresentam depressão severa. A versão utilizada foi a proposta em 1988 por Beck, Steer e Garbin, os autores sugerem que os sujeitos com valores inferiores a 10 não apresentavam psicopatologia depressiva, de 10 a 18 é considerado depressão leve, de 19 a 29 é estimado depressão moderada e pontuações de 30 a 63 é considerado depressão grave. Este inventário adaptado para a população portuguesa por por Cláudio em 1990 (não publicado) (Cláudio, 2004).

A *Escala de Vinculação do Adulto (EVA)* é escala que avalia a vinculação no adulto. É uma escala tipo likert onde é pedido ao sujeito que responda de acordo com o que habitualmente sente no que concerne as relações que estabelece com os outros. O participante para cada uma das afirmações pode responder de acordo com as 5 opções estabelecidas, que variam desde o extremo “ nada característico em mim” até ao outro extremo “ extremamente característico em mim”. A EVA é composta por 3 dimensões e 18 itens, que são organizados, segundo Canavarro, Dias e Lima (2006), da seguinte forma: domínio da Ansiedade- itens 3, 4, 9, 10, 11, 15; domínio do Conforto com a Proximidade- itens- 1, 6, 8, 12, 13, 14; e por fim, o domínio da segurança dos outros- itens 2, 5, 7, 16, 17 e 18. É relevante, para a avaliação da escala, ter em conta os itens 2, 7, 8, 13, 16, 17 e 18 estão invertidos. Com intuito de averiguar o estilo de vinculação composto por 4 estilos- Seguros, Preocupados, Desligados e Amedrontados, foi comparado o valor médio da dimensão da Ansiedade com o valor médio do Conforto-Confiança (junção do valor médio da Confiança nos Outros com o Conforto com a Proximidade). Os estilos são calculados da seguinte forma (Canavarro, Dias & Lima, 2006): Sujeitos são considerados Seguros se possuírem um valor médio > 3 no Conforto-Confiança e < 3 na Ansiedade; Indivíduos são categorizados como Preocupados se adquirem um valor médio > 3 no Conforto- Confiança e > 3 na Ansiedade; Pessoas são qualificadas como Desligadas quando obtém valor médio < 3 na variável Conforto-Confiança e < 3 na Ansiedade; Os inquiridos são considerados Amedrontados quando têm valores médios < 3 no Conforto-Confiança e > 3 na Ansiedade. Os participantes não são classificados se obtiverem Ansiedade ou Conforto-Confiança = 3. Este inventário adaptado para a população portuguesa por Canavarro, Dias e Lima (2006).

O *Inventário de Ansiedade Estado e Traço (STAI)*, é uma escala de auto-relato que pode ser aplicada individualmente, não possuindo limite de tempo para a sua realização.

(Spielberger et al., 1983). Este inventário é dividido em duas partes sendo, a primeira referente à ansiedade-estado (STAI-Y1) e a segunda à ansiedade- traço (STAI- Y2), cada escala contem 20 itens. Na primeira parte do inventário (STAI- Y1), os 20 itens são referentes a afirmações cujo objetivo é o inquirido responder de acordo com o que sente neste mesmo momento. Assim, o sujeito pode responder de acordo com as quatro opções fornecidas, sendo elas as seguintes: (1) *nada*; (2) *um pouco*; (3) *moderadamente* e (4) *muito*. Na segunda parte do inventário (STAI- Y2), as declarações são referentes a como o individuo habitualmente se sente, podendo a pessoa responder de acordo com as seguintes opções: (1) *quase nunca*; (2) *algumas vezes*; (3) *frequentemente*; (4) *quase sempre*. Assim sendo, os valores do somatório, em cada escala, podem variar entre 20 a 80. (Spielberger et al., 1983). Considera-se que quando maior é o score mais alto é nível de ansiedade do participante para ambas as escalas. No que concerne a cotação, é importante ter em conta que ambas as escalas têm itens invertidos sendo eles, na ansiedade-estado (Y1): 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20 e na ansiedade-traço (Y2): 21, 23, 26, 27, 30, 33, 34, 36, 39 (Spielberger et al., 1983). Este inventário foi adaptado para a população portuguesa por Silva e Campos em 1988.

O Inventário de Problemas Interpessoais (IPP-64) é um instrumento de auto-preenchimento que tem como objetivo calcular as dificuldades interpessoais, identificando a forma como as pessoas se comportarem na relação com o outro. É um questionário de auto-relato, que pode ser administrado individualmente ou em grupo (Horowitz et al., 2000; Ruiz et al., 2004) Este apresenta-se dividido em 2 partes, sendo que a primeira corresponde a aspetos que dizem respeito a dominação/ submissão onde é pedido ao sujeito que responda de acordo com aquilo que é difícil para ele. A segunda parte do instrumento analisa a ternura / frieza onde é pedido ao sujeito que responda de acordo com aquilo que faz em demasia. (Alden., Wiggins & Pincus, 1990). O Inventário totaliza 64 itens, que possuem 5 opções de resposta, que variam entre 0 a 4 (Ruiz et al., 2004). A escala analisa 8 problemas interpessoais, entre eles: O ser demasiado controlador- que se relaciona com sujeitos que controlam muito o outro e são manipuladores (itens 17, 31, 44, 45, 50, 52, 57 e 59); A desconfiança e raiva- normalmente caracterizado por sujeitos egocêntricos (itens 1, 22, 24, 29, 32, 40, 56 e 64); A frieza interpessoal- normalmente assinalada por indivíduos que mostram dificuldade em expressar afeição e simpatia para com os outros (itens 11, 15, 16, 20, 23, 27, 36 e 60); A ansiedade social- habitualmente representada por indivíduos tímidos e inibidos (itens 3, 7, 14, 18, 33, 35, 55 e 62); Não-assertivo-que corresponde dificuldade em expor as suas opiniões (itens 5, 6, 8, 9, 12, 13, 19 e 39); Submissão- caracterizando pessoas

excessivamente flexíveis mostrando dificuldades em se zangar e que são excessivamente acomodadas (itens 2, 10, 25, 34, 38, 42, 53 e 61); Auto-sacrifício- são pessoas que esforçam-se constantemente por agradar e apoiar os outros (itens 21, 28, 37, 46, 49, 51, 54 e 63); Intrusivo/ Carente- representando sujeitos que procuram a atenção do outro de uma forma intensa e inadequada (itens 4, 26, 30, 41, 43, 47, 48 e 58) O score é calculado através pela média total dos itens e pela média dos 8 problemas acima referidos. (Ruiz et. al., 2004; Sousa, 2013; Alden., Wiggins & Pincus, 1990; Horowitz et al., 2000). Este inventário foi adaptado para a população portuguesa por Machado e Salgado (não publicada).

O Questionário de Esquemas de Young, é instrumento de auto-relato que avalia os esquemas desadaptativos precoces postulados no modelo dos esquemas elaborado pelo mesmo autor. A versão da escala utilizada é a de 123 itens, onde as respostas são dadas de acordo com a escala de Likert de seis pontos. O questionário pretende avaliar os 15 esquemas agrupados em 6 Domínios (Young, 1991), que são os seguintes: o da Instabilidade e Separação (que engloba os esquemas de Abandono, Maus-tratos e Privação Emocional) , Redução da Autonomia (comporta os esquemas de Dependência e Vulnerabilidade ao Dano e a Doença); Indesejabilidade (que adquire os esquemas de Anomalia ou Defeitos, Indesejabilidade Emocional e o Falha de Realização) Auto-Restrição (que possui os esquemas de Submissão e Inibição Emocional) Gratificação Restritiva (que engloba os esquemas de Auto-Sacrifício, Padrão Rígido, Negatividade e Pessimismo) e Redução dos Limites (que engloba os esquemas de Titularidade e Auto-Controlo Insuficiente). Quanto mais alto for o score dos domínios, maior será a disfuncionalidade dos mesmos. (Young, 1991). Este inventário foi adaptado para a população portuguesa por Pinto-Gouveia e Robalo em 1994.

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Derogatis, 1983; Versão Portuguesa: Canavarro, 1995) é uma versão reduzida da *Symptom Checklist (SCL-R-90)*. O Inventário é uma medida de auto-relato composta por 53 itens que se propõe a avaliar os sintomas psicopatológicos, assim, avalia 9 dimensões correspondentes a patologias específicas, sendo elas: Somatização (itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37), Obsessões-Compulsões (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36), Sensibilidade Interpessoal (itens 20, 21, 22 e 42), Depressão (itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50), Ansiedade (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49), Hostilidade (itens 6, 13, 40, 41 e 46), Ansiedade Fóbica (itens: 8, 28, 31, 43 e 47), Ideação Paranóide (itens: 4, 10, 24, 48 e 51), Psicoticismo (itens: 3, 14, 34, 44 e 53). A partir do BSI é também possível extrair

três medidas gerais, sendo elas: o Índice Geral de Sintomas, que combina o número de sintomas e a sua intensidade, o Índice de Sintomas Positivos, que auxilia na percepção da tendência de resposta do participante, e o Total de Sintomas Positivos, que se refere ao número de sintomas que o inquirido identificou, independentemente da sua intensidade. As respostas são pontuadas numa escala de Likert de cinco pontos, que varia entre *Nunca* e *Muitíssimas* vezes, em que os participantes indicam a frequência com que sentiram os sintomas apresentados durante a última semana. Relativamente às características psicométricas, o Inventário apresenta uma consistência interna para as dimensões que varia entre 0.62 e 0.80 (Canavarro, 1999). Este inventário foi desenvolvido por Derogatis (1982), adaptado para a população portuguesa por Canavarro (1999).

A *Escala de Avaliação Emocional (EAS)* é uma escala que avalia a reactividade emocional. É uma escala de autorelato que pode ser aplicada individualmente ou em grupo. A mesma é composta por 24 itens, distribuídos por 8 categorias de emoções fundamentais, entre as quais: tristeza (itens 7, 21, 23), raiva (itens 4, 12, 20), culpa (itens 5, 13, 15), ansiedade (itens 6, 14, 22), alegria (itens 8, 16, 24), surpresa (itens 1, 10, 18), medo (2, 9, 17) e repulsa (3, 11, 19). Segundo Carlson et. al. (1989), a métrica para a escala de avaliação emocional é analógica de 10 cm (p. 316), com dois pólos opostos, o menos possível (lado direito) e o mais possível (lado esquerdo). A cotação da intensidade de cada item é obtida através da medição da distância, do pólo esquerdo para a traço localizado em qualquer ponto da linha (Carlson et. al., 1989). Avalia-se o valor das diferentes dimensões somando os pontos obtidos de cada item correspondente. De acordo com Carlson et.al. (1989), a consistência interna da escala de avaliação emocional variou entre 0,885 e 0,925 sendo, neste sentido, substancialmente significativa. Foi apurada também a consistência interna entre as diferentes subescalas tendo estas apresentado valores ligeiramente significativos, variando desde 0,554 a 0,918 (Carlson et. al., 1989). A tradução da escala para Português foi realizada por Alcobia, Balola e Cláudio em 2016 (não publicado).

Aceitando o Passado / Relembrando o Passado (ACPAST/REM) é uma escala que pretende averiguar a aceitação que o participante possui sobre o passado e a sua reminiscência sobre o mesmo. Uma vez que, para Santor e Zuroff (1994), a dificuldade em aceitar o passado é uma das causas que conduz a auto-desvalorização, o que está relacionado com a sintomatologia dos estados depressivos. A aplicação da escala poderá ser realizada de uma

forma individualizada ou em grupo. Trata-se de uma escala de auto-resposta, tipo Likert, onde é pedido ao participante que responda de acordo com uma das sete opções dadas, em que o 1 corresponde ao discordo fortemente e o 7 corresponde ao concordo fortemente. Esta escala possui 27 itens que se encontram agrupadas em 2 dimensões da seguinte forma: A Aceitação do Passado, que engloba os itens 1, 3, 4, 6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 20, 22, 25 e 27 e a Reminiscência que adquire os itens 2, 5, 7, 9, 10, 17, 18, 21, 23, 24 e 26. A cotação da escala é obtida através do somatório dos itens de cada domínio, sendo relevante ter em conta que os itens 1,2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 17, 22, 24 e 25 estão invertidos. A tradução da escala foi traduzida por Alcobia, Balola e Cláudio em 2016 (não publicado).

Procedimento

Todos os questionários serão lidos pela investigadora, em voz alta, para cada um dos participantes e estes serão preenchidos em papel. O tempo necessário para a realização abrange aproximadamente 60 minutos.

A recolha será executada após a realização dos questionários. Seguidamente os valores serão inseridos numa base de dados do programa SPSS e posteriormente analisados.

Resultados

Com o intuito de averiguar a violência conjugal, na presente amostra deste estudo, foi revelada a frequência e percentagem de perpetradores (Tabela 1) e vítimas (Tabela 2) de violência física; e a frequência e percentagem de perpetradores (Tabela 3) e vítimas (tabela 4) de violência emocional.

As Tabelas 1 (Perpetuadores) e 2 (Vítimas) resumem a Frequência e Percentagem da Violência Física.

Tabela 1-Frequência Absoluta (n) e Relativa (%) dos Perpetuadores de Violência Física

	Frequência	Percentagem
Não perpetua	42	84,0
Perpetuador	8	16,0
Total	50	100,0

Tabela 2- Frequência Absoluta (n) e Relativa (%) das Vítimas de Violência Física

	Frequência	Porcentagem
Não é vítima	42	84,0
Vítima	8	16,0
Total	50	100,0

Conseguimos então aferir que 16% da amostra, 8 pessoas, referem ter perpetrado violência física (Tabela 10) existindo uma congruência com o relato das vítimas, verificando-se (Tabela 11) que também 16% da amostra refere ter sido vítima de violência física.

As Tabelas 3 (Perpetuadores) e 4 (Vítimas) resumem a Frequência e Porcentagem da Violência Emocional.

Tabela 3- Frequência Absoluta (n) e Relativa (%) dos Perpetuadores de Violência Emocional

	Frequência	Porcentagem
Não perpetua	33	66,0
Perpetuador	17	34,0
Total	50	100,0

Tabela 4- Frequência Absoluta (n) e Relativa (%) das Vítimas de Violência Emocional

	Frequência	Porcentagem
Não é vítima	32	64,0
Vítima	18	36,0
Total	50	100,0

Constata-se através da Tabela 3 que 34% dos inquiridos admite ter perpetrado violência emocional, ou seja 17 em 50 pessoas abusaram emocionalmente o conjugue. A Tabela 4 afere que 36% dos inquiridos revelam ter sido abusados emocionalmente, ou seja 18 em 50 pessoas são vítimas de violência psicológica.

HIPÓTESE 1

Com o objetivo de analisar os resultados da **primeira hipótese**, *a violência conjugal é mais perpetuada pelo sexo masculino do que pelo sexo feminino* foram comparados os níveis de violência, física e emocional, em função do gênero através do teste de Mann-Whitney, visto que o pressuposto de normalidade foi violado, a Tabela 5 resume os resultados obtidos.

Tabela 5 – Níveis médios de IVC consoante o gênero

IVC	Gênero	N	Média	DP	P
IVC_Fisico_P	Feminino	25	13,48	,87	,019
	Masculino	25	13,04	,20	
IVC_Fisico_V	Feminino	25	13,52	1,19	,162
	Masculino	25	13,32	1,14	
IVC_Emocional_P	Feminino	25	7,72	1,24	,782
	Masculino	25	7,76	1,56	
IVC_Emocional_V	Feminino	25	8,20	1,68	,101
	Masculino	25	7,68	1,57	

Através do teste foi possível constatar que, nesta amostra, existem diferenças significativas entre os gêneros relativamente à perpetuação da violência física ($p=0,019$), sendo que o sexo feminino perpetua mais violência física que o masculino. O que denota que os homens não são mais agressores que as mulheres, pois estas apresentam mais comportamentos violentos a nível físico. Já a nível emocional não se observa uma diferença significativa entre os gêneros. Em termos de vitimização também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os gêneros, em ambos os tipos de violência (Física e Emocional). O que significa o gênero feminino é tão vítima como o masculino.

HIPÓTESE 2

Querendo testar a segunda hipótese, ou seja se *existe uma correlação entre o tempo de relação e o aumento da vitimização níveis da violência*, foi realizado um coeficiente de correlação de Spearman, visto que as variáveis em estudo não apresentam distribuição Normal.

