

# **A relação do Transtorno de dependência afetiva e a violência doméstica e o tratamento através da terapia cognitiva comportamental**

Autora: Larissa Cristina Francisco

## **RESUMO**

O objetivo desse artigo é identificar se há alguma relação entre o transtorno de Personalidade Dependente e a violência doméstica e causar uma reflexão entre as contradições de violência e o amor e como a terapia cognitiva comportamental pode contribuir com a melhora do transtorno. Os primeiros estudos sobre o tema é “O discurso do amor e da dependência afetiva no atendimento às mulheres em situação de violência”, um estudo realizado em Belém, e “A permanência de mulheres em situações de violência: considerações de psicólogas”, um estudo realizado no em Brasília. A proposta metodológica é uma revisão bibliográfica. Os resultados mostram que o transtorno de Personalidade Dependente corrobora para que as mulheres permaneçam no relacionamento. Através de levantamentos de variáveis fontes esses resultados foram se afirmando.

Palavra chave: violência doméstica, transtorno de dependência, terapia cognitivo comportamental.

## **INTRODUÇÃO**

A discussão acerca da violência perpetrada por parceiro íntimo, em qualquer dimensão ou nível em que se manifeste, ocupa posição relevante na arena discursiva da atualidade. É importante conceituar que, segundo a Organização Mundial da Saúde (2010), Violência por Parceiro Íntimo (VPI, traduzido do termo em inglês *IPV Intimate Partner Violence*) é o “comportamento dentro de uma relação íntima que causa dano físico, sexual

ou psicológico, incluindo atos de agressão física, coerção sexual, abuso psicológico e comportamentos controladores” (p. 11).

Esse tipo de violência ocorre em todos os países do mundo, independentemente de religião, cultura ou grupo social, podendo ocorrer em casais do mesmo sexo ou partindo das mulheres para com os homens, porém a maior prevalência é encontrada em casais em que o homem agride a mulher (OMS, 2002).

O último informativo da organização Mundial de Saúde de 2017 indicou uma estimativa que aproximadamente uma em cada três mulheres, ou seja, 35% das mulheres no mundo já sofreram algum tipo de violência pelo seu parceiro. Ainda há muitas discussões sobre, porque a mulher possui dificuldade em sair do relacionamento? Soares (2005), lista algumas razões como: a própria dificuldade de sair do relacionamento, vergonha, medo, a esperança da mudança de comportamento do marido, o isolamento de seus familiares devido à solicitação de seu companheiro, a dificuldade da sociedade em aceitar e acolher essa mulher e a dependência econômica de seu parceiro.

Para FABENI, Lorena et al (2015), um dos motivos do fato da mulher em situação de violência pelo seu parceiro não denunciar a situação ou prosseguir com o relacionamento, pode ser definido como uma suposta dependência afetiva, que é caracterizado por um transtorno de personalidade o qual é caracterizado pela necessidade excessiva de ser cuidado, que leva a um comportamento submisso ao medo da separação.

## **Transtorno de Personalidade Dependente**

Personalidade é a relação entre temperamento (traços temperamentais (impulsividade, explosão e inibição) e caráter, esses traços são herdados geneticamente, além disso, esses transtornos se desenvolvem em idade precoce que envolve aspectos emotivos e comportamentais do indivíduo, além dos aspectos orgânicos. Quando esses aspectos que contribuí para o transtorno de personalidade causam problemas de ajustamento, provoca sofrimento ao paciente e/ou às pessoas de sua convivência, pode-se pensar em Transtorno de Personalidade, porém só podem ser diagnosticado aos 18 anos.

