

O ADULTO IDOSO E A RESILIÊNCIA: UMA POSSIBILIDADE DE SAÚDE MENTAL

Vivian Patrícia Caberlon Nunes

Mestre em Gerontologia / Terapeuta da TRG

Email para correspondência: caberlonpatricia@gmail.com.br

RESUMO

A falta de saúde mental em adultos idosos é fortemente associada ao seu envelhecimento e a todas as possíveis situações ligadas a ele. O campo emocional da pessoa é desenvolvido no decorrer de sua existência, de sua trajetória de vida. Cada ser humano possui seu potencial, sua capacidade de lidar com as emoções. Desenvolver saúde mental com qualidade, com condições de gerenciar as adversidades da vida, no intuito de evitar transtornos emocionais, requer recursos internos fortalecidos e resiliência. Esse artigo traz em sua constituição uma revisão crítica de literatura cujo objetivo é identificar alternativas de melhor viver na fase idosa, relacionando possibilidades na qualidade da saúde mental no processo de envelhecimento. Existe a preocupação não apenas com a duração, mas com a qualidade de vida. Diante das adversidades da vida e de possíveis situações traumáticas o processo de resiliência pode ser a saída para encontrar respostas novas ao que parece não ter solução. A existência ou não de resiliência, depende da interação da pessoa com seu entorno humano. Sustentar um plano que mantenha a pessoa ativa e com expectativa de ser, ter e fazer mais, requer trabalho sistemático e rede de apoio, com essa tem a possibilidade de arranjar força para desenvolver resiliência e manter sua saúde mental.

Palavras chaves: adulto idoso, envelhecimento ativo, saúde mental, resiliência, depressão

I. INTRODUÇÃO

É perceptível o quanto a expectativa de vida das pessoas está diferente do que alguns anos atrás. Provavelmente, algumas pessoas, terão muito mais anos de vida do que atualmente o ser humano vive. Além disso, numa perspectiva futura, o corpo humano tem a possibilidade de passar por alguns eventos nunca ocorridos antes, com possibilidades de maior longevidade. Basta olhar para os estudos da bioengenharia e a interfaces cérebro-computador, para perceber que algo inovador está por vir (Harari, 2018).

O século XXI está inundado de enormes quantidades de informações e não temos ideia de como estará o mundo daqui alguns anos. Dificilmente ele poderá permitir-se ter estabilidade. É possível que muito do que as crianças aprendem hoje seja irrelevante em poucos anos. Por isso, em qualquer faixa etária, é necessário aprender e se reinventar o tempo inteiro. Mesmo que o passar dos anos em nossas vidas, tragam algumas necessidades mais emergentes (Harari,2018).

O percentual demográfico de idosos é cada vez maior, de maneira que seu peso social e econômico também é crescente. Envelhecer e ser uma pessoa idosa com saúde mental, em um mundo com características de incertezas, faz com que haja uma preocupação maior com eles (Zimmerman, 2000).

Como já é percebido na convivência cotidiana da maioria das pessoas, o Brasil, assim como em outros países, apresenta um envelhecimento vasto e veloz. Na questão do envelhecimento humano, estar sensibilizados e capacitados para lidar com essa realidade, é uma preocupação de algumas pessoas, principalmente da área da saúde mental (Terra, 2010).

Além das possíveis consequências deste crescimento exponencial do envelhecimento da população, há outros aspectos que influenciam a evolução dos anos. O século XXI apresenta um progresso com ritmo acelerado e incerto, muito mais vezes do que foi testemunhado no século XX que foi, no mínimo, bem interessante quanto às mudanças ocorridas (Kurzweil e Grossman, 2021).

Para sobreviver e progredir em um mundo que se caracteriza também pelas instabilidades, é preciso muita flexibilidade mental e de grandes reservas de equilíbrio emocional. Mesmo apreciando novas experiências e pequenos ajustes na vida, a maioria das pessoas não está disposta a rever as estruturas profundas de sua identidade e

personalidade. Quanto mais duro, o indivíduo, trabalhou para construir alguma coisa, mais difícil é deixá-la ir embora e abrir espaço para algo novo (Harari, 2018).

No decorrer de sua vida, pessoas passam por vários momentos, dentre eles, alguns momentos sensíveis, situações e eventos que ferem, doem, às vezes acontecem no mais profundo do seu ser e, na maioria das vezes, não encontra o que conforte, tire as dores (Crestani, 2014).

A carga emocional difere de uma pessoa a outra, além de emoções de mesma intensidade serem expressas de diferentes formas e matizes. O domínio emocional é um aprendizado que acompanha o indivíduo ao longo de toda a existência (Crestani, 2019). Por tanto, considerar a capacidade das pessoas, independentemente de sua faixa etária, no mínimo, é considerar o ser humano e seu potencial.

Nesse sentido, ao visar o bem estar físico e psicológico do indivíduo idoso, torna-se cada vez mais relevante estimular políticas e programas de envelhecimento ativo, garantindo a continuidade de uma vida produtiva, saudável e com qualidade (Terra, 2010). É necessário dar atenção, compreender a real situação e buscar alternativas para que a pessoa idosa consiga ter autonomia nesse mundo desafiador.

Pensar em uma trajetória de envelhecimento bem sucedido, leva a refletir sobre o ideal de manutenção de autonomia, sobre a possibilidade do indivíduo seguir o curso de sua vida mantendo a concepção de sua identidade e de sua capacidade de interagir no mundo, fazendo opções ajustadas às suas necessidades, e reconhecendo que é também autor de sua história que está continuamente sendo construída e de dar sentido à sua existência (Terra et al., 2010).

Na intenção de oportunizar uma reflexão sobre como o adulto idoso pode ter saúde mental em seu processo de envelhecimento, esse artigo contém uma revisão crítica de literatura cujo objetivo é identificar alternativas de melhor viver na fase idosa, relacionando possibilidades na qualidade da saúde mental nessa fase da vida. Além disso, serão apresentados alguns fundamentos teóricos e estudos que embasam conceitos como envelhecimento e resiliência dentre outros.

II. REVISÃO DE LITERATURA

1. ADULTO IDOSO E O ENVELHECIMENTO ATIVO

O envelhecimento é um processo que envolve alterações biológicas e psicológicas, associadas às questões sociais e culturais. O envelhecimento é algo vivido, sentido, experienciado de forma singular e diferenciada por cada pessoa, cada idoso o percebe na sua individualidade. Essa singularidade depende também da influência de circunstâncias histórico-culturais, de fatores intelectuais, de personalidade e de possíveis patologias (Nunes, 2006).

O ciclo da vida humana é uma dinâmica comportamental que cada indivíduo passa fase a fase, na qual não se deve esquecer a concepção de ser humano, lembrando de sua constituição e estruturação física e psicológica (Nunes, 2006). O envelhecimento não é algo que se dá a partir dos 60 anos, apesar de ser essa a idade demarcada para a categoria de idoso. É um processo contínuo que transcorre durante toda a vida, desde sua concepção. O envelhecimento é um processo gradual e inevitável, contudo a definição cronológica de idoso não é precisa nem única, mas é usada para determinar uma população (Kachar, 2003).

Na caminhada existencial de cada pessoa, muitos problemas que costumavam ser considerados parte da idade avançada são atualmente atribuídos não ao envelhecimento propriamente dito, mas a fatores de estilo de vida ou a doenças que podem acompanhar ou não o envelhecimento. Atualmente, com hábitos de saúde e assistência médica, está se tornando mais difícil traçar a linha entre o fim da meia idade e o início da terceira idade (Papalia, 2022).

Nos últimos tempos, o entendimento sobre envelhecimento e o perfil de idoso está mudando. A vida atual dos idosos mostra que os estereótipos baseados em preconceitos de que são velhos, sem valor social, que não conseguem aprender, criar e/ou produzir, estão sendo rompidos (Kachar, 2003). Não mais vistos como se, a eles, servisse somente contentar-se com o sucesso de outras pessoas mais jovens, da família ou não; mudando a visão das demais gerações, que outrora, desconsiderava as possibilidades do ser humano idoso aprender, estudar, conquistar, desafiar-se... Esses direitos podem estar conectados nas condições de vida do adulto idoso, pois esse, não precisa limitar-se a tentar restaurar a saúde perdida ou evitar às rugas e, quem sabe, querer desistir da vida, mantendo-se como pode até a morte chegar (Mendes, 2012).

Eles possuem vitalidade para viver, desfrutar e contribuir em/com projetos no presente e para o futuro. Além de poder contribuir com a produção, participar do consumo e intervir em possíveis mudanças sociais e políticas (Kachar, 2003). Sua imagem, em muitas culturas, é reconhecida como pessoas com potencial de vida, que são ativas intelectualmente, produtivas e carregam sonhos e desejos.

Um envelhecimento com qualidade é aquele que inclui vida ativa e resistência ante o desengajamento social, que inclui a tendência de contatos sociais menos intensos e frequentes (Nunes, 2006). A pessoa que envelhece em boas condições é aquela que permanece ativa, que está sempre em busca de algo novo, tem o ego mais estruturado e a autoestima fortalecida. A ideia de envelhecimento encontra-se ligada à ideia de transformação e é uma fase do desenvolvimento que deve ser entendida, respeitada e vivida na sua plenitude (Terra, et al, 2010).

Desse modo, redimensionando esse momento da existência no curso de suas vidas, pode-se descortinar um universo de potencialidades e possibilidades de transformações que são inerentes ao viver. O envelhecimento é um processo que inclui transformações constantes que podem ser interpretadas simultaneamente como ganhos e perdas (Terra et al. 2010). Para tanto, é importante perceber o que realmente são perdas devido à natureza humana e o que são situações emocionais possíveis de serem melhor gerenciadas tanto pelo idoso quanto por quem convive com os mesmos.

Os adultos idosos constituem um grupo variado em termos de saúde, educação, renda, ocupação e esquemas de vida. Assim como pessoas de todas as demais idades, eles são indivíduos com necessidades, desejos, capacidades, estilo de vida e experiências culturais diferentes. À medida que a sociedade envelhece, satisfazer às necessidades da população mais velha irá exigir conhecimento e flexibilidade (Papalia, 2022).

O início do período marcado por declínios evidentes no funcionamento do corpo, às vezes relacionados com o envelhecimento, varia bastante. A questão da qualidade *versus* quantidade de vida depende muito do que acontece com nossos corpos enquanto envelhecemos. À medida que as pessoas envelhecem, os sistemas e órgãos do corpo podem tornar-se mais suscetíveis a doenças (Papalia,2022).

Porém, muitas pessoas de idade avançada, são saudáveis, vigorosas e ativas, e o declínio da saúde mental pode ocorrer em diferentes idades (Papalia,2022), contudo para o adulto idoso as consequências podem ser devastadoras. Na tentativa de evitar uma pior

situação, antever e preparar-se para um melhor aproveitamento de sua saúde, de sua vida, pode ser uma das alternativas.

A princípio, ser um adulto idoso nada mais é do que, ter dado uns passos a mais no processo de maturação, o sujeito toma consciência dos valores que pretende vivenciar em sua vida e testemunhar ao mundo. Essa tomada de consciência é um olhar mais aguçado e profundo rumo à própria interioridade (Crestani, 2019).

Na preocupação com situações do dia a dia, a ansiedade e a depressão, por exemplo, são questões que motivam à falta de atenção, e conseqüentemente, dificultam a retenção de novos conhecimentos, fazendo com que o idoso tenha impressão de sua memória estar com falhas, de não conseguir acompanhar tamanha velocidade de informações na atualidade (Valle e Capovilla, 2004).

O combate ao esquecimento deve levar em consideração a atenção e o poder de concentração, bem como os fatores que os facilitam ou os dificultam. Também se deve atentar para o fenômeno do desuso de suas habilidades e da interferência de novos aprendizados (Valle e Capovilla, 2004). Ou seja, para alguns idosos, além de ser um mundo de desafios, como as tecnologias, por exemplo, ainda há confusões quanto a sua capacidade devido as situações vividas pelo envelhecimento.

Acredita-se que, quanto mais longa for a vida, mais aumenta a probabilidade de distúrbios físicos e mentais que tendem a ocorrer na terceira idade. Devido sua preocupação com o envelhecimento, a perda de mobilidade, a perda de memória e a possibilidade de depressão aparecem como uma “doença”, às vezes confundida com demência, ou um acompanhamento natural da velhice (Papalia, 2022).

A qualidade de vida se constrói por meio de recursos, como acolher o imprevisto, aprender a conviver tanto com as novidades, como com tudo quanto restringe os movimentos e limita ou facilita às atividades costumeiras (Crestani, 2014). Enfrentar essas questões como um desafio, é uma maneira de testar as próprias potencialidades, que pode gerar um aumento de autoestima e uma transformação subjetiva. Podem ser redescobertas possibilidades em busca do desenvolvimento e identificar limites decorrentes do estado natural de envelhecer (Kachar, 2003).

Os sistemas cerebrais evoluíram para produzir, tanto o medo como o prazer (Pliszka, 2004). Nessa perspectiva, pode-se dizer que, ao criar interfaces diretas entre os sistemas biológicos e a tecnologia gerada pelo homem, é possível desenvolver meios para expandir amplamente as capacidades físicas e mentais (Kurzweil e Grossman, 2021).

O desejo de aprender, por exemplo, leva à renovação do mundo interior, gerando mudanças contínuas na subjetividade, no espírito e no intelecto do indivíduo. O sujeito se experimenta em circunstâncias desconhecidas e, quando estas se tornam familiares, apropria-se do novo que deixa de ser novo para si. Ele não é mais o mesmo, torna-se outro (Kachar, 2003).

Assim como é importante evitar a dependência e aumentar a possibilidade de subsistência e de inserção social, também é necessário que, o idoso, seja capaz de deixar-se cuidar na medida que for preciso, sem destruir a autoimagem e ou baixar a autoestima (Crestani, 2014).

Há muito que aprender sobre o envelhecimento, muito a estudar e pesquisar. As pessoas que atingem a longevidade desejam qualidade nessa longevidade e o melhor aproveitamento possível dos anos de vida que a acompanharão. É notória a busca que as pessoas idosas vêm traçando para se manter em atividade e o caminho que percorrem para acompanhar a evolução da sociedade que ainda as marginaliza (Nunes, 2006).

2. DEPRESSÃO E SAÚDE MENTAL

A depressão é uma condição que quase todas as pessoas vivenciam de forma relativamente branda em muitos momentos da vida (Stuart, 2002). Alguns dos principais sintomas da depressão são tristeza, falta de motivação, desânimo, perturbações no sono, desinteresse, perda de apetite, dores físicas, irritabilidade, perda de gosto pela vida (Zimerman, 2000).

As causas da depressão na velhice são frequentemente atribuídas a acontecimentos estressantes e negativos (Stuart, 2002). Além das alterações do corpo, o envelhecimento traz ao ser humano uma série de mudanças psicológicas, que podem resultar, dentre outros, em dificuldades de lidar com perdas orgânicas, afetivas e sociais. É verdade que com o passar dos anos, o desgaste é inevitável. Porém, a depressão na terceira idade costuma afastar os idosos do convívio familiar e dificulta a tarefa de mantê-los integrados ao ambiente onde vivem (Zimerman, 2000).

Mesmo sabendo que a velhice não é uma doença, mas sim, uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível às doenças, muitas vezes é entendido de que, essas doenças, estão dentro de um quadro de normalidade devido a idade dessa pessoa e que não tem jeito de ter uma vida melhor. Ninguém sabe quando vai morrer. Na verdade, viver é ter projetos e desejar algo, é buscar realizações. Ao abrir mão disso, a própria pessoa está fazendo uma opção autodestrutiva (Zimerman, 2000).

Há dados mostrando que, além de estarem sujeitos à depressão, os idosos são atingidos por estados paranóicos, hipocondria e outros transtornos (Zimerman, 2000). Geralmente, a depressão traz alguns efeitos que prejudicam a vida de qualquer pessoa, mas para um idoso, na área intelectual, ocorre a diminuição das capacidades e transtornos de memória que dificultam a aprendizagem. Na área social, ocorre o afastamento dos grupos de convivência, a perda de *status*, o abandono, o isolamento. Do ponto de vista somático, podem ocorrer problemas cardíacos, pulmonares e gastrointestinais (Zimerman, 2000).

Para alguns idosos, o segredo do bem-viver é aprender a conviver com essas limitações. É entender, aceitar e lutar para que os problemas sejam diminuídos com exercícios físicos, passeios, exercícios de memória, boa alimentação, bons hábitos, participação em grupos e outros cuidados, dependendo do tipo de situação apresentado. O que importa é a postura diante da vida, a forma de ser e de buscar a própria felicidade. É preciso uma preparação interna, objetivos de vida e projetos para continuar vivendo. Os idosos necessitam de atendimento em saúde mental.

Ainda que não tenha um longo futuro pela frente, a motivação, o estímulo do idoso é viver bem e intensamente no presente, ter satisfação com a vida que leva agora e mostrar que pode e deve viver bem, deixando um modelo de pessoa idosa feliz para os que um dia também chegarem nessa fase da vida. Os estímulos são sua vida, a família, os amigos, manter atividades, criar, ter lazer, querer ver mais e aprender mais (Zimerman, 2000).

Estimular as potencialidades e uma postura aberta as novas descobertas dos idosos, ajudam a manter e a resgatar sua capacidade física, mental e social. É importante criar um ambiente que favoreça sua vida presente, proporcionando-lhe momentos de lazer e ajudando-o a descobrir e a desenvolver atividades criativas (Zimerman, 2000).

O cérebro humano está sujeito a estímulos externos através dos sentidos, a estímulos internos advindos do organismo e a estímulos de ordem emocional (Valle e Capovilla, 2004). Levar em conta seu passado, sua bagagem, suas perdas, assim como seu presente, suas possibilidades, seus ganhos, seu respaldo psicossocial e econômico. Só assim é possível trabalhar para que esse idoso seja uma pessoa mais saudável, capaz de usar todas as suas potencialidades e ter uma vida feliz (Zimerman, 2000).

Atentar para uma saúde mental de qualidade, com habilidade para sair da adversidade, adaptar-se, recuperar-se e ter acesso a uma vida significativa e produtiva (Melillo, et al, 2005). Continuar a formação durante todas as fases da vida é sair de si, abrir os olhos e os horizontes, não parar e não se contentar com o que se é numa determinada etapa da vida, deixar o repetitivo que já não reflete dinamismo, ser capaz de modificar os próprios posicionamentos para que a vida se renove, brote e emerja com criatividade e exuberância para si e para os outros (Crestani, 2019).

Envelhecer com qualidade de vida e bem-estar requer dos idosos o gerenciamento do seu projeto de vida, da sua saúde mental, da administração das perdas e a reavaliação de desejos e perspectivas em função de suas possibilidades (Terra et al, 2010). As pessoas mais saudáveis e otimistas têm mais condições de se adaptarem às transformações trazidas pelo envelhecimento (Zimerman, 2000). Ter a resiliência, como aliada, remete a uma combinação de fatores que permite ao ser humano enfrentar e superar os problemas e as adversidades da vida.

3. RESILIÊNCIA

A resiliência é um recurso sadio que pode auxiliar na ativação da capacidade de reação favorável a cada pessoa. Origina-se da necessidade de bem viver, dos exemplos de vida dos adultos e da vivência de mecanismos de defesa maduros que a pessoa vai percebendo que trazem benefício real para si e não apenas alívio momentâneo de uma tensão (Crestani, 2014).

As emoções precisam ser expressas. Ainda mais em um mundo com velocidade das transformações. A pessoa que considera importante colocar-se com certo domínio em sua forma de pensar, precisa dar-se conta dessas transformações e da sistemática que são estruturadas em decorrência do mundo em constante mudança (Crestani, 2019).

O sujeito que cultiva o hábito de uma breve parada para pensar e redimensionar a vida e as relações, pode perceber que nem sempre a expressão dada às próprias emoções é a melhor. Ter autoconsciência de como é, e de que forma reage diante de situações provocantes, consegue fazer um processo de crescimento com visíveis progressos que desperta grande satisfação para si e para as pessoas com as quais convive (Crestani, 2019). Para tanto, é necessário conhecer-se objetivamente, conhecer o ambiente no qual se encontra, ter conseguido um relativo domínio de si ao expressar os próprios sentimentos e emoções.

O mundo interno das emoções tende sempre a chamar para o momento presente quando é positivo, ou evita-lo sem preocupar-se com possíveis soluções quando é desfavorável. Reagindo dessa forma, a pessoa não aprende a retomar-se, repensar o vivido; visto que encontrará não apenas sucessos, mas também equívocos, omissões e expressões emocionais inoportunas (Crestani, 2019).

A resiliência pode ser um dos recursos e uma força que a pessoa vai formando dentro de si para superar o que parece insuperável. É um poder de reação e de suporte que brota no interior e não beneficia apenas a si; pode auxiliar a todos quantos contatam a pessoa resiliente (Crestani, 2014).

O ser humano busca um lugar social digno. Ao falar de resiliência é dizer da capacidade humana, individual ou coletiva, de resistir a situações adversas, encontrando recursos criativos para emergir delas. Ou seja, a resiliência conduz a uma maior compreensão e conhecimento de fatores que protegem o sujeito de situações destrutivas, das más condições do ambiente humano e social que o rodeiam. Além de permitir a criação de métodos práticos de promoção de tais fatores, para assegurar um desenvolvimento favorável, que previna a aparição de doenças físicas e mentais (Melillo,2005).

Nesse aspecto, cada pessoa apresenta facilidades e dificuldades para enfrentar frustrações e imprevistos. E a capacidade de resiliência difere muito de pessoa para pessoa. Pois, o fato de alguém estar de bem com a vida não depende de um único ponto, mas do encontro, da convergência e da sintonia de contributos diversos que convergem para aquilo de que ela necessita no momento. Na realidade, é uma habilidade que necessita ser desenvolvida. É preciso esforço e cultivo para que o indivíduo alcance um bom nível de resiliência (Crestani, 2014).

Estudiosos das resiliências definiram algumas condições que as reforçam, entre as quais estão crenças; atitudes e aptidões, como a capacidade de colaborar; a confiança em si e nos outros; as habilidades de comunicação; as capacidades de expressão; as habilidades na resolução de conflitos; a capacidade de assumir compromisso e participação; o acesso às emoções ligadas à esperança e ao otimismo; a alegria; o humor; a flexibilidade; e a capacidade de autorreflexão (Melillo,2005). Na verdade, a resiliência é fator de alegria, de bem-estar, de satisfação no convívio e de amadurecimento humano.

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditar que nem todas as pancadas da vida destroem e que todas as pessoas têm recursos para superar as crises contribui enormemente para facilitar e acompanhar a adoção de atitudes que ajudem a enfrentar adversidades.

Para se colher bons resultados na vida, cada sujeito precisa aprender a manter o foco e não se descuidar dos objetivos vitais a que se propõe. A construção de um arcabolso vital sólido, que resista às intempéries do tempo e às contradições da vida, cobra por antecipação: empenho, sacrifício, dedicação e disciplina. Além de sugerir a importância de ter autoestima, inclinação otimista e confiança nas próprias capacidades.

Ao mesmo tempo, a existência ou não de resiliência nos sujeitos depende da interação da pessoa com seu entorno humano. A resiliência é mais do que um modo de dar uma cara boa ao mau tempo, é também um recurso criativo que permite encontrar respostas novas para situações que parecem não ter saída. O processo da resiliência consiste em encontrar, para uma adversidade ou situação agressiva e traumática, saída e solução melhor e mais humana do que a simples reação impulsiva.

Os idosos atualmente tem melhor nível de instrução do que seus predecessores, e essa tendência irá continuar à medida que as gerações mais jovens envelhecerem. Além disso, um número cada vez maior de adultos idosos está optando em continuar seus estudos. Existe a preocupação não apenas com a duração de vida, mas com a qualidade de vida. E a pessoa vai alimentando seu plano que a mantém ativa, jovem, dinâmica e aspirando a ser mais.

O ser humano que age com sabedoria não necessariamente provém de uma genética qualificada, mas de um trabalho sistemático e paciente que cada um vai realizando em si, nas constantes e discretas retomadas ao longo do tempo. O ser humano vai se construindo na persistência e na dignidade que todos desejam ao conviver. Quanto mais resiliente é a pessoa, mais capaz de dar oportunidade e abertura aos outros para ser ajudado a crescer e a maturar.

Quando tem uma forte rede de família e amigos pode auxiliar os idosos a evitar a depressão ou encontrar ajuda para ela. O carinho, amor e atenção ao idoso, tem grande poder de cura e prevenção de doenças. Arranja força para desenvolver a resiliência e essa, tem grande poder na saúde mental.

THE OLDER ADULT AND RESILIENCE: A POSSIBILITY OF MENTAL HEALTH

Vivian Patrícia Caberlon Nunes

Master in Gerontology / TRG Therapist

Email for correspondence: caberlonpatricia@gmail.com.br

ABSTRACT

Lack of mental health in older adults is strongly associated with aging and all possible situations related to it. The emotional domain of the individual is developed throughout their existence, their life trajectory. Each human being has their potential, their ability to deal with emotions. To develop quality mental health as well as to be able to manage life adversities in order to avoid emotional disorders requires strengthened internal resources and resilience. This article brings in its constitution a critical review of literature with the goal of identifying alternatives to live better in the elderly phase, correlating possibilities in the quality of mental health in the aging process. There is a concern not only with the length, but also with the quality of life. Faced with the adversities of life and possible traumatic situations, the resilience process may be the path to find new answers to what seems to have no solution. The existence or not of resilience depends on the interaction of the individual with their human surroundings. To sustain a plan that keeps the person active and expecting to be, to have and also to do more requires a systematic work and a support network, so as to have the possibility of getting the strength to develop resilience and to maintain their mental health.

Keywords: *older adult, active aging, mental health, resilience, depression*

I. INTRODUCTION

It is noticeable how much people's life expectancy is different from a few years ago. Some people will probably have many more years of life than the human being today lives. Moreover, from a future perspective, the human body has the possibility of going through some events which never occurred before, with possibilities of greater longevity. Just consider bioengineering studies and brain-computer interfaces, to realize that something innovative is about to happen (Harari, 2018).

The 21st century is flooded with huge amounts of information and we have no idea how the world will be in a few years. It may hardly afford stability. It is possible that much of what children learn today will be irrelevant in a few years. Therefore, in any age group, it is necessary to learn and reinvent oneself all the time. Even if as time goes by in people's lives, it brings humans some more emerging needs (Harari, 2018).

The demographic percentage of the elderly is increasing, so that their social and economic burden is also increasing. Aging and being an older person with mental health, in a world with uncertainty characteristics, raise a greater concern about them (Zimmerman, 2000).

As it is already perceived in the daily life of most people, Brazil, as in other countries, is experiencing rapid and extensive aging. In the matter of human aging, being sensitized and trained to deal with this reality is a concern of some people, especially in the area of mental health (Terra, 2010).

In addition to the possible consequences of this exponential growth of population aging, there are other aspects that influence the evolution of the years. The 21st century exhibits a fast and uncertain pace progress, much more than what was witnessed in the 20th century that was, to say the least, very interesting concerning the changes that occurred (Kurzweil and Grossman, 2019).