Tabela 6- Correlação entre tempo de casamento e perpetuação de violência

Rô de Spearman		IVC_Fisico_P	IVC_Emocional_P
Tempo de Casamento	Coeficiente de Correlação	-,024	-,140
	Sig. (bilateral)	,870	,332
	N	50	50

*. A correlação é significativa no nível 0,05.

Podemos concluir que não existe uma correlação significativa entre estas duas variáveis, nem a nível físico, nem a nível emocional. No entanto, apesar de não terem sido encontradas correlações significativas, os valores apresentados são negativos, o que sugere uma tendência para que a correlação seja inversa, ou seja, que os níveis de violência emocional tendem a diminuir com o tempo de casamento.

HIPÓTESE 3

Para calcular a terceira hipótese, *quanto maior o índice de violência conjugal mais elevados os níveis de depressão*, foi analisada a relação entre os níveis de depressão e os níveis de violência física e emocional em vítimas e agressores através de coeficientes de correlação de Spearman. A tabela 7 apresenta os resultados obtidos.

Tabela 7- Correlação entre a Violência Conjugal e a Depressão

Rô de Spearman		IVC_Fisico_		IVC_Emocional	
		P	IVC_Fisico_V	_P	IVC_Emocional_V
BDI	Coeficiente de	,357*	,497**	,496**	,666**
Total	Correlação				
	Sig.(bilateral)	,011	,000	,000	,000
	N	50	50	50	50

Através da tabela podemos observar que existe correlação significativa entre os níveis de depressão e os níveis de violência física e emocional, tanto na perpetuação como na vitimização. Isto significa que há medida que os níveis de violência aumentam, os níveis de

depressão também aumentam. No entanto, os níveis de depressão mostram-se maiores nas vítimas do que nos perpetradores.

HIPÓTESE 4

Podemos confirmar quarta hipótese, *os sujeitos que sofreram de violência emocional estão mais correlacionados com a depressão e com a ansiedade em comparação com os sujeitos que sofreram de violência física*, através das correlações realizadas.

Através da Tabela 7 conseguimos aferir parte da quarta hipótese, *os sujeitos que sofreram de violência emocional estão mais correlacionados com a depressão em comparação com sujeitos que sofreram de violência física*. Assim podemos notar que a correlação mais forte ($r=0,666$) é entre os níveis de depressão e os níveis de vitimização de violência emocional.

Comparando a Tabela 11 com as Tabelas 8, 9 e 10, apresentadas abaixo, conseguimos aperceber-nos de as vítimas de violência emocional são também as que possuem uma correlação mais forte com a ansiedade-estado ($r=,552$, $p= ,000$) e são também estas as únicas que apresentam uma correlação significativa com a ansiedade-traço($r=,333$, $p= ,018$). Assim, conseguimos conferir que os sujeitos vítimas de violência emocional estão mais correlacionados com a ansiedade do que os que sofreram violência física.

HIPÓTESE 5

Para concretizar a quinta hipótese, *quanto maior o índice de violência conjugal mais elevados os níveis de ansiedade*, foi realizado o teste estatístico Correlação de Pearson para as diferentes variáveis.

Tabela 8- Correlação entre a Perpetuação de Violência Física e a Ansiedade Estado e Traço

		STAI Ansiedade-Estado TOTAL	STAI Ansiedade-Traço TOTAL
IVC Físico P	Correlação de Pearson	,370**	,233
	Sig. (bilateral)	,008	,103

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

* A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Tento em conta a Tabela acima é possível apurar a presença da correlação positiva estatisticamente significativa entre o Abusador de Violência Física e a Ansiedade-Estado ($r=,370$, $p=,008$). No entanto, esse grau de significância não se verifica para a Ansiedade-Traço ($r=,233$, $p=,103$) não existindo uma correlação significativa entre a Perpetuação de Violência Física e a Ansiedade-Traço.

Tabela 9 - Correlação entre a Vitimização de Violência Física e a Ansiedade Estado e Traço

		STAI Ansiedade-Estado TOTAL	STAI Ansiedade-Traço TOTAL
IVC Físico V	Correlação de Pearson	,302*	,185
	Sig. (bilateral)	,033	,199

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

* A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

No que concerne aos dados da Tabela 9 é possível apenas confirmar a significância da correlação ao nível a Vitimização de Violência Física e da Ansiedade-Estado ($r=,302$, $p=,033$). No entanto a variável Vitimização de Violência Física não se encontra correlacionada com representação significativa ao nível da Ansiedade-Traço ($r=,185$, $p=,199$).

Tabela 10 -Correlação entre a Perpetuação de Violência Emocional e a Ansiedade Estado e Traço

		STAI Ansiedade-Estado TOTAL	STAI Ansiedade-Traço TOTAL
IVC Emocional P	Correlação de Pearson	,371**	,186
	Sig. (bilateral)	,008	,195

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

* A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

Tendo em conta a Tabela 10, referente a Perpetuação de Violência Emocional, podemos examinar uma correlação significativa ao nível, mais uma vez, da Ansiedade-Estado ($r=,371$, $p=,008$). Não é possível, no entanto, verificar o mesmo resultado no que concerne a Ansiedade Traço, não havendo uma correlação nestas duas variáveis ($r=0,186$, $p=,195$).

Tabela 11 - Correlação entre a Vitimização de Violência Emocional e a Ansiedade Estado e Traço

		STAI Ansiedade-Estado TOTAL	STAI Ansiedade-Traço TOTAL
IVC Emocional V	Correlação de Pearson	,552**	,333*
	Sig. (bilateral)	,000	,018

** A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

* A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

A Tabela acima, aponta para uma correlação positiva e significativa entre a Vitimização Emocional e a Ansiedade Estado ($r=,552$, $p=,000$) e Traço ($r=,333$, $p=,018$). O que revela que quanto maior o score da vitimização a nível emocional maior o nível da Ansiedade nas suas duas formas.

HIPÓTESE 6

De forma a testar-se a sexta hipótese *existe uma relação entre a vinculação insegura e a violências, tanto em vítimas como em perpetradores.*, recorreu-se à análise de variância entre médias (ANOVA), tendo em conta que o pressuposto da homogeneidade das variâncias não foi violado (Anexo X). Os resultados apresentam-se na Tabela 12.

Tabela 12- Comparação entre as Médias da Violência Conjugal e os Estilos de Vinculação

		N	Média	Desvio Padrão	Sig
IVC Físico P	Não Classificado	2	13,0000	,00000	,683
	Seguro	42	13,2857	,70834	
	Preocupado	2	13,0000	,00000	
	Desligado	3	13,0000	,00000	
	Amedrontado	1	14,0000	.	
	Total	50	13,2600	,66425	
IVC Físico V	Não Classificado	2	13,5000	,70711	,960
	Seguro	42	13,4048	1,23089	
	Preocupado	2	13,0000	,00000	
	Desligado	3	13,6667	1,15470	
	Amedrontado	1	14,0000	.	
	Total	50	13,4200	1,16216	
IVC Emocional P	Não Classificado	2	8,0000	,00000	,877
	Seguro	42	7,8095	1,50184	
	Preocupado	2	7,0000	,00000	
	Desligado	3	7,3333	,57735	
	Amedrontado	1	7,0000	.	
	Total	50	7,7400	1,39694	
IVC Emocional V	Não Classificado	2	8,0000	,00000	,878
	Seguro	42	7,9286	1,70212	
	Preocupado	2	7,0000	,00000	
	Desligado	3	8,6667	2,08167	
	Amedrontado	1	8,0000	.	
	Total	50	7,9400	1,63395	

A partir da tabela 12 verifica-se que não existem diferenças entre as médias dos grupos. Assim sendo, parece não existir uma relação estatisticamente significativa entre os estilos de vinculação e a violência conjugal. Isto é confirmado tanto em vítimas de violência física ($p=,960$), em vítimas de violência emocional ($p= ,878$) em perpetradores de violência física ($p= ,683$) e emocional ($p=,877$).

HIPÓTESE 7

Com o objetivo de averiguar a sétima e última hipótese, *existe uma correlação entre os esquemas desadaptativos precoces e a violência conjugal*, foi realizado o teste da Correlação de Pearson. As Tabelas abaixo (13 e 14) revelam a correlação entre a Perpetuação e os Domínios do Esquemas Desadaptativos.

Tabela 13- Correlação entre a Perpetuação de Violência Física e os Domínios dos Esquemas

		Instabilidade	Redução Autonomia	Indesejabilid ade	Auto- Restrição	Restrição da Gratificação	Redução dos Limites
IVC Físico P	Correlação de Pearson	,041	,158	,017	-,030	,126	,349*
	Sig.	,779	,273	,908	,838	,383	,013

Os resultados da Tabela 13 revelam portanto uma correlação positiva entre os Agressores de Violência Psicológica e o Domínio da Redução os Limites ($r= ,359$, $p= ,013$). Conseguimos também verificar existe uma correlação negativa entre os Perpetuadores de Violência Psicológica e o Domínio da Auto-Restrição ($r=-,030$, $p= ,838$) o que representa que as pessoas com maiores comportamentos violentos a nível físico tendem a ter um score menor neste domínio. Todos os outros Domínios, nomeadamente a Instabilidade ($r=,041$ $p=,779$), Redução de Autonomia ($r= ,158$, $p= ,273$) e Indesejabilidade ($r=,017$, $p= ,908$) não apresentam uma correlação significativa com a perpetuação da violência física.

Tabela 14- Correlação entre a Vitimização de Violência Física e os Domínios dos Esquemas

		Instabilidade	Redução Autonomia	Indesejabilid ade	Auto- Restrição	Restrição da Gratificação	Redução dos Limites
IVC Físico V	Correlação	,269	,330*	,112	,033	,193	,469**
	Sig.	,059	,019	,440	,821	,180	,001

Esta Tabela possibilita a constatação da existência de uma correlação positiva entre a Vitimização da Violência Física e os Domínios da Redução da Autonomia ($r=.330$, $p=.019$) e da Redução dos Limites ($r=.469$, $p=.469$).

Tabela 15- Correlação entre a Perpetuação de Violência Emocional e os Domínios dos Esquemas.

		Instabilidade	Redução Autonomia	Indesejabilid ade	Auto- Restrição	Restrição da Gratificação	Redução dos Limites
IVC Emoci onal P	Correlação	,139	,171	,134	,091	,152	,635**
	Sig.	,335	,235	,352	,531	,292	,000

A Tabela 15 permite verificação de uma associação positiva entre os agressores de violência conjugal e o Domínio, dos Esquemas Desaptativos Precoces, Redução dos Limites ($r=.636$, $p=.000$)

Tabela 16- Correlação entre a Vitimização de Violência Emocional e os Domínios dos Esquemas.

		Instabilidade	Redução Autonomia	Indesejabilid ade	Auto- Restrição	Restrição da Gratificação	Redução dos Limites
IVC Emoci onal V	Correlação	,294 [*]	,249	,322 [*]	,259	,339 [*]	,759 ^{**}
	Sig.	,038	,081	,023	,069	,016	,000

Através da Tabela 16, averigua a correlação estatisticamente significativa entre a Vitimização de Violência Emocional e os Domínios da Instabilidade ($r = ,294$, $p = ,038$), da Indesejabilidade ($r = ,322$, $p = ,322$), da Restrição da Gratificação ($r = ,339$, $p = ,016$) e da Redução dos Limites ($r = ,759$, $p = ,000$).

A NÍVEL EXPLORATÓRIO

A nível exploratório tentamos apurar que outras psicopatologias poderiam estar correlacionadas tanto com a perpetuação como com a vitimização de violência conjugal. Para tal, foi utilizado o teste estático da Correlação de Pearson.

Tabela 17- Correlação entre a Violência Conjugal e as Diferentes Psicopatologias.

BSI		Perpetuador	Vítima	Perpetuador	Vítima
		Física	Física	Emocional	Emocional
Somatização	Correlação	,035	-,002	,071	,251
	de Pearson				
	Sig.	,810	,988	,625	,079
	N	50	50	50	50
Obsessão Compulsão	Correlação	-,017	,014	-,004	,129
	de Pearson				
	Sig.	,909	,922	,978	,373
	N	50	50	50	50
Sensibilidade Interpessoal	Correlação	,063	,158	,010	,219
	de Pearson				
	Sig.	,665	,272	,944	,126
	N	50	50	50	50
Depressão	Correlação	,114	,249	,185	,406^{**}
	de Pearson				
	Sig.	,429	,082	,199	,003

	N	50	50	50	50
Ansiedade	Correlação de Pearson	,099	,076	,238	,371**
	Sig.	,493	,599	,095	,008
	N	50	50	50	50
Hostilidade	Correlação de Pearson	,404**	,392**	,536**	,573**
	Sig.	,004	,005	,000	,000
	N	50	50	50	50
Ansiedade Fóbica	Correlação de Pearson	,243	,074	,262	,257
	Sig.	,089	,609	,066	,072
	N	50	50	50	50
Ideação Paranóide	Correlação de Pearson	,178	,444**	,154	,279*
	Sig.	,217	,001	,286	,049
	N	50	50	50	50
Psicoticismo	Correlação de Pearson	,198	,391**	,065	,315*
	Sig.	,168	,005	,652	,026
	N	50	50	50	50
IGS Total	Correlação de Pearson	,176	,261	,202	,392**
	Sig.	,223	,067	,159	,005
	N	50	50	50	50
TSP	Correlação de Pearson	,141	,166	,196	,290*
	Sig.	,329	,249	,172	,041
	N	50	50	50	50

Através da Tabela acima representada conseguimos em primeiro lugar aferir que as vítimas de violência conjugal são as que se correlacionam mais com a psicopatologia em geral ($r=,292$; $p=,005$). Em segundo lugar, conseguimos constatar que essa mesma variável (vitimização de violência emocional) se relaciona com a Depressão ($r=,406$, $p=,003$), Ansiedade ($r=,371$, $p=,008$), Hostilidade ($r=,573$, $p=,000$), Ideação Paranóide ($r=,279$, $p=,049$), Psicoticismo ($r=,315$, $p=,026$). Também a vitimização de violência física se relaciona com a Hostilidade ($r=,392$, $p=,005$) Ideação Paranóide ($r=,444$, $p=,001$) e Psicoticismo ($r=,391$, $p=,005$). Ambas as variáveis de Perpetuação, de violência física e emocional, encontram-se relacionadas com a Hostilidade ($r=,404$, $p=,004$ e $r=,536$, $p=,000$, respectivamente).

Ainda a nível exploratório, tentamos compreender quais os estados emocionais que mais se correlacionam com a vitimização e com a perpetuação, para tal utilizamos o teste estático da Correlação de Pearson.

Tabela 18- Correlação entre os Estados Emocionais e a Vitimização e Perpetuação de Violência.

EAE		IVC_Fisico_P	IVC_Fisico_V	IVC_Emocional_P	IVC_Emocional_V
Tristeza	Correlação de Pearson	,026	,154	,151	,352*
	Sig. (bilateral)	,857	,285	,295	,012
	N	50	50	50	50
Raiva	Correlação de Pearson	,017	,121	,106	,136
	Sig. (bilateral)	,907	,403	,463	,345
	N	50	50	50	50
Culpa	Correlação de Pearson	,021	,166	,246	,328*
	Sig. (bilateral)	,884	,251	,086	,020
	N	50	50	50	50
Ansiedade	Correlação de Pearson	-,015	-,011	,258	,372**
	Sig. (bilateral)	,920	,942	,071	,008
	N	50	50	50	50
Alegria	Correlação de Pearson	-,175	-,255	-,311*	-,433**
	Sig. (bilateral)	,224	,074	,028	,002
	N	50	50	50	50
Surpresa	Correlação de Pearson	-,196	-,083	-,093	-,189
	Sig. (bilateral)	,173	,566	,522	,188
	N	50	50	50	50
Medo	Correlação de Pearson	,010	,118	,081	,277
	Sig. (bilateral)	,946	,415	,578	,052
	N	50	50	50	50

Repulsa	Correlação de Pearson	-,019	,107	-,004	,055
	Sig. (bilateral)	,895	,459	,978	,704
	N	50	50	50	50

A Tabela 18 demonstra que existe uma correlação positiva entre a vitimização de violência emocional e os sentimentos de Tristeza ($r = ,352, p = ,012$), Culpa ($r = ,328, p = ,020$) e Ansiedade ($r = ,372, p = ,372$). Existe uma correlação negativa entre a vitimização de violência emocional e os sentimentos de Alegria ($r = -,443, p = ,002$). Também a variável de perpetuação de violência emocional se correlaciona negativamente com os sentimentos de Alegria ($r = -,311, p = ,028$). Apesar de não ser estatisticamente significativo, parece haver também uma tendência para uma correlação negativa entre a vitimização e perpetuação de violência física e os sentimentos de Alegria.

