

# Maltractament en les relacions de parella: conseqüències psicològiques en la dona<sup>1</sup>

Montserrat Davins

**E**n el número 16 de la Revista Aloma, vam presentar un text sobre les principals variables de risc en les dones per patir maltractaments en les seves relacions de parella. En aquest, volem ressaltar les greus conseqüències que la violència en les relacions produeix a les víctimes, mencionant específicament les repercussions psicològiques.

En les conseqüències psíquiques, cal distingir dos moments: després de l'agressió, i les alteracions que apareixen a llarg termini, derivades de la repetició de les agressions físiques i psicològiques i del manteniment de la situació de maltractament. Certament, les conseqüències del maltractament no es manifesten necessàriament a curt termini, sinó que moltes d'aquestes conductes tenen greus repercussions en el

<sup>1</sup> El text següent forma part d'un estudi més ampli: Davins, M. (2005). *Maltractament en les relacions de parella: estils de personalitat, simptomatologia i ajustament diàdic d'un grup de dones maltractades*. Tesis Doctoral no publicada. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna, Universitat Ramon Llull.

desenvolupament psicològic posterior (Simón, López i Linaza, 2000). Al contrari de la creença que les agressions físiques comporten més risc per a la salut psicològica de la víctima, s'observa que la coacció psicològica, sense lesions físiques, pot resultar més incapacitant i nociva per al funcionament habitual de la dona (Echeburúa, 1994; Elliston i Whatley, 2002).

Echeburúa es pregunta què genera més dany psíquic, i la resposta que ofereix es pot sintetitzar principalment en tres punts: 1) l'amenaça a la pròpia integritat psicològica, 2) la "pèrdua" violenta de l'ésser estimat i 3) la percepció del dany com a intencionat. Aquest tercer aspecte ens sembla fonamental, i fa referència al fet que el dany no és casual, sinó que l'ha provocat una persona, i es tracta precisament d'una persona que és amb la que s'ha compartit una vida en comú, amorosa; particularitat que provoca la vivència d'un major dany psicològic. Altres autors també han posat l'accent en aquesta intencionalitat destructiva de l'altre (Bermant, 2004).

En primer lloc, es tracta d'una experiència que desborda i, la persona -en aquest cas la dona maltractada- no sap com respondre davant la situació. Segons Lorente Acosta (2001), el 60% de les dones maltractades tenen trastorns psicològics moderats o greus. Golding (1999) conclou globalment en el seu estudi que la violència en les relacions de parella incrementa el risc de patir trastorns mentals. El treball clínic-assistencial posa de manifest que patir maltractament deixa seqüeles psicològiques importants i que les reaccions emocionals poden ser diverses: ansietat, amargor, desesperança, por del passat i del que ha de venir, sentiment d'incapacitat i desvalorització, desconfiança -a vegades terror- davant els altres, etc. Tot seguit veurem més detingudament aquests i altres efectes que poden patir aquestes dones.

### 1. Ansietat/Temor

Per una banda, la situació de vulnerabilitat i ansietat que experimenten moltes dones maltractades és molt elevada, i no sols a curt termini, sinó que pot estar present en la dona durant molt de temps. Per l'altra, les dones que es troben dins una relació de maltractament experimenten no solament l'estrès provocat per cada incident sinó, a més a més, la tensió produïda per l'anticipació a possibles incidents de victimització futurs (Mitchell i Hodson, 1983). Les víctimes poden presentar símptomes d'ansietat més enllà dels esperats en un trastorn per estrès posttraumàtic, com atacs de pànic, agorafòbia i altres trastorns

d'ansietat. Les reaccions ansioses són molt freqüents i en diversos estudis es considera l'ansietat com un dels efectes psicopatològics més significatius de les dones maltractades (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta i Sarasua, 2001; Bradley, Smith, Long i O'Dowd, 2002; Herman, 1992a, b; Mertin i Mohr, 2000; Roberts, Lawrence, Williams i Raphael, 1998; Torres Falcón, 2001; Walker, 1984).

Segons la teoria de la indefensió apresada, el maltractament continuat provocaria en la dona maltractada la percepció cognitiva que és incapaç de manejar o resoldre la situació per la qual passa, que es generalitzaria a situacions futures. Aquest sentiment d'indefensió duria a un augment de l'ansietat, la depressió i produiria un efecte debilitador en les habilitats per a resoldre els problemes i, per tant, crearia dificultats per abandonar la relació abusiva. Des d'aquesta òptica, la percepció de falta de control és la que causaria els dèficits cognitius, afectius i motivacionals que caracteritzen les dones que es troben sota indefensió.

La ràbia, tot i ser una reacció normal davant incidents de victimització, moltes dones maltractades no la reconeixen i difícilment arriben a expressar-la, ni immediatament després d'haver estat maltractades. Carmen, Rieker i Mills (1984) suggereixen que les dones maltractades generalment no manifesten la seva ràbia contra l'agressor perquè perceben que aquesta emoció pot ser molt perillosa i incontrolable; per aquesta raó, moltes vegades la dirigeixen contra si mateixes -per exemple, amb un estil "sobrecontrolat", o amb conductes autodestructives com el suïcidi o l'abús de drogues. S'ha observat que, a algunes dones amb una història d'abús infantil, els manca la capacitat interna per confortar-se i tranquil·litzar-se a elles mateixes quan s'enfronten als sentiments aclaparadors i dolorosos pel que van viure. Per desgràcia, poden utilitzar conductes d'autolesió com una forma externa d'alleugerir temporalment el dolor (intern) (Gallop, 2002).

