

Autoras | Authors

Paola da Silva Moreli*
[morelipaola@gmail.com]

Tatiana de Abreu Braga**
[tatianabragapsi@outlook.com]

Mariana Fortunata
Donadon***
[marianadonadon@hotmail.com]

PSICOEDUCAÇÃO NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL: UM CASO DE DEPRESSÃO COM HISTÓRICO DE VIOLÊNCIA

PSYCHOEDUCATION IN COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY: A CASE OF DEPRESSION WITH A HISTORY OF VIOLENCE

Resumo: A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) está entre as abordagens que demonstram maior efetividade no tratamento de diversas psicopatologias, tais como o Transtorno Depressivo Maior (TDM). Por ter uma importante base psicoeducacional, a TCC oferece aos pacientes o benefício de aprender a identificar padrões cognitivos e comportamentais, permitindo mudanças gradativas e duradouras, tornando-os mais autônomos e melhorando a qualidade de vida. Estudos mostram que há uma importante relação entre indivíduos que foram vítimas de maus tratos na infância e que desenvolveram TDM com maiores comprometimentos ao funcionamento se comparados com pessoas não vitimadas. Desta forma, o presente estudo de caso teve como objetivo identificar possíveis efeitos das violências ocorridas na infância no quadro de depressão e a efetividade da psicoeducação para melhora e flexibilização das crenças da paciente, por meio de um estudo de caso. Como resultados, observou-se que a paciente de 57 anos, viúva e aposentada iniciou o processo terapêutico com as queixas de desesperança e depressão. Utilizando-se de sessões de psicoeducação sobre o processo de identificação e questionamento de pensamentos disfuncionais, intervenção nos ciclos de manutenção, e acerca das possíveis consequências das violências sofridas durante a infância no funcionamento dos indivíduos, a paciente foi capaz de identificar e flexibilizar crenças pessimistas em relação ao comportamento das pessoas e de um esquema mental de desamor. Desta forma, foi possível modificar padrões cognitivos e de comportamento que afetavam como a paciente se sentia, garantindo maior funcionalidade e qualidade de vida.

Palavras-chave: terapia cognitivo comportamental, depressão, violência infantil, psicoeducação.

Abstract: Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is among the approaches that demonstrate greater effectiveness in the treatment of several psychopathologies, such as Major Depressive Disorder (MDD). Because it has an important psychoeducational basis, CBT offers patients the benefit of learning to identify cognitive and behavioral patterns, allowing for gradual and lasting changes, making them more autonomous and improving their quality of life. Studies show that there is an important relationship between individuals who were victims of childhood maltreatment and who developed MDD with greater impairment of functioning compared to non-victimized people. Thus, this case study aimed to identify possible effects of violence that occurred in childhood in the context of depression and the effectiveness of psychoeducation to improve and flexibilize the patient's beliefs, through a case study. As a result, it was observed that the 57-year-old widowed and retired patient began the therapeutic process with complaints of hopelessness and depression. Using psychoeducational sessions on the process of identifying and questioning dysfunctional thoughts, intervention in maintenance cycles, and on the possible consequences of violence suffered during childhood on the functioning of individuals, the patient was able to identify and relax pessimistic beliefs in relation to people's behavior and a mental scheme of unloving. In this way, it was possible to modify cognitive and behavioral patterns that affected how the patient felt, ensuring greater functionality and quality of life.

Keywords: cognitive behavioral therapy, depression, child violence, psychoeducation.

Recebido em: 04/08/2020

Aceito em: 22/12/2020

INTRODUÇÃO

A maneira como as pessoas percebem e processam os acontecimentos interfere em como se sentem e se comportam. Assim, o principal objetivo da Terapia Cognitiva tem sido reestruturar e corrigir pensamentos errôneos e, juntamente com o paciente, desenvolver estratégias para mudança e melhoria de transtornos de ordem emocional (KNAPP; BECK, 2008). Os pensamentos automáticos que passam pela mente dos indivíduos em forma de palavras ou imagens, representam um nível superficial do campo cognitivo (BECK, 2014).

No curso no desenvolvimento humano, os indivíduos formam ideias sobre si mesmos, sobre o mundo e os que o cercam, são as crenças centrais (BECK, 2014). Quando uma crença central é ativada, interpreta-se as diversas situações por uma certa perspectiva. Assim, tais crenças são concepções supergeneralizadas, rígidas e globais (BECK, 2014).

