TRAUMA BONDING: CONCEITOS, CAUSAS E MECANISMOS EM RELACIONAMENTOS ÍNTIMOS

ENSAIO TEÓRICO

FONSECA, Nicole de Queiroz Lima¹, OLIVEIRA, Bruno Quintino de²

FONSECA, Nicole de Queiroz Lima. OLIVEIRA, Bruno Quintino de. **Trauma bonding: conceitos, causas e mecanismos em relacionamentos íntimos.**

Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. Ano. 06, Ed. 11, Vol. 06, pp. 60-78. Novembro 2021. ISSN: 2448-0959, Link de acesso:

<https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/trauma-bonding>, DOI:

10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/trauma-bonding

*“Não te quero senão porque te quero
e de querer-te a não querer-te chego
e de esperar-te quando não te espero
passa meu coração do frio ao fogo.
Quero-te apenas porque a ti eu quero,
a ti odeio sem fim e, odiando-te, te suplico,
e a medida do meu amor viajante
é não ver-te e amar-te como um ego...”*
(PABLO NERUDA – SONETO LXVI).

¹ Discente de Psicologia. ORCID: 0000-0003-1739-9532

² Doutorando em Teoria Psicanalítica – UFRJ, Mestre em Psicologia Clínica – PUC RJ, Especialista em Saúde Mental - HU/UFJF, Graduação em Psicologia – UFF. ORCID: 0000-0002-7956-7899

RESUMO

Quando, após incidente violento, fortes vínculos emocionais são estabelecidos, de modo a conectar duas pessoas, tem-se a instalação de um trauma denominado pela literatura como trauma *bonding*. Trata-se de uma dependência emocional entre duas pessoas, em um relacionamento caracterizado por períodos de abuso, violência e desequilíbrio de poder, com vínculos de intensa conexão, distorção cognitiva e estratégias comportamentais de ambos os indivíduos que, paradoxalmente, fortalecem e mantêm o vínculo, o que se reflete no ciclo vicioso da violência. Contudo, constata-se a falta de literatura e pesquisa científica acerca da temática no Brasil, que ressalta a necessidade de um estudo apurado e profundo, uma vez que as causas e efeitos do trauma *bonding* ainda não são exatamente claros, o que torna o entendimento e tratamento dos indivíduos, bem como sua recuperação, um processo lento e doloroso. Deste modo, esta pesquisa orienta-se pelo questionamento: o que é trauma *bonding* e quais são seus mecanismos? Assim, definiu-se como objetivo geral analisar o trauma *bonding* em relacionamentos amorosos, no intuito de dar luz aos processos neuropsicobiológicos do trauma gerado em relacionamentos íntimos e investigar as razões pelas quais as vítimas permanecem em relacionamentos patológicos, abordaremos, também, o funcionamento da Síndrome de Estocolmo e do estresse pós-traumático em vítimas de abuso em relacionamentos amorosos como fatores geradores do trauma *bonding*. Para contextualização, problematização e validação do quadro teórico utilizado na investigação empreendida, a metodologia utilizada foi a revisão de literatura ou revisão bibliográfica, a partir da leitura, seleção e análise de textos de diferentes gêneros, como fichamentos, resenhas e artigos científicos relacionados ao assunto e que foram publicados em revistas e jornais da área. Concluiu-se que diversos fatores emocionais e neuropsicobiológicos apresentam-se como a causa para que o trauma *bonding* se estabeleça dentro de uma relação.

Palavras-chave: Trauma, Trauma *bonding*, Estresse pós-traumático, Síndrome de Estocolmo, Violência em relacionamentos íntimos.

RC: 100988

Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/trauma-bonding>

1. INTRODUÇÃO

Esta pesquisa tem o intuito de analisar o trauma *bonding*, em relacionamentos íntimos em que há determinado padrão de comportamento pautado por abuso por parte de um dos parceiros. Muito se fala do abuso psicológico e sexual dentro de relações afetivas e os efeitos que estes causam, no entanto, os objetivos principais desta pesquisa são de duas naturezas distintas e interligadas: a) dar luz aos processos neuropsicobiológicos do trauma gerado em relacionamentos íntimos; e b) investigar as razões pelas quais as vítimas permanecem em relacionamentos patológicos.

A falta de literatura e pesquisa científica nesta área no Brasil traz à tona a necessidade de um estudo apurado e profundo, visto que as causas e efeitos do trauma *bonding* ainda não são exatamente claros, o que torna o entendimento e tratamento dos indivíduos, bem como sua recuperação, um processo lento e doloroso. Pessoas vítimas de trauma precisam aprender a criar relacionamentos que não sejam baseados em medo e abuso de poder, mesmo que tal abuso de poder seja percebido como natural e certo (BLOOM, 1999).

