

ESTRESSE PÓS- TRAUMÁTICO EM MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, E COMO A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL (TCC) PODE CONTRIBUIR PARA O TRATAMENTO

Jackson Fagundes dos Santos¹, Gustavo Tassis Baptista², Jessica Fabia Polese³, Sara Soares Lima³, Ana Raquel Farranha Santana Daltro³, Naeme José de Sá Filho³

¹Discentes do curso de Psicologia do Centro Universitário Multivix Vitória, Vitória – ES

²Docente do Curso de Psicologia do Centro Universitário Multivix Vitória, Vitória – ES

³Docente do Curso de Medicina do Centro Universitário Multivix Vitória, Vitória – ES

RESUMO

Este artigo examina a violência doméstica e suas consequências sobre o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). Na sociedade contemporânea, a violência contra a mulher continua sendo tabu. A violência contra a mulher requer um amplo debate e compreensão do tema. O conto de Lilith e sua relação com a mitologia judaica foram empregados como um estudo de caso devido à prevalência do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) nos países da América Latina. Isto se deve à suposição de que o entrelaçamento e o impacto destas histórias na cultura ocidental, particularmente em países que foram invadidos por nações cristãs, é de origem judaica. A maioria das crenças fundamentais e esquemas cognitivos de uma pessoa são moldados por sua origem cultural. As vítimas de violência doméstica são mais propensas a sofrer de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o que requer mais estudo sobre as razões fundamentais do chauvinismo masculino, as crenças básicas daqueles que participam da dinâmica violenta dentro da parceria e a culpabilidade da vítima em seus próprios maus-tratos. A terapia cognitiva comportamental (TCC) tornou-se uma das terapias mais recomendadas para o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), como resultado de sua curta duração, alta eficácia e atenção ao problema (TEPT). As vítimas de abuso doméstico que desenvolvem transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) podem se beneficiar de uma gama de tratamentos e soluções terapêuticas. O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), um problema típico das mulheres que foram submetidas a abuso físico ou verbal, está entre as alterações psicológicas e biológicas que podem surgir por serem vítimas de violência doméstica.

Palavras-chaves: Terapia cognitiva comportamental, Terapia cognitiva comportamental, Violência Doméstica.

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), uma psicopatologia associada ao abuso doméstico, está incluída entre os transtornos de ansiedade. O TBC é uma teoria psicológica que tenta entender e tratar melhor os distúrbios de ansiedade dos pacientes. Todas as normas culturais e locais de um indivíduo, as interações com o mundo e as predisposições genéticas impactam sua visão de mundo e comportamento. Devido a essas características, diz Beck (2013), a precisão e a utilidade das crenças podem flutuar.

Aqui, vamos examinar a lenda judaica de Lilith e suas influências diretas e indiretas

sobre a cultura judaica. A cultura cristã tem um impacto substancial sobre as práticas ocidentais. Desde a inquisição, o comportamento rigoroso e viril ensinado pela Bíblia e as ideias tiradas dela têm moldado a sociedade ocidental. Este impacto ainda pode ser observado séculos após sua implementação.

É essencial considerar o papel que as mulheres tiveram na construção de nossa cultura e sociedade, bem como a influência que esta estrutura social teve na vida individual. No final, as visões fundamentais são criadas pelas interações com o ambiente ao redor e pelas forças culturais e políticas que construíram nossa sociedade.

A ansiedade pode ser condicionada pelo estímulo e pelas sucessivas exposições a condições comparáveis, pois é uma reação incondicional que serve para manter a vida. O desenvolvimento do TEPT é conseqüentemente impactado por processos cognitivos decorrentes do incidente estressante.

Este artigo examina o histórico de abuso doméstico, bem como alternativas de terapia TCC para sobreviventes de violência doméstica com transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

Este estudo foi baseado em uma revisão exaustiva da literatura. As revisões sistemáticas empregam dados de fontes confiáveis para identificar um tópico que requer investigação adicional.

Esta pesquisa concentrou-se principalmente em três tópicos. Este trabalho consiste em três seções primárias: A primeira seção enfoca o abuso doméstico, particularmente o impacto que a narrativa de Lilith teve na sociedade ocidental, enquanto a segunda seção investiga a ligação entre trauma, cultura e o desenvolvimento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).

A violência doméstica no Brasil

As mulheres de todo o mundo, incluindo no Brasil, são vítimas de abusos domésticos. É necessário expor este fenômeno à medida que ele ocorre, e como a construção de uma cultura patriarcal torna este fenômeno ainda pior, quais são as formas de violência sofridas pelas mulheres, e quais são as formas de combater este problema que afeta a vida das mulheres em todos os momentos, a fim de analisar a profissão do Serviço Social atuando contra este problema social (PARODI, 2009).

As reações sociais à violência contra as mulheres no Brasil surgiram nos anos 80, ajudadas por exigências do movimento feminista. Esta categoria foi bem sucedida em chamar a atenção das autoridades para o problema, resultando nas primeiras medidas governamentais para enfrentar a violência contra as mulheres. As primeiras conquistas foram estabelecidas, particularmente nos domínios da segurança e da justiça. As medidas públicas para combater a violência contra as mulheres foram quase inexistentes até aos anos 80 (CARVALHO, 1986).