Desta forma, se torna substancial que os terapeutas trabalhem com seus pacientes as crenças centrais, pois, assim, aumentam-se as chances da consolidação do tratamento e à prevenção de recaídas (WENZEL, 2012). O desafio de trabalhar as crenças centrais dos pacientes, pode se tornar gratificante quando, na terapia cognitiva, atinge-se um tratamento individualizado e criativo para mudanças que perdurem nos pacientes no âmbito cognitivo (WENZEL, 2012).

Para isto, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) tem uma importante base psicoeducacional. Assim, instrui-se o paciente a construir conhecimento suficiente para que possa se tornar seu próprio terapeuta, ao ponto de conseguir identificar pensamentos e comportamentos disfuncionais e modificar seu padrão de funcionamento (WRIGHT; SUDAK; TURKINGTON; THASE, 2012). Elemento fundamental para a prática com os pacientes e instrumento para o progresso do quadro clínico, a psicoeducação oferece ao paciente o importante direito de ser informado sobre o funcionamento de sua doença (COLOM; VIETA, 2004).

Diante de diferentes tratamentos, a TCC tem se mostrado eficaz para o tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM), em que o paciente, após a psicoeducação pode passar a se auto monitorar, gerando mudanças cognitivas e comportamentais (CAMARGO; ANDRETTA, 2013). A psicoeducação pode ser utilizada para melhoria, adesão ao tratamento, bem como nos resultados a longo prazo em diferentes tipos de doenças. A diferenciação entre fatores biológicos e desencadeantes é primordial para o curso do tratamento (BATISTA; BAES; JURUENA, 2011).

A TCC pode ser considerada uma das abordagens em que se observa maiores evidências da eficácia no tratamen-

to de pacientes com depressão, tanto administrada de forma isolada, quanto com o uso de fármacos. (PAWELL; ABREU; OLIVEIRA; SUDAK, 2008; OLIVEIRA, 2019). Em estudo realizado por Braga (2014), verificou-se que o uso da psicoeducação em grupos de pacientes com depressão, foi eficaz para diminuir os sintomas depressivos, de ansiedade, desesperança e ideação suicida. Assim como, uma melhora da funcionalidade psicossocial nos domínios de autonomia, trabalho, cognição, finanças, relações interpessoais e lazer. Além disso, as crenças negativas sobre fármacos foram diminuídas.

Dentre os fatores que podem anteceder casos de TDM, estão os maus tratos na infância. Que denotam atingir a saúde mental de pessoas com o transtorno com mais severidade em frequência de episódios e comprometimentos ao indivíduo em comparação com pessoas não vitimadas (SCOTT; MCLAUGHLIN; SMITH; ELLIS, 2012). É significativo o número de crianças que convivem com a violência doméstica, tal experiência tende a ser traumática e as consequências são significativas a médio e longo prazo para a maioria dos vitimados (DEVANEY, 2015).

A violência física, psicológica e sexual e a negligência são formas de violência doméstica em que são acometidas as crianças e adolescentes. Estas podem acontecer de forma pura, quando ocorre somente um tipo de violência ou de forma associada, quando se identificam mais tipos de agressão em um mesmo caso (BRITO; ZANETTA; MENDONÇA; BARISON; ANDRADE, 2004). Dentre tais formas de violência no âmbito doméstico em que são vitimados crianças e adolescentes, as que envolvem castigos físicos denotam uma tendência a maiores notificações, dado as marcas físicas e visíveis no corpo das vítimas. Além disso, há estudo que demonstra a maior incidência da violência em crianças do sexo feminino e a observação de que a maior participação e proximidade da figura materna na organização familiar poderia favorecer a maior ocorrência de violências pela genitora (BRITO et al., 2004).

Abranches e Assis (2011) discorrem sobre a invisibilidade da violência psicológica que acomete crianças e adolescentes. Nos últimos 30 anos o tema recebeu maior destaque para a conscientização e mobilização de profissionais e da sociedade em geral, entretanto, a violência apresenta-se como um fenômeno sem limites culturais, ideológicos, sociais e demográficos e que, mesmo com avanços na área, tem como característica um pacto de silêncio, que dificulta notificações e diagnósticos (ABRANCHES; ASSIS, 2011).

Diante disto, a existência de agressões no âmbito familiar pode ser considerada um fator que favorece o adoecimento mental dos vitimados (PADOVANI; WILLIAMS, 2008). Em

estudo realizado por Padovani e Williams (2008) objetivou-se caracterizar o histórico de violência intrafamiliar em pacientes psiquiátricos em tratamento ambulatorial, assim como, identificar as formas de violência por estes vivenciada.