In order to survive and thrive in a world that is also characterized by instabilities, significant mental flexibility and substantial reserves of emotional balance are required. Even enjoying new experiences and small adjustments in life, most people are not willing to review the deep structures of their identity and personality. The harder the individual worked to build something, the harder it is to leave it and to make room for something new (Harari, 2018).

Throughout their lives, people go through various moments, among them, some sensitive moments, situations and events that hurt them and cause pain, which sometimes

Nunes, V. P. C. (2025). O Adulto Idoso e a Resiliência: Uma Possibilidade de Saúde Mental. *Mentalis*, 2(1), 1-24. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v2.18>

occur deep within one's being, and often, there is no solace or relief to be found (Crestani, 2014).

Emotional load differs from one person to another, as well as emotions of the same intensity to be expressed in different ways and shades. Emotional mastery is a learning process that accompanies the individual throughout their existence (Crestani, 2019). Therefore, considering people's ability, regardless of their age group, at any rate, is to consider the human being and their potential.

In this sense, by aiming at the physical and psychological well-being of the older individual, it is increasingly relevant to stimulate active aging policies and programs, ensuring the continuity of a productive, healthy and high-quality life (Terra, 2010). It is necessary to pay attention to, to understand the real situation and to seek alternatives so that the elderly is able to have autonomy in this challenging world.

Thinking of a successful aging trajectory leads to reflecting on the ideal of maintaining autonomy, on the possibility for individuals to follow the course of their lives by preserving their sense of identity and their ability to interact in the world. This includes making choices aligned with their needs and recognizing their role as authors of their continuously unfolding story, giving meaning to their existence (Terra et al., 2010).

In order to provide an opportunity to reflect on how the older adult may have mental health in their aging process, this article contains a critical literature review aimed at identifying alternatives to better live in the elderly phase, correlating possibilities for mental health quality at this stage of life. In addition, some theoretical foundations and studies that support concepts such as aging and resilience among others will be presented.

II. LITERATURE REVIEW

1. OLDER ADULTS AND ACTIVE AGING

Aging is a process that involves biological and psychological changes, associated with social and cultural issues. Aging is something lived, felt, experienced in a singular way and differentiated by each person, each elderly perceives this in their individuality. This uniqueness also depends on the influence of historical-cultural circumstances, intellectual factors, personality and possible pathologies (Nunes, 2006).

The human life cycle is a behavioral dynamic that each individual progresses through phase by phase, during which one must not overlook the fundamental concept of the human

being, recalling their physical and psychological constitution and structure (NUNES, 2006). Aging is not something that occurs from the age of 60, although this is the set age for the category of elderly. It is a continuous process that runs throughout life since its conception. Aging is a gradual and inevitable process, nevertheless the chronological definition of elderly is neither precise nor unique, but is used to determine a population (Kachar, 2003).

In the existential walk of each person, many problems that used to be considered part of the old age are currently attributed not to aging itself, but to lifestyle factors or diseases that may or may not follow aging. Currently, with healthy habits and medical care, it is becoming more difficult to trace the line between the end of middle age and the beginning of the elderly (Papalia, 2000).

In recent times, the understanding of aging and the elderly profile is changing. The current life of the elderly shows that prejudice-based stereotypes that they are old, without social value, who cannot learn, create and/or produce, are being broken (Kachar, 2003). No longer viewed as if their sole purpose was to be content with the success of younger individuals, whether family or not; this shifts the perception of other generations, which previously disregarded the capacity of older adults to learn, study, achieve, and challenge themselves... These rights can be linked to the living conditions of older adults, as they need not be limited to attempting to restore lost health or avoid wrinkles, nor, perhaps, to wishing to give up on life, merely enduring until death arrives (Mendes, 2012).

They have vitality to live, enjoy and contribute to projects in the present and in the future. Besides being able to contribute to production, they participate in consumption and intervene in possible social and political changes (Kachar, 2003). Their image, in many cultures, is recognized as people with life potential, who are active intellectually, are productive and have dreams and wishes.

Quality aging is that which includes an active life and resistance to social disengagement, encompassing the tendency toward less intense and frequent social contacts (Nunes, 2006). The person who ages in good condition is one who remains active, who is always looking for something new, who has the most structured ego and the strengthened self-esteem. The idea of aging is linked to the idea of transformation and is a phase of development that must be understood, respected and lived in its fullness (Terra, et al, 2010).

Thus, resizing this moment of existence in the course of their lives, one can unveil a universe of potentialities and possibilities for transformations that are inherent in living.

Aging is a process that includes constant transformations that can be interpreted simultaneously as gains and losses (Terra et al. 2010). To this end, it is important to realize what are really losses due to human nature and what are emotional situations possible to be better managed by both the elderly and those who live with them.

Older adults constitute a varied group in terms of health, education, income, occupation and life patterns. Like people of all other ages, they are individuals with needs, wishes, capabilities, lifestyles and different cultural experiences. As society ages, satisfying the needs of the older population will require knowledge and flexibility (Papalia, 2000).

The beginning of the period marked by declines which are obvious in the functioning of the body, sometimes related to aging, varies greatly. The issue of quality versus quantity of life depends a lot on what happens to our bodies as we get older. As people get older, body systems and organs can become more susceptible to disease (Papalia, 2000).

Nevertheless, many people of old age are healthy, vigorous and active, and the decline in mental health can occur at different ages (Papalia, 2000), however, for the older adult the consequences may be devastating. In an attempt to avoid a worse situation, anticipating and preparing for a better utilization of their health, their life, can be one of the alternatives.

Essentially, becoming an older adult signifies merely having progressed further in the maturation process, whereby the individual gains awareness of the values they aim to live by and exemplify to the world. This awareness is a sharper and deeper look towards its own interiority (Crestani, 2019).

Concerns about daily situations, along with anxiety and depression, for instance, are issues that lead to a lack of attention and, consequently, hinder the retention of new knowledge. This can make older adults perceive their memory as faulty and feel unable to keep pace with the current speed of information (Valle and Capovilla, 2004).

The fight against forgetfulness must take into account attention and the power of concentration, as well as the factors that facilitate or hinder them. One should also be aware of the phenomenon of disuse of their skills and the interference of new learning (Valle and Capovilla, 2004). That is, for some seniors, besides living in a world of challenges, such as technologies, for example, there is still confusion about their ability due to situations experienced by aging.

It is believed that the longer life extends, the greater the likelihood of physical and mental disorders that tend to occur in old age. Due to this concern with aging, loss of mobility, memory loss and the possibility of depression appear as a "disease", sometimes confused with dementia, or a natural accompaniment of old age (Papalia, 2000).

Quality of life is built through resources, such as dealing with unforeseen events, learning not only to deal with novelties, but also with all that restricts movements and limits or facilitates usual activities (Crestani, 2014). Facing these issues as a challenge is a way of testing their potentialities, which can lead to an increase in self-esteem and a subjective transformation. Possibilities can be rediscovered in search of development and identify limits arising from the natural state of aging (Kachar, 2003).

Brain systems have evolved to produce both fear and pleasure (Pliszka, 2004). From this perspective, it can be said that by creating direct interfaces between biological systems and man-made technology, it is possible to develop means to broadly expand physical and mental abilities (Kurzweil and Grossman, 2019).

The wish to learn, for instance, leads to the renewal of the inner world, generating continuous changes in subjectivity, spirit and intellect of the individual. The subject experiences in unknown circumstances and, when they become familiar with them, they appropriate the new, which then ceases to be novel for them. They are no longer the same, they become another (Kachar, 2003).

Just as it is important to avoid dependence and increase the possibility of subsistence and social insertion, it is also necessary for the elderly to be capable of allowing themselves to be cared for as needed, without destroying their self-image or lowering their self-esteem (Crestani, 2014).

There is much to learn about aging, a lot to study and research into. People who reach longevity want quality in this longevity and the best possible use of the years of life that will accompany it. The pursuit by older adults to remain active is notable, as it is the path they pursue to keep pace with an evolving society that still marginalizes them (Nunes, 2006).

2. DEPRESSION AND MENTAL HEALTH

Depression is a condition that almost everyone experiences relatively mildly at many times in life (Stuart, 2002). Some of the main symptoms of depression are sadness, lack of

motivation, discouragement, sleep disturbances, disinterest, loss of appetite, physical pain, irritability, loss of taste for life (Zimerman, 2000).

The causes of depression in old age are often attributed to stressful and negative events (Stuart, 2002). In addition to changes in the body, aging brings to humans a series of psychological changes, which can result, among others, in difficulties in dealing with organic, affective and social losses. It is true that over the years, wear and tear are inevitable. However, depression in senior age usually removes the elderly from family life and makes it difficult to keep them integrated into the environment in which they live (Zimerman, 2000).

Even knowing that old age is not a disease, but a phase in which the human being becomes more susceptible to disease, it is often understood that these diseases fall within a framework of normalcy due to the individual's age, implying there is no way to achieve a better life. No one knows when they will die. In fact, to live is to have projects and to want something, to seek achievements. Upon giving this up, the person is making a self-destructive choice (Zimerman, 2000).

There are data showing that, in addition to being subject to depression, the elderly is hit by paranoid states, hypochondria and other disorders (Zimerman, 2000). Generally, depression brings about certain effects that are detrimental to anyone's life, but for an elderly, in the intellectual area, there is a decrease in memory capacities and disorders that make learning difficult. In the social area, this leads to withdrawal from social groups, loss of status, abandonment, and isolation. From a somatic point of view, cardiac, pulmonary and gastrointestinal problems may occur (Zimerman, 2000).

For some elderly, the secret of good-living is to learn to live with these limitations. It is understanding, accepting and fighting for problems to be diminished with exercise, walks, memory exercises, a good diet, good habits, group participation and other cares, depending on the type of situation presented. What matters is the posture before life, the way of being and seeking one's own happiness. Internal preparation, life goals, and projects are necessary to continue living. The elderly requires mental health care.

Even without a long future ahead, an older adult's motivation and drive are to live well and intensely in the present, to find satisfaction with their current life, and to demonstrate that they can and should live well, setting a model of a happy elderly person for those who will one day reach this stage of life. Their motivations include their life, family, friends,

maintaining activities, creating, engaging in leisure, and the wish to see and learn more (Zimerman, 2000).

Stimulating the potential and an open attitude toward new discoveries in older adults helps maintain and restore their physical, mental, and social capacities. It is important to create an environment that supports their present life, providing them with leisure moments and helping them discover and develop creative activities (Zimerman, 2000).

The human brain is subject to external stimuli through the senses, internal stimuli originating from the body, and stimuli of an emotional nature (Valle and Capovilla, 2004). Take into account their past, their experiences, their losses, as well as their present, their possibilities, their gains, and their psychosocial and economic support. Only in this way it is possible to work towards ensuring that this older adult becomes a healthier individual, capable of utilizing all their potential, and leading a happy life (Zimerman, 2000).

Ensuring quality mental health, encompassing the ability to overcome adversity, adapt, recover, and access a meaningful and productive life (Melillo, et al, 2005). Continuing education throughout all life stages involves stepping outside oneself, broadening one's horizons, refusing to stagnate or be content with one's identity at a particular phase of life. It means abandoning repetition that no longer reflects dynamism, and being capable of altering one's own perspectives so that life may be renewed, blossom, and emerge with creativity and exuberance for oneself and for others (Crestani, 2019).

Aging with quality of life and well-being requires older adults to manage their life plan, their mental health, the administration of losses, and the reevaluation of wishes and perspectives based on their possibilities (Terra et al, 2010). Healthier and more optimistic individuals are better equipped to adapt to the transformations brought about by aging (Zimerman, 2000). Having resilience as an ally refers to a combination of factors that enables individuals to confront and overcome life's problems and adversities.

3. RESILIENCE

Resilience is a healthy resource that can assist in activating a favorable response capability in each individual. It originates from the need to live well, from the life examples of adults, and from the experience of mature defense mechanisms that an individual gradually perceives bring real benefit to themselves and not merely momentary relief from tension (Crestani, 2014).

Emotions need to be expressed, especially in a world with such rapid transformations. Individuals who consider it important to maintain a certain mastery in their way of thinking need to recognize these transformations and the systematics which are structured and that arise from a constantly changing world (Crestani, 2019).

An individual who cultivates the habit of briefly pausing to reflect and reframe life and relationships may realize that the expression given to their own emotions is not always the best one. Having self-awareness of one's nature and how one reacts to challenging situations enables a process of growth with visible progress, leading to great satisfaction for oneself and for those with whom one interacts (Crestani, 2019). To that end, it is necessary to know oneself objectively, to understand one's environment, and to have achieved a relative mastery over oneself when expressing personal feelings and emotions.

The internal world of emotions always tends to draw one to the present moment when it is positive, or to avoid it without concern for possible solutions when it is unfavorable. Reacting in this manner, an individual fails to learn how to reassess themselves and reflect on their experiences, as they will encounter not only successes but also errors, omissions, and inappropriate emotional expressions (Crestani, 2019).

Resilience can be one of the resources and a strength that an individual cultivates within themselves to overcome what seems insurmountable. It is a power of reaction and support that originates internally and benefits not only oneself; it can assist all those who come into contact with the resilient individual (Crestani, 2014).

Human beings seek a dignified social standing. To speak of resilience is to refer to the human capacity, whether individual or collective, to withstand adverse situations, finding creative resources to emerge from them. In other words, resilience leads to a greater understanding and knowledge of factors that protect individuals from destructive situations and from the adverse human and social environmental conditions surrounding them. Furthermore, it allows for the creation of practical methods to promote these factors, ensuring favorable development that prevents the onset of physical and mental illnesses (Melillo, 2005).

In this regard, each individual presents strengths and challenges when facing frustrations and unforeseen events. And the capacity for resilience varies significantly from person to person. The fact that someone is content with life does not depend on a single factor, but rather on the convergence and harmony of diverse contributions that align with

their current needs. In reality, it is a skill that needs to be developed. It requires effort and cultivation for an individual to achieve a good level of resilience (Crestani, 2014).

Researchers of resilience have identified several conditions that strengthen it, including beliefs; attitudes and aptitudes, such as the ability to collaborate; self-confidence and trust in others; communication skills; expressive capacities; conflict resolution abilities; the capacity for commitment and participation; access to emotions linked to hope and optimism; joy; humor; flexibility; and the capacity for self-reflection (Melillo,2005). In fact, resilience is a factor in joy, well-being, satisfaction in social interaction, and human maturation.

III. CONCLUDING REMARKS

To believe that not all the blows of life destroy and that all people have the resources to overcome crises greatly contributes to facilitating and monitoring the adoption of attitudes that help face adversities.

To gather good results in life, each subject must learn to maintain the focus and not neglect the vital goals to which he/she proposes to achieve. The construction of a solid vital framework, which resists the obstacles of time and the contradictions of life, charges in anticipation: commitment, sacrifice, dedication and discipline. In addition to suggesting the importance of having self-esteem, optimistic inclination and confidence in their own abilities.

At the same time, the existence or not of resilience in the subjects depends on the interaction of the person with their human surroundings. Resilience is more than a way of putting a good face on bad weather, it is also a creative feature that allows you to find new answers to situations that seem to have no way out. The process of resilience involves finding a better, more humane way out and solution for an adversity or an aggressive and traumatic situation, rather than simply reacting impulsively.

The elderly currently has a better level of instruction than their predecessors, and this trend will continue as younger generations age. In addition, an increasing number of older adults is choosing to continue their studies. There is concern not only with the life span, but with the quality of life. And the individual continues to cultivate their plan, which keeps them active, youthful, dynamic, and aspiring to achieve more.

The human being who acts wisely does not necessarily come from qualified genetics, but from a systematic and patient work that the individual realizes within themselves,

through constant and subtle reassessments over time. The human being is built in the persistence and dignity that everyone wants to live with. The more resilient an individual is, the more capable they are of offering opportunities and openness to others, enabling them to be helped in their own growth and maturation.

When older adults have a strong network of family and friends, it can help them avoid depression or find assistance for it. The affection, love and attention to the elderly have great healing power and disease prevention. One finds the strength to develop resilience, and this has great power over mental health.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/REFERENCES

Crestani, A. (2014a) *As Múltiplas Dimensões do Cuidado: aprimoramento das relações educativas*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Crestani, A. (2019b) *Navegar em Águas mais Profundas: compreender a onda e propor escolhas*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Harari, Y. N. (2018) *21 Lições para o Século 21*. São Paulo: Companhia das Letras.

Kachar, V. (2003) *Terceira Idade e Informática: aprender revelando potencialidades*- São Paulo: Cortez.

Kurzweil, R. e Grossman, T. (2021) *A Medicina da Imortalidade: as dietas, os programas e as inovações tecnológicas que prometem revolucionar nosso processo de envelhecimento*- 3ª ed.- São Paulo: Goya.

Melillo, A. e Ojeda, E. N. S. e colaboradores (2005) *Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas*. - tradução Valério Campos-Porto Alegre: ArtMed.

Mendes, T. M. S. (2012) *Da Adolescência à Envelhecimento: convivência entre as gerações na atualidade*- Porto Alegre: Mediação.

Nunes, V. P. C. (2006a) *A Contribuição da Inclusão Digital na Vida Cotidiana do Idoso*. Actas da Conferência IADIS Ibero-Americana/ Murcia, Espanha, p123 -129.

Nunes, V. P. C. (2006b) *A Inclusão Digital e sua Contribuição no Cotidiano de Idosos: possibilidade para uma concepção multidimensional de envelhecimento*. Porto Alegre.

Papalia, D. E. e Martorell, G. (2022) *Desenvolvimento Humano*- tradução Daniel Bueno 14ª ed.- Porto Alegre: AMGH.

Pliszka, S. R. (2004) *Neurociências para o Clínico de Saúde Mental*. Porto Alegre: Artmed.

Nunes, V. P. C. (2025). *O Adulto Idoso e a Resiliência: Uma Possibilidade de Saúde Mental*. *Mentalis*, 2(1), 1-24. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v2.18>

- Stuart- H. I. (2002) *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução- 3ª ed.* – Porto Alegre: ArtMed.
- Terra, N. L. (2010) *Envelhecimento e suas Múltiplas Áreas do Conhecimento-* Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Valle, L. H. L. R. do e Capovilla, F.C. (2004) *Temas Multidisciplinares de Neuropsicologia & Aprendizagem.* Ribeirão Preto- SP: Tecmed.
- Zimerman, G. I. (2000) *Velhice: aspectos biopsicossociais-* Porto Alegre: ArtMed.

VERIFICAÇÃO DA EFICÁCIA DA TERAPIA DE REPROCESSAMENTO GENERATIVO (TRG) EM PACIENTE COM DEPRESSÃO, BAIXA AUTOESTIMA, PROCRASTINAÇÃO E SÍNDROME DO IMPOSTOR

Rubia Mara Kovel¹, Aline de Cássia Pereira Bueno¹, Jailma Soares dos Santos¹,
Magali Vicente Nascimento¹, Valdira Oliveira Rocha¹, Maria de Lourdes Santos
Albuquerque¹, Juliana Bezerra Lima-Verde² e Jair Soares dos Santos²

¹Terapeuta TRG independente

²Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT)

Email para correspondência: rubia_mf@hotmail.com

RESUMO

Este estudo de caso investiga a eficácia da Terapia de Reprocessamento Gerativo (TRG) no tratamento de uma paciente de 47 anos com diagnóstico de depressão severa, baixa autoestima, procrastinação e características compatíveis com a Síndrome do Impostor. A avaliação psicométrica foi realizada em três momentos: pré-intervenção, pós-intervenção imediata e seguimento de um ano (*follow-up*), utilizando a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II). A paciente realizou 12 sessões de TRG e os resultados demonstraram reduções clinicamente significativas em todos os domínios avaliados: no DASS-21, observou-se redução de 94,4% no escore de depressão, 90% na ansiedade e 92,3% no estresse; no BDI-II, a redução foi de 88%. A avaliação de seguimento de um ano revelou manutenção substancial dos ganhos terapêuticos, com escores de depressão e ansiedade permanecendo em níveis mínimos e apenas um discreto aumento no escore de estresse para nível leve, atribuído ao envolvimento da participante em múltiplos projectos pessoais e profissionais. Estes achados sugerem que a TRG pode representar uma abordagem terapêutica eficaz e duradoura para quadros depressivos associados à Síndrome do Impostor, baixa autoestima e procrastinação, oferecendo uma alternativa ao modelo predominantemente farmacológico do tratamento actual da depressão.

Palavras-chaves: depressão, autoestima, procrastinação, síndrome do impostor, reprocessamento.

I. INTRODUÇÃO

A depressão tem se configurado como uma das principais questões de saúde mental na contemporaneidade, afetando milhões de pessoas em todo o mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2025), trata-se de um transtorno que compromete significativamente a qualidade de vida dos indivíduos, manifestando-se através de sintomas como tristeza persistente, perda de interesse em atividades cotidianas, alterações no sono e no apetite, fadiga e dificuldades de concentração. Para além dos aspectos sintomatológicos tradicionais, observa-se cada vez mais a associação da depressão com outros fenômenos psicológicos relevantes, especialmente a baixa autoestima, a procrastinação e aquilo que tem sido denominado de Síndrome do Impostor (SI).

A Síndrome do Impostor, embora não seja reconhecida como um transtorno psicológico pela OMS (2025), caracteriza-se por um padrão persistente de dúvida sobre as próprias capacidades e realizações. Os indivíduos acometidos atribuem seus sucessos à sorte ou a fatores externos, enquanto internalizam os fracassos como evidências de sua incompetência (Wilding, 2021). Este fenômeno tem se espalhado como uma epidemia, saltando de setor para setor, destacando sua presença em diversos domínios, como negócios e tecnologia (Cassanego, 2021). As realizações e esforços que a pessoa faz em relação à vida profissional geram a sensação de que nada é suficiente e que todos os resultados, por melhores que sejam, acontecem apenas por sorte (Wilding, 2021).

Os sintomas mais comuns relatados associados à SI incluem ansiedade generalizada, falta de autoconfiança, depressão, rejeição, frustração, indecisão, despersonalização, evasão de responsabilidades, autossabotagem, incapacidade de delegar, adiamento de prazos, longas jornadas de trabalho, esgotamento profissional e problemas de autoestima (Neureiter & Trat-Mattausch, 2016; Barrow, 2019; Sullivan & Ryba, 2020).

Em muitos casos, as manifestações ocorrem precocemente no início de uma jornada acadêmica devido a sinais de ansiedade antes das provas e mais agudos em caso de reprovação (Parkman, 2016; Lucena et al., 2022; Lima & Maciel, 2022). Já no início de uma carreira profissional, manifestam-se devido à alta competitividade, à rigorosidade dos processos de seleção e ao nível exacerbado de competência

demandado dos indivíduos, podendo causar grandes prejuízos à saúde mental (Villwock, 2016).

Algumas questões autolimitantes estão relacionadas à incapacidade de atender aos padrões auto-impostos de realização, as quais podem levar o indivíduo ao sofrimento psicológico, sofrimento emocional e sérios distúrbios de saúde mental (Krasner et al., 2009). Os impostores possuem tendências perfeccionistas, abrigando uma necessidade secreta de serem os melhores no que fazem (Bueno, 2019). A SI também possui altas taxas de associação com a Síndrome de Burnout e com ideias suicidas, onde a autocrítica e o perfeccionismo (perfeccionismo socialmente prescrito, a autocrítica, a preocupação com erros e dúvidas nas tomadas de decisões) estão correlacionados com tendências suicidas (Gottlieb et al., 2020).

A compreensão contemporânea da depressão tem sido predominantemente pautada pelo modelo biomédico. Como ilustração, podemos tomar as diretrizes para o tratamento da depressão disponibilizadas pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP, 2021), nas quais é possível perceber como os tratamentos são administrados quase que exclusivamente por via medicamentosa. Outros tratamentos como a psicoterapia acabam se tornando secundários, na medida em que os antidepressivos são considerados efetivos no tratamento agudo das depressões moderadas e graves, enquanto tratamentos psicológicos específicos para episódio depressivo são efetivos, com maiores evidências para depressões leves a moderadas. Nesse cenário, os casos mais graves de depressão são tratados pela medicina e os casos mais brandos pela psicologia, com o aval da primeira. Entretanto, os resultados mostram um alto índice de abandono dos tratamentos (Fleck et al., 2009).

A depressão, enquanto problema médico, acaba se tornando um objeto da psiquiatria, sendo o psiquiatra o profissional responsável por um saber sobre aquele fenômeno. Uma afirmação dessa ordem retira a possibilidade de diálogo com outras áreas do saber psicopatológico. A psiquiatria biológica busca extinguir de seu contexto as disciplinas que derivam das ciências psicológicas, antropológicas, históricas e sociais (Monteiro & Lage, 2007). O que se tem percebido é uma inversão do fazer diagnóstico, na qual o diagnóstico etiológico foi perdendo espaço para diagnósticos com base nos sintomas. A ampliação dos mercados de antidepressivos está bastante atrelada a tal guinada das construções diagnósticas e prescrições terapêuticas (Peres, 2010).

Diante desse panorama, torna-se fundamental a investigação de abordagens terapêuticas que considerem a complexidade do fenômeno depressivo para além da perspectiva exclusivamente biomédica (Medeiros & Matos, 2021). Nesse contexto, a Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) emerge como uma alternativa promissora no tratamento de quadros depressivos associados à baixa autoestima, procrastinação e síndrome do impostor (Albuquerque et al., 2025).

O presente estudo tem como objetivo verificar a eficácia da TRG em uma participante com diagnóstico de depressão severa, apresentando sintomas de baixa autoestima, procrastinação e características compatíveis com a síndrome do impostor, tanto em seus relacionamentos quanto no âmbito profissional.

II. METODOLOGIA

1. PARTICIPANTE

A participante do estudo é uma mulher de 47 anos que procurou atendimento com a TRG apresentando quadro clínico compatível com transtorno depressivo. A sintomatologia incluía humor deprimido, ansiedade generalizada, baixa autoestima, procrastinação e sentimentos de inadequação pessoal e profissional. O histórico clínico revelava conflitos nas relações familiares e laborais, culpa relacionada ao exercício da maternidade, sentimentos de traição e desamparo emocional, medo de fracasso e crenças de não merecimento associadas ao sucesso. A anamnese evidenciou exposição prévia a relacionamentos interpessoais caracterizados por padrões abusivos, o que contribuiu para a configuração do quadro psicopatológico apresentado.

2. ASPECTOS ÉTICOS

Este estudo constitui um relato de caso clínico que está inserido em um projeto de doutorado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil sob o parecer número 7.920.139 e CAAE 76710623.4.0000.5201. Em conformidade com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, a participante foi informada sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios da pesquisa antes do início da coleta de dados. Após esclarecimento de dúvidas, foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), garantindo-se a confidencialidade das informações, o anonimato da participante e o direito de interromper sua participação a qualquer momento sem qualquer prejuízo ao tratamento.

3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Para mensuração dos sintomas psicopatológicos e acompanhamento da evolução clínica, foram empregados dois instrumentos psicométricos padronizados e validados para a população brasileira (Martins et al., 2019; Finger & Argimon, 2013).

