12

Discussió

12.1. Dades sociodemogràfiques i circumstàncies del maltractament
12.2. Qualitat percebuda de la relació de parella
12.3. Simptomatologia i psicopatologia
12.4. Estils bàsics de personalitat
12.5. Maltractament en la infantesa i en la relació de parella

12

Discussió

Recordem que el treball empíric pretenia analitzar variables sociodemogràfiques, diverses circumstàncies del maltractament en les relacions de parella, l'ajustament diàdic, la simptomatologia clínica i els estils de personalitat de 43 dones maltractades que acudiren a centres d'urgències i a cases d'acolliment. Genèricament, procedirem a comentar els resultats seguint el mateix ordre de presentació, així com la seqüència i l'estructura amb què organitzàrem els objectius d'aquesta recerca: 1) característiques sociodemogràfiques i circumstàncies del maltractament sofert per les dones, 2) qualitat percebuda de la relació de parella 3) simptomatologia clínica, 4) estils de personalitat, i 5) maltractament a la infantesa vs. no maltractament a la infantesa.

12.1. Dades sociodemogràfiques i circumstàncies del maltractament

Segons dades del Departament de Benestar Social (2001), les dones víctimes de violència conjugal al nostre país, tenen una **edat** compresa entre els 26 i els 45 anys, sent la mitjana d'edat de 35.5 anys. En el nostre estudi, tot i tractar amb una mostra reduïda, les edats de les participants no distaven molt de les esmentades per poblacions més àmplies: les dones estudiades tenien una edat compresa entre els 20 i els 62 anys, sent la mitjana d'edat de 33 anys. Mentre que la macroenquesta espanyola advertia que eren les dones entre 44 i 64 anys les que tenien més probabilitats de patir maltractaments en les seves relacions de parella (Instituto de la Mujer, 2000), segons l'enquesta francesa les dones més joves eren les que en major mesura sofrien tot tipus de violència (ENVEFF, 2000).

Estudis realitzats als Estats Units com el de O'Leary i Arias (1988), apunten que el maltractament físic apareix més en parelles joves (20-30 anys) que en parelles més grans (30-50 anys). O que si la dona és jove, augmenta el risc de ser víctima de

maltractaments en la seva relació de parella (Egan-Sage i Carpenter, 1999). En treballs duts a terme al nostre país, com el d'Amor et al., (2001), en el que es comparava el perfil psicopatològic en dos grups de víctimes -dones maltractades a la llar i víctimes d'agressió sexual extraconjugal-, la mitjana d'edat de les víctimes de violència familiar era de 37.8 anys, lleugerament superior a la del nostre grup de dones, però també propera a la mencionada pel Departament de Benestar Social (2001).

L'11.6% de les dones del nostre estudi situaven el **primer episodi de maltractament** durant el festeig, tot i que es donà continuïtat a la relació. Tanmateix, cal destacar la rapidesa amb que es desenvoluparen les relacions: globalment, observàvem que passava relativament poc temps entre l'inici de la relació (als 21.5 anys de mitjana en les dones) i l'edat en que començaven a viure junts (22.7 anys). En la majoria de les participants (65.1%), les primeres agressions s'iniciaren durant la convivència i en el 23.3% dels casos foren durant l'embaràs. La literatura revisada sobre el tema apunta que sovint, el primer episodi de maltractament comença -o s'accentua si ja existia- durant l'embaràs (Campbell, 2002; Eisenstat i Bancroft, 1999; Gazmararian et al., 1999; Jacoby et al., 1999; Johnson et al., 2003; McFarlane et al., 1992; Muhajarine i D'Arcy, 1999; Richardson et al., 2002; Zosky, 1999). De totes maneres, en una edat en que la dona és relativament jove (recordem que la mitjana d'edat en el primer episodi de maltractament era de 25.1 anys).

Creiem que el tema del maltractament conjugal demana aturar-nos a pensar, d'entrada, en el món de la parella des dels seus inicis, en com es formà aquella relació. Per exemple, es pot iniciar una relació amb un alt grau d'idealització i d'una manera poc realista, que pot ser sostinguda per la visió de l'amor perfecte o romàntic (Towns i Adams, 2000), malgrat situacions conflictives i/o violentes. Com dèiem a la primera part de l'estudi, ens sembla interessant aquest enfocament del maltractament en la parella, sobretot perquè assenyala la possible influència de factors psicològics i/o de vulnerabilitat en el manteniment d'una relació violenta, factors que poden estar relacionats amb l'**inici d'una relació**, tal i com il·lustrem amb la vinyeta de la sra. C. Sembla que es sentí atreta per la manera en com va percebre l'home en aquell moment, (un nen desprotegit) i com, veure'l així, s'associava a atorgar-li la capacitat d'estimar-la:

> La senyora a la que anomenem C.[40], es refereix a la seva parella, un home que la maltracta físicament i psicològica: *"Al principio le rechazaba. Me enamoré de él un día que fuimos de excursión y él se durmió después de comer. Cuando le vi durmiendo me pareció que era* ***como un niño, como un bebé desprotegido, alguien que me podría querer****".*

Respecte al promig de **fills** per dona, copsàrem una major diferència: la mitjana de la població general espanyola de dones maltractades és d'1.3 fills, mentre que la mitjana de les dones de la mostra era de 2.2 fills. A banda del número de fills, és cert que la transició a la paternitat pot ser entesa com un procés potencialment estressant (Hidalgo, 1998), per la reorganització que requereix; tot i que les parelles que abans de la transició estan relativament bé, és més possible que s'adaptin millor un cop arribi l'infant (Cowan et al., 1985; Cowan i Cowan, 2000). En aquest sentit, més que provocar canvis espectaculars i inexplicables, el que faria el naixement d'un fill seria accentuar les dificultats i tendències prèvies, ja presents en la relació entre els membres de la parella. Un element interessant d'estudiar més específicament seria de quina manera els fills influeixen en les decisions de les dones maltractades respecte la seva parella: trobàrem situacions en les quals la dona es mantenia en la relació per preservar la "unitat familiar", juntament amb altres dones on la presència dels fills estimulava la separació.

Pel que fa al **nivell d'estudis**, els nostres resultats també eren congruents amb els presentats pel Departament de Benestar Social (2001), en el sentit que el percentatge més elevat requeia en dones que tenien un nivell d'estudis primaris amb certificat. Altres treballs realitzats al nostre país, obtenen resultats similars. Seguint amb l'estudi d'Amor et al. (2001), trobaren també que el 49.5% de les dones que havien patit maltractament tenien un nivell d'estudis primaris. Tanmateix, és àmpliament conegut el fet que el maltractament en les relacions de parella no és pas exclusiu de dones amb baix nivell educatiu i/o cultural, i que es tracta d'un fenomen que afecta a totes les classes socials. No obstant, les dones de classes menys privilegiades són les que amb més freqüència fan servir els recursos de la xarxa pública dels serveis socials, produint-se un biaix de classe (Echeburúa, 1994; Torres Falcón, 2001; Villavicencio i Sebastián, 1999).

[40] En la informació que recollim dels casos o de les situacions específiques de les dones, s'ometen dades o estan suficientment deformades com per a impossibilitar la seva identificació.

En la majoria de les dones estudiades el **nivell econòmic** era baix, i en la mateixa direcció del que acabem de dir respecte a l'escolaritat, aquesta troballa era coherent amb la població que acut a aquests tipus de recursos assistencials; mentre que les dones amb més possibilitats econòmiques tendeixen a fer-ho en l'àmbit de la pràctica privada. D'altra banda, tenir un baix nivell econòmic i educatiu pot facilitar que, quan existeixi maltractament, aquest es prolongui més en el temps (Perrin et al., 1996; Thompson et al., 1999). I, com observàrem, la durada del maltractament sofert per les participants de l'estudi era força elevada.

Pel que fa als **tipus de maltractament** sofert, 40 de les 43 dones de la mostra (93%) havien patit diverses formes de maltractament, i 20 d'elles (46.5%) havien estat víctimes d'abús físic, psíquic i sexual. Entenem el maltractament com una variable contínua (Alexander et al., 1991), i malgrat que sovint pugui resultar artificiós separar-lo en tipologies, és útil per a la investigació i possibilita fer una mirada més detallada del problema. Com hem comentat a la part teòrica de l'estudi, considerem que, a part del maltractament psicològic, sempre que es produeix maltractament físic hi ha maltractament psicològic, i quan es produeix violència sexual, aquesta va acompanyada tant d'agressió física com de maltractament psicològic. Aquesta idea ens apropa a l'aportació de Coker et al. (2000), referent a que la presència d'agressió sexual pot ser un indicador de major gravetat i, de fet, aquesta té una alta correlació amb el maltractament físic i emocional (Widding i Janson, 1999). Per tant, la nostra mostra es caracteritzava per una **experiència de maltractament greu**, com es deduïa de que gairebé la meitat de les dones afirmaven haver patit maltractament físic, psíquic i sexual.

En 31 de les 43 dones (72.1%), la **durada** del maltractament sofert era superior a 2 anys i, d'aquestes, en 13 casos (30.2%), el maltractament es venia produint des de feia més de 10 anys. Pel que fa a la **freqüència** de l'abús en l'últim any, en 9 de les dones (20.9%) es podia considerar reduïda, però les 34 restants (79.1%) afirmaven haver patit com a mínim un episodi de maltractament cada dues setmanes. Echeburúa i Corral (1998), assenyalen que, per terme mig, les dones romanen en la relació violenta uns 10 anys, i segons l'estudi dut a terme per l'Instituto de la Mujer (2000), tres de quatre dones identificades com a maltractades declaraven que feia més de 5 anys que es venien

produint les agressions. Aquestes xifres són rellevants, i es relacionen amb les dificultats d'algunes dones -per tant, no totes- per allunyar-se de l'agressor i posar fi a la relació abusiva. Com hem dit en capítols precedents, són molts els factors que intervindrien en el manteniment d'una relació en la que es produeixen maltractaments: socials, econòmics, familiars, psicològics, etc. i, possiblement, cap d'ells per si sol explicaria la permanència en la relació i seria més l'acumulació de tot un seguit de factors complexos i entrellaçats que permetrien entendre les **dificultats per distanciar-se** del maltractador de bona part de les dones.

Ens sembla interessant recordar en aquí el que hem mencionat respecte a que -contràriament al que es podria pensar-, la duració i la severitat del maltractament no fan més probable que la dona es separi del maltractador (Pape i Arias, 2000; Strube i Barbour, 1984). Semblaria doncs que, tot i que en principi, la major gravetat de la violència -pel que fa a intensitat i freqüència- seria un element que hauria de facilitar que la víctima abandonés la convivència amb el maltractador, hi ha casos en que, per exemple, la indefensió, la manca d'esperança i el deteriorament de l'autoestima que es produeixen en la dona maltractada, dificultarien l'adopció de decisions enèrgiques i generarien una por al futur en solitud. Per això, es pot donar el cas paradoxal que les qui tornin amb el maltractador siguin les víctimes afectades per una més gran violència. Després veurem com -al parlar de l'estil esquizoide-, algunes dones poden tenir dificultats per entendre les característiques personals pròpies i les de la seva parella, aspecte que dificultaria l'allunyament de l'agressor. Per tant, a banda de la por, el poc suport social i/o econòmic, etc., hi hauria factors (psicològics) que podrien estar al darrera del **manteniment de la relació** abusiva, i convé preguntar-nos si alguns d'aquests factors podrien estar relacionats amb determinats estils de personalitat.

En el nostre estudi, 38 de les 43 dones (88.4%) de la mostra havien percebut que la seva vida estava en perill, resultats que ens permetrien afirmar que la majoria d'elles sentiren elevat, en algun moment de la relació, el seu risc personal. Una altra qüestió és la de si posseeixen una consciència estable sobre aquest fet. O es pot donar la situació que una mateixa dona senti en perill la seva vida i alhora tingui unes expectatives de la relació poc realistes, quedant combinats aquests dos aspectes aparentment poc coherents. Efectivament, malgrat podem considerar que una relació de parella en la que s'ha produït maltractament pot canviar de manera que desapareguin les agressions, algunes

dones presenten distorsions cognitives que generen **expectatives** poc realistes sobre el present i el futur de la seva relació de parella i biaixos en les percepcions del seu risc personal (Barnett, 2001; Berry, 1995; Echeburúa i Corral, 1998; Instituto de la Mujer, 2000; Martin et al., 2000; Mintzer, 2002; Villavicencio i Sebastián, 1999).

Behrman (2003) examina les expectatives sobre les relacions que tenen les dones maltractades, i troba que l'abús parental es relaciona significativament amb tenir unes expectatives més pessimistes de les relacions de parella però, tanmateix, no troba que el maltractament conjugal i la durada de la relació abusiva adulta es relacionin amb tenir unes expectatives pessimistes de les relacions. Malgrat això, en alguns treballs, les dones presenten expectatives de canvi en les seves relacions de parella actuals, promogudes pel sentiment de no sentir-se satisfetes (Shir, 1999). Tot i que també sabem que malgrat la dona pugui sentir-se insatisfeta de la relació, la pressió social i les seves pròpies actituds suposen un obstacle per sortir de la relació de maltractament (Grimmell, 1999).

El **sentiment de perill** experimentat es podria relacionar probablement amb el fet que 37 de les 43 dones (86%) sortiren de la llar en alguna ocasió. A part d'aquest indicador, no hem d'oblidar que 36 de les dones (83.7%) havien denunciat la seva situació, sent 2.1 la mitjana del **número de denúncies** efectuades pel global de la mostra. D'altra banda, el sentiment de perill, es podria veure incrementat quan la parella utilitza algun mitjà coactiu (arma blanca, de foc, objecte contundent, etc.), i això havia estat així en alguna ocasió en 29 de les dones (67.4%), tal i com elles ho expressaven:

> Fa 5 anys que la senyora A., va començar la relació amb la seva parella, un home que la maltractava físicament i psicològica, al que A. qualifica de *"mafiós"*. Moltes vegades ha fugit del seu costat, però tard o d'hora ell -o els seus "amics", o algun membre de la seva família- la troben. Sent que ningú la pot protegir, ni tan sols la policia, i que està **amenaçada de mort**. Ara està decidida a amagar-se de nou i a marxar tant lluny com pugui.

La majoria de les dones avaluades, patiren diverses formes de maltractament, la durada i la freqüència del mateix era elevada en el temps i, en algun moment, sentiren en perill la seva vida: foren víctimes de maltractaments que podríem classificar com a "greus". Un altre indicador de gravetat segons Amor et al., (2001), és l'**extensió** del maltractament

als fills, i 28 de les 43 dones (65.1%) de la mostra afirmaren que la seva parella havia maltractat físicament o psicològica als fills. L'extensió del maltractament conjugal als fills és freqüentment constatada per múltiples estudis (Anderson i Cramer-Benjamin, 1999; Appel i Holden, 1998; Brookoff et al., 1997; Marcelli i De Ajuriaguerra, 1996). A més, i segons la nostra opinió, presenciar el maltractament parental no deixa de ser un tipus de violència patit pels fills, ja que tant si són o no víctimes directes de la violència conjugal, l'ambient en el que viuen sí que és de maltractament, i es converteixen ells també en víctimes de la violència familiar.

Per tant, es tracta, en primer lloc, d'un conjunt de dones maltractades que han acudit a centres d'urgències i cases d'acolliment, i que presenten unes **característiques sociodemogràfiques similars a les d'altres estudis** realitzats al nostre país. En segon lloc, les troballes de l'estudi revelen que estem davant un grup de **dones caracteritzades per haver patit experiències de maltractament greus en les seves relacions de parella, pel que fa a intensitat, duració, freqüència i extensió.** Aquests resultats ens permeten **confirmar la hipòtesi 1** d'aquest treball.

12.2. Qualitat percebuda de la relació de parella

Amb la DAS (Spanier, 1976), mesuràvem els aspectes d'ajustament diàdic tal i com les dones els percebien. La mitjana de les puntuacions totals pel global de la mostra era de 45.7, una puntuació molt inferior a partir de la qual es consideraria un bon ajustament diàdic (100), i que indicaria una percepció de la qualitat de la relació de parella molt **deficient i no satisfactòria**. Spanier (1976), considerà que la puntuació d'un ajustament diàdic pobre era 70.7, un valor lleugerament inferior al que trobà Pérez (2001) en el seu treball, que comparava un grup de parelles harmonioses amb un grup de parelles no harmonioses abans i després del tractament psicològic. Abans del tractament, en les parelles no harmonioses, s'observava que la puntuació mitjana en el grup dels homes era 95.9 i en el de les dones era 88.7; mentre que després del tractament, les puntuacions eren 98.6 i 91.8 per homes i dones, respectivament. Totes elles, unes puntuacions superiors a les del nostre grup de dones maltractades.

No obstant, va ser rellevant la lectura dels ítems de l'escala presos aïlladament. És cert que un 65.1% de les dones responien que mai o rarament les coses entre elles i la seva parella anaven bé, però en canvi, per exemple, el 46.5% podien expressar que sempre estaven d'acord amb la seva parella en temes religiosos, el 32.5% responien que besaven habitualment a la seva parella, o el 30.2% afirmaven que amb la seva parella sovint reien plegats. Tot i que en grau moderat, podia sorprendre d'entrada que el 25.6% de les dones responguessin sentir-se de "una mica infeliç" a "molt feliç", o que el 39.5% expressessin que els agradaria amb major o menor mesura que la relació tingués èxit. Per tant, veiem que les dones poden percebre **aspectes de qualitat** en la relació de parella. Això ens duu a preguntar-nos quins són els processos psicològics personals i interpersonals que va realitzant la dona en el sí de la seva relació. En tot cas, es generarien molt possiblement sentiments complexos, canviants i ambivalents.

La manera de concebre les experiències abusives, viscudes molt intensament i, en algun grau, amb certa ambivalència, durien a sentir un ventall d'emocions ben dispars cap a la mateixa persona. A vegades, com apunta Linares (2002), no és que els membres de la parella no s'estimin, sinó que l'amor complex que senten entre ells es veu interferit en algun dels seus elements integrants, cognitius, emocionals o pragmàtics. De totes maneres, en el nostre estudi, les percepcions de les dones respecte a que no tot anava malament en la relació, podia dur-les a no percebre la seva situació com a tant greu i problemàtica. També és cert que algunes dones tendeixen a **minimitzar** la seva situació, i aquest aspecte podria incidir en que les puntuacions sobre la seva qualitat relacional no fossin extremadament tant baixes com d'entrada vam poder pensar.

Les distorsions cognitives que algunes dones presenten, podrien explicar la minimització de les experiències de maltractament per una banda i, per l'altra, serien coherents amb la troballa del nostre treball, respecte a que l'estil de personalitat esquizoide predominava en el conjunt de les dones estudiades. Aquest punt seria coherent amb que el 23.2% de les dones expressessin en la DAS que el fet de "no donar mostres d'afecte", no havia estat motiu de problemes entre ells. El **procés de distorsió** sol tenir un efecte insidiosament acumulatiu i espiral, provocant la seva perpetuació i la seva intensificació (Millon i Davis, 1998). Això explicaria aquest percentatge de dones que creu que la seva relació de parella no és extremadament problemàtica i que, consegüentment, les duria a minimitzar les experiències de conflicte i maltractament:

> La sra. I., ha arribat a una residència per a dones maltractades després d'una llarga relació de maltractament. A l'entrevista amb el psicòleg, comenta: *"Mi marido es alcohólico.* ***Cuando él estaba fresco aquello era el paraíso, pero cuando bebía era el infierno****"*. A la segona entrevista amb el psicòleg, diu: *"El otro día, cuando hablé con usted, sentí como si me iluminara, sentí una gran paz interior... es usted un santo..."*. Les educadores de la residència comenten que I. tendeix a viure les relacions amb elles i les companyes seguint un model en el que no hi ha punts intermitjos: o tot és perfecte i tot va bé o, si apareix el mínim impediment, tot és un desastre.

I. tendeix a experimentar les seves relacions segons la dicotomia "cel-infern": o la relació és divina o és infernal; o l'altre (probablement també ella mateixa) és un sant o és un dimoni. Creiem que I. està en una situació de risc, ja que pot establir una nova relació de parella seguint un model poc realista, que simplifica la perspectiva de l'altre i dificulta conèixer-lo d'una manera àmplia, ponderant i valorant en la seva justa mesura les seves característiques. Com comentem més endavant, l'observació i la clarificació de les **pautes de relació interpersonal** seria, segons nosaltres, una de les tasques centrals en l'assistència a dones maltractades.

Per tant, a banda que es tracti de distorsions cognitives, d'una "percepció errònia" de la seva relació de parella, pensem que les dades obtingudes sobre l'ajustament diàdic assenyalen que "no tot és dolent" en la seva relació. A banda d'aquest biaix cognitiu, -i malgrat patir experiències reiterades de maltractament-, es poden continuar valorant positivament aspectes de la relació de parella, es pot pensar que el perill que corren no és tant alt i mantenir així algunes expectatives de millora en la relació (Pérez et al., en premsa).