Quanto às categorias de diagnóstico dos pacientes, segundo o CID 10, estavam a alucinações orgânica, esquizofrenia, transtorno depressivo, transtorno misto de ansiedade e depressão, transtorno afetivo bipolar e síndrome de dependência. Foram identificadas formas de violência na infância destes pacientes, como puxar orelha, cabelo, arranhar o braço, bater na cabeça com escova de cabelo, agredir com cinto ou vara, dar banho de salmoura depois de bater, estapear, socar, chutar, atirar objetos, ficar ajoelhado no milho, tirar a roupa e agredir nu, ameaçar com faca, cortar cabelo com facão, exibir revólver dentro de casa, agredir com objetos: chicote, fio de ferro, corda, cano, pau, colocar forçado no pescoço. Do total de 23 participantes do estudo, apenas um não relatou histórico de violência intrafamiliar na infância (PADOVANI; WILLIAMS, 2008).

Contata-se, então, a importância e existência da associação entre episódios traumáticos na infância e transtornos de humor na vida adulta, assim como, outras psicopatologias. Desta forma, estudos que investiguem estes fenômenos são de fundamental importância para possíveis intervenções, dado o prejuízo ao desenvolvimento e bem-estar dos vitimados (FIGUEIREDO; DELLAGLIO; SILVA; SOUZA; ARGIMON, 2013). Ressalta-se, desta forma, que há escassez de estudos que evidenciem as benesses da psicoeducação, explicitando a necessidade de mais trabalhos que possam abordar sobre a tema e seus benefícios para diversos tipos de tratamento, dado que a psicoeducação pode ser utilizada como técnica para informação e orientação, visando a mudanças funcionais no curso do tratamento (NOGUEIRA; CRISOSTOMO; SOUZA; PRADO, 2017).

Desta forma, com o conhecimento sólido, é possível desenvolver e realizar legislações, diretrizes, políticas públicas e serviços comunitários sustentados por apoio e treinamento adequado de diversos setores da sociedade (BENETTI; RAMIRES; SHNEIDER; RODRIGUES; TREMARIN, 2007). Diante do exposto, o presente estudo de caso tem o objetivo de identificar possíveis efeitos das violências ocorridas na infância no quadro de depressão e a efetividade da psicoeducação para melhora e flexibilização das crenças de uma paciente.

MÉTODOS

O presente estudo trata-se de um delineamento qualitativo do tipo estudo de caso, sendo realizadas sessões de in-

tervenção psicoterápica individual, de enfoque cognitivo comportamental.

Foram respeitados os cuidados éticos envolvendo pesquisas com seres humanos, sendo entregue ao paciente um termo de consentimento livre e esclarecido ficando uma cópia com o pesquisador e uma cópia com o paciente estudado.

Como instrumentos para mensuração dos desfechos foram utilizados: o Inventário de Depressão de Beck, o Inventário de Ansiedade de Beck bem como o Inventário de Desesperança de Beck.

HISTÓRIA DO CASO

Informações de identificação

Marta, mulher, branca de 57 anos, do sexo feminino, viúva e aposentada. Trabalhava com vendas para complementar renda e morava com as duas filhas já adultas e um genro.

Marta procurou atendimento psicológico por estar em um quadro de depressão desde a juventude, além de dificuldades financeiras e familiares. A maior queixa da paciente era sua desesperança e falta de expectativas para o futuro.

A paciente teve sua primeira crise de depressão aos 16 anos e, desde então, enfrentara dificuldades da área emocional e psicológica. Apresentava cognições pessimistas em relação a si mesma “não sou amada”, em relação ao futuro “não tenho planos e não sei o que esperar do futuro” e sobre, principalmente, o mundo “as pessoas são más”, “as pessoas querem se aproveitar de mim”. Diante disto, sentia-se triste, com raiva e apresentava sintomas fisiológicos como tremores e palpitações. Além disto, Marta apresentava estressores ambientais como a convivência familiar e a situação financeira vulnerável.

Marta fazia acompanhamento com psiquiatra e fez uso do fármaco Fluoxetina por 25 anos e no mês de setembro de 2019 mudou o uso para o fármaco Desve. Durante a sua infância, Marta relatou ter convivido com diversos tipos de violências, estas perpetradas por sua mãe. Agressões psicológicas, como xingamentos com palavras de baixo calão e deprecições que aconteciam com alta frequência e desde que era criança. Marta relatou um episódio em que sua mãe a ameaçou de forma física com um objeto cortante (faca) perto ao pescoço.