Para Beck (2017), no caso transtornos de personalidade, os mecanismo etiopatogenéticos principais estão relacionadas às crenças centrais do indivíduo que se forma através das experiências durante o desenvolvimento humano e a predisposição biológica.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (5° edição) (APA 2002), afirma ser:

Uma necessidade difusa e excessiva de ser cuidado que leva a comportamento de submissão e apego que surge no início da vida adulta e está presente em vários contextos, conforme indicado por cinco (ou mais) dos seguintes: 1. Tem bloqueios para tomar decisões cotidianas, necessitando sempre de conselhos e tendo sempre auxílio dos outros. 2. Apresentam uma necessidade que os outros assumam responsabilidade pela maior parte das principais áreas de sua vida. 3. Tem dificuldades em manifestar desacordo com outros devido a medo de perder apoio ou aprovação. (Nota: Não incluir os medos reais de retaliação.) 4. Apresenta dificuldade em iniciar projetos ou fazer coisas por conta própria (devido mais a falta de autoconfiança em seu julgamento ou em suas capacidades do que a falta de motivação ou energia). 5. Vai a extremos para obter carinho e apoio de outros, a ponto de voluntariar-se para fazer coisas desagradáveis. 6. Sente-se desconfortável ou desamparado quando sozinho devido a temores exagerados de ser incapaz de cuidar de si mesmo. 7. Busca com urgência outro relacionamento como fonte de cuidado e amparo logo após o término de um relacionamento íntimo. 8. Tem preocupações irreais com medos de ser abandonado à própria sorte.

Zanin e Valerio (2004), diz que indivíduos com TPD, possuem grandes dificuldades em tomar decisões simples do dia a dia sem conselhos dos outros; apresentam comportamentos passivos fazendo com que o outro tome sempre as iniciativas e se responsabilizando até pela maioria das áreas de suas vidas. Assim, tem medo de perder apoio especialmente das pessoas que dependem e por este motivo, mostram grandes bloqueios em expressar suas opiniões, evitando assim discordâncias.

APA (2002) coloca algumas características que apoiam o diagnóstico, que são caracterizados com frequência por pensamentos negativos, assim dificultando o olhar para si mesmo e seus aspectos positivos. Tendem a buscar aprovação e acolhimento por parte dos outros. A questão profissional pode ser prejudicada, tendem a evitar cargos de responsabilidade e ficar ansiosos diante de decisões. Pode haver risco aumentado de transtornos depressivos, de ansiedade e de adaptação. “O transtorno da personalidade dependente costuma ser concomitante com outros transtornos da personalidade, especialmente borderline, evitativa e histriônica”.

A muitas semelhanças e diferenças entre o TPD e Transtorno de Personalidade Borderline (TPB), é que o TPB reage ao abandono com sentimentos de vazio, pois, temem ao isolamento. Apresentam raiva e exigências, além de apresentarem relacionamentos instáveis e intensos. Os indivíduos com TPD reagem com naturalidade e submissão e buscam urgentemente um relacionamento substituto, que ofereça atenção e apoio que necessitam.

Referente à cognição, para Zanin e Valerio (2004), concluíram que as cognições que mais se repetem são referente a baixa auto estima, medo de errar e medo do abandono, nunca se acham capazes de conseguir fazer nada sozinhos. Sua crença nuclear pode ser de desamparo, desamor ou desvalor. Para Beck J (2013), as crenças surgiram nos primeiros estágios de desenvolvimento da pessoa, podendo influencia todas suas decisões durante a vida, nada mais são que ideias centrais que o individuo tem de si mesmo. As ideias podem ser “Eu sou insuficiente”, “Com certeza serei abandonada” ou mesmo “Eu sou uma inútil”.

Há outra característica do transtorno, o indivíduo tendem ainda, a apresentar a distorção cognitiva de “catastrofizar”, para POWELL (2008), as distorções cognitivas de catastofizar é compreendida como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, uma supergeneralização de conclusão antecipada e com poucas evidências, especialmente no caso da perda de um relacionamento, onde desenvolvem pensamentos negativos que já é comum, para essas pessoas podem reforçar ainda mais suas crenças.

O paciente TPD podem apresentar sintomas variáveis, para Zanin e Valerio (2004), os sintomas de depressão e ansiedade é a mais frequente, queixas somáticas, alcoolismo e abuso de substâncias psicoativas. Esses indivíduos apresentam ainda, uma série de prejuízos em vários aspectos de suas vidas, e muitas vezes, verifica-se associação com outros transtornos, exemplo Depressão.