A violência doméstica contra as mulheres (violência conjugal) é ocultada como uma violação dos direitos humanos devido à ausência de uma perspectiva de gênero na legislação, resultando na negação pela aplicação da lei dos tratados internacionais relevantes (CRESWELL, 2007).

A declaração acrescenta que a comunidade jurídica levou muito tempo a reconhecer o abuso doméstico como violência contra as mulheres e como resultado da criação de uma cultura machista. O movimento inicial do governo no combate aos abusos domésticos foi o de estabelecer delegacia de polícia especializadas. Como resultado das vitórias da luta feminista na proteção das mulheres, foram estabelecidas as Delegacias de Polícia Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) (FOUCAULT, 1990).

Sob a exigência do movimento feminino e do Conselho Estadual da Condição Feminina, foi criada em São Paulo, em agosto de 1995, a primeira Delegacia de Polícia Especializada no Atendimento à Mulher. De acordo com Castro (1990), foram construídas mais 152 logo após a primeira, com mais de metade delas no estado de São Paulo e as restantes principalmente nas capitais de outros estados.

De acordo com Diálogos Sobre Violência de Gênero (2003), a instalação das delegacias teve uma influência muito benéfica na batalha contra a violência doméstica e o aumento das denúncias, mas as delegacias também têm as suas limitações. Quando operados isoladamente e sem as qualificações dos seus membros para prestar assistência especializada às mulheres vitimizadas, levam a uma assistência que desencadeia o caminho crítico - exposição da vítima, novas agressões, isolamento social, e deslocamento constante, tudo isto numa tentativa de fugir do agressor, tudo devido à fraqueza do sistema de proteção. Ainda hoje, a maioria das delegacias de polícia não tem um assistente social em serviço (GUERRA, 1997).

Embora a lei brasileira tenha levado muito tempo a dar prioridade à luta contra os abusos domésticos, o domínio masculino foi sempre legalizado por leis e códigos civis, tais como o Código Civil de 1916, que pode ser considerado a manifestação genuína de práticas patriarcais e normas morais. Apenas o pai, que detinha o controle final sobre toda a família, exerceu autoridade ao abrigo do Código Civil de 1916. Este código esteve em vigor até 10 de janeiro de 2002, um período de 86 anos em que as regras do país reforçaram o domínio masculino de uma forma legalmente reconhecida (LISBOA, 2005).

As alegações de violência doméstica foram julgadas ao abrigo da Lei dos Juizados Especiais Cíveis e Criminais N.º 9.099/1995 até 2006, contudo o fato de esta lei não ter sido especialmente criada para combater o abuso doméstico produziu numerosas complicações sobre a pena adequada para este tipo de crime (NETTO, 2010).

Sanções alternativas, tais como o pagamento de cestas básicas e trabalho comunitário, foram utilizadas pelo poder judicial para minimizar o tema da violência, contribuindo para agravar e perpetuar as agressões. A Lei nº 10.224/01, que tratava do crime de assédio sexual, é outra lei que se pode referir como ineficaz no combate à violência contra as mulheres (ORTIZ, 2010).

De acordo com Carvalho (1986), estas duas cláusulas legais têm consequências extremamente baixas, e ninguém é conhecido por ter sido penalizado por um crime de violência doméstica na prática. Estes casos foram sujeitos a toda a força da Lei 9.099/1995. Como resultado, a "reclamada" demanda feminista criminalizadora não teve qualquer influência no sistema de justiça criminal, que é incapaz de inverter o desdém sistémico pelos direitos das mulheres.

Apesar de ser signatário de vários tratados e acordos internacionais destinados a combater a violência contra as mulheres, tais como o Documento do Movimento de Mulheres para o Cumprimento da Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher - CEDAW, que o Brasil ratificou em 1979, o país só aprovou uma lei sobre violência doméstica em 7 de agosto de 2006 (ALVES, 2016).

Segundo Alves (2016), A Lei Maria da Penha, Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, foi aprovada após muitas lutas do movimento feminista, e pode-se creditar ao movimento feminista o mérito de lutar persistentemente pela vitória na busca de responsabilizar os agressores de mulheres, e demonstrar que a violência contra as mulheres nunca ganhou expressão e nunca foi seriamente considerada pelas autoridades públicas brasileiras.

Esta lei tem o nome de uma mulher que sobreviveu a três tentativas de morte pelo

seu marido, uma das quais a tornou parálitica para o resto da sua vida. A Lei No. 11.340 de 7 de agosto de 2006, entre outras coisas, estabeleceu procedimentos para combater os abusos domésticos e familiares contra as mulheres (SANTIAGO, 2007). A lei foi criada e promulgada, mas a implementação de uma rede interdisciplinar de serviços que reúne todos os programas e projetos das várias áreas que compõem a política pública de cuidados e combate à violência é o maior desafio enfrentado pelos assistentes sociais e profissionais que trabalham na luta contra a violência doméstica contra as mulheres (SILVA, 1992).