A paciente casou-se e teve duas filhas. Durante o casamento, Marta descreveu que o marido não a ajudava como gostaria com as despesas de casa e, mais tarde, ele viciou-se em jogos de azar e no uso de cocaína, o que provocou conflitos maiores no âmbito familiar, até o seu falecimento há 3 anos. Relatou que antes de ter filhos, gostaria de poder tratá-los diferentemente da maneira como sua mãe o fez, entretanto, descreveu que, no

decorrer do desenvolvimento de suas filhas, também usava de xingamentos e outras violências psicológicas, o que a fazia sentir culpa. Descreveu também que possuía nódulos na tireoide, colesterol alto, e diagnóstico de fibromialgia e tratava destas questões com os respectivos profissionais de saúde.

Apresentou diagnóstico de Transtorno Depressivo Maior: a-) *Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo ou por observação feita por outras pessoas.* Marta relatou que passava a maior parte do dia deitada na cama, assim como, tal comportamento era indicado por familiares; b-) *Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias.* A paciente descreveu que não sentia vontade em realizar atividades necessárias, como também, as que já sentiu prazer em fazer; c-) *Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta.* Apesar de Marta descrever ter pouco apetite e comer pouco durante o dia, possuiu ganho de peso ao longo do tempo; d-) *Insônia ou hipersonia quase todos os dias.* A paciente relatou demorar várias horas para conseguir dormir na maior parte dos dias; e-) *Fadiga ou perda de energia quase todos os dias.* Marta descreveu se sentir cansada e com fadiga mesmo em repouso; f-) *Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada.* A paciente relatou que se sentia inútil quando estava com dificuldades financeiras, e culpada ou responsável por acontecimentos mesmo quando fora de seu alcance; g-) *Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias.* Marta descreveu que sua memória e concentração estão piores com o passar dos anos; h-) *Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio.* Marta relatou pensar em suicídio, porém, por sua religiosidade marcante, não apresentava plano específico.

Formulação de Caso Clínico

O precipitante do quadro depressivo da paciente foi, segundo ela, uma discussão com sua mãe. Os gatilhos eram ter que sair de casa, discussões familiares e quando a situação financeira se agravava. Situação 1: Discussão com a cunhada; Pensamento: “Minha família não gosta de mim”; Emoção: Tristeza; Comportamento: Isolamento social. Situação 2: Filha diz que vai sair de casa; Pensamento: “Isso foi uma traição”;

Emoção: Tristeza; Comportamento: Impede que a filha saia. Situação 3: Discussão com as filhas.

Pensamento: “As pessoas me magoam porque não gostam de mim”; Emoção: Tristeza; Comportamento: Evita sair de casa.

O esquema mental identificado no caso de Marta foi o de desamor no qual a crença central “não sou amada” se apresentava. Diante disto, tinha como crença intermediária “se eu me distanciar das pessoas, então, não me sentirei desprezada” e suas estratégias compensatórias eram a esquiva de situações sociais e a culpabilização dos outros pelos próprios comportamentos. Seus processos de manutenção eram a esquiva, ruminação e busca de segurança, diante de um histórico infantil de agressões sofridas por sua mãe.

Marta relatou que fez acompanhamento com o psiquiatra durante todas as fases do transtorno depressivo, sem deixar de utilizar os fármacos necessários ao tratamento. Além disso, possuía uma importante relação com sua religiosidade, ajudando a se manter estável nos momentos de crise. Apresentava cognições pessimistas em relação a si mesma em um esquema de desamor “não sou amada”; em relação ao futuro “não tenho propósitos” e em relação aos outros “as pessoas são más”. Desta forma, quando havia alguma discussão familiar ou quando não a convidavam para alguma festividade, estas crenças eram ativadas e os pensamentos pessimistas surgiam “não gostam de mim” e “não me dão valor”. Assim, toda a tríade cognitiva necessitou ser flexibilizada para melhora da qualidade de vida da paciente.

PLANO DE TRATAMENTO

Os objetivos do tratamento

As metas relacionaram-se ao aumento do convívio com as pessoas que gostava, para elevar seu humor e diminuir a redução de atividades e a esquiva; alimentar-se regularmente durante o dia, pois a paciente comia poucas quantidades de comida e, também começar a usar a bicicleta ergométrica, porque a atividade física poderia beneficiar o estado mental e auxiliar na perda de peso e nas dores musculares.