Insistim un cop més en que sovint, en la pràctica clínica, observem que el funcionament d'una relació de parella ve determinat, en part, per la forma en que aquesta s'inicià i s'elegí a l'altre, amb les seves particularitats i motivacions. Aquest fet, difícil de constatar empíricament, posa de relleu la importància de tenir-lo en compte, si més no, com un aspecte que ens pot ajudar a entendre el tipus de vincle i les dinàmiques adoptades. S'ha trobat que algunes dones maltractades poden tenir una visió positiva dels demés i negativa d'elles mateixes, amb por al rebuig, amb un sentiment d'inadequació personal i el sentiment de no considerar-se mereixedores de rebre afecte,

característiques pròpies del tipus d'**aferrament preocupat** (Feeney i Noller, 2001; Hesse, 1999):

> La sra. T. ha patit maltractaments psíquics i físics per part del seu pare quan era petita, presencià maltractament entre els seus pares, ha rebut agressions per part de l'ex-marit, de la seva última parella i actualment també es sent maltractada pels seus fills. *"Tenía una madre que valía millones y un padre alcohólico". "A mi actual pareja* ***lo conocí cuando estaba muy sola****, lo conocí y me cambió la vida totalmente. Viví cosas que jamás había vivido. Estaba tan cegada y loca con él que incluso desplazaba un poco a los niños... lo cedí todo". "****Me lo trago todo****. Mis hijos también estan muy agresivos conmigo, me amenazan. Me siento un jueguecito para todos ellos. Creo que mala no soy, soy tonta, soy tonta... Tengo que ser masoca o soy tonta...". "Me arreglo, me pinto, pero por dentro me estoy muriendo". "Cosas bonitas, como no las he tenido nunca, es* ***como si no me las mereciera****. Pero lo que no me merezco son muchas cosas de las que he vivido".*

En parlar de **la qualitat de les relacions de parella** i els elements que serien comuns a les relacions amoroses, descrivíem un seguit de dimensions: estabilitat, satisfacció, ajustament, felicitat, harmonia, benestar, etc. Alguns estudis troben que l'alta estabilitat matrimonial és un indicador de la qualitat de les relacions de parella (Spanier i Lewis, 1980); i que la satisfacció matrimonial és la variable que té major influència sobre l'estabilitat (Karney i Bradbury, 1995). Tanmateix, com hem dit, les dones de la nostra mostra es caracteritzaven per romandre en la situació de maltractament durant força temps (estabilitat), i és difícil imaginar-nos que es tracti d'una relació de qualitat o satisfactòria, tal com la conceptualitzàvem al segon capítol d'aquest treball.

Certament, l'escala resulta ser un instrument sensible als aspectes de la relació més preservats, però globalment, **la DAS** mesura un tipus de relació de parella molt allunyada de la que viuen les dones maltractades de la nostra mostra. Alguns ítems, per exemple en els que es demana sobre el grau d'acord o desacord en temes com la "filosofia de la vida", o en els que es demana la freqüència en que s'ha produït un "intercanvi estimulant d'idees", disten molt del tipus de relació que s'ha establert. Moltes de les dones avaluades viuen una situació força deteriorada i precària, de manera que el més important és la supervivència a nivell físic, econòmic i emocional. Tanmateix, és important subratllar que, quan parlem de maltractament, no hem de pensar en un únic tipus de relació de parella en la qual no hi ha cap aspecte preservat.

En síntesi, es tracta, per una banda, d'un grup de dones maltractades que globalment **valora la qualitat i l'ajustament de les seves relacions de parella d'una forma deficient i insatisfactòria**, obtenint puntuacions baixes, per sota de la mitja (< 100), indicadores de la presència de problemes. Aquestes troballes ens permeten **confirmar la hipòtesi 2** d'aquesta investigació. Tot i que, per altra banda, **alguns aspectes de la relació podien veure's preservats**. Considerem que tant en programes de prevenció del maltractament com d'intervenció, valdria la pena incloure informació sobre què és una relació de parella de qualitat, per tal d'aclarir possibles "mals entesos" sobre els funcionaments de les relacions de parella.

12.3. Simptomatologia clínica i psicopatologia

En primer lloc, respecte les **escales de personalitat patològica**, vèiem que 3 dones obtingueren una puntuació igual o superior a TB 75 en l'escala esquizotípica, 8 dones en la límit i 6 dones en la paranoide. Tanmateix, cap d'aquestes escales obtenia una mitjana superior a TB 75 pel total de les dones avaluades (N=41).

En segon lloc, i pel que fa a les **síndromes clíniques de gravetat moderada**, l'única escala en la que cap dona puntuà igual o superior a TB 75 fou la d'abús d'alcohol; contràriament a tot un seguit d'estudis que suggereixen la freqüència de l'abús d'alcohol i drogues en les dones com a conseqüència d'haver estat maltractades (Amaro et al., 1990; Golding, 1999; Martin et al., 1998; Stark i Flitcraft, 1996).

En tercer lloc, 19 de les 41 dones (46.3%) presentaven una puntuació igual o superior a TB 75 en l'escala d'ansietat, 14 dones (34.1%) en la de neurosis depressiva, i 11 dones (26.8%) en l'escala histeriforme -tot i que d'aquestes, 6 d'elles no tenien un perfil bàsic de personalitat histriònic-. I, per últim, respecte a les **síndromes clíniques de gravetat extrema**, 4 dones obtingueren una puntuació igual o superior a TB 75 en l'escala de pensament psicòtic, 7 dones en la de depressió major i 2 dones en la de deliris psicòtics.

L'experiència amb l'MCMI-II, suggereix que la presència d'estats ansiosos i depressius accentua les puntuacions en les escales de personalitat evitativa, autodestructiva i límit, mentre que disminueixen notablement les escales de personalitat histriònica, narcisista i

antisocial (Millon, 1999). Però per això, el propi qüestionari, ja inclou modificacions de les puntuacions de base amb l'objectiu d'atenuar l'efecte dels estats depressius i ansiosos sobre aquestes escales (Millon i Davis, 1998). Per tant, tenint en compte tant l'ajustament de l'MCMI-II en aquests efectes de distorsió, com el fet que més de la meitat de les dones de la nostra mostra no presentaven puntuacions estadísticament significatives en els estats de depressió i ansietat, és probable que les elevacions trobades en les escales bàsiques de personalitat evitativa i autodestructiva, no siguin degudes al fet que l'ansietat i la depressió facin augmentar les puntuacions d'aquestes escales.

En efecte, resultava significatiu que en les dones de la mostra, el 53.7% i el 65.9% no obtinguessin puntuacions elevades en les escales clíniques d'ansietat i/o depressió, respectivament. Això **contrasta amb altres estudis que destaquen la presència de l'ansietat i la depressió** com els trets psicopatològics més significatius de les dones maltractades (Amor et al., 2001; Bradley et al., 2002; Campbell, 2002; Cascardi et al., 1999; Coker et al., 2000; Coolidge i Anderson, 2002; Elhai et al., 2001; Herman, 1992a, b; Mertin i Mohr, 2000; Roberts et al., 1998; Torres Falcón, 2001; Walker, 1984), així com la seva associació amb el diagnòstic de TEPT en víctimes de maltractament conjugal (Astin et al., 1995; Cascardi et al., 1995; Dillon, 2001; Gleason, 1993; Kemp et al., 1995; Kernic et al., 2000; Mertin i Mohr, 2000; Stein i Kennedy, 2001; West et al., 1990). Tanmateix, cal tenir present que aquests treballs utilitzaven instruments diferents al nostre per a l'avaluació de l'ansietat i la depressió.

En canvi, de forma similar a estudis que han avaluat grups de dones maltractades per les seves parelles amb l'MMPI-2, com el de Khan et al., (1993), les escales 2 (D, depressió) i 7 (Pt, psicastènia) -sovint associades amb depressió, ansietat i altres formes d'estrès subjectiu-, no eren consistentment elevades. Els resultats obtinguts a través de l'MCMI-II en un estudi previ en el que avaluàrem la simptomatologia clínica en una mostra de 18 dones maltractades, trobàvem una presència relativament baixa dels símptomes ansiosos i depressius (Pérez Testor et al., en premsa). Consistentment, en un treball amb un grup de 31 dones maltractades per la seva parella, vam apuntar que la presència continuada de maltractament podia promoure una desactivació de la resposta emocional com una forma d'aminorar el patiment; i que això era coherent amb la

relativa escassa presència de simptomatologia ansiosa i depressiva (Castillo, Davins, Pérez Testor, Salamero i San Martino, 2004).

Contràriament també als nostres resultats, en l'estudi d'Andrews i Brown (1988), les dones maltractades que ja havien abandonat la relació mostraven índexs de depressió més alts que les que encara romanien en la relació abusiva. Una possible explicació a aquests resultats, podria ser que **l'estil de personalitat esquizoide** (predominant en la nostra mostra), tendeixi a promoure un distanciament de les pròpies emocions, de manera que l'ansietat i la depressió quedarien fora de la consciència de les dones. Quan les defenses són molt efectives, en especial en els trastorns de la personalitat, poden "eliminar" l'ansietat i la depressió (Kaplan et al., 1996). Per tant, des d'aquest punt de vista, la principal raó per la que les dones amb un estil de personalitat esquizoide siguin resistents a alterar la seva conducta, podria ser que el fet d'abandonar les defenses els suposés incrementar la consciència d'ansietat i depressió.

Els **mecanismes de defensa** tenen la finalitat de reduir tot allò que posi en perill la integritat de la persona i acostumen a apartar els continguts ansiosos de la consciència. Millon i Davis (1998) utilitzen el terme de "constricció protectora" per referir-se a la xarxa de maniobres protectores conscients i inconscients que la persona desenvolupa, per disminuir la probabilitat que les experiències pertorbadores passin en el futur. Tanmateix, a conseqüència d'aquests esforços protectors la persona estreny o limita el seu món. Per una banda, l'individu aconsegueix reduir l'ansietat allunyant de la consciència les seves fonts internes de malestar, tot i que, per altra banda, l'impedeix "desaprendre" aquests sentiments o li obstaculitza l'aprenentatge de maneres noves, potencialment més constructives.

Semblaria que les dones maltractades tendeixen a minimitzar les conseqüències del maltractament per poder viure amb un menor nivell d'ansietat i estrès. Aquestes "maniobres" tindrien la **finalitat d'atenuar l'alteració emocional i de limitar l'extensió del patiment, però com a contrapartida dificultarien l'allunyament del maltractador** precisament perquè facilitarien en la dona l'habituació a la situació abusiva. Per tant, l'alleugeriment i protecció que proporcionen aquests mecanismes serien parcials. De forma similar, les estratègies d'evitació i dependència que sovint adopten algunes dones maltractades (Alexander, 1993; Baldry, 2003; Bryer et al., 1987;

Echeburúa i Corral, 1998; Feerick i Haugaard, 1999; Lewis, 2003; MacDonald, 2002; Mitchell i Hodson, 1983; Shir, 1999; Villavicencio, 1996), tampoc acabarien sent massa efectives a llarg termini. És cert que la nostra recerca no avalua si aquestes actituds s'han establert abans de l'inici de l'abús o són resultat de la violència. Però malgrat això, en els antecedents personals d'algunes dones maltractades, tal i com elles ho expliquen, ja poden copsar-se trets de l'estil de personalitat esquizoide: per exemple, l'inici de la relació de parella en alguns casos s'ha produït en un moment en que la dona es trobava molt sola i/o aïllada:

> La dona Z, comenta: *"Mi marido me llamaba pajarito porque* ***dice que cuando me conoció era como un pajarito indefenso****. Yo entonces no me daba cuenta, pero ahora veo que sí, que él tenía razón. Estaba como ciega, no veía nada. Me hablaba de las parejas que había tenido antes, de que todas le habían fallado, y yo pensaba que él tenía razón, que había estado con mujeres malas... ¡es él quien tenía y tiene problemas! Pensándolo ahora soy capaz de ver mil indicios, ya desde el principio de la relación".*

Z s'adona que la relació amb la seva parella s'inicià en una situació emocional de vulnerabilitat. Està en disposició d'assumir la seva responsabilitat sobre la relació que ha viscut i, per tant, d'aprendre de l'experiència.

Finalment, no s'apreciaren diferències estadísticament significatives ($p<0.05$) entre les dones que acudiren al centre d'urgències (n=16) i les dones que residien a les cases d'acolliment (n=25) -amb perfils de l'MCMI-II vàlids-, pel que fa a les síndromes clíniques de gravetat moderada i extrema. No s'esbrinà que fossin les dones del centre d'urgències les que presentessin uns nivells més elevats d'ansietat i/o depressió en comparació amb les dones de les cases d'acolliment. Per tant, **les dones d'ambdós recursos assistencials no es diferenciaven entre elles respecte la simptomatologia clínica**.

De fet, com mencionàvem a la part teòrica del treball, hi ha pocs estudis que examinin les diferències simptomatològiques en les dones maltractades que acuden a diferents serveis assistencials, per exemple, entre serveis residencials i ambulatoris. Schifrin (2004) no trobà relacions entre el tipus de servei i la simptomatologia del TEPT. Tanmateix, trobà que les dones dels centres residencials puntuaven més baix en "atacs d'angoixa". Seria possible que el fet d'acudir a un centre d'urgències o viure a una casa

d'acolliment, ajudés les dones a que es sentissin més contingudes pels professionals i l'entorn de protecció, contribuint a una disminució dels nivells d'ansietat, com observàrem en la nostra mostra. Tot i així, no tots els treballs trobarien aquests efectes: segons Hughes i Jones (2000a) viure en cases d'acolliment o altres centres residencials, és, per sí mateix, altament estressant.

Resumidament, i per un costat, la presència de **simptomatologia ansiosa i depressiva es produïa en menys de la meitat de les dones maltractades durant la seva estada als recursos assistencials**. Per l'altre, en la nostra recerca **no s'observaren diferències simptomatològiques entre les dones d'ambdós serveis.** Per tant, aquests resultats **no confirmen la hipòtesi 3** d'aquesta investigació.

12.4. Estils bàsics de personalitat

En aquesta investigació, seguint a Choca i Van Denburg (1998), consideràvem que les vuit escales bàsiques de personalitat de l'MCMI-II mesuraven **estils** més que trastorns de personalitat i, en aquest sentit, les puntuacions altes obtingudes en aquestes escales no eren interpretades necessàriament com a indicatives de psicopatologia. sinó, més aviat, com les característiques predominants del funcionament d'una persona, les seves assumpcions bàsiques, les formes més o menys ajustades de relacionar-se amb els demés i la seva capacitat d'enfrontament. Ja apuntàvem la nostra preferència per parlar "d'estils" -més o menys adaptats-, perquè ens sembla una nomenclatura més flexible que ressalta la "tendència a" que pot tenir una persona.

Els "estils" pressuposen una certa manera de relacionar-nos amb els demés, i si la pressió ambiental és excessiva, aquesta tendència en les interaccions amb els altres pot variar. En certes situacions de maltractament en les dones, podria passar precisament això: que la personalitat de la dona es veiés alterada com a conseqüència d'haver patit maltractaments. En la CIM-10 es contempla la **transformació persistent de la personalitat** després d'una experiència catastròfica, deguda a una situació viscuda de forma molt estressant amb un profund efecte sobre la personalitat de la persona. Tanmateix, aquesta transformació de la personalitat ha d'estar present com a mínim durant dos anys i no ha de poder ser atribuïda a un trastorn de la personalitat previ, i

sovint pot ser difícil diferenciar entre un canvi de personalitat adquirit i el desemmascarament d'un trastorn de personalitat preexistent (Kaplan et al., 1996). Aquesta qüestió no la podem conèixer a través de l'estudi que hem realitzat. Però és probable, -almenys en alguns casos-, la presència de determinats factors de vulnerabilitat preexistents i potencialment facilitadors d'establir relacions que poden ser destructives. De totes maneres, convé recordar que Rosewater (1988) va discutir la utilització de l'MMPI en dones maltractades i abogà per una interpretació de les puntuacions com a "reaccions traumàtiques" i no com a indicadores de característiques de personalitat estables, atribuïble també a l'MCMI-II.

En el nostre treball, l'escala bàsica de personalitat de l'MCMI-II que obtingué la mitjana més elevada va ser l'esquizoide (TB = 74.4), seguida de la dependent (TB = 72), l'evitativa (TB = 70.6), la compulsiva (TB = 68.2) i l'autodestructiva (TB = 68). Malgrat la preponderància de l'escala esquizoide pel que fa a la mitjana de les puntuacions, era la dependent la que apareixia en el major número de perfils (en 20 dels 41, un 48.8%), seguida de les escales evitativa (34.1%), esquizoide (31.7%), compulsiva (31.7%) i histriònica (29.3%). Si observàvem la coexistència en el mateix perfil del parell d'escales més elevades, era freqüent trobar les conjuncions: dependent-evitativa, dependent-esquizoide, evitativa-esquizoide, dependent-histriònica, dependent-autodestructiva i dependent-compulsiva.

Així doncs, malgrat les diferències individuals existents, els **estils de personalitat esquizoides, dependents i evitatius** predominaven en la nostra mostra de dones maltractades. L'escala esquizoide pretén mesurar principalment el factor d'aïllament social i, en menor mesura, un aspecte de passivitat i manca d'energia. Les persones amb un estil de personalitat esquizoide tendeixen a mostrar-se apàtiques, més aviat distants i a experimentar les emocions de manera més apaivagada. L'escala dependent pretén avaluar trets característics de docilitat, submissió, dificultats per prendre iniciatives, escassa autoestima i ingenuïtat. Les persones amb un estil de personalitat dependent semblen orientar-se a cercar el suport i la seguretat en els demés, i necessiten la seva aprovació i el seu afecte. Poden adoptar voluntàriament un paper submís amb l'esperança d'evitar l'aïllament, la solitud i la por a l'abandonament. L'escala evitativa o fòbica s'ocupa de mesurar bàsicament les característiques d'alienació, aversió a les relacions interpersonals, hipersensibilitat i disfòria. Les persones amb un estil de

personalitat d'aquest tipus es caracteritzen per una hipersensibilitat davant les tensions vitals i tendeixen a mostrar una preocupació constant pel perill i el malestar, inclinant-les a distanciar-se dels demés com a mecanisme de protecció contra el patiment psíquic que elles anticipen (Choca i Van Denburg, 1998).

Tant les personalitats esquizoides com les evitatives tendeixen a l'aïllament social, però les primeres presenten un major distanciament de les relacions interpersonals i una restricció de l'expressió emocional; mentre que les segones pateixen per la seva solitud, voldrien tenir relacions, però la por al rebuig o a les crítiques les condueix a mantenir-se a distància dels demés com a mecanisme de protecció. Segons el DSM-IV (APA, 1995), presenten una concurrència de diagnòstics en el 30-35% dels casos.

Les personalitats de tipus evitatiu i dependent es poden caracteritzar per sentiments d'inferioritat, hipersensibilitat a les crítiques i necessitat de reafirmació. Però mentre que les persones amb un estil evitatiu, com hem dit, s'aïllen o es distancien com a estratègia davant un possible rebuig; les persones amb un estil dependent busquen contacte, necessiten als demés per sentir-se segurs i davant la crítica es sotmeten deixant que l'altre agafi les rendes de la relació i volent mantenir-la a "qualsevol preu".

Malgrat que nosaltres no parlem pròpiament de "trastorns", pot ser interessant tenir present que al DSM-IV (APA, 1995) s'especifiquen 10 trastorns de la personalitat reunits en tres grups (A, B, C) segons les similituds de les seves característiques, i que Millon i Davis (1998) agrupen 14 trastorns de personalitat en quatre categories. A la taula 31 mostrem com queden agrupats els tres estils de personalitat predominants en la nostra mostra:

Taula 31. Correspondència entre les agrupacions dels trastorns de personalitat del DSM-IV i els patrons de personalitat de Millon

	DSM-IV (APA, 1995)	**Millon i Davis (1998)**
Esquizoide	Grup A: "estranys o excèntrics"	Grup amb "dificultats pel plaer"
Evitatiu	Grup B: "ansiosos o temorosos"	Grup amb "dificultats pel plaer"
Dependent	Grup B: "ansiosos o temorosos"	Grup amb "problemes interpersonals"

La següent vinyeta il·lustra l'estat afectiu restringit a la que es veu abocada la sra. M., víctima de maltractaments psicològics, físics i sexuals per part del seu marit durant més de 30 anys:

> Mai l'ha denunciat, tot i que a ell li ha dit que sí. *"M'ha fet vergonya que figuri a algun lloc"*. El marit li deia: *"Estás muerta. Si sigues así te vas a la puta calle"*. La sra. M. diu a l'entrevista: *"Ara no solem anar junts a missa, però quan hi anàvem, a l'hora de la pau, jo no li podia donar la pau perquè ell no me la donava cada dia..."*. *"Ell em diu: Ya humillarás, ya... així em voldria... ell utilitza aquest llenguatge taurí, quan el toro humilla i queda indefens..."*. *"Si estic malament, es sent triomfant, amb poder sobre meu... Si expresso alguna alegria, ja pensa que tinc ganes de sexe... no puc mostrar res, cap tipus d'emoció,* ***he de viure plana****"*.