## **A terapia cognitivo comportamental**

Aaron T. Beck foi o precursor da terapia cognitivo comportamental, ele que desenvolveu as primeiras teorias e técnicas, suas primeiras formulações foram voltadas para transtorno de ansiedade e depressão. Wright e Basco (2009), cita uma descrição da primeira conceitualização descrita na década de 60, sobre a tríade cognitiva, três domínios de pensamentos negativos, sobre si, sobre o mundo e sobre o futuro. O objetivo da terapia cognitivo é a modificação das cognições disfuncionais, e conseqüentemente a mudança de comportamento.

Knapp et al (2004), descreve a terapia cognitiva como uma inter-relação entre cognição, emoção e comportamento. “Eu penso logo tenho uma emoção e me comporto”, esse funcionamento quando negativo pode implicar no nosso dia a dia. Um dos principais foco da terapia cognitiva é na correção das distorções do pensamento, pois, são eles que causam o sofrimento emocional.

Para Beck J (2013), a terapia cognitiva comportamental é uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para os problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos inadequados.

Há amplos estudos sobre a eficácia da terapia cognitiva comportamental, principalmente voltada para transtornos psiquiátricos. Por ser uma terapia trabalhado com evidências é uma das mais recomendadas para transtornos.

## **O papel do terapeuta cognitivo comportamental**

O papel do psicólogo indiferente da sua abordagem tem como objetivo o acolhimento, a escuta, realizar avaliações e elaborar estratégias para diminuir o sofrimento do paciente. A terapia cognitiva por ser uma abordagem diretiva, o terapeuta pode utilizar de várias técnicas para contribuir ainda mais.

Para desenvolver confiança entre paciente e terapeuta, o terapeuta precisa fazer um bom rapport, demonstrar ter conhecimento e habilidades sobre o que está fazendo, compartilhar o plano de tratamento, psicoeducar seu paciente de termos e linguagens que serão utilizadas, Beck J (2013), fala em se esforçar ao máximo para ser um bom ser humano no consultório, demonstrar empatia adequada, compreensão dos problemas, causar reflexões no paciente através de perguntas adequadas.

Beck J (2013), usa o exemplo de reforçar para o paciente através de mensagens “eu me importo com você”, “eu quero entender o que você está passando e ajudá-lo”, entre outras, tendo com objetivo, ajudar o paciente a se sentir um pouco valorizado.

O principal papel do terapeuta cognitivo é fazer com que seu paciente aprenda a avaliar seu pensamento de forma mais realista. Para Beck J (2013), para que haja uma melhora duradoura emocional e no comportamento, os terapeutas trabalham com as crenças e padrões de comportamentos, assim havendo a modificação de pensamento. Por isso um dos primeiros passos do terapeuta é a psicoeducação sobre os pensamentos automáticos e anotar esses pensamentos, para serem trabalhados durante a sessão, e através do questionamento socrático e ensinar o seu paciente a utilização no dia a dia, questionar nossos pensamentos.

O tratamento para pacientes com transtorno de Personalidade Dependente, o psicólogo deve enfatizar a utilização de técnicas, como por exemplo; treino de assertividade, para Del Prette, A. & Del Prette (2006), o treinamento assertivo é um método terapêutico destinado a desenvolver comportamentos específicos para as relações interpessoais. Esse treinamento

tem como objetivo fazer com que o paciente aprenda a se colocar, se afirmar sem ansiedade, exercitar seus próprios direitos, aprender a expressar sentimentos, aprender a ser objetivo e claro, falar o que se deseja, sem agredir o próximo utilizando o tom de voz adequado.

Outra técnica utilizada é o desenvolvimento treino de Habilidades Sociais, para Del Prette, A. & Del Prette (2006), fala que as habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório de uma pessoa para ela lidar de maneira adequada com diferentes situações. Também possui algumas premissas importantes, como: as habilidades sociais são aprendidas, possuir um bom repertório de habilidades, não garante por si só um bom desempenho.

O objetivo principal de desenvolver as habilidades sociais é fazer com que o paciente desenvolva um repertório novo e mais aceito socialmente que, capacitá-lo a influenciar seu ambiente social, em seu esforço para alcançar metas.