A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) consiste em um instrumento autoaplicável composto por 21 itens distribuídos em três subescalas que avaliam respectivamente depressão, ansiedade e estresse. Cada item é pontuado em escala Likert de quatro pontos, variando de zero a três, sendo a pontuação final de cada subescala obtida pela soma dos sete itens correspondentes e multiplicada por dois, permitindo a classificação da gravidade sintomatológica em níveis de ausência, leve, moderado, severo e extremamente severo para cada subescala.

O Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) é um instrumento autoaplicável constituído por 21 itens que avaliam a presença e intensidade de sintomas cognitivos, afetivos, somáticos e vegetativos associados à depressão nas duas semanas precedentes à avaliação. A pontuação de cada item varia de zero a três pontos, resultando em escore total que pode variar de zero a 63 pontos, o qual permite classificar a intensidade da sintomatologia depressiva em níveis de ausência, leve, moderado e grave de depressão.

4. PROCEDIMENTOS

A avaliação psicométrica foi realizada em três momentos temporais distintos. A primeira aplicação dos instrumentos DASS-21 e BDI-II ocorreu anteriormente ao início da intervenção com a TRG, estabelecendo a linha de base dos sintomas. A segunda avaliação foi conduzida imediatamente após a alta terapêutica, permitindo verificar as modificações sintomatológicas decorrentes do processo terapêutico. A terceira aplicação foi realizada um ano após o término do tratamento, constituindo uma avaliação de seguimento (*follow-up*) para verificação da manutenção dos ganhos terapêuticos obtidos.

5. INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

A intervenção foi realizada através da Terapia de Reprocessamento Gerativo (TRG), conduzida na modalidade online. Foram utilizados os cinco protocolos que compõem esta terapia, a saber: cronológico, somático, temático, futuro e potencialização.

dois atendimentos semanais. O número total de sessões e a duração do tratamento foram determinados de acordo com a evolução clínica da participante e os critérios estabelecidos pelo protocolo terapêutico.

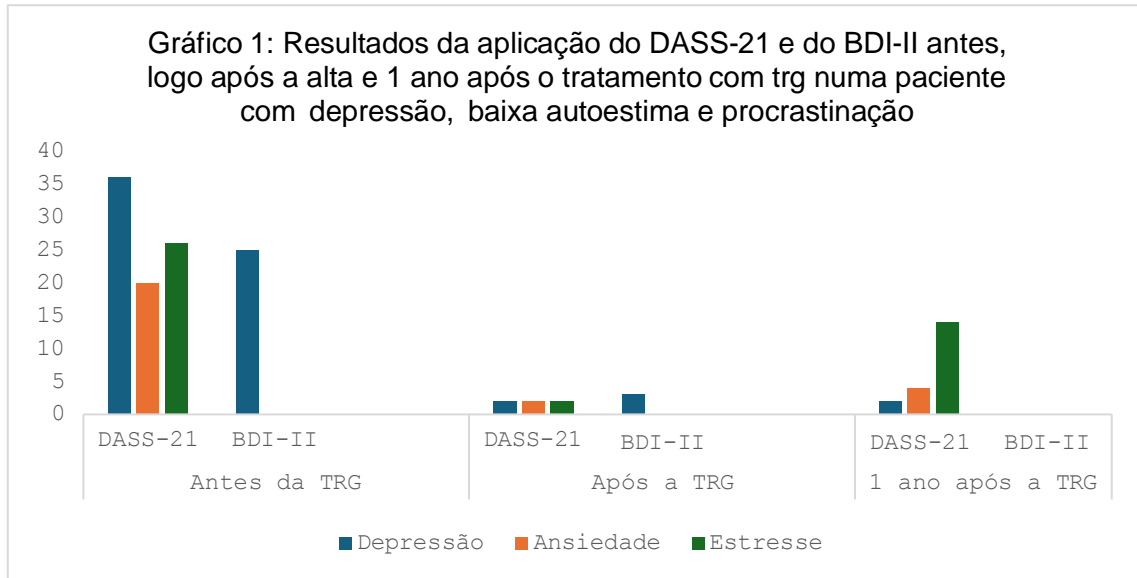
6. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos provenientes dos instrumentos DASS-21 e BDI-II foram analisados mediante comparação descritiva dos escores obtidos nos três momentos avaliativos, possibilitando a identificação de padrões de modificação sintomatológica ao longo do processo terapêutico e no período de acompanhamento. A análise qualitativa contemplou a observação clínica da evolução do quadro, as mudanças no funcionamento psicológico da participante e a relação entre os achados quantitativos e as transformações observadas no contexto terapêutico.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A participante, do sexo feminino contava com 47 anos ao início do tratamento em 2023, apresentava queixas de tristeza persistente, dificuldade de concentração, baixa autoestima, procrastinação e sentimentos de inadequação tanto nos relacionamentos interpessoais quanto no ambiente de trabalho. Relatava sensação constante de ser uma fraude, atribuindo seus sucessos profissionais à sorte ou circunstâncias externas, características compatíveis com a síndrome do impostor. No total, a paciente realizou 12 sessões de TRG, estando este valor bem abaixo de outros resultados com a TRG em casos depressivos com 30 sessões (Santos e Lima-Verde, 2023) ou com uma média de 19,25 sessões por paciente (Pereira et al., 2023).

Antes do início da intervenção com TRG, assim como logo após a alta e 1 ano após a alta, foram aplicados instrumentos de avaliação psicométrica para mensuração dos níveis de depressão, ansiedade e estresse. Utilizou-se a Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II), conforme resultados verificados no Gráfico 1.



Estes escores iniciais evidenciam um quadro clínico significativo, caracterizado por depressão extremamente severa segundo o DASS-21 e moderada segundo o BDI-II, associada a níveis extremamente severos de ansiedade e estresse moderado. Tais resultados são consistentes com a literatura que aponta para a alta comorbidade entre transtorno depressivo maior (TDM) e transtornos de ansiedade. Em estudos prospectivos, o transtorno de ansiedade geral mostrou-se um fator de risco consistente, dobrando a probabilidade de desenvolver TDM (Mathew et al., 2011; Kessler et al, 2008), enquanto uma razão de chances (RC) > 8 foi encontrada entre transtorno de ansiedade geral e TDM em estudos transversais (Hasin et al., 2005).

A comparação entre os escores pré e pós-intervenção revela uma redução drástica e clinicamente significativa em todos os domínios avaliados. No DASS-21, observou-se uma redução de 34 pontos no escore de depressão (94,4% de melhora), 18 pontos no escore de ansiedade (90% de melhora) e 24 pontos no escore de estresse (92,3% de melhora). No BDI-II, a redução foi de 22 pontos (88% de melhora). Todos os escores pós-intervenção situaram-se na faixa de ausência de sintomatologia significativa.

Os dados do seguimento de um ano revelam a manutenção substancial dos ganhos terapêuticos obtidos com a TRG. Os escores de depressão permaneceram na faixa de ausência de sintomatologia tanto no DASS-21 (2 pontos) quanto no BDI-II (0 pontos), este último apresentando inclusive melhora adicional em relação à avaliação pós-intervenção imediata. O escore de ansiedade mostrou um discreto aumento de 2 para 4 pontos, porém ainda se mantendo na classificação de ausência de ansiedade. O

aspecto mais notável foi o aumento do escore de estresse, que passou de 2 para 14 pontos, classificado agora como estresse leve, o que é justificado pelo fato da participante ter se envolvido em vários projetos pessoais e profissionais (Rocha et al., 2025).

Este padrão de resultados no seguimento merece uma análise cuidadosa. A manutenção dos escores de depressão e ansiedade em níveis mínimos sugere que as mudanças cognitivas e emocionais produzidas pela TRG foram duradouras e resistentes ao tempo. O aumento no escore de estresse, embora significativo em termos absolutos (de 2 para 14 pontos), deve ser contextualizado: primeiramente, ainda representa uma redução de 46,2% em relação ao escore inicial de 26 pontos; em segundo lugar, a classificação de estresse leve indica que a participante desenvolveu capacidade de lidar com estressores cotidianos sem que estes evoluam para quadros de ansiedade ou depressão mais graves (Egede, 2007; Stegmann et al., 2010).

Este achado é consistente com o entendimento de que algum nível de estresse é esperado e até adaptativo na vida cotidiana (Gabilondo et al., 2012; Louter et al., 2016). A presença de estresse leve, na ausência de sintomas depressivos ou ansiosos significativos, indicam que a participante está engajada em atividades desafiadoras e mantém um nível adequado de ativação para enfrentar demandas do dia-a-dia, sem que isso a paralize ou a conduza de volta a um quadro depressivo. Estudos sobre resiliência e crescimento pós-traumático sugerem que indivíduos que passaram por processos terapêuticos bem-sucedidos podem experimentar estresse situacional sem recaída em quadros psicopatológicos (Modgill et al., 2012; Baune et al., 2006).

Estes resultados são particularmente notáveis quando consideramos o debate contemporâneo sobre a eficácia das intervenções para depressão. Estudos recentes têm questionado a magnitude dos efeitos dos antidepressivos em comparação com placebo, sugerindo que, embora estatisticamente significativas, as diferenças podem não atingir relevância clínica substancial. Uma análise empírica que comparou escores da Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton (HAM-D) com a Escala de Impressão Clínica Global de Melhora (CGI-I) revelou que uma diferença de 3 pontos na HAM-D não é detectável por clínicos, sendo necessária uma diferença de 7 pontos para corresponder a uma avaliação de melhora mínima. Os efeitos observados no presente caso excedem amplamente estes critérios de significância clínica (Moncrieff & Kirsch, 2015).

A eficácia observada da TRG neste caso pode ser compreendida à luz das características específicas desta abordagem terapêutica e de suas diferenças em relação ao modelo biomédico predominante. Enquanto a perspectiva biomédica tende a localizar a etiologia da depressão em desequilíbrios neuroquímicos, particularmente no sistema serotoninérgico (Stockmann et al., 2018), a TRG aborda o fenômeno depressivo a partir de uma perspectiva mais integrativa, considerando os aspectos cognitivos, emocionais e comportamentais envolvidos na manutenção do sofrimento psíquico (Lima-Verde et al., 2024).

É importante contextualizar estes resultados dentro do panorama mais amplo da sociedade contemporânea e suas formas de subjetivação. Passou-se de uma sociedade disciplinar, marcada pelos controles sociais e intrapsíquicos e pelos conflitos, à ênfase no desempenho. Transitou-se dos deveres, interdições e prescrições severas ao ter de se e, ao ter de poder. Foi-se da experiência do conflito entre impulsos, desejos e limitações (sejam as da realidade física sejam as da realidade social externa ou internalizada no Supereu), à experiência de insuficiência, pois nunca o sujeito vai se sentir à altura desta exigência infinita de ser mais e poder mais: ser si mesmo e poder mais ilimitadamente (Campos, 2016).

Neste contexto, o sujeito contemporâneo aposta em uma corrida consigo mesmo e sempre sai perdendo. Isso cansa e deprime, isso esgota: é a fadiga de ser si mesmo. Afetos, emoções, outros desejos já não cabem na carreira desenfreada em busca de uma realização mais e mais completa de um Eu Ideal. O Supereu e seus Ideais de Eu ficam totalmente subordinados ao Eu ideal, vale dizer, a problemática do controle dos impulsos e das relações objetais é subordinada à problemática narcisista superinflacionada. A capacidade de operar uma perfeita cisão entre, de um lado, condutas bem desempenhadas e, de outro, afetos e emoções é condição para este modo de funcionamento individual e coletivo em que o desempenho autorreferido impera. A sociedade supostamente dividida entre os vencedores e os perdedores acaba sendo uma sociedade apenas de perdedores, cansados, tomados pela sensação de insuficiência e impotência: são sujeitos permanentemente vítimas da síndrome de burnout, e não apenas nas situações de trabalho profissional, mas na vida (Medeiros & Matos, 2018).

A participante em questão exemplificava perfeitamente esta dinâmica contemporânea. Seus sentimentos de ser uma fraude profissional, apesar de sucessos

objetivos em sua carreira, refletem a impossibilidade de se sentir à altura das exigências infinitas do ideal de desempenho. Sua procrastinação pode ser compreendida não simplesmente como um déficit de autorregulação, mas como uma manifestação da ansiedade paralisante gerada por padrões perfeccionistas inatingíveis. A baixa autoestima, por sua vez, resulta da comparação constante entre o eu real e um eu ideal inalcançável. Os procrastinadores costumam sentir-se desmotivados quando percebem que as técnicas de gestão do tempo não trazem os resultados esperados. A ilusão de uma solução rápida e milagrosa se desfaz, dando lugar ao pessimismo — o oposto extremo dessa expectativa. Mesmo que alguns avanços sejam observados, é comum que o próprio uso dessas técnicas também seja adiado. Em certos casos, o progresso pode gerar ansiedade (Steel, 2007).

No que se refere aos fatores de risco associados ao transtorno depressivo maior, é relevante considerar que a literatura aponta consistentemente para a importância de experiências adversas precoces. O fator de risco mais comumente estudado foi o abuso infantil em suas diferentes formas (física, psicológica e sexual), e diversos estudos encontraram associação significativa entre abuso infantil e TDM (Moussavi et al., 2007).

Embora a história específica de trauma na infância desta participante não tenha sido detalhada no presente relato, é importante reconhecer que tais fatores frequentemente desempenham um papel significativo no desenvolvimento de padrões de baixa autoestima e dúvida sobre as próprias capacidades (Pereira et al., 2023).

A TRG, ao trabalhar com o reprocessamento de memórias e experiências, pode ter sido particularmente eficaz em abordar não apenas os sintomas manifestos da depressão, mas também os padrões cognitivos e emocionais subjacentes que mantinham o quadro clínico. A redução substancial nos escores de ansiedade (de 20 para 2 no DASS-21 pós-intervenção, mantendo-se em 4 no seguimento de um ano) é especialmente significativa, considerando a forte associação entre depressão e ansiedade documentada na literatura e a importância da ansiedade como fator de manutenção dos padrões de evitação e procrastinação (Lima-Verde et al., 2024).

A melhora observada no estresse, tanto imediatamente após a intervenção quanto no seguimento de um ano, também merece destaque. O estresse crônico é reconhecido como um fator importante na patogênese e manutenção dos quadros depressivos. A capacidade da TRG de reduzir os níveis de depressão, ansiedade e estresse, com manutenção destes ganhos ao longo do tempo, sugere que esta abordagem pode estar

atuando em mecanismos transdiagnósticos comuns a estas condições, possivelmente relacionados à regulação emocional e aos padrões de processamento cognitivo (Sá, 2021).

A manutenção dos resultados no seguimento de um ano é particularmente relevante no contexto da discussão sobre recaídas em quadros depressivos. A literatura indica que as taxas de recaída em depressão são significativas, com estudos apontando que aproximadamente 50% dos pacientes que tiveram um episódio depressivo terão pelo menos mais um ao longo da vida. No presente caso, a ausência de recaída e a manutenção dos ganhos terapêuticos sugerem que a TRG pode ter promovido mudanças duradouras nos padrões cognitivos e emocionais da participante (Pereira et al., 2023; Oliveira et al., 2024).

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Embora este estudo de caso apresente limitações metodológicas inerentes (ausência de grupo controle, impossibilidade de estabelecer causalidade definitiva e generalização restrita), os resultados são encorajadores e justificam investigações mais aprofundadas sobre a TRG no tratamento da depressão. Este caso faz parte de um projeto mais amplo que incluiu 72 participantes, visando avaliar a eficácia da intervenção em uma amostra maior.

A magnitude das mudanças psicométricas observadas, aliada à melhora funcional relatada e à manutenção dos ganhos após um ano de seguimento, sugere que a TRG pode representar uma contribuição valiosa ao arsenal terapêutico para depressão, especialmente em casos associados à síndrome do impostor, baixa autoestima e procrastinação.

Este caso ilustra a importância da TRG por considerar a depressão para além do modelo biomédico, abordando os padrões cognitivos, emocionais e comportamentais específicos que mantêm o sofrimento psíquico. Os resultados demonstram que a TRG pode produzir mudanças clinicamente significativas e duradouras, oferecendo alternativas ao modelo predominantemente farmacológico do tratamento atual da depressão.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflito de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT) pela possibilidade de realizar este projeto.

VERIFICATION OF THE EFFICACY OF GENERATIVE REPROCESSING THERAPY (TRG) IN A PATIENT WITH DEPRESSION, LOW SELF-ESTEEM, PROCRASTINATION AND IMPOSTOR SYNDROME

Rubia Mara Kovel¹, Aline de Cássia Pereira Bueno¹, Jailma Soares dos Santos¹,
Magali Vicente Nascimento¹, Valdira Oliveira Rocha¹, Maria de Lourdes Santos
Albuquerque¹, Juliana Bezerra
Lima-Verde² e Jair Soares dos Santos²

¹Independent TRG Therapist

²Brazilian Institute of Therapist Training (IBFT)

Email for the correspondence: rubia_mf@hotmail.com

ABSTRACT

This case study investigates the effectiveness of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in treating a 47-year-old female patient diagnosed with severe depression, low self-esteem, procrastination and characteristics consistent with Impostor Syndrome. Psychometric assessment was conducted at three time points: pre-intervention, immediate post-intervention and one-year follow-up, using the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and the Beck Depression Inventory II (BDI-II). The patient completed 12 TRG sessions and the results demonstrated clinically significant reductions across all assessed domains: on the DASS-21, a 94.4% reduction in depression score was observed, 90% in anxiety and 92.3% in stress; on the BDI-II, the reduction was 88%. The one-year follow-up assessment revealed substantial maintenance of therapeutic gains, with depression and anxiety scores remaining at minimal levels and only a slight increase in stress score to a mild level, attributed to the participant's involvement in multiple personal and professional projects. These findings suggest that TRG may represent an effective and lasting therapeutic approach for depressive conditions associated with Impostor Syndrome, low self-esteem and procrastination, offering an alternative to the predominantly pharmacological model of current depression treatment.

Keywords: *depression, self-esteem, procrastination, impostor syndrome, reprocessing.*

I. INTRODUCTION

Depression has emerged as one of the main mental health issues in contemporary times, affecting millions of people worldwide. According to the World Health Organization (WHO, 2025), it is a disorder that significantly compromises individuals' quality of life, manifesting through symptoms such as persistent sadness, loss of interest in daily activities, changes in sleep and appetite, fatigue and concentration difficulties. Beyond traditional symptomatological aspects, there is an increasing association of depression with other relevant psychological phenomena, especially low self-esteem, procrastination and what has been termed Impostor Syndrome (IS).

Impostor Syndrome, although not recognized as a psychological disorder by the WHO (2025), is characterized by a persistent pattern of doubt about one's own capabilities and achievements. Affected individuals attribute their successes to luck or external factors, while internalizing failures as evidence of their incompetence (Wilding, 2021). This phenomenon has spread like an epidemic, jumping from sector to sector, highlighting its presence across various domains such as business and technology (Cassanego, 2021). The achievements and efforts that a person makes regarding their professional life generate the feeling that nothing is sufficient and that all results, however good they may be, happen only by luck (Wilding, 2021).

The most common reported symptoms associated with IS include generalized anxiety, lack of self-confidence, depression, rejection, frustration, indecision, depersonalization, avoidance of responsibilities, self-sabotage, inability to delegate, postponement of deadlines, long working hours, professional burnout and self-esteem problems (Neureiter & Trat-Mattausch, 2016; Barrow, 2019; Sullivan & Ryba, 2020). In many cases, manifestations occur early at the beginning of an academic journey due to signs of anxiety before exams and more acute in case of failure (Parkman, 2016; Lucena et al., 2022; Lima & Maciel, 2022). At the beginning of a professional career, they manifest due to high competitiveness, the rigor of selection processes and the exacerbated level of competence demanded from individuals, which can cause great harm to mental health (Villwock, 2016).

Some self-limiting issues are related to the inability to meet self-imposed standards of achievement, which can lead individuals to psychological suffering, emotional distress and serious mental health disorders (Krasner et al., 2009). Impostors have perfectionist tendencies, harboring a secret need to be the best at what they do (Bueno, 2019). IS

also has high rates of association with Burnout Syndrome and suicidal ideation, where self-criticism and perfectionism (socially prescribed perfectionism, self-criticism, concern about mistakes and doubts in decision-making) are correlated with suicidal tendencies (Gottlieb et al., 2020).

The contemporary understanding of depression has been predominantly guided by the biomedical model. As an illustration, we can consider the guidelines for the treatment of depression provided by the Brazilian Association of Psychiatry (ABP, 2021), in which it is possible to perceive how treatments are administered almost exclusively through medication. Other treatments such as psychotherapy end up becoming secondary, insofar as antidepressants are considered effective in the acute treatment of moderate and severe depression, while specific psychological treatments for depressive episodes are effective, with greater evidence for mild to moderate depression. In this scenario, the most severe cases of depression are treated by medicine and the milder cases by psychology, with the endorsement of the former. However, the results show a high rate of treatment abandonment (Fleck et al., 2009).

Depression, as a medical problem, ends up becoming an object of psychiatry, with the psychiatrist being the professional responsible for knowledge about that phenomenon. Such an assertion removes the possibility of dialogue with other areas of psychopathological knowledge. Biological psychiatry seeks to eliminate from its context the disciplines that derive from the psychological, anthropological, historical and social sciences (Monteiro & Lage, 2007). What has been perceived is an inversion of diagnostic practice, in which etiological diagnosis has been losing ground to symptom-based diagnoses. The expansion of antidepressant markets is closely linked to such a shift in diagnostic constructions and therapeutic prescriptions (Peres, 2010).

Given this panorama, it becomes fundamental to investigate therapeutic approaches that consider the complexity of the depressive phenomenon beyond the exclusively biomedical perspective (Medeiros & Matos, 2021). In this context, Generative Reprocessing Therapy (TRG) emerges as a promising alternative in the treatment of depressive conditions associated with low self-esteem, procrastination and impostor syndrome (Albuquerque et al., 2025).

The present study aims to verify the effectiveness of TRG in a participant with a diagnosis of severe depression, presenting symptoms of low self-esteem,

procrastination and characteristics consistent with impostor syndrome, both in her relationships and in the professional sphere.

II. METHODOLOGY

1. PARTICIPANT

The study participant is a 47-year-old woman who sought treatment with TRG presenting a clinical picture compatible with depressive disorder. The symptomatology included depressed mood, generalized anxiety, low self-esteem, procrastination and feelings of personal and professional inadequacy. The clinical history revealed conflicts in family and work relationships, guilt related to the exercise of motherhood, feelings of betrayal and emotional helplessness, fear of failure and beliefs of unworthiness associated with success. The anamnesis showed previous exposure to interpersonal relationships characterized by abusive patterns, which contributed to the configuration of the presented psychopathological condition.

2. ETHICAL ASPECTS

This study constitutes a clinical case report that is part of a doctoral project approved by the Research Ethics Committee of Plataforma Brasil under opinion number 7.920.139 and CAAE 76710623.4.0000.5201. In accordance with Resolution No. 466/2012 of the National Health Council, the participant was informed about the objectives, procedures, risks and benefits of the research before the beginning of data collection. After clarification of doubts, the Free and Informed Consent Form (TCLE) was obtained, guaranteeing the confidentiality of information, the participant's anonymity and the right to discontinue participation at any time without any prejudice to treatment.

3. ASSESSMENT INSTRUMENTS

To measure psychopathological symptoms and monitor clinical evolution, two standardized psychometric instruments validated for the Brazilian population were employed (Martins et al., 2019; Finger & Argimon, 2013).

The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) consists of a self-administered instrument composed of 21 items distributed across three subscales that respectively assess depression, anxiety and stress. Each item is scored on a four-point Likert scale, ranging from zero to three, with the final score for each subscale obtained

by summing the seven corresponding items and multiplying by two, allowing classification of symptomatological severity into levels of absence, mild, moderate, severe and extremely severe for each subscale.

The Beck Depression Inventory II (BDI-II) is a self-administered instrument consisting of 21 items that assess the presence and intensity of cognitive, affective, somatic and vegetative symptoms associated with depression in the two weeks preceding the assessment. The score for each item ranges from zero to three points, resulting in a total score that can vary from zero to 63 points, which allows classification of the intensity of depressive symptomatology into levels of absence, mild, moderate and severe depression.

4. PROCEDURES

Psychometric assessment was conducted at three distinct time points. The first application of the DASS-21 and BDI-II instruments occurred prior to the beginning of TRG intervention, establishing the baseline of symptoms. The second assessment was conducted immediately after therapeutic discharge, allowing verification of symptomatological modifications resulting from the therapeutic process. The third application was performed one year after the end of treatment, constituting a follow-up assessment to verify the maintenance of therapeutic gains obtained.

5. THERAPEUTIC INTERVENTION

The intervention was conducted through Generative Reprocessing Therapy (TRG), delivered in online modality. The five protocols that comprise this therapy were used, namely: chronological, somatic, thematic, future and potentiation. Sessions lasted one hour each, with a frequency of two appointments per week. The total number of sessions and the duration of treatment were determined according to the participant's clinical evolution and the criteria established by the therapeutic protocol.

6. DATA ANALYSIS

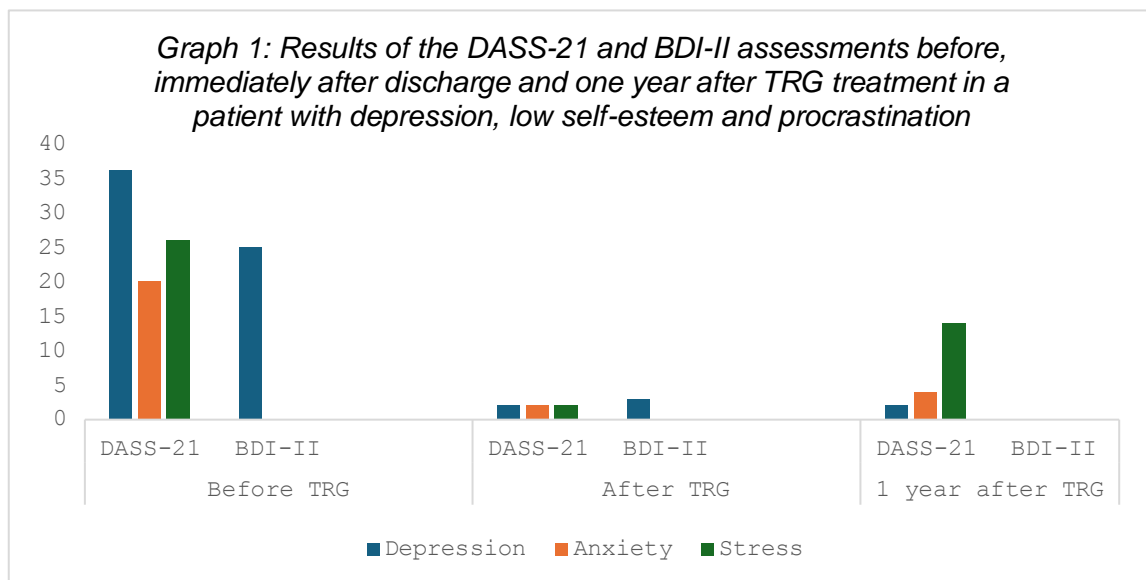
Quantitative data from the DASS-21 and BDI-II instruments were analyzed through descriptive comparison of scores obtained at the three assessment time points, enabling identification of patterns of symptomatological modification throughout the therapeutic process and during the follow-up period. Qualitative analysis included clinical observation of the condition's evolution, changes in the participant's psychological

functioning and the relationship between quantitative findings and the transformations observed in the therapeutic context.