Os profissionais na área de assistência social encontram vários problemas na batalha contra a violência doméstica. Os recursos de saúde, segurança pública e apoio social fornecidos a estes profissionais são incapazes de responder às necessidades das mulheres de uma forma abrangente e coerente (SOARES, 2017).

A parte teórica e metodológica visa destacar a prática profissional, ajudando os profissionais no desenvolvimento de estratégias para satisfazer as exigências que lhes são impostas neste campo. "A apropriação dos fundamentos teóricos e metodológicos é um caminho essencial para a construção de novas alternativas na prática profissional", (IAMAMOTO, 2000).

A documentação e a criação de relatórios, que destacam as condições de risco e vulnerabilidade das mulheres e dos seus filhos, são outros instrumentos que necessitam da ética profissional dos assistentes sociais. Além disso, a opinião pública, que permite às mulheres obter os direitos sociais de que necessitam para escapar a circunstâncias perigosas. Considerando que, segundo Lisboa (2005), as condições institucionais de trabalho dos assistentes sociais nem sempre são favoráveis e têm um orçamento limitado, e as intervenções em situações de violência causam sempre desgaste físico e psicológico aos profissionais, é importante salientar que a ética é um instrumento de compromisso profissional e pessoal dos assistentes sociais.

Desta forma, os assistentes sociais devem ter a clareza de saber utilizar corretamente os instrumentos, e construir uma ponte com orientações teórico-metodológicas, sempre baseadas no projeto ético-político da profissão, a fim de poderem estimular a queixa, clarificar os direitos das vítimas de violência doméstica, encorajar o registro da queixa, orientar sobre exames de corpo delito, e realizar dinâmicas e reuniões para resgatar o auto estabelecimento.

O transtorno de estresse pós-traumático e a ansiedade

É impossível prever como uma pessoa reagirá no caso de uma grande ameaça ao seu bem-estar físico ou mental.

Há vários métodos para lidar com eventos traumáticos, e a resposta de cada indivíduo é única. De acordo com Falcone e Oliveira (2013), 10% das pessoas que encontram os mesmos estímulos adquirem TEPT, embora a maioria das vítimas responda de maneira saudável após um breve período de forte atividade emocional. Entretanto, 10% das pessoas que encontram os mesmos estressores adquirem o TEPT.

A forma como uma pessoa percebe uma experiência traumática (TEPT) é um componente crítico para determinar se o TEPT se desenvolve ou não.

Não há uma descrição em tamanho único do que define uma ocorrência traumática, mas para cada indivíduo que foi exposto a uma, a forma como recebe e processa informações da cena do evento pode gerar ansiedade. As vítimas deste tipo de trauma geralmente se lembram de pequenos detalhes como fragrância, som, palavras faladas e imagem que eram difíceis de transmitir durante a agressão.

De acordo com o DSM-V (2014), os distúrbios de ansiedade são caracterizados pelo

pavor e ansiedade excessivos, bem como por anormalidades comportamentais. O medo é a resposta física do corpo a um evento, enquanto a ansiedade é a antecipação do perigo pela mente. Circunstâncias autônomas que exigem uma resposta de luta ou voo estão associadas a sentimentos de pavor e ansiedade, que estão mais frequentemente associados à tensão muscular e vigilância diante de perigos iminentes e comportamentos de reação exigente.

O transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é um tipo muito prevalente de transtorno de ansiedade. Os transtornos de ansiedade mais prevalentes incluem transtorno de pânico, fobias específicas, fobias sociais, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno obsessivo-compulsivo, e transtorno de ansiedade generalizada. Quando um estímulo estressante, real ou imaginário, tem uma resposta emocional suficientemente forte para causar angústia psicológica e neurobiológica, é chamado de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) por Knapp & Caminha (2003).

Indivíduos que estiveram envolvidos em um acidente de carro ou foram vítimas de um assalto, sequestro ou estupro perdem o controle de seus corpos e cérebros, resultando em elevados níveis de ansiedade que alteram seus padrões neuroquímicos normais e, portanto, seus pensamentos, emoções e ações (KNAPP & CAMINHA 2003).

Embora os seres humanos nasçam com ansiedade, ela pode ser classificada como uma doença se resultar em sofrimento físico e mental significativo para uma pessoa. Os sintomas de ansiedade que se intensificam em resposta a algo que não oferece perigo real podem ser indicativos de um distúrbio de ansiedade, embora o grau e a duração dos sintomas possam variar desempenhar um papel no diagnóstico.

O século XX foi visto como um momento decisivo na história da humanidade devido às muitas mudanças que ocorreram na cultura, nos costumes e na maneira como as pessoas agem no mundo durante este período de tempo. A revolução tecnológica começou como uma consequência destes recentes avanços.

A atividade humana na área em que reside aumentou em intensidade como consequência das mudanças em nossos meios de transporte e comunicação. Devido à ameaça nuclear e à corrida espacial, que resultou em guerrilhas isoladas e uma cisma entre capitalismo e socialismo, a segunda metade do século XX testemunhou uma devastação generalizada causada por duas grandes guerras mundiais, bem como a devastação, o medo e as mudanças na gestão econômica provocadas pela Revolução Russa.