Na fase inicial do plano de tratamento de Marta foi objetivado trabalhar a melhora do sono, do convívio social e a regularidade para se alimentar. Tais metas melhorariam o humor, atuariam o comportamento e seriam tarefas simples e que em curto prazo poderiam ser realizadas. Foram utilizadas as técnicas de resolução de problemas, listas de vantagens e desvan-

tagens, psicoeducação, experimento comportamental, questionamento de pensamento e escala de realização.

Na fase intermediária objetivou-se o questionamento e modificação de crenças centrais e dos processos de manutenção, pois seria importante para aquisição de novas habilidades e para reestruturação de crenças. As técnicas utilizadas foram a resolução de problemas, questionamento de crenças, role play, experimento comportamental (EC) e treino de habilidades sociais.

Na fase final, trabalhou-se a prevenção de recaídas e a manutenção de ganhos, para que a paciente pudesse manter seus avanços. Para tanto, utilizou-se as técnicas de resolução de problemas e o quadro de crenças.

Durante as sessões foi desenvolvida uma boa aliança terapêutica, a paciente se sentia à vontade para relatar sobre aspectos íntimos e difíceis à cerca de sua vida. Outro ponto importante, foi a assiduidade nas sessões, onde Marta relatava gostar de frequentar e que a estava ajudando consideravelmente.

Intervenções / Procedimentos

Uma importante aliada de todo o processo de terapia foi a psicoeducação. A partir desta técnica foi possível educar a paciente sobre a depressão, os processos de manutenção envolvidos e a necessidade de modificação para melhora da qualidade de vida. Além disso, possibilitou-se instruir sobre os possíveis efeitos da violência no funcionamento mental, para que o incidente crítico da depressão fosse identificado e que as crenças e cognições advindas desta dinâmica fossem flexibilizados e modificados.

Para que as estratégias compensatórias pudessem ser acordadas, foram feitas listas de vantagens e desvantagens quando se objetivava um possível comportamento para se testar desfechos e cognições. Como, por exemplo, a estratégia de combinar de visitar uma amiga quando a paciente estava com redução de atividades, usando de esquivas para com o convívio social e com a cognição de que “era melhor ficar em casa, pois as pessoas são más”.

Uma lista de vantagens e desvantagens possibilitou a compreensão das benesses de testar este comportamento e pensamento. Por fim, o experimento demonstrou que, de fato, os benefícios do convívio social foram maiores em comparação com

os malefícios, o que elevou seu humor e atenuou a redução de atividades.

Obstáculos

Um dos maiores obstáculos à terapia foi o humor notadamente deprimido da paciente. Portanto, as técnicas utilizadas na fase inicial do tratamento possibilitaram uma gradual modificação no seu estado mental. Assim, foram questionados pensamentos distorcidos, objetivou-se a resolução de problemas e a ativação comportamental, para que Marta pudesse ter um maior sentimento de auto eficácia e melhora dos sintomas psicológicos.

RESULTADOS

De início, Marta procurou a terapia para tratar seus sintomas depressivos e desesperança em relação ao futuro. Relatava permanecer muitas horas do dia em seu quarto e evitava sair de casa. Trabalhou-se a identificação de pensamentos que influenciavam em seu humor e comportamentos.

A identificação das crenças centrais de que “as pessoas são más” e de que “não sou amada” foi importante para que a paciente pudesse questionar a racionalidade destas cognições que afetavam seu humor, agravando seu quadro depressivo e afastando das pessoas, assim como, a psicoeducação sobre como as crenças centrais são importantes para entender como os indivíduos pensam, sentem e se comportam.

A partir destes questionamentos e orientações, foi possível romper com ideias que a acompanhavam há muito, e que permeavam seu estado mental e suas relações. No Quadro 1, observa-se a técnica de minuta de crenças utilizada com a paciente, pode-se verificar como, diante de um pensamento distorcido, Marta pôde flexibilizá-lo e obter outras interpretações possíveis diante de um evento.

Ao final do tratamento a paciente passou a ampliar e a nutrir relações sociais prazerosas e passou a conseguir evitar a esquivas de sair de casa e de atividades domésticas. A maior queixa de Marta fora que se sentia sem planos para o futuro e isto a deixava mais deprimida. A paciente passou a apresentar propósitos ou metas para a posteridade, além de passar a apresentar um discurso menos pessimista e deprimido.