III. RESULTS AND DISCUSSION

The participant, female, was 47 years old at the beginning of treatment in 2023, presenting complaints of persistent sadness, difficulty concentrating, low self-esteem, procrastination and feelings of inadequacy both in interpersonal relationships and in the work environment. She reported a constant feeling of being a fraud, attributing her professional successes to luck or external circumstances, characteristics consistent with impostor syndrome. In total, the patient completed 12 TRG sessions, this number being well below other results with TRG in depressive cases with 30 sessions (Santos and Lima-Verde, 2023) or with an average of 19.25 sessions per patient (Pereira et al., 2023).

Before the beginning of TRG intervention, as well as immediately after discharge and 1 year after discharge, psychometric assessment instruments were applied to measure levels of depression, anxiety and stress. The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and the Beck Depression Inventory II (BDI-II) were used, as shown in the results verified in Graph 1.



These initial scores evidence a significant clinical picture, characterized by extremely severe depression according to DASS-21 and moderate according to BDI-II, associated with extremely severe levels of anxiety and moderate stress. These results are consistent with literature that points to high comorbidity between major depressive

disorder (MDD) and anxiety disorders. In prospective studies, generalized anxiety disorder proved to be a consistent risk factor, doubling the probability of developing MDD (Mathew et al., 2011; Kessler et al., 2008), while an odds ratio (OR) > 8 was found between generalized anxiety disorder and MDD in cross-sectional studies (Hasin et al., 2005).

The comparison between pre- and post-intervention scores reveals a drastic and clinically significant reduction across all assessed domains. In DASS-21, a reduction of 34 points in depression score was observed (94.4% improvement), 18 points in anxiety score (90% improvement) and 24 points in stress score (92.3% improvement). In BDI-II, the reduction was 22 points (88% improvement). All post-intervention scores were situated in the range of absence of significant symptomatology.

The one-year follow-up data reveal substantial maintenance of therapeutic gains obtained with TRG. Depression scores remained in the range of absence of symptomatology in both DASS-21 (2 points) and BDI-II (0 points), the latter even showing additional improvement compared to the immediate post-intervention assessment. The anxiety score showed a slight increase from 2 to 4 points, but still maintaining the classification of absence of anxiety. The most notable aspect was the increase in stress score, which went from 2 to 14 points, now classified as mild stress, which is justified by the fact that the participant became involved in several personal and professional projects (Rocha et al., 2025).

This pattern of results at follow-up deserves careful analysis. The maintenance of depression and anxiety scores at minimal levels suggests that the cognitive and emotional changes produced by TRG were lasting and resistant to time. The increase in stress score, although significant in absolute terms (from 2 to 14 points), should be contextualized: firstly, it still represents a 46.2% reduction from the initial score of 26 points; secondly, the classification of mild stress indicates that the participant developed the capacity to deal with everyday stressors without these evolving into more severe anxiety or depression conditions (Egede, 2007; Stegmann et al., 2010).

This finding is consistent with the understanding that some level of stress is expected and even adaptive in daily life (Gabilondo et al., 2012; Louter et al., 2016). The presence of mild stress, in the absence of significant depressive or anxious symptoms, indicates that the participant is engaged in challenging activities and maintains an adequate level of activation to face day-to-day demands, without this paralyzing her or

leading her back to a depressive condition. Studies on resilience and post-traumatic growth suggest that individuals who have undergone successful therapeutic processes can experience situational stress without relapse into psychopathological conditions (Modgill et al., 2012; Baune et al., 2006).

These results are particularly notable when we consider the contemporary debate about the effectiveness of interventions for depression. Recent studies have questioned the magnitude of the effects of antidepressants compared to placebo, suggesting that, although statistically significant, the differences may not reach substantial clinical relevance. An empirical analysis that compared Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D) scores with the Clinical Global Impression-Improvement Scale (CGI-I) revealed that a 3-point difference in HAM-D is not detectable by clinicians, with a 7-point difference being necessary to correspond to an assessment of minimal improvement. The effects observed in the present case far exceed these criteria of clinical significance (Moncrieff & Kirsch, 2015).

The observed effectiveness of TRG in this case can be understood in light of the specific characteristics of this therapeutic approach and its differences from the predominant biomedical model. While the biomedical perspective tends to locate the etiology of depression in neurochemical imbalances, particularly in the serotonergic system (Stockmann et al., 2018), TRG approaches the depressive phenomenon from a more integrative perspective, considering the cognitive, emotional and behavioral aspects involved in maintaining psychological suffering (Lima-Verde et al., 2024).

It is important to contextualize these results within the broader panorama of contemporary society and its forms of subjectivation. There has been a shift from a disciplinary society, marked by social and intrapsychic controls and conflicts, to an emphasis on performance. A transition has occurred from duties, interdictions and severe prescriptions to having to and having to be able to. There has been a move from the experience of conflict between impulses, desires and limitations (whether those of physical reality or those of external social reality or internalized in the Superego), to the experience of insufficiency, because the subject will never feel up to this infinite demand to be more and be able to do more: to be oneself and be able to do more unlimitedly (Campos, 2016).

In this context, the contemporary subject bets on a race with themselves and always loses. This tires and depresses, this exhausts: it is the fatigue of being oneself.

Affections, emotions, other desires no longer fit in the unbridled career in search of a more and more complete realization of an Ideal Ego. The Superego and its Ego Ideals become totally subordinated to the ideal ego, that is to say, the problematic of impulse control and object relations is subordinated to the superinflated narcissistic problematic. The capacity to operate a perfect split between, on one side, well-performed conducts and, on the other, affects and emotions is a condition for this mode of individual and collective functioning in which self-referenced performance prevails. Society supposedly divided between winners and losers ends up being a society only of losers, tired, taken by the sensation of insufficiency and impotence: they are subjects permanently victims of burnout syndrome and not only in professional work situations, but in life (Medeiros & Matos, 2018).

The participant in question perfectly exemplified this contemporary dynamic. Her feelings of being a professional fraud, despite objective successes in her career, reflect the impossibility of feeling up to the infinite demands of the performance ideal. Her procrastination can be understood not simply as a deficit in self-regulation, but as a manifestation of the paralyzing anxiety generated by unattainable perfectionist patterns. Low self-esteem, in turn, results from the constant comparison between the real self and an unattainable ideal self. Procrastinators often feel demotivated when they perceive that time management techniques do not bring the expected results. The illusion of a quick and miraculous solution dissolves, giving way to pessimism—the extreme opposite of this expectation. Even when some progress is observed, it is common for the use of these techniques itself to also be postponed. In certain cases, progress can generate anxiety (Steel, 2007).

Regarding risk factors associated with major depressive disorder, it is relevant to consider that literature consistently points to the importance of early adverse experiences. The most commonly studied risk factor was childhood abuse in its different forms (physical, psychological and sexual) and several studies found significant association between childhood abuse and MDD (Moussavi et al., 2007).

Although the specific history of childhood trauma of this participant has not been detailed in the present report, it is important to recognize that such factors frequently play a significant role in the development of patterns of low self-esteem and doubt about one's own capabilities (Pereira et al., 2023).

TRG, by working with the reprocessing of memories and experiences, may have been particularly effective in addressing not only the manifest symptoms of depression, but also the underlying cognitive and emotional patterns that maintained the clinical picture. The substantial reduction in anxiety scores (from 20 to 2 in DASS-21 post-intervention, maintaining at 4 in one-year follow-up) is especially significant, considering the strong association between depression and anxiety documented in literature and the importance of anxiety as a maintenance factor for avoidance and procrastination patterns (Lima-Verde et al., 2024).

The improvement observed in stress, both immediately after intervention and at one-year follow-up, also deserves emphasis. Chronic stress is recognized as an important factor in the pathogenesis and maintenance of depressive conditions. TRG's capacity to reduce levels of depression, anxiety and stress, with maintenance of these gains over time, suggests that this approach may be acting on transdiagnostic mechanisms common to these conditions, possibly related to emotional regulation and cognitive processing patterns (Sá, 2021).

The maintenance of results at one-year follow-up is particularly relevant in the context of the discussion about relapses in depressive conditions. Literature indicates that relapse rates in depression are significant, with studies pointing out that approximately 50% of patients who had a depressive episode will have at least one more throughout their lifetime. In the present case, the absence of relapse and the maintenance of therapeutic gains suggest that TRG may have promoted lasting changes in the participant's cognitive and emotional patterns (Pereira et al., 2023; Oliveira et al., 2024).

IV. FINAL CONSIDERATIONS

Although this case study presents inherent methodological limitations (absence of control group, impossibility of establishing definitive causality and restricted generalization), the results are encouraging and justify more in-depth investigations into TRG in the treatment of depression. This case is part of a broader project that included 72 participants, aimed at evaluating the effectiveness of the intervention in a larger sample.

The magnitude of the observed psychometric changes, combined with the reported functional improvement and maintenance of gains after one year of follow-up, suggests

Kovel, R.M.; Bueno, A.C.P.; Santos, J.S.; Nascimento, M. V.; Rocha, V.O.; Albuquerque, M.L.S.; Lima-Verde, J.B.; Santos, J.S. (2025). Verificação da Eficácia da Terapia de Reprocessamento Gerativo (TRG) em Paciente com Depressão, Baixa Autoestima, Procrastinação e Síndrome do Impostor. *Mentalis*, 2(2), 25-51. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v2.26>

that TRG may represent a valuable contribution to the therapeutic arsenal for depression, especially in cases associated with impostor syndrome, low self-esteem and procrastination.

This case illustrates the importance of TRG for considering depression beyond the biomedical model, addressing the specific cognitive, emotional and behavioral patterns that maintain psychological suffering. The results demonstrate that TRG can produce clinically significant and lasting changes, offering alternatives to the predominantly pharmacological model of current depression treatment.

DECLARATION OF CONFLICT OF INTEREST

The authors declared no conflict of interest.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank the Brazilian Institute of Therapist Training (IBFT) for the possibility of carrying out this project.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/REFERENCES

Albuquerque, M. L. S., Ribeiro, C. V. M. P., Lima-Verde, J. B., Santos, J. S. (2025). Análise Psicométrica da Eficácia da Terapia de Reprocessamento Generativo na Depressão e Ansiedade Pós-Abandono Parental Duplo. In: *XVI Congresso Internacional ASPESM 2025: Intervenções Psicoterapêuticas*, Santarém, Portugal.

Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP). Diretrizes da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) com a Associação Médica Brasileira (AMB) sobre o Tratamento da Depressão | Ligas. Disponível em: [https:// sanarmed.com/diretrizes-da-associação-brasileira-de-psiquiatria-abp-com-a-associação-médica-brasileira-amb-sobre-o-tratamento-da-depressão-ligas/](https://sanarmed.com/diretrizes-da-associação-brasileira-de-psiquiatria-abp-com-a-associação-médica-brasileira-amb-sobre-o-tratamento-da-depressão-ligas/).

Barrow, J.M. (2019). Impostorism: An evolutionary concept analysis. *Nursing forum*, 54, 127–136. 10.1111/nuf.12305. doi:10.1111/nuf.12305.

*Kovel, R.M.; Bueno, A.C.P.; Santos, J.S.; Nascimento, M. V.; Rocha, V.O.; Albuquerque, M.L.S.; Lima-Verde, J.B.; Santos, J.S. (2025). Verificação da Eficácia da Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) em Paciente com Depressão, Baixa Autoestima, Procrastinação e Síndrome do Impostor. *Mentalis*, 2(2), 25-51. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v2.26>*

Baune, B.T., Adrian, I., Arolt, V., Berger, K. (2006). Associations between major depression, bipolar disorders, dysthymia and cardiovascular diseases in the general adult population. *Psychother Psychosom*, 75, 319-26. doi:10.1159/000093955.

Bueno, A. (2019). 'Será que sou uma fraude?' Conheça a síndrome do impostor. Acesso em 28/10/2025. Disponível: <https://www.medicina.ufmg.br/sera-que-sou-uma-fraudeconheca-a-sindrome-do-impostor/>.

Campos, E. B. V. (2016). Uma Perspectiva Psicanalítica sobre as Depressões na Atualidade. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 7(2), 22-44. doi:10.5433/2236-6407.2016v7n2p22.

Cassanego, S.R. (2021). Síndrome do impostor: Já ouviu falar? Acesso em 10/10/2025. Disponível: <https://www.ufsm.br/pet/sistemas-deinformacao/2021/07/01/sindrome-do-impostor-ja-ouviufalar>.

Egede, L.E. (2007). Major depression in individuals with chronic medical disorders: prevalence, correlates and association with health resource utilization, lost productivity and functional disability. *Gen Hosp Psychiatry*, 29, 409-16.

Finger, I. R.; & Argimon, I. I. L. (2013). Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em uma Amostra Universitária. *Revista de Psicologia da IMED*, 5(2), 84-91.

Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Porto, J. A. D., Brasil, M. A., Juruena, M. F., Hetem, L. A. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(1), 7-17. doi: 10.1590/S1516-44462009000500003.

Gabilondo, A., Vilagut, G., Pinto-Meza, A., Haro, J.M., Alonso, J. (2012). Comorbidity of major depressive episode and chronic physical conditions in Spain, a country with low prevalence of depression. *Gen Hosp Psychiatry*, 34, 510-7.

Gottlieb, M., Chung, A., Battaglioli, N., Sebok-Syer, S.S., Kalantari, A. (2020). Impostor syndrome among physicians and physicians in training: a scoping review. *Medical education*, 54(2), 116– 124. doi:10.1111/medu.13956.

Hasin, D.S., Goodwin, R.D., Stinson, F.S., Grant, B.F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder. Results from the national epidemiologic survey on alcoholism

and related conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 62,1097-106. doi:10.1001/archpsyc.62.10.1097.

Kessler, R.C., Gruber, M., Hettema, J.M., Hwang, I., Sampson, N., Yonkers, K.A. (2008). Co-morbid major depressive disorder and generalized anxiety disorders in the national comorbidity survey follow-up. *Psychol Med*, 38, 365-74. doi:10.1017/S0033291707002012.

Krasner, M.S., Epstein, R.M., Beckman, H., Suchman, A.L., Chapman, B., Mooney, C.J. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy and attitudes among primary care physicians. *Jama*,302(12),1284–1293.

Lima, A.C., Maciel, T. (2022). Burnout médico em tempos de pandemia: Medical burnout in pandemic times. *Brazilian Journal of Development*, 8(8), 55180–192. doi:10.34117/bjdv8n8-031.

Lima-Verde, J.B., Santos, J.S., & Pereira, A.G. (2024). Clinical Evidence and Future Perspectives of Generative Reprocessing Therapy (TRG) for Mental Health: A Current Overview. *Journal of Neurology & Neuropsychiatry*. 1, 5–7.

Louter, M.A., Pelzer, N., de Boer, I., Kuijvenhoven, B.E., van Oosterhout, W.P., van Zwet, E.W., Ferrari, M.D., Terwindt, G.M. (2016). Prevalence of lifetime depression in a large hemiplegic migraine cohort. *Neurology*, 87,2370-4. doi:10.1212/WNL.0000000000003376.

Lucena, M. D. L. F., Silva, T. G., Nogueira, E. R., Sousa, J. C. M. (2022). Síndrome de Burnout em docentes do ensino superior. *Brazilian Journal of Development*, 8(4), 24964–24975. doi:10.34117/bjdv8n4-152.

Martins, B.G.; Silva, W.R.; Maroco, J.; & Campos, J.A.D.B. (2019). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68: 32–41.

Mathew, A.R., Pettit, J.W., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R., Roberts, R.E. (2011). Co-morbidity between major depressive disorder and anxiety disorders: shared etiology or direct causation? *Psychol Med*. 41, 2023-34. doi:10.1017/S0033291711000407.

- Medeiros, A. A., Matos, R. P. C. (2018). A Depressão como Posição Subjetiva: Contribuições Lacanianas. *Revista Subjetividades*, 18(2), 80-92. doi:10.5020/23590777.rs.v18i2.7264.
- Medeiros, A. A., Matos, R. P. C. (2021). A depressão em Freud: uma análise do conceito a partir da teoria freudiana da libido. *Tempo Psicanalítico*, 53(1), 108-125.
- Modgill, G., Jette, N., Wang, J.L., Becker, W.J., Patten, S.B. (2012). A population-based longitudinal community study of major depression and migraine. *Headache*, 52,422-32. doi:10.1111/j.1526-4610.2011.02036.x.
- Moncrieff, J., Kirsch, I. (2015). Empirically derived criteria cast doubt on the clinical significance of antidepressant-placebo differences. *Contemporary Clinical Trials*, 43, 60–62. doi:10.1016/j.cct.2015.05.005.
- Monteiro, A.C.C., Lage, A.M.V. (2007). Depressão – uma “psicopatologia” classificada nos manuais de psiquiatria. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(1), 106-119.
- Moussavi, S.; Chatterji, S.; Verdes, E.; Tandon, A.; Patel, V.; Ustun, B. (2007). Depression, chronic diseases and decrements in health: results from the World Health Surveys. *The Lancet*, 370(9590), 851 – 858.
- Neureiter, M., Traut-Mattausch, E. (2016). Inspecting the dangers of feeling like a fake: An empirical investigation of the impostor phenomenon in the world of work. *Frontiers in psychology*, 7, 1-12, 1445. doi:10.3389/fpsyg.2016.01445.
- Oliveira, S. R. L; Lima-Verde, J. B.; Santos, J. S. (2024). A Terapia de Reprocessamento Gerativo (TRG): Uma Abordagem Natural e Adaptativa para o Tratamento em Saúde Mental. *Mentalis*, (1)1, 1-27.
- OMS (Organização Mundial da Saúde), 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-sheets/detail/depression>.
- Parkman A. (2016). The imposter phenomenon in higher education: Incidence and impact. *Journal of Higher Education and Practice*, 16(1),51.
- Pereira, A.G., Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023). Depressão e Terapia de Reprocessamento Gerativo (TRG): Um Novo Caminho. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade, Barbacena: UNIPAC*. 15(28), 1-18. doi: 10.5935/1679-4427.v15n28.0008.

- Peres, U. T. (2010). *Depressão e melancolia*. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Rocha, V. O., Lima-Verde, J. B., Santos, J. S. (2025). Resolution of depressive symptoms through generative reprocessing therapy in an adult with history of childhood poly-victimisation. In: *25th World Congress of Psychiatry*, Praga, República Tcheca.
- Sá, D. F. O. (2021). Relação entre sentido de vida, ansiedade, depressão e o stress numa população adulta. Universidade Fernando Pessoa Faculdade de Ciências Humana e Sociais, *Mestrado em Psicologia*, Porto, 77p.
- Santos, J.S., & Lima-Verde, J.B. (2023). Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. *RevSALUS*, 5(3), 1-12. doi: 10.51126/revsalus.v5i3.652.
- Steel, P. (2007). The Nature of Procrastination: A Meta-Analytical and Theoretical Review of Quintessential Self-Regulatory Failure. *Psychological Bulletin*, 133, 65-94.
- Stegmann, M.E., Ormel, J., de Graaf, R., Haro, J.M., de Girolamo, G., Demyttenaere, K., Kovess, V., Matschinger, H., Vilagut, G., Alonso, J., Burger, H. (2010). Functional disability as an explanation of the associations between chronic physical conditions and 12-month major depressive episode. *J Affect Disord*, 124, 38-44. doi:10.1016/j.jad.2009.10.026.
- Stockmann, T., Odegbare, D., Timimi, S., Moncrieff, J. (2018). SSRI and SNRI withdrawal symptoms reported on an internet forum. *Int J Risk Saf Med*, 29(3-4),175-180. doi: 10.3233/JRS-180018.
- Sullivan, J.B., Ryba, N.L. (2020). Prevalence of impostor phenomenon and assessment of well-being in pharmacy residents. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 77(9), 690-696. doi:10.1093/ajhp/zxaa041.
- Villwock, J.A., Sobin, L.B., Koester, L.A., Harris, T.M. (2016). Impostor syndrome and burnout among American medical students: a pilot study. *Int J Med Educ*, 31(7), 364-369. doi: 10.51116/ijme.5801.eac4.
- Wilding, M. (2021). Como vencer a síndrome do impostor de acordo com a psicologia. Acesso em 24/03/2022. Disponível: [https://forbes.com.br/carreira/2021/04/como-vencer-asindrome-do-impostor-de-acordo-com-a-psicologia/](https://forbes.com.br/carreira/2021/04/como-vencer-a-sindrome-do-impostor-de-acordo-com-a-psicologia/).

EFEITOS TERAPÊUTICOS DO REPROCESSAMENTO GENERATIVO NA REMISSÃO DA DEPRESSÃO E DA ANSIEDADE ORIUNDAS DE VIOLÊNCIA FAMILIAR

Valdira Oliveira Rocha¹, Rubia Mara Kovel¹, Aline de Cássia Pereira Bueno¹, Jailma Soares dos Santos¹, Magali Vicente Nascimento¹, Maria de Lourdes Santos Albuquerque¹, Juliana Bezerra Lima-Verde² e Jair Soares dos Santos²

¹Terapeuta TRG independente

²Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT)

Email para correspondência: valrochamemorialivre@gmail.com

RESUMO

O presente estudo de caso investiga os efeitos da Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) no tratamento de depressão e ansiedade decorrentes de violência familiar na infância. A participante, mulher de 50 anos, apresentava histórico de exposição a violência doméstica severa, escassez material extrema e dinâmica familiar disfuncional durante o desenvolvimento infantil. Foram utilizados os instrumentos DASS-21 e BDI-II para avaliação em três momentos: antes do tratamento, após a alta e um ano depois. A intervenção consistiu em 26 sessões de TRG, abordagem estruturada em cinco protocolos sequenciais que facilitam o reprocessamento de memórias traumáticas através de técnicas de visualização e integração de recursos internos. Os resultados demonstraram redução drástica da sintomatologia depressiva e ansiosa, com escores passando de níveis extremamente severos para faixas de normalidade ao término do tratamento. No seguimento de um ano, observou-se manutenção substancial dos ganhos terapêuticos, com leve elevação do estresse relacionada a novo desafio profissional. Os achados sugerem que a TRG constitui abordagem eficaz para tratamento de transtornos mentais associados a traumas complexos de origem familiar, embora sejam necessários estudos controlados com amostras ampliadas para validação mais robusta da intervenção.

Palavras-chaves: depressão, ansiedade, reprocessamento, violência familiar.

I. INTRODUÇÃO

A família constitui o contexto primário para o desenvolvimento humano, configurando-se como espaço privilegiado de aprendizagem e construção das capacidades essenciais à estabelecimento de vínculos afetivos e à estruturação da identidade pessoal. Considerando a centralidade deste sistema no desenvolvimento psicológico, torna-se evidente a magnitude do impacto ocasionado quando a violência se manifesta neste contexto relacional (Alarcão, 2006).

A violência familiar caracteriza-se pela utilização intencional de força ou poder nas relações entre membros do núcleo familiar, distinguindo-se pela intimidade e proximidade entre agressor e vítima. A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012) define violência como o uso intencional de força ou poder, real ou em forma de ameaça, contra si próprio, outra pessoa ou grupo, que resulte ou apresente probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação. Este fenômeno abrange todos os tipos de abusos que ocorrem nas relações intrafamiliares, podendo acompanhar o sistema familiar ao longo de todo o seu ciclo vital (Alarcão, 2006). As estatísticas revelam o impacto alarmante na saúde pública, com mais de quatro mil mortes anuais causadas por violência, das quais aproximadamente mil e quinhentas decorrem de lesões traumáticas infligidas intencionalmente por outra pessoa (Krug et al., 2002; Redondo et al., 2012).

A violência contra crianças no contexto familiar configura qualquer ação ou omissão não acidental perpetrada pelos pais ou responsáveis que impeça ou coloque em risco a segurança da criança e a satisfação de suas necessidades físicas, psicológicas e afetivas básicas (Alarcão, 2006; Gabatz et al., 2013). As manifestações deste fenômeno incluem não apenas o abuso físico direto, mas também o abandono físico e emocional, o abuso sexual e a hostilização continuada (Redondo et al., 2012; UNICEF, 2014).

As consequências da exposição à violência familiar na infância transcendem os danos imediatos, afetando profundamente o desenvolvimento emocional, comportamental, social e cognitivo das vítimas. Crianças que vivenciam violência diretamente ou que testemunham agressões entre seus cuidadores apresentam risco significativamente aumentado de desenvolver diversos problemas psicológicos ao longo da vida (Alarcão, 2006; OMS, 2012). Estudos demonstram que a exposição à violência doméstica pode resultar em perturbações da conduta, transtornos de ansiedade e depressão, transtorno de estresse pós-traumático, distúrbios psicossomáticos,

comportamento autodestrutivo e tentativas de suicídio (Garbin et al., 2012; Hohendorff et al., 2012).

Diante deste panorama de adversidades entrelaçadas, torna-se imperativa a investigação de abordagens terapêuticas eficazes para o tratamento de indivíduos que desenvolveram transtornos mentais em consequência de histórico de violência familiar na infância. A Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) apresenta-se como abordagem que utiliza técnicas de visualização de experiências passadas e integração de recursos internos para facilitar o reprocessamento de memórias traumáticas e promover transformações emocionais. Esta abordagem busca abordar as causas subjacentes dos problemas de saúde mental, visando reestruturar crenças limitantes, fomentar a autorregulação emocional e estimular o desenvolvimento de senso de identidade saudável (Oliveira et al., 2024).

Estudos recentes têm demonstrado a eficácia da TRG no tratamento de transtornos de ansiedade e depressão, particularmente em casos relacionados a traumas de origem familiar e experiências adversas na infância (Pereira et al., 2023; Santos e Lima-Verde, 2023). A abordagem estrutura-se em cinco protocolos sequenciais que abordam de forma sistemática as memórias traumáticas, as manifestações somáticas, os padrões cognitivos disfuncionais, as preocupações antecipatórias e o desenvolvimento de recursos positivos. Os resultados clínicos observados indicam redução significativa da sintomatologia depressiva e ansiosa, com manutenção dos ganhos terapêuticos em períodos de seguimento (Pereira et al., 2023; Pereira et al., 2024; Lima-Verde et al., 2024a; Lima-Verde e Santos, 2024a; Bovio et al., 2025).

O presente artigo tem como objetivo investigar o caso clínico de uma paciente com diagnóstico de depressão e ansiedade decorrentes de histórico de violência doméstica e adversidades socioeconômicas na infância, avaliando os resultados obtidos através da intervenção com TRG.