No senso comum, há a ideia difundida de que pessoas que permanecem em relacionamentos considerados abusivos o fazem unicamente motivadas por questões de dependência financeira, social, baixa autoestima e/ou dependência psicológica. Embora tais aspectos possam ser pertinentes, estudos indicam que o trauma *bonding* é o que, de fato, mantém os sujeitos dentro de situações precárias em seus relacionamentos amorosos. Em sua obra “*The Betrayal Bond*”, Carnes (2019) explica que:

Trauma *bonds* são formas disfuncionais de ligação que ocorrem na presença de perigo, vergonha e abuso. Esses relacionamentos são bem diferentes das ligações que ocorrem naturalmente quando experimentamos um evento traumático com outras pessoas e o resultado geralmente é uma união ou estreitamento de uma ligação como método de sobrevivência. Trauma *bonds*, por outro lado, acontecem quando nos apegamos à exata pessoa que é a fonte do medo, vergonha e abuso. Este tipo de ligação não facilita a recuperação e resiliência, sabotando tais qualidades em nós, e

frequentemente deixam um impacto a longo prazo, geralmente envolvendo sedução e traição[3]. (CARNES, 2019, p. 121).

Traumatic (ou trauma) *bondings* são criados quando fortes vínculos emocionais são estabelecidos para conectar duas pessoas, após um incidente em que uma pessoa agride, expressa comportamentos violentos, é abusiva, intimidadora e ameaçadora. Trata-se de uma dependência emocional entre duas pessoas, em um relacionamento caracterizado por períodos de abuso, violência e desequilíbrio de poder. A raiz desse laço é marcada pelos sentimentos de intensa conexão, distorção cognitiva e estratégias comportamentais de ambos os indivíduos que, paradoxalmente, fortalecem e mantêm o vínculo, o que se reflete no ciclo vicioso da violência (DEYOUNG; LOWRY, 1992).

Do ponto de vista fisiológico, pode-se dizer que o cérebro humano, em toda a sua complexidade, é acionado durante o processo psicossocial de geração do trauma *bonding*. Autores como Van Der Kolk (1989, 1991, 1994, 2001), Simonič e Osewska (2019), Fisher (2010) e Bloom (1999) postulam estudos que mostram indícios de que pessoas vítimas de abuso frequente ou prolongado, assim como trauma na infância, têm mais propensão a se envolverem em relacionamentos com trauma *bonding*, por conta de um mecanismo recompensa do organismo, que busca a repetição de certas sensações geradas pela descarga de endorfinas após o fim da situação de crise.

Segundo. Bloom (1999), em sua obra “*Trauma Theory Abbreviated*”, tal mecanismo funciona de forma semelhante ao que ocorre em organismos de pessoas dependentes de substâncias entorpecentes:

[...]essas substâncias mágicas chamadas endorfinas são parte do funcionamento normal e corriqueiro, mas elas são especialmente importantes em momentos de estresse. Novamente, se olharmos para a evolução, faz sentido. Endorfinas não apenas acalmam a ansiedade, melhoram nosso humor e diminuem a agressividade, mas também são ótimos analgésicos já que são relacionados com a morfina e a heroína. Portanto, em tempos de estresse, elas propiciam alívio para a dor o suficiente para que não sejamos incapacitados por ferimentos que poderiam nos impedir de escapar do perigo. Se as pessoas são expostas a raros episódios de intenso estresse, elas possuem menos chances de mostrarem quaisquer mudanças em seu sistema

bioquímico. O problema reside nas pessoas que são expostas repetidamente a experiências de estresse prolongado. Tais pessoas, geralmente crianças, são expostas a altos níveis de endorfinas frequentemente. Uma hipótese é a de que os indivíduos podem se tornar 'viciados' em suas próprias endorfinas e, como resultado, só se sentem calmas quando estão sob stress, com medo, irritáveis e hiper excitadas quando o estresse é aliviado, bastante similar a pessoas em abstinência de heroína. Isso é chamado de 'vício em trauma'[4]. (BLOOM, 1999, p. 9).

Diversos hormônios gerados no organismo humano estão envolvidos no chamado "vício em trauma" que fortalece ou induz ao vínculo com o abusador, como a ocitocina – que causa as ligações e afetividade; os opioides endógenos, responsáveis pelo prazer, a dor, a abstinência e dependência; o fator de liberação de corticotropina, causando abstinência e stress; a dopamina – gerando a ânsia, o desejo, a busca. Com tantos fatores neuroquímicos em estados desregulados, é extremamente difícil para o sujeito modular suas emoções e tomar decisões (BURKETT; YOUNG, 2012).

Outros hormônios influenciam a reação (ou a falta desta) na pessoa diante de uma situação de violência e/ou permanência dos indivíduos em um relacionamento abusivo. A percepção de que a punição é iminente ativa dois mecanismos cerebrais no sujeito: um que inibe o comportamento anterior, que supostamente gerou o motivo para a punição; e o outro, que aumenta os níveis de excitação diante da situação violenta gerada. O sistema nervoso central, nesta circunstância, ativa os gatilhos para emergências e gera as respostas comportamentais e cognitivas do sujeito, para se proteger de um possível ataque (BURKETT; YOUNG, 2012).

Vários estudos mostram que antagonistas serotoninérgicos aumentam a agressividade em resposta ao estresse e a hiper-reatividade em resposta a estímulos, mas a supressão de comportamentos causada pela punição é revertida pelos bloqueadores de serotonina (VAN DER KOLK; SAPORTA, 1991), o que gera a hipótese de que a baixa nos níveis serotoninérgicos em vítimas de trauma e estresse pós-traumático é responsável pela continuação das respostas de emergência a estímulos menores, mesmo quando a causa do trauma é cessada.

Van Der Kolk e Saporta (1991) também explicitam que a gravidade dos casos de estresse pós-traumático está relacionada com os níveis de cortisol no organismo do sujeito, o que sustenta a hipótese de que há um aumento crônico de cortisol nos indivíduos acometidos pelo estresse pós-traumático.