En les entrevistes amb les dones maltractades tinguérem la possibilitat d'observar l'ús de certes maniobres defensives, també recollides en la literatura sobre el tema, com la negació, la racionalització i la **dissociació** (Alberdi i Matas, 2002; Herman, 1992a, b; Hirigoyen, 1999; Mattioli, 2004; Mintzer, 2002). Per una banda, aquesta última, sovint caracteritzada per un estat general d'embotiment i d'anestèsia afectiva, té elements comuns amb l'actitud esquizoide present en algunes de les dones maltractades avaluades. Per altra banda, les puntuacions elevades en l'escala 8 (Sc, esquizofrènia) de l'MMPI-2 presents en algunes dones maltractades en les seves relacions de parella (Khan et al., 1993; Morrell i Rubin, 2001; Rollstin i Kern, 1998; Rosewater, 1988; Sellers et al., 2001), podrien ser interpretades, seguint a Elhai et al., (2001), com que, més que esquizofrènia, existirien en aquestes persones dificultats de caire dissociatiu.

Diverses de les troballes del nostre estudi concorden amb els resultats dels estudis revisats, com la presència de símptomes **evitatius** i/o estratègies d'evitació (Baldry, 2003; Feerick i Haugaard, 1999; Lewis, 2003; MacDonald, 2002; Mitchell i Hodson, 1983; Shir, 1999; Villavicencio, 1996); o l'estil **dependent** de la personalitat (Cogan i Porcerelli, 1996; Coolidge i Anderson, 2002). Certament, en el trastorn de personalitat per dependència s'inclouen aspectes com els sentiments d'inferioritat o la desesperació, que formen part de molts tipus de depressió (Overholser, 1991), la qual cosa moltes vegades implica que les persones amb depressió obtinguin una puntuació elevada en l'escala dependent de l'MCMI-I (Millon, 1999). Tanmateix, no semblava que succeís

així en el nostre estudi, en el que la simptomatologia depressiva no apareixia d'una forma preponderant.

Tot i que no ha emergit en la literatura un perfil reconegut de personalitat de les dones maltractades en les seves relacions de parella, sorprèn la similitud d'algunes característiques de personalitat que apareixen en els diversos estudis; com perfils al voltant de les escales 4 (Pd, **desviació psicopàtica**), 6 (Pa, **paranoia**) i 8 (Sc, **esquizofrènia**) de l'MMPI-2 (Khan et al., 1993; Morrell i Rubin, 2001; Rosewater, 1988; Rollstin i Kern, 1998); o les escales 4 (Pd, desviació psicopàtica), 2 (D, **depressió**) i 8 (Sc, esquizofrènia) (Sellers et al., 2001).

A banda d'altres símptomes psicopatològics, en la literatura revisada, la majoria dels perfils de l'MMPI-2 mostraven elevacions en l'escala F (incoherència), en estudis amb dones adultes que van patir abusos sexuals a la seva infantesa (Klotz et al., 2003), amb adolescents que van ser abusats sexualment (Holifield et al., 2002), o amb dones maltractades per la seva parella (Khan et al., 1993; Morrell i Rubin, 2001; Rollstin i Kern, 1998; Sellers et al., 2001). Es suggeria que, més que un intent d'exagerar els seus símptomes, reflectia els **sentiments aclaparadors i de confusió** que sovint presenten les dones maltractades. Així, les F elevades, més que un indicador de perfil invàlid, reflectia la presència actual d'estrès extrem, davant el que les víctimes podien magnificar els seus símptomes com una manera de demanar ajuda.

En el nostre estudi, respecte als índexs de modificació de l'MCMI-II, 10 de les 41 dones (24.4%) -amb protocols del qüestionari vàlids- mostraven valors igual o superiors a TB 75 en l'escala de sinceritat, indicant la tendència a posar èmfasi als aspectes psicopatològics, i 14 dones (34.1%) en l'escala d'alteració, significant probablement que la persona responia exacerbant la seva patologia. Tanmateix, més que un intent de semblar malaltes, aquestes elevacions podien reflectir un gran afany de demanar ajuda (Choca i Van Denburg, 1998), pels intensos sentiments desbordants i de confusió.

Podem preguntar-nos: Si els trets que configuren la personalitat solen definir-se per la seva estabilitat, és possible que canviï? És possible que, malgrat l'estabilitat, si una persona està sotmesa a maltractaments pugui modificar el seu estil de personalitat? Fins a quin punt el que observàrem era resultat del maltractament i quines de les

característiques de personalitat de les dones existien prèviament a l'experiència abusiva? És a dir, quina part de la persona era atribuïble a l'esdeveniment traumàtic i quina part tenia a veure en com era ella? Certament, no coneixíem la dona abans, amb el que aquesta qüestió queda irresolta. Ambdues possibilitats són vàlides, però donada la naturalesa transversal de l'estudi -que només permet parlar d'associació-, no podem conèixer i diferenciar. Per tant, metodològicament, no es demostra que la manera de ser predominant en el moment actual, sigui conseqüència d'haver patit maltractament, però sí s'observava la presència de determinats estils de personalitat en dones que patiren una situació traumàtica i que els generava una gran font de patiment i malestar emocional.

Estaríem davant d'experiències de maltractaments greus, amb possibles afectacions a la personalitat de la dona, alteracions en els seus estils bàsics de funcionar que la durien a tenir problemes interpersonals. A l'entrevista semiestructurada, quan se'ls preguntava sobre com pensaven que l'experiència de maltractament els havia afectat en la seva manera de ser, les respostes giraven al voltant de les dificultats en la seva manera de relacionar-se amb els demés. I això, segons nosaltres, s'ha de tractar. És en aquest sentit que aquestes troballes són valuoses; perquè ajuden a sistematitzar i entendre millor les dones maltractades per tal de dissenyar tractaments específics.

Segons les diverses investigacions revisades, sembla ser 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 que 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 -insistim- pot ser enormement complex delimitar si certes actituds o característiques de la personalitat en la dona són conseqüents de la situació de maltractament que han viscut o ja estaven presents i s'havien establert en ella prèviament a experimentar violència conjugal. Ens sembla encertat recordar que en els resultats de l'entrevista semiestructurada, un 32.6% de les dones referien tenir problemes psicològics abans de l'experiència de maltractament, i un 27.9% expressaven que anteriorment ja havien rebut algun tipus de tractament psicològic i/o psiquiàtric. Aquestes dades val la pena tenir-les present en el sentit de poder tenir en compte que algunes dones presentaven dificultats prèvies, tot i que no queda clar si es tractava de problemes específics de la personalitat.

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, com ja hem dit, a través de dissenys longitudinals. Tanmateix, considerem, en resum, que **els resultats subratllen la importància de les dimensions esquizoide, dependent i evitativa, com a estils de personalitat presents en algunes dones maltractades, com a possibles conseqüències del maltractament, i també com a possibles factors de risc per patir maltractament en futures relacions de parella**.

En l'**anàlisi de *clusters*** que realitzàrem posteriorment, aparegueren 3 grups amb les seves distincions clíniques importants. En particular, s'observaren diferències respecte als trets de personalitat i a la naturalesa del funcionament interpersonal, amb les implicacions que això pot tenir en dissenyar el posterior tractament.

El grup 1 (n=17), presentava un **perfil de personalitat esquizoide** (perfil 100). Per una banda, les dones maltractades que pateixen un embotiment de la seva capacitat de resposta, una sensació de distanciament respecte els demés i dificultats per entendre les seves pròpies emocions, poden veure entorpida la sortida de la seva situació i les possibilitats de noves relacions. Schifrin (2004), trobà que les dones dels centres residencials puntuaven més alt en "incapacitat per expressar sentiments" comparat amb les dones que no acudien a aquests tipus de serveis. D'altra banda, tot i que en la descripció dels diversos perfils freqüentment apareixia la característica de "passivitat" en algunes de les dones, no hem d'oblidar que, precisament, les dones que acuden a centres d'urgències i/o cases d'acolliment, **potencialment presenten una capacitat per cercar una alternativa** a la seva situació.

Millon i Davis (1998), quan es refereixen al "trastorn" de personalitat esquizoide, afirmen que la passivitat interpersonal de l'esquizoide no és intencionada ni atén a raons de protecció, sinó que es deu a la seva imperceptibilitat de les necessitats i expressions afectives dels demés. Des del nostre punt de vista, en el cas de les dones maltractades no queda clar si la passivitat interpersonal és o no intencionada o si atén o no a raons de protecció, ja que sovint moltes de les dones maltractades podrien adoptar aquest estil de personalitat com a eina defensiva, per protegir-se de majors agressions, intentar minvar les represàlies de l'abusador, adaptar-se a la situació i vetllar per l'autopreservació. És a dir, que davant un patiment tant intens, és probable que s'hagi consolidat en les víctimes

una **actitud esquizoide defensiva**. Com ja hem dit, una altra possibilitat que caldria contemplar és que l'experiència de maltractament pogués aguditzar els aspectes esquizoides ja presents en la dona.

L'estil esquizoide també seria **coherent amb la presència de distorsions cognitives** que farien que una part de les dones de la mostra expressessin en l'entrevista que la seva relació de parella no anava del tot malament, fet que les duria a no percebre la seva situació com a tant greu i problemàtica (Barnett, 2001; Berry, 1995; Echeburúa i Corral, 1998; Instituto de la Mujer, 2000; Villavicencio i Sebastián, 1999). Ja apuntàvem com algunes dones presenten distorsions cognitives que generen expectatives poc realistes sobre el present i el futur de la seva relació de parella, i com malgrat patir experiències reiterades de maltractament, es poden continuar valorant positivament aspectes de la relació de parella, es pot pensar que el perill que corren no és alt, i mantenir així algunes expectatives de millora en la relació. Mintzer (2002), comenta que la dissonància cognitiva duu a la víctima a convèncer-se que ella pot evitar nous abusos canviant el seu comportament envers ell. Aquest autoengany es pot mantenir encara que els maltractaments es perllonguin:

> F., de 28 anys, es sent molt afectada per la situació que està vivint amb la seva parella. El coneix des de fa un any i ha conviscut amb ell els últims nou mesos. Des de l'inici es produïren situacions de maltractament que progressivament s'han anat agreujant. F. és catalana i s'expressa perfectament en català, però amb la particularitat que el parla amb l'accent característic del país d'origen de la seva parella. Comenta: *"**l'estimo molt però també el necessito... és com una droga**"*. Explica que es sent dèbil i insegura, però que amb ell -*"quan estan bé"*- es sent forta, protegida i estimada.

F. està en un centre per a dones maltractades, físicament allunyada de la seva parella, però immersa plenament en una relació que sent que li aporta quelcom que ella necessita: en aquí veuríem un exemple de col·lusió, és a dir, d'una situació en la que -malgrat el maltractament- la parella cobreix unes necessitats d'equilibri emocional que ella sent que són imprescindibles. F. podria ser un exemple d'aferrament insegur i/o preocupat, predominant en algunes dones maltractades (Feeney i Noller, 2001; Hesse, 1999). En el cas de F., pensem que el risc per tornar amb el maltractador és alt, en especial si no troba un ambient institucional amb gran capacitat de contenció que li

permeti pensar, prendre distància i començar a treballar aquestes dificultats personals que la fan susceptible d'una nova relació destructiva.

El grup 2 (n=19), mostrava un **perfil de personalitat dependent-autodestructiu-histriònic** (perfil 38B4). En l'agrupació dels trastorns de personalitat de Millon i Davis (1998), el dependent i histriònic formen part de les personalitats "amb problemes interpersonals"; l'autodestructiu queda inclòs en els estils denominats "amb conflictes intrapsíquics". Els tipus de personalitats autodestructives, per exemple, es poden caracteritzar, per: mantenir relacions interpersonals de subordinació, rebutjar ajuda o elogis, estat d'ànim disfòric i/o ansiós, infravaloració dels assoliments, tendència a aparellar-se amb persones explotadores, escassa evitació del dolor, assumpció del paper de víctima, etc. A més, posseeixen escasses habilitats socials com l'assertivitat, tendeixen a patir trastorns depressius, la seva autoestima és baixa, i gairebé mai experimenten plaer en les seves vides.

Com veurem en comentar les característiques psicològiques de les dones maltractades en la seva relació de parella i que a més van ser maltractades a la seva infantesa, s'observen comportaments autodestructius (Carmen et al., 1984; Gallop, 2002; Sansone et al., 1995; Sansone et al., 2002; Soloff et al., 2002; Walker, 1994). Referent a aquest perfil, pensem que -més que massoquisme-, el que hi ha són lligams més o menys patològics, vinculacions desencertades, errònies, amb pors, etc. I és que pot passar que, per escapar del dolor, a vegades no "l'encertem" i puguem seguir amb el dolor.

El grup 2 es distingia de l'1 i el 3 en l'escala de sinceritat per ser en ell més elevada (TB=76,7). Com ressaltàvem més amunt, més que un intent de semblar "malaltes", podia mostrar la presència actual d'intensos sentiments de confusió, davant els que les dones podien magnificar els seus símptomes com una manera de demanar ajuda. Probablement -a diferència dels altres dos grups-, aquesta tendència semblaria coherent amb les puntuacions elevades en l'escala histriònica. Segons Vollrath, Alnaes i Torgersen (1994), les persones amb un estil histriònic solen emfasitzar el patiment i la descàrrega de les seves emocions. Són persones emotives, col·laboradores, reclamen molta energia dels demés i necessiten sentir-se estimulades, reaccionant cridanerament a les diferents situacions. També necessiten l'atenció, l'aprovació i l'afecte dels altres (Choca i Van Denburg, 1998).

El grup 3 (n=5), presentava un **perfil de personalitat dependent-esquizoide-evitatiu** (perfil 312A). De fet, són les escales que predominaven en tot el conjunt de les dones de la nostra mostra. A banda del que hem anat comentant fins ara, és interessant el recull d'estudis que apunten cap a aquesta línia. Per Hindman (2002), els conflictes de parella afecten els nivells de satisfacció matrimonial, sobretot si l'estil en manejar els conflictes és de tipus evitatiu. Al capítol set d'aquest treball recollíem com el maltractament psicològic era el predictor més potent d'ansietat, depressió, baixa autoestima i símptomes evitatius (Baldry, 2003). Segons MacDonald (2002), les persones amb un estil d'aferrament evitatiu tendeixen a no expressar els seus sentiments i necessitats en les interaccions amb les seves parelles. 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 a utilitzar estratègies d'enfrontament evitatives i/o mal adaptades per part de les dones maltractades.

Les dones maltractades intenten evitar pensar o sentir emocions que els provoquin reexperimentar allò que ha passat, d'aquesta manera es protegeixen del caos, la confusió i el perill. Les estratègies d'evitació ajuden, en un primer moment, a que la dona no s'enfronti 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).

El grup 3 es distingia especialment dels altres dos perquè contenia tres escales que destacaven per les seves puntuacions baixes: l'antisocial, l'agressiu-sàdica i la narcisista. En menor mesura, però també baixes, hi havia les escales passiu-agressiva i histriònica. Curiosament, Craig (2003) administrà l'MCMI a un grup d'homes que maltractaven a la seva parella, i trobà que els perfils més prevalents contenien elevacions en les escales antisocial, agressiu-sàdica, passiu-agressiva i narcisista; contràriament al que passava en el nostre grup de dones respecte a les mateixes escales.

Sintèticament, és cert que les dones presentaven uns perfils psicològics (de personalitat i psicopatològics) heterogenis, que fan pensar en la necessitat d'un abordatge psicològic individualitzat i la importància de considerar les particularitats de cada cas. Tanmateix, comprovàrem que era possible distingir diferents grups, que poden ser útils per dirigir

intervencions més específiques. En primer lloc, vam poder **detectar i analitzar els estils de personalitat** que presentaven el nostre grup de dones maltractades. En segon lloc, trobàrem **alteracions en els seus estils de personalitat on predominaven els perfils esquizoides, dependents, i evitatius**. També eren rellevants -però en menor mesura-, els compulsius i els autodestructius. Aquests resultats ens permeten **confirmar la hipòtesi 4** d'aquest treball.

12.5. Maltractament en la infantesa i en la relació de parella

D'entrada, en el treball de revisió d'Astin et al., (1993), s'apuntava que entre el 25% i el 77% de dones maltractades havien experimentat abús físic o sexual en la seva infantesa. En la nostra recerca, això fou així en el 37.2% de la mostra: 16 de les 43 participants havien patit maltractaments quan eren petites. Aquest percentatge queda inclòs en l'ampli rang que acabem d'esmentar.

En primer lloc, les dones del nostre estudi que havien patit maltractament en la seva infantesa, expressaven en major mesura haver tingut algun tipus de trastorn psicològic anteriorment a l'experiència d'abús per part de la seva parella, haver rebut anteriorment algun tipus de tractament psicològic i/o farmacològic, haver-hi hagut situacions de maltractament en la seva família d'origen i haver-hi hagut en la seva família algun tipus de trastorn psicològic i/o psiquiàtric, tal i com elles ho consideraven. A més, en totes aquestes qüestions, es diferenciaven significativament ($p<0.05$) de les dones que no havien patit maltractament quan eren petites. Per tant, les dones amb una vivència de maltractament infantil es distingien de les demés per **valorar d'una manera més problemàtica la seva família d'origen i la seva pròpia salut mental**.

Malgrat que no totes les investigacions troben resultats concloents respecte a aquest aspecte, Jankowski et al., (1999), trobaren que haver observat a ambdós progenitors agredint-se mútuament, incrementava la probabilitat de patir agressions. Murphy i Blumental (2000) també assenyalaven que l'exposició durant la infància a violència familiar conduïa a problemes interpersonals que podien incrementar el risc d'establir relacions de parella violentes. Pel que hem pogut observar en el nostra pràctica clínica, les experiències relacionals infantils, el tracte rebut i la relació observada entre els

pares, exerceixen una influència sobre les particularitats de les relacions amoroses que s'estableixen a l'edat adulta:

> Els pares d'E. es separaren quan ella tenia 2 anys, arrel del maltractament que patia la mare. Des de llavors E. viu amb la seva mare i només ha vist al seu pare en un parell d'ocasions. El seu desenvolupament ha estat aparentment normal, fins que al complir els 17 anys coneix un noi. És tant el seu afany per estar amb ell que deixa els estudis, va tallant la relació amb els seus amics i les dificultats amb la seva mare es van fent més i més greus. Després d'unes setmanes, la parella comença a maltractar-la. Ell li diu: *"només et tinc a tu,* ***no t'abandonaré mai****"*.

La mobilització emocional suscitada pot ser molt intensa pel caràcter exclusiu i "etern" ("no t'abandonaré mai") de la relació que la parella li promet a E. Aquests aspectes tenen un efecte extraordinàriament potent, fent que s'obviï el maltractament i que el vincle es percebi com a imprescindible per a la pròpia existència. Potser E. no ha pogut elaborar suficientment l'absència del seu pare ni la relació que hi va haver entre els seus pares, i en arribar a l'adolescència i iniciar les seves experiències de parella es posen en moviment tots aquests aspectes. Cal mantenir la relació, per alt que sigui el preu a pagar. Tot i que s'han realitzat poques investigacions al respecte, com apuntàvem en la part teòrica, l'aferrament pot ser un marc teòric molt suggerent per entendre algunes relacions de parella en les que es produeix maltractament (Bowlby, 1988; Cassidy i Shaver, 1999; Crittenden, 2002; Espina, en premsa; Feeney i Noller, 2001; Hesse, 1999; Marrone, 2001).

En segon lloc, en analitzar si les dones que havien patit maltractament en la infantesa es diferenciaven de les que no pel que feia a la **percepció de la qualitat de la seva relació** de parella avaluada amb la DAS, no s'observaren diferències estadísticament significatives ($p<0.05$). Tanmateix, aquesta manca de distinció probablement es degui a que l'escala mesura un tipus de relació de parella molt allunyada de la que viuen les dones maltractades de la nostra mostra. Com dèiem, moltes de les dones avaluades, tant si van patir maltractaments quan eren petites com si no, viuen una situació força deteriorada i precària.

Per últim, en comparar les dones que havien patit maltractament en la infantesa amb les que no respecte a les diferents escales de l'**MCMI-II** que obtingueren un perfil vàlid

(N=41), trobàrem **distincions estadísticament significatives**. Concretament, en les dones que també havien estat maltractades de petites detectàrem puntuacions significativament més altes en les escales antisocial (p=0.036), passiu-agressiva (p=0.023), paranoide (p=0.026), pensament psicòtic (p=0.035), deliris psicòtics (p=0.007) i sinceritat (p=0.009).

Segons la diversa literatura revisada, algunes dones que han patit maltractament infantil presenten major psicopatologia en general a l'edat adulta i, més especificament, un comportament psicopàtic, **antisocial** i impulsiu (Bernstein et al., 1998; Cohen et al., 2001; Holifield et al., 2002), i un funcionament **passiu-agressiu** (Bryer et al., 1987; Gibb et al., 2001). Aquestes troballes són coherents amb els resultats del nostre estudi. D'altra banda, en la nostra mostra, les dones que havien estat maltractades tant en una relació de parella adulta com a la seva infantesa, mostraven en major mesura elevacions en l'escala **paranoide**, resultat que s'ajusta parcialment als d'estudis amb dones maltractades per la seva parella, malgrat no haver-ho estat quan eren petites (Coolidge i Anderson, 2002; Khan et al., 1993; Morrell i Rubin, 2001; Rollstin i Kern, 1998; Rosewater, 1988).