Tabela 19- Correlação entre a Aceitação e a Reminiscência do Passado e a Violência Conjugal.

		ACPAST_Aceita ção_Passado	ACPAST_Rem iniscência_sobre_p assado
IVC_Fisico_P	Correlação de Pearson	-,160	-,079
	Sig.	,267	,588
	N	50	50
IVC_Fisico_V	Correlação de Pearson	-,245	-,075
	Sig.	,087	,603
	N	50	50
IVC_Emocional_P	Correlação de Pearson	-,218	-,106
	Sig.	,128	,465
	N	50	50
IVC_Emocional_V	Correlação de Pearson	-,389**	-,079
	Sig.	,005	,584
	N	50	50

Através da Tabela 19, conseguimos aferir que existe uma forte correlação negativa entre a vitimização de violência emocional e a aceitação do passado ($r = -,389, p = ,005$).

Com intuito de apurar se existe uma correlação entre a violência conjugal e os diferentes problemas interpessoais, foram realizados os testes estatísticos da Correlação de Pearson. As tabelas abaixo revelam os resultados.

Tabela 20- Correlação entre a Perpetuação de violência Física e os Problemas Interpessoais.

IPP_Controlador	Correlação de Pearson	,063
	Sig. (bilateral)	,665
	N	50
IPP_Desconfiança_Raiva	Correlação de Pearson	-,059
	Sig. (bilateral)	,682
	N	50
IPP_Frieza_Interpessoal	Correlação de Pearson	-,015
	Sig. (bilateral)	,916
	N	50
IPP_Ansiedade_Social	Correlação de Pearson	-,077
	Sig. (bilateral)	,594
	N	50
IPP_Não_Assertivo	Correlação de Pearson	,037
	Sig. (bilateral)	,801
	N	50
IPP_Submissão	Correlação de Pearson	-,038
	Sig. (bilateral)	,793
	N	50
IPP_Auto_Sacrifício	Correlação de Pearson	-,119
	Sig. (bilateral)	,411
	N	50
IPP_Intrusivo_Carente	Correlação de Pearson	-,076
	Sig. (bilateral)	,598
	N	50
IPP_Total	Correlação de Pearson	-,048
	Sig. (bilateral)	,742
	N	50

Tabela 21- Correlação entre a Vitimização de Violência Física e os Problemas Interpessoais.

IPP_Controlador	Correlação de Pearson	,355
	Sig. (bilateral)	,112
	N	50
IPP_Desconfiança_Raiva	Correlação de Pearson	,152
	Sig. (bilateral)	,292
	N	50
IPP_Frieza_Interpessoal	Correlação de Pearson	,117
	Sig. (bilateral)	,420
	N	50
IPP_Ansiedade_Social	Correlação de Pearson	,060
	Sig. (bilateral)	,677
	N	50
IPP_Não_Assertivo	Correlação de Pearson	,074
	Sig. (bilateral)	,610
	N	50
IPP_Submissão	Correlação de Pearson	,066
	Sig. (bilateral)	,649
	N	50
IPP_Auto_Sacrifício	Correlação de Pearson	-,060
	Sig. (bilateral)	,677
	N	50
IPP_Intrusivo_Carente	Correlação de Pearson	-,011
	Sig. (bilateral)	,941
	N	50
IPP_Total	Correlação de Pearson	,120
	Sig. (bilateral)	,407
	N	50

Tabela 22- Correlação entre a Perpetuação de Violência Emocional e os Problemas Interpessoais.

IPP_Controlador	Correlação de Pearson	,130
	Sig. (bilateral)	,369
	N	50
IPP_Desconfiança_Raiva	Correlação de Pearson	,167
	Sig. (bilateral)	,245
	N	50
IPP_Frieza_Interpessoal	Correlação de Pearson	-,017
	Sig. (bilateral)	,905
	N	50
IPP_Ansiedade_Social	Correlação de Pearson	-,065
	Sig. (bilateral)	,653
	N	50
IPP_Não_Assertivo	Correlação de Pearson	,022
	Sig. (bilateral)	,881
	N	50
IPP_Submissão	Correlação de Pearson	-,012
	Sig. (bilateral)	,932
	N	50
IPP_Auto_Sacrifício	Correlação de Pearson	-,161
	Sig. (bilateral)	,263
	N	50
IPP_Intrusivo_Carente	Correlação de Pearson	-,042
	Sig. (bilateral)	,770
	N	50
IPP_Total	Correlação de Pearson	-,005
	Sig. (bilateral)	,974
	N	50

Tabela 23- Correlação entre a Vitimização de Violência Emocional e os Problemas Interpessoais.

IPP_Controlador	Correlação de Pearson	,101
	Sig. (bilateral)	,486
	N	50
IPP_Desconfiança_Raiva	Correlação de Pearson	,170
	Sig. (bilateral)	,238
	N	50
IPP_Frieza_Interpessoal	Correlação de Pearson	-,040
	Sig. (bilateral)	,783
	N	50
IPP_Ansiedade_Social	Correlação de Pearson	-,009
	Sig. (bilateral)	,953
	N	50
IPP_Não_Assertivo	Correlação de Pearson	,194
	Sig. (bilateral)	,177
	N	50
IPP_Submissão	Correlação de Pearson	,099
	Sig. (bilateral)	,492
	N	50
IPP_Auto_Sacrifício	Correlação de Pearson	-,015
	Sig. (bilateral)	,915
	N	50
IPP_Intrusivo_Carente	Correlação de Pearson	,014
	Sig. (bilateral)	,924
	N	50
IPP_Total	Correlação de Pearson	,086
	Sig. (bilateral)	,555
	N	50

Através das Tabelas conseguimos apurar que não existe uma correlação significativa entre nenhum dos problemas interpessoais e a violência ou a perpetuação da violência conjugal.

Discussão

(Hipótese 1: A violência conjugal é mais perpetuada pelo sexo masculino do que pelo sexo feminino.)

Os resultados desta investigação conferem que tanto o género masculino como o género feminino são vítimas de violência conjugal. Sendo que o género feminino perpetua mais violência física do que o género masculino. Desta forma, conseguimos compreender que a ideia, defendida por alguns autores como, Neves (2008), Ventura, Frederico-Ferreira e Magalhães, (2013), Quaresma (2010), Oliveira e Cavalcanti (2007), Coimbra, (2007) e Day et al. (2003) entre outros, que o género masculino exerce mais a violência conjugal do que o género feminino e ainda que a sociedade e a mulher desculpabilizam e legitimam este comportamento, em prol das crenças dos papéis de género, parece desatualizada. Estudos mais recentes, já referidos, contrariam este pensamento, dizendo que essa tendência tem vindo a ser alterada. Efetivamente, Lövestad et al. (2017), a DGS (2014), Scarduzio, Carlyle, Harris e Savage (2017), mostram como a violência conjugal também é exercida pela mulher e como o homem está a ser negligenciado enquanto vítima.

Discutir a violência conjugal tendo o sexo feminino o papel de agressor não é habitual. Não existem muitos estudos sobre esta questão. Mesmo tendo em conta que apenas foi publicada uma pequena porção de artigos sobre este tema, a violência contra o marido ocorre no seio do casal. (Carvalho & Senra, 2014) É mais comum as pesquisas centrarem-se nas mulheres como vitimas, principalmente porque a mulher é representada como mais frágil e delicada.

Carvalho e Senra (2014) reforçam a opinião já antes mencionada pela DGS (2014), de é assim possível que este fenómeno seja encoberto, pois muitos dos homens vitimas têm sentimentos de vergonha, não querendo revelar o sucedido, para que não seja colocada em causa a sua virilidade. Consequentemente muitos dos dados, sobre a violência conjugal, são enviesados por o homem não mencionar a agressão. (Cezario & Lourenço, 2013). Carvalho e Senra (2014) afirmam que, outro possível facto para que não seja tão visível que o homem também possa ser agredido é não existir muitos apoios para homens vítimas de violência. Inclusivamente, homens vítimas, a nacional e internacionalmente, acreditam que as forças de segurança, são inaptas para os auxiliar pois crêem que estas os iriam desconsiderar se referissem que sofrem de violência, e receiam que a força de segurança os incriminasse de

serem eles próprios os perpetradores da violência. (Campos, 2016). Oliveira e Souza (2006), fazem no seu estudo uma dura crítica aos psicólogos, dizendo que estes estão a ser influenciados por ideias estereotipadas, pois continuam com preconceitos de género e consequentemente não conseguindo alargar horizontes, estudar e intervir nas conjugalidades violentas de uma forma imparcial. Estes mesmos autores alertam para o leitor reflectir sobre a importância dos profissionais da psicologia terem em conta a igualdade. Através destas hipóteses, podemos concluir que atualmente a mulher também é agressora, e que a vitimização não é diferente no que concerne aos sexos, o que contraria as crenças das desigualdades de género na violência conjugal. Nesta amostra a violência a nível emocional é igual entre ambos os géneros. Mas a violência a nível físico é mais evidenciado na mulher, possivelmente pelos fatores acima referidos este achado poderá não ser muito investigado em outros estudos.

(Hipótese 2: Existe uma correlação entre o tempo e o aumento da vitimização da violência).

Os resultados deste estudo não apontam para uma correlação estatisticamente significativa entre o tempo da relação e a vitimização de violência conjugal. Conforme os autores acima referidos, Diniz, (2017) e Manita, Ribeiro e Peixoto (2009), seria de esperar que essa correlação pudesse ser constatada. A violência assume um padrão que se denominou de ciclo da violência, pois ocorre de uma forma repetida, passando sucessivamente pelas mesmas etapas, a *tenção*, o *ataque* e a *lua-de-mel*. Com o passar do tempo a ultima fase, de *lua-de-mel* vai desaparecendo, e o ataque vai aumentando em frequência e intensão (Manita, Ribeiro e Peixoto,2009). No entanto, esta hipótese não pode ser confirmada, pois não temos valores significativos, a hipótese é então infirmada.

(Hipótese 3: Quanto maior o índice de violência conjugal mais elevados os níveis de depressão, tanto em vítimas como em perpetradores.)

Conseguimos, através dos resultados da presente investigação, aferir uma correlação entre a violência, emocional e física, e a sintomatologia depressiva. Assim, quanto maior o score de vitimização e perpetuação maiores os índices de sintomas depressivos.

No que diz respeito à vítima, tal descoberta vai de encontro com os estudos de Morais (2009), Bittar (2012), e Mgopa et al. (2017). Isto poderá ocorrer pois a padecente apresenta-se num estado de alerta e medo permanente (Urhan, Pirinccioglu & Aydin, 2017) e muitas das vezes está, por pressão do parceiro, distanciada dos seus familiares e amigos (Pinto, 2014). Para além disso, as vítimas, neste estudo, são agredidas por alguém que lhes é próximo, o que as poderá levar a acreditar que não tem valor, culpabilizando-se e colocando-se em causa (Sackett & Saunders, 1999; Diniz, 2017; Juli 2014; Mozzambani, Ribeiro, Fuso, Fiks & Mello, 2011). Os indivíduos em questão poderão ter uma vulnerabilidade para a precipitação da depressão e quando ocorre uma situação de crise essa mesma patologia ser despoletada. De acordo com o modelo cognitivo, os esquemas já existentes poderão ser intensificados devido a experiencias causadoras de sofrimento no sujeito (Beck et al.,1997). Efetivamente, conforme Beck et al. (1997) as pessoas quando se apresentam com depressão tendem a autocriticar-se e a diminuir a sua auto-confiança, acreditando que as suas vivências, como resultado dos seus erros, irão ser sempre pouco satisfatórias.

Foi possível compreender que não só em relação as vítima isto sucede, a violência, tanto física como emocional, também está positivamente correlacionadas os índices de sintomatológicos nos agressores, apesar de não serem tão elevados como na vítima. Esta relação vai de encontro com os resultados do estudo de Anderson (2002), que refere que isso poderá ocorrer pois os agressores são, muitas das vezes, em simultâneas vítimas. Esta patologia também pode ser associada aos agressores por estes não estarem satisfeitos com as discórdias, nem se sentirem confortáveis com o facto de não saberem fornecer uma resposta adequada as divergências de opiniões, ou simplesmente o receio de terem uma imagem negativa perante o conjugue e as pessoas. (Johnson, Giordano, Longmore & Manning, 2014) A violência poderá ser uma resposta de uma pessoa insegura ao medo de ser abandonado pelo parceiro, ou poderá representar simplesmente uma tentativa de se provar a si e aos outros que afinal também tem poder. (Maiuro et al., 1998).

É importante referir que não apenas a vivência deste evento traumático poderá despoletar a depressão, também esta psicopatologia poderá conduzir os padecentes a aceitar a legitimar a violência conjugal. Assim, tanto a perpetuação e a vitimização poderão confirmar a ideias existentes já possuídas acerca dos outros e de si mesmos. (Paim, Madalena & Falcke,2012)

(Hipótese 4: Sujeitos que sofreram de violência emocional estão mais correlacionados com a depressão e ansiedade em comparação com sujeitos que sofreram de violência física)

Apesar de todos dos dois tipos de vitimização, no *Inventario de Depressão de Beck (BDI)*, estarem significativamente correlacionados com a depressão, a vitimização de violência emocional é aquela em que se correlaciona com níveis mais altos da sintomatologia. São também as vítimas de violência emocional que se correlacionam mais com os sentimentos de tristeza, culpa e ansiedade, e que se correlacionam negativamente com os sentimentos de alegria. Através dos resultados descobrimos também que a variável vitimização de violência emocional é a única que se correlaciona negativamente com a aceitação do passado. Esta dificuldade em aceitar o passado está associada também ela aos sintomas depressivos, pois a pessoa deprimida tende a culpabilizar-se e não desculpar as suas atitudes, que considera negativas, realizadas no passado (Beck & Bredmeier, 2016). No *Inventario de Sintomas Psicopatológicos (BSI)*, apenas este género de vitimização se apresenta relacionado com a Depressão e Ansiedade. As vítimas de violência emocional são também as que possuem um score mais alto de Ansiedade- Estado, sendo a única variável relacionada com a Ansiedade-Traço, no STAI. Conseguimos ainda apurar que as vítimas de violência conjugal são aquelas que mais se correlacionam com a psicopatologia em geral. Tais factos confirmam a quarta hipótese deste estudo. Este resultado vai de encontro com a literatura referenciada (Carvalho, 2010; Antai, Oke, Braithwaite & Lopez, 2014; Coker et al., 2002; Beeble, Bybee & Sullivan, 2010; Estefan, Coulter e VandeWeerd, 2016). Esta hipótese pode ser explicada porque a violência emocional é mais dificilmente identificada pois não revela marcas visíveis. A vítima neste tipo de violência é bastante manipulada, e por esse motivo corresponde ao que o parceiro deseja, perdendo a sua capacidade de decisão e a sua liberdade. (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009). O agressor de violência emocional torna-se mais amedrontador do que os que simplesmente perpetuam a violência física (Sackett & Saunders, 1999). Consequentemente, a auto-estima da vítima é drasticamente afetada (Manita, Ribeiro & Peixoto, 2009). Assim, conforme a literatura, a violência emocional leva a maiores riscos de saúde mental (Coker et al., 2002).

(H5: Quanto maior o índice de violência conjugal mais elevados os níveis de ansiedade em vítimas e agressores.)

No presente estudo, os resultados remetem para uma correlação entre a ansiedade e a violência conjugal.