O termo “Síndrome de Estocolmo” foi cunhado em 1973, após o evento de um assalto a um banco em Estocolmo, Suécia, onde os criminosos e os reféns permaneceram confinados por seis dias (MARTIN, 2005). Há relatos de que nestes seis dias, as vítimas desenvolveram empatia, afeto e cumplicidade para com seus sequestradores. Por entender-se que se tratava de uma ligação entre abusador e vítima, tal relação pareceu estranha aos olhares mais atentos, e o psiquiatra e criminologista Nils Bejerot batizou este fenômeno de Síndrome de Estocolmo.

Investigando outras experiências ao longo da história da saúde mental no Ocidente, percebeu-se que tal fenômeno era especialmente comum em alguns cultos religiosos, nas relações com eventuais prisioneiros de guerra, em relações familiares com casos de crianças vítimas de abuso ou incesto, dentre outros grupos. Identificou-se ainda que tal síndrome também é desenvolvida em relacionamentos amorosos, em que a vítima acaba por criar uma ligação traumática com seu abusador (GEORGE, 2015).

Segundo Graham et al. (1995), há quatro precursores da Síndrome de Estocolmo: a) a sensação de risco de vida; b) gentileza aparente; c) isolamento; e d) a aparente inabilidade de escapar da situação.

A Síndrome de Estocolmo, então, trata-se de um mecanismo de defesa para que o indivíduo consiga lidar com tais fatores, o que pode incluir distorções cognitivas e de percepção da realidade (GEORGE, 2015)

Tais distorções também são chamadas de dissonâncias cognitivas, por Leon Festinger, em sua obra “*A Theory Of Cognitive Dissonance*” (1957). Para o autor, essas dissonâncias existem quando há um conflito ou incongruência entre crenças distintas, ou quando o sujeito é confrontado com informações que refutam suas

crenças anteriores. A dissonância cognitiva cria um estado psicológico desconfortável, o que motiva a criação de mecanismos cerebrais na forma de estratégias para a redução do desconforto.

Aplicando tal teoria a um relacionamento abusivo, a vítima acaba por criar elaborações particulares ou mesmo justificativas para o comportamento de seu parceiro, visto que sua crença principal é a de que ela não está sendo abusada. Mesmo diante de fatos e evidências, a vítima se vê incapaz de refutar sua dissonância cognitiva. Diante do quadro exposto, podemos perceber que permanecer em um relacionamento abusivo não se trata de uma questão puramente psicológica ou social. A identificação da ocorrência de trauma na infância e no decorrer da vida é fundamental para compreender como os padrões neurológicos e os laços traumáticos se formam a partir do trauma e se mantêm ao longo da vida (GEORGE, 2015).

Indivíduos que são submetidos a altos níveis de estresse e cortisol desde a infância, por abuso familiar, abandono, incesto, dentre outras situações violentas, acabam por procurar inconscientemente ou se sentirem atraídos por pessoas que tendem a comportamentos considerados abusivos que podem fornecer o conflito e a sensação de medo, vergonha e abuso aos quais estão acostumados e que seus cérebros necessitam para modular os níveis hormonais (BLOOM, 1999).

As reações psicológicas e orgânicas enfrentadas por sujeitos que, em algum momento da vida, decidem deixar relacionamentos considerados abusivos são semelhantes às que adictos de substâncias entorpecentes em abstinência experimentam, o que traz fortes indícios da presença de mecanismo que relaciona a produção hormonal humana com o trauma *bonding* (BLOOM, 1999).

A partir da presente exposição, defende-se a relevância deste estudo, que visa investigar tal dinâmica para que os indivíduos reféns dessas ligações possam, de fato, se recuperar efetivamente dos traumas – passados e presentes – e assim, evitar que o ciclo se repita no futuro.

A necessidade de aprofundar a compreensão do conceito de trauma *bonding* para o acolhimento e tratamento dos indivíduos, bem como compreender seu funcionamento biopsicossocial e efeitos a curto e longo prazo, tornam a pesquisa deste tema de importância clínica, teórica, social e política.

A violência, física e emocional, em relacionamentos íntimos, é um fenômeno abrangente e prejudicial, que ocorre em toda a sociedade, sem a diferenciação de gênero, afetando homens, mulheres, pessoas intersexo e de outras identidades de gênero, tendo como consequência diversos problemas de ordem psicológica, social e até mesmo física.

Compreender os aspectos neuropsicológicos no trauma *bonding* e no "vício em trauma" é uma tarefa de suma importância, pois, a partir de tais competências, será possível a criação de estratégias clínicas de intervenção nesses tipos de caso. Como apontamento inicial para a construção futura de um protocolo clínico, compreende-se que a estabilidade fisiológica, segundo Bloom (1999), não poderá ser alcançada enquanto o indivíduo estiver em uma constante montanha-russa de estímulos e respostas.

Por estes motivos, esta pesquisa busca trazer à tona uma nova perspectiva sobre relacionamentos abusivos e a permanência dos sujeitos nestas situações, uma vez que a carência de estudos e publicações científicas no Brasil podem tornar as abordagens à situação ultrapassadas ou defasadas.