II. METODOLOGIA

1. CARACTERIZAÇÃO DO CASO

Este estudo de caso investiga uma participante do sexo feminino, com 50 anos de idade, que procurou atendimento no projeto de TRG apresentando diagnóstico prévio de depressão e ansiedade. A história de vida da participante é marcada por

adversidades significativas durante a infância e adolescência, incluindo contexto familiar numeroso caracterizado por dinâmica de violência doméstica, na qual o genitor apresentava comportamento agressivo direcionado à genitora, que assumia postura submissa e passiva diante das agressões. O ambiente familiar era permeado por severa escassez de recursos materiais e alimentares, culminando no assassinato do pai por um dos irmãos. O histórico familiar incluía ainda padrão de violência entre os irmãos e envolvimento de membros da família em atividades criminais. Após o falecimento paterno, a genitora enfrentou condições de extrema privação alimentar no processo de criação dos filhos restantes. Como estratégia de escape da situação de pobreza, a participante contraiu matrimônio ainda na adolescência com homem significativamente mais velho, o qual proporcionou incentivo para sua escolarização, considerando que ela apresentava dificuldades de aprendizagem durante a infância. Da união conjugal resultaram filhos, porém a participante tornou-se viúva, tendo manifestado sintomas de depressão e ansiedade de forma persistente ao longo de sua trajetória de vida adulta mesmo tratando com medicações e psicoterapias convencionais.

2. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Plataforma Brasil, recebendo parecer favorável número 7.920.139 e CAAE 76710623.4.0000.5201, assegurando conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares. A participante recebeu informações detalhadas sobre os objetivos, procedimentos, riscos e benefícios do estudo, tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes do início de sua participação na pesquisa. Foram garantidos o sigilo das informações coletadas e o direito de retirada do consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ao tratamento oferecido.

3. INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Para avaliação dos sintomas psicológicos e acompanhamento sistemático da evolução clínica, foram utilizados instrumentos padronizados e validados para a população brasileira (Martins et al., 2019; Finger e Argimon, 2013), conforme descritos a seguir.

A Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) constitui instrumento autoaplicável composto por 21 itens que avaliam três dimensões psicopatológicas: depressão, ansiedade e estresse. Cada subescala contém sete itens avaliados em

escala Likert de quatro pontos, com pontuação variando de 0 a 3, permitindo classificação da gravidade dos sintomas em níveis: ausência, leve, moderado, severo e extremamente severo.

O Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) configura-se como instrumento autoaplicável composto por 21 itens que avaliam a intensidade de sintomas depressivos nas duas semanas precedentes à aplicação. Cada item apresenta pontuação variando de 0 a 3, sendo que o escore total permite classificação dos níveis de depressão em: ausência, leve, moderada ou grave.

A participante foi submetida à aplicação dos instrumentos de avaliação (DASS-21 e BDI-II) em três momentos distintos: T1, correspondente ao período anterior ao início da intervenção psicoterapêutica, estabelecendo a linha de base dos sintomas; T2, realizado imediatamente após a alta clínica; e T3, executado um ano após a conclusão do tratamento, configurando o período de acompanhamento (follow-up).

4. INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA

A intervenção realizada consistiu na aplicação da TRG, abordagem terapêutica que utiliza técnicas de visualização de experiências passadas e integração de recursos internos para facilitar o reprocessamento de memórias e promover transformações emocionais. A TRG busca abordar as causas subjacentes dos problemas de saúde mental, visando reestruturar crenças limitantes, fomentar a autorregulação emocional e estimular o desenvolvimento de um sentido de identidade e propósito saudáveis (Lima-Verde et al., 2024b).

A TRG estrutura-se em cinco protocolos distintos (Oliveira et al., 2024), implementados de maneira sequencial e integrada. O Protocolo Cronológico consiste na revisitação de eventos significativos de valência negativa desde a infância, permitindo o reprocessamento de experiências traumáticas precoces. O Protocolo Somático envolve a identificação de manifestações corporais relacionadas a emoções, promovendo conexão entre experiências psicológicas e sensações físicas. O Protocolo Temático realiza o reprocessamento de padrões recorrentes de pensamento geradores de sofrimento psíquico. O Protocolo Futuro aborda o reprocessamento de cenários futuros adversos que provocam ansiedade antecipatória. Por fim, o Protocolo de Potencialização promove a visualização de uma vida idealizada na qual a participante superou desafios emocionais e alcançou objetivos significativos.

As sessões foram conduzidas no formato online, com frequência de duas vezes por semana e duração de uma hora cada. A extensão do acompanhamento terapêutico foi individualizada conforme as necessidades clínicas específicas da participante, respeitando os parâmetros técnicos dos protocolos da TRG. Durante todo o tratamento, foi incentivada a colaboração ativa entre paciente e terapeuta, visando explorar, reprocessar e transformar experiências passadas, promovendo o bem-estar psicológico e o crescimento pessoal da participante.

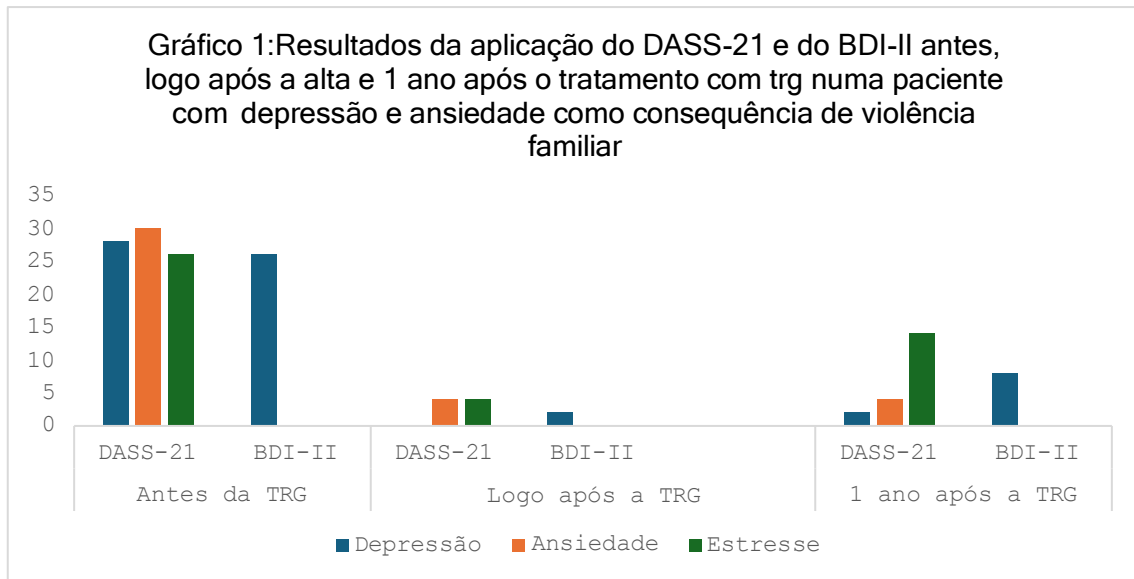
5. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados quantitativos obtidos por meio dos instrumentos DASS-21 e BDI-II foram analisados através da comparação descritiva dos escores brutos nos três momentos de avaliação (T1, T2 e T3), permitindo verificar a evolução dos sintomas ao longo do processo terapêutico e no período de seguimento. A análise considerou tanto a magnitude da mudança observada quanto a significância clínica das alterações, conforme os pontos de corte estabelecidos pelos instrumentos para classificação dos níveis de gravidade sintomatológica.

Os aspectos qualitativos do caso foram analisados considerando o relato clínico, a evolução sintomatológica e as mudanças observadas no funcionamento psicológico da participante ao longo do processo terapêutico, permitindo compreensão aprofundada das transformações experimentadas durante e após a intervenção com TRG.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A participante foi submetida a 26 sessões de TRG ao longo do processo terapêutico. Os resultados obtidos através dos instrumentos de avaliação padronizados demonstram mudanças significativas nos níveis de sintomatologia psicológica nos três momentos avaliados, conforme apresentado no Gráfico 1.



A análise dos escores obtidos na Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21) e no Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II) revela evolução clínica marcante ao longo do processo terapêutico. No momento inicial da avaliação (T1), anterior ao início da intervenção, a participante apresentava escore de 28 pontos na subescala de depressão do DASS-21, classificado como extremamente severo e 26 pontos no BDI-II, indicativo de depressão moderada. Na subescala de ansiedade do DASS-21, o escore inicial foi de 30 pontos, correspondente ao nível extremamente severo, enquanto a subescala de estresse apresentou pontuação de 26 pontos, também classificada como extremamente severa.

Imediatamente após a conclusão do tratamento (T2), observou-se redução drástica da sintomatologia depressiva e ansiosa. O escore de depressão no DASS-21 reduziu-se a zero, enquanto o BDI-II apresentou escore de 2 pontos, ambos indicativos de remissão completa dos sintomas depressivos. A ansiedade, avaliada pelo DASS-21, apresentou escore de 4 pontos, correspondente ao nível normal e o estresse alcançou igualmente 4 pontos, também dentro dos parâmetros de normalidade.

Na avaliação de seguimento realizada um ano após a alta clínica (T3), os resultados demonstraram manutenção substancial dos ganhos terapêuticos. O escore de depressão no DASS-21 manteve-se em 2 pontos (normal), enquanto o BDI-II apresentou leve elevação para 8 pontos, permanecendo na faixa de ausência de depressão. A ansiedade preservou-se em 4 pontos no DASS-21 (ausência). Observou-se, contudo, elevação do escore de estresse para 14 pontos (moderado), achado que se relaciona contextualmente com o início de nova atividade profissional da participante como advogada, conforme relatado pela mesma durante a avaliação de follow-up.

A magnitude das mudanças observadas revela-se particularmente significativa quando considerado o histórico de adversidades vivenciadas pela participante desde a infância. O contexto familiar de origem caracterizava-se por violência doméstica severa e crônica, na qual a participante testemunhou repetidamente agressões do genitor direcionadas à genitora, além de conviver com escassez material extrema e dinâmica relacional permeada por agressividade entre os membros da família. Este ambiente de desenvolvimento, marcado por múltiplas formas de violência e privação, configura fator de risco estabelecido para o desenvolvimento de psicopatologia na vida adulta.

A literatura científica documenta que a violência psicológica produz efeitos devastadores na saúde mental, incluindo incapacidade de construir e manter relações interpessoais satisfatórias, manifestação de comportamentos e sentimentos inadequados às circunstâncias, humor deprimido e tendência ao desenvolvimento de sintomas psicossomáticos, destacando-se particularmente a depressão, ansiedade e transtorno de estresse pós-traumático como manifestações prevalentes (Morales e Schramm, 2002; Sá et al., 2009; Ximenes et al., 2009). As sequelas da violência familiar persistem frequentemente ao longo da fase adulta, interferindo negativamente no bem-estar e qualidade de vida das vítimas (Ferro et al., 2023). No caso apresentado, a participante desenvolveu sintomatologia depressiva e ansiosa de intensidade extremamente severa, manifestação compatível com o padrão de consequências psicológicas esperadas diante da exposição prolongada à violência familiar durante o período crítico do desenvolvimento infantil.

A perspectiva da transmissão intergeracional da violência apresenta-se como aspecto particularmente relevante para a compreensão deste caso clínico. A convivência em ambientes caracterizados por violência constante pode constituir fator de perpetuação do comportamento agressivo e de padrões relacionais disfuncionais, estabelecendo um ciclo intergeracional que naturaliza atos de violação (Menezes, 2000). Diversos autores convergem no entendimento de que pessoas submetidas a alguma forma de violência tendem a reproduzi-la posteriormente, perpetuando o ciclo violento através de um processo de subjetivação que cristaliza padrões de tolerância e aceitação da violência (Antoni e Koller, 2010; Azevedo e Guerra, 2011; Barros e Freitas, 2015). No presente caso, a participante, embora tenha testemunhado e vivenciado violência familiar severa, buscou escape desta dinâmica através do matrimônio precoce, estratégia que, ainda que limitada, permitiu-lhe acesso à escolarização e construção de trajetória diferenciada daquela de sua família de origem.

Mulheres que vivenciaram violência na infância e que posteriormente enfrentam adversidades na vida adulta apresentam vulnerabilidade aumentada para o desenvolvimento de transtornos mentais, particularmente depressão e ansiedade. A sobrecarga de responsabilidades, especialmente em situações de ausência de suporte familiar ou social adequado, pode resultar em estresse crônico e exaustão emocional, intensificando a manifestação de sintomas psicopatológicos (Ré, 2020). A participante deste estudo vivenciou exatamente esta trajetória, tendo assumido responsabilidades parentais após enviuvar precocemente, mantendo sintomatologia depressiva e ansiosa persistente até a busca por tratamento especializado.

Estudos apontam maior prevalência de transtornos depressivos entre mulheres que vivenciaram situações de violência doméstica. A compreensão desta correlação requer análise abrangente de determinantes socioeconômicos e demográficos, uma vez que diversos fatores interagem na gênese destes fenômenos. Evidências indicam que elementos como situação econômica, grau de instrução, condição empregatícia, número de filhos e tipo específico de violência experimentada influenciam o risco de desenvolvimento de sintomatologia depressiva neste grupo (Pires, 2024). No caso apresentado, múltiplos fatores de risco convergiram, incluindo pobreza extrema na infância, exposição à violência familiar, dificuldades de aprendizagem, viuvez e responsabilidades maternas sem suporte adequado, configurando perfil de alta vulnerabilidade para transtornos mentais.

Os resultados obtidos através da intervenção com a TRG demonstram a eficácia desta abordagem no tratamento de sintomatologia depressiva e ansiosa severa decorrente de traumas complexos de origem familiar e que corroboram com resultados semelhantes onde a TRG foi utilizada como ferramenta única em pacientes com estes sintomas (Santos e Lima-Verde, 2023; Pereira et al., 2023). A estrutura sequencial dos cinco protocolos da TRG permitiu abordagem sistemática das memórias traumáticas da participante, desde a revisitação cronológica dos eventos adversos da infância até o desenvolvimento de perspectivas futuras potencializadoras (Oliveira et al., 2024). O Protocolo Cronológico possibilitou o reprocessamento das experiências de violência testemunhada e vivenciada, enquanto o Protocolo Somático facilitou a identificação e processamento das manifestações corporais associadas a estas memórias traumáticas. O Protocolo Temático abordou os padrões cognitivos disfuncionais desenvolvidos ao longo da vida em resposta às adversidades, e o Protocolo Futuro trabalhou as preocupações antecipatórias que alimentavam a ansiedade. Finalmente, o Protocolo de

Potencialização permitiu à participante visualizar e construir perspectiva de vida na qual os desafios emocionais foram superados (Santos e Lima-Verde, 2023).

A remissão quase completa dos sintomas depressivos e ansiosos observada imediatamente após o tratamento, com manutenção substancial destes ganhos um ano depois, evidencia a efetividade da abordagem não apenas na redução sintomatológica aguda, mas também na produção de mudanças duradouras no funcionamento psicológico da participante. Estes resultados confirmam os achados anteriores onde a TRG solucionou casos de depressão e ansiedade, independente da causa (Lima-Verde et al., 2024abc; Lima-Verde e Santos, 2024bc). A leve elevação do escore de depressão no BDI-II e o aumento do estresse no follow-up devem ser compreendidos dentro do contexto de novos desafios adaptativos enfrentados pela participante, especificamente o início de nova carreira profissional. É esperado que situações de transição e adaptação produzam elevação transitória nos níveis de estresse, não caracterizando necessariamente recaída ou retorno da psicopatologia original. A capacidade da participante de enfrentar este novo desafio profissional, em si, representa indicador de funcionamento psicológico significativamente melhorado quando comparado ao seu estado inicial (Rocha et al., 2025; Bueno et al., 2025; Santos et al., 2025; Bovio et al., 2025).

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso evidencia o potencial terapêutico da TRG no tratamento de depressão e ansiedade associados à violência familiar na infância. A abordagem demonstrou capacidade de abordar raízes traumáticas profundas e promover reestruturação de padrões cognitivos e emocionais consolidados ao longo de décadas, produzindo mudanças clínicas significativas e duradouras. Contudo, considerando as limitações inerentes aos estudos de caso único, torna-se imperativa a realização de pesquisas controladas com amostras ampliadas para estabelecer de forma mais robusta a eficácia desta intervenção em populações com histórico de traumas complexos de origem familiar, bem como investigar os mecanismos específicos através dos quais os cinco protocolos da TRG produzem transformações terapêuticas sustentadas.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflito de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT) pela possibilidade de realizar este projeto.

THERAPEUTIC EFFECTS OF GENERATIVE REPROCESSING ON THE REMISSION OF DEPRESSION AND ANXIETY ARISING FROM FAMILY VIOLENCE

Valdira Oliveira Rocha¹, Rubia Mara Kovel¹, Aline de Cássia Pereira Bueno¹, Jailma Soares dos Santos¹, Magali Vicente Nascimento¹, , Maria de Lourdes Santos Albuquerque¹, Juliana Bezerra Lima-Verde² e Jair Soares dos Santos²

¹Independent TRG Therapist

²Brazilian Institute of Therapist Training (IBFT)

Email for the correspondence: valrochamemorialivre@gmail.com

ABSTRACT

This case study investigates the effects of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in treating depression and anxiety resulting from family violence during childhood. The participant, a 50-year-old woman, had a history of exposure to severe domestic violence, extreme material deprivation, and dysfunctional family dynamics during childhood development. The DASS-21 and BDI-II instruments were used for assessment at three time points: before treatment, after discharge, and one year later. The intervention consisted of 26 TRG sessions, an approach structured in five sequential protocols that facilitate the reprocessing of traumatic memories through visualization techniques and integration of internal resources. The results demonstrated a drastic reduction in depressive and anxious symptomatology, with scores shifting from extremely severe levels to normal ranges at the end of treatment. At the one-year follow-up, substantial maintenance of therapeutic gains was observed, with a slight elevation in stress related to a new professional challenge. The findings suggest that TRG constitutes an effective approach for treating mental disorders associated with complex traumas of family origin, although controlled studies with larger samples are needed for more robust validation of the intervention.

Keywords: depression, anxiety, reprocessing, family violence.

I. INTRODUCTION

The family constitutes the primary context for human development, establishing itself as a privileged space for learning and building the essential capacities for establishing affective bonds and structuring personal identity. Considering the centrality of this system in psychological development, the magnitude of the impact becomes evident when violence manifests within this relational context (Alarcão, 2006).

Family violence is characterised by the intentional use of force or power in relationships between members of the family unit, distinguished by the intimacy and proximity between aggressor and victim. The World Health Organisation (WHO, 2012) defines violence as the intentional use of force or power, actual or threatened, against oneself, another person, or a group, which results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, developmental disability, or deprivation. This phenomenon encompasses all types of abuse that occur in intrafamily relationships and may accompany the family system throughout its entire life cycle (Alarcão, 2006). Statistics reveal the alarming impact on public health, with more than four thousand annual deaths caused by violence, of which approximately one thousand five hundred result from traumatic injuries intentionally inflicted by another person (Krug et al., 2002; Redondo et al., 2012).

Violence against children in the family context constitutes any non-accidental action or omission perpetrated by parents or guardians that impedes or places at risk the child's safety and the satisfaction of their basic physical, psychological, and affective needs (Alarcão, 2006; Gabatz et al., 2013). Manifestations of this phenomenon include not only direct physical abuse, but also physical and emotional abandonment, sexual abuse, and continued hostilisation (Redondo et al., 2012; UNICEF, 2014).

The consequences of exposure to family violence in childhood transcend immediate harm, profoundly affecting the emotional, behavioural, social, and cognitive development of victims. Children who experience violence directly or who witness aggression between their carers present a significantly increased risk of developing various psychological problems throughout life (Alarcão, 2006; WHO, 2012). Studies demonstrate that exposure to domestic violence can result in conduct disorders, anxiety and depression disorders, post-traumatic stress disorder, psychosomatic disturbances, self-destructive behaviour, and suicide attempts (Garbin et al., 2012; Hohendorff et al., 2012).

Faced with this panorama of intertwined adversities, investigation of effective therapeutic approaches for treating individuals who have developed mental disorders as a consequence of a history of family violence in childhood becomes imperative. Generative Reprocessing Therapy (TRG) presents itself as an approach that utilises visualisation techniques of past experiences and integration of internal resources to facilitate the reprocessing of traumatic memories and promote emotional transformations. This approach seeks to address the underlying causes of mental health problems, aiming to restructure limiting beliefs, foster emotional self-regulation, and stimulate the development of a healthy sense of identity (Oliveira et al., 2024).

Recent studies have demonstrated the efficacy of TRG in treating anxiety and depression disorders, particularly in cases related to traumas of family origin and adverse childhood experiences (Pereira et al., 2023; Santos and Lima-Verde, 2023). The approach is structured in five sequential protocols that systematically address traumatic memories, somatic manifestations, dysfunctional cognitive patterns, anticipatory concerns, and the development of positive resources. The observed clinical results indicate significant reduction in depressive and anxious symptomatology, with maintenance of therapeutic gains during follow-up periods (Pereira et al., 2023; Pereira et al., 2024; Lima-Verde et al., 2024a; Lima-Verde and Santos, 2024a; Bovio et al., 2025).

The present article aims to investigate the clinical case of a patient with a diagnosis of depression and anxiety arising from a history of domestic violence and socioeconomic adversities in childhood, evaluating the results obtained through intervention with TRG.

II. METHODOLOGY

1. CASE CHARACTERISATION

This case study investigates a female participant, aged 50 years, who sought treatment in the TRG project presenting with a prior diagnosis of depression and anxiety. The participant's life history is marked by significant adversities during childhood and adolescence, including a large family context characterised by a dynamic of domestic violence, in which the father exhibited aggressive behaviour directed towards the mother, who assumed a submissive and passive posture in the face of the aggressions. The family environment was permeated by severe scarcity of material and food resources, culminating in the father's murder by one of the siblings. The family history also included

a pattern of violence amongst siblings and involvement of family members in criminal activities. Following the father's death, the mother faced conditions of extreme food deprivation in the process of raising the remaining children.

As an escape strategy from the poverty situation, the participant contracted marriage whilst still in adolescence with a significantly older man, who provided encouragement for her schooling, considering that she presented learning difficulties during childhood. The marital union resulted in children; however, the participant became widowed, having manifested symptoms of depression and anxiety persistently throughout her adult life trajectory even whilst treating with medications and conventional psychotherapies.

2. ETHICAL ASPECTS

The study was submitted to and approved by the Research Ethics Committee of the Brazil Platform, receiving favourable opinion number 7.920.139 and CAAE 76710623.4.0000.5201, ensuring compliance with the ethical principles established by CNS Resolution No. 466/2012 and its complementary regulations. The participant received detailed information about the objectives, procedures, risks, and benefits of the study, having signed the Free and Informed Consent Form prior to the commencement of her participation in the research. The confidentiality of collected information and the right to withdraw consent at any time were guaranteed, without any prejudice to the treatment offered.

3. ASSESSMENT INSTRUMENTS

For assessment of psychological symptoms and systematic monitoring of clinical evolution, standardised instruments validated for the Brazilian population were utilised (Martins et al., 2019; Finger and Argimon, 2013), as described below.

The Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) constitutes a self-administered instrument composed of 21 items that evaluate three psychopathological dimensions: depression, anxiety, and stress. Each subscale contains seven items assessed on a four-point Likert scale, with scores ranging from 0 to 3, allowing classification of symptom severity into levels: absence, mild, moderate, severe, and extremely severe.

The Beck Depression Inventory II (BDI-II) is configured as a self-administered instrument composed of 21 items that assess the intensity of depressive symptoms in the two weeks preceding application. Each item presents a score ranging from 0 to 3,

with the total score allowing classification of depression levels into: absence, mild, moderate, or severe.

The participant was subjected to application of the assessment instruments (DASS-21 and BDI-II) at three distinct moments: T1, corresponding to the period prior to the commencement of psychotherapeutic intervention, establishing the baseline of symptoms; T2, conducted immediately after clinical discharge; and T3, executed one year after treatment completion, configuring the follow-up period.

4. THERAPEUTIC INTERVENTION

The intervention conducted consisted of the application of TRG, a therapeutic approach that utilises visualisation techniques of past experiences and integration of internal resources to facilitate the reprocessing of memories and promote emotional transformations. TRG seeks to address the underlying causes of mental health problems, aiming to restructure limiting beliefs, foster emotional self-regulation, and stimulate the development of a healthy sense of identity and purpose (Lima-Verde et al., 2024b).

TRG is structured in five distinct protocols (Oliveira et al., 2024), implemented sequentially and in an integrated manner. The Chronological Protocol consists of revisiting significant events of negative valence from childhood, allowing the reprocessing of early traumatic experiences. The Somatic Protocol involves the identification of bodily manifestations related to emotions, promoting connection between psychological experiences and physical sensations. The Thematic Protocol performs the reprocessing of recurrent patterns of thought that generate psychological suffering. The Future Protocol addresses the reprocessing of adverse future scenarios that provoke anticipatory anxiety. Finally, the Potentialisation Protocol promotes the visualisation of an idealised life in which the participant has overcome emotional challenges and achieved significant objectives.

The sessions were conducted in online format, with a frequency of twice weekly and duration of one hour each. The extension of therapeutic monitoring was individualised according to the participant's specific clinical needs, respecting the technical parameters of the TRG protocols. Throughout the entire treatment, active collaboration between patient and therapist was encouraged, aiming to explore, reprocess, and transform past experiences, promoting the participant's psychological well-being and personal growth.

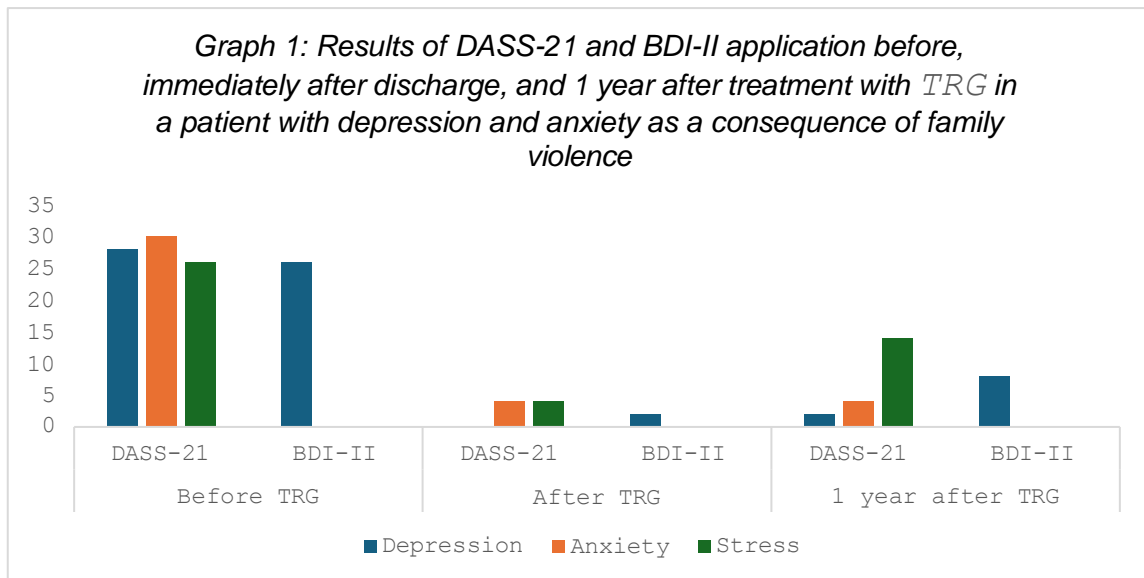
5. DATA ANALYSIS

The quantitative data obtained through the DASS-21 and BDI-II instruments were analysed through descriptive comparison of raw scores at the three assessment moments (T1, T2, and T3), allowing verification of symptom evolution throughout the therapeutic process and during the follow-up period. The analysis considered both the magnitude of observed change and the clinical significance of alterations, according to the cut-off points established by the instruments for classification of symptomatological severity levels.