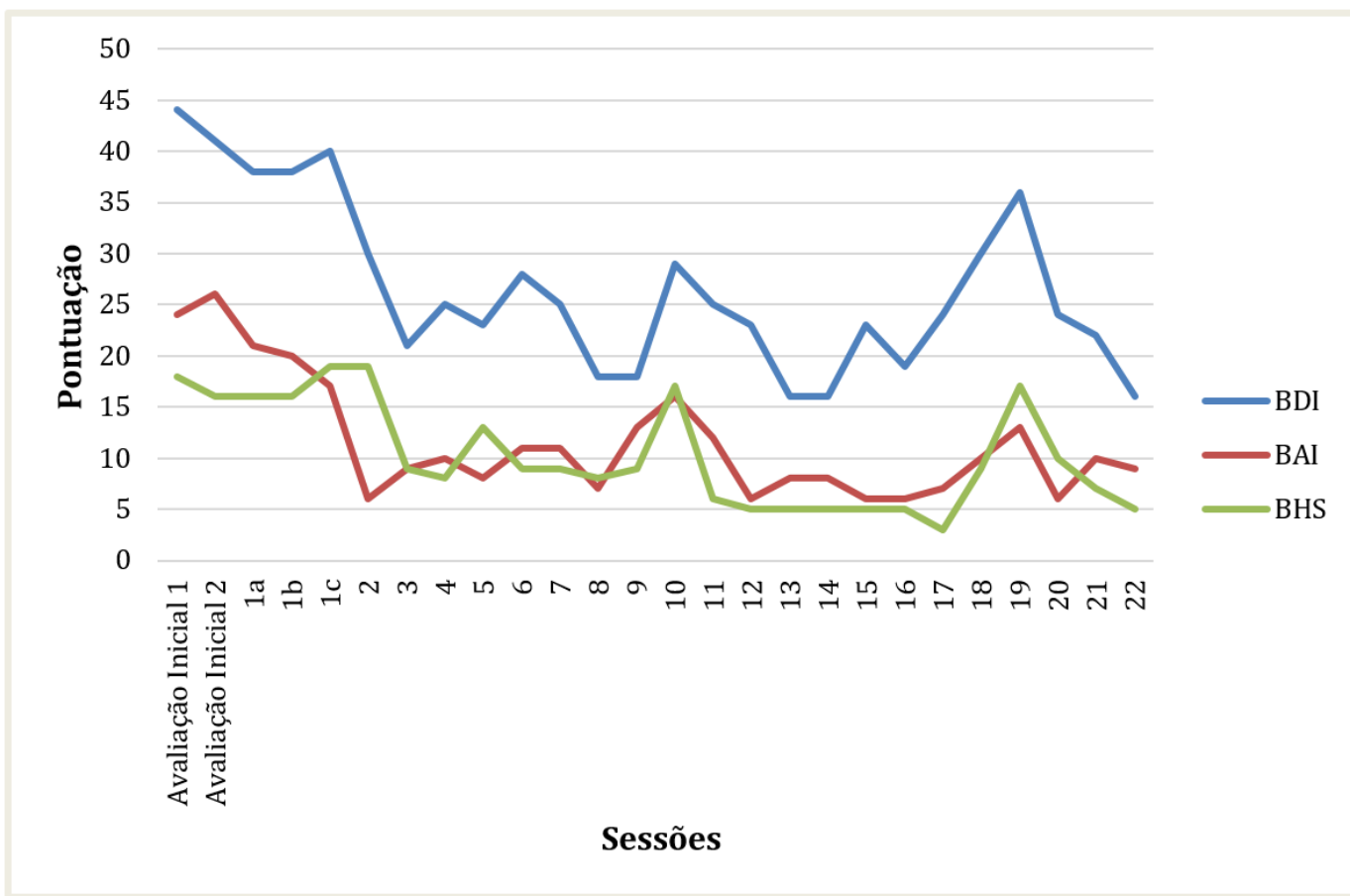
Na Figura 1, verifica-se o gráfico dos escores obtidos das escalas de humor BDI (Beck Depression Inventory), BAI (Beck Anxiety Inventory) e BHS (Beck Hopelessness Scale).