Per a Torres Falcón (2001), les dones maltractades no mostren habitualment un pànic fora de control, sinó una espècie de temor congelat; estan paralizades. Podríem dir que la por o les reaccions fòbiques solen ser també una de les variables que millor representen les dones maltractades (Vitanza, Vogel i Marshall, 1995). Però coneixent la situació de maltractament que les dones solen experimentar, és d'esperar que tinguin por al seu agressor, especialment si perceben que aquest continua sent un perill per a la seva seguretat (Cascardi i O'Leary, 1992; Wileman i Wileman, 1995). Algunes dones maltractades

continuen indefinidament sota l'amenaça de maltractaments, malgrat haver-se separat i/o divorciat. Tenir coneixement que existeix la possibilitat de ser una altra vegada objecte d'una agressió produeix, comprensiblement, temor i, fins i tot, terror.

Volem referir-nos, per últim, a la por que poden experimentar les dones maltractades a facetes d'elles mateixes:

El miedo, que adquiere a veces las características de pánico, es otro elemento importante (...) que aparece vinculado al hecho de tener que encontrarse con facetas de sí misma, que han permanecido escondidas por largos períodos (...) El miedo también está referido al proceso de cambio en sí mismo, al espacio que éste podría crear y la incertidumbre con respecto a nuevos desarrollos (...) Las posibles pérdidas son también enfrentadas con miedo y se refieren a los vínculos que están siendo cuestionados, apareciendo entonces el fantasma del abandono, y también a partes de sí misma frente a las que se tienen sentimientos ambivalentes (Salamovich, 1990, citat a Corsi, 1994, p.79).

## 2. Depressió

La depressió augmenta la inseguretats i, amb ella, la incapacitat per a prendre decisions. Segons Cascardi i O'Leary (1992), l'autoinculpació pel maltractament i la baixa autoestima apareixen com a símptomes importants en la depressió; l'atribució de la responsabilitat sobre el que ha succeït està relacionada amb la presència de depressió en les víctimes de maltractament. D'altra banda, els greus efectes sobre l'autoestima poden potenciar el grau de vulnerabilitat a la depressió. Hi ha una reducció del rendiment laboral i de la capacitat per a concentrar-se. La violència conjugal també actua com un inhibidor de les relacions socials. Així, doncs, en aïllar la dona d'altres fonts de reforç emocional positiu i de suport social, un resultat molt freqüent és que aquesta caigui en una depressió.

Són diversos els estudis que ressalten la presència de símptomes depressius en dones maltractades (Campbell, 2002; Cascardi, O'Leary i Schlee, 1999; Coker, Smith, McKeown i King, 2000). En el treball metaanalític de Golding (1999), s'apuntava una prevalença mitjana del 47,6% en la simptomatologia depressiva de dones maltractades.

Pel que fa al maltractament en les relacions de parella, Sato i Heiby (1991) avaluaren dones víctimes de “maltractament físic sever” i observaren símptomes depressius en un 47% de la mostra. Alts nivells de depressió i baixa autoestima s’han associat a experimentar maltractaments severos i a perpetuar la relació abusiva (Follingstad, Brennan, Hause, Polek i Rutledge, 1991). Algunes troballes indiquen que, per exemple, una vulnerabilitat psicològica, la manca de relacions i suport social i tenir pocs recursos econòmics expliquen d’una manera significativa el funcionament físic i la depressió de les dones maltractades més enllà i a través de l’efecte únic dels tipus específics de maltractament patit (Nurius et al., 2003).

Kernic, Holt, Stoner, Wolf i Rivara (2003) avaluaven quin efecte tenia l’acabament de l’abús pel que fa als símptomes depressius en dones maltractades per la seva parella, i van trobar que, quan s’acabava el maltractament en aquelles dones que presentaven una història de maltractament psicològic, la fi del maltractament no s’associava amb una reducció significativa de la depressió, comparat amb aquelles en què l’abús continuava. En canvi, la depressió declinava en les dones que patien tant abús físic i/o sexual com psicològic, si ambdós tipus cessaven. Ens sembla interessant la idea aportada per Andrews i Brown (1988) respecte al fet que la depressió no només sol aparèixer en les dones que romanen en la relació, sinó que també apareix, moltes vegades amb major intensitat, en aquelles que ja han abandonat la relació. Aquestes últimes presenten, en el seu estudi, índexs de depressió fins i tot més alts.

Quan la depressió és profunda, aquesta pot anar acompanyada d’ideacions o tendències suïcides que poden dur a la mort (Bergman i Brismar, 1991; Sato i Heiby, 1992). Kurz i Stark (1988) trobaren que la probabilitat de suïcidi era cinc vegades major en dones maltractades que en la població general de dones. Stark, Flitcraft i Frazier (1979) trobaren que, de totes les dones que havien entrat a urgències d’un hospital per intent de suïcidi, un 29% eren dones maltractades; la meitat d’elles havien estat maltractades aquell mateix dia i un 75% havien estat maltractades durant els sis mesos anteriors a l’ingrés. En la revisió de Lorente Acosta (2001), s’apunta que entre el 20% i el 40% de les dones que s’han suïcidat havien patit maltractaments, i indica una relació entre el maltractament, les seves conseqüències sobre la persona, la família i l’entorn proper, i la decisió d’optar pel suïcidi com a mecanisme de fugida i sortida de la situació.