No que respeita aos perpetradores de violência física e emocional, verifica-se que existe uma correlação entre estes e a ansiedade-estado. Segundo Spielberger (1972), a ansiedade-estado trata-se de uma ansiedade que é desencadeada por um estímulo e/ou situação específica, é inconstante e varia na sua intensidade. Os sujeitos-perpetuadores de violência conjugal são extremamente impulsivos (Nardi & Benetti, 2012) e apresentam baixos níveis de tolerância à frustração (Padovani & Williams, 2011) que, em situações críticas, como conflitos com o cônjuge, podem dar origem a estados de ansiedade. A violência também poderá ser fruto de um estado ansioso. O perpetrador poderá sofrer de uma *hipersensibilidade ao estímulo* e a *sensação de catastrofização* tais erros de pensamento incutem no sujeito a ideia de uma realidade ameaçadora. (Clark & Beck, 2010), A *generalização* (Clark & Beck, 2010) também é uma componente que poderá incitar à violência, visto que o perpetrador poderá tirar conclusões com base apenas de um evento isolado e amplifica-lo. Como forma de obrar estas mesmas ideias os sujeitos podem recorrer a violência, originando comportamentos disruptivos de forma a controlar o conjuge, tal como Nardi e Benetti (2012) sugerem. Contudo, o presente estudo apurou que não existe uma correlação entre o sujeito-perpetuador e a ansiedade-traço. De acordo com Spielberger (1972), a ansiedade-traço define-se como uma característica intrínseca ao sujeito, prende-se com traços de personalidade, logo, a ansiedade é frequente e constante ao longo da vida do indivíduo. Portanto, assume-se que o perpetrador de violência física não apresenta traços de personalidade ao nível da ansiedade, ou seja, a ansiedade sentida deriva de situações críticas e transitórias que despoletam um estado ansioso, mas que, no entanto, não o caracteriza como tal.

No que concerne à vítima de violência conjugal, a nível físico, verificou-se a existência de uma correlação entre a vitimização e a ansiedade-estado. A violência física é claramente um evento traumático que causa um estado de ansiedade pelos aspetos que acarreta, podendo originar comportamentos de *paralisação e/ou o evitamento* por parte da vítima (Baptista, Carvalho & Lory, 2005). Tal como no agressor, também na vítima, não só a violência influencia o estado de ansiedade como também o estado de ansiedade poderá conduzir ao prolongamento da situação de violência. De acordo com Mozzambani et. al. (2011), o medo dá lugar à passividade e impede a vítima de reagir face ao perpetrador, sentindo-se, assim, impotente. Uma situação ameaçadora é bastante provável de provocar

ansiedade-estado na vítima, o que dificulta a sua tomada de decisão durante o conflito. Todavia, não se verificou uma correlação entre a vitimização-física e a ansiedade-traço. Assim, subentende-se que a sensação de ansiedade se prende apenas com o evento traumático em si, naquele momento, não sendo, portanto, uma sensação que se prolongue no tempo e constante na personalidade da vítima.

Os dados apurados revelam a existência de uma correlação entre a vitimização de violência emocional e a ansiedade estado e traço. A violência psicológica reside no desrespeito, desvalorização e manipulação do Outro, que, por sua vez, revela sentimentos de insegurança e medo face ao perpetrador. Estes sentimentos têm uma carga negativa significativa que enfatiza o estado de ansiedade da vítima, assim como podem desencadear a formação de ansiedade-traço. De acordo com os dados recolhidos, as vítimas de violência conjugal, ao nível emocional, apresentam também ansiedade-traço. A violência emocional, por ser mais subtil, tem mais durabilidade e o prolongamento deste tipo de violência propicia sensações de ansiedade patológica constantes, originando, depois, um padrão ou um traço de personalidade. A convivência com o abusador e a violência psicológica contínua, por este praticada, conduzem a vítima a sentir um *stress* constante (Sesar, Šimić & Dodaj, 2015), o que poderá estar na origem de traços de personalidade de teor ansiogénico.

H6: Existe uma relação entre a vinculação insegura e a violência, tanto em vítimas como em agressores

Quanto à variável vinculação insegura e a sua relação com a violência, em vítimas e perpetradores, foram apurados dados que não foram ao encontro da literatura abordada. Ou seja, os resultados não revelam uma relação entre a vinculação insegura e a violência conjugal, nem para a perpetuação nem para a vitimização.

De acordo com os modelos teóricos abordados na revisão de literatura, os estilos de vinculação insegura podem ser de três tipos, nomeadamente, o *estilo de vinculação preocupado*, que se prende com sentimentos de aceitação e validação do outro no âmbito de obter segurança (Bartholomew & Shaver, 1998); o *estilo de vinculação amedrontado*, que representa uma visão negativa do sujeito face a si próprio e ao outro, levando-o a evitar relações de proximidade (Bartholomew & Shaver, 1998); e o *estilo de vinculação desligado*, que é determinado por sujeitos que têm uma noção negativa do outro mas que possuiu uma

visão positiva de si próprio, levando-o, por vezes, a desvalorizar as relações interpessoais (Bartholomew & Shaver, 1998).

Segundo os resultados recolhidos, não existe correlação entre os estilos de vinculação insegura e a violência, tanto nas vítimas como nos perpetradores, o que se pode assumir que a vinculação insegura não é a causa ou impulsiona os tipos de violência, outras variáveis, como a ansiedade, a depressão e os esquemas desadaptativos precoces poderão ter tido mais impacto na natureza da violência praticada pelos perpetradores e conseqüentemente, nos sentimentos e emoções da vítima. Segundo Feeney e Noller (1990), os sujeitos inseguros revelam menos autoconfiança na relação amorosa, demonstrando baixa autoestima e ansiedade. Os estados ansiosos são patentes na amostra recolhida, tanto na vítima como no sujeito-perpetuador, estando, portanto, associado, direta e indiretamente, ao fator insegurança, no entanto, não foi possível apurar a vinculação como causa ou aspeto que condiciona esta equação.

H7: Existe uma correlação positiva entre os esquemas desadaptativos precoces e a violência conjugal, tanto em vítimas como em perpetradores

Os resultados do nosso estudo aferem uma correlação entre os esquemas desadaptativos precoces e a violência conjugal, quer na vitimização quer na perpetuação.

Mais especificamente, conseguimos compreender que existe uma associação entre os Agressores, tanto de violência emocional como física, e o domínio da Redução dos Limites. Este domínio é associado a pessoas que não conseguem ter em conta os direitos dos outros, estes sujeitos não apresentam capacidade de antever as conseqüências das suas atitudes. Como tal, apresentam dificuldade em respeitar a liberdade do outro e em criar laços afetivos que tenham em conta a vontade dos que lhes são próximos. Este domínio está associado a pessoas pouco condescendentes, impulsivas e que não possuem capacidade de tolerar as contrariedades que lhes são impostas (Young, 1991; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Estas características podem ter sido desenvolvidas devido a famílias negligentes, que permitiam que as crianças pudessem agir de acordo com o que lhes dava prazer momentâneo, sem que houvesse restrições ou limitações (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Os resultados deste estudo vão de encontro com a ideia de Paim, Madalena & Falcke (2012), aquando estes referem que os esquemas desadaptativos precoces podem influenciar, mais tarde, as relações

conjugais, tornando-as instáveis e pouco saudáveis. Também Crawford e Wright (2007) partilham esta ideia afirmando que os esquemas podem levar a relações violentas.

Conseguimos também aferir que existe uma relação entre as vítimas de violência física e os domínios dos esquemas desadaptativos precoces, nomeadamente a *Redução de Autonomia e Domínio da Redução dos Limites*. Relativamente a *Redução de Autonomia*, estas pessoas apresentam-se como sendo dependentes, não acreditando nas suas capacidades creem que necessitam do outro para ter sucesso na vida, sentindo-se vulneráveis apresentam a necessidade de se envolver, de uma forma intensa e abrangente, com os outros para se sentirem realizadas. No que diz respeito ao Domínio da Redução dos Limites estes sujeitos também aparentam ter problemas no que concerne à condição dos limites do outro e dificuldades na autodisciplina pelo facto de privilegiarem a emoção à razão e serem consideradas impulsivas. (Young, 1991; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

A variável vitimização de violência emocional é a que apresenta maior número de correlações com os domínios dos esquemas desadaptativos precoces. Neste estudo o perfil da vítima emocional parece corresponder com o *Domínio da Instabilidade*, o que expressa que possivelmente estas pessoas têm a consciência que o outro não irá ser empático e não concederá o suporte emocional que estas desejavam. Podendo ter a noção que os que lhes são próximos não são pessoas confiáveis. Este domínio também comporta o esquema dos maus-tratos, o que significa que possivelmente estas pessoas podem ter a percepção que o outro é abusador e maltratante. *O Domínio da Indesejabilidade* caracteriza pessoas que desprezam o seu valor, considerando não ter características suficientemente boas para cativar os outros. Assim, podem acreditar que não merecem receber amor devido aos seus defeitos. São pessoas que também não acreditam que podem vir a ter sucesso na sua vida. *O domínio da Restrição da Gratificação* representa que estas são pessoas pessimistas, com uma grande responsabilidade nas suas obrigações cumprindo com aquilo que lhes foi incumbido, têm sempre em atenção o outro sentindo-se responsáveis pelo bem-estar deste. Por fim, o perfil das vítimas de violência emocional parece também associar-se ao *domínio da Redução dos Limites*, o que poderá levar a crer que estas pessoas apresentam alguma dificuldade em planear objetivos a longo prazo pois regem-se pela sua emoção, mostrando dificuldades na sua auto-disciplina (Young, 1991; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

Conclusão

Esta dissertação teve como objetivo contribuir para uma melhor compreensão do fenómeno da violência conjugal e das suas consequências. O tema da violência conjugal torna-se pertinente pois é no espaço domiciliário que ocorrem mais comportamentos violentos e este fenómeno parece continuar a aumentar. A violência no contexto doméstico poderá causar um grande risco de adoecimento, sendo a consequência mais severa a sua própria morte, no entanto, parece que estas situações continuam a ser ocultadas e disfarçadas. É esperado que o casamento contribua para o bem-estar e satisfação de ambos os membros da relação. É normal que existam conflitos no matrimónio mas espera-se que o casal consiga fornecer uma resposta adequada a resolução destes, e não que se agrediam em função das divergências. O fenómeno violência conjugal torna-se numa contradição pois o espaço que deveria fornecer segurança transforma-se no seu oposto. Os ideais românticos, o medo, a chantagem, a culpa, a dependência e a vergonha levam a que a vítima mostre dificuldade em quebrar com o ciclo da violência

Na presente amostra 16% das pessoas assumem-se como perpetradores de violência física e, igualmente, 16% assumiu já ter sido alvo desse mesmo tipo de violência. Consta-se também que 34% dos inquiridos admitiu já ter tido comportamentos violentos a nível emocional para com o seu parceiro e, 36% das pessoas admitiu já ter sofrido de violência emocional. Estes resultados demonstram que mesmo numa amostra de pessoas que não foram sinalizadas existe uma grande percentagem de violência conjugal.

Os resultados deste estudo revelam que ambos os géneros são vítimas de violência conjugal e, na presente amostra, as mulheres exercem mais violência física que os homens. Tais resultados refletem a ideia de que tanto os homens como as mulheres podem perpetuar comportamentos violentos, no entanto, alguns aspetos podem menosprezar as vítimas masculinas, o que poderá refletir alguns preconceitos acerca dos papéis de género.

Através do tratamento estatístico à amostra recolhida, conclui-se que tanto a vitimização como a perpetuação de violência conjugal estão correlacionadas com a sintomatologia depressiva. A violência sofrida poderá transmitir a ideia que a vítima em questão merece ser maltada. Efetivamente, o facto de se ser agredido, pela pessoa com quem se estabeleceu uma relação amorosa, poderá conduzir a que as vítimas acreditem que não possuem qualidades suficientes para se serem amadas. Também os agressores de violência

conjugal poderão culpabilizar-se pela situação causada, tais conclusões levam-nos a crer que a vivência conjugal poderá conduzir as pessoas a interpretarem a situação de uma forma autodestrutiva, diminuindo a sua auto-estima, o que se poderá repercutir em inúmeros sintomas.

Conseguimos aferir que existe uma relação entre os estados-ansiosos e a vitimização e a perpetuação da violência, o que possivelmente confirma que tanto as vítimas como os agressores sofrem por se encontrarem num relacionamento disfuncional. No que concerne a vitimização, podemos pensar que o medo, a insegurança e a sensação descontrolo face a situação vivenciada poderá resultar em estados de ansiedade. Essa mesma ansiedade poderá também levar a que a vítima não consiga alterar a situação em que se encontra, uma vez que esta perturbação a dificultará na tomada de decisão. No que se refere ao agressor, podemos ponderar que a falta de tolerância, a frustração e o receio de perder o parceiro leva-los a sofrerem de estados de ansiedade. No entanto, estes mesmos estados poderão também conduzir o agressor a estados de irritação e a responder de forma agressiva, violenta e descontrolada.

Torna-se muito importantes que se reconheçam estas consequências pois se estas patologias não forem tratadas, afetaram, ainda mais, a saúde de ambos os membros do casal.

Neste estudo a violência emocional foi aquela que perturbou mais as vítimas. As vítimas de violência emocional são as que estão mais relacionadas com a depressão, ansiedade estado e traço, com as emoções de valência emocional negativa nomeadamente tristeza, culpa e ansiedade, são as que apresentam maior índice geral de psicopatologia e maior dificuldade em aceitar o passado. Tais resultados revelam que a violência emocional conduzirá a um maior número de consequências, o que poderá ser explicado pelo facto de esta violência ser dificilmente reconhecida e consequentemente ser com maior facilidade desculpabilizada. Possivelmente por ser uma violência de carácter emocional tornar-se-á mais fácil a vítima ser manipulada e controlada pelo agressor. Tal ideia confere a importância deste estilo de violência, que por vezes pode passar despercebido.

Através dos presentes resultados é possível concluir que os esquemas desadaptativos precoces nesta investigação estão associados à perpetuação e à vitimização da violência conjugal. Os esquemas poderão influenciar as condutas desajustadas presentes nas relações, uma vez que carências presentes na infância poderão mediar uma vulnerabilidade para as

relações disfuncionais no futuro. Uma pessoa que tenha desenvolvido esquemas desadaptativos dificilmente os põe em causa assim as reações e atitudes dificilmente são modificadas, o que poderá ser um fator que conduz a manutenção da relação violenta.

Mais especificamente os resultados deste estudo apontam para uma correlação entre os perpetradores e a dimensão da *Redução de Limites*. O que confere que estas pessoas apresentam uma dificuldade de autocontrolo e problemas no que concerne a antecipação das consequências a longo prazo, o que explica a violência exercida sob o seu conjugue. A vitimização, neste estudo, está relacionada com os domínios dos esquemas de: *Redução de Autonomia, Redução dos limites, Indesejabilidade, Instabilidade e Restrição da Gratificação*. O que confirma a ideia que o perfil da vítima poderá estar associado a pessoas dependentes do outro, com problemas no que concerne a sua auto-disciplina, que não se consideram atraentes do ponto de vista físico e mental, que acreditam que os outros irão ser maltratantes, que as suas necessidades não irão ser tidas em conta e que se sacrificam em função dos compromissos estabelecidos. Estas correlações alertam para a importância das experiências precoces, uma vez que estas poderão resultar no funcionamento desajustado dos indivíduos. Neste estudo isso comprovou-se nos comportamentos desajustados dos sujeitos face às suas relações íntimas. Estas experiências alteram a forma como os indivíduos veem os outros e a si mesmos, interferindo na sua interação com o(a) parceiro(a). Estes dados enfatizam a importância de uma intervenção na clínica precoce.

Através das escalas clínicas utilizadas a nível exploratório conseguimos, ainda averiguar, resultados que merecem ser tidos em conta, principalmente no que concerne aos problemas interpessoais, onde conseguimos apurar que os mesmos não estão correlacionados nem com a vitimização nem com a perpetuação o que leva a crer que existe uma dificuldade no que concerne ao reconhecimento destes mesmos problemas.

É portanto primordial o apoio refletido e eficiente, tanto às vítimas como aos agressores de violência conjugal. O auxílio eficaz poderá decorrer por uma melhor compreensão deste fenómeno visto que a visão atual pode estar a ser influenciada por estereótipos.

