

MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: UM ENFOQUE COGNITIVO COMPORTAMENTAL

Rilzeli Maria Gomes¹

RESUMO

O presente estudo visa a uma revisão da literatura a respeito da violência psicológica contra a mulher e transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), tendo em vista que este afeta a vida funcional das mulheres vítimas de violência, bem como estratégias terapêuticas utilizadas em Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), no tratamento do TEPT. Dessa forma, foi realizada uma busca por artigos que descrevem protocolos para tratamento e particularidades de mulheres que sofrem violência. Os estudos de revisão fortalecem a associação entre mulheres vítimas de violência doméstica e TEPT, bem como a necessidade de tratamento especializado.

Palavras chaves: Violência doméstica, violência psicológica, transtorno de estresse pós-traumático, terapia cognitivo comportamental.

WOMEN VICTIMS OF DOMESTIC VIOLENCE AND POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: A COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH

ABSTRACT

The present study aims to review the literature on psychological violence against women and posttraumatic stress (PTSD), given that it affects the working life of women victims of violence, as well as therapeutic strategies used in Cognitive Behavioral Therapy (TCC) for the treatment of PTSD. Thus, we performed a search for articles that describe protocols for treatment and particularities of women who suffer violence. Review studies strengthen the association between women victims of domestic violence and PTSD, as well as the need for specialized treatment.

Keywords: Domestic violence, psychological violence, posttraumatic stress disorder, cognitive behavioral therapy.

¹ Graduação em Psicologia. Especialista em Saúde Pública pela Universidade de Cuiabá. Especialista em Terapia de Casal e Família e Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental – CEFI (Centro de estudos da Família e Indivíduo). Psicóloga das Varas Especializadas de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher – Fórum da Capital/ Cuiabá MT e Psicóloga Clínica.

Introdução

O termo violência doméstica tem sido utilizado para caracterizar todas as formas de violência praticadas no ambiente familiar. A violência contra a mulher é um fenômeno complexo, suas causas são múltiplas e vem adquirindo uma perspectiva ameaçadora e sombria, proporcionando e facilitando a ocorrência de condutas violentas.

Themis (citado por Rovinski, 2004), acrescenta que violência contra a mulher é qualquer ato de violência que tem por base o gênero e que resulta ou pode resultar em dano ou sofrimento de natureza física, sexual ou psicológica, inclusive ameaças, coerção ou privação arbitrária da liberdade, que se produzam na vida pública ou privada. As mulheres vítimas são submetidas às piores atrocidades em seu abrigo inviolável, são atacadas, ameaçadas, espancadas, humilhadas, sujeitadas à condição de coisa e expostas às mais temíveis formas de agressão.

Destarte a problemática referente à violência psicológica, um dos maiores flagelos em que vivem, atrás de portas fechadas e em silêncio, as mulheres são vítimas de seus próprios companheiros. Esta fragiliza a capacidade de reação da vítima à situação de agressão, fato que traz sensação de imensa frustração e impotência, levando a consequências trágicas.

A vivência da violência psicológica, percebida e praticada inicialmente de forma sutil e velada, passa a ser uma questão de saúde pública, visto que vários prejuízos emocionais são instalados na vida da mulher, impedindo seu desenvolvimento no âmbito familiar, profissional, emocional e social. Comumente procuram a atenção médica com sintomas que podem sugerir uma história de violência doméstica, incluindo depressão, aumento do uso de álcool e drogas, transtorno de estresse pós-traumático e mudança no sistema endócrino (Adeodato, Carvalho, Siqueira & Souza, 2005).

No Brasil, estudo de base populacional mediu a ocorrência de violência contra as mulheres, realizado com amostra representativa nacional de 2.502 mulheres de 15 anos ou mais. Nessa investigação 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência praticada por um homem na vida; um terço admitiu ter sofrido alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica. Maridos, ex-maridos, namorados e ex-namorados foram os principais agressores, variando de 88% dos autores de tapas e empurrões a 79% dos perpetradores de relações sexuais forçadas (Venture, Recamán & Oliveira, 2004).

De acordo com o Senado Federal (2005), identificou-se que a grande maioria das mulheres agredidas (71%) já foi vítima da violência mais de uma vez, sendo que 50% foram vítimas por 4 vezes ou mais. Este diagnóstico caracteriza a violência doméstica como uma prática de repetição, agravando, ainda mais, a situação das mulheres brasileiras. O maior agressor no ambiente doméstico é o marido ou companheiro, com 65% das respostas. Em seguida, o namorado passa a ser o agressor, com 9% e o pai, com 6%.