### 3. Baixa autoestima

Un dèficit bàsic en l'autoestima funcionaria com un factor de vulnerabilitat davant els maltractaments, però en la literatura sovint s'assenyala com una conseqüència directa d'aquests (Clements, Sabourin i Spiby, 2004; Sackett i Saunders, 1999). Les dones maltractades se senten desvalgudes i les manifestacions que hem anat descrivint tenen l'efecte de reduir la seva autoestima i seguretat en si mateixes. Patir maltractament augmenta les creences d'autoavaluació negativa i disminueix la capacitat de les víctimes per poder afrontar adequadament la situació abusiva. Cada agressió produiria en la dona una incapacitat per sentir-se competent i faria que es qüestionés seriosament la percepció que té sobre si mateixa (Villavicencio i Sebastián, 1999). De totes maneres, s'ha de tenir en consideració que les dones han entrat voluntàriament en la relació i que generalment es troben unides emocionalment a les seves parelles, molt abans de l'aparició dels maltractaments. Quan els pateixen, la seva capacitat per elegir relacions adequades es veu qüestionada, cosa que causa un efecte negatiu i devastador en la seva autoestima.

Baldry (2003) trobà que el maltractament psicològic era el predictor més potent d'ansietat, depressió, baixa autoestima i símptomes evitatius. Segons MacDonald (2002), les persones amb un estil d'aferrament a l'evitació tendeixen a no expressar els seus sentiments i necessitats en les interaccions amb els seus cònjuges, i afegeix que autosilenciar les necessitats i els sentiments en les relacions s'associa amb un increment dels símptomes depressius en les dones. Davant la situació de maltractament, Shir (1999) diu que és més possible que les dones víctimes utilitzin alternatives no efectives d'evitació i dependència, i Lewis (2003) recalca la tendència de les dones maltractades a utilitzar estratègies d'enfrontament evitatives i/o mal adaptades.

Algunes dones maltractades poden recórrer a mecanismes d'adaptació -per exemple, la minimització- i tendir a "negar" la realitat del maltractament, autoenganyant-se. Poden presentar distorsions cognitives en forma de minimització de les agressions rebudes o de les experiències de conflicte, com una manera d'empetir el problema i fins a no percebre la seva relació com a problemàtica (Barnett, 2001; Berry, 1995; Echeburúa i Corral, 1998; Instituto de la Mujer, 2000; Villavicencio i Sebastián, 1999). Les dones maltractades intenten evitar pensar o sentir emocions que els provoquin reexperimentar el que ha passat, d'aquesta manera es protegeixen del caos, la confusió i el perill.

Les estratègies d'evitació ajuden, en un primer moment, la dona a no enfrontar-se totalment a l'impacte emocional de l'incident. Tanmateix, la utilització d'aquests tipus d'estratègies té, a llarg termini, conseqüències negatives, com presentar major simptomatologia psicològica i/o malestar emocional (Villavicencio, 1996).

#### **4. Trastorn per estrès posttraumàtic**

El trastorn per estrès posttraumàtic (TEPT) no recull l'especificitat dels maltractaments en l'àmbit de les relacions de parella, però pot aplicar-s'hi (Arroyo, 2002; Dutton i Goodman, 1994). En efecte, diversos treballs troben una relació positiva i significativa entre el maltractament físic i sexual i els símptomes d'estrès posttraumàtic (p.e. Bennice, Resick, Mechanic i Astin, 2003). El desenvolupament de l'estrès posttraumàtic com a conseqüència de qualsevol fet traumàtic l'experimenta el 25% de totes les víctimes, però aquest percentatge pot ascendir fins al 50-60% en el cas de les dones agredides sexualment i fins al 50-55% en el cas de les víctimes de maltractament intrafamiliar (Echeburúa i Corral, 1998). Un estudi realitzat a Espanya revelà que el 61,6% de les dones en centres d'acolliment patien aquest trastorn (Villavicencio i Sebastián, 1999). En la revisió dels diferents estudis que efectua Golding (1999), la prevalença mitjana del TEPT és del 63,8%.

És interessant l'estudi recent de Lewis (2003), que pretén trobar els factors que discriminen les dones maltractades que cerquen ajuda de les que no. Compara 3 grups de dones adultes (dones maltractades que cerquen ajuda, dones maltractades que no cerquen ajuda i dones no maltractades). Els dos grups de dones maltractades, evidenciaven d'una manera significativa valors més alts de depressió, estrès general, menys suport social i més tendència a utilitzar estratègies d'enfrontament mal adaptades (p.e. estils d'evitació, fer-se il·lusions). Les dones que cercaven ajuda es distingien de la resta per presentar d'una manera significativa els criteris per un TEPT. D'altra banda, les dones que no cercaven ajuda estaven més aïllades socialment i no accedien als serveis de salut mental per manca d'informació i coneixement, perquè afirmaven estar enamorades de la seva parella i perquè creien que l'altre podia canviar.

En el treball de Villavicencio i Sebastián (1999), es recull i es descriu un estudi interessant de Dutton, Chrestman i Gold (1991) en el qual es comparaven els símptomes d'estrès posttraumàtic en tres grups de

dones: 1) dones que havien experimentat maltractaments en la seva relació de parella però no abusos sexuals durant la infància; 2) dones maltractades en la seva relació i que a més havien patit abusos sexuals a la infància; i 3) dones que no havien patit maltractaments en la seva relació de parella però sí abusos sexuals a la infància. En tots els grups es va poder observar simptomatologia d'estrès posttraumàtic; tanmateix, el grup que sol·licità tractament per l'abús sexual a la infància manifestà més malestar que els grups que sol·licitaren tractament per maltractament en la seva relació de parella. En una línia similar, Ferrick i Haugaard (1999) trobaren que les dones que havien presenciat violència entre els seus pares quan eren nenes presentaven més símptomes del TEPT que altres dones.