O século XX foi denominado o século das novas doenças, mudanças políticas e geográficas como consequência destas ocorrências. A ansiedade é uma das formas mais prevalentes de sofrimento ao longo deste período de tempo, e às vezes é referida como o pecado do século anterior. Numerosos estudos estão sendo realizados agora sobre a ansiedade, que continua sendo uma preocupação significativa no século XXI. As pessoas estão participando cada vez mais de comportamentos violentos, e a violência doméstica está aumentando a um ritmo alarmante; o status da vítima dentro da conexão intrafamiliar tem um papel significativo em sua reação ao abuso que ela recebe.

Segundo Souza et al. (2013), quando as barreiras de um sobrevivente de trauma são quebradas, ele procura reconstruí-las. Embora estes obstáculos sejam inovadores pela dinâmica do trauma, como ganho de peso, negligência pessoal ou o desejo de evitar a atração sexual, eles são um produto da dinâmica do trauma. Além disso, ela pode ter problemas com sua pele, sua capacidade de aprender, ou seu comportamento.

Em todo o mundo, a violência contra a mulher é um assunto tabu. De acordo com o

Ministério da Saúde em 2011, cerca de uma em cada quatro mulheres no mundo é vítima de violência, resultando na perda de um ano de vida saudável a cada cinco anos, devido às muitas maneiras pelas quais o sofrimento psicológico e fisiológico afeta sua expectativa de vida.

A maioria dos incidentes de violência começa com violência moral, apesar do fato de que testes médicos podem demonstrar agressões físicas e sexuais. Terrorismo da alma. Confrontos isolados e falsas acusações podem se tornar uma questão muito mais significativa se não forem trazidos à tona e tratados prontamente. Como consequências, muitas vezes é possível rastrear a violência física e sexual nas relações de volta ao abuso moral.

De acordo com Drezett et al.(2001), a violência doméstica é frequentemente negligenciada porque os infratores carecem de provas tangíveis, resultando em que o crime permaneça impune e os perpetradores o repitam. De acordo com algumas pesquisas, a maioria das agressões sexuais contra mulheres acontece em casa, quando a vítima se sente assustada e indefesa.

De acordo com estudos, a intimidação psicológica é a estratégia mais utilizada para cometer um crime sexual. As mulheres na adolescência e no início da vida adulta têm menos probabilidade de sofrer lesões físicas quando as ameaças são feitas sem violência (DREZETT et al. 2011).

Quando os sintomas de TEPT e outros distúrbios psicossociais se tornam persistentes, a exposição de uma pessoa a um ato físico, sexual, moral ou mesmo testemunhar um ato violento pode aumentar significativamente a probabilidade de desenvolver TEPT e outros distúrbios psicossociais.

A natureza e as conexões interpessoais, assim como o contexto histórico e social em que se vive e cresce (cultura), devem ser abordados para compreender todo o significado de ser humano (DALGALARRONDO, 2008).

Após um evento traumático, as percepções das pessoas sobre suas angústias e o significado que atribuem à sua vida são grandemente impactadas pelo ambiente cultural em que vivem. Certos tipos de sintomas são mais difundidos em certos lugares.

A América Latina, segundo o mesmo autor (2008), tem uma maior incidência de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), transtornos de ajuste e depressão do que qualquer outra região do mundo. Culturas baseadas na tradição, tais como aquelas em que famílias estendidas são comuns, a religião exerce uma forte influência nas decisões pessoais e na subjetividade, baixos níveis de educação formal são comuns, assim como os desequilíbrios de poder entre homens e mulheres, assim como a interpenetração das esferas privada e pública.

A cultura ocidental é fortemente influenciada pela cultura judaico-cristã na América Latina, onde as realidades socioeconômicas estão ultrapassadas, o que contribui diretamente para o fato de que pessoas sem recursos econômicos significativos, vivendo em meio a guerras civis e ataques diários, estão mais apegadas à sua fé do que pessoas em países desenvolvidos com uma distribuição de renda mais equitativa. A religião promove o domínio masculino sobre todas as outras espécies no mundo, incluindo as mulheres, que são vistas como empregadas domésticas. A baixa renda e um nível de educação excessivamente baixo resultam em indivíduos que dependem de um agente provedor.

Quando a violência ocorre, ela ativa uma rede de informação pré-existente, que é a subjetividade e o significado dado à experiência. Os conceitos e esquemas fundamentais de uma pessoa podem ter um efeito sobre como ela vê uma experiência.

O transtorno de estresse pós-traumático e o enfoque da terapia cognitivo-comportamental

A TCC é um tipo de psicoterapia baseada em evidências, direcionada, breve e focada em problemas. É bem reconhecido que a pessoa não é impactada pelos fatos em si, mas sim pela forma como eles são internalizados.