Esta pesquisa, orienta-se pelo seguinte questionamento norteador: o que é trauma *bonding* e quais são seus mecanismos? Destarte, tem-se como objetivo geral deste trabalho, analisar o trauma *bonding* em relacionamentos amorosos, no intuito de dar luz aos processos neuropsicobiológicos do trauma gerado em relacionamentos íntimos e investigar as razões pelas quais as vítimas permanecem em relacionamentos patológicos. Especificamente, pretende-se: a) Explicar o que é trauma *bonding* e como este ocorre em uma relação abusiva; b) Analisar a razão de determinado perfil de vítimas de abuso permanecerem nesses relacionamentos; e c)

Explicitar o funcionamento da Síndrome de Estocolmo e do estresse pós-traumático em vítimas de abuso em relacionamentos amorosos como fatores geradores do trauma *bonding*.

A metodologia utilizada neste estudo é a revisão de literatura ou revisão bibliográfica. Esse tipo de metodologia possui como propósitos a construção de uma contextualização para o problema, bem como a análise das possibilidades presentes na literatura consultada para a concepção do referencial teórico da pesquisa.

Para isso, foram feitas leituras de textos de diferentes gêneros, como fichamentos, resenhas e artigos científicos relacionados ao assunto e que foram publicados em revistas e jornais da área. Em seguida, o material coletado pelo levantamento bibliográfico foi organizado e analisado. Essa análise colaborou para a contextualização, problematização e validação do quadro teórico utilizado na investigação empreendida.

2. VIOLÊNCIA E RELACIONAMENTOS ÍNTIMOS

O que leva alguém a submeter a pessoa que diz amar, à violência? As razões podem variar, como, por exemplo, o abuso de substâncias entorpecentes; condições neurológicas prévias, que podem impactar o comportamento; transtornos de personalidade, como o Transtorno de Personalidade Antissocial; Transtorno de Personalidade Borderline; e o Transtorno de Personalidade Narcisista.

Por mais que os motivos possam ser diversos, o resultado é geralmente o mesmo: a vítima é quem sofre as consequências do abuso. Por vezes, esses parceiros não vão conseguir sair de tais relacionamentos. A família, os amigos e os que cercam essas vítimas podem dizer-lhes para terminar o relacionamento e sair da situação de sofrimento, apelando para a lógica; porém, o funcionamento natural do cérebro pode impedir que isso aconteça.

Pessoas vítimas de trauma acabam por se expor, de forma aparentemente compulsiva, a situações que remetem ao trauma original. Estes comportamentos

que reativam o trauma raramente são conscientemente entendidos como algo relacionado a experiências ocorridas no início de suas vidas. De acordo com Van Der Kolk (1989), humanos são seres que dependem do suporte social para criarem um senso de significado pessoal, segurança, poder e controle. Até mesmo nossa maturação biológica é influenciada por como os laços são formados desde a infância. O trauma ocorre quando, tanto interna quanto externamente, o sujeito não possui as ferramentas adequadas para lidar com ameaças externas.

A maturidade física e emocional, bem como variações fisiológicas inatas no processo de reagir e perceber o perigo, são fundamentais na capacidade do indivíduo de lidar com ameaças externas. A presença de cuidadores que proporcionem segurança é de suma importância para a modulação da excitação fisiológica em crianças, bem como sua ausência pode fazê-las experimentar altos e baixos nesta excitação, que são fisiologicamente aversivos e desorganizadores. A figura do cuidador em quem a criança pode contar para lidar com situações para as quais não está preparada é fundamental para que ela desenvolva recursos biológicos para enfrentar ameaças ao longo da vida (VAN DER KOLK, 1989).

Segundo Van Der Kolk (1989), quando as pessoas que deveriam ser a fonte de proteção e nutrição física e emocional tornam-se a fonte do perigo do qual a criança deveria estar protegida, elas tendem a se readaptar e estabelecer um significado interno de segurança. Ao invés de se voltarem contra seus cuidadores e perder as esperanças de obterem qualquer tipo de proteção, elas se culpam e se tornam medrosas, extremamente apegadas, ansiosas e obedientes.

A vulnerabilidade da pessoa vítima de trauma no início da vida a torna propensa a experimentar o trauma, novamente, na vida adulta, visto que se torna suscetível a tal acontecimento, por sua estrutura cognitiva alterada desde a infância. Para Van der Kolk (1989, p. 391), “pessoas que são expostas a violência e negligência na infância passam a esperá-las como parte da vida[5].” É neste contexto que o trauma *bonding* torna-se propenso a se instalar.

As mudanças neurobiológicas que ocorrem nas vítimas de abuso parecem ser semelhantes às da fase de separação de um relacionamento não abusivo (FISHER et al., 2010). Vítimas de violência em relacionamentos íntimos são diferentes de outras vítimas de violência, por estarem em relação próxima ao agressor. Por isso, este tipo de violência é acompanhado de uma dinâmica emocional particular, baseado no apego entre vítima de agressor (SIMONIČ; OSEWSKA, 2019).

Quando qualquer um de nós se apaixona e se conecta com alguém novo, a neuroquímica do sistema de recompensas responde, para estabelecer esse vínculo. Em circunstâncias de abuso, o cérebro tem o mesmo apego que qualquer pessoa teria por alguém que ama. No entanto, para as vítimas de abuso, a pessoa amada não é segura e o relacionamento não é estável (BURKETT; YOUNG, 2012).