Amor et al. (2001) comparaven el perfil psicopatològic en dos grups de víctimes: dones maltractades a la llar i dones víctimes d'agressió sexual extraconjugual, amb l'objectiu de comprovar si hi havia diferències psicopatològiques entre els diferents grups comparats que permetessin establir perfils psicopatològics específics en funció del tipus d'esdeveniment traumàtic patit. Trobaren que el TEPT era més greu i apareixia amb més freqüència en les víctimes d'agressions sexuals (2/3) que en les de violència familiar (1/2). Tanmateix, el malestar emocional (ansietat, depressió, inadaptació) era molt intens en ambdós tipus de víctimes, sense que hi hagués diferències clares entre unes i altres.

Les dones amb TEPT poden usar alcohol o drogues per calmar o apaiagar els símptomes específics que s'associen a aquest trastorn: intrusió, evitació i hiperactivació. Una situació d'estrès crònic facilita l'automedicació i la dependència d'analgèsics i ansiolítics, que són un intent -inútil a llarg termini- d'afrontar el malestar generat pels maltractaments (Echeburúa, 2003). L'abús de substàncies addictives en les dones maltractades sol ser un mitjà per reduir l'ansietat immediata i produeix un col·lapse del malestar emocional. Intenten ofegar els seus problemes i pors consumint alcohol, sedants o altres tipus de drogues. Aparentment, això els ajuda a seguir endavant amb les seves vides, però, desafortunadament, els impedeix pensar amb claredat quan necessiten prendre decisions.

### **5. Síndrome de la dona maltractada**

Aquesta síndrome identifica una sèrie de trets que apareixen amb molta freqüència en les dones que han passat per una experiència de maltractament. La víctima experimenta un "complex primari", caracteritzat per símptomes traumàtics com: ansietat, hipervigilància, reex-



perimentació del trauma, records recurrents i intrusius, i embotiment emocional. Altres trets característics d'aquesta síndrome són: culpabilitat, baixa autoestima, confusió, incapacitat per a concentrar-se, trastorns en els hàbits alimentaris i del son, sensació de no poder-se comunicar amb els altres, disfuncions sexuals, timidesa, depressió, fúria o por prolongada. A més, la dona maltractada també sol tenir un "complex secundari" de símptomes que es caracteritza per l'autoengany d'idealitzar el maltractador i creure que deixarà d'agredir-la ("unió paradoxal" amb el maltractador) (Walker, 1984). També es pot incloure aquí el fet que algunes dones maltractades tendeixen a minimitzar el perill que corren i/o les conseqüències del maltractament per poder viure amb un menor nivell d'ansietat i estrès. És molt probable que, en un principi, la dona maltractada minimitzi la violència que pateix i se centri en els períodes de no-maltractament, tenint l'esperança que no tornaran a ocórrer en el futur. Segons Rothenberg (2002), la "síndrome de la dona maltractada" és l'explicació més reconeguda del perquè les relacions abusives continuen.

Segons Herman (1992a, b), les dones maltractades pateixen una síndrome traumàtica complexa que és similar al TEPT del DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1995), però que inclou símptomes addicionals, tals com depressió, ansietat, idealització del maltractador i dissociació, a causa de la naturalesa crònica del trauma. També suggereix que les dones maltractades pateixen canvis en la seva personalitat que les fan vulnerables a nous maltractaments, emfasitzant que les accions de l'agressor -més que el funcionament premòrbid de la dona- són les que produeixen aquests canvis. Argumenta que, habitualment, l'agressor adquireix el control del cos de la dona a través de la privació del son, el menjar o el descans, i es converteix llavors en font potencial de "premis" quan li brinda petites indulgències. Aquesta dinàmica disminuiria enormement la capacitat de la dona per iniciar l'acció, per exemple en el sentit de posar fi a la relació de parella.

En efecte, sobre la base d'una victimització continuada, moltes dones tendeixen a dissociar-se de l'experiència física que pateixen, a "no estar presents" durant les agressions (Alberdi i Matas, 2002). Seguint Mattioli (2004), la dona pot presentar un evident estat general d'embotiment i d'anestèsia afectiva. Per exemple, pot explicar experiències terribles com si llegís una llista de coses que s'han de comprar, que és la marca de la dissociació. La dissociació estableix una separació entre allò suportable i allò insuportable, i condemna el que és insuportable

a "l'amnèsia". D'aquesta manera, filtra l'experiència viscuda i proporciona un alleugeriment i una protecció parcials (Hirigoyen, 1999).