Beck (2011) afirma que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é um tipo de psicoterapia desenvolvida por Aaron Beck para o tratamento da depressão que é atualmente focada, tem uma estrutura de trabalho, é breve e focada na resolução de problemas atuais e na modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais. O DSM-V identifica as seguintes condições pré-traumáticas para o desenvolvimento do TEPT: problemas emocionais na infância até a idade de seis anos; condições socioeconômicas ruins; baixo nível educacional; exposição prévia ao trauma; características culturais (estratégias pessimistas de enfrentamento ou de auto-respeito); gênero feminino; e idade mais jovem no momento da exposição (Associação Psiquiátrica Americana, 2014).

De acordo com Knapp e Caminha (2003), a ansiedade é um padrão de resposta incondicional caracterizado por uma série de processos fisiológicos ligados à liberação de respostas de combate ou de vôo em situações perigosas. De acordo com Darwin, eles são reflexos adaptativos que impedem o não reconhecimento e a exposição a ambientes potencialmente perigosos. Portanto, a ansiedade serve à função de preservação da vida.

Quando uma pessoa é assaltada à noite em uma rua escura, é natural que uma forma de condicionamento pavloviano ocorra através da combinação de estímulos neutros e condicionados, nos quais os estímulos neutros que induzem ansiedade, como a rua escura (EN), tornam-se estímulos condicionados (EC) que são capazes de desencadear respostas condicionadas de ansiedade (RC). É razoável, portanto, que o nível de ansiedade de uma pessoa aumente quando ela retorna a uma rua escura.

Os pensamentos automáticos são tão prevalentes que uma pessoa não os avalia quando ocorrem; eles podem ser positivos ou negativos, e quando são negativos, são referidos como crenças disfuncionais. Estes pensamentos automáticos originam-se de um conjunto mais profundo de crenças conhecidas como crenças centrais.

De acordo com Beck (2011), idéias fundamentais são desenvolvidas na primeira infância, enquanto os indivíduos ainda tentam compreender seu ambiente. Estas crenças fundamentais terão impacto e moldarão crenças intermediárias, que são as regras e atitudes do indivíduo em situações cotidianas, que influenciarão o pensamento automático, o que pode resultar em uma gama de respostas emocionais, comportamentais e fisiológicas.

Falcone e Oliveira (2013) descrevem o TEPT como uma doença cuja descrição inclui expressamente um incidente condicionado. "O diagnóstico é impossível sem exposição a uma situação muito estressante".

Com frequência, a reação de um indivíduo a um trauma satisfaz inicialmente os critérios para transtorno de estresse agudo imediatamente após o trauma. Os sintomas de TEPT e a predominância relativa de diferentes sintomas podem variar com o tempo. A duração dos sintomas também varia, com a recuperação completa em três meses ocorrendo em aproximadamente metade dos adultos, enquanto alguns indivíduos permanecem sintomáticos por mais de 12 meses e às vezes por mais de 50 anos. A recorrência e a intensificação dos sintomas podem ocorrer em resposta a recordações do

trauma original, estressores na vida presente ou experiências de eventos traumáticos novos. No caso de indivíduos mais velhos, a deterioração da saúde, a piora do funcionamento cognitivo e o isolamento social podem exacerbar sintomas de TEPT. (Associação Americana de Psiquiatria, 2014, p.276).

O terapeuta cognitivo-comportamental pensa que o paciente pode desaprender idéias errôneas através de uma terapia focada no problema. Ajustando suas crenças fundamentais, que são a pedra angular da cognição humana, o paciente pode começar a ver o mundo de uma maneira mais otimista.

Tratamentos de tept em tcc

A recepção é um dos elementos mais cruciais a considerar ao tratar as vítimas de abuso doméstico com PTSD ou outras condições. A maneira como uma pessoa é tratada pelos profissionais de saúde é crucial para motivá-la a lidar com a situação em que se encontra.

Falcone e Oliveira (2013) descrevem o tratamento do TEPT como uma combinação de medicações psicotrópicas e psicoterapia. O objetivo principal do tratamento é "colocar o trauma para trás". Para isso, a memória traumática deve ser ampliada e contextualizada, interpretações errôneas devem ser corrigidas e estratégias ineficientes de enfrentamento devem ser restabelecidas.

As abordagens psicoterapêuticas, psicossociais e farmacológicas são todas aconselhadas para o tratamento do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT). A necessidade de assistência psicológica deriva do fato de que nem todos os indivíduos expostos ao estresse severo desenvolverão a condição. Este elemento pode estar associado à predisposição genética de uma pessoa ou a uma resposta única, dependendo de seus esquemas.

A TCC é a psicoterapia mais eficaz para o tratamento do TEPT porque se concentra no trauma e incorpora técnicas psicoeducativas essenciais para a adesão do paciente ao tratamento, uma vez que são discutidas a natureza dos sintomas e a justificativa para o uso dos procedimentos prescritos.

Esquemas cognitivos individuais são formados na infância, com influência cultural, contato com o meio ambiente e predisposição genética, tudo contribuindo para a criação de crenças fundamentais. Um esquema é um sistema de processamento de dados que organiza as entradas e percepções de um indivíduo sobre uma determinada circunstância. Os esquemas podem tornar-se não-adaptativos, levando a idéias instintivas errôneas. As crenças podem ser alteradas, e o terapeuta cognitivo comportamental concentrará sua intervenção nesta área.