Tendo em vista a prevalência da violência doméstica contra a mulher e o Transtorno de estresse pós-traumático - TEPT como uma de suas consequências, o objetivo deste estudo é a revisão destes temas e sua abordagem pelo modelo cognitivo-comportamental. O método utilizado foi uma revisão da literatura.

Violência psicológica e transtorno de estresse pós-traumático

A agressão psicológica se inicia de forma lenta e silenciosa, progride em intensidade e consequências. Comumente no âmbito das relações afetivas, o homem tenta diminuir a importância da mulher, com frases depreciativas, humilhações, constrangimentos até a

agressão física propriamente dita. Tais ofensas e agressões praticadas frequentemente, causam intenso sofrimento, levando a alterações de comportamento que possivelmente mobilizarão todas as esferas da vida (Silva, Coelho & Caponi, 2007).

Para Roth e Colés (citado por Rovinski, 2004), os sintomas psicológicos são aqueles característicos de vivências traumáticas. Sintomas de choque, negação, recolhimento, confusão, entorpecimento e medo são frequentemente relatados na literatura. Os sintomas mais importantes, no entanto, parecem ser depressão, desesperança, baixa auto-estima e negação. Tais sintomas contribuem para manter a mulher na relação abusiva. Também podem se apresentar sentimentos de incapacidade, ansiedade, irritabilidade, perda de memória, abuso de álcool e drogas.

Sanders (citado por Rovinski, 2004) considerou que os vários sintomas apresentados são decorrentes das constantes agressões psicológicas. As mulheres maltratadas experenciam sintomas de TEPT, pensamentos intrusivos, como sonhos e revivências das situações abusivas, e também sintomas de evitação, evitando lembrar as situações de agressão vividas. Também estão presentes sintomas de hiperexcitabilidade autonômica, como alterações no sono, surtos de raiva, dificuldade de concentração, hipervigilância e propensão para “assustar-se” de forma exagerada (Margis, 2003).

A base dos vários modelos explicativos, que levam em consideração os processos cognitivos envolvidos na formação do TEPT, sugere que a capacidade de adaptação da pessoa ao evento traumático requer e depende do processamento e da integração do ocorrido nos esquemas cognitivos pré-existentes e o subsequente desenvolvimento de novos esquemas, conforme propõe Horowitz (1995). Este autor acredita que a formação dos esquemas geradores de ansiedade e esquiva seriam resultantes da incapacidade em processar a informação adequadamente, isto é, os processos cognitivos estariam agindo como se não conseguissem fazer a “digestão mental” da situação traumática (Knapp & Caminha, 2003).

O TEPT é uma condição frequentemente crônica, associada à grave morbidade e incapacitação psicossocial. A descrição do TEPT no DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002), define uma síndrome que se desenvolve em resposta a uma classe específica de estressores, que é um evento catastrófico, ou a eventos traumáticos que se distinguem das situações normais da vida, como perda de emprego. O TEPT é uma consequência psicopatológica comum na violência doméstica, porém não única (Quarantini, 2009).

Episódios recorrentes de violência são considerados por psicólogos e outros profissionais da área da saúde como eventos traumáticos, caracterizados pela exposição contínua e prolongada a eventos de alto impacto emocional, pouco previsíveis e/ou controláveis reconhecidos por serem variáveis, múltiplos e de longa duração (Meichenbaum, 1994). O mesmo autor afirma que mulheres vitimizadas por seus companheiros apresentam altos níveis de depressão, ideação e tentativas suicidas, abuso de substância e, mais especificamente sintomas de TEPT, distúrbio de sono e/ou alimentação, entre outros. Em sua revisão sobre TEPT e vítimas de violência doméstica, afirma que tais mulheres apresentam constantemente sensação de perigo, tornando-se em geral mais dependentes e sugestionáveis dificultando grandemente a tomada de decisões e, em consequência à situação de desamparo em que vivem, apresentam sentimento de culpa e dificuldade em fazer planos para o futuro em relação à família, aos filhos, carreira, etc.

Estima-se que as taxas do TEPT em mulheres vítimas de violência pelo parceiro íntimo variem entre 45 e 60% (Houskamp & Foy, 1991; Lilly & Graham-Bermann, 2009). Coker et al (2005), em um estudo com 369 mulheres vítimas de violência, verificaram que

40% das mulheres da amostra desenvolveram TEPT, e que 24% apresentaram sintomas moderados a severos do transtorno.