També trobàrem distincions estadísticament significatives en l'escala de **sinceritat**; les dones que a més a més havien patit maltractaments a la seva infància presentaven puntuacions més elevades. Treballs com els de Klotz et al., (2003), amb dones adultes que van patir abusos sexuals en la seva infantesa puntuaven alt en l'escala F de l'MMPI-2, i aquests autors suggerien que, més que una manca de cooperació, o un intent de semblar malaltes i exagerar els seus símptomes, reflectia un cert grau de trastorn i/o psicopatologia relacionat amb el trauma viscut. Altres estudis en els que les dones puntuaven alt en les escales F i 8 (Sc) de l'MMPI, concloïen que això era degut a la presència de **dissociació** (Elhai et al., 2001; Holifield et al., 2002; Van Dien, 2001). En aquest punt, també convé recordar que són diverses les investigacions que troben una associació entre la patologia dissociativa i haver patit maltractament en la infantesa (Gallop, 2002; Goodman et al., 2003; Sullivan, 2003).

Per últim, és rellevant subratllar els diferents treballs que troben que les dones que han patit maltractament infantil presenten trets **esquizoides** i/o esquizotípics, **dependents** (Berenbaum et al., 2003; Bernstein et al., 1998; Gibb et al., 2001) i **evitatius** (Feerick i

Haugaard, 1999; Mitchell i Hodson, 1983). Malgrat no observar diferències estadísticament significatives entre les dones d'ambdós grups, de fet, en el nostre estudi, en 11 de les 16 dones (68.7%) que deien haver patit maltractament en la seva infantesa, apareixia un perfil de personalitat amb característiques esquizoides i/o dependents i/o evitatives. És probable que, en les dones maltractades, aquests trets es relacionin amb problemes en el seu ajustament emocional, baixa autoestima, dificultats per expressar els propis sentiments (Higgins i McCabe, 2003; Levendosky i Graham-Bermann, 2001; Marcelli i De Ajuriaguerra, 1996; Pelcovitz et al., 2000; Walker, 1994); i problemes en el seu ajustament social, menor competència social, aïllament i dificultats de relació interpersonal (Levendosky i Graham-Bermann, 2001).

Resumidament, i en primer lloc, s'observà que **les dones que havien patit maltractament en la seva infantesa es diferenciaven de les que no respecte a algunes circumstàncies del maltractament.** En segon lloc, **no es diferenciaven respecte a la percepció de la qualitat de la seva relació de parella.** Per últim, ambdós grups de dones es distingien estadísticament i d'una forma significativa en determinades escales de personalitat i clíniques, mostrant **major gravetat psicopatològica les dones que, a banda d'haver estat maltractades per la seva parella, també ho havien estat en la seva infància.** Aquestes troballes ens permeten **confirmar parcialment la hipòtesi 5** d'aquesta investigació.

A continuació, al capítol tretze, exposarem les limitacions més destacades de l'estudi, algunes consideracions per a l'assistència clínica amb dones maltractades i futures línies de recerca, respectivament. Al catorzè i últim capítol d'aquesta tesi doctoral, recollirem sintèticament les principals conclusions del treball.

13

Limitacions, consideracions i prospectiva

13.1. Limitacions
13.2. Algunes consideracions clínico-assistencials
13.3. Reptes per a la investigació

13

Limitacions, consideracions i prospectiva

En aquest capítol presentem en primer lloc les limitacions del propi estudi; en segon lloc, aportem valoracions clínico-assistencials que ens semblen suggerents amb la intenció de poder-les repensar i retocar conforme a les noves idees que entre tots els investigadors i clínics ens vagin sorgint, i als ulteriors avenços i progressos en aquest camp. I, en tercer i últim lloc, apuntem breument algunes línies de recerca futures.

13.1. Limitacions

Pel que fa a les limitacions d'aquest estudi, cal tenir present el seu caràcter **transversal** i descriptiu, que dificulta el seguiment de les participants i això fa que la visió que ens proporcioni sigui limitada.

La **mostra** no és representativa de les dones maltractades que viuen a Catalunya, però pensem que sí ho és -malgrat la seva grandària limitada- de les dones maltractades que fan ús dels recursos de la xarxa dels serveis socials. En aquí ja incloem la limitació respecte al criteri de selecció intencional (no aleatori) de la mostra, ja que ens cenyírem a recórrer únicament a dones que demanaven ajuda a determinats recursos assistencials. Per tant, les troballes de l'estudi són un apropament a la realitat, a la situació de maltractament, però no esgoten el problema ni són comparables de forma estricta.

En l'actualitat, els instruments diagnòstics per avaluar la personalitat s'han vist incrementats en el seu número i també en la seva especificitat, fonamentalment seguint les orientacions diagnòstiques de les classificacions internacionals d'ús més freqüent. De totes maneres, encara estem lluny d'aconseguir mètodes d'avaluació que siguin plenament satisfactoris. No és aventurat afirmar que el que es coneix dels trastorns de la personalitat és encara escàs i poc precís i, per això, el desenvolupament de les tècniques

d'avaluació i d'intervenció també és precari. Ens estem referint a les limitacions pròpies dels **instruments** de mesura que hem utilitzat: les clàssiques dificultats dels autoinformes -en el nostre cas, l'MCMI-II- que pregunten directament a la persona sobre la presència o absència de determinats símptomes psicopatològics.

Com que per conèixer la història de maltractament de les participants ens basàvem amb el que elles explicaven a l'entrevista semiestructurada i no era confirmat per altres recursos o fonts externes que ho corroboressin, no podem garantir que alguna de la informació que aportessin correspongués exactament amb els "fets". La manera d'avaluar l'abús, pot ser potencialment compromesa per un biaix en els records o per "males" interpretacions del maltractament, pel consegüent desenvolupament de defenses psicològiques (p.e., repressió, dissociació, racionalització, negació, etc.).

Moltes vegades no podem abordar la realitat com ens agradaria, i més quan es tracta de fenòmens tant complexos com ho és el del maltractament. De totes maneres, i servint-nos de Millon i Davis (1998):

> S'ha de reconèixer, en primer lloc, que és necessari un punt de partida per comprendre a l'individu i, en segon lloc, que les veritats universals i les particulars no poden reconciliar-se completament, doncs en última instància l'individu és un **fenomen singular que només és accessible parcialment** a la ciència i els seus mètodes. (p. 8)

Els escassos treballs dedicats específicament a les dones que han sofert maltractaments per part de les seves parelles en l'edat adulta, no ens han permès contrastar els nostres resultats com haguéssim desitjat. Tot i proposar-nos realitzar un estudi bàsicament **descriptiu i de naturalesa exploratòria**, lamentem no haver aportat major informació estadística, pel fet de no disposar d'una mostra suficientment àmplia. Tanmateix, en un futur immediat ens agradaria salvar les limitacions fins aquí exposades, realitzant estudis longitudinals amb mostres més àmplies. Tot i així, malgrat les limitacions d'aquest treball, els resultats obtinguts ens semblen prou suggerents com per dur a considerar la utilitat de la tasca realitzada.

En primer lloc perquè hi ha pocs estudis com aquest a Espanya; la majoria es basen en mostres de dones adultes que foren maltractades a la seva infantesa i no tant en dones que han patit maltractaments en la seva relació de parella recent. Creiem que conèixer els estils de personalitat, la simptomatologia i el patró relacional bàsic, ens ajuda a sistematitzar i a entendre millor la dona maltractada. En segon lloc, perquè a part de la major conscienciació i denúncia social, ja és un èxit que s'estiguin fent activitats investigadores com aquesta, o investigació acadèmica en general sobre aquest fenomen.

13.2. Algunes consideracions clínico-assistencials

En aquest apartat ens referim majoritàriament al treball que es pot realitzar amb dones maltractades en l'àmbit d'un centre d'urgències i/o casa d'acolliment, tot i que algunes de les reflexions que segueixen també són aplicables al treball en altres contextos d'atenció psicològica i psicoterapèutica.

En un sentit general, pensem que fer un estudi que avaluï l'estat psicològic de la dona maltractada ha de permetre dissenyar **programes de prevenció i de tractament** eficaços i realistes, amb la finalitat d'evitar les situacions de maltractament que pugui patir la dona amb la seva parella actual o amb parelles futures, així com abordar les seves repercussions psicosocials. Conèixer amb precisió l'estil de personalitat que presenten les dones maltractades a través d'una exploració diagnòstica acurada, ens sembla fonamental per a la posterior orientació i intervenció psicològica.

A nivell assistencial, tenint en compte la situació emocional de la dona que surt de casa seva fugint del maltractament, que arriba a un lloc desconegut, que es troba amb gent que també desconeix i amb un futur incert..., pensem que la primera qüestió és poder-li oferir un acolliment adequat, empàtic i respectuós, donant-li l'oportunitat que expressi els seus sentiments però sense pressionar per a que ho faci. **La contenció i el suport** resultaran fonamentals en aquests moments inicials, així com oferir tota la informació possible sobre el lloc i la situació en la que es troba la dona, i les mesures de seguretat indispensables que haurà de prendre.

Les dones parlen -i és bo que sigui així- de la seva experiència. Sense ser intrusius, respectant el ritme i les necessitats de cada dona, pensem que és important mostrar-se receptius a les seves històries personals, als sentiments que en aquests moments experimenten. I això no és fàcil. Creiem que el fet que el patiment que manifesten les dones estigui emmarcat en una relació de parella, d'alguna manera limita les possibilitats "d'empatia"; sigui perquè ens transmet tot l'univers d'horror que pot amagar un vincle que en algun moment fou o hauria d'haver estat amorós, o perquè indueix a "prendre partit" i a pensar en termes de "víctima-culpable", la qual cosa és sinònim de no pensar. Segons la nostra opinió, aquest enfocament redueix dràsticament la **capacitat de comprensió de situacions relacionals** que -com dèiem a l'inici d'aquest capítol- són complexes. Moviments relacionals -no únicament unilaterals-, que convindria poder pensar:

> Sra. L. va conèixer la seva parella fa 3 anys i al cap de 3 mesos se n'anaren a viure junts. *"Fué rapidísimo, veloz, veloz"*. El primer episodi d'agressió física es produí fa uns mesos, tot i que ja existia maltractament psíquic. *"El primer año muy majo, y también me trató muy bien durante el embarazo. Pero me empezó a decir que era una mujer de segunda mano, que me lo había corrido todo. Me decía vieja, que me caía todo... Y esto provoca un rechazo que no puedes ser sexy... me veía horrible, la más fea del mundo... Después de la agresión se marchó. Cuando volvió a casa, yo, rabiosa, me lancé contra él, me descargué de tal manera... con toda la maldad...* ***De hecho, yo era más fuerte y más brava que él****"*.

Pensem que moltes dones manifesten una gran dificultat per posar paraules al seu dolor. En els serveis assistencials, l'expressió dels sentiments viscuts -encara que sigui dolorós rememorar-los-, és imprescindible per elaborar i recompondre la pròpia història. Al participar, exterioritzar, escoltar, interioritzar les pròpies vivències, la seva pròpia història i la de les demés, els possibilita entendre i comprendre què els ha passat en aquesta relació, què té a veure amb elles i què amb els altres. Aquestes dones, al parlar de la seva tragèdia, del seu dolor, dels seus temors, de les seves ferides, etc., estan qüestionant unes formes de relació no vàlides però massa sovint normalitzades en l'inconscient individual i social. Com assenyala Romero (2004), una necessitat prioritària per a les dones que pateixen maltractament en les seves relacions de parella consisteix en posar al descobert tot allò que ha quedat ocult, inadvertit, que han cregut "normal".

També expressàvem que podia ser molt útil conèixer l'existència o no de diferències a nivell clínic entre les dones d'ambdós recursos -centres d'urgències i cases d'acolliment-, perquè aquestes determinarien el tipus d'ajuda ofert a les dones, segons les seves necessitats, en cadascun d'aquests serveis residencials. Per exemple, ens semblava més probable que en les dones del centre d'urgències s'haguessin d'aplicar mesures més urgents i immediates d'orientació i suport, mentre que en les dones de les cases d'acolliment -més adaptades al servei i possiblement menys aclaparades per la situació d'emergència inicial-, les ajudes podien anar més dirigides a reflexionar sobre la relació en la que s'han vist immerses i al fet de prendre més consciència de la seva situació. No trobàrem distincions significatives entre les dones que acudien al centre d'urgències i les que residien a les cases d'acolliment, però creiem que seria interessant examinar aquesta qüestió amb mostres més àmplies.

L'ajuda psicològica ens sembla imprescindible, almenys com a recurs que s'ofereix a la dona per a que pugui utilitzar-lo si ho creu convenient. Aquesta primera intervenció del/a psicòleg/a s'hauria de caracteritzar -més que mai- per la prudència i el respecte, ajustant l'estil d'intervenció a les necessitats de la dona i a l'etapa del **procés de canvi** en que es troba. Com canvien les seves vides i com es poden mesurar aquests canvis d'una manera més quantitativa i sistemàtica? Alguns serveis per a dones maltractades han desenvolupat intuïtivament programes que responen als estats de les dones segons els seus processos de canvi; efectivament, pensem que les intervencions haurien de tenir en compte els diferents estats en els que es troba la dona (Abel, 2000). En aquest sentit, el model de Prochaska i DiClemente (1982) creiem que ajuda a calibrar el risc de tornar a la relació de parella -etapes de precontemplació i contemplació-, o de consolidar un canvi -etapes d'acció o manteniment- (Miller i Rollnick, 1991).

El professional que realitza l'acolliment pot indagar si la dona ja té clar o no el seu futur immediat, en el sentit d'ingressar a una casa d'acolliment -si aquesta es troba en un centre d'urgències-, o de cercar algun altre recurs. En el cas que la dona arribi acompanyada del/s seu/s fill/s, també serà important dedicar-los una atenció especial, valorant si la dona se'n pot fer càrrec o si necessita un suport específic... Això comptant amb que la dotació de personal de la residència sigui suficient com per poder oferir aquest suport (que ens temem que sovint no ho és).

Quan una dona, sola o amb els seus fills, acut a una residència per a dones maltractades, ens sembla especialment rellevant tractar de **potenciar el seu sentiment de seguretat**. Per això serà important realitzar un acolliment amb temps suficient i trobar una distància emocional òptima, facilitant que pugui parlar més o menys, en funció del que la dona necessiti en el seu moment i, sobretot, entenent la situació en la que es troba. Sovint els professionals podem tendir a "oblidar-nos" que tot allò que és tant conegut per a nosaltres és absolutament desconegut per la usuària del servei. La dona arriba a un lloc en el que no ha estat mai, li resulta nova la decoració, el mobiliari, l'estructura física del centre, ignora la seva normativa, els seus costums, no sap quins horaris es segueixen, com és el menjar, quants dies estarà al centre, on anirà després, como seran els/es professionals que l'atendran, quines possibilitats hi ha que la seva parella la localitzi, etc.

Són moltes novetats. Potser són massa novetats per a algunes dones, que poden sentir-se tant desbordades que opten per tornar amb la seva parella. També és cert que els professionals ens enfrontem cada dia a situacions diferents, prenem contacte amb emocions intenses i doloroses que ens afecten, tant si en som conscients com si no, i és millor, per tant, ser-ne conscients. Hi ha molts aspectes desconeguts en el dia a dia del professional, però també hi ha tot un aspecte que ens preserva: la nostra pròpia professionalitat, la nostra formació teòrica i tècnica, la nostra preparació personal, el treball en equip, etc. A més, coneixem l'entorn, les parets, el clima habitual de la institució. Aquesta seria una qüestió interessant a avaluar i investigar: què sent la dona quan arriba a un centre d'urgències o una casa d'acolliment? Què troba i què li agradaria trobar?

Mentre que algunes de les dones maltractades amb les que tenim ocasió de dialogar continuen "immerses" en la relació, altres ja estan "fora", sentint que la seva parella ha quedat enrera i tenint interès i necessitat de pensar en el que ha succeït, amb disposició d'assumir la seva responsabilitat sobre la relació que han viscut, aprendre de l'experiència i treballar certes dificultats personals que les fan susceptibles d'una nova relació destructiva. Serà convenient que el/a psicòleg/a pugui **ajudar a detectar i comprendre la presència d'un patró relacional bàsic que hagi caracteritzat el vincle amb la parella**, de manera que la dona pugui tenir-lo present i, si és necessari, treballar per modificar-lo o reduir la seva intensitat:

> Sra. R. inicià la relació amb el seu l'ex-marit als 26 anys, al cap de dos mesos se'n van anar a viure junts i un mes després es va quedar embarassada. Durant l'embaràs ell ja la maltractava, psicològicament i física, i al cap de 3 anys d'estar junts, ell els abandonà. Fa un any que ha tornat a la mateixa ciutat, no compleix la pensió dels fills, i l'ha amenaçat de mort. *"Yo estaba **locamente enamorada**, tiene una sonrisa que a mi me ha deslumbrado toda la vida...". "Los niños ahora me dicen que cómo fui tan ciega, como consentí tanto...". "Me da asco... y siento asco hacia mi misma, por haberme enamorado de él y haberme precipitado. **¿Cómo pude permitirlo?!**".*

Per tant, a nivell assistencial, cal que la víctima es senti escoltada i amb suport, instaurant una relació de confiança i col·laboració, al mateix temps que es treballa amb ella per entendre el tipus de vincle que es va establir amb la seva parella, el qual li ha restat llibertat per pensar per a ella mateixa. Aprendre a manejar el conflicte és una tasca fonamental per mantenir una intimitat satisfactòria en la relació adulta. Si el dèficit en el maneig del conflicte és evident, habilitats i programes de preparació relacional haurien de poder ajudar a superar dèficits i prevenir la violència en la parella (Halford et al., 2000). D'acord amb Maldonado i Escalera (2001), la tasca del professional en un servei assistencial per a dones maltractades no consisteix en aconsellar a la persona o dir-li el que ha de fer (anar a casa seva, romandre amb o fer front a l'agressor, etc.); es tracta que es pugui ajudar a analitzar la situació i **facilitar que la dona prengui les seves pròpies decisions**.

Certament, pensem que l'allunyament físic de la parella ha d'anar acompanyat d'una **reflexió sobre la naturalesa de la relació**. És positiu facilitar que la dona parli, que expliqui com se sent, què li preocupa, que pugui narrar tot allò que li ve a la ment, el que en aquell moment evoqui. Moltes dones demanen explícitament parlar de la seva experiència, no només pel fet de transmetre-la sinó perquè es formulen preguntes que necessiten respondre. El que han viscut necessita ser pensat, explicat i entès. Les dones sovint es refereixen a que la seva percepció del dany com a intencionat, provocat precisament per una persona que és amb la que s'ha compartit una vida en comú, amorosa, els provoca la vivència d'un major dany psicològic. De fet, amb freqüència, més que el cop en sí mateix, el que fereix és el dubte i/o la comprovació de la intenció agressiva de l'altre, el seu odi incomprensible que tendeix a la destrucció (Bermant, 2004; Echeburúa, 1994).

A partir del moment en que la dona ha ingressat a la residència d'urgències o a la casa d'acolliment, el lloc, l'entorn físic i humà que l'envolta, hauria de convertir-se en un lloc segur (Bowlby, 1988) en el que la dona pugui **descobrir o redescobrir noves formes de relacionar-se** amb els del seu voltant. En aquest sentit, creiem que resulta molt important la convivència amb altres dones que viuen situacions similars i amb els professionals de les residències i cases d'acolliment:

> La sra. Y., ha viscut durant més de 10 anys una situació molt greu de maltractament. La seva parella la mantenia pràcticament segrestada, aïllada per complet de l'entorn. La parella de Y. no treballa, de manera que està constantment al seu costat. Canviaren de ciutat de residència de manera quasi clandestina, perdent per complet el contacte amb la família. Ara, després de tant temps, ha pogut escapar. Y. s'emociona a l'explicar que a la residència on està vivint l'anomenen pel seu nom: li resulta commovedor després de tants anys sense escoltar-lo, ja que la parella reclamava la seva presència a través d'un xiulet. Ressalta la importància del contacte amb les companyes: *"Aquí me estoy soltando, hablo con todo el mundo. Incluso he salido a la calle a pasear cogida del brazo de una compañera.* ***Esto no lo había hecho nunca****".*

Respecte als professionals (fonamentalment educadores socials) que estan en contacte més directe i continuat amb les dones, el **treball en equip** resulta imprescindible. La nostra experiència en l'atenció a dones maltractades i, en general, a persones que pateixen situacions familiars i personals doloroses, ens permet destacar que una de les funcions principals d'un/a professional i d'un equip és l'autopreservació. Ens referim a que cada professional i el conjunt de l'equip que treballa amb dones maltractades, ha de preocupar-se fonamentalment per mantenir "a to" les seves funcions d'ajuda, per evitar que s'alteri en excés la capacitat d'atendre situacions emocionals complexes i per regenerar la capacitat de treball quan aquesta es desgasta. Les reunions d'equip han de mantenir-se com un espai per contenir ansietats i pensar les diferents situacions de les dones. La presència de nens, especialment si són petits, suscita molta inquietud, sobretot si la mare té dificultats per fer-se'n cura de manera adequada. Aquest és un dels aspectes més difícils d'abordar.

Malgrat totes les confirmacions que ens dóna la clínica, segueix circulant la idea que les víctimes d'abús menteixen. Per aprendre a detectar l'abús, és imprescindible no tancar

la nostra capacitat d'escoltar als altres i a nosaltres mateixos, és a dir, és imprescindible treballar amb la pròpia tendència de no voler veure allò que, per terrible i sinistre, preferim decidir que no existeix.