O TCC incorpora vários métodos cognitivos, tais como detecção automática do pensamento, questionamento e correção, reatribuição e reestruturação cognitiva, ensaio cognitivo, e outras modalidades terapêuticas de imagens mentais. Exemplos de métodos comportamentais incluem programação de atividades, avaliações de prazer e habilidades, prescrições comportamentais graduais de tarefas, estudos de teste de realismo, dramatizações, treinamento de habilidades sociais e procedimentos de solução de problemas (KNAPP & BECK, 2008).

A modificação da crença é vital porque somente através da reestruturação cognitiva o paciente pode começar a ver a situação com mais clareza e elaborar as memórias e sensações que causam sofrimento.

A TCC discute uma tríade psicopatológica, ou três conjuntos de sintomas associados

a memórias mal articuladas. Segundo Falcone & Oliveira (2013), os primeiros estão revivendo sintomas, que incluem memórias intrusivas, pensamentos, flashbacks, percepções e até mesmo sonhos associados ao evento traumático, criando a sensação de que a cena está reincidindo e gerando uma quantidade significativa de sofrimento.

As respostas fisiológicas incluem respostas exageradamente assustadoras, hipervigilância, insônia, irritabilidade, dificuldade de concentração e agitação frequente. O terceiro tipo inclui entorpecimento emocional e evitação prolongada de estímulos. Evitar implica em evitar o local do trauma ou atividades que evocam uma memória associada ao local, enquanto que o entorpecimento emocional é a incapacidade de sentir os sentimentos.

O terapeuta pode orientar os pacientes na avaliação de seus pensamentos automáticos, particularmente aqueles que surgem durante a sessão e produzem excitação emocional. Pesquisas posteriores se concentrarão nas suposições fundamentais e subjacentes articuladas por Knapp e Beck (2008).

A maioria dos indivíduos desconhece que pensamentos automáticos negativos precedem sensações desagradáveis e inibições comportamentais, e que as emoções são consistentes com o conteúdo dos pensamentos automáticos (KNAPP & BECK, 2008).

Todo tratamento deve se concentrar na alteração de noções preconcebidas, pois é somente alterando essas suposições que podem surgir ambientes de tratamento eficazes. Frequentemente, as vítimas acreditam em afirmações como "Nasci para sofrer", "Sou um erro" e "Ele me bate porque não sou bom o suficiente". Os deveres do psicólogo incluirão a busca de evidências que apoiem estas crenças e o emprego de várias técnicas para encorajar o indivíduo a enfrentar a realidade.

O TEPT em vítimas de violência doméstica

Se os sintomas de TEPT, persistirem por mais de três meses, a condição é classificada como aguda. Quando os sintomas persistem por mais de três meses, a condição é considerada crônica. Ocorre quando os sintomas surgem seis meses após um evento estressante. A coleta de dados é vital no início da terapia; a obtenção de informações básicas sobre o paciente é necessária para o tratamento. Reconhecer os sintomas do paciente, história passada, história familiar, dificuldades e estratégias empregadas desde o início dos sintomas. É essencial examinar o histórico médico do indivíduo para determinar quais substâncias psicoativas ele tomou ou está usando atualmente. Todas as informações são necessárias para construir uma estratégia de intervenção. Quando um paciente se apresenta a um psicoterapeuta, é essencial prestar muita atenção aos sentimentos que ocorrem durante a reunião. Os indivíduos ansiosos diminuem seus níveis de estresse através da atividade física. As técnicas mais comuns de gerenciamento da ansiedade são exercícios de respiração e relaxamento que têm um efeito calmante, ajudam o paciente a oxigenar o cérebro e restabelecem uma perspectiva mais realista sobre o assunto. A atenção é outra técnica amplamente utilizada.

De acordo com Leahy (2011), a atenção é uma técnica asiática que incluía suspensão da cognição. O indivíduo deve se concentrar no momento presente e se tornar consciente de sua realidade interior. O objetivo da abordagem é manter o foco no momento atual e desviar a atenção de pensamentos ansiosos, medos, falsas crenças e tensões.

Para praticar a atenção, o paciente deve sentar-se em uma cadeira com a coluna

ereta e um foco singular na respiração. A inalação e a exalação do ar devem ser o ponto central da atenção. Quando pensamentos intrusivos assumem o controle, deve-se focalizar apenas a respiração. Quando uma pessoa se torna agudamente consciente do presente, sua conexão com seus pensamentos melhora tremendamente.

É essencial educar o paciente sobre o modelo cognitivo. A psicoeducação é o processo de ensinar a um indivíduo como a TCC funciona e como suas crenças afetam seu comportamento. Beck (2013) sugere que é mais eficaz utilizar os próprios exemplos do paciente para mostrar o pensamento espontâneo. Mudar as crenças e reorganizar os pensamentos pode ser alcançado através de uma variedade de métodos.