Kar e Bastia (2006) relatam ainda que a prevalência do TEPT tende a crescer no mundo, principalmente em grandes centros urbanos onde o registro de violências é elevado e em países em desenvolvimento onde o apoio às vítimas é deficitário. Dessa forma, o TEPT tem sido considerado o quarto transtorno mental mais comum (Yehuda, 2002).

Dessa maneira torna-se necessário o reconhecimento do diagnóstico para que tal transtorno possa ser tratado por profissional especializado, destacando a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) como abordagem de intervenção.

Tratamento

Ao se tratar um paciente com TEPT deve-se ter em mente a complexidade do transtorno e a necessidade de um tratamento multidimensional. A farmacoterapia exerce um papel importante no alívio dos sintomas, e também favorece a obtenção de melhores resultados na psicoterapia. A abordagem terapêutica mais eficaz é obtida quando o paciente é tratado concomitantemente com farmacoterapia e psicoterapia, especialmente a cognitivo-comportamental (Davidson, 1992).

A TCC apresenta eficácia comprovada no tratamento do TEPT, sendo considerada o tratamento de primeira escolha (Mendes et al, 2008; Bisson & DeAngelis, 2008). Pressupõe que a maneira como interpretamos as situações influencia nossos sentimentos e comportamentos. Portanto, crenças disfuncionais desenvolvidas após o evento traumático ou já existentes anteriormente colaboram para o surgimento de sentimentos disfóricos e comportamentos desadaptativos, o que pode favorecer o desenvolvimento de patologias (Beck, 1997). O indivíduo com TEPT pode perder a sensação de segurança e passar a se ver de forma negativa, além de desenvolver um senso de responsabilidade pelo ocorrido (Foa, 1998).

No TEPT, pode ocorrer condicionamento do local e de elementos presentes na situação, que eliciam respostas de ansiedade não existentes anteriormente. Devido à produção de reações ansiogênicas, esses estímulos são evitados, assim como qualquer lembrança do trauma, o que promove alívio momentâneo da ansiedade. Dessa forma a evitação é reforçada negativamente, ocorrendo aumento de sua frequência. O tratamento, portanto, consiste em fornecer ferramentas que auxiliarão as vítimas de violência doméstica a identificar, avaliar a realidade de suas cognições e a modificar crenças disfuncionais e expô-lo às situações e lembranças evitadas por considerá-las perigosas.

A maioria das formas de TCC para o TEPT consiste em três elementos principais, variando na ênfase dada a cada um deles: psicoeducação, exposição e reestruturação cognitiva (Zayfert & Becker, 2007).

Psicoeducação

É fundamental que se inclua no início da terapia uma sessão para esclarecimento de todas as informações que a paciente necessite sobre seu transtorno e o tratamento. O papel do terapeuta é educar e familiarizar a paciente em relação aos seus problemas, esclarecendo-a acerca das implicações e consequências do diagnóstico.

O objetivo primeiro é fazer da paciente uma colaboradora ativa, aliada aos profissionais envolvidos e conseqüentemente tornar o procedimento terapêutico mais

efetivo (Justo & Calil, 2004). Para Caminha et al. (2003) é imprescindível que a paciente seja informada quanto ao modelo de tratamento ao qual será submetida.

Técnica de exposições

A técnica de exposição a estímulos temidos foi desenvolvida por Meyer, nos anos 60, (citado por Salkovskis, 1999). A técnica consiste na exposição direta do paciente aos estímulos temidos ou às situações temidas e evitadas por serem desencadeadoras de ansiedade. A exposição é feita repetidamente, de forma aguda ou gradual, ao vivo ou imaginativa, conforme mais indicado pela avaliação dos sintomas e do contexto (Richard & Lauterbach, 2007). O tempo de exposição deve ser longo o bastante para permitir o aumento crescente da ansiedade até um máximo e depois sua redução (Foa 1986; Kosak & Marshall, 1985). Esse tempo de permanência do paciente exposto ao estímulo viabiliza os processos de habituação e extinção.

Outra técnica utilizada é a inundação, aqui o paciente é exposto diretamente ao estímulo em toda a sua dimensão, ao vivo ou por imaginação, na forma provocativa da ansiedade mais intensa, sem interrupção, até que a ansiedade diminua (Taylor, 2006).