En el treball qualitatiu de Mintzer (2002), en el qual s'explorava com les dones maltractades manegen el seu enuig en el context del maltractament en les relacions de parella i quin paper tenen aquestes emocions en la seva organització psicològica, es trobà que les dones maltractades utilitzaven mecanismes de negació i racionalització per mantenir la dinàmica de dependència-submissió en les seves relacions. Tanmateix, quan aquestes defenses fracassaven, incrementava la probabilitat de trencar la relació o que dominés la ira i la ràbia. Una vegada més, a través de la dissonància cognitiva, la dona intenta cercar explicacions al maltractament "normalitzant-lo" i "racionalitzant-lo", cosa que sovint la pot acabar conduint a l'autoinculpació com a conseqüència d'un error en la seva conducta. Aquest funcionament duu la víctima a convèncer-se que les coses no estan tan malament i que ella pot evitar nous abusos canviant el seu comportament envers ell. La dona maltractada pot tendir a sentir-se culpable i a justificar les agressions de l'altre (Babcock, Jacobson, Gottman i Yerington, 2000; Ravazola, 1997). L'autoinculpació que realitzen moltes dones seria, doncs, una altra estratègia protectora que els donaria la sensació de seguir controlant la situació, la qual cosa no deixa de ser una forma d'autoengany defensiu que els impedeix sortir de la relació.

## 6. Aïllament

Les víctimes de maltractament conjugal solen estar molt aïllades. A vegades, el tancament és literal i viuen sobrevigilades pel marit o la parella, que controla cadascun dels seus actes. En altres ocasions, l'aïllament és emocional; les dones que no poden parlar de la seva problemàtica, perquè no tenen ningú a prop, perquè no saben en qui confiar o perquè han intentat fer-ho i no solament no han trobat empatia sinó que ni tan sols se les ha cregut, estan cada vegada més soles i, per tant, més exposades al maltractament. La persona que es troba més propera a elles després d'una pallissa sol ser el mateix agressor –el qual, a més, pot mostrar-se compassiu i delicat-, i les dones perceben que ell és l'únic suport que poden rebre en aquest moment.

En aquesta mateixa línia es pot plantejar que el maltractament augmenta les necessitats d'amor i d'afecte en la dona maltractada, que sent que -a causa del seu aïllament- és l'agressor qui pot satisfer aquestes necessitats. De manera molt plana i directa, Lorente Acosta (2001) escriu respecte d'això:

La mujer queda recluida en el hogar, triste hogar donde sufre las agresiones, pero también donde recibe las pequeñas dosis de cariño, aunque éste venga envenenado. De este modo se produce lo que hemos denominado 'personalidad bonsai'; el agresor va cortando sistemáticamente cualquier iniciativa que tome la mujer (...) al igual que el jardinero va podando los brotes del bonsai, pero del mismo modo (que el jardinero riega y abona el bonsai) también (la pareja) le da pequeñas dosis de cariño. (p. 59)

Les dones maltractades pateixen un embotiment de la seva capacitat de resposta davant el medi extern, una sensació de distanciament respecte els altres i una constricció de l'afecte; per aquesta raó poden tenir dificultats quan intenten reintegrar-se a la societat (Dutton, 1992). El sentiment de traïció es troba inherent en les relacions de maltractament, cosa que crea una incapacitat en les dones maltractades per confiar que no seran maltractades en una altra relació de parella. Algunes d'aquestes dones que inicien noves relacions íntimes poden tenir dificultats a posar límits (tenir un espai personal, utilitzar el seu propi temps), o probablement puguin respondre a la seva nova parella amb ràbia o por, com si fos la parella que les maltractà. Això crea, comprensiblement, problemes en el desenvolupament de noves relacions no abusives.

En un estudi interessant d'Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta i Sarasua (2002), els resultats posaren de manifest que la gravetat psicopatològica estava relacionada amb diferents circumstàncies del maltractament: la situació de la dona en relació amb la convivència amb el maltractador, la proximitat de la violència en el temps, els anys de patiment del maltractament, la presència de relacions sexuals forçades i els episodis de maltractament en la infància. D'altra banda, es trobà que el suport social i familiar eren variables relacionades amb un menor nivell de gravetat psicopatològica. Herman (1992a, b) també subratlla la importància del suport social, el qual pot protegir les dones en les situacions traumàtiques. Herrero i Garrido (2002) estudien els efectes del maltractament i mostren com, entre d'altres factors, el suport social rebut o percebut per les víctimes té conseqüències importants per a l'ajustament. Janoff-Bulman (1992) també argumentà que, després del trauma, el suport social serveix per ajudar la dona a recuperar la confiança en ella i el seu ambient. Aquesta noció ens sembla

significativa per a les estratègies de tractament: com que les dones maltractades habitualment estan aïllades -ja sigui perquè un recolzament social pobre indueix depressió, perquè la depressió indueix aïllament, o perquè la parella el provoca-, és clar que incrementar el sistema de suport social pot tenir efectes beneficiosos per a la dona i el seu entorn més immediat, com ara els seus fills.

### **7. Dificultats de relació interpersonal**

Pel que hem pogut observar en la nostra tasca psicoterapèutica amb parelles i amb dones maltractades, les vivències infantils, el tracte experimentat i la relació observada entre els pares exerceixen una influència sobre les característiques de les relacions de parella que més tard s'estableixen. Per exemple, les dones que han patit maltractament durant la infància poden presentar el sentiment que les relacions de parella són poc predictibles (Feerick i Haugaard, 1999). Sembla que, en general, l'exposició durant la infància a violència familiar podria conduir a dificultats interpersonals (Murphy i Blumental, 2000). Halford, Sanders i Behrens (2000) conclouen en el seu treball que una infància exposada a agressió parental s'associa amb un desenvolupament insegur del vincle, i un estil de vincle insegur en l'adult és predictor d'agressió relacional. En l'estudi de Dalton i Kantner (1983), en el qual es comparava un grup de dones maltractades amb un grup de dones que no ho eren, es trobà que les primeres mostraven menys capacitat per manejar l'entorn d'una manera constructiva.