O Thought Record (RP) é uma folha de trabalho projetada para ajudar os pacientes a avaliar seus pensamentos espontâneos. A verificação da folha de trabalho ajuda muitos indivíduos a organizar seus pensamentos e idéias.

Como a RP exige que o paciente registre cada pensamento perturbador, ela não deve ser administrada a pessoas com capacidade cognitiva limitada ou analfabetismo. O Diagrama de Conceptualização Cognitiva destina-se a conectar conceitos fundamentais, crenças intermediárias e apresentar pensamento automático. Ele pode ser fornecido imediatamente. Ele fornece um mapa cognitivo da psicopatologia do paciente e ajuda a organizar o material copioso do paciente.

O tratamento de exposição visa apagar os estímulos condicionados. O condicionamento clássico utiliza os estímulos que estavam presentes no momento do evento traumático. O tratamento habitual do TEPT é a terapia de exposição, que visa aclimatar o corpo a situações que o indivíduo sente como aterrorizantes, mas que na verdade não são perigosas. Em outras palavras, o objetivo é que os estímulos relacionados ao trauma não provoquem mais uma reação emocional aguda nos pacientes (FALCONE & OLIVEIRA, 2013).

Como alguns indivíduos podem achar difícil ser expostos a um estímulo potencialmente prejudicial, a exposição é conduzida gradualmente. A exposição progressiva tem duas formas: exposição in vivo e exposição virtual.

Durante uma sessão de Exposição In Vivo, o paciente é gradualmente exposto aos estímulos temidos, produzindo uma hierarquia de ocorrências evitadas. Nesta escala, os estímulos menos ansiogênicos são apresentados primeiro, seguidos pelos que provocam maior ansiedade.

Como a quantidade de ansiedade pode ser esperada antes do início da atividade, e se o paciente achar que o ambiente é mais indutor de ansiedade do que ele previu, a escala programada para lidar com a ansiedade pode não ser seguida. Isto permite o desenvolvimento de estratégias (por exemplo, andar de elevador pode apresentar um estímulo mais forte do que o previsto, portanto, em vez de subir todos os andares de um edifício de uma vez, a exposição pode ser feita pouco a pouco, subindo um andar de cada vez e verificando os níveis de ansiedade).

Em contraste, a exposição envolve reviver a experiência verbalmente ou por escrito. Esta técnica é um dos pilares mais cruciais da terapia PTSD, pois permite monitorar seus níveis de ansiedade, diminuir sua ansiedade e controlar sua evitação do evento traumático.

A Prevenção de Recaída é um método empregado quando o paciente aderiu ao tratamento e está ativamente engajado nos exercícios e estratégias prescritos. Este estilo de tratamento visa aumentar a consciência do indivíduo sobre as situações que provocam ansiedade. Ao longo do tratamento, o paciente aprende a perceber as condições e a identificar o início de certos sintomas. É vital evitar uma recaída total. De acordo com Beck (2013), o objetivo da terapia cognitivo-comportamental é ajudar

o paciente a se recuperar de seus problemas e ensinar-lhe habilidades para toda a vida. Durante a psicoterapia, o paciente aprende que o terapeuta não está lá para torná-lo dependente, mas sim para ajudá-lo a se tornar independente. A TCC visa fortalecer os talentos do sujeito e desenvolver sua singularidade, permitindo-lhes viver sua vida sem perder o controle sobre suas ações.

MATERIAL E MÉTODO

Para a elaboração do presente trabalho foram realizadas revisões bibliográficas em livros, artigos, revistas e sites de pesquisas. Visando as principais buscas em diversos autores como autor Stoica (2004) Rivas (2016), entre outras diversas obras bibliográficas escritas por grandes autores apresentadas e descritas neste presente trabalho acadêmico.

Assim foram realizadas também levantamento de informações quantitativo e qualitativos sobre o tema em revistas, artigos, documentários, relatórios, periódicos, entre outras fontes de dados com até 30 anos. Onde Rampazzo (2005, p.58) explica que, a pesquisa quantitativa tem início “com o estudo de um certo número de casos individuais, quantifica fatores segundo um estudo típico, servindo-se frequentemente de dados estatísticos (...)”. Já a pesquisa qualitativa, Roesch (2010, p.154), (...) afirma que, ela “é apropriada para a avaliação formativa, quando se trata de melhorar a efetividade de um programa”.

Com tudo para a obtenção dos materiais adquirido para a pesquisa, foram pesquisados tais palavras-chaves como, violência doméstica; TEPT; Cultura, transtorno de estresse pós-traumático. Onde em cada palavra – chave pesquisada foram encontrados em média entre 10 a 15 artigos, entre outros materiais de estudos como dissertações, teses, estudos de caso e livros relacionados a temática abordada no presente trabalho.

Nas 17 referências bibliográficas obtidas para estudo, cada uma se acompanhava de mais 30 a 40 referências bibliográficas, no qual por elas foram possíveis obter cada vez mais informações sobre a temática abordada.