Considerada também eficaz é a exposição por imagem que envolve a exposição sistemática, repetida e prolongada às memórias traumáticas, incluindo as memórias após o trauma, se estas também provocarem sofrimento. Este tipo de exposição reduz o sofrimento associado às memórias traumáticas e à revivência dos sintomas. A exposição imagística também ensina ao paciente que as memórias do trauma e as emoções associadas a ele não são perigosas. Pode ser feita através de uma descrição por escrito do evento ou gravação da narrativa do mesmo (Rothbaum et al., 2000; Taylor, 2006).

Reestruturação Cognitiva

A reestruturação cognitiva envolve, a princípio, a detecção de pensamentos distorcidos, de crenças condicionais e da crença central do paciente, orientando assim o terapeuta na compreensão sobre o funcionamento cognitivo da vítima em atendimento. Um diário deve ser utilizado para auxiliar o paciente a registrar seus pensamentos automáticos distorcidos e a respectiva ansiedade. A seguir, o paciente é orientado a observar estes pensamentos com distância e questioná-los, de modo a perceber suas distorções e corrigi-los de maneira a baixar a ansiedade gerada por eles. O desafio dos pensamentos automáticos distorcidos é feito através da técnica de questionamento socrático, questionamento de evidências que confirmem ou não as hipóteses negativas da vítima, entre outras (Clark, Wells, Liebowitz, Hope & Schneier, 1995).

O exercício de identificação, questionamento e modificação dos pensamentos disfuncionais negativos que geram e mantêm o TEPT, por si só, é um recurso que permite ao paciente reconhecer a relação entre os pensamentos e os seus sintomas. Além disso, essa aprendizagem o capacita a reduzir a interferência negativa dos pensamentos sobre as emoções, aumentando assim seu controle e autoconfiança. (Mito, Rosso, Kendall, & Asbahr, 2008).

Uma vez identificados os pensamentos distorcidos, é possível encontrar a crença central subjacente que gerou e mantém tais pensamentos, bem como as crenças condicionais e estratégias compensatórias que o paciente utiliza para lidar com sua crença.

Para isso, questiona-se o paciente a respeito do significado dos pensamentos que ele identificou (Ito, 2008).

Treino de autoinstrução

Essa técnica envolve avaliar cognições desadaptativas e substituí-las por cognições adaptativas, através de auto-afirmações que a própria paciente aprende para usar diante de situações de ansiedade. Segundo Dattilio (2004), são divididas em quatro fases: preparação, momento que se identifica o problema e avalia as consequências negativas; confrontação, momento em que se divide a meta em passos manejáveis; gerenciamento, imaginar a ansiedade como manejável e temporária e reforço, fazer a autoafirmações positivas.

Respiração Controlada

É praticada diariamente a respiração diafragmática profunda em um ritmo de aproximadamente 4 segundos para inspirar e 4 para expirar. As instruções são para colocar a mão no peito e abdômen. Expandir o estômago como um balão, com o mínimo movimento possível da mão sobre o peito. O procedimento deve ser praticado até se atingir um ciclo suave e fluido de respiração (Dattilio & Freeman, 2004).

Conclusão

A vivência de violência doméstica vem se tornando tema de importantes debates e assistência, por imprimir em suas vítimas marcas psicológicas. Constantemente, estão expostas a várias formas de agressões; dessa maneira, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) passa a causar prejuízo social, funcional e ocupacional. As intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental devem propiciar a percepção e conscientização das vítimas sobre as características psicológicas e a interpretação que se faz sobre tal evento considerado negativo, e reestruturá-las, através de técnicas específicas.

A TCC apresenta eficácia comprovada (Mendes et al., 2008), sendo considerada o tratamento de primeira escolha. Nesse sentido os profissionais precisam estar habilitados a desenvolver atendimento especializado, a fim de detectar sintomas precoces e oferecer tratamento adequado.

Referências

- Adeodato, V. G., Carvalho, R. R., Siqueira, V. R., & Souza, F. G. M. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 39(1). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n1/14.pdf>
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Trad. Claudia Dornelles. 4.ed.rev. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, A.T. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Bisson, J. (2007). Post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, 57(6), 399-403.

- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M. & Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais : Teoria e Prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Clark, D.M. & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In: Heimberg, R.G., Liebowitz, M.R., Hope, D.A. & Schneier F.R., editors. *Social phobia: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Guilford.
- Coker, A.L., Weston, R., Creson, D.L., Justice, B. & Blakeney, P. (2005). PTSD Symptoms Among Men and Women Survivors of Intimate Partner Violence: The role of risk and protective factors. *Violence Victims, 20* (6), 625-643.
- Dattilio, F. M. & Freeman, A. (2004). *Estratégias cognitivo-comportamentais de intervenção em situações de crise*. Porto Alegre: Artmed.
- Davidson, J. (1992). Drug therapy of post-traumatic stress disorder. *Br J Psychiatry 160*, 390-14.
- Deangelis, T. (2008). PTSD treatments grow in evidence, effectiveness. *American Psychological Association, 39*,1.
- Figueira, I. & Mendlowicz, M (2003). Diagnóstico do transtorno de estresse pós traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 25*(suppl.1). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s1/a04v25s1.pdf>
- Fao, E.B., Rpthbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford.
- Houskamp, B.M. & Foy, D.W. (1991). The Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: *J. Interpersonal Violence, 6* (3), 367-375.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2002). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio - PNAD*. Rio de Janeiro, RJ.
- Kar, N. & Bastia, B.K. (2006). Post-traumatic stress disorder, depression and generalized anxiety disorder in adolescents after a natural disaster: a study of comorbidity. *Clin. Practice Epidemiol. Mental Health, 2*. Disponível em <http://cpementalhealth.com/content/pdf/1745-0179-2-17.pdf>
- Justo, L.P. & Calil, H.M. (2004). Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. *Revista de Psiquiatria Clínica, 31* (2). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v31n2/a05v31n2.pdf>
- Margis, R. (2003). Comorbidade no transtorno de estresse pós-traumático: regra ou exceção?. *Revista Brasileira de Psiquiatria 25*(suppl.1). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s1/a05v25s1.pdf>
- Mendes, D.D., Mello, M.F., Ventura, P., Passarela, C.M. & Mari, J.J. (2008). A Systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine, 38*(3), 241-259.

- Meichenbaum, D. (1994). Victims of Domestic Violence (Spouse Abuse) Em: Autor, *A clinical Handbook/Practical Therapist Manual: For Assessing and Treating Adults With Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)*, pp(77-91). Waterloo, Ontario/Canadá: Institute Press,.
- Quarantini, L.C., Netto, R., Andrade-Nascimento, M., Galvão, A.A., Sampaio, A.S., Miranda-Scippa, A., Bressan, R.A. & Koenen, K.C. (2009). Transtornos de humor e de ansiedade comórbidos em vítimas de violência com transtorno do estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31 (suppl.2). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v31s2/v31s2a05.pdf>
- Richard, D. C. S. & Lauterbach, D. (2007). *Handbook of Exposure Therapies*. New York: Elsevier.
- Rothbaum, B.O; Meadows, Elizabeth A.; Reisk, Patricia & Foy, D. W. Behavioral Therapy (2000). In: Foa, E.B K, Terence. M.; Fridman, M. J. (Eds.). *Effective Treatments for PTSD*. New York: The Guilford Press, p. 60-83.
- Rovinski, Sonia Liane Reichert(2004). *Dano Psíquico em Mulheres Vítimas de Violência*. Rio de Janeiro: Editora Lúmen.
- Salkovskis, Paul. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 29-52.
- Silva, L.L.; Coelho, E.B.S.; Caponi, S.N.C. Violência Silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface (Botucatu)*11(21). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a09.pdf>
- Taylor, Steven. *Clinician's guide to PTSD: a cognitive-behavioral approach*. New York: The Guilford Press, 2006. 337 p.
- United Nations. *Declaration on the elimination of violence against women*. General Assembly Resolution nº. A/RES/48/104 of 20 December 1993. Geneva; 1993.
- Venturi, G, Recamán M, Oliveira S. (2004). *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo.
- Senado Federal.(2005). *Relatório de pesquisa. Violência doméstica contra a mulher. Brasília*. Disponível em http://midia.pgr.mpf.gov.br/hotsites/diadamulher/docs/relatorio_de_pesquisa.pdf
- Schraiber, L.B. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista Saúde Pública* 41(5). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/5854.pdf>
- Yehuda, R. (2002). Post-traumatic stress disorder. *New England J. Med.*, 346(2), 108-114.

Knapp, P, Caminha MR (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1). Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v25s1/a08v25s1.pdf>

Zayfert, Claudia; Becker, Carolyn B. *Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD* (2008): a *case formulation approach*. New York: The Guilford Press.

Endereço para correspondência:

Rilzeli Maria Gomes

Av. Senador Metelo, 1630, Ap. 405 Torre II

Edifício Gardem

Goiabeiras, Bairro Goiabeiras

Cuiabá- MT

E-mail: rilzeli@gmail.com

Recebido em: 08/12/2012.

Aceito para publicação em: 28/12/2012.