As principais limitações deste estudo são o longo protocolo aplicado que poderá ter causado alguma fadiga nos participantes, o tema por ser um assunto delicado pode ter levando a algum constrangimento na amostra e ter resultado na falta de sinceridade nas respostas

dadas, pois os sujeitos podem ter sido influenciados pela desejabilidade social e, por último, o facto de este estudo não ter um carácter longitudinal e consequentemente não conseguimos aferir o que surge primeiro a violência ou as psicopatologias de ansiedade e depressão. Outra das limitações são a correlação da violência conjugal com outras patologias como a Hostilidade, Ideação Paranoíde e o Psicotismo, que deviam ter sido a partida tidas em conta e averiguadas de uma forma mais exaustiva.

De acordo com os resultados da presente amostra não conseguimos relacionar os estilos de vinculação insegura com a violência conjugal, o que poderá ter sido fruto das limitações acima referidas.

Propomos de estudos futuros longitudinais, com intuito de compreender se a psicopatologia da depressão e da ansiedade interfere com violência conjugal ou se é a violência conjugal influencia a depressão e ansiedade, pois assim será possível verificar se a psicopatologia é a causa ou uma consequência da violência. Para além disso, seria ainda interessante ser realizado um estudo de caso com intuito de compreender a influência dos vinculação na violência conjugal, pois dessa forma seria mais fácil compreender o impacto neste mesmo fenómeno.

Referencias Bibliográficas

- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of personality assessment*, 55 (3-4), 521-536.
- Anderson, K. L. (2002). Perpetrator or Victim? Relationships Between Intimate Partner Violence and Well-Being. *Journal of Marriage and Family*, 64 (2002), 851–86.
- Anmuth, L. M. (2011). Early Maladaptive Schemas and Negative Life Events. Rowan University.
- Antai, D., Oke, A., Braithwaite, P., & Lopez, G. B. (2014). The effect of economic, physical, and psychological abuse on mental health: A population-based study of women in the Philippines. *International journal of family medicine*.
- Arias, A. V., & Govira, E. (2006). *La psicología social de la agresión. Aportaciones teóricas y empíricas para la intervención psicopedagógica*. In A. Gómez., E. Gaviria & I. Fernández (Eds.), *Psicología Social*. Madrid: Sanz & Torres.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) (2016). Estatísticas APAV relatório anual 2015. Acedido a partir de: https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Relatorio_Anual_2016.pdf a 12 de Setembro de 2017.
- Atmaca, S., & Gençöz, T.(2016). Exploring revictimization process among Turkish women: the role of early maladaptive schemas on the link between child abuse and partner violence. *Child abuse & neglect*, 52, 85-93.
- Baptista, A., Carvalho, M., & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Psicologia*, 19(1-2), 267-277.
- Bartholomew, K., & Shaver, P. R. (1998). Methods of assessing adult attachment: Do they converge? In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 25– 45). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of general psychiatry*, 10(6), 561-571.

- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15-37.
- Beck, A. T. (2008). The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *American Journal of Psychiatry*, 165(8), 969-977.
- Beck, A. T., & Bredemeier, K. (2016). A unified model of depression: Integrating clinical, cognitive, biological, and evolutionary perspectives. *Clinical Psychological Science*, 4(4), 596-619.
- Beck, A.T., Rush, J.A., Shaw, B.F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: The Guilford Press.
- Biaggio, A. M. B., Natalício, L., & Spielberger, C. D. (1977). Desenvolvimento da forma experimental em português do Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE) de Spielberger. *Arquivos Brasileiros de Psicologia Aplicada*, 29(3), 31-44.
- Bittar, D. & Kohlsdorf, M. (2013). Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. *Psicologia Argumento Curitiba*, 31(74), 447-456.
- Bittar, D. S. (2012). *Ansiedade e depressão em mulheres vítimas de violência doméstica*. Brasília.
- Bolze, S. (2012). Relacionamento conjugal e táticas de resolução de conflito entre casais. *Familiare Instituto Sistêmico*.
- Bowlby, J.(1958). The nature of The child's tie to his mother. *The international journal of psycho-analysis*, 39, 161-168.
- Bowlby, J.(1969/1982). Attachment and loss. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. *British Journal of Psychiatry*, 130 (3), 201-210.
- Braz, M. P., Dessen, M. A., & Silva, N. L. P. (2005). Relações conjugais e parentais: uma comparação entre famílias de classes sociais baixa e média. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 151-161.
- Campos, M. J. M. (2016) Violência doméstica contra homens: Discursos e percepções das forças de segurança. (Dissertação de Mestrado).Universidade do Minho.

- Carlson, C. R., Collins, F. L., Stewart, J. F., Porzelius, J., Nitz, J. A., & Lind, C. O. (1989). The assessment of emotional reactivity: A scale development and validation study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11(4), 313-325.
- Carvalho, L., & Senra, L. X. (2014) Homem vítima de violência conjugal: uma análise bibliométrica e sistemática. *Revista Científica da Faminas*, 10 (2), 120- 138.
- Carvalho, N. M. C. (2010) Perfil psicológico das mulheres vítimas de violência doméstica e suas repercussões. (Tese de Mestrado) Cooperativa de ensino superior politécnico e universitário.
- Casimiro, C. (2008). Violências na conjugalidade: a questão da simetria do género. *Análise Social*, 43(3), 579-601.
- Cezario, A. C. F., & Lourenço, L. M. (2013) Violência conjugal contra o homem: uma análise bibliométrica. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 6(1), 144-156.
- Chripino, A. (2007) Gestão do conflito escolar: da classificação dos conflitos aos modelos de mediação. *Ensaio: aval. pol. públ. Educ., Rio de Janeiro*, 15(54), 11-28.
- Clark, A. D., & Beck, T. A. (2010). Anxiety: A Common but Multifaceted Condition in Cognitive Therapy of Anxiety Disorders: Science and Practice (pp. 3 -30). Guilford Publications: New York.
- Coelho, E. B. S., Silva, A. C. L. G., & Lindner, S. R. (2014) Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiros íntimos. Violência: definições e tipologias. Florianópolis. UFSC
- Coimbra, A. (2007). Crônicas de mortes anunciadas – violência doméstica, imprensa e questões de género em articulação com a educação da cidadania.(Dissertação de Mestrado).Universidade do Porto.
- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M. , Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*. 23(4), 260–268.
- Colbert, S., & Krause, N. (2009). Witnessing violence across the life course, depressive symptoms, and alcohol use among older persons. *Health Education & Behavior*, 36(2), 259-277.

- Conde, A. R., & Machado, C. (2010). Violência conjugal: representações e significados no discurso mediático. *Psicologia*, 24(1), 17-47.
- Corral, C., & Calvete, E. (2014). Early maladaptive schemas and personality disorder traits in perpetrators of intimate partner violence. *The Spanish journal of psychology*, 17.
- Correia, C. M., Gomes, N. P., Couto, T. M., Rodrigues, A. D., Erdmann, A. L., & Diniz, N. M. F. (2014). Representações sobre o suicídio para mulheres com história de violência doméstica e tentativa do mesmo. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(1), 118-125.
- Crawford, E. & Wright, M. O. D. (2007). The impact of childhood psychological maltreatment on interpersonal schemas and subsequent experiences of relationship aggression. *Journal of Emotional Abuse*, 7(2), 93-116.
- Dahlberg, L. L & Krug, E. G. (2007) Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11, 1163-1178.
- Day, P. V., Telles, L. E. B., Zoratto, P. H., Azambuja, M. R. F., Machado, D. A., Silveira, M. B., Debiaggi, M., Reis, M. G., Cardoso, R. G & Blank, P. (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações., *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 9-21.
- Delgado, J. B. (2016). Violencia en el noviazgo: diferencias de género. *Informes Psicológicos*, 1 (2), 27-36.
- DGS. (2014). Violência Interpessoal: Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Portugal - Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.
- Diniz, G. R. S. (2017). Trajetórias conjugais e a construção das violências. *Psicologia Clínica*, 29 (1), 31-41
- Dorsky, F. S., & Taylor, S. P. (1972). Physical aggression as a function of manifest anxiety. *Psychonomic Science*, 27(2), 103-104.
- Duarte, M.; Oliveira, A. (2012). Mulheres nas margens: a violência doméstica e as mulheres imigrantes Sociologia. *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 23, 223-237.

- Dutton, D. G., Saunders, K., Starzomski, A., & Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of applied social psychology, 24*(15), 1367-1386.
- Erozkan, A. (2016). The link between types of attachment and childhood trauma. *Universal journal of educational research, 4*(5), 1071-1079.
- Estefan, L. F., Coulter, M. L., & VandeWeerd, C. (2016). Depression in women who have left violent relationships: the unique impact of frequent emotional abuse. *Violence Against Women, 22*(11), 1397–1413.
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1990). Attachment Style as a Predictor of Adult Romantic Relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 58* (2), 281-291.
- Féres-Carneiro, T. (1998). Casamento contemporâneo: o difícil convívio da individualidade com a conjugalidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 11*(2), 379-394.
- Fonseca, D. H., Ribeiro, C. G., & Leal, N. S. B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais. *Psicologia & Sociedade, 24*(2), 307-314.
- Fonseca, S. A., & Duarte, C. M. N. (2014). Do namoro ao casamento: significados, expectativas, conflito e amor. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 30*(2), 135-143.
- Fraga, P. D. (2002) Violência: forma de dilaceramento do ser social. Serviço Social e Sociedade. São Paulo: Cortez, 51-53.
- Galhordas, J., Lima, P., & Encarnação, T. (2007). Marte: Da agressividade ao amor. A compreensão da agressividade nas pessoas com Lesão Vertebral-Medular. *Análise Psicológica, 25*(4), 603-611.
- Gibb, B. E. (2002). Childhood maltreatment and negative cognitive styles: A quantitative and qualitative review. *Clinical psychology review, 22*(2), 223-246.
- Giddens, A. (1992). A Transformação da intimidade: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas, São Paulo, UNESP.
- Giffin, K. (1994). Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública, 10*(1), 146-155.

- Goldman, L., & Schafer, A. I. (2011). *Goldman's Cecil Medicine E-Book*. Elsevier Health Sciences.
- Goldman, M. B., & Hatch, M. C. (1999). *Women and health*. Academic Press.
- Gomes, N. P. (2009). Trilhando caminhos para o enfrentamento da violência conjugal (Tese de Doutorado). Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Granja, M. B., & Mota, C. P. (2018). Estilos parentais e vinculação amorosa: efeito mediador do bem-estar psicológico em jovens adultos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 36(1), 93-109.
- Harlow, H. F., & Zimmerman, R. R. (1959). Affectional response in the infant monkey: orphaned baby monkeys develop a strong and persist attachment to inanimate surrogate mothers. *Science*, 130(3373), 421- 432.
- Horowitz, L., Alden, L., Wiggins, J., & Pincus, A. (2000). *Inventory of Interpersonal Problems Manual*. The Psychological Corporation.
- Islam, M. J., Broidy, L., Baird, K., & Mazerolle, P. (2017). Intimate partner violence around the time of pregnancy and postpartum depression: The experience of women of Bangladesh. *PloS one*, 12(5).
- Iverson, K. M., Gradus, J. L., Resick, P. A., Suvak, M. K., Smith, K. F., & Monson, C. M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79(2), 193-202.
- Johnson, W. L., Giordano, P. C., Longmore, M. A., & Manning, W. D. (2014). Intimate partner violence and depressive symptoms during adolescence and young adulthood. *Journal of health and social behavior*, 55(1), 39-55.
- Juli, M. R. (2014). The presence of depression in women who are victims of violence. The experiences of anti violence centers in the region of Calabria. *Psichiatria Danubina*, 26(1), 97-102.
- JYoung, J. E., & Brown, G. (1990). *Young Schema Questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York

- Leme, M. (2004). Resolução de conflitos interpessoais: interações entre cognição e afetividade na cultura. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 367-380.
- Loubat, M. O., Ponce, N. P., & Salas, M. P. (2007). Estilo de Apego en Mujeres y su Relación con el Fenómeno del Maltrato Conyugal. *Terapia Psicológica*, 25(2), 113-122.
- Lövestad, S., Löve, J., Vaez, M., & Krantz, G. (2017). Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health*, 17(1), 335.
- Madalena, M. B. A., Falcke, D., & Carvalho, L. F. (2015). Violência conjugal e funcionamentos patológicos da personalidade. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 67(2), 122-139.
- Madureira, A. B., Raimondo, M. L., Ferraz, M. I. R., Marcovicz, G. V., Labronici, L. M., Mantovani, M. F. (2014). Perfil de homens autores de violência contra mulheres detidos em flagrante: contribuições para o enfrentamento. *Revista de Enfermagem*, 18(4), 600-606.
- Maiuro, R. D., Cahn, T. S., Vitaliano, P. P., Wagner, B. C., & Zegree, J. B. (1988). Anger, hostility, and depression in domestically violent versus generally assaultive men and nonviolent control subjects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(1), 17-23.
- Manita., C., Ribeiro., C., & Peixoto, C. (2009). Violência doméstica: compreender para intervir: guia de boas práticas para profissionais de saúde. Lisboa - Av. da República: Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género.
- Martin, S.L., Li, Y., Casanueva, C., Harris-Britt, A., Kupper, L. L., Cloutier, S. (2006) Intimate partner violence and women's depression before and during pregnancy. *Violence Against Women*, 12(3), 221-239.
- Matos, A. (2011) Relação de qualidade: penso em ti. Climepsi, Lisboa
- Matos, P. M., & Costa, M. E. (2006). Vinculação aos pais e ao par romântico em adolescentes. *Psicologia*, 20, 97-126.
- McGinn, L. K., Cukor, D., & Sanderson, W. C. (2005). The relationship between parenting style, cognitive style, and anxiety and depression: Does increased early adversity

influence symptom severity through the mediating role of cognitive style?. *Cognitive Therapy and Research*, 29(2), 219-242.

Medeiros, V. C. C., & Peniche, A. D. C. G. (2006). A influência da ansiedade nas estratégias de enfrentamento utilizadas no período pré-operatório. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(1), 86-92.

Mgopa, L. R., Mbwambo, J., Likindikoki, S., & Pallangyo, P. (2017) Violence and depression among men who have sex with men in Tanzania. *BMC Psychiatry*. 17(1), 296.

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). Adult attachment orientations and relationship processes. *Journal of Family Theory & Review*, 4(4), 259-274.

Morais, A. C. (2009) Depressão em mulheres vítimas de violência doméstica. (Dissertação de pós-graduação) Universidade federal da bahia escola de enfermagem, Salvador.

Mozzambani, A. C. F., Ribeiro, R. L., Fuso, S. F., Fiks, J. P., & Mello, M. F. (2011) Gravidade psicopatológica em mulheres vítimas de violência doméstica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*, 33(1), 43-47.

Nardi, S. C. D. S., & Benetti, S. P. D. C. (2012). Violência conjugal: estudo das características das relações objetais em homens agressores. *Boletim de Psicologia*, 62(136), 53-66.

Nascimento, R., Lopes, R., Cerutti, F., Esteves, C., Iatchac, F., & Argimon. I. (2011) Factores essenciais na manutenção do casamento: Estudo de caso. *O Portal dos Psicólogos*.

Neves, S. (2008) Amor, poder e violência na intimidade: Os caminhos entrecruzados do pessoal e do político. 1ª edição, Quarteto.

Norgren, M. D. B. P., Souza, R. M. D., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584.

Oliveira, A. P. G., & Cavalcanti, V. R.S (2007) Violência doméstica na perspectiva de gênero e políticas públicas. *Journal of Human Growth and Development*, 17(1), 39-51.