The qualitative aspects of the case were analysed considering the clinical report, symptomatological evolution, and changes observed in the participant's psychological functioning throughout the therapeutic process, allowing in-depth understanding of the transformations experienced during and after intervention with TRG.

III. RESULTS AND DISCUSSION

The participant was subjected to 26 TRG sessions throughout the therapeutic process. The results obtained through standardised assessment instruments demonstrate significant changes in levels of psychological symptomatology at the three assessed moments, as presented in Graph 1.



The analysis of scores obtained on the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) and the Beck Depression Inventory II (BDI-II) reveals marked clinical evolution throughout the therapeutic process. At the initial assessment moment (T1),

prior to the commencement of intervention, the participant presented a score of 28 points on the depression subscale of the DASS-21, classified as extremely severe, and 26 points on the BDI-II, indicative of moderate depression. On the anxiety subscale of the DASS-21, the initial score was 30 points, corresponding to the extremely severe level, whilst the stress subscale presented a score of 26 points, also classified as extremely severe.

Immediately after treatment completion (T2), a drastic reduction in depressive and anxious symptomatology was observed. The depression score on the DASS-21 reduced to zero, whilst the BDI-II presented a score of 2 points, both indicative of complete remission of depressive symptoms. Anxiety, assessed by the DASS-21, presented a score of 4 points, corresponding to the normal level, and stress equally reached 4 points, also within normal parameters.

In the follow-up assessment conducted one year after clinical discharge (T3), the results demonstrated substantial maintenance of therapeutic gains. The depression score on the DASS-21 remained at 2 points (normal), whilst the BDI-II presented a slight elevation to 8 points, remaining in the absence of depression range. Anxiety was preserved at 4 points on the DASS-21 (absence). An elevation of the stress score to 14 points (moderate) was observed, however, a finding that relates contextually to the commencement of the participant's new professional activity as a lawyer, as reported by her during the follow-up assessment.

The magnitude of the observed changes proves particularly significant when the participant's history of adversities experienced since childhood is considered. The family context of origin was characterised by severe and chronic domestic violence, in which the participant repeatedly witnessed aggressions by the father directed towards the mother, in addition to living with extreme material scarcity and relational dynamics permeated by aggressiveness amongst family members. This developmental environment, marked by multiple forms of violence and deprivation, constitutes an established risk factor for the development of psychopathology in adult life.

The scientific literature documents that psychological violence produces devastating effects on mental health, including inability to build and maintain satisfactory interpersonal relationships, manifestation of inappropriate behaviours and feelings for circumstances, depressed mood, and tendency towards development of psychosomatic symptoms, with depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder particularly standing out as prevalent manifestations (Morales and Schramm, 2002; Sá et al., 2009;

Ximenes et al., 2009). The sequelae of family violence frequently persist throughout the adult phase, negatively interfering with victims' well-being and quality of life (Ferro et al., 2023). In the presented case, the participant developed depressive and anxious symptomatology of extremely severe intensity, a manifestation compatible with the pattern of psychological consequences expected in the face of prolonged exposure to family violence during the critical period of child development.

The perspective of intergenerational transmission of violence presents itself as a particularly relevant aspect for understanding this clinical case. Living in environments characterised by constant violence may constitute a factor for perpetuation of aggressive behaviour and dysfunctional relational patterns, establishing an intergenerational cycle that naturalises acts of violation (Menezes, 2000). Various authors converge in the understanding that people subjected to some form of violence tend to reproduce it subsequently, perpetuating the violent cycle through a process of subjectivation that crystallises patterns of tolerance and acceptance of violence (Antoni and Koller, 2010; Azevedo and Guerra, 2011; Barros and Freitas, 2015). In the present case, the participant, although having witnessed and experienced severe family violence, sought escape from this dynamic through early marriage, a strategy that, whilst limited, allowed her access to schooling and construction of a trajectory differentiated from that of her family of origin.

Women who experienced violence in childhood and who subsequently face adversities in adult life present increased vulnerability for the development of mental disorders, particularly depression and anxiety. The overload of responsibilities, especially in situations of absence of adequate family or social support, can result in chronic stress and emotional exhaustion, intensifying the manifestation of psychopathological symptoms (Ré, 2020). The participant in this study experienced precisely this trajectory, having assumed parental responsibilities after becoming widowed early, maintaining persistent depressive and anxious symptomatology until seeking specialised treatment.

Studies indicate greater prevalence of depressive disorders amongst women who experienced situations of domestic violence. Understanding this correlation requires comprehensive analysis of socioeconomic and demographic determinants, since various factors interact in the genesis of these phenomena. Evidence indicates that elements such as economic situation, level of education, employment condition, number of children, and specific type of violence experienced influence the risk of developing depressive symptomatology in this group (Pires, 2024). In the presented case, multiple

risk factors converged, including extreme poverty in childhood, exposure to family violence, learning difficulties, widowhood, and maternal responsibilities without adequate support, configuring a profile of high vulnerability for mental disorders.

The results obtained through intervention with TRG demonstrate the efficacy of this approach in treating severe depressive and anxious symptomatology arising from complex traumas of family origin, and which corroborate similar results where TRG was utilised as the sole tool in patients with these symptoms (Santos and Lima-Verde, 2023; Pereira et al., 2023). The sequential structure of the five TRG protocols allowed systematic approach to the participant's traumatic memories, from chronological revisitation of adverse childhood events to the development of potentialising future perspectives (Oliveira et al., 2024). The Chronological Protocol enabled the reprocessing of witnessed and experienced violence experiences, whilst the Somatic Protocol facilitated the identification and processing of bodily manifestations associated with these traumatic memories. The Thematic Protocol addressed the dysfunctional cognitive patterns developed throughout life in response to adversities, and the Future Protocol worked on the anticipatory concerns that fed anxiety. Finally, the Potentialisation Protocol allowed the participant to visualise and construct a life perspective in which emotional challenges were overcome (Santos and Lima-Verde, 2023).

The almost complete remission of depressive and anxious symptoms observed immediately after treatment, with substantial maintenance of these gains one year later, evidences the effectiveness of the approach not only in acute symptomatological reduction, but also in producing lasting changes in the participant's psychological functioning. These results confirm previous findings where TRG resolved cases of depression and anxiety, independent of cause (Lima-Verde et al., 2024abc; Lima-Verde and Santos, 2024bc). The slight elevation of the depression score on the BDI-II and the increase in stress at follow-up must be understood within the context of new adaptive challenges faced by the participant, specifically the commencement of a new professional career. It is expected that transition and adaptation situations produce transitory elevation in stress levels, not necessarily characterising relapse or return of the original psychopathology. The participant's capacity to face this new professional challenge, in itself, represents an indicator of significantly improved psychological functioning when compared to her initial state (Rocha et al., 2025; Bueno et al., 2025; Santos et al., 2025; Bovio et al., 2025).

IV. FINAL CONSIDERATIONS

The present case study evidences the therapeutic potential of TRG in treating depression and anxiety associated with family violence in childhood. The approach demonstrated capacity to address deep traumatic roots and promote restructuring of cognitive and emotional patterns consolidated over decades, producing significant and lasting clinical changes. However, considering the limitations inherent to single case studies, it becomes imperative to conduct controlled research with expanded samples to establish more robustly the efficacy of this intervention in populations with a history of complex traumas of family origin, as well as to investigate the specific mechanisms through which the five TRG protocols produce sustained therapeutic transformations.

CONFLICT OF INTEREST STATEMENT

The authors declared no conflict of interest.

ACKNOWLEDGEMENTS

We thank the Brazilian Institute for Therapist Training (IBFT) for the opportunity to conduct this project.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/REFERENCES

- Alarcão, M. (2006). (Des)equilíbrios familiares- uma visão sistémica. Coimbra: Quarteto, 3ª edição, 190p.
- Antoni, C., Koller, S. H. (2010). Uma família fisicamente violenta: Uma visão pela teoria bioecológica do desenvolvimento humano. *Temas em Psicologia*, 18(1), 17-30.
- Azevedo, M. A., Guerra, V. N. (2011). As políticas sociais e a violência doméstica contra crianças e adolescentes: Um desafio recuperado em São Paulo? In: M. A. Azevedo & V. N. Guerra (orgs). *Infância e violência doméstica: Fronteiras do conhecimento*. (6ª ed. pp. 241-352). São Paulo: Cortez.
- Barros, A. S., Freitas, M. F. Q. (2015). Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes: Consequências e Estratégias de Prevenção com Pais Agressores. *Pensando Famílias*, 19(2), 102-114.

*Rocha, V.O.; Kovel, R.M.; Bueno, A.C.P.; Santos, J.S.; Nascimento, M.V.; Albuquerque, M.L.S.; Lima-Verde, J.B.; Santos, J.S. (2025). Efeitos Terapêuticos do Reprocessamento Generativo na Remissão da Depressão e da Ansiedade Oriundas de Violência Familiar. *Mentalis*, 2(3), 52-76. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v2.25>*

- Bovio, M. F., Lima-Verde, J. B., Santos, J. S. (2025). Depresión post-duelo conyugal: eficacia de la terapia de reprocesamiento generativo (trg) en una mujer con pérdida del cónyuge. *Clínica, Biopoder y Padecimiento Psiquico* (1), 415-417.
- Bueno, A. C. P., Lima-Verde, J. B., Santos, J. S. (2025). Generative Reprocessing Therapy as an Effective Intervention for Childhood Sexual Abuse and Its Adult Comorbidities. In: *25th World Congress of Psychiatry*, Praga, República Tcheca.
- Ferro, L. R. M., Oliveira, A. J., Casanova, G. B. (2023). Os impactos da violência no desenvolvimento infantil. *Revista Científica Multidisciplinar*, 4(4), 1-20. doi: 10.47820/recima21.v4i4.2952.
- Finger, I. R.; & Argimon, I. I. L. (2013). Propriedades Psicométricas do Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em uma Amostra Universitária. *Revista de Psicologia da IMED*, 5(2), 84-91.
- Gabatz, R. I. B., Padoin, S. M. M., Neves, E. T., Schwartz, E., Lima, J. F. (2013). A violência intrafamiliar contra a criança e o mito do amor materno: contribuições da enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 3 (3), 563-572.
- Garbin, A. S., Queiroz, C. D. de G., Rovida, A. S. R. (2012). A violência familiar sofrida na infância: Uma investigação com adolescentes. *Psicologia em Revista*, 18(1), 107-118.
- Hohendorff, J. V., Habigzang, L. F., Koller, S. H. (2012). Violência sexual contra meninos: Dados epidemiológicos, características e consequências. *Psicologia USP*, 23(2), 395-416.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. (2002). world report on violence and health. *Lancet*, 360(9339):1083-8. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0.
- Lima-Verde, J. B., Santos, J. S. (2024a). Efectividad De La Terapia De Reprocesamiento Generativo (TRG) En La Fibromialgia: Un Estudio De Caso. *Subjetividades Y Vínculos: Perspectivas Integradoras*. Cap 4: Salud Mental, Colombia, 1ª edición, p. 171-206, ISBN DIGITAL: 978-628-95101-6-4.
- Lima-Verde, J. B., Santos, J. S., Pereira, A. G. (2024c). Terapia de Reprocesamiento Generativo: Efectividad en el Trastorno de Pánico. In: *24th World Congress of Psychiatry Mexico City, Mexico 14-17 November 2024*.

- Lima-Verde, J.B., Santos, J.S. (2024b). Panic Disorder: Case Report Resolved by Generative Reprocessing Therapy. 37th European College of Neuropsychopharmacology (ECNP) Congress, Milão, Itália.
- Lima-Verde, J.B., Santos, J.S. (2024c). Impacto De La Terapia De Reprocesamiento Generativo (Trg) En La Compulsión Alimentaria Y La Depresión. In: 17th International Congress of Clinical Psychology, Espanha. *Advances in Clinical Psychology*, v.4. p.198.
- Lima-Verde, J.B., Santos, J.S., Pereira, A.G. (2024a). Impact of Generative Reprocessing Therapy (TRG) on the Quality of Life of Patients with Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). In: *12th European Conference in Mental Health (ECMH)*, Cracóvia, Polônia, p.145.
- Lima-Verde, J.B., Santos, J.S., Pereira, A.G. (2024b). Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Calidad de Vida: Un Estudio Eficaz con la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG). *Actas X Congreso Iberoamericano de Psicología Clínica e de la Salud*, Granada, Espanha, p. 170.
- Martins, B.G.; Silva, W.R.; Maroco, J.; & Campos, J.A.D.B. (2019). Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse: propriedades psicométricas e prevalência das afetividades. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68: 32-41.
- Menezes, A. L. T. (2000). Mulheres: fruto de dominação e fruta para libertação! In: Marlene Neves Strey et al. (Org.). *Construções e perspectivas em gênero*. São Leopoldo: Unisinos, p. 125-134.
- Morales, Á. E., Schramm, F. R. (2002). A moralidade do abuso sexual intrafamiliar em menores. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(2), 265-273.
- Oliveira, S. R. L; Lima-Verde, J. B.; Santos, J. S. (2024). A Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Uma Abordagem Natural e Adaptativa para o Tratamento em Saúde Mental. *Mentalis*, (1)1, 1-27.
- OMS. (2012). Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher. Acedido em novembro de 2025 em: *Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência*.
- Pereira, A. G., Lima-Verde, J.B., Santos, J.S. (2024). Exploring fibromyalgia: insights from generative reprocessing therapy (TRG) for a comprehensive understanding

of treatment and management. *J Neurol Stroke*. 14(1):12-15. doi:10.15406/jnsk.2024.14.00573.

Pereira, A.G., Santos, J. S., Lima-Verde, J. B. (2023). Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um Novo Caminho. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade, Barbacena: UNIPAC*. 15(28), 1-18. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.0008>.

Pires, F. R. C. (2024). Efeitos da violência doméstica contra a mulher e a incidência de transtorno depressivo: uma revisão sistemática com metanálise. *Textos & Contextos*, 23(1), 1-14. doi:10.15448/1677-9509.2024.1.45139.

Ré, R. (2020). Pandemia evidencia ainda mais a desigualdade de gênero. *Jornal da USP*. Disponível em: Pandemia evidencia ainda mais a desigualdade de gênero - *Jornal da USP*.

Redondo, J., Pimentel, I. Correia, A. (2012). *Manual Sarar* – sinalizar, apoiar, registrar, avaliar, referenciar. 510p.

Rocha, V. O., Lima-Verde, J. B., Santos, J. S. (2025). Resolution of depressive symptoms through generative reprocessing therapy in an adult with history of childhood poly-victimisation. In: *25th World Congress of Psychiatry*, Praga, República Tcheca.

Sá, D. G. F., Curto, B. M., Bordin, I., Altenfelder, S., Paula, C. S. de (2009). Exposição à violência como risco para o surgimento ou a continuidade de comportamento antissocial em adolescentes da região metropolitana de São Paulo. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(1), 179-88.

Santos, J.S., Lima-Verde, J.B. (2023). Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. *RevSALUS*. 5 (3), 1-12. Doi: <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i3.652>.

Santos, J. S., Ribeiro, C. V. M. P., Lima-Verde, J. B., Santos, J. S. (2025). Terapia de Reprocessamento Generativo no Tratamento da Perturbação do Uso de Cocaína e Comorbilidades Psiquiátricas. In: *X Jornadas de Psiquiatria e Saúde Mental*, Espinho, Portugal.

UNICEF (2014). A statistical analysis of violence against children. Acedido em novembro de 2025 em: Evidências sobre violência desenfreada contra crianças 'nos obrigam a agir' – relatório do UNICEF | Notícias da ONU.

Rocha, V.O.; Kovel, R.M.; Bueno, A.C.P.; Santos, J.S.; Nascimento, M.V.; Albuquerque, M.L.S.; Lima-Verde, J.B.; Santos, J.S. (2025). Efeitos Terapêuticos do Reprocessamento Generativo na Remissão da Depressão e da Ansiedade Oriundas de Violência Familiar. *Mentalis*, 2(3), 52-76. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v2.25>

Ximenes, L. F., Oliveria, R. de V. C., Assis, S. G. de (2009). Violência e transtorno de estresse pós-traumático na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 417-433.

CORPO-UNIVERSO E TERAPIA DE REPROCESSAMENTO GENERATIVO: CAMINHOS PARA A INTEGRAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DO SER HUMANO

Roseli Paraguassu dos Santos

MAZA Assessoria Emocional/ Terapeuta TRG independente

Email para correspondência: contato.roseliparaguassu@gmail.com

RESUMO

Este artigo de revisão propõe uma leitura ampliada do ser humano como corpo-universo, questionando visões fragmentadas que separam corpo, mente, emoção, energia e espiritualidade. A partir de um diálogo transdisciplinar, o texto investiga de que modo a Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) pode ser compreendida como tecnologia terapêutica de integração multidimensional dos corpos — físico, etérico, emocional, mental e espiritual. Metodologicamente, trata-se de uma revisão narrativa, de carácter teórico-reflexivo, que articula contributos da neurociência afetiva, da psicologia integrativa, das epistemologias do sensível, das práticas energéticas e da literatura recente sobre a TRG. O objetivo central é sintetizar e reinterpretar este conjunto de saberes, oferecendo uma visão consolidada que permita compreender o corpo como portal de acesso à consciência e à educação emocional aplicada. O artigo percorre as diferentes dimensões do corpo, entendendo-as como campos interligados de memória, afeto, energia e significado, e, a partir daí, analisa a TRG e os seus cinco protocolos como uma prática que reorganiza memórias emocionais, regula o sistema nervoso, harmoniza o campo energético e favorece estados de presença e sentido existencial ampliado. Conclui-se que pensar a TRG como tecnologia de integração multidimensional dos corpos abre caminhos férteis para um modelo de cuidado em saúde que reconhece a pessoa como totalidade viva e em movimento. Ao mesmo tempo, sublinha-se a necessidade de futuras investigações que aprofundem, explorem empiricamente e expandam as hipóteses aqui delineadas.

Palavras-chave: corpo multidimensional; educação emocional; espiritualidade; saúde integral; consciência.

I. INTRODUÇÃO

A compreensão do ser humano — tal como tradicionalmente concebida pelas ciências biomédicas — tem sido marcada por uma abordagem dualista que fragmenta mente e corpo como instâncias separadas. Contudo, importantes contribuições da neurociência — que evidenciam a integração entre emoção e cognição (Damásio, 1994; Immordino-Yang, 2015) — da psicossomática, ao mostrar o impacto das experiências emocionais precoces sobre a regulação do sistema nervoso (Van der Kolk, 2015; Schore, 2019;) e da psicologia integrativa, que propõe uma abordagem relacional e experiencial do self (Fosha, 2000; Siegel, 2009) — desafiam esse paradigma, demonstrando que emoções, pensamentos e estados fisiológicos estão profundamente entrelaçados e operam de forma integrada e dinâmica.

Nesse contexto, expandem-se os estudos e práticas por abordagens transdisciplinares que reconhecem o ser humano como um sistema complexo e multidimensional, composto por diferentes camadas ou corpos — físico, etérico, emocional, mental e espiritual — em interação recíproca (Wilber, 2000; Goswami, 2000; Schlitz et al., 2007; Pristed, 2019). Embora tal perspectiva ainda ocupe lugar marginal nas epistemologias convencionais, ela encontra sustentação crescente em áreas como a psicologia transpessoal, (Varela et al., 2017), a epigenética comportamental (Lipton, 2021), as terapias integrativas (Josipovic, 2020) e a investigação internacional sobre estados ampliados de consciência (Schlitz et al., 2007), abrindo espaço para um diálogo mais amplo entre ciência, subjetividade e espiritualidade.

Partindo do corpo como interface sensível e viva entre a experiência interna e o mundo externo, este artigo propõe compreender a estrutura multidimensional do ser como chave para o cuidado integral. Nesse horizonte, a educação emocional deixa de ser concebida como mero conceito abstrato e passa a assumir o estatuto de prática concreta de autoconhecimento, autorregulação e reconexão com a própria essência interior (Gendlin, 1996; Pristed, 2019).

É precisamente nesse ponto que a Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG), criada por Jair Soares dos Santos e desenvolvida no Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT), se torna central para esta discussão. Estruturada em cinco protocolos — cronológico, somático, temático, futuro e de potencialização — a TRG integra contributos da neurociência afetiva, da psicoterapia corporal e da psicologia energética para reorganizar padrões emocionais disfuncionais, reativar recursos internos e facilitar processos de transformação profunda (Oliveira et al., 2024; Pereira Santos, R. P. *Corpo-universo e Terapia de Reprocessamento Generativo: Caminhos para a Integração Multidimensional do Ser Humano. Mentalis, 2(4), 77-118, 2025. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.27>*

et al., 2024). Embora amplamente reconhecida pela sua eficácia no campo emocional, a experiência clínica tem revelado que os seus efeitos ultrapassam essa camada, sugerindo uma atuação sobre diferentes níveis da experiência humana.

Assim, o presente artigo tem como finalidade explorar o corpo como portal de acesso às múltiplas dimensões do ser, articulando a educação emocional, os fundamentos da anatomia sutil e o contributo da TRG enquanto tecnologia terapêutica capaz de favorecer processos de integração multidimensional. Nessa perspetiva, o corpo é compreendido como um campo vivo — biológico, energético, simbólico e espiritual — onde se inscrevem movimentos de consciência, cura e transformação. (Wilber, 2000; Schlitz et al., 2007; Pristed, 2019).

II. AS DIFERENTES DIMENSÕES DO CORPO

1. O CORPO FÍSICO COMO UNIVERSO SENSÍVEL E SUA FUNDAMENTAÇÃO BIOQUÍMICA

Ao longo da história do pensamento ocidental, o corpo foi frequentemente reduzido à condição de máquina biológica — um mero suporte da mente ou um instrumento a ser disciplinado pela razão. Essa visão mecanicista, herdeira do paradigma cartesiano, fragmentou o saber sobre o ser humano e promoveu a cisão entre corpo, emoção e consciência (Foucault, 1979; Capra, 1996).

Contudo, nas últimas décadas, diversas correntes contemporâneas — tanto nas ciências como nas práticas terapêuticas integrativas — vêm resgatando uma visão mais ampliada do corpo: não como objeto, mas como sujeito, presença viva e dimensão essencial da experiência humana. (Bittencourt & Setenta, 2005) afirmam que “corpo e cultura estão imbricados, uma vez que é no corpo que se organizam, em primeira instância, os processos que transformam a informação em comunicação.”

Com base no conceito de corponectividade proposto por (Rengel, 2007), que entende o ser humano como unidade indissociável de corpo-mente-emoção-razão-sensação, este artigo parte da hipótese de que o corpo é, em sua essência, um universo sensível — um campo vivo de percepção e expressão, onde se entrelaçam emoções, memórias, pensamentos e fluxos energéticos, compondo uma experiência humana integral e dinâmica.

A partir dessa premissa, torna-se possível refletir sobre a importância de reconhecermos-nos sob a lente de uma mundividência holística, na qual corpo e consciência não são entidades separadas, mas expressões simultâneas de uma mesma realidade vibracional. Essa perspectiva não é apenas filosófica ou espiritual: trata-se de uma imanência natural, onde o humano é parte ativa e integrada do universo que habita (Varela et al., 2017; Lipton, 2021).

Na complexidade bioquímica da vida, o corpo é o espaço onde a experiência se corporifica com mais intimidade. Nele, os processos neurosensoriais e emocionais se entrelaçam, traduzindo-se em células, sensações e movimentos sutis — uma interface viva entre mente, emoção e realidade física (Damásio, 2004; Fogel, 2009). Silva (2020, p. 24) traz reflexões profundas que dialogam com a proposta deste trabalho:

O corpo é a própria cultura. O corpo é a própria natureza. O corpo é a conexão do orum, céu, e aye, terra. O corpo é onde a dança acontece. Deixar as várias definições do corpo serem provisórias e/ou em movimento nos permite perceber que o corpo é conhecimento constante. Um sistema complexo de subjetividade, de objetividade, espiritualidade em atravessamentos recíprocos corpo e cultura, manifestando suas histórias, memórias e suas capacidades de redimensionar seus contextos.

Acrescenta-se que é através do corpo que nos expressamos no mundo — nele habitam e se manifestam os nossos pensamentos, sentimentos, atitudes e modos de ser. O corpo revela, mais do que representa, quem somos em essência (Gendlin, 1978).

Esse corpo que nos sustenta não apenas reage ao ambiente: ele sente-o, interpreta-o e traduz-o em linguagem própria — por vezes silenciosa, por vezes sintomática, mas sempre dotada de significado (Levine, 1997; van der Kolk, 2014). Silva (2020, p. 32) reforça esse ponto ao afirmar:

A relação com o mundo, conexão com a natureza é princípio da vida. Eles agem juntos, uma noção de constante, construções que movimentam a vida. A ancestralidade e a natureza esboçam o corpo conectado no fato de existir, em relação à diversidade que é parte de construção do corpo que sente o mundo. O

corpo dança, entrelaça-se em ações, junção para manter-se vivo. As forças da natureza precisam ser conectadas para que tenham vida.

A ciência contemporânea, especialmente nas áreas da neurociência afetiva, neuroplasticidade e psicossomática, aponta que experiências emocionais são registadas no corpo por meio de circuitos neurais, padrões musculares, alterações hormonais e respostas comportamentais (Levine, 1997; Damásio, 2004; van der Kolk, 2015). Nessa perspectiva, o corpo pode ser compreendido como um sistema de memória implícita — uma “memória viva” — que armazena não apenas eventos, mas estruturas afetivas profundas (Fogel, 2009; Siegel, 2010).

Essa concepção encontra ainda ressonância em saberes ancestrais e práticas espirituais como o Yoga, a Medicina Tradicional Chinesa, o Xamanismo, o Healing e as terapias vibracionais, nas quais o corpo é reconhecido como expressão direta da alma (Steiner, 2006; Pristed, 2019).

Ao compreendermos o corpo como um universo vivo e integrado, abrimos espaço para uma nova consciência sobre o cuidar, o educar e o curar — não apenas como práticas externas, mas como movimentos internos de reconexão com a totalidade que somos.

O corpo físico, enquanto expressão concreta da existência humana, é formado por estruturas moleculares organizadas em sistemas complexos e interdependentes. Hidrogénio (H), carbono (C), azoto/nitrogénio (N) e oxigénio (O) são os quatro elementos químicos que compõem aproximadamente 96% da massa do corpo humano (Alberts et al., 2010). Esses átomos formam moléculas orgânicas fundamentais — como proteínas, lípidos, hidratos de carbono e ácidos nucleicos — que sustentam a vida celular e os processos fisiológicos.