Considerem d'enorme importància ressaltar que, per exemple, i d'acord amb Millon i Davis (1998), amb persones que presenten **trets o un estil esquizoide**, els esforços terapèutics inicials s'han de dirigir a **contrarestar la seva tendència al retraïment**. Un dels principals objectius terapèutics és prevenir la possibilitat que s'aïllin totalment del suport d'un entorn benigne. Proporcionar a la dona maltractada oportunitats per a la interacció social promourà millores en l'àmbit interpersonal i moderarà el seu aïllament social. En la intervenció clínico-assistencial per a dones maltractades -basant-nos amb els resultats obtinguts-, és primordial posar atenció i dirigir els esforços a l'aspecte d'aïllament així com afavorir les relacions socials i un suport segur.

Detectem una manca de recursos específics que ajudin a les dones agredides a recuperar-se dels efectes i les conseqüències del maltractament, un cop han sortit de la casa d'acolliment o s'han separat legalment o física dels agressors, processos que caldrà enfrontar. A nivell general, destacaríem la importància de l'assistència psicològica que, juntament amb els aspectes de suport, acompanyament i orientació -tant importants en els processos de separació-, hauria d'incidir en la presa de consciència de la problemàtica que pateixen o han patit les dones. Parafrasejant a Linares (en premsa), l'activitat terapèutica es podria definir, doncs, com una manera d'ajudar a restaurar l'amor per fer impossible el maltractament. Dins els distints tipus de tractaments destacaríem les psicoteràpies individuals, les familiars i les grupals, així com els tractaments psicofarmacològics i/o la seva combinació -si s'escau-, entre d'altres.

Sintèticament, els **principals objectius terapèutics** que haurien de guiar el nostre treball professional queden recollits a la taula 32:

Taula 32. Principals objectius terapèutics en l'assistència amb dones maltractades

1.	Alleugerir el patiment mental
2.	Evitar la cronificació dels símptomes, reduir-los i/o superar-los
3.	Promoure un sentiment de reafirmació i una recuperació de l'autoestima
4.	Ajudar a reformular la pròpia identitat
5.	Estimular les seves capacitats autònomes i facilitar l'adquisició de recursos més saludables d'enfrontament a la realitat
6.	Afavorir un major contacte amb els propis sentiments
7.	Flexibilitzar els mecanismes defensius i/o vincular el que està dissociat
8.	Facilitar la capacitat de pensament i incrementar la capacitat de contenció
9.	Ajudar a detectar la presència del patró de relació que ha caracteritzat el vincle amb la parella i promoure estils de relació interpersonal més adaptats
10.	Considerar nous projectes de futur

Com mostrem a la taula 33, respecte a qüestions de contingut del treball psicològic destacaríem els següents aspectes:

Taula 33. Qüestions de contingut del treball psicològic

1.	Establiment d'una relació de confiança entre la dona i el/la professional que contingui les ansietats i el patiment psíquic
2.	Creació d'un vincle (aliança terapèutica) en el que es pugui desenvolupar una experiència emocional que possibiliti l'emergència dels aspectes conflictius i problemàtics
3.	Generació d'un espai que permeti la reflexió de la situació viscuda i la clarificació dels patrons de relació interpersonal de les dones
4.	Devolució d'allò que el professional observa i compren d'un mode metabolitzat i més assequible per a la dona, a través de la disponibilitat emocional, l'escolta atenta i el diàleg terapèutic

Per desenvolupar els programes necessaris de prevenció i tractament és imprescindible un treball d'investigació psicosociològica, que analitzi minuciosament les variables que incideixen en la relació de maltractament. A nivell general, sembla urgent la necessitat de promoure programes educacionals i terapèutics que facilitin un canvi d'actituds en la dona respecte a aquestes circumstàncies i que contribueixin a adoptar estratègies i impedir l'aparició de conductes de submissió i acceptació de la situació d'agressió física i/o psicològica (Echeburúa, 1994).

Moltes de les dones de la mostra vivien una situació força deteriorada i precària, de manera que el més important era la seva supervivència a nivell físic, econòmic i emocional. Considerem que tant en programes de prevenció del maltractament com d'intervenció, valdria la pena incloure informació sobre què és una **relació de parella de qualitat**. També creiem que la intervenció hauria de ser sobre tot el problema en el seu conjunt, sobre les circumstàncies predisposants, desencadenants i modificadores de la presentació, intensitat i recurrència del maltractament.

13.3. Reptes per a la investigació

Al llarg d'aquest treball, hem posat èmfasi en que es fa poca investigació en l'àmbit que ens ocupa. Arrel dels nostres resultats, creiem que posteriors treballs haurien de prendre en consideració l'existència de determinats trets psicològics que poden presentar les dones maltractades i estudiar els efectes produïts per la violència en les relacions de parella, per poder reflexionar sobre les estratègies de prevenció i intervenció. En una línia similar, futurs estudis podrien examinar si es confirmen les nostres troballes en mostres més grans i més representatives, així com apostar per dissenys longitudinals i comparatius. Tenint en compte que hi ha molt per fer, ens permetem apuntar algunes línies d'investigació que ens semblen interessants:

1. Examinar amb profunditat quines situacions emocionals i patrons de relació interpersonal poden incrementar el **risc** de patir una relació de maltractament.
2. Analitzar l'**eficàcia** dels tractaments psicoterapèutics i de l'ajuda psicosocial que s'ofereix a les dones maltractades.

3. Avaluar les circumstàncies del maltractament, les característiques de personalitat i clíniques, i l'ajustament diàdic a través d'estudis que recullin dades d'ambdós cònjuges, per la importància que això pot tenir a l'hora de considerar específicament els **aspectes relacionals** en les relacions de parella.
4. Estudiar els **efectes diferencials** en la dona dels distints tipus de maltractament i dels diferents tipus de vincle que s'han establert amb la parella. En aquest sentit, potser produeix conseqüències d'abast, intensitat i gravetat diferent, el fet d'haver mantingut una relació amb una parella d'aferrament distant (predomini del control, el distanciament emocional i el menyspreu) o d'aferrament preocupat (predomini de la bel·ligerància i l'ira).

Creiem que **la investigació ha d'estar estretament lligada a l'assistència** i que, des d'un punt de vista psicològic, l'aspecte fonamental del treball amb dones que han patit relacions de maltractament estaria en la superació de la situació traumàtica que han viscut i en l'elaboració dels possibles patrons de relació que incrementen el risc de patir noves relacions de maltractament. Per tant, considerem que aquesta recerca -a banda d'aportar informació valuosa i idees que enriqueixen els tipus d'intervencions que es duen a terme a les cases d'acolliment i als centres d'urgències-, ha volgut contribuir en valorar la importància de detectar i/o promoure el canvi dels estils de personalitat i els patrons relacionals de les dones per a que no tornin a implicar-se en futures relacions de maltractament.

14

Conclusions

14

Conclusions

En iniciar un treball d'aquesta naturalesa, és a dir una tesi doctoral, preteníem assolir una doble finalitat. D'una banda, desenvolupar unes habilitats investigadores i aprofundir en el coneixement i les aportacions científiques realitzades en l'àmbit d'estudi escollit: el maltractament en les relacions de parella. De l'altra, realitzar una aportació que permetés millorar i avançar en aquest camp, a través d'examinar els estils de personalitat, la simptomatologia i l'ajustament diàdic d'un grup de dones maltractades mentre residien al centres d'urgències i a cases d'acolliment.

Als capítols precedents s'ha presentat el marc teòric sobre el qual ens hem fonamentat, i l'aplicació empírica amb els objectius i hipòtesis que ens vàrem proposar, la metodologia emprada, els resultats obtinguts en l'anàlisi de les dades i la discussió dels mateixos. Ara, en aquest darrer capítol de la recerca, volem fer una valoració i un balanç succint dels nostres resultats i aportacions, en relació als interrogants plantejats.

En primer lloc, els resultats del present estudi ens permeteren concloure que la primera hipòtesi

---

1. Dones que es caracteritzarien per haver patit experiències de maltractament greus en les seves relacions de parella, pel que fa a intensitat, duració, freqüència i extensió

Es confirma, ja que es tractava d'un conjunt de dones maltractades que presentaven unes dades sociodemogràfiques similars a les d'altres estudis realitzats al nostre país, i es caracteritzaven per haver patit experiències de maltractament greus en les seves relacions de parella, pel que fa a intensitat, duració, freqüència i extensió.

En segon lloc, els resultats ens indicaren que la segona hipòtesi

2. Dones que presentarien valoracions globalment insatisfactòries pel que fa al seu ajustament diàdic

Es confirma, perquè el grup de dones maltractades valorava la qualitat i l'ajustament de les seves relacions de parella d'una forma deficient i insatisfactòria; malgrat que alguns aspectes de la relació quedaven preservats.

En tercer lloc, els resultats reflectiren que la tercera hipòtesi

3. Dones que presentarien de forma majoritària:

3.1. simptomatologia ansiosa i depressiva,

3.2. observant diferències simptomatològiques entre les dones d'ambdós recursos assistencials, sent les que acudissin al centre d'urgències les que presentessin índexs d'ansietat i depressió més elevats.

No es confirma ja que, per un costat, no es constatava la presència de simptomatologia ansiosa i depressiva en la majoria de les dones estudiades -o en més de la meitat de la mostra- (3.1.), a diferència d'altres estudis existents. Per l'altre, no s'observaren diferències simptomatològiques entre les dones d'ambdós recursos assistencials (3.2.).

En quart lloc, els resultats mostraren que la quarta hipòtesi

4. Alteracions en el seu estil de personalitat on podrien destacar perfils dependents, esquizoides i evitatius

Es confirma, ja que trobàrem alteracions en els seus estils de personalitat on predominaven els perfils esquizoides, dependents, i evitatius. En un sentit general, es corroboren les aportacions de treballs precedents.

En cinquè lloc, els resultats ens permeteren concloure que la cinquena i última hipòtesi de l'estudi

5. Les dones amb una vivència de maltractament infantil es distingirien de les demés per valorar d'una manera més deficient:

5.1. la seva família d'origen,

5.2. la seva relació de parella

5.3. i la seva pròpia salut mental

Es confirma parcialment, perquè tot i que s'observà que les dones que havien patit maltractament en la seva infantesa es diferenciaven de les que no respecte a algunes circumstàncies del maltractament i en determinades escales de personalitat i clíniques, mostrant major gravetat psicopatològica (confirmació de 5.1 i 5.3); no es diferenciaven respecte a la percepció de la qualitat de la seva relació de parella (no confirmació de 5.2).

Com a professionals d'assistència i salut, aquestes troballes posen l'accent en la importància de considerar detingudament la situació psicològica de les dones maltractades, ja que el seu coneixement ens permetrà dur a terme intervencions més adequades i específiques segons les vicissituds personals de cada dona. Basant-nos amb els resultats obtinguts, sembla primordial posar atenció i dirigir els esforços a contrarestar la tendència a l'aïllament, a potenciar el sentiment de seguretat i autoestima de la dona i a afavorir les relacions socials i un suport segur. Caldrà que futures recerques amb mostres més àmplies determinin l'abast d'aquesta aportació.

Referències bibliogràfiques

Referències bibliogràfiques

Abel, E. M. (2000). Psychosocial treatments for battered women: A review of empirical research. *Research on Social Work Practice*, *10*(1), 55-77.

Abel, E. M. (2001). Comparing the social service utilization, exposure to violence, and trauma symptomology of domestic violence female "victims" and female "batterers". *Journal of Family Violence*, *16*(4), 401-420.

Ackerman, N. W. (1937). The family as a social and emotional unit. *Bulletin of the Kansas Mental Hygiene Society,* 52-57.

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

Aguirre, B. E. (1985). Why do they return? Abused wives in shelters. *Social Work*, *30,* 350-354.

Ahmad, G. i Najam, N. (1998). A study of marital adjustment during first transition to parenthood. *Journal of Behavioural Sciences, 9,* 67-86.

Alberdi, I. (1999). *La nueva familia española*. Madrid: Taurus.

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*.

Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of child sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60,* 185-195.

Alexander, P. C. (1993). The differential effects of abuse characteristics and attachment in the prediction of long-term effects of sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, *8*(3), 346-362.

Alexander, P. C., Moore, S. i Alexander, E. R. (1991). What is transmitted in the intergenerational transmission of violence? *Journal of Marriage and the Family, 53,* 657-668.

Alexander, R. (1993). Wife-battering: An Australian perspective. *Journal of Family Violence, 8,* 229-251.

Alonso, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología*. Madrid: Fundamentos.

Amaro, H., Fried, L. i Cabral, H. (1990). Violence during pregnancy and substance abuse. *American Journal of Public Health, 80,* 575-579.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III-R*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

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

American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.

Amnistia Internacional (Ed.), (1995). *Los derechos humanos de la mujer.* Extret el 10 de novembre, 2004, de http://www.amnestyusa.org/spanish/women/reports.do

Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. i Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 6,* 167-178.

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.

Anderson, S. A. i Cramer-Benjamin, D. B. (1999). The impact of couple violence on parenting and children: A overview and clinical implications. *American Journal of Family Therapy*, *27*(1), 1-19.

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

Angelique, H. L. (2000). Searching for Feminism. An analysis of community psychology literature relevant to women's concerns. *American Journal of Psychology*, *28*(6), 793-813.

Appel, A. E. i Holden, G. W. (1998). The co-occurrence of sponse and physical child abuse: A review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, *12*(4), 578-599.

Arata, C. M. i Lindman, L. (2002). Marriage, child abuse, and sexual revictimization. *Journal of interpersonal Violence*, *17*(9), 953-971.

Arias, I. i Pape, K. T. (1999). Psychological abuse: Implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and Victims*, *14*(1), 55-67.

Armant, C. (1994). Fundamentos teóricos. A A. Bobé i C. Pérez Testor (Comp.), *Conflictos de pareja: diagnóstico y tratamiento* (pp. 29-34). Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer/Paidós.

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

Arroyo Fernández, A. (2002). Mujer maltratada y trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, *29*(2), 77-82.

Astin, M. C., Lawrence, K. L. i Foy, D. W. (1993). Posttraumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factors. *Violence and Victims*, *8*(1), 17-28.

Astin, M. C., Ogland-Hand, S. M., Coleman, E. M. i Foy, D. S. (1995). Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(2), 308-312.

Àvila-Àvila, A. (1993). Psicologia clínica i psicologia de la salut: dues perspectives d'una mateixa disciplina aplicada. A G. Aguirre (Coord.), *Primeres jornades de psicologia clínica/psicologia de la salut* (pp. 27-37). Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

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.

Bachelard, G. (1989). *Epistemología* (2a. ed.). Barcelona: Anagrama.

Baker, N. J., Mersy, D. J., Tuteur, J. M. i Cune, J. M. (1996). *La violencia en la familia. Monografía*. Home Study Self Assessment. Barcelona: AAFP.

Baldry, A. C. (2003). "Stick ans 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.

Balint, E. i Norell, J. S. (Comp.), (1973/1979). *Seis minutos para el paciente. Las interacciones en la consulta del médico general*. Buenos Aires: Paidós.

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

Barudy, J. (1998). *En dolor invisible de la infancia. Una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós.

Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry, 9,* 324-344.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Behrman, P. (2003). The relationship expectations of survivors of domestic violence [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *64*(4-B), 1891.

Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist, 35,* 320-335.

Belsky, J. i Vondra, J. (1987). Child maltreatment: Prevalence, consequences, causes and intervention. A D. H. Crowell, I. M. Evans i C. R. O'Donnell (Eds.), *Childhood aggression and violence: Sources of influence, prevention, and control* (pp. 161-185). New York: Perseus Publishing.

Belsky, J. i Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family, 52,* 5-19.

Benjamin, J. (1996). *Los lazos del amor. Psicoanálisis, feminismo y el problema de la dominación*. Barcelona: Paidós.

Bennett-Herbert, T., Cohen-Silver, R. i Ellard, J. H. (1991). Coping with an abusive relationship: How and why do women stay? *Journal of Marriage and the Family, 53*(2), 311-325.

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.

Berenbaum, H., Varela, E. M. i Kerns, J. G. (2003). Psychological trauma and schizotypal symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, *29*(1), 143-152.

Bergman, B. i Brismar, B. (1991). Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 83,* 380-384.

Bergner, R. M. (2000). Love and barriers to love. An analysis for psychotherapists and others. *American Journal of Psychotherapy*, *54*(1), 1-17.

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

Berns, S. B., Jacobson, N. S. i Gottman, J. M. (1999). Demand-withdraw intercaction patterns between different types of batterers and their spouses. *Journal of Marital and Family Therapy*, *25*(3), 337-348.

Bernstein, D. P., Stein, J. A. i Handelsman, L. (1998). Predicting personality pathology among adult patients with substance use disorders: Effects of childhood maltreatment. *Addictive Behaviors*, *23*(6), 855-868.

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

Bevan, E. i Higgins, D. J. (2002). Is domestic violence learned? The contribution of five forms of child maltreatment to men's violence and adjustment. *Journal of Family Violence*, *17*(3), 223-245.

Blumer, H. (1982). *El interaccionismo simbólico: perspectiva y método*. Barcelona: Hora.

Bobé, A. (1994). Mecanismos inconscientes en la elección de pareja. A A. Bobé i C. Pérez Testor (Comp.), *Conflictos de pareja: diagnóstico y tratamiento* (pp. 35-40). Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer/Paidós.

Bobé, A. i Pérez Testor, C. (Comp.), (1994). *Conflictos de pareja: diagnóstico y tratamiento.* Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer/Paidós.

Bookwala, J. (2002). The role of own and perceived partner attachment in relationship aggression. *Journal of Interpersonal Violence*, *17*(1), 84-100.

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.

Braver, M., Bumberry, J., Green, K. i Rawson, R. (1992). Childhood abuse and current psychological functioning in a university counseling center population. *Journal of Counseling Psychology, 39,* 252-257.

Bretherton, I. i Munholland, K.A. (1999). Internal working models in attachment relationships: A construct revisited. A J. Cassidy i P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment* (pp. 89-114). New York: Guilford.

Brookoff, D., O'Brien, K., Cook, C. S., Thompson, T. D. i Williams, C. (1997). Characteristics of participants in domestic violence. *Journal of the American Medical Association*, *277*(17), 1369-1373.

Bryer, J. B., Nelson, B., Miller, J. B. i Krol, P. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry, 144,* 1426-1430.

Bubinic, M., Morrison, A. i Shifer, M. (1999). La violencia en las Américas: marco de acción. *El coste del silencio de la violencia doméstica en las Américas*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

Bueno, M. (1994). Psicoterapia de pareja y familia. A A. Àvila i J. Poch (Eds.), *Manual de técnicas de psicoterapia* (pp. 565-589). Madrid: Siglo XXI.

Bunge, M. (1985). *Epistemología*. Barcelona: Ariel Methodos.

Busby, D. M. i Compton, S. V. (1997). Patterns of sexual coercion in adult heterosexual relationships: An exploration of male victimization. *Family Process, 36,* 81-94.

Bybee, D. I. i Sullivan, C. M. (2002). The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *American Journal of Community Psychology*, *30*(1), 103-132.

Cáceres, J. (1992). Estudio experimental de la interacción en la pareja. *Análisis y Modificación de Conducta*, *18*(59), 413-443.

Cáceres, J. (2000). Discusiones de pareja, violencia y activación cardiovascular. *Análisis y Modificación de Conducta*, *25*(104), 909-938.

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

Campbell, J. C., Rose, L., Kub, J. i Nedd, D. (1998). Voices of strength and resistance. A contextual longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence, 13,* 743-762.

Campbell, J. C., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C. i Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine, 162,* 1157-1163.

Campbell Reay, A. M. i Browne, K. D. (2001). Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging & Mental Health*, *5*(1), 56-62.

Cantón, J. i Cortés, M.R. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores*. Madrid: Alianza.

Cantor, N. i Genero, N. (1986). Psychiatric diagnosis and natural categorization: A close analogy. A T. Millon i G. L. Klerman (Eds.), *Contemporany directions in psychopathology. Towards the DSM-IV* (pp. 233-256). New York: Guilford.

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

Carrera Manchado, C., Navarro Hidalgo, J. F., Monteiro Cañamero, C. i Rodríguez Ramón, A. (1996). Protocolo del niño maltratado. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, *3*(1), 1-15.

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., Lawrence, E. E. i Schlee, K. A. (1995). Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*(4), 616-623.

Cascardi, M., O'Leary, K. D. i Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatice 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.

Castillo, J. A., Davins, M., Pérez Testor, C., Salamero, M. i San Martino, M. (2004, abril). *Evaluación de los estilos de personalidad de un grupo de mujeres maltratadas: implicaciones clínicas*. Ponència presentada al VII European Conference on Psychological Assessment, Málaga, España.

Castillo, J. A., Pérez Testor, C. i Davins, M. (en premsa). Investigación y práctica clínico-asistencial con mujeres maltratadas. A C. Pérez Testor i E. Alomar (Comp.), *Violencia en la familia*. Barcelona: Edebé.

Cerezo, M. A., Más, E. i Simó, S. (1998). *Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situacions de maltrato infantil* (Memòria final de projecte, *27*, 39-53). València: Dirección General de Servicios Sociales/Generalitat Valenciana.

Choca, J. P., Shanley, L. A. i Van Denburg, E. (1992). *Interpretative guide to the Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Washington, DC: American Psychological Association.