- Oliveira, D. C., & Souza, L. (2006) Gênero e violência conjugal: concepções de psicólogos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(2), 34-50.
- Oliveira, M. I. S. D. (2011). Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 7(1), 30-34.
- Oliveira, P. P., Viegas, S. M. F., Santos, J. W., Silveira, E. A. A., Elias, S. C. (2015) Mulheres vítimas de violência doméstica: uma abordagem fenomenológica. 24(1), 196-203.
- Padovani, R. C., & Williams, L. C. A. (2011). Estilo parental de origem e ansiedade em homens com histórico de agressão à parceira. *Estudos de Psicologia*, 16(3).
- Paim, K., & Falcke, D. (2016). Perfil discriminante de sujeitos com histórico de violência conjugal: O papel dos Esquemas Iniciais Desadaptativos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(2).
- Paim, K., Madalena, M., & Falcke, D. (2012) Esquemas iniciais desadaptativos na violência conjugal. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 8(1), 31-39.
- Pazo, C. G., & Aguiar, A. C. (2012) Sentidos da violência conjugal: análise do banco de dados de um serviço telefônico anônimo. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22(1), 253-273.
- Pedroso, T. (2014) *A personalidade e a vinculação enquanto factores influentes na violência no namoro – estudo com jovens adultos.*(Dissertação de Mestrado) Universidade de Coimbra.
- Pereira, P. (2017) *Mulheres em situação de violência: percepções sobre a perpetuação da violência em suas vidas.* (Dissertação de pós-graduação). Universidade federal de goiás programa de pós-graduação em ciências da saúde, Goiânia.
- Pinto, M., Varela, A.M., Vinhal, A. (2012). A personalidade das vítimas de violência conjugal. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 25-29.
- Pinto, V. (2014). A construção dos sentimentos de insegurança em mulheres vítimas de violência conjugal. Dissertação apresentada ao Instituto Universitário da Maia para obtenção do grau de mestre, orientada por Helena Grangeia, Maia.

- Pinto, V. M. G. (2014) A construção dos sentimentos de insegurança em mulheres vítimas de violência conjugal. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Justiça. Instituto universitário da maia.
- Pinto-Gouveia, J., Robalo, M., Cunha, M., & Fonseca, L. (1997). *O questionário de esquemas de Young: aferição e utilização na população portuguesa* [Young's Schema Questionnaire: translation and adaptation to the Portuguese population]. Paper presented at the V Latini Dies.
- Porto, J. (1999). Conceito e diagnóstico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 06-11.
- Quaresma, L. (2010) Violência escolar e de gênero: vivências e representações sociais discentes. *Sociologia: Revista do Departamento de Sociologia da FLUP*, Vol. XX, 351-374.
- Razera, J., & Falcke, D. (2014). Relacionamento conjugal e violência: sair é mais difícil que ficar?. *Aletheia*, (45), 156-167
- Ribeiro, J. L. P. (2002). O consentimento informado na investigação em psicologia da saúde é necessário?. *Psicologia, saúde & doenças*, 3(1), 11-22.
- Rodrigues, M. C., Dias, J. P., & Freitas, M. F. R. L. (2010). Resolução de problemas interpessoais: promovendo o desenvolvimento sociocognitivo na escola. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 831-839.
- Rosa, L. W., Falcke, D. (2014) Violência conjugal: compreendendo o fenómeno. *Revista da Spagesp*, 15(1), 17-32.
- Ruiz, M. A., Pincus, A. L., Borkovec, T. D., Echemendia, R. J., Castonguay, L. G., & Ragusea, S. A. (2004). Validity of the Inventory of Interpersonal Problems for predicting treatment outcome: An investigation with the Pennsylvania Practice Research Network. *Journal of Personality Assessment*, 83(3), 213-222.
- Sackett, L. A., Saunders, D. G. (1999) The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and victims*, 14(1), 1- 13.
- Santor, D. A., & Zuroff, D. C. (1994). Depressive symptoms: Effects of negative affectivity and failing to accept the past. *Journal of Personality Assessment*, 63(2), 294-312.

- Santos, A & Lima,V. (2013). O perfil do homem autor de violência cometida contra as mulheres na versão da mídia impressa paroara: contribuições para a enfermagem. XXVII Simpósio Nacional de Historia
- Santos, A. C., Farias, D. T. M., Pereira, R. F. S., & Barros, A. (2014) A violência contra a mulher e o mito do amor romântico. *Ciências humanas e sociais*, 2(2), 105-120.
- Santos, S. M. J., & Nery, I. S. (2016) Violência Doméstica E Familiar Contra A Mulher: Um Olhar Sobre A Atuação Do Ministério Público. *Rev. FSA, Teresina*, 13(2), 86-101.
- Scarduzio, J. A., Carlyle, K. E., Harris, K. L., & Savage, M. W. (2017). Maybe She Was Provoked: Exploring Gender Stereotypes About Male and Female Perpetrators of Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 23(1), 89-113.
- Serra, A. S. V. (1980). O que é a ansiedade? *Psiquiatria Clínica*,1(2), 93-104.
- Sesar, K., Šimić, N., & Dodaj, A. (2015). Differences in symptoms of depression, anxiety and atress between victims and perpetrators of intimate partner violence. *Journal of Sociology and Social Work*, 3(2), 63–72.
- Silva, A. S., Lucena, K. D. T., Deininger, L. S. C., Coelho, H. F. C., Vianna, R. P. T., & Anjos, U. U. (2015). Análise da violência doméstica na saúde das mulheres. *Journal of Human Growth and Development*, 25(2), 182-181.
- Silva, D. R., & Campos, R. (1998). Alguns dados normativos do Inventário de Estado-Traço de Ansiedade - Forma Y (STAI-Y), de Spielberger, para a População Portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 33(2), 71-89
- Silva, L. L. D., Coelho, E. B. S., & Caponi, S. N. C. (2007). Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 11(21), 93-103.
- Silva, P. A., Esteves, M. L., Castro, F. V. (2013) Vinculação Mãe-Bebé. *Revista de Psicologia*, 1(2), 729-736.
- Slavich, G. M., Irwin, M. R. (2014) From stress to inflammation and major depressive disorder: a social signal transduction theory of depression. *Psychol Bull*, 140(3), 774–815.

- Spielberger, C. D. (1966) *Anxiety and behavior*. New York and London: Academic Press.
- Spielberger, C. D. (1972). *Anxiety: current trends in theory and research*. New York and London: Academic Press
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R., Vagg, P.R., & Jacobs, G.A. (1983). State-Trait Anxiety Inventory for Adults. Canada: Consulting Psychologists Press Inc.
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., Howard, L. M. (2012). Experiences of domestic violence and mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 7(12), 1-12.
- Urhan, S., Pirinccioglu, T., & Aydin, S. (2017). Anticipatory fear and helplessness predict PTSD and depression in domestic violence survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 9(1), 117–125.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., Bogels, S. (2010). Maladaptive Schemas and Psychopathology in Adolescence: On the Utility of Young's Schema Theory in Youth. *Cognitive Therapy Research*, 34(4), 316–332.
- Ventura, M. C. A. A., Ferreira, M. M. F., & Magalhães, M. J. D. S. (2013). Violência nas relações de intimidade: crenças e atitudes de estudantes do ensino secundário. *Revista de Enfermagem Referência*, 2(11), 95-103.
- Ventura, M. C. A. A., Frederico-Ferreira, M. M. & Magalhães, M. J. S. (2013) Violência nas relações de intimidade: crenças e atitudes de estudantes do ensino secundário. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(11), 95-103.
- Young, J. (1991). *Early maladaptive schemas*. Unpublished manuscript. Revised from
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.
- Zordan, E., Falcke, D., & Wagner, A. (2009) Casar ou não casar? Motivos e expectativas com relação ao casamento. *Psicologia em Revista Belo Horizonte*, 15(2), 56-76.

Anexos

Anexo A- Consentimento Informado

Consentimento Informado

Exmo(a). Participante:

Eu, Patrícia Luna Pais Benito, encontro-me a realizar uma dissertação no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica- Instituto Universitário, sob orientação do Prof. Doutor Victor Cláudio, solicito o seu consentimento para a participação neste estudo, sobre relações matrimoniais.

A participação é de carácter voluntário, sendo garantido o anonimato e confidencialidade das suas respostas.

Manifesto a minha disponibilidade para a qualquer momento esclarecer as dúvidas que eventualmente surgem, através do contacto electrónico patricialunapais@gmail.com.

O tempo de preenchimento deste protocolo é de aproximadamente 60 minutos.

Declaro ter lido e compreendido este consentimento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar ou anular a participação neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Rúbrica: _____ Data: ____ / ____ / ____

Agradeço a sua colaboração.

Anexo B- Questionário Sociodemográfico

Data de aplicação:

____/____/____

Género:

Masculino Feminino

Idade: _____

Profissão:

Escolaridade:

4ºano

6ºano

9ºano

12ºano

Bacharelato/Licenciatura

Mestrado

Pós-graduação

Doutoramento

Nacionalidade:

Portuguesa Outra: _____

Localidade de residência:

Tempo de casamento:

Tempo a viver em conjunto:

Consumos:

Álcool

Tabaco

Outros Qual/ Quais: _____

Com que regularidade por semana? _____

Medicação psicofarmacológica

Actualmente toma

Desde quando: _____

No passado tomou

Quando: _____

Apoio Psicoterapêutico

Actualmente frequenta

Desde quando: _____

No passado frequentou

Quando: _____

Anexo C- Inventário de Violência Conjugal (I.V.C)

I. V. C.

(C. MACHADO, M. MATOS & M. GONÇALVES, 2000; UNIVERSIDADE DO MINHO)

INSTRUÇÕES:

Vai encontrar de seguida um conjunto de afirmações em relação a comportamentos que podem ocorrer entre os membros de um casal (ou de uma relação amorosa). Pede-se que leia atentamente essas frases e responda em relação a cada uma delas de acordo com a sua situação. Não existem respostas certas ou erradas. Por favor, tente responder de acordo com a sua experiência e não como pensa que deveria ser.

Assegure-se de que respondeu a todas as questões, devendo optar apenas por uma das hipóteses apresentadas.

As respostas a este inquérito são absolutamente anónimas.

Obrigado pela sua colaboração!

DADOS PESSOAIS

Por favor responda às questões abaixo efectuadas, sem indicar o seu nome.

Idade: _____ Sexo: M F Habilitações: _____

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) / União de facto Divorciado(a) / Separado(a) Viúvo(a)

Profissão (se for estudante, indicar profissão dos pais ou outros responsáveis): _____

- A. EM RELAÇÃO A CADA UM DOS COMPORTAMENTOS ABAIXO INDICADOS, POR FAVOR INDIQUE OS QUE JÁ USOU COM O SEU PARCEIRO(A) ACTUAL E OS QUE O SEU PARCEIRO(A) JÁ USOU CONSIGO, REPORTANDO-SE AO ÚLTIMO ANO. NO CASO DE COMPORTAMENTOS QUE JÁ TENHAM OCORRIDO, INDIQUE SE TAL ACONTECEU APENAS UMA VEZ OU MAIS DO QUE UMA VEZ.

Caso não esteja actualmente envolvido numa relação amorosa, por favor prossiga para a parte B (pág. 3) deste questionário.

1. **Puxar os cabelos com força**

a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez

b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez

2. **Insultar, difamar ou fazer afirmações graves para humilhar ou "ferir"**

a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez

b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez

3. **Dar uma bofetada**

a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez

b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez

4. **Aperpear o pescoço**

a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez

b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez

5. **Ameaçar com armas (p. ex., faca, pistola, objectos cortantes) ou usando de força física**

a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez

b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez

6. **Partir ou danificar coisas intencionalmente (p. ex., móveis, objectos pessoais) ou deixar a comida para o chão, para meter medo**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
7. **Acordar a meio da noite, para causar medo**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
8. **Dar um murro**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
9. **Impedir o contacto com outras pessoas (p. ex., desviar correspondência, tirar as chaves, obrigar a pessoa a deixar de trabalhar/estudar, impedi-la de sair de casa, cortar o telefone)**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
10. **Affrir com objectos à outra pessoa**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
11. **Dar uma sova**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
12. **Dar pontapés ou cabeçadas**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
13. **Dar empurrões violentos**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
14. **Perseguir na rua, no emprego ou no local de estudo, para causar medo**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
15. **Bater com a cabeça contra a parede ou contra o chão**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
16. **Causar ferimentos que não precisaram de assistência médica (especificar _____)**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
17. **Causar ferimentos que necessitaram de assistência médica (especificar _____)**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
18. **Forçar a outra pessoa a manter actos sexuais contra a sua vontade**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez
19. **Ficar com o salário da outra pessoa ou não lhe dar o dinheiro necessário para as despesas quotidianas**
 a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
 b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez

20. Gritar ou ameaçar, para meter medo

- a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez

21. Outros (especificar _____)

- a) Nunca fiz na minha relação actual Já fiz ao meu parceiro(a) actual uma única vez Já fiz ao meu parceiro(a) actual mais do que uma vez
b) O meu parceiro(a) actual nunca me fez O meu parceiro(a) actual já me fez uma única vez O meu parceiro(a) actual já me fez mais do que uma vez

Anexo D- Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Neste questionário existem grupos de quatro afirmações. Por favor, leia cuidadosamente cada uma delas. A seguir seleccione a afirmação, em cada grupo, que melhor descreve como se sentiu NA SEMANA QUE PASSOU, INCLUINDO O DIA DE HOJE. Desenhe um círculo em torno do número ao lado da afirmação seleccionada. Se escolher dentro de cada grupo várias afirmações, faça um círculo em cada uma delas. Certifique-se que leu todas as afirmações de cada grupo antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.
 1 Sinto-me triste.
 2 Sinto-me triste o tempo todo e não consigo evitá-lo.
 3 Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou particularmente desencorajado(a) em relação ao futuro.
 1 Sinto-me desencorajado(a) em relação ao futuro.
 2 Sinto que não tenho nada a esperar.
 3 Sinto que o futuro é sem esperança e que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto fracassado(a).
 1 Sinto que falhei mais do que um indivíduo médio.
 2 Quando analiso a minha vida passada, tudo o que vejo é uma quantidade de fracassos.
 3 Sinto que sou um completo fracasso.

4. 0 Eu tenho tanta satisfação nas coisas como antes.
 1 Não tenho satisfação com as coisas como costumava ter.
 2 Não consigo sentir verdadeira satisfação com coisa alguma.
 3 Estou insatisfeito(a) ou entediado(a) com tudo.

5. 0 Não me sinto particularmente culpado(a).
 1 Sinto-me culpado(a) grande parte do tempo.
 2 Sinto-me bastante culpado(a) a maior parte do tempo.
 3 Sinto-me culpado(a) o tempo todo.

6. 0 Não sinto que esteja a ser punido(a).
 1 Sinto que posso ser punido(a).
 2 Sinto que mereço ser punido(a).
 3 Sinto que estou a ser punido(a).

7. 0 Não me sinto desapontado(a) comigo mesmo(a).
1 Sinto-me desapontado(a) comigo mesmo(a).
2 Sinto-me desgostoso(a) comigo mesmo(a).
3 Eu odeio-me.
8. 0 Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.
1 Critico-me pelas minhas fraquezas ou erros.
2 Culpo-me constantemente pelas minhas faltas.
3 Culpo-me de todas as coisas más que acontecem.
9. 0 Não tenho qualquer ideia de me matar.
1 Tenho ideias de me matar, mas não sou capaz de as concretizar.
2 Gostaria de me matar.
3 Eu matar-me-ia se tivesse uma oportunidade.
10. 0 Não costumo chorar mais do que o habitual.
1 Choro mais agora do que costumava fazer.
2 Actualmente, choro o tempo todo.
3 Eu costumava conseguir chorar, mas agora não consigo, ainda que queira.
11. 0 Não me irrito mais do que costumava.
1 Fico aborrecido(a) ou irritado(a) mais facilmente do que costumava.
2 Actualmente, sinto-me permanentemente irritado(a).
3 Já não consigo ficar irritado(a) com as coisas que antes me irritavam.
12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.
1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
2 Perdi a maior parte do interesse nas outras pessoas.
3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões tão bem como antes.
1 Adio as minhas decisões mais do que costumava.
2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
3 Já não consigo tomar qualquer decisão.
14. 0 Não sinto que a minha aparência seja pior do que costumava ser.
1 Preocupo-me porque estou a parecer velho(a) ou nada atraente.
2 Sinto que há mudanças permanentes na minha aparência que me tomam nada atraente.
3 Considero-me feio(a).
15. 0 Sou capaz de trabalhar tão bem como antes.
1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
2 Tenho que me esforçar muito para fazer qualquer coisa.
3 Não consigo fazer nenhum trabalho.
16. 0 Durmo tão bem como habitualmente.
1 Não durmo tão bem como costumava.
2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que o habitual e tenho dificuldade em voltar a adormecer.
3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir.
17. 0 Não fico mais cansado(a) do que é habitual.
1 Fico cansado(a) com mais facilidade do que antes.
2 Fico cansado(a) ao fazer quase tudo.
3 Estou demasiado cansado(a) para fazer qualquer coisa.
18. 0 O meu apetite é o mesmo de sempre.
1 Não tenho tanto apetite como costumava ter.
2 O meu apetite, agora, está muito pior.
3 Perdi completamente o apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
1 Perdi mais de 2,5 Kg.
2 Perdi mais de 5 Kg.
3 Perdi mais de 7,5 Kg.
Estou propositadamente a tentar perder, comendo menos. Sim ___ Não ___
20. 0 A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
1 Preocupo-me com problemas físicos, como dores e aflições, má disposição do estômago ou prisão do ventre.
2 Estou muito preocupado(a) com problemas físicos e torna-se difícil pensar em outra coisa.
3 Estou tão preocupado(a) com os meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa.
21. 0 Não tenho observado qualquer alteração recente no meu interesse sexual.
1 Estou menos interessado(a) na vida sexual do que costumava.
2 Sinto-me, actualmente, muito menos interessado(a) pela vida sexual.
3 Perdi completamente o interesse na vida sexual.