O objetivo final da terapia concentrou-se em manter os ganhos que a paciente obteve durante a terapia e atenuar os

Quadro 1 - Flexibilização de crenças através da técnica minuta de crenças

Crença: “As pessoas são más”			
Situação	Pensamento automático	Mas...	Então...
Parente não a convida para uma festa	“Ele foi maldoso”	Esta pessoa já passou por muitas situações difíceis e se fechou com a família	Talvez não tenha convidado outras pessoas também
Crença: “Não sou amada”			
Situação	Pensamento automático	Mas...	Então...
Filha diz que vai sair de casa	“Isto foi uma traição”	Ela quer mais privacidade e ter a própria casa	Talvez ela não tenha feito com intuito de me magoar ou porque não tem consideração por mim

Figura 1 - Gráfico de mensuração do humor através das escalas: BDI: Inventário de depressão de Beck; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; BHS: Inventário de Desesperança de Beck.



possíveis efeitos das dificuldades no âmbito doméstico para a qualidade de vida da paciente.

DISCUSSÃO

No presente estudo, foi possível observar que as agressões domésticas tiveram consequências a médio e longo prazo no histórico de vida da paciente e ocorreram de diferentes formas, psicológica e física. Além disto, Marta está inserida em

uma estatística, onde pessoas do sexo feminino são mais atingidas pela violência doméstica e que a genitora da família foi o indivíduo a agredir. E apesar das notadas vezes em que as agressões ocorreram, não houve notificações, dado o pacto de silêncio envolto no tema. Tais dados corroboram com dados contidos na literatura (DEVANEY, 2015; BRITO et al., 2004; ABRANCHES et al., 2011).

Desta forma, diante dos escores obtidos nas escalas de humor (Figura 1) é possível perceber que houve um gradual de-

créscimo, porém, com certos picos de aumento (sessões 6, 10 e 19). Nestas sessões onde os escores foram maiores, a paciente relatava algum tipo de discussão com a família que, por sua vez, ativavam as crenças de desamor e afetavam os sentimentos e desesperança de forma marcante.

Durante tais sessões, onde a paciente relatava discussões no âmbito familiar, o questionamento socrático foi utilizado para acolher a paciente e indicar as possíveis relações entre as discussões atuais e ativação de crenças. E assim, como o histórico de agressões pode ter agido como incidente crítico e agravante para o transtorno depressivo, assim como, hipotetizado no presente estudo e descrito na literatura (PADOVANI et al., 2008; FIGUEIREDO et al., 2013, SCOTT et al., 2012).

Entretanto, tais escores não se mantinham em alta por consequentes sessões e, o possível motivo para isto, foi que a psicoeducação utilizada no tratamento da paciente foi benéfica para flexibilização e modificação cognitiva. Para demonstrar tal efeito, a minuta de crenças (Quadro 1), exhibe a flexibilização de pensamentos diante de situações que ativavam crenças negativas sobre ela e sobre os outros. Tal ferramenta mostra, de maneira mais nítida, como as crenças negativas ainda existiam no funcionamento da paciente, porém, como ela mesma pôde flexibilizar crenças centrais para garantir mudanças mais duradouras em seu funcionamento, assim como sugeriram autores da área (KNAPP; BECK, 2008; WENZEL, 2012).

Comprovando, assim, a efetividade da TCC para o tratamento de pacientes com depressão. (WRIGHT et al., 2012; COLOM et al., 2004; CAMARGO et al., 2013; BATISTA et al., 2011, BRAGA, 2014; PAWELL et al., 2008).

CONCLUSÃO

A psicoeducação foi útil para que a paciente desenvolvesse a habilidade de ser sua própria terapeuta, para modificar o seu funcionamento, progredir no quadro clínico, se auto monitorar, aderir ao tratamento e assim, diminuir os sintomas depressivos, de ansiedade e desesperança. Entretanto, o presente estudo possui limitações devido ao longo tempo que a paciente permaneceu sem atendimento psicológico, o que pode ter sido um fator à cronificação da depressão e, possivelmente, reduzido os efeitos benéficos da terapia para melhora mais expressiva em seu quadro clínico.

Desta forma, demonstra-se a importância de novos estudos que abordem a possível relação entre o tempo de permanência dos indivíduos sem acompanhamento psicológico e a durabilidade dos transtornos de ordem mental. Assim como, diante dos resultados apresentados, denota-se a relevância de novos trabalhos que identifiquem os efeitos da violência na saúde

mental dos indivíduos, dada a pouca literatura no tema em contrapartida com as profundas consequências observadas na qualidade de vida da população atingida.