Per tant, semblaria que els patrons de funcionament que es van desenvolupant en la persona des de l'inici de la vida i que serveixen per relacionar-nos amb els altres, podrien veure's impactats i/o modificats per les vivències de maltractament, tant si aquestes succeïren a la infantesa com si s'han patit en la relació de parella a l'edat adulta. Relacionat amb aquest punt, la teoria de l'aferrament ofereix explicacions a tenir en compte respecte el problema del maltractament (Bowlby, 1988; Cassidy i Shaver, 1999; Crittenden, 2002; Espina, 2005; Feeney i Noller, 2001; Hesse, 1999; Marrone, 2001) i la rellevància de no menystenir les dificultats en l'establiment de vincles.

### **8. Canvis en els estils de personalitat**

En parlar de la síndrome traumàtica complexa descrita per Herman (1992a, b), ja hem assenyalat com, per a aquest autor, les dones maltractades presenten un seguit de canvis en la seva personalitat que les fan vulnerables a nous maltractaments, tot i que serien les accions de

l'agressor -i no tant el funcionament premòrbid de la dona- les que produirien aquests canvis. Vázquez Mezquita (1999, p.96) diu respecte d'això: "No podem establir genuïnament un perfil de dones maltractades abans que es comenci a donar el maltractament". Però, globalment, el fet és que el maltractament s'associa a una sèrie de característiques de personalitat que reflecteixen un estat de desajust o malestar emocional generalitzat i permanent. No és fàcil discernir quins trets són d'una personalitat prèvia i quins són resultat dels maltractaments crònics. Tot i així, el cert és que ser objecte de violència conjugal reiterada durant molt de temps genera canvis emocionals profunds i obliga la dona maltractada a adaptar-se a la situació (Echeburúa, 2003).

A banda de les poques investigacions dedicades a delinear un perfil de personalitat o fins i tot característiques de personalitat per a la victimització del maltractament, a la graella següent recollim diferents treballs que han examinat les alteracions de personalitat que presenten les dones que han patit maltractaments, ja sigui a la seva infantesa o a la seva relació de parella adulta:

**Maltractament a la infància**

Alteracions clíniques	<b>TEPT, ansietat, depressió</b>	Elhai et al., 2001; Higgins i McCabe, 2003; Klotz et al., 2003; Pelcovitz et al., 2000; Van Dien, 2001
	<b>Hipocondria</b>	Holifield et al., 2002
	<b>Trastorns psicossomàtics</b>	Baker et al., 1996; Carrera et al., 1996
	<b>Problemes interpersonals</b>	Holifield et al., 2002; Klotz et al., 2003; Van Dien, 2001
Alteracions de personalitat	<b>Evitatiu</b>	Baldry, 2003; Echeburúa i Corral, 1998; Feerick i Haugaard, 1999; Lewis, 2003; MacDonald, 2002; Mitchell i Hodson, 1983; Shir, 1999
	<b>Esquizoide</b>	Berenbaum et al., 2003; Bernstein et al., 1998; Gibb et al., 2001
	<b>Dependent</b>	Alexander, 1993; Braver et al., 1992; Gibb et al., 2001
	<b>Alienació social</b>	Lundberg-Love et al., 1992

<b>Antisocial, impulsiu</b>	Bernstein et al., 1998; Cohen et al., 2001; Holfield et al., 2002
<b>Dissociació</b>	Elhai et al., 2001; Holfield et al., 2002; Klotz et al., 2003; Van Dien, 2001
<b>Límit</b>	Alexander, 1993; Braver et al., 1992; Bryer et al., 1987; Gibb et al., 2001; Herman et al., 1989; Sansone et al., 2002; Soloff et al., 2002
<b>Passiu-agressiu</b>	Bryer et al., 1987; Gibb et al., 2001
<b>Múltiple</b>	Walker, 1994
<b>Autodestructiu</b>	Alexander, 1993; Carmen et al., 1984; Gallop, 2002; Sansone et al., 1995; Sansone et al., 2002; Soloff et al., 2002; Walker, 1994

### Maltractament en les relacions de parella

Estratègies i maniobres	<b>Mínimització</b>	Barnett, 2001; Berry, 1995; Echeburúa i Corral, 1998; Instituto de la Mujer, 2000; Martin et al., 2000; Mintzer, 2002; Villavicencio i Sebastián, 1999
	<b>Evitació</b>	Baldry, 2003; Lewis, 2003; MacDonald, 2002; Shir, 1999; Villavicencio, 1996
	<b>Negació, racionalització Idealització</b>	Mintzer, 2002 Herman, 1992a, b; Towns i Adams, 2000
	<b>Dissociació</b>	Alberdi i Matas, 2002; Herman, 1992a, b; Hirigoyen, 1999; Mattioli, 2004
Alteracions de personalitat	<b>Confusió</b>	Khan et al., 1993; Morrell i Rubin, 2001; Rollstin i Kern, 1998; Sellers et al., 2001