Anexo E- Inventário de Ansiedade Estado e Traço (STAI)

STAI Forma Y-2

INSTR
descre
que m
Não de
a man

INSTRUÇÕES: Em baixo tem uma série de frases que são habitualmente utilizadas para descrever pessoas. Leia cada uma delas e assinale com uma cruz (X) o algarismo da direita que melhor indica a forma como se sente habitualmente. Não há respostas certas ou erradas. Não demore muito tempo com cada frase, responda de modo a descrever o melhor possível a maneira como se sente habitualmente.

		QUASE NUNCA	ALGUMAS VEZES	FREQUENTEMENTE	QUASE SEMPRE
	1. Sinto-me bem.	1	2	3	4
1. S	2. Sinto-me nervoso e agitado.	1	2	3	4
2. S	3. Sinto-me satisfeito comigo mesmo.	1	2	3	4
3. E	4. Gostava de poder ser tão feliz como os outros parecem ser.	1	2	3	4
4. S	5. Sinto-me falhado.	1	2	3	4
5. S	6. Sinto-me tranquilo.	1	2	3	4
6. S	7. Estou "calmo, fresco e concentrado".	1	2	3	4
7. P pos	8. Sinto que as dificuldades se acumulam de tal forma que não as consigo ultrapassar.	1	2	3	4
8. S	9. Preocupo-me demais com coisas que na realidade não têm importância.	1	2	3	4
9. S	10. Estou feliz.	1	2	3	4
10.	11. Tenho pensamentos que me perturbam.	1	2	3	4
11.	12. Falta-me autoconfiança.	1	2	3	4
12.	13. Sinto-me seguro.	1	2	3	4
13.	14. Tomo decisões facilmente.	1	2	3	4
14.	15. Sinto-me inadequado.	1	2	3	4
15.	16. Estou contente.	1	2	3	4
16.	17. Passam-me pela cabeça pensamentos sem importância que me perturbam.	1	2	3	4
17.	18. As contrariedades afectam-me de modo tão intenso que não consigo afastá-las da minha mente.	1	2	3	4
18.	19. Sou uma pessoa firme.	1	2	3	4
19.	20. Fico tenso e perturbado quando penso nas minhas preocupações e interesses actuais.	1	2	3	4
20.					

Anexo F- Inventário de Problemas Interpessoais (IPP-64)

IPP

Esta é uma lista de alguns problemas no relacionamento com os outros, que as pessoas às vezes referem. Leia a lista que se segue e considere para cada item se esse determinado problema constituía um problema para si relativamente a uma pessoa significativa na sua vida. Depois escolha o número que descreve a forma como esse problema tem sido perturbador para si e faça um círculo à volta desse número.

Exemplo:		De que forma se sente perturbado/a por este problema?				
É difícil para mim:		de forma alguma	um pouco	moderadamente	bastante	extremamente
		0	1	2	3	4
00	relacionar-me com os meus familiares	0	1	2	3	4

PARTE 1: A lista que se segue diz respeito aos aspectos que considera difíceis de fazer com as outras pessoas						
É difícil para mim:		de forma alguma	um pouco	moderadamente	bastante	extremamente
01	confiar nas outras pessoas	0	1	2	3	4
02	dizer não às outras pessoas	0	1	2	3	4
03	juntar-me em grupo	0	1	2	3	4
04	manter a privacidade dos meus assuntos	0	1	2	3	4
05	fazer com que as outras pessoas saibam aquilo que eu quero	0	1	2	3	4
06	Dizer a uma pessoa que pare de me aborrecer	0	1	2	3	4
07	Apresentar-me a pessoas novas	0	1	2	3	4
08	Confrontar as pessoas com os problemas que aparecem	0	1	2	3	4
09	Ser assertivo/a com as outras pessoas	0	1	2	3	4
10	Deixar que os outros se apercebam quando estou zangado/a	0	1	2	3	4
11	Comprometer-me a longo prazo com outra pessoa	0	1	2	3	4
12	Ser o/a chefe de outra pessoa	0	1	2	3	4
13	Ser agressivo/a com uma pessoa quando a situação o exige	0	1	2	3	4
14	Socializar com as outras pessoas	0	1	2	3	4
15	Mostrar afecto pelos outros	0	1	2	3	4
16	Manter-me firme quanto ao meu ponto de vista e não me deixar persuadir pelos outros	0	1	2	3	4
17	Relacionar-me com as outras pessoas	0	1	2	3	4
18	Compreender o ponto de vista das outras pessoas	0	1	2	3	4
19	Ser firme quando preciso de o ser	0	1	2	3	4
20	Experenciar um sentimento de amor por outra pessoa	0	1	2	3	4
21	Estabelecer limites com outra pessoa	0	1	2	3	4
22	Ser apoiante relativamente aos objectivos de vida de outra pessoa	0	1	2	3	4
23	Sentir-me próximo/a de outras pessoas	0	1	2	3	4
24	Preocupar-me realmente com os problemas dos outros	0	1	2	3	4
25	Discutir com outra pessoa	0	1	2	3	4
26	Passar tempo sozinho/a	0	1	2	3	4
27	Dar um presente a outra pessoa	0	1	2	3	4
28	Permitir-me sentir zangado/a com uma pessoa de quem gosto	0	1	2	3	4
29	Pôr as necessidades dos outros à frente das minhas	0	1	2	3	4

É difícil para mim		de forma alguma	um pouco	moderadamente	bastante	extremamente
30	Falar de coisas pessoais com outras pessoas	0	1	2	3	4
31	Receber instruções de pessoas que têm autoridade sobre mim	0	1	2	3	4
32	Sentir-me bem com a felicidade de outra pessoa	0	1	2	3	4
33	Pedir a outras pessoas para se envolverem socialmente comigo	0	1	2	3	4
34	Sentir-me zangado/a com as outras pessoas	0	1	2	3	4
35	Abrir-me e falar dos meus sentimentos às outras pessoas	0	1	2	3	4
36	Desculpar os outros após ter-me zangado com eles	0	1	2	3	4
37	Preocupar-me com o meu bem-estar quando outra pessoa está necessitada	0	1	2	3	4
38	Ser assertivo/a sem me preocupar em magoar os outros	0	1	2	3	4
39	Ser auto-confiante quando estou com os outros	0	1	2	3	4
PARTE 2: Segue-se os aspectos que faz em demasia						
40	Discuto demasiado com as outras pessoas	0	1	2	3	4
41	Sinto-me demasiado responsável em resolver os problemas dos outros	0	1	2	3	4
42	Sou facilmente influenciado pelas outras pessoas	0	1	2	3	4
43	Abro-me demais com as outras pessoas	0	1	2	3	4
44	Sou demasiado independente	0	1	2	3	4
45	Sou demasiado agressivo/a com as outras pessoas	0	1	2	3	4
46	Tento agradecer demasiadamente aos outros	0	1	2	3	4
47	Sou demasiado brincalhão	0	1	2	3	4
48	Quero muito que reparem em mim	0	1	2	3	4
49	Confio demais nas outras pessoas	0	1	2	3	4
50	Tento controlar demasiadamente as outras pessoas	0	1	2	3	4
51	Frequentemente ponho as necessidades das outras pessoas à frente das minhas	0	1	2	3	4
52	Tento frequentemente mudar as outras pessoas	0	1	2	3	4
53	Sou demasiado ingénuo/a	0	1	2	3	4
54	Sou demasiado generoso/a com as outras pessoas	0	1	2	3	4
55	Tenho muito medo das outras pessoas	0	1	2	3	4
56	Sou demasiado desconfiado em relação às outras pessoas	0	1	2	3	4
57	Frequentemente manipulo as outras pessoas para obter o que eu quero	0	1	2	3	4
58	Conto frequentemente a minha vida pessoal às outras pessoas	0	1	2	3	4
59	Discuto muito com as outras pessoas	0	1	2	3	4
60	Frequentemente mantenho-me distante das outras pessoas	0	1	2	3	4
61	Frequentemente deixo que os outros tirem partido de mim	0	1	2	3	4
62	Fico muito embaraçado/a quando estou com outras pessoas	0	1	2	3	4
63	Sou muito afectado/a pelo sofrimento das outras pessoas	0	1	2	3	4
64	Frequentemente quero vingar-me das outras pessoas	0	1	2	3	4

Anexo G- Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BDI)

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo H- Questionários de Esquemas Young (YSQ)

Questionário de Esquemas de Young (YSQ)

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e **frequentemente** a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

A I

1. Não consigo fazer a minha vida sem ajuda dos outros ____
2. Preciso da ajuda das outras pessoas ____
3. Sinto que não consigo resolver os meus problemas sozinho ____
4. Acredito que os outros sabem melhor que eu tomar conta de mim ____
5. Preciso de orientação de outra pessoa sempre que tenho de lidar com uma situação nova ____
6. Vejo-me como uma pessoa dependente ____

A II

7. Não interfiro na maneira de ser das outras pessoas ____
8. Sinto que se fizer o que quero vou arranjar sarilhos ____
9. Sinto que não tenho outro remédio senão fazer a vontade aos outros ____
10. Ponho os interesses dos outros antes dos meus ____
11. Nas minhas relações com os outros deixo que estes me dominem ____
12. É-me difícil ser eu mesmo(a) quando estou com os outros ____
13. Na verdade não sei o que quero ____
14. Não posso mostrar-me zangado porque os outros não vão aceitar isso ou vão rejeitar-me ____
15. Sinto que as decisões importantes da minha vida não foram na realidade tomadas por mim ____
16. Pensar que posso deixar mal as pessoas ou que as posso desapontar faz-me sentir culpado ____
17. Dou mais aos outros do que recebo ____
18. Preocupo-me em agradar aos outros ____
19. Por vezes sinto crescer em mim raiva e ressentimento que não exprimo ____
20. Tenho imenso trabalho em conseguir que os meus sentimentos sejam tomados em consideração e os meus direitos respeitados ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de modo bastante característico e frequentemente a minha maneira de ser.
5. Descreve de um modo muito característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um modo muitíssimo característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

A III

21. Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de mal está para acontecer ____
22. Sinto que uma desgraça (natural, criminoso, financeira ou de saúde) pode atingir-me em qualquer momento ____
23. Tenho medo de me tornar um vadio ou um marginal ____
24. Tenho medo de ser atacado ____
25. Tenho muito cuidado com o dinheiro porque de outra maneira posso acabar na miséria ____
26. Tenho os maiores cuidados para evitar adoecer ou magoar-me ____
27. Preocupo-me em perder todo o dinheiro que tenho e ficar na miséria ____
28. Estou preocupado(a) com a ideia de ter uma doença grave apesar de o médico me ter dito que não tinha nada de grave ____
29. Sou uma pessoa medrosa ____
30. Prefiro jogar pelo seguro ou fazer as coisas da maneira habitual do que correr o risco do inesperado ____
31. Penso muito nas coisas más que acontecem no mundo: crime, poluição, violência ____

A IV

32. Tenho medo de perder o controlo sobre as minhas acções ____
33. Sinto com frequência que posso enlouquecer ____
34. Sinto com frequência que vou ter um ataque de ansiedade ____
35. Preocupa-me poder corar ou suar em frente de outras pessoas ____
36. Sinto-me muitas vezes à beira de gritar descontroladamente ____
37. Preocupa-me não ser capaz de resistir aos meus impulsos sexuais ____
38. Preocupa-me poder magoar física ou emocionalmente alguém no caso de não conseguir dominar a minha raiva (cólera) ____
39. Sinto que tenho de controlar as minhas emoções e impulsos porque senão alguma coisa de mal pode acontecer ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de maneira nenhuma a minha maneira de ser.
2. Acontece algumas vezes mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece neste momento mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de modo bastante característico e frequentemente a minha maneira de ser.
5. Descreve de um modo muito característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um modo muitíssimo característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

L V

40. Não tenho ninguém que satisfaça as minhas necessidades ____
41. Não consigo amor e atenção suficientes ____
42. Não tenho ninguém em quem confiar para um conselho ou apoio emocional ____
43. Não tenho ninguém que trate de mim, que partilhe comigo a sua vida, ou que se preocupe verdadeiramente com tudo o que me acontece ____
44. Não tenho ninguém que queira aproximar-se de mim, nem que queira passar muito tempo comigo ____
45. Podia desaparecer da face da terra que ninguém dava pela minha falta ____
46. As minhas relações são muito superficiais ____
47. Sinto que não sou uma pessoa especial para ninguém ____
48. Na realidade ninguém me ouve, ninguém me compreende ou está interessado(a) nos meus verdadeiros sentimentos e necessidades ____

L VI

49. Estou destinado a ficar só o resto da minha vida ____
50. Preocupo-me que alguém que amo possa morrer em breve, mesmo quando há poucas razões que o justifiquem ____
51. Sinto que me agarro às pessoas que estão perto de mim ____
52. Preocupo-me que as pessoas que estão perto de mim me deixem ou me abandonem ____
53. Sinto que me falta uma base estável de apoio emocional ____
54. Acho que as minhas relações importantes não vão durar e estou sempre à espera que acabem ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de **maneira nenhuma** a minha maneira de ser.
2. Acontece **algumas vezes** mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece **neste momento** mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de **modo bastante** característico e frequentemente a minha maneira de ser.
5. Descreve de um **modo muito** característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um **modo muitíssimo** característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

L VII

55. Sinto que a maior parte das pessoas está sempre disposta a magoar-me e a tirar partido de mim ____
56. Tenho de me proteger dos ataques e das desconsiderações das outras pessoas ____
57. A melhor maneira de evitar ser magoado(a) é atacar primeiro ____
58. Sinto que tenho de me vingar da maneira como as pessoas me trataram ____
59. Sinto que tenho que me defender sempre que estou na presença de outras pessoas ____
60. Quando alguém é simpático penso logo que quer alguma coisa de mim ____
61. Há sempre alguém que mais tarde ou mais cedo acaba por me trair ____
62. A maioria das pessoas só pensa nelas ____
63. Tenho muita dificuldade em confiar nos outros ____
64. Sou muito desconfiado(a) acerca das razões das outras pessoas ____

L VIII

65. Sinto-me um(a) desajustado(a) ____
66. Sou fundamentalmente diferente dos outros ____
67. Sinto que estou a mais; sou um(a) solitário(a) ____
68. Sinto-me separado dos outros ____
69. Sinto-me isolado e só ____

V IX

70. Nenhum homem/mulher de quem eu goste poderá gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos ____
71. Ninguém de quem eu goste gostaria de ficar comigo depois de me conhecer ____
72. Sou fundamentalmente uma pessoa cheia de imperfeições e de defeitos ____
73. Por mais que tente não consigo que nenhum homem/mulher, importante para mim, me respeite ou sinta que tenho algum valor ____
74. Não mereço nem o amor, nem a atenção nem o respeito dos outros ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de maneira nenhuma a minha maneira de ser.
2. Acontece algumas vezes mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece neste momento mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de modo bastante característico e frequentemente a minha maneira de ser.
5. Descreve de um modo muito característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um modo muitíssimo característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