Do ponto de vista simbólico, esses quatro elementos químicos guardam relação direta com os quatro elementos arquetípicos da natureza — água, terra, fogo e ar — presentes em diversas tradições filosóficas, espirituais, religiosas e terapêuticas (Jung, 1964; Capra, 1996; Wilber, 2000). A água, símbolo das emoções e da fluidez, corresponde ao hidrogénio e ao oxigénio; a terra, símbolo da estabilidade e da matéria, corresponde ao carbono; o ar, relacionado ao movimento e à respiração, também se associa ao oxigénio e ao azoto; e o fogo, princípio da energia e da transformação,

manifesta-se nos processos metabólicos e bioenergéticos que ocorrem no corpo humano.

Essa correlação não é meramente metafórica. Ela aponta para uma visão integrativa, onde a biologia molecular e a sabedoria ancestral dialogam, revelando o corpo como síntese da natureza em movimento — uma perspectiva já explorada por diversos autores (Capra, 1996; Goswami, 2000; Wilber, 2000), constituído pelos mesmos elementos que formam rios, montanhas, florestas e estrelas. Tal compreensão reforça a ideia de que somos natureza — talvez a parte mais dissociada dela na cultura contemporânea, mas ainda assim profundamente enraizada nos seus ciclos, ritmos e substâncias.

O corpo físico humano é, portanto, um sistema dinâmico e altamente organizado: átomos ligam-se formando moléculas → moléculas agrupam-se formando células → células organizam-se em tecidos → tecidos estruturam os órgãos → os órgãos compõem sistemas → e os sistemas integram o organismo como um todo. Essa cadeia de inter-relações revela uma estrutura de complexidade crescente, mas também uma interdependência absoluta entre as partes, característica típica dos sistemas vivos (Capra, 1996).

Cada célula do corpo carrega a memória da totalidade. A composição atômica que forma os ossos, o sangue e os neurónios é a mesma que forma os elementos da crosta terrestre e da atmosfera. Do ponto de vista da física moderna, não há separação absoluta entre matéria e energia — tudo vibra em determinada frequência, e essa vibração organiza a matéria que chamamos corpo (Capra, 1996; Goswami, 2000). Isso convida-nos a considerar que, mesmo na sua densidade aparente, o corpo é também um campo de energia condensada e inteligência biológica.

A tabela periódica, que organiza os elementos conhecidos da matéria, mostra que as diferenças entre os materiais do universo derivam do número de prótons e neutrões nos átomos que os compõem. Esse princípio, aparentemente técnico, revela uma chave essencial: a complexidade do mundo material nasce de variações quantitativas em estruturas básicas universais. Somos feitos do mesmo pó estelar — uma ideia que a astrofísica moderna reforça (Tyson, 2017) e que também encontra eco em visões integrativas do cosmos e do ser humano (Capra, 1996; Wilber, 2000).

Dessa forma, compreender o corpo físico é compreender a vida na sua dimensão biológica, energética e simbólica. O corpo é, ao mesmo tempo, um campo de forças

bioquímicas e um templo sensível, onde os elementos da natureza se reúnem para sustentar a experiência humana.

Assim, compreender o corpo físico é reconhecer que a vida material e a vida espiritual são expressões de uma mesma energia vital — princípio que nos conduz à dimensão etérica, onde essa força se manifesta como matriz da consciência e da vitalidade humana. Como expressa a tradição bantu no conceito de “Nkisi — forças da natureza” (Santos, 2008), o corpo pode ser visto como um “templo de forças vivas”, onde a matéria é habitada pelo espírito, e a forma serve como instrumento da consciência. Essa imagem reforça a noção de que o corpo não é apenas um objeto biológico, mas também um portal vivo entre o visível e o invisível, o físico e o espiritual, o terreno e o cósmico.

2. O CORPO ETÉRICO COMO MATRIZ VITAL

A tradição científica moderna, estruturada sobre métodos empíricos e evidências materiais, ainda não reconhece oficialmente a existência do corpo etérico como entidade mensurável. No entanto, diversos campos do saber — como o Ayurveda, a Medicina Tradicional Chinesa, a Antroposofia, o Espiritismo e abordagens contemporâneas de física quântica — oferecem perspectivas complementares, nas quais esse corpo sutil é compreendido como uma dimensão organizadora da vida, uma matriz energética e vibracional que sustenta, vitaliza e conecta o corpo físico aos campos mais sutis da consciência (Ubaldi, 1996; Chopra, 2001; Powell, 2002; Steiner, 2006).

Conhecido também como “corpo vital” ou “duplo etérico”, o corpo etérico atua como uma ponte dinâmica entre o visível e o invisível, o biológico e o energético, sendo responsável pela distribuição do fluido vital — energia organizadora da vida — por todo o organismo. Na Antroposofia, Rudolf Steiner descreve essa estrutura como a base dos processos de crescimento, regeneração e coesão funcional do corpo físico (Steiner, 2006). Na Ayurveda, ele é associado ao elemento Akasha (éter), o mais sutil dos cinco elementos, relacionado ao espaço, ao som e à vibração primordial (Lad, 2001).

A pesquisadora Isis Pristed (2019), ao propor uma anatomia energética em sua obra *Caminhos entre o invisível e o visível*, expõe que o corpo etérico surge antes mesmo da formação física do embrião, na fase da concepção, mantendo-se interligado ao corpo físico até a morte. Segundo ela, esse corpo sutil abriga uma vasta rede de centros e canais energéticos: sete chakras principais, 21 chakras secundários, cerca de

Santos, R. P. Corpo-universo e Terapia de Reprocessamento Generativo: Caminhos para a Integração Multidimensional do Ser Humano. Mentalis, 2(4), 77-118, 2025. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.27>

50 pontos de emissão e recepção, além de oito correntes etéricas. Essa rede funciona como um sistema de comunicação entre a consciência e os múltiplos níveis da existência, canalizando energia e informação entre o mundo visível e os campos não físicos.

Do ponto de vista espiritualista, autores como Pietro Ubaldi (1996) e André Luiz (psicografado por Xavier, 2006) descrevem o corpo etérico como elo entre o espírito e a matéria, constituído por uma substância sutil denominada fluido cósmico universal — matéria-prima da criação, de onde se originam todas as formas vivas.

É no corpo etérico que se assenta a sensibilidade fluídica, permitindo ao ser humano captar impressões do ambiente, das pessoas e das dimensões invisíveis que o rodeiam (Ubaldi, 1996)

Essa compreensão conecta-se à noção de interdependência vibracional, presente em diferentes sabedorias ancestrais, abordagens integrativas e, mais recentemente, em interpretações da física quântica, que reconhecem a energia como base fundamental da realidade (Capra, 1996; Goswami, 2000; Chopra, 2001). A energia, em seu estado mais puro, é vibração — movimento dinâmico — e cada ser vibra em uma determinada frequência, que define sua interação com o mundo e com os outros. Nessa lógica, 1. energia é a substância fundamental do universo, 2. vibração é o movimento da energia em ação e 3. frequência é o padrão estável dessa vibração, que determina a qualidade da nossa conexão com o universo.

O corpo etérico, portanto, é moldado por pensamentos, intenções e emoções, funcionando como um campo sensível de registro e transmissão energética. Cada criação mental imprime uma marca vibracional nesse campo, afetando tanto a saúde quanto o ambiente. Como afirma Jacobson Trovão (2020), “O pensamento é uma força moldadora: ele imprime no fluido cósmico as marcas da nossa frequência interna, deixando vestígios nos lugares por onde passamos e nas pessoas com quem nos conectamos.”

A mente superior, nesse contexto, atua como um “QR Code energético”, decodificando a vibração do ser e conectando-o às frequências correspondentes do cosmos. Essa leitura é contínua — por ela atraímos experiências e conexões que ressoam com nosso campo vibracional (Capra, 1996; Goswami, 2000).

A medicina integrativa e a neurociência contemporânea vêm corroborando essas visões de forma crescente. Pesquisas sobre campos eletromagnéticos humanos e Santos, R. P. *Corpo-universo e Terapia de Reprocessamento Generativo: Caminhos para a Integração Multidimensional do Ser Humano. Mentalis, 2(4), 77-118, 2025. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.27>*

interações psicoemocionais têm demonstrado que experiências afetivas e cognitivas alteram o campo bioenergético, influenciando diretamente o funcionamento celular, os padrões hormonais e os mecanismos de autorregulação do organismo (Capra, 1996; Goswami, 2000; Chopra, 2001).

Diante disso, práticas como Reiki, Healing, meditação, dançaterapia, respiração consciente e o toque terapêutico têm se mostrado eficazes para fortalecer, limpar e harmonizar o corpo etérico — promovendo um realinhamento vibracional que favorece a saúde integral. (Capra, 1996; Goswami, 2000; Chopra, 2001; Pristed, 2019).

Ao reconhecermos o corpo etérico como uma matriz viva da consciência encarnada — elo sutil entre mente, emoção e realidade física (Wilber, 2000; Steiner, 2006) — ampliamos a compreensão da saúde para além da dimensão biológica. A partir dessa perspectiva, a cura não se limita à ausência de sintomas, mas manifesta-se como um processo de realinhamento vibracional da totalidade do ser — visível e invisível, físico e energético, racional e intuitivo.

E é justamente por ser campo de registro e expressão dos afetos que o corpo etérico se conecta diretamente ao corpo emocional, com o qual compartilha impressões, memórias e padrões de resposta. Assim, a próxima dimensão do nosso estudo nos convida a mergulhar nas paisagens do sentir: o corpo emocional.

3. O CORPO EMOCIONAL COMO CAMPO DE AFETOS E TRANSFORMAÇÃO INTERIOR

Se o corpo físico manifesta a densidade da existência e o corpo etérico organiza a vida em sua vibração vital, é no corpo emocional que residem os afetos, as memórias emocionais e os padrões relacionais que moldam nossa forma de estar no mundo (Damásio, 2004; Siegel, 2010). Esta dimensão, profundamente subjetiva, é responsável por registrar e processar as experiências afetivas que atravessam a vida — sejam elas agradáveis ou traumáticas.

O corpo emocional, também conhecido em algumas tradições como corpo astral, funciona como um campo vibrátil onde as emoções circulam, se acumulam e interagem com os demais níveis da estrutura multidimensional do ser. Trata-se de um corpo em constante movimento, sujeito às oscilações do desejo, do medo, da alegria, da raiva, da

culpa e de todos os matizes que compõem a vida emocional humana (Ubaldi, 1996; Wilber, 2000; Steiner, 2006).

Essa camada sutil é moldada tanto por vivências imediatas quanto por memórias emocionais profundas — muitas vezes inconscientes — que se estruturam desde a infância ou até antes, como propõem abordagens transgeracionais e espirituais (Jung, 1988). A psicossomática, a neurociência afetiva e a psicanálise já demonstraram que essas memórias não apenas residem na mente, mas se expressam no corpo, formando padrões de resposta que afetam a saúde, os relacionamentos e a maneira como interpretamos a realidade (Damásio, 2004; van der Kolk, 2015).

Nesse contexto, destaca-se também o Focusing, abordagem desenvolvida por Eugene Gendlin (1978), que propõe a escuta de um saber implícito no corpo — aquilo que ele denominou *felt sense*, ou “sensação sentida”. Trata-se de um processo de atenção gentil e progressiva ao campo interno, permitindo que emoções não totalmente nomeadas ou compreendidas revelem seus significados por meio de uma linguagem corporal sutil, pré-verbal e transformadora. Ao invés de interpretar ou controlar as emoções, o Focusing convida à presença com o que está vivo no corpo, favorecendo insights orgânicos e mudanças duradouras. Nesse sentido, o corpo emocional é reconhecido não apenas como reativo, mas como um lugar de sabedoria silenciosa, onde a consciência pode florescer por meio do acolhimento compassivo e da escuta encarnada.

Como campo de interação entre o mundo interno e externo, o corpo emocional tem papel fundamental na construção da identidade, na forma como nos percebemos e como nos vinculamos. Ele carrega não apenas nossas emoções pessoais, mas também registros coletivos, familiares e culturais que influenciam nossa sensibilidade e comportamento. “Não somos apenas o que sentimos, mas também o que herdamos sentir”, diria poeticamente a fenomenologia da emoção (Merleau-Ponty, 1994).

Nessa perspectiva, o corpo emocional é também um território de cura. A escuta profunda das emoções, a reestruturação de vivências traumáticas e o acolhimento das próprias sombras emocionais são caminhos possíveis para reintegrar partes fragmentadas do ser. Abordagens terapêuticas como a TRG, o Focusing, a constelação familiar, a terapia corporal, entre outras, reconhecem esse campo como essencial no processo de transformação psíquica e espiritual. Como afirma Gendlin (1996), em seu trabalho sobre Focusing, as emoções carregam uma inteligência própria, que quando

escutada, conduz a insights orgânicos e mudanças duradouras.

Nesse sentido, o corpo emocional pode ser compreendido como um espaço de mediação entre o sofrimento e a consciência — entre o que sentimos e o que podemos curar (Fosha, 2000; Siegel, 2010).

Conforme as reflexões acima e à luz de estudos contemporâneos que exploram a interação entre emoção, corpo e energia (Fosha, 2000; Damásio, 2004; Siegel, 2010), o corpo emocional é entendido como um campo sensível e permeável às influências externas — vibrações de ambientes, pessoas e acontecimentos. Assim, o cultivo da presença, da respiração consciente e da auto-observação emocional torna-se essencial para manter esse campo limpo, nutrido e alinhado. As emoções não são “erros” do sistema, mas mensagens vivas que revelam necessidades não atendidas, feridas não integradas ou desejos profundos da alma.

Como podemos perceber a partir dessa perspectiva integrativa, ampliar a consciência sobre o corpo emocional implica reconhecer que não somos apenas reativos ao que nos acontece, mas cocriadores dos estados que habitamos (Wilber, 2000; Steiner, 2006). Essa compreensão convida a uma nova ética emocional — uma ecologia interna que acolhe, transforma e liberta. Quando nos responsabilizamos pelas nossas emoções, recuperamos o poder de escolher como nos posicionar diante da vida, rompendo com ciclos repetitivos de dor e cultivando estados de maior presença, compaixão e inteireza.

4. O CORPO MENTAL COMO DIMENSÃO DE SÍNTESE E INTEGRAÇÃO DA CONSCIÊNCIA

A expressão do coração protege e reverbera infinitamente — Isis Pristed (2019, p. 54)

O corpo mental representa uma dimensão mais sutil e estruturante da anatomia energética humana, responsável pela organização dos pensamentos, crenças, imagens mentais e padrões cognitivos que moldam a forma como percebemos e interpretamos a realidade. Segundo Pristed (2019), trata-se de um campo vibracional que interage simultaneamente com os conteúdos emocionais do corpo astral e com níveis mais elevados da consciência, incluindo a intuição, a visão simbólica e estados ampliados de espiritualidade. Essa compreensão sugere que o corpo mental funciona como matriz de coerência entre pensamento, emoção e consciência superior.

Isis Pristed (2019) descreve o corpo mental como um campo de circulação energética que se manifesta predominantemente ao redor da cabeça, irradiando-se também para o plexo solar e o chakra cardíaco. A autora utiliza a metáfora do “lago espelhado” para representar o centro da cabeça — um espaço simbólico onde se refletem informações provenientes das múltiplas dimensões da consciência. Essa imagem remete à integração entre o pensamento lógico, associado à glândula pituitária, e o pensamento intuitivo, relacionado à glândula pineal, revelando uma inteligência não dual que sintetiza razão e intuição num único movimento de consciência.

Do ponto de vista da neurociência contemporânea, essa visão encontra paralelos em investigações sobre estados cerebrais associados à meditação, intuição e criatividade. Pesquisas de Davidson et al., (2003) e Newberg & Waldman (2010) evidenciam que práticas contemplativas promovem mudanças funcionais e estruturais em áreas como o córtex pré-frontal, o tálamo e o sistema límbico, promovendo maior autorregulação emocional e clareza cognitiva. Embora ainda pouco compreendida pela ciência convencional, a glândula pineal tem sido associada, em tradições espirituais, a estados de percepção ampliada — movimento interpretado por Dispenza (2017) como parte de um processo de neuroplasticidade espiritual.

A glândula pineal, tradicionalmente entendida como o “terceiro olho”, é descrita por Pristed (2019) como ponto de convergência entre as dimensões visíveis e invisíveis da consciência. Para a autora, a pineal funciona como antena sensível à luz e às frequências sutis, desempenhando papel integrador entre os hemisférios cerebrais e facilitando a recepção e decodificação de conteúdos intuitivos. A energia desse centro dialoga com o “lago de espelhos” da cabeça, onde razão e intuição se encontram para formar uma visão ampliada da realidade.

No ápice dessa estrutura energética encontra-se o chakra coronário, cuja configuração interna espelha as doze subdivisões do coração. Esse centro conecta o indivíduo à Fonte — princípio superior de consciência — não para negar a experiência terrena, mas para iluminá-la com sentido e orientação. Segundo Pristed (2019), essa ligação com a Fonte é profundamente singular e não se submete a dogmas externos; nasce do silêncio interior e da escuta da própria espiritualidade.

Na psicologia integrativa, especialmente nas tradições da Psicossíntese (Assagioli, 2008) e da Psicologia Transpessoal (Wilber, 2000), o corpo mental é compreendido como domínio onde se constroem identidades, crenças e imagens internas que orientam comportamentos e significações. Trata-se de um campo dinâmico que organiza

Santos, R. P. Corpo-universo e Terapia de Reprocessamento Generativo: Caminhos para a Integração Multidimensional do Ser Humano. Mentalis, 2(4), 77-118, 2025. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.27>

pensamentos, processa memórias e projeta possibilidades futuras. A qualidade das imagens mentais e das crenças estruturadas nesse campo determina o tom vibracional que se estende aos corpos emocionais e físico, influenciando diretamente a experiência vivida.

A física quântica, ao descrever a realidade como um conjunto de campos de probabilidade, oferece pano de fundo conceitual que permite compreender o corpo mental como espaço de colapso de possibilidades: é na mente que interpretamos, escolhemos e atribuímos significado. Para Goswami (2000), a consciência é a base da existência, o que sugere que os padrões mentais moldam diretamente a experiência vivida — argumento compatível com a ideia de que o corpo mental influencia o estado vibracional do ser.

Pristed (2019) diferencia emoção — movimento energético repetitivo e denso, frequentemente centrado no plexo solar — de sentimento, entendido como fluxo vibracional sutil ligado ao crescimento e à expansão pelo coração. Essa distinção reforça que o corpo mental não se opõe ao sentir; quando alinhado, funciona como canal de refinamento afetivo, transformando emoções densas em compreensão, sabedoria e presença. O coração, nesse contexto, é descrito como base do “esqueleto mental”, responsável por transmutar energias densas que, após refinadas, se expressam pela garganta e são discernidas pela glândula pineal. Essa visão encontra ressonância em estudos do HeartMath Institute (McCraty et al., 2015b), que identificam o coração como centro de inteligência que modula processos mentais, coerência fisiológica e estados emocionais.

Com base nas reflexões acima, o corpo mental pode ser compreendido como espaço de síntese das polaridades internas — onde a lógica encontra a intuição, onde o pensamento linear se entrelaça com a visão simbólica e onde o intelecto se abre ao mistério. A saúde dessa dimensão depende da qualidade dos pensamentos que cultivamos, da clareza das intenções que orientam a consciência e da capacidade de sustentar estados de silêncio, contemplação e escuta interior.

A meditação, como sublinham Pristed (2019), Davidson et al., (2003) e Newberg & Waldman (2010), é instrumento fundamental nesse processo. Para além de técnica, ela representa retorno consciente à Fonte — esse centro luminoso de onde emana a consciência. Meditar significa restaurar a integridade do corpo mental, sintonizando-o com frequências elevadas de sabedoria, presença e visão interior.

Assim, o corpo mental revela-se não apenas como campo de pensamentos, mas como ponte viva entre o visível e o invisível, entre o conhecido e o mistério. Ao cuidarmos das imagens internas, das crenças que estruturamos e da qualidade da energia mental que cultivamos, desencadeamos uma reorganização vibracional profunda — processo que impulsiona a jornada de autoconhecimento, a evolução do ser e a expansão espiritual.

5. O CORPO ESPIRITUAL — INTEGRAÇÃO COM A FONTE E O CAMPO UNIFICADO DA CONSCIÊNCIA

A dimensão espiritual do ser humano constitui o campo mais sutil, abrangente e silencioso da experiência existencial. Trata-se de uma instância que transcende crenças, filiações religiosas ou estruturas dogmáticas, manifestando-se como um estado de presença ampliada, alinhamento vibracional e integração com aquilo que muitas tradições denominam Fonte. Nesta abordagem, espiritualidade é compreendida como “a ressonância do divino da Fonte e da natureza em nós” (Pristed, 2019, p. 70), uma inteligência amorosa e silenciosa que pulsa no íntimo do ser (Wilber, 2000).

No corpo espiritual, a energia organiza-se não por estruturas densas, mas por padrões vibracionais que ressoam com o campo unificado da consciência. Pristed (2019) descreve essa frequência sutil como uma identidade vibracional única — percebida nos sistemas da aura, no sangue, nos ossos e nas células. Tal perspectiva dialoga com autores como Goswami (2000), Laszlo (2004), Capra (2006), que afirmam que a matéria, em última instância, é energia em vibração e informação em fluxo. Assim, o corpo espiritual atua como matriz organizadora dos corpos mais densos, orientando o movimento vital segundo uma lógica não linear e profundamente integrativa.

Na prática terapêutica do healing, essa dimensão espiritual é acessada através da escuta profunda, do silêncio e da meditação, num movimento de entrega à própria essência. A meditação atua como instrumento de sintonia entre o campo energético do indivíduo e a sua individualidade superior, facilitando a reintegração de fragmentos internos e o alinhamento com a Fonte (Pristed, 2019). Esta escuta sutil passa, sobretudo, pelo centramento no chakra do coração — ponto de equilíbrio das polaridades humanas e portal da dimensão espiritual.

Essas compreensões encontram respaldo na neurociência contemplativa, que demonstra como estados meditativos ativam circuitos cerebrais associados à

Santos, R. P. Corpo-universo e Terapia de Reprocessamento Generativo: Caminhos para a Integração Multidimensional do Ser Humano. Mentalis, 2(4), 77-118, 2025. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.27>

compaixão, ao bem-estar e ao sentido de unidade (Davidson & Begley, 2012; McCraty et al., 2015a). Assim, o corpo espiritual não é apenas uma noção metafísica, mas um campo de influência bioenergética e psicoemocional que interage intensamente com os demais corpos da estrutura humana.

Na visão integrativa, a espiritualidade revela-se como fundamento da saúde ampliada. A relação com a Fonte, a centralidade do coração como eixo de equilíbrio e o contacto com a individualidade — instância sutil situada acima da cabeça — constituem pilares essenciais dessa dimensão (Pristed, 2019). Esses pilares não apenas sustentam processos de cura profunda, como também orientam o ser humano a viver de forma mais enraizada, sensível e alinhada com o movimento intrínseco da própria existência (Wilber, 2000; Assagioli, 2008).

Ao reconhecer que “a energia de cada um é soberana e deve seguir o movimento intrínseco do ser, com as suas particularidades, a sua integridade e a sua autoridade interna” (Pristed, 2019, p. 70), esta perspectiva convida a uma espiritualidade encarnada — vivida no corpo, na relação, no cotidiano. Num mundo marcado por fragmentação, sobrecarga informacional e desconexão interior, a reconexão com o corpo espiritual emerge como gesto fundamental de lembrança e cura.

A espiritualidade, nesse sentido, não é um fim, mas um campo de integração: une o visível e o invisível, o físico e o não físico, o eu e o cosmos. É neste campo que ocorre o verdadeiro salto quântico da consciência — reconhecer-se como parte de um universo vivo, pulsante e interligado, onde cada ser vibra como uma nota singular que contribui para a harmonia do todo. Assim, o corpo espiritual constitui-se como dimensão central na jornada de autoconhecimento, evolução do ser e expansão espiritual.

III. TRG COMO TECNOLOGIA DE INTEGRAÇÃO MULTIDIMENSIONAL DOS CORPOS

A TRG é habitualmente compreendida como uma abordagem voltada à reorganização emocional. Os estudos existentes descrevem sobretudo a sua atuação sobre camadas profundas da memória emocional e corporal, estruturada pelos cinco protocolos — cronológico, somático, temático, futuro e de potencialização — (Oliveira et al., 2024; Pereira et al., 2024). A reflexão desenvolvida neste artigo, porém, considera que processos de reorganização emocional frequentemente dialogam com camadas físicas, energéticas, cognitivas e espirituais do ser. Nesse horizonte, torna-se possível

Santos, R. P. Corpo-universo e Terapia de Reprocessamento Generativo: Caminhos para a Integração Multidimensional do Ser Humano. Mentalis, 2(4), 77-118, 2025. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.27>

sugerir que intervenções como a TRG — embora formuladas a partir do âmbito emocional — possam, em determinados contextos clínicos e sob uma perspectiva integrativa, repercutir noutras dimensões da experiência humana, abrindo espaço para compreendê-la como tecnologia terapêutica com alcance que pode atravessar múltiplos níveis da experiência humana.

A educação emocional — entendida como um processo contínuo de alfabetização afetiva, escuta interna e reconciliação entre estados emocionais — constitui um pilar da saúde integral e da maturidade psíquica. Em um tempo marcado pelo stress crônico, pela vulnerabilidade afetiva e pela crescente desconexão interior, práticas que favoreçam a autorregulação e a reconexão com o sentir tornam-se especialmente relevantes (Damásio, 2004; Siegel, 2010). Nesse cenário, a TRG encontra um terreno significativo de aplicação: ainda que amplamente reconhecida pela sua eficácia no domínio emocional, algumas descrições clínicas e reflexões teóricas sugerem que o processo de reorganização emocional promovido pela técnica pode articular-se com movimentos mais amplos do corpo, da energia, da mente e da consciência. Tal hipótese — aqui considerada em perspectiva exploratória — abre espaço para situar a TRG como uma prática com potencial efeito multidimensional, cuja compreensão ainda demanda investigação sistemática.

Nesse enquadramento, os cinco protocolos da TRG — cronológico, somático, temático, futuro e de potencialização — podem ser compreendidos como vias distintas de reorganização da memória, do corpo e da energia. Cada um deles parece incidir sobre densidades específicas do ser: o protocolo somático tenderia a atuar sobre a informação inscrita no corpo físico; o cronológico e o temático poderiam favorecer a reestruturação de padrões emocionais e narrativas internas; o protocolo de futuro sugeriria um impacto mais direto sobre o campo mental e intencional; e o de potencialização abriria espaço para níveis mais subtis de presença, coerência e percepção, frequentemente associados a experiências de natureza espiritual. Embora tais interpretações permaneçam no domínio das possibilidades teóricas, podem ser tomadas como hipóteses interpretativas que delineiam um horizonte fértil para pensar a TRG para além do seu enquadramento inicial, articulando-a com modelos que reconhecem a complexidade multidimensional da experiência humana.