Choca, J. P. i Van Denburg, E. (1998). *Guía práctica para la interpretación del MCMI (Millon Multiaxial Clinical Inventory)*. Barcelona: Paidós.

Cirillo, S. i Di Blasio, P. (1989). *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*. Barcelona: Paidós.

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.

Clulow, C. (1996). *Partners becoming parents: talks from the Tavistock Marital Studies Institute*. London: Sheldon.

Cobo Plana, J. A. (1999). *Manual de actuación sanitaria policial, legal y social frente a la violencia doméstica*. Barcelona: Masson.

Coderch, J. (2001). *La relación paciente-terapeuta. El campo del psicoanálisis y la psicoterapia psicoanalítica*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer/Paidós.

Cogan, R. i Porcerelli, J. H. (1996). Object relations in abusive partner relationships: An empirical investigation. *Journal of Personality Assessment, 66,* 106-115.

Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112,* 155-159.

Cohen, P., Brown, J. i Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, *13,* 981-999.

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.

Cole, C. L. (1992). Interpersonal and economic resources and marital quality. *Journal of Family and Economic Issues*, *13*(4), 421-433.

Cook, T. D. i Reichardt, Ch. S. (1986). *Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa*. Madrid: Morata.

Coolidge, F. L. i Anderson, L. W. (2002). Personality profiles of women in multiple abusive relationships. *Journal of Family Violence*, *17*(2), 117-131.

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

Cowan, C. P., Cowan, P. A., Heming, G., Garrett, E., Coysh, W., Curtis-Boles, H. i Boles III, A. (1985). Transitions to parenthood: His, hers and theirs. *Journal of Family Issues*, *6*(4), 451-481.

Cowan, C. P. i Cowan, P. A. (2000). *When partners become parents: The big life change for couples*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Cox, M. J., Owen, M. T., Lewis, J. M. i Henderson, V. K. (1989). Marriage, adult adjustment, and early parenting. *Child Development, 60,* 1015-1024.

Cox, M., Paley, B., Burchinal, M. i Payne, C. (1999). Marital perceptions and interactions across the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family, 61,* 611-625.

Craig, R. J. i Olson, R. E. (1995). MCMI-II profiles and typologies for patients seen in marital therapy. *Psychological Reports, 76,* 163-170.

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

Cruzado, J. A. i Labrador, F. J. (2000). Intervención psicológica en pacientes de cáncer. *Revista Cáncer*, *14*(2), 3-82.

Dallos, R. (1996). *Sistemas de creencias familiares. Terapia y cambio*. Barcelona: Paidós.

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.

Davis, K. E. (1985). Near and dear: Frienship and love compared. *Psychology Today, 19*(2), 22-30.

Delvaux, M., Denis, P. i Allemand, H. (1997). Sexual abuse is more frequently reported by IBS patients than by patients with organic digestive diseases or controls. Results of a multicentre inquiry. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, *9*(4), 345-352.

Del Valle, T. i Sanz, C. (1991). *Género y sexualidad*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.

Departament de Benestar Social (2001). Serveis residencials d'estada limitada per a dones víctimes de la violència domèstica: cases d'acolliment i pisos amb suport. *Documents de suport*, *4*. Barcelona: Generalitat de Catalunya.

Departament de Justícia (2003). *Protocol per a la implantació de l'ordre de protecció de les dones víctimes de violència domèstica*. Extret el 12 de març, 2004, de http://www.gencat.net/justicia/adjucat/inf-general/protocolviol.pdf

Dicks, H. V. (1970). *Tensiones matrimoniales*. Buenos Aires: Hormé.

DiLillo, D. (2001). Interpersonal functioning among women reporting a history of childhood sexual abuse: empirical findings and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, *21*(4), 553-576.

Dillon, S. R. (2001). Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression in battered women, a comparison between shelter and domestic violence agency samples [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *61*(8-B), 4398.

Dobash, R. E. i Dobash, R. P. (1978). Wives: the "appropiate" victims of marital violence. *Victimology, 2,* 426-442.

D'Oliveira, A. F. P. L., Diniz, S. G. i Schraiber, L. B. (2002). Violence against women in health-car institutions: An emerging problem. *The Lancet, 359,* 1681-1685.

Dutton, D. (1988). *The domestic assault of women*. Boston: Alyn & Bacon, Inc.

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, Connectitut: 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. (1995). Trastorno de estrés postraumático. A A Belloch, B. Sandín i F. Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología, 2* (pp. 171-186). Madrid: McGraw-Hill.

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

Echeburúa, E., Corral, P. i Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, *24*(96), 527-555.

Egan-Sage, E. i Carpenter, J. (1999). Family characteristics of children in cases of alleged abuse and neglect. *Child Abuse Review*, *8*(5), 301-313.

Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. i Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(4), 741-753.

Eisenstat, S. A. i Bancroft, L. (1999). Domestic violence. *The New England Journal of Medicine, 16,* 886-892.

Eldridge, K. A., Lawrence, E. i Christensen, A. (1999). Research methods with couples. A P. C. Kendall, J. N. Butcher i G. N. Holmbeck (Eds.), *Handbook of research methods in clinical psychology* (pp. 681-699). New York: John Wiley & Sons.

Elhai, J. D., Gold, S. N., Mateus, L. F. i Astaphan, T. A. (2001). Scale 8 elevations on the MMPI-2 among women survivors of childhood sexual abuse: Evaluating posttraumatic stress, depression, and dissociation as predictors. *Journal of Family Violence*, *16*(1), 47-57.

Elhai, J. D., Klotz Flitter, J. M., Gold, S. N. i Sellers, A. H. (2001). Identifying subtypes of women survivors of childhood sexual abuse: An MMPI-2 cluster analysis. *Journal of Traumatic Stress, 14,* 157-175.

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.

Ellsberg, M., Heise, L., Peña, R., Agurto, S. i Winkvist, A. (2001). Researching domestic violence against women: Methodological and ethical considerations. *Studies in Family Planning*, *32*(1), 1-16.

ENVEFF (2000). *Enquete national sur les violences envers les femmes en France.* Equip dirigit per Maryse Jaspard. París: Service des Droits des Femmes.

Escudero, V. (en premsa). Investigación y terapia familiar en maltrato infantil: una perspectiva centrada en el proceso de intervención. A C. Pérez Testor i E. Alomar (Comp.), *Violencia en la familia*. Barcelona: Edebé.

Espina, A. (1995). Aportaciones psicoanalíticas y sistémicas a la terapia de pareja en los trastornos psicosomáticos. A M. Garrido i A. Espina (Comp.), *Terapia familiar: aportaciones psicoanalíticas y transgeneracionales* (pp. 127-144). Madrid: Fundamentos.

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

Espina, A., Pumar, B., Bel, A., Azkárate, I., Elortegui, A. i García, E. (1994). Un estudio correlacional entre ajuste diádico, apoyo social, ansiedad y depresión en

parejas con hijos normales y con patología psíquica (toxicomanía y esquizofrenia). *Psiquis Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática*, *15*(8), 379-387.

Espina, A., Pumar, B. i Garrido, M. (Comp.), (1995). *Problemáticas familiares actuales y terapia familiar*. València: Promolibro.

Espina, A., Pumar, B., González, P., Santos, A., García, E. i Ayerbe, A. (2000). Emoción expresada y características de personalidad, psicopatológicas y de ajuste diádico en padres de esquizofrénicos. *Psiquis Revista de Psiquiatría, Psicología Médica y Psicosomática*, *21*(4), 23-33.

Espina, A., Ochoa de Alda, I. i Ortego, A. (2003). Dyadic adjustment in parents of daughters with an eating disorder. *European Eating Disorders Review, 11,* 349-362.

Espina, A., Ortego, A., Ochoa de Alda, I. i González, P. (2003). Dyadic adjustment in parents of schizophrenics. *European Psychiatry, 18,* 233-240.

European Commission (1999). *Europeans and their views on domestic violence against women*. Eurobarometer 51.0. Directorate General X. Information, Communication and Audiovisual Media.

Faulk, M. (1974). Men who assault their wives. *Medicine Science and the Law, 14,* 180-183.

Feeney, J. i Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Desclée 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.

Feixas, G. i Miró, T. (1997). *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.

Fernández Alonso, M. C., Herrero, S., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocron, L., García, J., Montón, C., Redondo, M. J. i Tizón, J. L. (2003). *Violencia doméstica.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Extret el 24 de novembre, 2004, de http://www.msc.es/enfermedadesLesiones/violencia/violenciaDomestica/pdf/violencia_domestica.pdf

Ferraro, K. J. (1993). Cops, courts, and woman battering. A P. B. Bart i E. G. Moran (Eds.), *Violence against woman: The bloody footprints* (pp. 165-176). Newbury Park, CA: SAGE.

Fincham, F. D. i Linfield, K. (1997). A new look at marital quality: Can spouses be positive and negative about their marriage? *Journal of Family Psychology, 11,* 489-502.

Fincham, F. D. i Beach, S. R. H. (1999). Conflict in marriage: Implications for working with couples. *Annual Review of Psychology, 50,* 47-77.

Flanagan, A. S. i Furman, W. C. (2000). Sexual victimization and perceptions of close relationships in adolescence. *Child Maltreatment*, *5*(4), 350-359.

Fleury, R. E. (2000). When ending the relationship does not end the violence. *Violence Against Women*, *6*(12), 33-46.

Flynn, C. P. (1987). Relationship violence: A model for family professionals. *Family Relations, 36,* 295-299.

Flynn, C. P. (1990). Relationship Violence by Women: Issues and Implications. *Family Relations, 36,* 194-198.

Follingstad, D. R., Rutledge, L., Berg, B., House, E. i Ploek, D. (1990). The role of emotional abuse in psysical abusive relationphips. *Journal of Family Violence*, *5*(2), 107-120.

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.

Follingstad, D. R., Bradley, R. G., Helff, C. M. i Laughlin, J. E. (2002). A model for predicting dating violence: Anxious attachment, angry temperament, and need of relationship control. *Violence and Victims*, *17*(1), 35-47.

Fontanil, Y., Méndez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F. J., Herrero, F. J. i Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psichthema, 14,* 130-138.

Freud, S. (1915). The instincts and their vicissitudes. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, XIV* (pp. 109-140). London: Hogarth.

Fullat, O. (1984). *Verdades y trampas de la pedagogía*. Barcelona: Ceac.

Gadamer, H. (1993). *El problema de la conciencia histórica*. Madrid: Tecnos.

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.

García-Moreno, C. (2002). Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *The Lancet, 359,* 1509-1514.

García Vega, L. (2001). *El vínculo emocional. Crisis y divorcio*. Valencia: Promolibro.

Garriga, C. (2000). El cercle infernal dels abusos psíquics, físics i sexuals. *Full informatiu*, *129,* 3-5. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

Gazmararian, J. A., Lazorik, S., Spitz, A. M., Ballard, T. J., Saltzman, L. E. i Marks, J. S. (1999). Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, *275*(24), 1915-1920.

Gelles, R. J. (1974). *The violent home: A study of physical aggression between husbands and wives*. Beverly Hills, CA: Sage.

Gelles, R. J. (1993). Constraints against family violence. *American Behavioral Scientist*, *36*(5), 575-586.

Gelles, R. J. i Straus, M. A. (1979). Determinants of violence in the family: Toward a theoretical integration. A W. R. Burr, I. F. Nyle i I. L. Reiss (Eds.), *Contemporany theories about the family*, *1* (pp. 549-581). New York: The Free Press.

Gibb, B. E., Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Rose, D. T., Whitehouse, W. G, Donovan, P., Hogan, M. E., Cronholm, J. i Tierney, S. (2001). History of childhood maltreatment, negative cognitive styles, and episodes of depression in adulthood. *Cognitive Therapy and Research*, *25*(4), 425-446.

Gibb, B. E., Wheeler, R., Alloy, L. B. i Abramson, L. Y. (2001). Emotional, physical, and sexual maltreatment in childhood versus adolescence and personality dysfunction in young adulthood. *Journal of Personality Disorders*, *15*(6), 505-511.

Gleason, W. J. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims*, *8*(1), 53-68.

Godenzi, A. i De Puy, J. (2001). Overcoming boundaries: A cross-cultural inventory of primary prevention programs against wife abuse and child abuse. *The Journal of Primary Prevention*, *21*(4), 455-475.

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.

Goldner, V. (1998). The treatment of violence and victimization in intimate relationships. *Family Process, 37,* 263-286.

Gomis, A. (1994). La prevención. A A. Bobé i C. Pérez Testor (Comp.), *Conflictos de pareja: diagnóstico y tratamiento* (pp. 147-182). Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer/Paidós.

Goodman, M., Weiss, D. S., Mitropoulou, V., New, A., Koenigsberg, H., Silverman, J. M. i Siever, L. (2003). The relationship between pathological dissociation self-injury and childhood trauma in patients with personality disorders using taxometric analyses. *Journal of Trauma and Dissociation*, *4*(2), 65-88.

Graham-Bermann, S. A. i Edleson, J. L. (2001). Introduction. A S. A. Graham-Bermann i J. L. Edleson (Eds.), *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy* (pp. 3-10). Washington, DC: American Psychological Association.

Griffing, S., Fish, D. R., Sage, R. E., Madry, L., Bingham, L. E. i Primm, B. J. (2002). Domestic violence survivors' self-identified reasons for returning to abusive relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, *17*(3), 306-319.

Grimmell, D. W. (1999). Influences of social exchange and attachment style on women's responses to the first instance of domestic violence [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *59*(8-B), 4463.

Grych, J. H., Jouriles, E. N., Swank, P. R., McDonald, R. i Norwood, W. D. (2000). Patterns of adjustment among children of battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(1), 84-94.

Gutmann, D. i Huyck, M. H. (1994). Development and pathology in Postparental men: A community study. A E. Thompson (Ed.), *Older men's lives. Research on men*

and masculinities'series, 6 (pp. 65-84). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications, Inc.

Habermas, J. (1989). *Conocimiento e interés*. Madrid: Taurus.

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.

Harper, J. M., Schaalje, B. G. i Sandberg, J. G. (2000). Daily hassles, intimacy, and marital quality in later life marriages. *American Journal of Family Therapy*, *28*(1), 1-18.

Harris, M. (1995). *Introducción a la antropología general*. Madrid: Alianza editorial.

Hathaway, S. R. i McKinley, J. C. (1967). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory Manual*. New York: Psychological Corporation.

Heise, L. i García Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. A E. G. Krug, L. L. Dahlberg i J. A. Mercy (Eds.), *World report on violence and Health* (pp. 88-121). Ginebra: World Health Organitzation.

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.

Herman, J. L., Perry, C. i Van der Kolk, B. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 146,* 490-495.

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.

Hidalgo, V. (1998). Transición a la maternidad y la paternidad. A M. J. Rodrigo i J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 161-180). Madrid: Alianza Editorial.

Higgins, D. J. i McCabe, M. P. (2000). Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child Maltreatment*, *5*(3), 261-272.

Higgins, D. J. i McCabe, M. P. (2003). Maltreatment and family dysfunction in childhood and the subsequent adjustment of children and adults. *Journal of Family Violence*, *18*(2), 107-120.

Hilberman, E. (1980). Overview: "The wife-beater's wife" reconsidered. *American Journal of Psychiatry, 137,* 1336-1346.

Hindman, D. W. (2002). Conflict management and dyadic adjustment among married couples [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *63*(5-B), 2585.

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

Hoff, L. A. (1990). *Battered woman as survivors*. London: Routledge.

Holden, G. W. (1998). Introduction: The development of research into another consequence of family violence. A G. W. Holden, R. Geffner i E. N. Jouriles (Eds.), *Children exposed to marital violence: Theory, research, and applied issues* (pp. 1-18). Washington, DC: American Psychological Association.

Holifield, J. E., Nelson III, W. M. i Hart, K. J. (2002). MMPI profiles of sexually abused and nonabused outpatient adolescents. *Journal of Adolescent Research*, *17*(2), 188-195.

Horowitz, L. M., Post, D. L., French, R. de S., Wallis, K. D. i Siegelman, E. Y. (1981). The prototype as a construct in abnormal psychology, 2. Clarifying disagreement in psychiatric judgments. *Journal of Abnormal Psychology, 90,* 575-585.

Howes, P. W., Cicchetti, D., Toth, S. L. i Rogosch, F. A. (2000). Affective, organizational and relational characteristics of maltreating families: A system's perspective. *Journal of Family Psychology*, *14*(1), 95-110.

Hughes, M. i Jones, L. (2000a). Women, domestic violence, and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Family Therapy, 27,* 125-139.

Institut Català de la Dona (2000). *Manifest per a l'eliminació de la violència domèstica contra les dones*. Extret el 20 de novembre, 2002, de http://www.gencat.es/icdona/

Institut Català de la Dona (2004). *Estadístiques*. Extret el 2 de desembre, 2004, de http://www.gencat.net/icdona/

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

Jacobson, N. S., Gottman, J. M., Gortner, E., Berns, S. i Shortt, J. W. (1996). Psychological factors in the longitudinal course of battering: When do the couples split up? When does the abuse decrease? *Violence and Victims*, *11*(4), 371-392.

Jacoby, M., Gorenflo, D., Black, E., Wunderlich, C. i Eyler, E. (1999). Rapid repeat pregnancy and experiences of interpersonal violence among low-income adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, *16*(4), 318-321.

Jankowski, M. K., Leitenberg, H., Henning, K. i Coffey, P. (1999). Intergenerational transmission of dating aggression as a function of witnessing only same sex parents vs. opposite sex parents vs. both parents as perpetrators of domestic violence. *Journal of Family Violence, 14,* 267-278.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Toward a new psychology of trauma*. New York: The Free Press.

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: Causes and prevention. *The Lancet, 359,* 1423-1429.

Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J, Smailes, E. M., i Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry, 56,* 600-606.

Johnson, J. K., Haider, F., Ellis, K., Hay, D. M. i Lindow, S. W. (2003). The prevalence of domestic violence in pregnant women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 110,* 272-275.

Johnson, E. i Huston, T. (1998). The perils of love, or why wives adapt to husbands during the transition to parenthood. *Journal of Marriage and the Family, 60,* 195-204.

Kaplan, H. I., Sadock, B. J. i Grebb, J. A. (1996). *Sinopsis de psiquiatría* (7a ed.). Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Karney, B. i Bradbury, T. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability. A review of theory, method, and research. *Psychological Bulletin, 118,* 3-34.

Kemp, A., Green, B. L., Hovanitz, C. i Rawlings, E. I. (1995). Incidence and correlates of post-traumatic stress disorder in battered women: Shelter and comunity samples. *Journal of Interpersonal Violence*, *10*(1), 43-55.

Kernberg, O. (1995). *Relaciones amorosas. Normalidad y patología*. Barcelona: Paidós.

Kernic, M. A., Wolf, M. E. i Holt, M. E. (2000). Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships, King County, Washington. *American Journal of Public Health*, *90*(9), 1416-1420.

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.

Kerns, S. E. U. (2002). Critical issues in the prevention of violence-related behavior in youth. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *5*(2), 133-160.

Khan, F. I., Welch, T. L. i Zillmer, E. A. (1993). MMPI-2 profiles of battered women in transition. *Journal of Personality Assessment*, *60*(1), 100-111.

Klein, M. (1937/1989). Amor, culpa y reparación. *Obras completas 1* (pp. 310-345). Barcelona: Paidós.

Klotz Flitter, J. M., Elhai, J. D. i Gold, S. N. (2003). MMPI-2 F scale elevations in adult victims of child sexual abuse. *Journal of Traumatic Stress*, *16*(3), 269-274.

Kriz, J. (1990). *Corrientes fundamentales en psicoterapia*. Buenos Aires: Amorrortu.

Kurdek, L. (1991). Marital stability and changes in marital quality in newly wed couples: A test of the contextual model. *Journal of Social and Personal Relationships, 8,* 27-48.

Kurdek, L. (1998). Prospective predictors of parenting satisfaction for fathers and mothers with young children. *Journal of Family Psychology, 12,* 56-65.

Kurdek, L. (1999). The nature and predictors of the trajectory of change in marital quality for husbands and wives over the first 10 years of marriage. *Developmental Psychology*, *35*(5), 1283-1296.

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.

Larrauri, E. (2003). Motius per entendre per què algunes dones maltractades retiren les denúncies. *Revista del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada, 2,* 24-30.

Larrosa, J. (1996). *La experiencia de la lectura. Estudios sobre literatura y formación*. Barcelona: Laertes.

Larson, J., Hammond, C. i Harper, J. (1998). Perceived equity and intimacy in marriage. *Journal of Marriage and Family Counseling*, *24*(4), 487-506.

Leserman J., Drossman, D. A., Li, Z., Toomey, T. C., Nachman, G. i Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: How types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, *58*(1), 4-15.

Levendosky, A. A. i Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: The effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence, 16,* 171-192.

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.

L'Heureux-Dubé, C. (2001). Beyond the myths: Equality, impartiality, and justicie. *Journal of Social Distress and the Homeless*, *10*(1), 87-104.

Libb, J. W., Murray, J., Thurstin, H. i Alarcón, R. D. (1992). Concordance of the MCMI-II, the MMPI, and Axis I discharge diagnosis in psychiatric impatients. *Journal of Personality Assessment, 58,* 580-590.

Linares, J. L. (2002). *Del abuso y otros desmanes. El maltrato familiar, entre la terapia y el control.* Barcelona: Paidós.