O que acontece neurobiologicamente em um relacionamento composto por trauma *bonding* não é muito diferente do que acontece em um relacionamento saudável. A principal diferença é que, dado que o cérebro humano é extremamente sensível ao que está acontecendo no ambiente em torno, ele libera substâncias químicas em resposta aos comportamentos abusivos do parceiro. Se ele se afastar ou se comportar de forma agressiva, haverá, no cérebro da pessoa com histórico de trauma e que está vivendo um relacionamento abusivo, uma reação diferenciada, que alguém sem histórico de trauma e que esteja em um "relacionamento normal" não experimentaria. Isso também é verdadeiro na neuroquímica cerebral, com opioides endógenos, dopamina e o fator de liberação de corticotrofina. (BURKETT; YOUNG, 2012).

2.1 ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Van der Kolk (1994) explica, em sua obra *"The Body Keeps Score: Memory and the evolving psychobiology of post-traumatic stress"*, que:

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático se desenvolve após a exposição a eventos muito angustiantes. O estresse intenso é acompanhado pela liberação de neuro-hormônios endógenos que respondem ao estresse, como cortisol, epinefrina e norepinefrina, vasopressina, ocitocina e opioides

RC: 100988

Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/trauma-bonding>

endógenos. Esses hormônios ajudam o organismo a mobilizar a energia necessária para lidar com o estresse, desde o aumento da liberação de glicose até o aprimoramento da função imunológica. Em um organismo que funciona bem, o estresse produz respostas hormonais rápidas e pronunciadas. No entanto, o estresse crônico e persistente inibe a eficácia da resposta ao estresse e induz dessensibilização[6]. (VAN DER KOLK, 1994, p. 4).

O Estresse Pós-Traumático pode ser identificado através de cinco categorias de sintomas, são elas: lembranças intrusivas angustiantes, recorrentes e involuntárias do evento traumático; sonhos angustiantes recorrentes, nos quais o conteúdo e/ou o sentimento dos sonhos estão relacionados ao evento traumático; reações dissociativas (por exemplo, *flashbacks*) nas quais o indivíduo sente ou age como se o evento traumático estivesse ocorrendo novamente; sofrimento psicológico intenso ou prolongado ante a exposição a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático; reações fisiológicas intensas a sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem a algum aspecto do evento traumático (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014).

Tais sintomas causam altos níveis de confusão e angústia para os sobreviventes, que não entendem como, de repente, ficaram tão fora de controle em suas próprias mentes e corpos. Raiva ou lágrimas inesperadas, falta de ar, aumento da frequência cardíaca, tremores, perda de memória, problemas de concentração, insônia, pesadelos e entorpecimento emocional podem sequestrar uma identidade e uma vida.

De acordo com, Van der Kolk (2001), após o trauma, o cérebro humano passa por mudanças biológicas que não teria experimentado se não tivesse ocorrido trauma. O impacto dessas mudanças é especialmente exacerbado por três principais desregulações da função cerebral:

a) **Amígdala superestimulada:** Após o trauma, há a tendência do indivíduo de experienciar emoções como um estado físico, ao invés de experiências codificadas verbalmente.

b) **Hipocampo diminuído:** Um aumento no hormônio do estresse cortisol, tóxico ao hipocampo, faz com que este reduza de tamanho, sugerindo perda de massa celular. Isso o torna menos eficaz em fazer conexões sinápticas necessárias para a consolidação da memória. Essa interrupção mantém o corpo e a mente estimulados no modo reativo, pois nenhum dos elementos recebe a mensagem de que a ameaça se transformou no tempo passado.

c) **Lateralização:** Van der Kolk (2001) relata, em seu estudo, que há a tendência de uma lateralização para o hemisfério direito do cérebro, responsável por avaliar a importância emocional das informações recebidas e pela regulação autonômica e hormonal das respostas a estes estímulos. Ou seja, o hemisfério direito do cérebro se encontra hiper ativado, e, em contrapartida, a área de Broca – parte do hemisfério esquerdo responsável por traduzir experiências pessoais em comunicação verbal – tem um decréscimo de utilização de oxigênio diante da exposição às lembranças do evento traumático.

Diante do exposto, nota-se que a memória do evento traumático, para o cérebro, é como se o indivíduo estivesse vivendo a situação novamente, e ele pode ver, ouvir e sentir os elementos sensoriais associados ao trauma. Há também prejuízo fisiológico, ao tentar expor a experiência traumática utilizando comunicação verbal, bem como dissociação dos sentimentos (VAN DER KOLK, 2001).

Com base na psicobiologia do trauma, nota-se que o funcionamento cerebral do indivíduo o impede de perceber um relacionamento abusivo como tal, já que seu cérebro e corpo estão acostumados com o estresse e a negligência, bem como a ansiedade e o medo, que também são causados por tais relações (VAN DER KOLK, 1989).

2.2 SÍNDROME DE ESTOCOLMO

Graham et al. (1995) desenvolveram a teoria da Síndrome de Estocolmo, especificamente ligada à violência praticada em um relacionamento íntimo, com

base na psicologia e no comportamento de grupos como membros de culto, prisioneiros de campos de concentração, civis mantidos em prisões Comunistas Chinesas, prisioneiros de guerra, crianças vítimas de abuso, vítimas de incesto e prostitutas que possuíam cafetões. Ela argumenta que quatro precursores são necessários para o desenvolvimento da Síndrome de Estocolmo: percepção de ameaça à sobrevivência, percepção de bondade, isolamento e percepção da incapacidade de escapar.