V X

75. Não sou sexualmente atraente ____
76. Sou muito gorda(o) ____
77. Sou feia(o) ____
78. Não consigo manter uma conversa interessante ____
79. Não sou uma pessoa interessante e em sociedade as pessoas acham-me aborrecida(o) ____
80. As pessoas a quem dou valor não gostariam da minha companhia por causa do meu estatuto social (rendimento, educação, carreira, etc.) ____
81. Nunca sei o que é que hei-de dizer em sociedade ____
82. As pessoas não gostam de me incluir nos seus grupos ____

V XI

83. Nunca faço as coisas tão bem como os outros ____
84. Sou incompetente ____
85. A maioria das pessoas tem mais capacidade do que eu ____
86. Estrago tudo o que tento fazer ____
87. Sou um(a) incapaz ____
88. Sou um(a) fracassado(a) ____
89. Sempre que confio no meu critério tomo a decisão errada ____
90. Não tenho senso comum (Bom senso, senso nenhum) ____
91. Não tenho confiança nas minhas decisões ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de maneira nenhuma a minha maneira de ser.
2. Acontece algumas vezes mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece neste momento mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de modo bastante característico e frequentemente a minha maneira de ser.
5. Descreve de um modo muito característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um modo muitíssimo característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

V XII

92. No fundo sou uma pessoa má ____
93. Mereço ser castigado(a) ____
94. Não mereço ser feliz ____
95. Quando cometo um erro mereço ser severamente criticado(a) e punido(a) ____
96. Não devo desculpar-me pelos meus erros ou fugir das minhas responsabilidades ____
97. Sinto-me muito culpado(a) dos erros que cometi ____
98. Por mais que tente, em determinados aspectos sou incapaz de viver de acordo com os meus princípios religiosos ou morais ____
99. Muitas vezes sinto-me culpado(a) sem saber porquê ____
100. Sinto-me envergonhado pelos meus defeitos ____
101. Sou tão inferior que não posso mostrar as minhas faltas aos outros ____
102. Sinto que não conseguiria enfrentar os outros se eles descobrissem os meus defeitos ____
103. Sinto-me muitas vezes embaraçado quando estou com outras pessoas porque não me sinto à altura delas ____
104. Tenho demasiada consciência de mim sempre que estou com os outros ____
105. Tenho de ser o(a) melhor em quase tudo o que faço, não aceito ficar em segundo lugar ____
106. Luto por manter quase tudo numa ordem perfeita ____
107. Tenho de parecer o melhor possível na maior parte do tempo ____
108. Tenho de fazer o melhor, não chega ser suficientemente bom ____
109. Tenho tanta coisa para fazer que quase não tenho tempo para descansar ____
110. Quase nada do que faço é suficientemente bom, posso sempre fazer melhor ____
111. Tenho de estar à altura das minhas responsabilidades ____
112. Sinto sobre mim uma pressão constante para realizar coisas e alcançar objectivos ____
113. O meu relacionamento com as pessoas ressent-se com o facto de exigir demais de mim mesmo(a) ____
114. Prejudico a minha saúde por andar sempre numa tensão enorme para fazer as coisas bem feitas ____
115. Sacrifico com frequência o prazer e a felicidade para atingir os meus níveis de exigência ____

ESCALA DE RESPOSTA

1. Não descreve de maneira nenhuma a minha maneira de ser.
2. Acontece algumas vezes mas é pouco característica da minha maneira de ser.
3. Acontece neste momento mas não costumava acontecer no passado.
4. Descreve de modo bastante característico e frequentemente a minha maneira de ser.
5. Descreve de um modo muito característico a minha maneira de ser, verdadeira a maior parte do tempo.
6. Descreve de um modo muitíssimo característico a minha maneira de ser, acontece constantemente.

X V

116. Tenho muita dificuldade em aceitar um não por resposta quando quero alguma coisa dos outros ____
117. Fico com frequência zangado(a) ou irritado(a) se não consigo o que quero ____
118. Sou uma pessoa especial e não devia ser obrigado a aceitar muitas das restrições que são impostas aos outros ____
119. Detesto ser constrangido(a) ou impedido(a) de fazer o que quero ____
120. Tenho muita dificuldade em aceitar aspectos da minha vida que não são como eu quero que sejam, se bem que objectivamente a minha vida seja boa ____
121. Tenho muita dificuldade em conseguir parar de beber, ou de fumar, ou de comer demasiado ____
122. Acho que não sou capaz de me sujeitar à rotina ou de fazer tarefas aborrecidas ____
123. Muitas vezes permito-me agir por impulsos e exprimir emoções que originam problemas ou magoam as outras pessoas ____

Anexo I- Escala de Vinculação do Adulto (EVA)

Escala de Vinculação do Adulto

EVA - M.C. Canavarro, 1995; Versão Portuguesa da *Adult Attachment Scale-R*; Collins & Read, 1990

Por favor leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e assinale o grau em que cada uma descreve a forma como se sente em relação às relações afectivas que estabelece. Pense em todas as relações (passadas e presentes) e responda de acordo com o que geralmente sente. Se nunca esteve afectivamente envolvido com um parceiro, responda de acordo com o que pensa que sentiria nesse tipo de situação.

	Nada característico em mim	Pouco característico em mim	Característico em mim	Muito característico em mim	Extremamente característico em mim
1. Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tenho dificuldade em sentir-me dependente dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Costumo preocupar-me com a possibilidade dos meus parceiros não gostarem verdadeiramente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. As outras pessoas não se aproximam de mim tanto quanto eu gostaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sinto-me bem dependendo dos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. <u>Não</u> me preocupo pelo facto das pessoas se aproximarem muito de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sinto-me de alguma forma <u>desconfortável</u> quando me aproximo das pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Preocupo-me frequentemente com a possibilidade dos meus parceiros me deixarem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Quando mostro os meus sentimentos, tenho medo que os outros não sintam o mesmo por mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Pergunto frequentemente a mim mesmo se os meus parceiros realmente se importam comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sinto-me bem quando me relaciono de forma próxima com outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Fico <u>incomodado</u> quando alguém se aproxima emocionalmente de mim.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Quando precisar, sinto que posso contar com as pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Acho difícil confiar completamente nos outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Os meus parceiros desejam frequentemente que eu esteja mais próximo deles do que eu me sinto confortável em estar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não tenho a certeza de poder contar com as pessoas quando precisar delas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo J- Escala de Avaliação Emocional (EAE)

Anexo K- Aceitando o Passado/ Relembrando o Passado

Aceitando o Passado / Relembrando o Passado (ACPAST/REM)

Apresentamos algumas afirmações referentes ao modo como se pode sentir em relação ao seu passado. Leia cada uma das afirmações seguintes e diga-nos se concorda ou discorda e em que medida. Se concorda fortemente, faça um círculo em "7". Se não tem a certeza ou não sabe, marque o "4" com um círculo. Utilize o número que for correcto para a forma como se sente. Pense em cada questão cuidadosamente antes de responder.

	1	2	3	4	5	6	7
	Discordo fortemente	Discordo		Não tenho a certeza / Não sei		Concordo	Concordo fortemente
1. Pensar sobre o meu passado traz mais dor do que prazer						1 2 3 4 5 6 7	
2. Eu prefiro falar sobre o presente do que sobre as coisas do passado						1 2 3 4 5 6 7	
3. Eu sinto-me confortável ao falar sobre coisas que fiz no passado						1 2 3 4 5 6 7	
4. Às vezes tenho a sensação de que nunca tive a oportunidade de viver						1 2 3 4 5 6 7	
5. Eu limito-me a ignorar as partes difíceis do meu passado						1 2 3 4 5 6 7	
6. Existem coisas do meu passado que eu tenho que corrigir, antes de ser verdadeiramente feliz						1 2 3 4 5 6 7	
7. Eu não penso nas experiências do meu passado com muita frequência						1 2 3 4 5 6 7	
8. Existem coisas sobre o meu passado que me assustam						1 2 3 4 5 6 7	
9. Tenho tendência a ignorar as partes difíceis do meu passado em vez de lidar com elas						1 2 3 4 5 6 7	
10. Embora as minhas experiências do passado sejam importantes para mim, eu prefiro não pensar nelas						1 2 3 4 5 6 7	
11. Existem algumas desilusões na minha vida que nunca conseguirei aceitar						1 2 3 4 5 6 7	
12. Ainda é muito difícil pensar sobre algumas experiências pessoais anteriores						1 2 3 4 5 6 7	
13. Na generalidade, sinto-me satisfeito com a forma como a minha vida veio a ser						1 2 3 4 5 6 7	
14. Existem coisas acerca da minha vida que tenho dificuldade em aceitar						1 2 3 4 5 6 7	
15. Eu não levei uma vida muito significativa						1 2 3 4 5 6 7	
16. Eu olho para trás para as coisas que fiz com uma sensação de satisfação						1 2 3 4 5 6 7	
17. Não tenho desejo de pensar sobre o meu passado						1 2 3 4 5 6 7	
18. Eu penso com frequência em experiências passadas						1 2 3 4 5 6 7	
19. Apesar de tudo, eu sinto-me confortável com as escolhas que fiz no passado						1 2 3 4 5 6 7	
20. Quando olho para o meu passado, tenho um sentimento de realização						1 2 3 4 5 6 7	
21. Gosto de relembrar o meu passado						1 2 3 4 5 6 7	
22. Ainda me sinto zangado com algumas experiências da infância						1 2 3 4 5 6 7	
23. Tento me lembrar o máximo possível do passado, quer as boas experiências, quer as más experiências						1 2 3 4 5 6 7	
24. Não rejitei o meu passado, nem o aceitei, limito-me a deixar o passado em paz						1 2 3 4 5 6 7	
25. Não me preocupo com coisas que aconteceram há muito tempo						1 2 3 4 5 6 7	
26. Frequentemente conto aos outros sobre experiências do meu passado						1 2 3 4 5 6 7	
27. Geralmente sinto-me satisfeito com o que fiz na minha vida até agora						1 2 3 4 5 6 7	

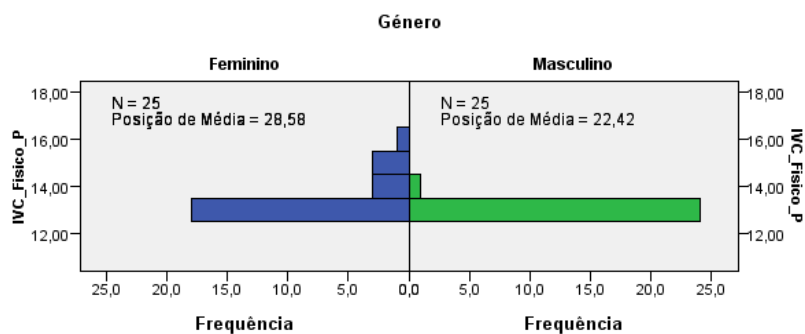
Anexo L – Comparação dos níveis de IVC consoante o género

Testes de Normalidade

	Gênero	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Estatística	Gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
IVC_Fisico_P	Feminino	,429	25	,000	,616	25	,000
	Masculino	,539	25	,000	,203	25	,000
IVC_Fisico_V	Feminino	,428	25	,000	,516	25	,000
	Masculino	,530	25	,000	,314	25	,000
IVC_Emocional_P	Feminino	,359	25	,000	,652	25	,000
	Masculino	,367	25	,000	,558	25	,000
IVC_Emocional_V	Feminino	,282	25	,000	,745	25	,000
	Masculino	,427	25	,000	,505	25	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

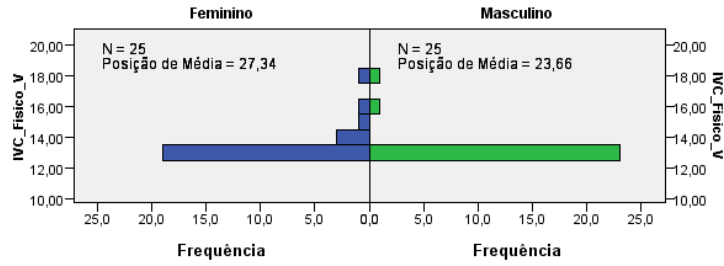
Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes



N total	50
U de Mann-Whitney	235,500
Wilcoxon W	560,500
Estatística de teste	235,500
Erro padrão	32,869
Estatística de Teste Padronizado	-2,343
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,019

Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes

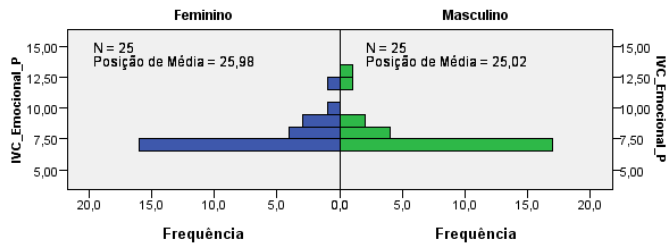
Gênero



N total	50
U de Mann-Whitney	266,500
Wilcoxon W	591,500
Estatística de teste	266,500
Erro padrão	32,884
Estatística de Teste Padronizado	-1,399
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,162

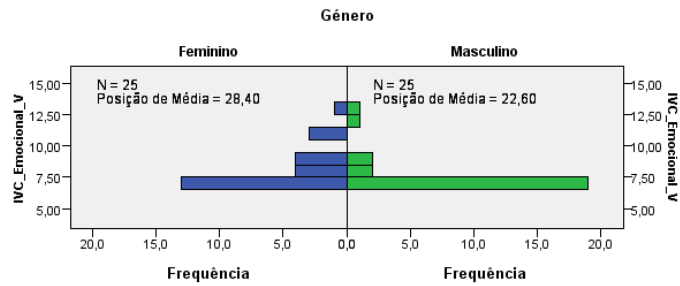
Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes

Gênero



N total	50
U de Mann-Whitney	300,500
Wilcoxon W	625,500
Estatística de teste	300,500
Erro padrão	43,354
Estatística de Teste Padronizado	-,277
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,782

Teste U de Mann-Whitney de amostras independentes



N total	50
U de Mann-Whitney	240,000
Wilcoxon W	565,000
Estatística de teste	240,000
Erro padrão	44,167
Estatística de Teste Padronizado	-1,641
Sig. assintótico (teste de 2 lados)	,101

Estatísticas de grupo

	Gênero	N	Média	Desvio Padrão	Erro Padrão da Média
IVC_Fisico_P	Feminino	25	13,4800	,87178	,17436
	Masculino	25	13,0400	,20000	,04000
IVC_Fisico_V	Feminino	25	13,5200	1,19443	,23889
	Masculino	25	13,3200	1,14455	,22891
IVC_Emocional_P	Feminino	25	7,7200	1,24231	,24846
	Masculino	25	7,7600	1,56205	,31241
IVC_Emocional_V	Feminino	25	8,2000	1,68325	,33665
	Masculino	25	7,6800	1,57374	,31475

A
nexo M
-tempo
de

casamento e perpetuação de violência

Testes de Normalidade

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	Gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
IVC_Fisico_P	,492	50	,000	,452	50	,000
IVC_Emocional_P	,362	50	,000	,596	50	,000
Tempo de Casamento	,208	50	,000	,845	50	,000

a. Correlação de Significância de Lilliefors

Anexo N –Correlação entre o Estilo de Vinculação e o IVC

Teste de Homogeneidade de Variâncias

	Estadística de Levene	gl1	gl2	Sig.
IVC_Fisico_P	1,847 ^a	3	45	,152
IVC_Fisico_V	,426 ^b	3	45	,736
IVC_Emocional_P	1,747 ^c	3	45	,171
IVC_Emocional_V	1,884 ^d	3	45	,146

ANOVA

		Soma dos Quadrados	gl	Quadrado Médio	F	Sig.
IVC_Fisico_P	Entre Grupos	1,049	4	,262	,573	,683
	Nos grupos	20,571	45	,457		
	Total	21,620	49			
IVC_Fisico_V	Entre Grupos	,894	4	,224	,154	,960
	Nos grupos	65,286	45	1,451		
	Total	66,180	49			
IVC_Emocional_P	Entre Grupos	2,477	4	,619	,299	,877
	Nos grupos	93,143	45	2,070		
	Total	95,620	49			
IVC_Emocional_V	Entre Grupos	3,368	4	,842	,297	,878
	Nos grupos	127,452	45	2,832		
	Total	130,820	49			