Linares, J. L. (en premsa). El futuro de la terapia familiar en la violencia doméstica. A C. Pérez Testor i E. Alomar (Comp.), *Violencia en la familia*. Barcelona: Edebé.

Lobel, C. (1992). Relationship between childhood sexual abuse and borderline personality disorder in women psychiatric inpatients. *Journal of Child Sexual Abuse*, *1*(1), 63-77.

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

Lundberg-Love, P. K., Marmion, S., Ford, K., Geffner, R. i Peacock, L. (1992). The long-term consequences of childhood incestuous victimization upon adult women's psychological symptomatology. *Journal of Child Sexual Abuse, 1,* 81-102.

Lundy, M. i Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women. *Trauma, Violence & Abuse*, *2*(2), 120-141.

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.

Machuca, A. (2001). Apoyo psicológico con mujeres maltratadas en su relación de pareja: ilustración en un caso clínico. *Psykhe*, *10*(2), 23-36.

MacKinnon, L. K. (1998). *Trust and betrayl in the treatment of child abuse*. New York: The Guilford Press.

Malacrea, M. i Vassalli, A. (1990). *Segreti di famiglia. L'intervento nei casi d'incesto*. Milà: Raffaello Cortina.

Maldonaldo, A. D. i Escalera, R. M. (2001). Emociones y motivaciones del personal que atiende a mujeres maltratadas en el Centro de Urgencias y Especialidades del Ayuntamiento de Sevilla (C.U.E.A.S). *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquatría de Enlace, 57,* 56-68.

Marcelli, D. i De Ajuriaguerra, J. (1996). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.

Margolin, G. (1984). *Interpersonal factors associated with marital violence*. Durham, NH: Paper presented at the Second National Violence Research Conference.

Markowitz, F. E. (2001). Attitudes and family violence: Linking intergenerational and cultural theories. *Journal of Family Violence*, *16*(2), 205-218.

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

Martin, A. J., Berenson, K. R., Griffing, S., Sage, R. E., Madry, L., Bingham, L. E. i Primm, B. J. (2000). The process of leaving an abusive relationship: The role of risk assessments and decision-certainly. *Journal of Family Violence*, *15*(2), 109-122.

Martin, S. L., Kilgallen, B., Dee, D. L., Dawson, S. i Campbell, J. C. (1998). Women in a prenatal care/substance abuse treatment program: Links between domestic violence and mental health. *Maternal and Child Health Journal, 2,* 85-94.

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.

Matud, M. P., Aguilera, L., Marrero, R. J., Moraza, O. i Carballeira, M. (2003). El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, *3*(3), 439-459.

McCloskey, L. A., Treviso, M., Scionti, T. i dal Pozzo, G. (2002). A comparative study of battered women and their children in Italy and the United States. *Journal of Family Violence*, *17*(1), 53-74.

McDill, S. R. i McDill, L. (1991). *Dangerous marriage: breaking the cycle of domestic violence*. Grand Rapids, MI: Spire.

McFarlane, J., Parker, B., Soeken, S. i Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *Journal of the American Medical Association, 267,* 3176-3178.

Mclaughlin, D. E. (2002). Posttraumatic stress disorder symptoms and self-conscious affect among battered women [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section-B: The Sciences and Engineering*, *62*(10-B), 4470.

McMahon, P. M. (2000). The public health approach to the prevention of sexual violence. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *12*(1), 27-36.

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.

Miller, E. T. i Porter, C. A. (1983). Self-blame in victims of violence. *Journal of Social Issues*, *39*(2), 139-152.

Miller, W. R. i Rollnick, S. (Comp.), (1991/1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.

Millon, T. (1969). *Modern Psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*. Philadelphia: Saunders.

Millon, T. (1977). *Millon Clinical Multiaxial Inventory.* Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. Nueva York: John Wiley & Sons.

Millon, T. (1986). Personality prototypes and their diagnostic criteria. A T. Millon i Klerman, G. L. (Comp.), *Contemporany directions in psychopathology: toward the DSM-IV*. Nueva York: Guilford.

Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory manual II.* Minneapolis: National Computer Systems.

Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model.* New York: Wiley.

Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual*. Madrid: TEA Ediciones.

Millon, T. i Davis, R. D. (1998). *Trastornos de personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Millon, T., Everly, G. i Davis, R. D. (1995). ¿Cómo puede facilitarse la integración de la psicoterapia mediante el conocimiento de la psicopatología? Una perspectiva a partir de los trastornos de la personalidad. *Clínica y Salud*, *6*(12), 109-129.

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 suport and psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology*, *11*(6), 629-654.

Montero, A. (2000). *El Síndrome de Estocolmo Doméstico en mujeres maltratadas*. Extret el 20 de novembre, 2002, de http://www.nodo50.org/mujeresred/violencia-am.html

Morales, J. M., Zunzunegui Pastor, V. i Martínez Salceda, V. (1997). Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gaceta Sanitaria*, *11*(5), 231-241.

Morrell, J. S. i Rubin, L. J. (2001). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, posttraumatic stress disorder, and women domestic violence survivors. *Professional Psychology: Research and Practice*, *32*(2), 151-156.

Muhajarine, N. i D'Arcy, C. (1999). Physical abuse during pregnancy: Prevalence and risk factors. *Canadian Medical Association Journal, 160,* 1007-1011.

Muller, R. T., Lemieux, K. E. i Sicoli, L. A. (2001). Attachment and psychopathology among formerly maltreated adults. *Journal of Family Violence*, *16*(2), 151-169.

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.

Myers, D. G. (1995). *Psicología social*. México: McGraw-Hill.

Nabi, R. L. i Horner, J. R. (2001). Victims with voices: How abused women conceptualize the problem of spousal abuse and implications for intervention and prevention. *Journal of Family Violence*, *16*(3), 237-253.

National Reserach Council (1993). *Understanding child abuse and neglect*. Waschington, DC: National Academy Press.

National Research Council (1998). *Violence in families*. Institute of Medicine Washington DC: NRC.

Newton, T. L. i Kiecolt-Glaser, J. K. (1995). Hostility and erosion of marital quality during early marriage. *Journal of Behavioral Medicine*, *18*(6), 601-619.

NiCarthy, G. (1986). *Getting free: You can end abuse and take back your life*. Washington: Seal Press.

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.

O'Hearn, H. G. i Margolin, G. (2000). Men's attitudes condoning marital aggression: A moderator between family of origin abuse and aggression against female partners. *Cognitive Therapy and Research*, *24*(2), 159-174.

O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, *14*(1), 3-23.

O'Leary, K. D. i Arias, I. (1988). Prevalence, correlates, and development of spouse abuse. A R. de V. Peters i R. J. McMahon (Eds.), *Social learning in systems approaches to marriage and the family* (pp. 56-75). New York: Brunno/Mazel.

Organización Mundial de la Salud (Ed.), (1989). *Décima revisión internacional de la clasificación internacional de enfermedades* (Versión española del Borrador para Estudios de Campo Nº 4). Madrid: Editor.

Organització Mundial de la Salut (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Ginebra: OMS.

Organització de les Nacions Unides (1995). *Declaración de Bejing y plataforma para la acción.* Madrid: Instituto de la Mujer.

Osuna, M. J., Cabrera, J. H. i Morales, M. C. (2000). Study of the consequences of physical neglect on the psychological development of preschool children in Spain. *Child Abuse & Neglect*, *24*(7), 911-924

Ottenheimer, L. (1970). Mecanismos psicológicos que influyen en la elección de pareja. A S. Rosenbaum i I. Alger (Eds.), *La relación matrimonial* (pp. 77-87). Barcelona: Aura.

Overholser, J. C. (1991). Categorical assessment of the dependent personality disorder in depressed inpatients. *Journal of Personality Disorders, 5,* 243-255.

Pape, K. T. i Arias, I. (2000). The role of perceptions and attributions in battered women's intentions to permanently end their violent relationships. *Cognitive Therapy and Research, 24*(2), 201-214.

Pearlin, L. I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior, 30,* 241-256.

Pelcovitz, D., Kaplan, S., DeRosa, R., Mandel, F. i Salzinger, S. (2000). Psychiatric disorders in adolescents exposed to violence and physical abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, *70*(3), 360-369.

Pérez, S. (2001). *Psicoteràpia de parella. Un estudi longitudinal*. Tesi Doctoral no publicada. Facultat de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, Blanquerna, Universitat Ramon Llull.

Pérez, S., Pérez Testor, C., Salamero, M., Castillo, J. A. i Cabré, V. (1996, setembre). *Medida de la Marital Quality*. Treball presentat al X Congreso Internacional de Psiquiatría, Madrid, España.

Pérez, S., Pérez Testor, C., Salamero, M., Castillo, J. A. i Cabré, V. (1997, octubre). *Evaluación del ajuste diádico en parejas*. Treball presentat al II European Congress of Family Therapy, Barcelona, España.

Pérez del Campo, A. M. (1995). *Una cuestión incomprendida. El maltrato a la mujer*. Madrid: Horas y Horas.

Pérez Serrano, G. (1994). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. Madrid: La Muralla.

Pérez Testor, C., Castillo, J. A. i Davins, M. (2002, abril, 16). La violència familiar. Diari *Avui*.

Pérez Testor, C., Castillo, J. A. i Davins, M. (2002). Violència familiar: violència de gènere. *ALOMA Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, 10,* 141-144.

Pérez Testor, Castillo, J. A. i Davins, M. (en premsa). Introducción: violencia en la pareja. A C. Pérez Testor i E. Alomar (Comp.), *Violencia en la familia*. Barcelona: Edebé.

Pérez Testor, C., Castillo, J. A., Davins, M., Salamero, M. i San Martino, M. (en premsa). Personality profiles in a group of battered women: clinical and care implications. *Journal of Family Violence*.

Perles, F., Moreno, P. i Rando, M. A. (1998). Imagen social de las mujeres víctimas. *Revista de Psicología Social*, *13*(3), 521-525.

Perrin, S., Van Hasselt, V. B., Basilio, I. i Hersen, M. (1996). Assessing the effects of violence on women in battering relationships with the Keane MMPI-PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, *9*(4), 805-816.

Perrone, R. i Nannini, M. (1997). *Violencia y abusos sexuales en la infancia*. *Un abordaje sistémico y comunicacional*. Buenos Aires: Paidós.

Pfrouts, J. H. (1978). Violent families: coping responses of abused wives. *Child Welfare, 57,* 101-111.

Pierrehumbert, B. (2003). Attachment and psychopathology. *Enfance*, *55*(1), 74-80.

Pillsbury, S. H. (2000). The influence of optimal responsiveness on relationship satisfaction [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section A: Humanities and Social Sciences*, *61*(4A), 1635.

Pino, M. J. i Herruzo, J. (2000). Consecuencias de los malos tratos sobre el desarrollo psicológico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *32*(2), 253-275.

Popper, K. R. (1990). *La lógica de la investigación científica.* Mardrid: Tecnos.

Prochaska, J. O. i Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy Research: Theory, Research, and Practice, 19,* 276-288.

Quinn, W. i Odell, M. (1998). Predictors of marital adjustment during the first two years. *Marriage and Family Review, 27,* 113-130.

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

Redondo, M. (2004). Abordaje de la violencia de género desde una unidad de planificación familiar. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, *25*(88), 26-30.

Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Shan Chung, W., Moorey, S. i Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*, *324* (7332), 274.

Ríos, J. A. (1998). *El malestar en la familia*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.

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.

Rodenburg, A. F. i Fantuzzo, W. J. (1993). The measure of wife abuse: Step toward the development of a comprehensive assessment technique. *Journal of Family Violence*, *8*(3), 203-228.

Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe.

Rollstin, A. O. i Kern, J. M. (1998). Correlates of battered women's psychological distress: Severity of abuse and duration of the postabuse period. *Psychological Reports, 82,* 387-394.

Romero, I. (2004). Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. *Revista del Colegio Oficial de Psicólogos*, *25*(88), 19-23.

Römkens, R. (1997). Prevalence of wife abuse in the Netherlands. *Journal of Interpersonal Violence, 12,* 99-125.

Rosenbaum, A. i O'Leary, K. (1981). Marital violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *49*(1), 63-71.

Rosewater, L. B. (1988). Battered or schizophrenic? Psychological tests can't tell. A K. Yllö i M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 200-215). Newbury Park, CA: Sage.

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

Rounsaville, B. J. (1978). Theories in marital violence: Evidence from a study of battered women. *Victimology: An International Journal, 3,* 11-31.

Russell, R. J. H. i Hulson, B. (1992). Physical and psychological abuse of heterosexual partners. *Personality and Individual Differences, 13,* 457-474.

Russell, R. J. H. i Wells, P. A. (2000). Predicting marital violence from de marriage and relationship questionnaire: Using LISREL to solve an incomplete data problem. *Personality and Individual Differences, 29,* 429-440.

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.

Salvador, G. (1998). La familia en riesgo. *Revista de l'Associació Catalana d'Atenció Precoç,11-12,* 73-83.

Salvador, G. (en premsa). Pareja y violencia. A C. Pérez Testor, C. i E. Alomar (Comp.), *Violencia en la familia*. Barcelona: Edebé.

Sánchez-López, M. P. i Aparicio García, M. E. (1998). El inventario Millon de estilos de personalidad: su fiabilidad y validez en España y Argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 2,* 87-110.

Sangrador, J. L. i Yela, C. (2000). What is beautiful is loved: Physical attractiveness in love relationships in a representatives ample. *Social Behavior and Personality*, *28*(3), 207-218.

Sansone, R. A.; Sansone, L. A. i Wiederman, M. (1995). The prevalence of trauma and its relationship to borderline personality symptoms and self-destructive behaviors in a primary care setting. *Archives of Family Medicine*, *4*(5), 439-442.

Sansone, R. A., Gaither, G. A. i Songer, D. A. (2002). The relationships among childhood abuse, borderline personality, and self-harm behavior in psychiatric inpatients. *Violence and Victims*, *17*(1), 49-55.

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.

Scharff, D. E. i Scharff, J. S. (1987). *Object relations in family therapy*. London: Jason Aronson.

Schecter, S. (1982). *Women and male violence: the visions and scruggles of the battered womens movement*. Boston: South End.

Schifrin, E. T. (2004). A correlational study of PTSD symptomatology and battered women's readiness for change in residential and nonresidential shelters using the Women's Safety Inventory (WSI) [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *64*(8-B), 4062.

Schwebel, A., Moss, B. i Fine, M. (1999). Understanding cognitive changes in intimacy in long-term romantic relationships. *Psychological Reports*, *84*(2), 517-532.

Selva, M. (2004, novembre, 25). La prevenció és bàsica per acabar amb les violències. *El Periódico*.

Sellers, A. H., Beer, M. i Van Hasselt, V. B. (2001, july). *Symptom clusters among battered women on the SCL-90-R*. Poster presented at the 7th International Family Violence Research Conference, Portsmouth, New Hamshire.

Shamai, M. (2000). Rebirth of the self: How battered women experience treatment. *Clinical Social Work Journal*, *28*(1), 85-103.

Shapiro, A. M. (2001). Partner discrepancies in communication style and in emotional expressiveness as predictors of marital dissatisfaction [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *62*(5-B), 2538.

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.

Silverman, R. C. i Lieberman, A. F. (1999). Negative maternal attributions, projective identification, and the intergenerations transmission of violent relational patterns. *Psychoanalytic Dialogues*, *9*(2), 161-186.

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

Soloff, P. H., Lynch, K. G. i Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *16*(3), 201-214.

Sonkin, D. J., Martin, D. i Walker, L. E. A. (1985). *The male batterer: A treatment approach*. New York: Springer.

Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38,* 15-28.

Spanier, G. B. i Lewis, R. A. (1980). Marital quality: A review of the seventies. *Journal of Marriage and the Family, 42,* 825-839.

Star, B. (1978). Comparing battered and non-battered women. *Victimology: An International Journal*, *3*(1-2), 32-44.

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.

Stark, E. i Flitcraft, A. (1996). *Women at risk: Domestic violence and women's health*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Stein, M. B. i Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders, 66,* 133-138.

Sternberg, R. J. (1989). *El triángulo del amor: intimidad, pasión y compromiso*. Barcelona: Paidós.

Sternberg, R. J. (1999). *El amor es como una historia. Una nueva teoría de las relaciones*. Barcelona: Paidós.

Sternberg, R. J. i Grajek, S. (1984). The nature of love. *Journal of Personality and Social Psychology, 47,* 312-329.

Stith, S. M., Rosen, K. H., Middleton, K. A., Busch, A., L., Lundeberg, K. i Carlton, R. P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of the Marriage and the Family, 62,* 640-654.

Straus, M. A. i Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families, risk factors and adaptations to violence in 8.145 families*. New Brunswick: Transaction Publishers.

Strube, M. J. i Barbour, L. S. (1984). Factors related to the decision to leave an abusive relationship. *Journal of Marriage and the Family, 46,* 837-844.

Sullivan, B. J. (2003). Dissociative and self-destructive behavioral outcomes of childhood abuse in psychiatric inpatients [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *64*(2-B), 4217.

Sullivan, C. M., Bybee, D. H. i Allen, N. E. (2002). Findings from a community-based program for battered women and their children. *Journal of Interpersonal Violence*, *17*(9), 915-936.

Task Force on Nomenclature and Statistics (1976). *DSM-III in midstream*. Conference Publication, Missouri Institute of Psychiatry: American Psychiatric Association.

Tatia-Malika, O. (2000). Insult denied: Traumatic brain injury in battered African American women [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *61*(4-B), 1864.

Taylor, S. J. i Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Barcelona: Paidós.

Tennov, D. (1979). *Love and limerence: The experiencie of being in love*. New York: Stein and Day.

Teruel, G. (1970). Nuevas tendencias en el diagnóstico y tratamiento del conflicto matrimonial. A I. Berenstein (Ed.), *Psicoterapia de pareja y grupo familiar con orientación psicoanalítica* (pp. 185-214). Buenos Aires: Galerna.

Testa, M. i Leonard, K.E. (2001). The impact of marital aggression on women's psychological and marital functioning in a newlywed sample. *Journal of Family Violence, 16,* 115-130.

Thompson, M. P., Kaslow, N., Kingree, R., Thompson, N. i Meadows, L. (1999). Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempt in a sample of low income, inner city women. *Journal of Traumatic Stress*, *12*(1), 59-72.

Tice, G. L. (2004). Childhood sexual abuse as a risk factor for battering by intimate partners: A controlled pilot study [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *64*(8-B), 4068.

Tizón, J. (1995). *Apuntes para una psicología basada en la relación* (4arta ed.). Barcelona: Biblària.

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

Towns, A. i Adams, P. (2000). "If really loved him enough, he would be okay": Women's accounts of male partner violence. *Violence Against Women*, *6*(6), 558-585.

Truzzoli, C. (2003). Violencia de género y fantasmática en la mujer maltratada. *Full Informatiu, 164,* 10-12. Barcelona: Col·legi Oficial de Psicòlegs de Catalunya.

Tucker, P. i Aron, A. (1993). Passionate love and marital satisfaction at key transition points in the famlily life cycle. *Journal of Social and Clinical Psychology, 12,* 135-147.

Tutty, L., Bidgood, B. i Rothery, M. (1993). Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence, 8,* 325-343.

Valera, E. M. i Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(4), 797-804.

Valle D., Albite, L. i Rosado, I. (1993). *La violencia doméstica en la familia: una perspectiva crítica*. Extret el 15 de març, 2003, de http://www.centrorecfam.org/publicaciones_2.html

Van Dien, L. N. (2001). Dissociation and long-term adaptation to childhood maltreatment: Dissociative 'types' amd clinical syndromes [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *62*(5-B), 2506.

Varia, R. i Abidin, R. R. (1999). The minimizing style: Perceptions of psychological abuse and quality of past and current relationships. *Child Abuse & Neglect*, *23*(11), 1041-1055.

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 Justícia.

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.

Vollrath, M., Alnaes, R. i Torgersen, S. (1994). Coping and MCMI-II personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 8,* 53-63.

Waldrop, A. E. (2002). Understanding the contextual factors in battered women's coping strategies [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *63*(6-B), 3029.

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

Walker, L. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist, 44,* 695-702.

Walker, L. (1991). Posttraumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered women syndrome. *Psychotherapy*, *28*(1), 21-29.

Walker, L. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide fort he psychotherapist*. Washington, DC: American Psychological Association.

Walker, L., Keegan, D., Gardner, G., Sullivan, M., Bernstein, D. i Katon, W. J. (1997). Psychosocial factors in fibromyalgia compared with rheumatoid arthritis: II. Sexual, physical, and emotional abuse and neglect. *Psychosomatic Medicine*, *59*(6), 572-577.

Watts, C. i Zimmerman, C. (2002). Violence against women: Global scope and magnitude. *The Lancet, 359,* 1232-1237.

Weigel, D. J. i Ballard-Reisch, D. S. (1999). All marriages are not maintained equally: marital type, marital quality, and the use of maintenance behaviors. *Personal Relationships*, *6*(3), 291-303.

West, C. G., Fernández, A., Hillard, J. R., Schoof, M. i Parks, J. (1990). Psychiatric disorders of abused women at a shelter. *Psychiatric Quarterly, 61,* 295-301.

Widding, L. H. i Janson, P. O. (1999). The invisible wounds: The ocurrence of psychological abuse and anxiety compared with previous experience of physical abuse during the childbearing year. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, 20,* 136-144.