Dessa forma a filtragem do conteúdo foram realizadas em três filtros distintos onde o primeiro filtro se baseou em realizar as buscas pelas palavras chaves, vindo a filtrar por títulos todos os trabalhos localizados no qual a temática e/ou título se relacionava com o tema proposto no trabalho.

Na segunda filtragem a análise foi realizada em cima do material escolhido na primeira etapa, no qual foram lidos os resumos, introdução e considerações finais para verificar se as obras encontradas e escolhidas na 1 filtragem possuíam o assunto necessários para a elaboração do trabalho. Após verificar que na segunda filtragem, constatou que de 100 obras encontradas apenas 30 abordavam os assuntos necessários. Assim na terceira filtragem se baseou na leitura completa dos 30 trabalhos bibliográficos com a temática significativa encontradas na 2 filtragem no qual apenas 17 referências ajudaram na construção do presente trabalho.

Com tudo se possibilitou a relação de palavras-chaves utilizadas na busca dos materiais necessários para o desenvolvimento da presente pesquisa, onde foram obtidos valiosos artigos/obras bibliográficas com suma importância acadêmica, vindo a buscar excelência na pesquisa, resultados importantes e relevantes para a escrita do mesmo.

CONCLUSÃO

Esta investigação incluiu uma revisão abrangente da literatura sobre violência

doméstica, o impacto da mitologia judaico-cristã na civilização ocidental, e a terapia TCC para o TEPT, uma perturbação de ansiedade com raízes etiológicas culturalmente influenciadas.

Devido à impossibilidade de separar os fatores cognitivos- comportamentais dos agentes etiológicos na formação dos esquemas e crenças de um indivíduo, a análise dos textos permitiu-nos verificar a forte ligação que a TCC tem na sua estrutura teórica relativamente aos fatores culturais no desenvolvimento das psicopatologias.

Embora atualmente seja impossível classificar o número de vítimas de violência doméstica no Brasil, múltiplas fontes de informação apontam para um número alarmante de tais ocorrências e para a necessidade de discutir a questão de uma forma cada vez mais aberta, uma vez que muitas queixas não são apresentadas por diferentes razões.

Há necessidade de investigação sobre o tema, a fim de aumentar a compreensão e eliminar os tabus em torno da violência doméstica na sociedade. Será também apresentada uma lista de alternativas de intervenção para a violência doméstica contra as mulheres.

REFERÊNCIAS

Associação Americana de Psiquiatria. **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-5**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, Judith S. **Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática**. Tradução de Sandra Mallmann Rosa. Porto Alegre: Artmed. 2ª ed, 2013. 413 p. Tradução de Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond.

BIBLIA. Português. **Bíblia sagrada**. Tradução por João Ferreira de Almeida. São Paulo: King's Cross, 2006.

BRASIL (2006). **Lei Federal nº. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Que dispõe sobre mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União.

BRASIL. **Ministério da saúde**. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde da Mulher. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica. 3ª ed. Brasília: Editora MS; 2011.

DALGALARRONDO, Paulo. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed, 2008, 2ª ed.

DRESCH, Gabriela. **Violência perpetrada contra a mulher pelo seu parceiro íntimo: uma Análise sobre os estudos empíricos na realidade brasileira**. Porto Alegre, UFRGS, 2011, 28.p.

DREZETT, Jefferson; JUNQUEIRA, Lia; *et al.* Influência do exame médico- legal na responsabilização do autor da violência sexual contra adolescentes. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. Disponível em: http://pep.sic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104128220110002000022_011;21:189-97. Acesso em: 2022.

FALCONE, Eliane; OLIVEIRA, Margareth(org).**Terapia Cognitiva Comportamental: Transtorno de Estresse Pós-Traumático**. 1ªed. São Paulo: Casado Psicólogo, 2013.

KNAPP, Paulo; Beck, Aaron. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**: 2008, vol.30. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462008000600002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 2022.

KNAPP, Paulo; CAMINHA, Renato. Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira e Psiquiatria**: 2003, vol.25. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S151644462003000500008&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 2022

KOLTUV, Barbara. **O livro de Lilith**. Tradução de Rubens Rusche. São Paulo: Cultrix. 1ªed, 1986. 153.p. Tradução de: *The Book of Lilith*.

KRAMER, Heinrich; SPRENGER, James. **O martelo das feiticeiras**. Tradução de Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Best Bolso. 3ªed, 2016. 542p. Tradução de *Malleus Maleficarum*.

LARAIA, Roque. **Jardim do Éden revisitado**. Universidade Federal de Brasília, 1996.

LEAHY, Robert. **Livre de ansiedade**. Tradução de Vinícius Figueira. Porto Alegre: Art med. 1ªed, 2011, 248p. Tradução de *Anxiety free: unravel your fears before they unravel you*.

SOARES, Bernardo Garcia; LIMA, Maurício Silva. **Estresse pós-traumático: uma abordagem baseada em evidências**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2003.

SOUZA, Flavia Bello; DREZZET, Jefferson; MEIRELLES, Alcina; RAMOS, Denize. **A spectos psicológicos de mulheres que sofrem violências sexual**. SBRH, 2013.