<b>Hipocondria</b>	Morrell i Rubin, 2001
<b>Autodestrucció</b>	Carmen et al., 1984; Coolidge i Anderson, 2002; Dutton, 1992; Gallop, 2002
<b>Esquizofrènia</b>	Khan et al., 1993; Morrell i Rubin, 2001; Rollstin i Kern, 1998; Rosewater, 1988; Sellers et al., 2001
<b>Desviació psicopàtica</b>	Khan et al., 1993; Morrell i Rubin, 2001; Rollstin i Kern, 1998; Rosewater, 1988; Sellers et al., 2001
<b>Trastorn paranoide</b>	Coolidge i Anderson, 2002; Khan et al., 1993; Morrell i Rubin, 2001; Rollstin i Kern, 1998; Rosewater, 1988
<b>Trastorn dependent</b>	Cogan i Porcerelli, 1996; Coolidge i Anderson, 2002

Com dèiem, sembla que hi ha evidències que el maltractament en la dona produeix canvis en la seva personalitat. Ara bé, les dones maltractades poden presentar determinats trets davant els quals és molt difícil discernir si ja existien abans de l'experiència del maltractament o són resultat de la violència. És a dir, que en ocasions pot ser enormement complex delimitar si certes actituds o característiques de la personalitat en la dona són conseqüència de la situació de maltractament que han viscut o ja eren presents i s'havien establert en ella prèviament a experimentar violència conjugal. Creiem que aquesta és una qüestió que ha rebut poca atenció i pot convertir-se en un escull difícil d'aclarir, sobretot si no es pot analitzar acuradament a través de dissenys longitudinals.

Resumidament, les conseqüències psicològiques del maltractament en la dona que hem exposat -ansietat, depressió, baixa autoestima, trastorn per estrès posttraumàtic, síndrome de la dona maltractada, aïllament, canvis en la personalitat- contribuirien a les dificultats que la dona pot tenir per a establir relacions interpersonals noves i més ade-

quades. En les intervencions clínicoadministratives serà necessari tenir en compte tant les conseqüències simptomatològiques com comprendre i detectar les pautes de relació interpersonal i el seu estil bàsic de personalitat, amb el propòsit de facilitar i promoure que la dona pugui disposar i/o recuperar capacitats i estratègies que li permetin tenir relacions personals més gratificants i saludables, així com una plena integració social.

### Referències bibliogràfiques

Alberdi, I. i Matas, N. (2002). La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación "La Caixa". *Colección Estudios Sociales*, 10.

American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. i Sarasua, B. (2001). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 605-629.

Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. i Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246.

Andrews, B. i Brown, G. W. (1988). Marital violence in the community: A biographical approach. *British Journal of Psychiatry*, 153, 305-312.

Arroyo Fernández, A. (2000). Mujer maltratada: intervención médico-forense y nueva legislación. *Atención Primaria*, 26(4), 127-136.

Babcock, J. C., Jacobson, N. S., Gottman, J. M. i Yerington, T. P. (2000). Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: Differences between secure, preoccupied, and dismissing violent and nonviolent husbands. *Journal of Family Violence*, 15(4), 391-409.

Baldry, A. C. (2003). "Stick and stones hurt my bones but his glance and words hurt more": The impact of psychological abuse and physical violence by current and former partners on battered women in Italy. *International Journal of Forensic Mental Health*, 2(1), 47-57.

Barnett, O. W. (2001). Why battered women do not leave, part 2. *Trauma, Violence & Abuse*, 2(1), 3-35.

Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M. i Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on post-traumatic stress disorder symptomatology. *Violence and Victims*, 18(1), 87-94.

Bergman, B. i Brismar, B. (1991). Suicide attempts by battered wives.



*Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 380-384.

Bermant, C. (2004). El maltrato psicológico. *Full Informatiu*, 166, 3-4. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

Berry, D. B. (1995). *The domestic violence sourcebook*. Los Angeles: Lowell House.

Bowlby, J. (1988). *Una base segura: aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.

Bradley, F., Smith, M., Long, J. i O'Dowd, T. (2002). Reported frequency of domestic violence: Cross sectional survey of women attending general practice. *British Medical Journal*, 324(7332), 271.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.

Carmen, E. H., Rieker, P. P., i Mills, T. (1984). Victims of violence and psychiatric illness. *Journal of Psychiatry*, 141, 378-383.

Cascardi, M. i O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 249-259.

Cascardi, M., O'Leary, K. D. i Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14, 227-250.

Cassidy, J. i Shaver, P.R. (1999). *Handbook of attachment*. New York: Guilford.

Clements, C. M., Sabourin, C. M. i Spiby, L. (2004). Dysphoria and hopelessness following battering: the role of perceived control, coping, and self-esteem. *Journal of Family Violence*, 19(1), 25-36.

Coker, A. L., Smith, P. H., McKeown, R. E. i King, M. J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual, and psychological battering. *American Journal of Public Health*, 90(4), 553-559.

Corsi, J. (Comp.), (1994). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Barcelona: Paidós.

Crittenden, P. M. (2002). *Nuevas implicaciones clínicas de la teoría del apego*. València: Promolibro.

Dalton, D. A. i Kantner, J. E. (1983). Aggression in battered and non-battered women as reflected in the hand test. *Psychological Reports*, 53, 703-709.

Dutton, M. A. (1992). Post-traumatic therapy with violence survivors. A M. B. Williams i J. F. Sommer (Eds.), *Handbook of post-traumatic therapy: A practical guide to intervention, treatment, and research*. Westport, Connecticut: Greenwood Publishing.

Dutton, M. A. i Goodman, L. (1994). Post-traumatic stress disorder

among battered women: Analysis of legal implications. *Behavioural Sciences and the Law*, 12, 215-234.

Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. (2003). Violència en la parella: claus psicològiques. *Revista del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada*, 2, 12-23.