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

Willi, J. (1978). *La pareja humana. Relación y conflicto*. Madrid: Morata.

Wolf, R. S. i Pillemer, K. A. (1989). *Helping elderly victims: The reality of elder abuse*. New York: Columbia University Press.

Wolfe, D. A., Wekerle, C., Scott, K., Straataman, A., Grasley, C. i Reizel-Jaffe, D. (2003). Dating violence prevention with at-risk youth: a controlled outcome evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*(2), 279-291.

Wood, B. L. (1999). Women's perceptions of their children's experiences in domestic violence [Abstract]. *Dissertation Abstracts International. Section B: The Sciences and Engineering*, *60*(6-B), 2595.

Yanes, J. M. i González, R. (2001). ¿De tal palo tal astilla? Violencia marital y responsabilidad de los progenitores. *Revista de Psicología Social, 16,* 243-249.

Yllö, K. i Bograd, M. (1988). *Feminist perspectives on wife abuse*. Newbury Park: Sage Publications.

Ysern de Arce, J. L. (2001). *Violencia y familia* Extret el 15 de març, 2003, de http://www.ubiobio.cl/vitrina/articulos/5.shtml

Zanarini, M. C., Ruser, T. F., Frankenburg, F. R., Hennen, J. i Gunderson, J. G. (2000). Risk factors associated with the dissociative experiences of borderline patients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *188*(1), 26-30.

Zeanah, C. H., Danis, B., Hirshberg, L., Benoit, D., Miller, D. i Heller, S. S. (1999). Disorganized attachment associated with partner violence: A research note. *Infant Mental Health Journal*, *20*(1), 77-86.

Zosky, D. L. (1999). The application of object relations theory to domestic violence. *Clinical Social Work Journal*, *27*(1), 55-69.

Annexos

Annex 1. Descripció de les escales clíniques de l'MCMI-II de Millon
Annex 2. Escala d'Ajustament Diàdic (Spaneir, 1976)
Annex 3. Adaptació de l'Entrevista Semiestructurada sobre maltractament domèstic

Annex 1

Descripció de les escales clíniques de l'MCMI-II de Millon

Trastorns de Personalitat (Eix II)

Escales Bàsiques de Personalitat

Escala 1: Esquizoide. Avalua la probabilitat (com la resta de les escales) de que una persona reuneixi els criteris diagnòstics del DSM-III pel trastorn esquizoide de la personalitat. Entre els símptomes s'han de considerar la indiferència, la insensibilitat, els dèficits afectius i l'apatia.

Escala 2: Evitativa (fòbica). S'ocupa de la mesura de les característiques de la disfòria, alienació, aversió al comportament interpersonal i hipersensibilitat.

Escala 3: Dependent (Submisa). Avalua trets característics de docilitat, submissió, dificultats per prendre iniciatives, escassa autoestima i ingenuïtat.

Escala 4: Histriònica. Avalua la hiperafectivitat, sociabilitat, poder de seducció, immaduresa, incapacitat per posposar una gratificació i un estil cognitiu dissociatiu.

Escala 5: Narcisista. Mesura l'existència d'una exagerada autoestima, explosivitat, pensament expansiu, impertorbabilitat i poca consciència social.

Escala 6A: Antisocial. Mesura comportaments manipulatius, el desig de venjança i recompensa, la irresponsabilitat, la impulsivitat, insensibilitat i crueltat.

Escala 6B: Agressiu-sàdica. Avalua comportaments d'humiliació als demés i abusius, hostilitat, indiferència, domini, i altres aspectes de caràcter sàdic.

Escala 7: Compulsiva. Avalua els afectes restringits, la preocupació constant, l'adaptació a les convencions socials, la conformitat, la repressió cognitiva i la rigidesa de comportament.

Escala 8A: Passiu-agressiva. Avalua la hiperafectivitat, la tossudesa, el desencant, l'ambivalència interpersonal i el descontentament amb la imatge personal.

Escala 8B: Autodestructiva (Massoquista). Mesura l'autosacrifici, l'intent de passar desapercebut, la inferioritat, dèficits en la competència social, vulnerabilitat a les tensions quotidianes.

Escales de Personalitat Patològica

Escala S: Esquizotípica. Avalua la presència de desaferrament social, excentricitat, pensament autístic no delirant, la despersonalització, la buidor interior, la manca d'emoció i el recel ansiós.

Escala C: Límit (Borderline). Avalua les variacions intenses d'humor, l'activitat descontrolada, el comportament autodestructiu, l'ansietat de dependència i l'ambivalència entre pensament-afecte i acció.

Escala P: Paranoide. Mesura els trets permanents de desconfiança vigilant, el pensament distorsionat, el caràcter crític i el comportament interpersonal provocatiu.

Síndromes Clíniques (Eix I)

Síndromes Clíniques de Gravetat Moderada

Escala A: Ansietat. Avalua l'aprensió, fòbies, tensió, indecisió i símptomes psicofisiològics.

Escala H: Histeriforme (tipus somatoforme). Avalua el grau en el que un conflicte psicològic arriba a canalitzar-se físicament i una preocupació generalitzada sobre la salut.

Escala N: Hipomania. Mesura la presència de caràcter inestable, incapacitat per a relaxar-se, hiperactivitat, impulsivitat, irritabilitat i altres comportaments de tipus maníac.

Escala D: Neurosis Depressiva (Distimia). Avalua l'abatiment, culpabilitat, desencant, futilitat i altres símptomes de depressió. L'escala no revela necessàriament un trastorn greu però implica la preservació de la fortalesa de l'*ego*.

Escala B: Abús d'alcohol. Proporciona un índex de probabilitat per la presència d'una història d'abús d'alcohol.

Escala T: Abús de drogues. És una expansió de l'escala B per incloure l'abús de substàncies en general i implica també un nivell escàs de control d'impulsos i anti-convencionalitat.

Síndromes Clíniques de Gravetat Extrema

Escala SS: Pensament psicòtic. Valora el comportament regressiu-desorganitzat, les experiències al·lucinatòries, deliris i l'afecte inapropiat.

Escala CC: Depressió psicòtica. Valora l'existència d'una depressió greu que normalment arriba a proporcions que duen a incapacitar el subjecte.

Escala PP: Trastorn delirant (Deliris psicòtics). Valora els deliris, en general de naturalesa persecutòria o grandiosa. És freqüent que vagin acompanyats de bel·ligerància.

Annex 2

Escala d'Ajustament Diàdic (Spanier, 1976)

La majoria de persones tenen desavinences en la seva relació. Si us plau, indiqui el grau aproximat d'acord o desacord entre vostè i la seva parella en cadascun dels temes següents:

	Sempre d'acord	Gairebé sempre d'acord	A vegades en desacord	Desacord freqüent	Gairebé sempre en desacord	Sempre en desacord
1. Administració de l'economia familiar	5	4	3	2	1	0
2. Temes d'esbarjo	5	4	3	2	1	0
3. Temes religiosos	5	4	3	2	1	0
4. Demostracions d'afecte	5	4	3	2	1	0
5. Amics	5	4	3	2	1	0
6. Relacions sexuals	5	4	3	2	1	0
7. Convencionalismes (mostres d'educació)	5	4	3	2	1	0
8. Filosofia de la vida	5	4	3	2	1	0
9. Manera de tractar familiars propers	5	4	3	2	1	0
10. Objectius, propòsits i coses considerats importants	5	4	3	2	1	0
11. Quantitat de temps passat junts	5	4	3	2	1	0
12. Presa de decisions importants	5	4	3	2	1	0
13. Feines de la casa	5	4	3	2	1	0
14. Interessos i activitats de temps lliure	5	4	3	2	1	0
15. Decisions professionals	5	4	3	2	1	0

	Sempre	Gairebé sempre	Sovint	A vegades	Rarament	Mai
16. Amb quina freqüència han considerat el divorci, la separació o trencar definitivament la relació?	0	1	2	3	4	5
17. Amb quina freqüència vostè o la seva parella se'n va de casa després d'una discussió?	0	1	2	3	4	5
18. En general, amb quina freqüència pensa que les coses entre vostè i la seva parella van bé?	5	4	3	2	1	0
19. Confia en la seva parella?	5	4	3	2	1	0
20. Mai no es penedeix d'haver-se casat (o de viure plegats)?	0	1	2	3	4	5
21. Amb quina freqüència vostè i la seva parella discuteixen?	0	1	2	3	4	5
22. Amb quina freqüència vostè i la seva parella acaben perdent el control?	0	1	2	3	4	5

	Cada dia	Gairebé cada dia	A vegades	Rarament	Mai
23. Besa vostè a la seva parella?	4	3	2	1	0

	Totes	La majoria	Algunes	Poques	Cap
24. Vostè i la seva parella participen junts en activitats externes a la familia?	4	3	2	1	0

Amb quina freqüència diria que passen les següents situacions entre vostè i la seva parella?

	Mai	Menys d'un cop al mes	Un o dos cops al mes	Un o dos cops per setmana	Un cop al dia	Més sovint
25. Tenen un intercanvi estimulant d'idees	0	1	2	3	4	5
26. Riuen plegats	0	1	2	3	4	5
27. Dialoguen amb tranquil·litat	0	1	2	3	4	5
28. Treballen plegats en algun projecte	0	1	2	3	4	5

Aquestes són qüestions en les quals les parelles a vegades estan d'acord i a vegades en desacord durant la seva relació. Indiqui si qualsevol dels temes següents va ser motiu de discussió o va generar problemes en la seva relació durant les últimes setmanes (Contesti SI o NO).

	Sí	No
29. Estar massa cansat per tenir relacions sexuals	0	1
30. No donar mostres d'afecte	0	1

Els punts de la següent línia representen diferents graus de felicitat en la seva relació. El punt mig "Feliç" representa el grau de felicitat de la majoria de relacions. Si us plau, encercleu el punt que millor representi el grau de felicitat, considerant tots els aspectes, de la vostra relació.

	Extremadament infeliç	*Força infeliç*	*Una mica infeliç*	*Feliç*	*Molt feliç*	*Totalment feliç*	*Perfecte*
	0	1	2	3	4	5	6
31.							

32. Quina de les següents frases descriu millor el que sent sobre el futur de la seva relació?

5 *Desitjo desesperadament que la meva relació tingui èxit, i faria gairebé l'impossible per aconseguir-ho*
4 *Desitjo molt que la meva relació tingui èxit, i faré tot el que pugui per aconseguir-ho*
3 *Desitjo molt que la meva relació tingui èxit, i faré el que correspongui per aconseguir-ho*
2 *Seria bonic que la meva relació tingui èxit, però no puc fer res més del que ja estic fent per mantenir la relació*
1 *Seria bonic que la meva relació tingui èxit, però refuso fer res més del que ja estic fent per mantenir la relació*
0 *La meva relació mai no funcionarà, i no hi ha res més que jo pugui fer per mantenir-la*

Traduïda al català: S. Pérez i Testor, I. Corbera, C. Costas, I. Lleonart, M. Guixer, E. Trepat i Ch. Simmons.
Aquesta escala, impresa amb permís de l'autor, procedeix de: Spanier G. B. (1976). "The Dyadic Adjustment Scale by Spanier". Journal of Marriage and the Family, 38:15-28.

Annex 3

Adaptació de l'Entrevista Semiestructurada sobre Maltractament Domèstic

Aquesta *Entrevista Semiestructurada per a Dones Maltractades* s'ha elaborat a partir de l'*Entrevista Semiestructurada sobre Maltrato Doméstico* (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta & Sauca, 1994)

Data:.....

Terapeuta:.....

DADES PERSONALS

---

1. Edat de la dona

Actual ☐☐

A l'iniciar la relació ☐☐

A l'iniciar la convivència ☐☐

Primer episodi de maltractament ☐☐

2. Edat de la parella

Actual ☐☐

3. Estat civil

1. *Soltera* ☐
2. *Convivència amb parella estable* ☐
3. *Casada* ☐
4. *Separada* ☐
5. *Divorciada* ☐
6. *Vídua* ☐
7. *En tràmits de separació* ☐

4. Amb qui convivia just abans d'acudir al Centre/Casa d'Acolliment? .....

5. Número de fills ☐☐ **Amb qui viuen, actualment?** .....

6. Número de germans ☐☐

7. Nivell d'estudis

1. *No llegeix ni escriu* ☐
2. *Llegeix i escriu* ☐
3. *Primaris incomplets* ☐
4. *Primaris complets (E.G.B.)* ☐
5. *Formació Professional (F.P.)* ☐
6. *Secundaris (B.U.P. / C.O.U)* ☐
7. *Universitaris* ☐
8. *Altres* (especificar) .....

8. Professió de la dona

.....

9. Professió de la parella

.....

10. Treball actual de la dona

1. *Sí treballa* ☐
2. *Subsidi d'atur* ☐
3. *Subsidi de malaltia* ☐
4. *No treballa i no té subsidi* ☐
5. *No treballa i es desconeix si té o no subsidi* ☐

Tipus .....

11. Treball actual de la parella

1. *Sí treballa* ☐
2. *Subsidi d'atur* ☐
3. *Subsidi de malaltia* ☐
4. *No treballa i no té subsidi* ☐
4. *No treballa i es desconeix si té o no subsidi* ☐

Tipus .....

12. Nivell socioeconòmic

1. *Molt baix* ☐
2. *Baix* ☐
3. *Mitjà baix* ☐
4. *Mitjà* ☐
5. *Mitjà alt* ☐
6. *Alt* ☐

EXPERIÈNCIA DE MALTRACTAMENT

13. Tipus d'abús experimentat

1. *Físic* ☐
2. *Psíquic* ☐
3. *Sexual* ☐

14. Primer episodi de maltractament

1.*Durant el festeig* ☐
2. *Durant l'embaràs* ☐
3. *Durant la convivència* ☐
4. *Altres* (especificar) .....

15. Durada del maltractament

1. *D'1 mes a 6 mesos* ☐
2. *De 6 mesos a 1 any* ☐
3. *D'1 any a 2 anys* ☐
4. *De 2 anys a 5 anys* ☐
5. *De 5 anys a 10 anys* ☐
6. *Més de 10 anys* ☐

16. Freqüència de l'abús en l'últim any

1. *Cada dia* ☐
2. *Cada 2 dies* ☐
3. *Cada setmana* ☐
4. *Cada 2 setmanes* ☐
5. *Cada 3 setmanes* ☐
6. *Cada mes* ☐
7. *Cada 2 mesos* ☐
8. *Cada 3 mesos o menys* ☐

17. Últim episodi de maltractament

1. *D'1 setmana a 2 setmanes* ☐
2. *De 2 setmanes a 1 mes* ☐
3. *D'1 mes a 3 mesos* ☐
4. *De 3 mesos a 6 mesos* ☐
5. *Més de 6 mesos* ☐

18. Actes comesos en l'abús

Personals

1. *Insults i amenaces* ☐
2. *Humiliació i desvaloització* ☐
3. *Cops de puny* ☐
4. *Patades* ☐
5. *Bofetades* ☐
6. *Mossegades* ☐
7. *Estrangulaments* ☐
8. *Empentes* ☐
9. *Fractures* ☐
10. *Agressions sexuals* ☐
11. *Retenció a la llar* ☐
12. *Penúries econòmiques* ☐
13. *Altres* ……

Contra els béns

1. *Trencar objectes de la casa* ☐
2. *Tirar objectes per la finestra* ☐

19. Mitjà coactiu utilitzat *(si apareix en l'entrevista)*

1. *Arma blanca* ☐
2. *Arma de foc* ☐
3. *Objecte contundent* ☐
4. *Llançament d'objectes* ☐

20. La seva parella ha maltractat als fills?

Sí ☐
No ☐

En cas afirmatiu, de quin tipus?

1. *Físic* ☐
2. *Psíquic* ☐
3. *Sexual* ☐
4. *Negligència* ☐
5. *Presenciar violència familiar* ☐

21. Freqüència de l'abús als fills en l'últim any

1. *Cada dia* ☐
2. *Cada 2 dies* ☐
3. *Cada setmana* ☐
4. *Cada 2 setmanes* ☐
5. *Cada 3 setmanes* ☐
6. *Cada mes* ☐
7. *Cada 2 mesos* ☐
8. *Cada 3 mesos o menys* ☐

22. Alguna vegada, ha perdut el control de la situació, i ha actuat violentament cap a la parella i/o els fills?

No ☐
Sí, a la parella ☐
Sí, als fills ☐

23. Denúncies

Número de denúncies ☐☐

Per iniciativa de (pròpia, amic, professional, etc.)
.....

Número de denúncies retirades ☐☐

Número de denúncies en curs ☐☐

Número de processos judicials conclosos ☐☐

24. Sortides de la llar

Número de vegades ☐☐

Llocs on ha acudit .....

Temps d'estança .....

25. Ha explicat l'abús a algú?

Sí ☐
No ☐

En cas afirmatiu, A qui? .....

Quan? .....

26. S'ha sentit recolzada per la família?

Sí ☐
No ☐

27. S'ha sentit recolzada per altres persones (externes a la família, com: amics, coneguts, institucions socials, etc.) **?**

Sí ☐
No ☐

28. Tenia amics, abans de l'experiència de maltractament?

Sí ☐
No ☐

I ara?
Sí ☐
No ☐
Més que abans ☐
Menys que abans ☐

29. En alguna ocasió ha sentit que la seva vida estava en perill?

Sí ☐
No ☐

En cas afirmatiu, quan? .....

30. Per què pensa que la seva parella la maltractava? A què ho atribueix?

1. Abús de drogues ☐
2. Abús d'alcohol ☐
3. Trastorn psiquiàtric ☐
4. Gelosia ☐
5. Problemes de tipus laboral ☐
6. Experiències de maltractament en la seva família d'origen ☐
7. Altres .....

31. Per què creu que no s'ha "separat" abans?

1. Depenia econòmicament d'ell ☐
2. Creia que privaria als fills de coses materials que necessiten ☐
3. Creia que no m'era possible estar sola (dependència afectiva) ☐
4. Tenia por a les represàlies ☐
5. Em sentia culpable ☐
6. L'estimava / N'estava enamorada ☐
7. Creia que canviaria quan m'ho prometia ☐
8. Altres .....

32. Com sent que l'experiència de maltractament l'ha afectat en la seva manera de ser?

.....

.....

ANTECEDENTS DE MALTRACTAMENT, ASSISTÈNCIA I SALUT

33. Ha patit maltractament en la seva infantesa?

Sí ☐
No ☐

En cas afirmatiu, de quin tipus?

1. *Físic* ☐
2. *Psíquic* ☐
3. *Sexual* ☐
4. *Negligència* ☐
5. *Presenciar violència familiar* ☐

Per part de qui?

1. *La meva mare* ☐
2. *El meu pare* ☐
3. *La meva madrastra* ☐
4. *El meu padrastre* ☐
5. *Els meus germans* ☐
6. *Altres familiars (avis, oncles, etc.)* ☐
7. *Altres extrafamiliars* ☐

34. Hi ha hagut experiències de maltractament en la seva família d'origen (per exemple, entre els seus pares)**?**

Sí ☐
No ☐

En cas afirmatiu, de quin tipus? .....

Per part de qui ? .....

35. Ha tingut experiències de maltractament prèvies, amb altres parelles?

Sí ☐
No ☐

En cas afirmatiu, de quin tipus? .....

36. Hi ha hagut en la seva família algun tipus de trastorn psicològic i/o psiquiàtric?

Sí ☐
No ☐

En cas afirmatiu, de quin tipus? .....

Per part de qui? .....

37. Anteriorment (a l'experiència de maltractament per part de la seva parella) **ha tingut algun tipus de trastorn psicològic?**

Sí ☐
No ☐

En cas afirmatiu, de quin tipus?

1. Abús de drogues ☐
2. Abús d'alcohol ☐
3. Intents o pensaments de suïcidi ☐
4. Depressió ☐
5. Baixa autoestima ☐
6. Ansietat ☐
7. Fòbies ☐
8. Disfuncions sexuals ☐
9. Inapetència sexual ☐
10. Problemes alimentaris ☐
11. Problemes amb el son (ex.: insomni) ☐
12. Altres .....

38. Anteriorment (a l'experiència de maltractament per part de la seva parella) **ha rebut tractament psicològic i/o psiquiàtric (farmacològic)?**

Sí ☐
No ☐

En cas afirmatiu, de quin tipus? .....

Quan va durar? .....

39. Ha tingut algun tipus de trastorn psicològic per l'experiència de maltractament per part de la seva parella?

Sí ☐
No ☐

En cas afirmatiu, de quin tipus?

1. Abús de drogues ☐
2. Abús d'alcohol ☐
3. Intents o pensaments de suïcidi ☐
4. Depressió ☐
5. Baixa autoestima ☐
6. Ansietat ☐
7. Fòbies ☐
8. Disfuncions sexuals ☐
9. Inapetència sexual ☐
10. Problemes alimentaris ☐
11. Problemes amb el son (ex.: insomni) ☐
12. Altres .....

40. Ha rebut algun tractament psicològic i/o psiquiàtric (farmacològic) per l'experiència de maltractament per part de la seva parella?

Sí ☐
No ☐

En cas afirmatiu, de quin tipus? .....

Quan va durar? .....

41. Té problemes de salut importants? *Sí* ☐ *No* ☐

En cas afirmatiu, de quin tipus? .....