A Síndrome de Estocolmo representa um mecanismo de defesa para lidar com esses fatores, incluindo distorções cognitivas e perceptivas. Sessenta e seis itens foram listados por Graham (comportamentos, atitudes e crenças) como estando ligados à Síndrome. Com base nesses itens, Graham desenvolveu uma escala de 49 itens para medir a Síndrome de Estocolmo nos relacionamentos (GEORGE, 2015).

Na escala original, Graham et al. (1995) descobriu que os itens estavam amplamente representados por três categorias: Síndrome de Estocolmo central, dano psicológico e dependência amorosa.

A Síndrome de Estocolmo central continha aspectos centrais da teoria da Síndrome de Estocolmo e descrevia distorções cognitivas e traumas interpessoais. Estes incluíam racionalizar ou minimizar o comportamento violento de um parceiro, comportamento de autoacusação diante de falhas ou comportamentos do parceiro e a identificação do amor no contexto de medo.

O dano psicológico capturou depressão, baixa autoestima e dificuldades interpessoais.

A dependência amorosa era tipificada por uma forte crença de que a própria sobrevivência dependia do afeto de um parceiro, da idolatria extrema e da crença de que sem o parceiro não haveria nada para viver (GEORGE, 2015).

O amor romântico pode ser considerado um vício, pois demonstra características de vício, como: a atenção intensamente focada do sujeito em um objeto (no caso, indivíduo) preferido, mudanças de humor repentinas e descontextualizadas, desejo intenso e incontrolável, obsessão por um objeto/indivíduo, compulsão, distorção da realidade, dependência emocional, mudanças de personalidade, assumir altos riscos para realizar os desejos ligados àquele objeto/indivíduo, e a perda de autocontrole diante do próprio desejo. O amor romântico tende a ser uma forma construtiva de vício quando é correspondido, mas pode tornar-se uma adicção destrutiva, quando rejeitado (FISHER et al., 2010).

Com tal dinâmica no ciclo da violência, amor e rejeição, cria-se uma forma específica de conexão entre os dois parceiros, que se baseia, principalmente, na dinâmica emocional e na interconexão, pela qual a vítima, apesar de seu reconhecimento racional da violência, sente intimamente que não é capaz de simplesmente abandonar o parceiro abusivo que, por sua vez, não muda seu padrão de comportamento. Em vez de terminar a relação (e mesmo que o faça, retorna depois de um tempo), a vítima acaba por reforçar o seu vínculo com o agressor. Desta forma, a complexidade da relação abusiva se aprofunda e o ciclo de violência se repete (SIMONIČ; OSEWSKA, 2019).

Dutton e Painter (1981, 1993) descreveram esse tipo de vínculo como *traumatic bonding*, oferecendo uma descrição mais ampla da dinâmica de resposta da vítima e do perpetrador, com padrões previsíveis e imprevisíveis de violência e respostas a esta.

2.3 TRAUMA BONDING

O trauma *bonding* é o apego a uma relação abusiva e seu resultado é um vínculo afetivo traumático, criado no ciclo de violência, que ocorre sem que o indivíduo perceba. As vítimas podem ignorar os sinais sutis de abuso quando o relacionamento ainda está no início e não estão cientes do abuso emocional iminente; porém, conforme o relacionamento se prolonga e os laços se aprofundam,

tende a ficar mais nítido o padrão de comportamento violento e abusivo de uma das partes da relação, diante da outra (DUTTON; PAINTER, 1993).

Geralmente, no início dos relacionamentos abusivos, os episódios de abuso são leves e o padrão de violência ainda não é claro. Além disso, o agressor diz se arrepender e pede desculpas, e a vítima as aceita, o que reforça o vínculo emocional. (DUTTON; PAINTER, 1993). Esta fase pode ser apenas uma etapa curta inicial do relacionamento abusivo ou durar longos períodos até que se entre em uma nova fase do ciclo da violência.

Dando continuidade ao relacionamento de natureza abusiva, segue-se a trajetória do ciclo da violência e a nova fase é caracterizada pelo aumento do abuso. A vítima pode passar a acreditar que algo está errado com ela e que ela é responsável por mudar algo em si mesma, o que impediria a violência. São desencadeadas reações cognitivas como autoacusação, culpa, introjeção, transferência da responsabilidade pelo abuso para si mesma, e não para o agressor, configurando uma representação dos acontecimentos e mesmo uma autorrepresentação distorcidas. Essa noção distorcida pode servir, temporariamente, como uma justificativa social para lidar com o abuso e uma explicação racional para este, porém, ao levar a vítima a continuar no relacionamento, tal postura contribui para a incapacidade da vítima de encerrar definitivamente o ciclo da violência (DUTTON; PAINTER, 1981).

Duas características das relações violentas contribuem para a formação do trauma *bonding* na relação íntima: o desequilíbrio de poder e a eventual intermitência da violência ou, em outras palavras, o ciclo de violência intercalado com a fase da “lua de mel”. O desequilíbrio de poder ocorre quando um indivíduo, que desempenha um papel subordinado, desenvolve uma baixa autoestima, reduz sua autoeficácia e torna-se mais dependente do parceiro violento, ou seja, a pessoa em posição dominante (DUTTON; PAINTER, 1993).