Conclui-se, também, a necessidade da expansão de estudos que comprovem a efetividade de técnicas que auxiliem na melhora clínica dos pacientes com histórico de violência doméstica em quadros depressivos, para que estes possam ser beneficiados com intervenções cada vez mais baseadas em evidências.

REFERÊNCIAS

- ABRANCHES, C. D.; ASSIS, S. G. A (in)visibilidade da violência psicológica na infância e adolescência no contexto familiar. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, n. 5, v. 27, p. 843-854, maio 2011.
- BATISTA, T. A.; BAES, C. W.; JURUENA, M. F. Efficacy of psychoeducation in bipolar patients: systematic review of randomized trials. *Psychol. Neurosci.*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p.
- BECK, J. (2013). **Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática**. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.
- BENETTI, S. P. C.; RAMIRES, V. R. R.; SCHNEIDER, A. C.; RODRIGUES, A. P. G.; TREMARIN, D. Adolescência e saúde mental: revisão de artigos brasileiros publicados em periódicos nacionais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1273-1282, jun. 2007.
- BRAGA, M. **Eficácia da psicoeducação para pacientes com repressão unipolar**. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, Brasil, 2014.
- BRITO, A. M.; ZANETTA, D. M.; MENDONÇA, R. C.; BARISON, S.; ANDRADE V. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 143-149, Mar. 2005.
- CAMARGO, J.; ANDRETTA, I. **Terapia Cognitivo-Comportamental para depressão: um caso clínico**. Contextos Clínicos, São Leopoldo, v. 6, n. 1, p. 25-32, jun. 2013.
- COLOM, F.; VIETA, E. Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, São Paulo, v. 26, supl. 3, p. 47-50, Oct. 2004.
- DEVANEY, J. **Research Review: The Impact of Domestic Violence on Children**. Irish Probation Journal, v. 12, p.79-94. Oct, 2015
- FIGUEIREDO, A. L.; DELLAGLIO, J. C.; SILVA, T. L.; SOUZA, L. D. M.; ARGIMON, I.I. L. Trauma infantil e sua associação com

transtornos do humor na vida adulta: uma revisão sistemática. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 480-496, 2013.

KNAPP, P.; BECK, A. T. Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s54-s64, Oct. 2008.

NOGUEIRA, C. A.; CRISOSTOMO, K. N., SOUZA, R.; PRADO, J. D. M. A importância da psicoeducação na terapia cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática. **Hígia revista de ciências da saúde do oeste baiano**, v. 2, n. 1, 2017.

OLIVEIRA, A. C. (2019). Eficácia da terapia cognitivo comportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, 15(1), 29-37.

PADOVANI, R. C.; WILLIAMS, L. C. A. Histórico de violência intrafamiliar em pacientes psiquiátricos. **Psicologia Ciência e Profissão**, Brasília, v. 28, n. 3, p. 520-535, mar. 2008.

POWELL V. B.; ABREU N.; OLIVEIRA I. R.; SUDAK, D. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s73-s80, Oct. 2008.

SCOTT, K.; MCLAUGHLIN, K.; SMITH, D.; ELLIS, P. 2012. Childhood maltreatment and DSM-IV adult mental disorders: comparison of prospective and retrospective findings. **The British Journal of Psychiatry**, 200, 469-475, 2012.

TURSI, M. F. S.; BAES, C. W.; CAMACHO, F. R. B.; TOFOLI, S. M. C.; JURUENA, M. F. Effectiveness of psychoeducation for depression: a systematic review. **Australian & New Zealand Journal of Psychiatry**, v. 47, n. 11, p. 1019-1031, 2013.

WENZEL, A. Modification of core beliefs in cognitive therapy. In Standard and innovative strategies in Cognitive Behavior Therapy. IntechOpen, 2012.

WRIGHT, J. H., SUDAK, D. M., TURKINGTON, D., & THASE, M. E. (2012). **Terapia cognitivo-comportamental de alto rendimento**

para sessões breves: **Guia ilustrado**. Porto Alegre: Artmed.

CURRÍCULOS

* Especialista em Terapia Cognitiva pelo Centro de Terapia Cognitiva CTC VEDA.

** Mestre em Saúde Mental. Docente do Centro de Terapia Cognitiva CTC VEDA.

*** Doutora pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (USP). Docente do Centro de Terapia Cognitiva CTC VEDA. Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8553808669566010>