Segundo D'EL REY; PACINI, (2006), fala sobre as técnicas de relaxamento, que servem para ajudar o paciente a controlar sintomas fisiológicos, como por exemplo, a ansiedade. A técnica mais utilizada é o Relaxamento Progressivo de Jacobson, é a contração e descontração de vários grupos de músculos em todo o corpo, prestando atenção às sensações que acompanham a tensão e o relaxamento e aprendendo a respirar corretamente e notando as sensações. Estudos mostram que as técnicas de relaxamento facilitam a exposição do paciente à situação temida. Essa técnica pode ser utilizada para ajudar o paciente a relaxar em um momento de muita tensão.

A técnica de reestruturação cognitiva tem como objetivo ajudar o paciente a identificar pensamentos disfuncionais, para MULULO et al (2009), precisa ensinar o paciente questionar as bases desses pensamentos disfuncionais através do questionamento socrático e construir novos pensamentos que possam funcionar melhor para o paciente.

Através do ensaio comportamental pode-se ser estimulado o treino para autonomia, essa técnica serve para desenvolver a capacidade de fazer ou resolver algo pelos próprios meios.

Contudo, a necessidade de realização de estudos cada vez mais novos na área, é fundamental para confirmar a eficácia da abordagem cognitivo comportamental no tratamento para pacientes com TPD.

## **A relação da violência doméstica e o transtorno de Personalidade**

O tema pode haver controvérsias, porém, há uma grande necessidade de ser discutido e levantado à hipótese. Até que ponto uma mulher que é diagnosticada com o transtorno de personalidade dependente que vive em um relacionamento abusivo tem dificuldade em sair desse relacionamento.

Analisando as principais características do transtorno; uma delas é a dificuldade em tomar decisões do cotidiano, como por exemplo, que roupa usar, qual mercado ir, onde ir comer, que filme assistir entre outros, devido a essa característica dependem de conselheiros o todo tempo, e por medo de perder esse apoio ou essa aprovação, acabam se anulando e anulando suas ideias e decisões e tendendo a se transformar em uma pessoa mais passiva, permitindo que outras pessoas tomem as decisões por si.

Outra característica é a dificuldade de iniciar um novo projeto que depende exclusivamente de si mesmo, pois, sua confiança é maior nos outros que em si para as soluções de seus problemas, isso se deve a um ciclo de funcionamento que perpetua a dependência. Para Zanin e Valerio ,2004 esses comportamentos podem levar os indivíduos com TPD a fazer qualquer sacrifício para terem carinho e apoio, podem chegar ao ponto de se oferecerem para fazer tarefas detestáveis se trazer-lhes os cuidados de que precisa. Essas tarefas podem resultar em relacionamentos desequilibrados ou distorcidos; isto pode implicar em sacrifícios extraordinários ou tolerar abuso verbal, físico ou sexual.

A crença de incapacidade de não conseguir viver sem o relacionamento, do medo de não exagerado de não conseguir cuidar de si mesmo, torna-se um risco para a mulher, pois sua dependência pode ser tão grande que ela prefere se manter em um relacionamento onde sofre violência de todos os tipos que sair dela. O transtorno faz com que a pessoa se anula, através disso o ciclo da violência doméstica não tem fim, FONSECA et al.;2012 , fala sobre o ciclo da violência doméstica, divididos por fase, tem a fase de acumulo de tensão, que seria as brigas e discussões do dia a dia, a fase da explosão onde de fato

acontece as agressões, físicas, psicológicas e outras e a última é a fase da lua de mel, que seria o pedido de desculpas por parte do parceiro.

Uma mulher com o transtorno de dependência teria mais dificuldades em questionar seu parceiro sobre seus comportamentos violentos, e acabam aceitando o pedido de desculpas sem problemas. Claro que essa mulher tem sentimentos, emoções, como qualquer outra, porém o medo de ficar sozinha pode ser tão grande, que ela se acaba aceitando o pedido de desculpas com mais facilidade, e acreditando que um dia seu companheiro vai melhorar.

Normalmente essas mulheres vão procurar ajuda quando essa figura de dependência não existe mais, ficando completamente perdidas, acompanhada de sintomas de ansiedade e depressão, autoestima muito baixa, sem planos para o futuro, crenças intermediárias como, por exemplo, se eu ficar sozinha então vou morrer de desgosto, entre outros.