Echeburúa, E. i Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo XXI.

Elliston, E. i Whatley, J. (2002). Why don't they just leave? The effects of psychological abuse on sheltered women [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section A: Humanities and Social Sciences*, 62(7-A), 2570.

Espina, A. (2005). Apego y violencia familiar. A C. Pérez Testor, C. i E. Alomar (Comp.), *Violencia en la familia* (pp. 61-87). Barcelona: Edebé.

Feeney, J. i Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Feerick, M. M. i Haugaard, J. J. (1999). Long-term effects of witnessing marital violence for women: The contribution of childhood physical and sexual abuse. *Journal of Family Violence*, 14, 377-398.

Follingstad, D. R., Brennan, A. F., Hause, E. S., Polek, D. S. i Rutledge, L. L. (1991). Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence*, 6(1), 81-95.

Gallop, R. (2002). Failure of the capacity for self-soothing in women who have a history of abuse and self-harm. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 8(1), 20-26.

Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.

Halford, W. K., Sanders, M. R. i Behrens, B. C. (2000). Repeating the errors of our parents? Family-of-origin spouses violence and observed conflict management in engaged couples. *Family Process*, 39(2), 219-235.

Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Trauma and Stress*, 5, 377-391.

Herman, J. L. (1992b). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Herrero, C. i Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. *Psicothema*, 14, 109-117.

Hesse, E. (1999). The Adult Attachment Interview. Historical and current perspectives. A J. Cassidy i P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 395-433). New York: Guilford.

Hirigoyen, M. F. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós.

Instituto de la Mujer (2000). *Macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psycho-*

*logy of trauma*. New York: The Free Press.

Kernic, M. A., Holt, V. L., Stoner, J. A., Wolf, M. E. i Rivara, F. P. (2003). Resolution of depression among victims of intimate partner violence: is cessation of violence enough? *Violence and Victims*, 18(2), 115-129.

Kurtz, D. i Stark, E. (1988). Not so benign neglect: the medical response to battering. A K. Yllö i M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse*. California: Sage.

Lewis, S. F. (2003). An investigation of help-seeking behavior in battered women [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 63(9-B), 4376.

Lorente Acosta, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos*. Barcelona: Ares y Mares.

MacDonald, B. J. (2002). Marital distress and depressive symptoms in women: the effects of self-silencing and self-complexity [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, 63(1-B), 537.

Marrone, M. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.

Mattioli, G. (2004). L'estrès posttraumàtic i la teràpia de l'EMDR. *Full Informatiu*, 169, 5-6. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

Mertin, P. i Mohr, P. B. (2000). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in Australian victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 15(4), 411-422.

Mintzer, S. S. (2002). The role of anger in the psychological organization of battered women [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section-A: Humanities and Social Sciences*, 63(2-A), 757.

Mitchell, R. E. i Hodson, C. A. (1983). Coping with domestic violence: social support and psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology*, 11(6), 629-654.

Murphy, C. M. i Blumenthal, D. R. (2000). The mediating influence of interpersonal problems on the intergenerational transmission of relationship aggression. *Personal Relationships*, 7, 203-218.

Nurius, P. S., Macy, R. J., Bhuyan, R., Holt, V. L., Kernic, M. A. i Rivara, F. P. (2003). Contextualizing depression and physical functioning in battered women. Adding vulnerability and resources to the analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(12), 1411-1431.

Ravazzola, M. C. (1997). *Historias infames: los maltratos en las relaciones*. Buenos Aires: Paidós.

Roberts, G. L., Lawrence, J. M., Williams, G. M. i Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian*

and *New Zealand Journal of Public Health*, 22(7), 796-801.

Rothenberg, B. (2002). The success of the battered woman syndrome: An analysis of how cultural arguments succeed. *Sociological Forum*, 17(1), 81-103.

Sackett, L. A. i Saunders, D. G. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 14, 105-117.

Sato, R. A. i Heiby, E. M. (1991). Depression and post-traumatic stress disorder in battered women: Consequences of victimization. *The Behavior Therapist*, 14, 151-157.

Sato, R. A. i Heiby, E. M. (1992). Correlates of depressive symptoms among battered women. *Journal of Family Violence*, 7(3), 229-245.

Shir, J. S. (1999). Battered women's perceptions and expectations of their current and ideal marital relationship. *Journal of Family Violence*, 14(1), 71-82.

Simón, C., López, J. i Linaza, J. L. (2000). *Maltrato y desarrollo infantil*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas.

Stark, E., Flitcraft, A. i Frazier, W. (1979). Medicine and patriarchal violence: The social construction of private event. *International Journal of Health Services*, 98, 461-491.

Torres Falcón, M. (2001). *La violencia en casa*. Barcelona: Paidós.

Vázquez Mezquita, B. (1999). El perfil psicológico de la mujer maltratada. A V.V.A.A., *Violencia física y psíquica en el ámbito familiar*. Madrid: Ministerio de Justicia.

Villavicencio, P. (1996). *La situación de maltrato y su repercusión en el ajuste psicosocial en las mujeres en centros de acogida*. Tesis Doctoral no publicada. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid.

Villavicencio, P. i Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Instituto de la Mujer.

Vitanza, S., Vogel, L. C. M. i Marshall, L. L. (1995). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims*, 10(1), 23-34.

Walker, L. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.

Wileman, R. i Wileman, B. (1995). Towards balancing power in domestic violence relationships. *Family Therapy*, 16(4), 165-176.