Uma estrutura social patriarcal, caracterizada por papéis estereotipados de gênero, também pode contribuir para isso. Se o parceiro na posição dominante é abusivo, a

vítima acaba por ficar emocional e existencialmente presa. Isso cria um sentimento de desamparo no sujeito e fortalece o apego, pois a vítima, que se vê como fraca, internaliza a percepção negativa do agressor sobre ela, tornando-a ainda mais dependente e impotente, o que cria um forte vínculo afetivo com a pessoa quem é vista como mais forte (SIMONIČ; OSEWSKA, 2019).

A dependência da pessoa percebida como mais frágil esconde, na verdade, a dependência e a impotência do agressor, pois este também depende da vítima. Por esse motivo, o agressor interrompe, temporariamente, o comportamento violento, por medo de ter passado dos limites e da vítima deixá-lo. A ansiedade que surge no agressor leva a um comportamento de apaziguamento, com a interrupção da violência física e verbal, mas geralmente ainda conservando a manipulação psicológica. Dessa forma, o agressor tenta manter a vítima ao seu lado, quando confrontado com a possibilidade de ser abandonado. Usando de base a teoria do apego, que examina os relacionamentos íntimos entre adultos como relações de apego, a ansiedade que acompanha a possibilidade de perder a pessoa a quem está apegado é a base de tal relacionamento patológico (DUTTON; WHITE, 2012).

Segundo Johnson (2008), as necessidades de apego em uma relação são saudáveis, mas, no caso do relacionamento abusivo, o problema surge quando tais necessidades são criadas num contexto de incerteza, gerado pelo conflito. A segurança nos relacionamentos ajuda as pessoas a regularem suas emoções, processarem informações e se comunicarem com clareza. Aqueles que possuem laços saudáveis podem admitir abertamente suas inseguranças e recorrer ao outro em busca de apoio, recebendo acolhimento e uma resposta adequada à situação.

A violência, entretanto, é uma forma disfuncional de manter-se próximo à pessoa a quem se apegamos quando a necessidade de criar laços é despertada. A vítima torna-se ansiosa, o que torna difícil para ela deixar o relacionamento, assim como seu agressor, que deseja manter o controle sobre a vítima, para que ela não o abandone (FINKEL; SLOTTER, 2007).

Nesse caso, ocorre um paradoxo: a violência aumenta a angústia da vítima, que deseja escapar, ao mesmo tempo em que levanta a necessidade de laços que poderiam regular tal angústia, que ela busca em pessoas que considera mais fortes que ela. Assim, o agressor passa a ser fonte de medo e, ao mesmo tempo, de proteção. O vínculo traumático é, portanto, uma fonte de trauma, assim como um vínculo que fornece segurança (SIMONIČ; OSEWSKA, 2019).

Dinâmicas semelhantes estão presentes na Síndrome de Estocolmo, no qual a vítima desenvolve um forte vínculo emocional com o agressor. Tal síndrome, baseada em distorções cognitivas e de percepção e no apego, é, neste contexto, um mecanismo de defesa para lidar com tais fatores.

O trauma *bonding* é formado e mantido, também, devido a uma atividade particular no nível orgânico de ambos os parceiros em uma relação abusiva, caracterizada pela desregulação na secreção de dopamina, opioides endógenos, corticotrofina e ocitocina, hormônios que contribuem para o "vício no trauma". (BURKETT; YOUNG, 2012).

A ocitocina provoca uma resposta neurológica muito poderosa, que promove a criação de laços e a construção da confiança com o parceiro. O apego e a conexão entre a vítima e o agressor são iguais aos de todos os outros relacionamentos: reforçados pelo excesso de ocitocina.

A dopamina estimula o desejo, a busca e a sede pelo outro.

Os opioides endógenos estão associados à regulação da proporção do prazer e da dor, da abstinência e da dependência.

A liberação de corticotrofina está associada à percepção de situações estressantes e reações ao estresse. Em caso de violência, processos neuroquímicos intensos normalmente são ativados. O problema é que tais processos neurobiológicos, que ativam o apego para apaziguar o estresse, ocorrem em relações tóxicas e prejudiciais, que são também uma fonte de estresse, o que torna esses processos

desregulados e faz com que a vítima se torne cada vez mais dependente do agressor, causando um círculo vicioso, tal como o ciclo da violência doméstica (FISHER et al., 2010).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, o questionamento central feito no início desta pesquisa sobre a definição de trauma *bonding* e quais seus mecanismos, foi contemplado de maneira que é possível inferir que diversos fatores emocionais e neuropsicobiológicos apresentam-se como a causa para que o trauma *bonding* se estabeleça dentro de uma relação, e, entender estas variáveis torna-se fundamental, tanto para a elaboração terapêutica do vínculo traumático, quanto para o processo de tratamento das vítimas e mudança de seus padrões dissonantes e nocivos.

Outrossim, sabe-se que o aumento da vulnerabilidade para a formação de trauma *bonding* em um relacionamento amoroso está ligada a indivíduos com histórico de abuso e violência na infância.