Zanin e Valerio 2004, faz uma observação sobre a eficácia da terapia cognitivo comportamental para redução das queixas que são apresentadas e a facilidade das técnicas de fazer com que a mulher adquira um novo repertório de estratégias de enfrentamento para lidar com suas crenças disfuncionais.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A partir dessa revisão ressalta-se a necessidade de novas pesquisas sobre o tema, com destaque no território nacional, com enfoque maior nos transtornos psicológicos.

Há muitas controvérsias sobre o tema, porém necessita-se de uma atenção especializada, pois, quando o país disponibiliza de redes de proteção adequadas para dar suporte para essa vítima, e mesmo assim, ela tende a continuar no relacionamento abusivo, essa mulher necessita de assistência psicológica e não apenas assistência jurídica. Ainda há pouca literatura a respeito do assunto e uma escassez de estudos no que se refere ao transtorno de personalidade dependente e a violência doméstica.

Ainda assim, outros estudos são fundamentais em pacientes com TPD, para identificar real relação entre o transtorno e a violência doméstica, também estudos para estratégias efetivas para o tratamento psicológico.

## REFERENCIAS

American Psychiatric Association (2002). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM-IV-TR. Tradução organizada por C. Dornelles. Porto Alegre: Artmed.

Almir Del Prette e Zilda Del Prette: Treinamento assertivo ontem e hoje. Santo André 2003.

Beck, Aaron T. Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade / Aaron T. Beck, Arthur Freeman e Denise D. Davis... [et al.]; trad. Maria Adriana Veríssimo Veronese. - 2.ed. - Porto Alegre : Artmed, ISBN Psiquiatria - Transtornos da personalidade - Terapia cognitiva. I. Freeman, Arthur. II. Davis, Denise D. III. Título.(2017).

Del Prette, A. & Del Prette, Z. A.P. Habilidades sociais: Conceitos e campo teórico e prático. Texto online disponibilizado em dezembro de 2006.

D'EL REY, Gustavo J. Fonseca; PACINI, Carla Alessandra. Terapia cognitivo-comportamental da fobia social: modelos e técnicasCognitive-behavioral therapy of social phobia: models and techniquesTerapia cognitivo-comportamental de la fobia social: modelos y técnicas. **Psicol. estud.**, Maringá , v. 11, n. 2, p. 269-275, Aug. 2006 .

FONSECA, Denire Holanda da; RIBEIRO, Cristiane Galvão; LEAL, Noêmia Soares Barbosa. Violência doméstica contra a mulher: realidades e representações sociais.**Psicol. Soc.**, Belo Horizonte , v. 24, n. 2, p. 307-314, Aug. 2012 .

FABENI, Lorena et al . O discursso do "amor" e da "dependência afetiva" no atendimento às mulheres em situação de violência. **Rev. NUFEN**, Belém , v. 7, n. 1, p. 32-47, 2015.

Jesse H. Wright, Monica R. Basco, Michael E. Aprendendo a Terapia Cognitivo. Artmed Editora, 1 de jan de 2009.

MULLULO, Sara Costa Cabral et al . Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 36, n. 6, p. 221-228, 2009 .

SOARES, Bárbara Musumeci. Enfrentando a violência contra a mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. 27 p.

Organização Mundial da Saúde. Diminuindo diferenças: a prática das políticas sobre determinantes sociais da saúde: documento de discussão. Rio de Janeiro: OMS.(2017).

Paulo Knapp, et AL. **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica**. São Paulo. Artmed Editora, 2009.

PORTO, Madge; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia S. N. F. A permanência de mulheres em situações de violência: considerações de psicólogas. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília , v. 30, n. 3, p. 267-276, Sept. 2014 .

POWELL, Vania Bitencourt et al . Terapia cognitivo-comportamental da depressão. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo , v. 30, supl. 2, p. s73-s80, Oct. 2008.

ZANIN, Carla Rodrigues; VALERIO, Nelson Iguimar. Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de personalidade dependente: relato de caso. **Rev. bras. ter. comport. cogn.**, São Paulo , v. 6, n. 1, p. 81-92, jun.