Tais experiências no início da vida interrompem o processo natural de criação de laços saudáveis e alteram a estrutura cerebral do sujeito, causando uma maior susceptibilidade para se envolver em um relacionamento abusivo, tanto por fatores internos e hormonais quanto por fatores externos, que lhe dão um menor aparato para lidar com a percepção de perigo e a formação de vínculos positivos, lhe fazendo ter a sensação de incapacidade de deixar a relação.

Os esquemas interpessoais em indivíduos adultos com histórico de abuso tendem a ser negativos e instáveis, em diferentes relacionamentos. Esses esquemas podem motivar um comportamento que aumenta a probabilidade de revitimização.

Destarte, compreende-se que o objetivo geral proposto: analisar o trauma *bonding* em relacionamentos amorosos, no intuito de dar luz aos processos neuropsicobiológicos do trauma gerado em relacionamentos íntimos e investigar as

razões pelas quais as vítimas permanecem em relacionamentos patológicos foi claramente contemplado.

Ademais, diante de todo composto teórico que se fez, acredita-se que este estudo possui significativa importância ao trazer à baila alguns aspectos referentes ao trauma *bonding*, sem, contudo, esgotar o tema. Assim, intenciona-se que este artigo seja a base para que novos estudos sejam desenvolvidos sobre esse instituto contribuindo de forma positiva com a disseminação de conhecimento.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BLOOM, Sandra L. **Trauma theory abbreviated**. [s.l.: s.n.], 1999. Disponível em: <https://strengthcounselling.ca/wp-content/uploads/2018/05/trauma-theory-abbreviated.pdf>. Acesso em: 15 abr. 2021.

BURKETT, James P.; YOUNG, Larry J. The behavioral, anatomical and pharmacological parallels between social attachment, love and addiction. **Psychopharmacology**, v. 224, n. 1, p. 1–26, 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3469771/>. Acesso em: 15 dez. 2020.

CARNES, Patrick J. Betrayal Bond : Breaking Free of Exploitive Relationships. [s.l.]: **Health Communications**, Incorporated, 2019.

DEYOUNG, M.; LOWRY, JA. Traumatic bonding: clinical implications in incest. **Child Welfare**, 1992 Mar-Apr;71(2):165-175.

DUTTON, Donald; PAINTER, S. L. Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. **Victimology**, 6, 139–155, 1981.

DUTTON, Donald G.; PAINTER, Susan. Emotional Attachments in Abusive Relationships: A Test of Traumatic Bonding Theory. **Violence and Victims**. v. 8, n. 2, p. 105–120, 1993.

DUTTON, Donald G.; WHITE, Katherine R. Attachment insecurity and intimate partner violence. **Aggression and Violent Behavior**, v. 17, n. 5, p. 475–481, 2012.

FESTINGER, Leon. Cognitive Dissonance. **Scientific American**, v. 207, n. 4, p. 93–106, 1962.

FISHER, Helen E.; et al. Reward, Addiction, and Emotion Regulation Systems Associated With Rejection in Love. **Journal of Neurophysiology**, v. 104, n. 1, p. 51–60, 2010.

GEORGE, Vera. **Traumatic Bonding and Intimate Partner Violence**. [s.l.: s.n.], 2015. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/41339659.pdf>. Acesso em: 23 Nov. 2020.

GRAHAM, D. L.; RAWLINGS, E. I.; IHMS, K.; LATIMER, D.; FOLIANO, J.; THOMPSON, A.; SUTTMAN, K.; FARRINGTON, M.; HACKER, R. A scale for identifying "Stockholm syndrome" reactions in young dating women: factor structure, reliability, and validity. **Violence Vict**, 1995 Spring;10(1):3-22. PMID: 8555117.

JOHNSON, M. P. **A typology of domestic violence: intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence**. Boston: Northeastern University Press, 2008.

MARTÍN, A. G. As sequelas psicológicas da tortura. **Psicologia: Ciência e Profissão** [online]. 2005, v. 25, n.3, pp. 434-449. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-98932005000300008>>. Acesso em: 22 Ago 2021.

SIMONIČ, Barbara; OSEWSKA, Elzbieta. Traumatic bonding in intimate partner violence: A Relational Family Therapy approach. **Family Forum.**, v. 9, n. 10, 2019. 25167/FF/1092, p. 71–90, 2020.

VAN DER KOLK, Bessel A. The Compulsion to Repeat the Trauma. **Psychiatric Clinics of North America**, v. 12, n. 2, p. 389–411, 1989.

VAN DER KOLK, B. A. The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress. **Harvard Review of Psychiatry**, v. 1, n. 5, p. 253–265, jan. 1994.

VAN DER KOLK, Bessel A.; SAPORTA, Jose. The biological response to psychic trauma: Mechanisms and treatment of intrusion and numbing. **Anxiety Research**, v. 4, n. 3, p. 199–212, 1991.

VAN DER KOLK, B. A. The psychobiology and psychopharmacology of PTSD. **Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental**, v. 16, n. S1, p. S49–S64, jan. 2001.

APÊNDICE - REFERÊNCIA NOTA DE RODAPÉ

3. Tradução livre dos autores.

4. Tradução livre dos autores.

5. Tradução livre dos autores.

6. Tradução livre dos autores.

Enviado: Outubro, 2021.

Aprovado: Novembro, 2021.

RC: 100988

Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/psicologia/trauma-bonding>