Do ponto de vista neurobiológico, embora autores como Damásio (2004) e Siegel (2009) não abordem a TRG, as suas contribuições sobre neuroplasticidade, integração mente-corpo e reorganização afetiva oferecem um enquadramento teórico útil para

compreender como processos de reprocessamento emocional — semelhantes aos mobilizados pela TRG — podem favorecer a criação de novas conexões neuronais e a emergência de respostas mais adaptativas. De modo análogo, a teoria polivagal de Porges (2011), ainda que não faça referência à técnica, permite contextualizar a forma como intervenções que promovem segurança interna e autorregulação podem repercutir no sistema nervoso autônomo, ampliando a capacidade relacional e sustentando estados de maior equilíbrio fisiológico. Este conjunto de perspectivas não explica a TRG, mas fornece um horizonte conceitual que ajuda a situar, de forma exploratória, alguns dos fenômenos clínicos observados em práticas de reprocessamento emocional.

No que se refere às dimensões energéticas, obras como a de Pristed (2019), dedicadas à compreensão de campos sutis e da organização vibracional do corpo, não descrevem a TRG, mas oferecem referenciais úteis para interpretar certos relatos clínicos em que clientes mencionam sensações de alívio, “limpeza” ou maior circulação energética após o reprocessamento emocional. A partir desse enquadramento, torna-se possível considerar — ainda em plano conceptual — que intervenções como a TRG possam, em alguns casos, mobilizar conteúdos densificados e favorecer estados subjetivos de maior coerência vibracional. Trata-se de uma possibilidade teórica que permanece aberta ao diálogo entre clínica, experiência e investigação futura.

Na dimensão emocional, a TRG exerce alguns dos seus efeitos mais evidentes: reorganiza padrões afetivos, reestrutura impressões profundas e devolve ao indivíduo a capacidade de sentir com presença, sem colapsar ou dissociar. Emoções reprimidas ou congeladas tornam-se acessíveis e integráveis, favorecendo estados de maior clareza, leveza e liberdade interna. Estudos recentes apontam para a remissão significativa de sintomas como ansiedade, depressão, fobias, baixa autoestima e ideação suicida após ciclos consistentes de sessões (Oliveira et al., 2024).

No plano mental, alguns relatos clínicos indicam que processos de clarificação interna e reorganização cognitiva podem emergir ao longo do trabalho terapêutico com a TRG. Esses movimentos, quando observados, dialogam conceitualmente com perspectivas como as de Wilber (2000) e Steiner (2006), que discutem a integração entre razão, intuição e camadas mais amplas da consciência. Embora tais autores não façam referência à TRG, as suas propostas oferecem um horizonte interpretativo fecundo para pensar como determinadas práticas terapêuticas — ao promoverem maior coerência emocional e sensorial — podem abrir espaço para reorganizações cognitivas mais amplas. Assim, a articulação entre estes referenciais funciona aqui como suporte teórico

para compreender transformações subjetivas descritas em alguns processos clínicos, sem implicar correspondência direta entre as abordagens.

Por fim, no que diz respeito ao corpo espiritual, diferentes abordagens integrativas apontam que, quando as dimensões física, emocional e mental se reorganizam de forma mais harmoniosa, podem emergir estados de presença silenciosa, expansão intuitiva e aprofundamento do sentido existencial. Tais vivências, descritas por autores como Wilber (2000) e Pristed (2019) no âmbito das suas reflexões sobre unidade, consciência e orientação interior, oferecem um referencial útil para pensar como processos terapêuticos que promovem coerência interna podem criar condições para experiências subjetivas dessa natureza. Nesta perspectiva, a espiritualidade não é entendida como evasão do mundo, mas como aprofundamento da experiência de si — um refinamento da escuta interna que possibilita o acesso a significados mais subtis e a um modo de consciência que se percebe em diálogo com dimensões menos visíveis da experiência humana.

É nesse horizonte que a TRG pode ser situada: não como garantia de efeitos espirituais, mas como prática clínica que, ao favorecer reorganizações emocionais, cognitivas e energéticas, pode criar condições internas para que experiências de maior integração e sentido se tornem possíveis. Essa leitura mantém-se no campo das hipóteses interpretativas, alinhada com modelos que compreendem o ser humano como tessitura multidimensional e que reconhecem a complexidade dos processos subjetivos envolvidos na transformação terapêutica. Nessa perspectiva, a TRG apresenta-se como via potencial de reencontro com a essência — um gesto de retorno ao que, em cada pessoa, permanece silencioso, profundo e vivo.

Assim, a TRG pode ser compreendida não apenas como metodologia clínica, mas como uma via potencial de integração multidimensional. Trata-se de uma tecnologia terapêutica que, ao atuar simultaneamente sobre processos de memória, corpo, energia e consciência, pode contribuir para que o indivíduo recupere um ritmo vital mais coerente — biológico, emocional, mental e espiritual — abrindo espaço para modos de existência vividos com maior autenticidade, presença e profundidade.

Esta compreensão reforça a tese central deste artigo: o cuidado integral exige reconhecer o ser humano como totalidade viva — um campo de forças, memórias, energia e consciência em permanente movimento. A partir dessa perspectiva, intervenções como a TRG podem ser consideradas caminhos possíveis para favorecer o reencontro com essa unidade interna, na medida em que articulam processos

Santos, R. P. Corpo-universo e Terapia de Reprocessamento Generativo: Caminhos para a Integração Multidimensional do Ser Humano. Mentalis, 2(4), 77-118, 2025. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.27>

emocionais, corporais, cognitivos e energéticos numa mesma dinâmica de reorganização.

Dessa perspectiva ampliada, torna-se possível conceber a TRG como uma tecnologia terapêutica com potencial multidimensional, capaz de dialogar com diferentes camadas da existência — corpo, emoção, mente, energia e espiritualidade — e de articulá-las, em certos contextos, num movimento integrado de transformação interna. A TRG pode ser interpretada como encarnação desse gesto sensório-conceitual que pensa com o corpo e reorganiza com a consciência, revelando, no próprio ato de sentir, um percurso de abertura e mudança. Como afirma Silva (2020, p. 17), “Nada que se escreva, fale, dance, experiencie está distante ou desassociado das experiências sensório-motoras e das elaborações conceituais conjuntamente. Trata-se de um ato sensório-conceitual, vivência do conceito no corpo”. À luz dessa reflexão, a TRG pode ser vista como expressão desse mesmo princípio: um processo no qual sentir, compreender e integrar deixam de operar como esferas separadas e passam a constituir um movimento contínuo de presença, coerência e maturação do ser — movimento que amplia o horizonte para pensar o cuidado integral e as dimensões profundas do desenvolvimento humano.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise proposta neste artigo evidenciou que compreender o ser humano a partir de uma perspectiva multidimensional — envolvendo as dimensões física, etérica, emocional, mental e espiritual — amplia significativamente o campo de reflexão sobre o cuidado integral. Tal abordagem permite integrar contributos da neurociência, da psicologia integrativa e das epistemologias do sensível, oferecendo um enquadramento mais abrangente para pensar saúde, subjetividade e desenvolvimento humano.

Nesse contexto, a Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) foi analisada como uma abordagem clínica que, embora tradicionalmente situada no campo emocional, apresenta potencial para favorecer reorganizações internas que dialogam com diferentes camadas da experiência humana. A literatura científica disponível, aliada a observações clínicas discutidas neste trabalho, sugere que a TRG pode contribuir para processos de integração que envolvem corpo, emoção, cognição, energia e sentido existencial — sem assumir, contudo, efeitos universais ou conclusões definitivas. Trata-

se de um campo promissor, que requer investigação empírica contínua e metodologicamente robusta.

Em síntese, o artigo procurou demonstrar que práticas terapêuticas que valorizam o corpo como lugar de expressão e transformação podem desempenhar papel relevante na educação emocional e no cuidado em saúde. Reconhecer o ser humano como totalidade dinâmica implica considerar não apenas sintomas e funções, mas também experiências, significados e processos de integração interna.

Espera-se que esta reflexão contribua para ampliar o diálogo entre ciência, prática clínica e abordagens integrativas, favorecendo uma compreensão mais complexa e humanizada dos processos de cura e desenvolvimento.

Que esta escrita-corpo possa servir como gesto de abertura.

Como quem dança com a vida, sabendo que dançar é escutar.

Como quem caminha com o invisível, sentindo que algo maior também nos
acompanha.

**BODY–UNIVERSE AND GENERATIVE REPROCESSING THERAPY:
PATHWAYS TO THE MULTIDIMENSIONAL INTEGRATION OF THE HUMAN
BEING**

Roseli Paraguassu dos Santos

MAZA Emotional Consultancy / Independent TRG Therapist

Correspondence email: contato.roseliparaguassu@gmail.com

ABSTRACT

This review article proposes an expanded reading of the human being as a body–universe, questioning fragmented views that separate body, mind, emotion, energy and spirituality. Through a transdisciplinary dialogue, the text investigates how Generative Reprocessing Therapy (TRG) can be understood as a therapeutic technology for the multidimensional integration of bodies — physical, etheric, emotional, mental and spiritual. Methodologically, this is a narrative review of a theoretical and reflective nature, articulating contributions from affective neuroscience, integrative psychology, epistemologies of the sensitive, energetic practices, and recent literature on TRG. The central objective is to synthesise and reinterpret this body of knowledge, offering a consolidated perspective that allows the body to be understood as a gateway to consciousness and applied emotional education. The article explores the different dimensions of the body, understanding them as interconnected fields of memory, affect, energy and meaning, and, from this standpoint, analyses TRG and its five protocols as a practice that reorganises emotional memories, regulates the nervous system, harmonises the energetic field and fosters states of presence and an expanded sense of existential meaning. It is concluded that conceiving TRG as a technology for the multidimensional integration of bodies opens fertile pathways towards a model of health care that recognises the person as a living totality in constant movement. At the same time, the need for future investigations that further deepen, empirically explore and expand the hypotheses outlined here is emphasised.

Keywords: multidimensional body; emotional education; spirituality; integral health; consciousness.

I. INTRODUCTION

The understanding of the human being — as traditionally conceived by the biomedical sciences — has been marked by a dualistic approach that fragments mind and body as separate instances. However, important contributions from neuroscience — which demonstrate the integration between emotion and cognition (Damasio, 1994; Immordino-Yang, 2015) — from psychosomatics, by revealing the impact of early emotional experiences on the regulation of the nervous system (Van der Kolk, 2015; Schore, 2019), and from integrative psychology, which proposes a relational and experiential approach to the self (Fosha, 2000; Siegel, 2009) — challenge this paradigm, showing that emotions, thoughts and physiological states are deeply intertwined and operate in an integrated and dynamic manner.

In this context, studies and practices grounded in transdisciplinary approaches have expanded, recognising the human being as a complex and multidimensional system, composed of different layers or bodies — physical, etheric, emotional, mental and spiritual — in reciprocal interaction (Wilber, 2000; Goswami, 2000; Schlitz et al., 2007; Pristed, 2019). Although this perspective still occupies a marginal position within conventional epistemologies, it finds growing support in fields such as transpersonal psychology (Varela et al., 2017), behavioural epigenetics (Lipton, 2021), integrative therapies (Josipovic, 2020) and international research on expanded states of consciousness (Schlitz et al., 2007), opening space for a broader dialogue between science, subjectivity and spirituality.

Starting from the body as a sensitive and living interface between inner experience and the external world, this article proposes an understanding of the multidimensional structure of being as a key to integral care. Within this horizon, emotional education ceases to be conceived as a merely abstract concept and comes to assume the status of a concrete practice of self-knowledge, self-regulation and reconnection with one's own inner essence (Gendlin, 1996; Pristed, 2019).

It is precisely at this point that Generative Reprocessing Therapy (TRG), created by Jair Soares dos Santos and developed at the Brazilian Institute for the Training of Therapists (IBFT), becomes central to this discussion. Structured around five protocols — chronological, somatic, thematic, future-oriented and potentiation — TRG integrates contributions from affective neuroscience, body-based psychotherapy and energy psychology to reorganise dysfunctional emotional patterns, reactivate internal resources and facilitate processes of deep transformation (Oliveira et al., 2024; Pereira et al.,

2024). Although widely recognised for its effectiveness in the emotional field, clinical experience has revealed that its effects go beyond this layer, suggesting an influence across different levels of human experience.

Thus, the purpose of this article is to explore the body as a gateway to the multiple dimensions of being, articulating emotional education, the foundations of subtle anatomy and the contribution of TRG as a therapeutic technology capable of fostering processes of multidimensional integration. From this perspective, the body is understood as a living field — biological, energetic, symbolic and spiritual — within which movements of consciousness, healing and transformation are inscribed (Wilber, 2000; Schlitz et al., 2007; Pristed, 2019).

II. THE DIFFERENT DIMENSIONS OF THE BODY

1. THE PHYSICAL BODY AS A SENSITIVE UNIVERSE AND ITS BIOCHEMICAL FOUNDATIONS

Throughout the history of Western thought, the body has often been reduced to the condition of a biological machine — a mere support for the mind or an instrument to be disciplined by reason. This mechanistic view, inherited from the Cartesian paradigm, fragmented knowledge about the human being and promoted a split between body, emotion and consciousness (Foucault, 1979; Capra, 1996).

However, in recent decades, several contemporary currents — both within the sciences and in integrative therapeutic practices — have recovered a more expansive view of the body: not as an object, but as a subject, a living presence and an essential dimension of human experience. Bittencourt and Setenta (2005) affirm that “body and culture are intertwined, since it is in the body that the processes which transform information into communication are first organised.”

Based on the concept of corponectivity proposed by Rengel (2007), which understands the human being as an indivisible unity of body–mind–emotion–reason–sensation, this article advances the hypothesis that the body is, in its essence, a sensitive universe — a living field of perception and expression, in which emotions, memories, thoughts and energetic flows intertwine, composing an integral and dynamic human experience.

From this premise, it becomes possible to reflect on the importance of recognising ourselves through the lens of a holistic worldview, in which body and consciousness are not separate entities, but simultaneous expressions of the same vibrational reality. This perspective is not merely philosophical or spiritual; rather, it refers to a natural immanence, in which the human being is an active and integrated part of the universe they inhabit (Varela et al., 2017; Lipton, 2021).

Within the biochemical complexity of life, the body is the space where experience becomes most intimately embodied. In it, neurosensory and emotional processes intertwine, translating into cells, sensations and subtle movements — a living interface between mind, emotion and physical reality (Damasio, 2004; Fogel, 2009). Silva (2020, p. 24) offers profound reflections that resonate with the proposal of this work:

The body is culture itself. The body is nature itself. The body is the connection between orum, sky, and aye, earth. The body is where dance happens. Allowing the various definitions of the body to remain provisional and/or in movement enables us to perceive the body as constant knowledge — a complex system of subjectivity, objectivity and spirituality in reciprocal crossings of body and culture, manifesting their histories, memories and capacities to reshape their contexts.

It may be added that it is through the body that we express ourselves in the world — within it dwell and manifest our thoughts, feelings, attitudes and ways of being. The body reveals, rather than merely represents, who we are in essence (Gendlin, 1978).

The body that sustains us does not merely react to the environment: it feels it, interprets it and translates it into its own language — sometimes silent, sometimes symptomatic, but always endowed with meaning (Levine, 1997; van der Kolk, 2014). Silva (2020, p. 32) reinforces this point by stating:

Relationship with the world and connection with nature are principles of life. They act together, as a notion of constancy, constructions that set life in motion. Ancestry and nature outline the body as connected in the very fact of existence, in relation to the diversity that forms part of the construction of the body that feels the world. The body dances, intertwines in actions, joins together to remain alive. The forces of nature need to be connected to have life.

Contemporary science, especially in the fields of affective neuroscience, neuroplasticity and psychosomatics, indicates that emotional experiences are recorded in the body through neural circuits, muscular patterns, hormonal changes and

behavioural responses (Levine, 1997; Damasio, 2004; van der Kolk, 2015). From this perspective, the body can be understood as a system of implicit memory — a “living memory” — that stores not only events, but also deep affective structures (Fogel, 2009; Siegel, 2010).

This conception also resonates with ancestral knowledge systems and spiritual practices such as Yoga, Traditional Chinese Medicine, Shamanism, Healing practices and vibrational therapies, in which the body is recognised as a direct expression of the soul (Steiner, 2006; Pristed, 2019).

By understanding the body as a living and integrated universe, we open space for a new awareness of care, education and healing — not merely as external practices, but as inner movements of reconnection with the totality that we are.

The physical body, as the concrete expression of human existence, is formed by molecular structures organised into complex and interdependent systems. Hydrogen (H), carbon (C), nitrogen (N) and oxygen (O) are the four chemical elements that comprise approximately 96% of the mass of the human body (Alberts et al., 2010). These atoms form fundamental organic molecules — such as proteins, lipids, carbohydrates and nucleic acids — which sustain cellular life and physiological processes.

From a symbolic point of view, these four chemical elements bear a direct relationship to the four archetypal elements of nature — water, earth, fire and air — present in numerous philosophical, spiritual, religious and therapeutic traditions (Jung, 1964; Capra, 1996; Wilber, 2000). Water, a symbol of emotions and fluidity, corresponds to hydrogen and oxygen; earth, a symbol of stability and matter, corresponds to carbon; air, related to movement and respiration, is also associated with oxygen and nitrogen; and fire, the principle of energy and transformation, manifests itself in the metabolic and bioenergetic processes that occur in the human body.

This correlation is not merely metaphorical. It points to an integrative vision in which molecular biology and ancestral wisdom enter dialogue, revealing the body as a synthesis of nature in movement — a perspective explored by several authors (Capra, 1996; Goswami, 2000; Wilber, 2000). The human body is constituted by the same elements that form rivers, mountains, forests and stars. Such an understanding reinforces the idea that we are nature — perhaps the part most dissociated from it in contemporary culture, yet still profoundly rooted in its cycles, rhythms and substances.

The human physical body is therefore a dynamic and highly organised system: atoms bind to form molecules → molecules cluster to form cells → cells organise into tissues → tissues structure organs → organs compose systems → and systems integrate the organism. This chain of interrelations reveals a structure of increasing complexity, as well as an absolute interdependence among its parts — a characteristic feature of living systems (Capra, 1996).

Each cell of the body carries the memory of the whole. The atomic composition that forms bones, blood and neurons is the same as that which forms the elements of the Earth's crust and the atmosphere. From the perspective of modern physics, there is no absolute separation between matter and energy — everything vibrates at a certain frequency, and this vibration organises the matter we call the body (Capra, 1996; Goswami, 2000). This invites us to consider that, even in its apparent density, the body is also a field of condensed energy and biological intelligence.

The periodic table, which organises the known elements of matter, shows that the differences between materials in the universe derive from the number of protons and neutrons in the atoms that compose them. This seemingly technical principle reveals an essential key: the complexity of the material world arises from quantitative variations in universal basic structures. We are made of the same stardust — an idea reinforced by modern astrophysics (Tyson, 2017) and echoed in integrative views of the cosmos and the human being (Capra, 1996; Wilber, 2000).

In this way, to understand the physical body is to understand life in its biological, energetic and symbolic dimensions. The body is, at the same time, a field of biochemical forces and a sensitive temple, where the elements of nature come together to sustain human experience.

Thus, to comprehend the physical body is to recognise that material life and spiritual life are expressions of the same vital energy — a principle that leads us to the etheric dimension, where this force manifests as the matrix of human consciousness and vitality. As expressed in the Bantu tradition through the concept of Nkisi — “forces of nature” (Santos, 2008) — the body can be seen as a “temple of living forces”, in which matter is inhabited by spirit and form serves as an instrument of consciousness. This image reinforces the notion that the body is not merely a biological object, but also a living portal between the visible and the invisible, the physical and the spiritual, the earthly and the cosmic.

2. THE ETHERIC BODY AS A VITAL MATRIX

Modern scientific tradition, structured around empirical methods and material evidence, has not yet officially recognised the existence of the etheric body as a measurable entity. Nevertheless, several fields of knowledge — such as Ayurveda, Traditional Chinese Medicine, Anthroposophy, Spiritism, and contemporary approaches to quantum physics — offer complementary perspectives in which this subtle body is understood as an organising dimension of life: an energetic and vibrational matrix that sustains, vitalises and connects the physical body to the more subtle fields of consciousness (Ubaldi, 1996; Chopra, 2001; Powell, 2002; Steiner, 2006).

Also known as the “vital body” or “etheric double”, the etheric body functions as a dynamic bridge between the visible and the invisible, the biological and the energetic, and is responsible for the distribution of vital fluid — the organising energy of life — throughout the organism. In Anthroposophy, Rudolf Steiner describes this structure as the foundation of the processes of growth, regeneration and functional cohesion of the physical body (Steiner, 2006). In Ayurveda, it is associated with the element Akasha (ether), the most subtle of the five elements, related to space, sound and primordial vibration (Lad, 2001).

*Researcher Isis Pristed (2019), in proposing an energetic anatomy in her work *Paths between the Invisible and the Visible*, explains that the etheric body emerges even before the physical formation of the embryo, at the moment of conception, remaining interconnected with the physical body until death. According to her, this subtle body houses an extensive network of energetic centres and channels: seven main chakras, twenty-one secondary chakras, approximately fifty points of emission and reception, as well as eight etheric currents. This network functions as a communication system between consciousness and the multiple levels of existence, channelling energy and information between the visible world and non-physical fields.*

From a spiritualist perspective, authors such as Pietro Ubaldi (1996) and André Luiz (psychographed by Xavier, 2006) describe the etheric body as a link between spirit and matter, constituted by a subtle substance called the universal cosmic fluid — the raw material of creation, from which all living forms originate. It is within the etheric body that fluidic sensitivity is established, enabling the human being to perceive impressions from the environment, from other people and from the invisible dimensions that surround them (Ubaldi, 1996).

This understanding connects with the notion of vibrational interdependence, present in different ancestral wisdom traditions, integrative approaches and, more recently, in interpretations of quantum physics, which recognise energy as the fundamental basis of reality (Capra, 1996; Goswami, 2000; Chopra, 2001). Energy, in its purest state, is vibration — dynamic movement — and each being vibrates at a particular frequency that defines their interaction with the world and with others. Within this framework: (1) energy is the fundamental substance of the universe; (2) vibration is energy in motion; and (3) frequency is the stable pattern of that vibration, determining the quality of our connection with the universe.

The etheric body is therefore shaped by thoughts, intentions and emotions, functioning as a sensitive field for energetic registration and transmission. Every mental creation leaves a vibrational imprint in this field, affecting both health and environment. As Jacobson Trovão (2020) states, “Thought is a shaping force: it imprints upon the cosmic fluid the marks of our inner frequency, leaving traces in the places we pass through and in the people with whom we connect.”

In this context, the higher mind acts as an “energetic QR code”, decoding the vibration of the being and connecting it to corresponding frequencies within the cosmos. This reading is continuous — through it, we attract experiences and relationships that resonate with our vibrational field (Capra, 1996; Goswami, 2000).

Integrative medicine and contemporary neuroscience have increasingly corroborated these views. Research on human electromagnetic fields and psycho-emotional interactions has shown that affective and cognitive experiences alter the bioenergetic field, directly influencing cellular functioning, hormonal patterns and the organism’s self-regulation mechanisms (Capra, 1996; Goswami, 2000; Chopra, 2001).

Considering this, practices such as Reiki, Healing, meditation, dance therapy, conscious breathing and therapeutic touch have proved effective in strengthening, cleansing and harmonising the etheric body — promoting a vibrational realignment that supports integral health (Capra, 1996; Goswami, 2000; Chopra, 2001; Pristed, 2019).

By recognising the etheric body as a living matrix of incarnated consciousness — a subtle link between mind, emotion and physical reality (Wilber, 2000; Steiner, 2006) — we expand our understanding of health beyond the biological dimension. From this perspective, healing is not limited to the absence of symptoms, but manifests as a

process of vibrational realignment of the totality of the being — visible and invisible, physical and energetic, rational and intuitive.

And it is precisely because it is a field of registration and expression of affects that the etheric body connects directly with the emotional body, with which it shares impressions, memories and response patterns. Thus, the next dimension of our study invites us to immerse ourselves in the landscapes of feeling: the emotional body.

3. THE EMOTIONAL BODY AS A FIELD OF AFFECTS AND INNER TRANSFORMATION

If the physical body manifests the density of existence and the etheric body organises life through its vital vibration, it is within the emotional body that affects, emotional memories and relational patterns reside — shaping the way we exist in the world (Damasio, 2004; Siegel, 2010). This deeply subjective dimension is responsible for registering and processing the affective experiences that traverse life, whether pleasant or traumatic.

The emotional body, also known in some traditions as the astral body, functions as a vibrational field in which emotions circulate, accumulate and interact with other levels of the multidimensional structure of being. It is a body in constant movement, subject to oscillations of desire, fear, joy, anger, guilt and all the nuances that comprise human emotional life (Ubaldi, 1996; Wilber, 2000; Steiner, 2006).

This subtle layer is shaped both by immediate experiences and by deep emotional memories — often unconscious — structured from childhood or even earlier, as proposed by transgenerational and spiritual approaches (Jung, 1988). Psychosomatics, affective neuroscience and psychoanalysis have demonstrated that these memories do not reside solely in the mind, but are expressed in the body, forming response patterns that affect health, relationships and the way we interpret reality (Damasio, 2004; van der Kolk, 2015).

In this context, the Focusing approach, developed by Eugene Gendlin (1978), is particularly noteworthy. It proposes listening to an implicit bodily knowing — what he termed the felt sense. This is a process of gentle and progressive attention to the inner field, allowing emotions that are not yet fully named or understood to reveal their meanings through a subtle, pre-verbal and transformative bodily language. Rather than

interpreting or controlling emotions, Focusing invites presence with what is alive in the body, fostering organic insights and lasting change. In this sense, the emotional body is recognised not merely as reactive, but as a place of silent wisdom, where consciousness can flourish through compassionate presence and embodied listening.

As a field of interaction between the inner and outer worlds, the emotional body plays a fundamental role in the construction of identity, in how we perceive ourselves and how we relate to others. It carries not only our personal emotions, but also collective, familial and cultural imprints that influence our sensitivity and behaviour. “We are not only what we feel, but also what we have inherited to feel,” as the phenomenology of emotion might poetically suggest (Merleau-Ponty, 1994).

From this perspective, the emotional body is also a territory of healing. Deep listening to emotions, the restructuring of traumatic experiences and the welcoming of one’s own emotional shadows are possible paths towards reintegrating fragmented parts of the self. Therapeutic approaches such as TRG, Focusing, family constellations, body-based therapies, among others, recognise this field as essential in processes of psychological and spiritual transformation. As Gendlin (1996) affirms in his work on Focusing, emotions carry an intelligence of their own which, when listened to, leads to organic insights and lasting change.

In this sense, the emotional body can be understood as a mediating space between suffering and consciousness — between what we feel and what we are able to heal (Fosha, 2000; Siegel, 2010).

Considering the reflections above and contemporary studies exploring the interaction between emotion, body and energy (Fosha, 2000; Damasio, 2004; Siegel, 2010), the emotional body is understood as a sensitive field, permeable to external influences — the vibrations of environments, people and events. Thus, the cultivation of presence, conscious breathing and emotional self-observation becomes essential to keep this field clear, nourished and aligned. Emotions are not “errors” of the system, but living messages that reveal unmet needs, unintegrated wounds or deep desires of the soul.

As we can perceive from this integrative perspective, expanding awareness of the emotional body implies recognising that we are not merely reactive to what happens to us, but co-creators of the states we inhabit (Wilber, 2000; Steiner, 2006). This understanding invites a new emotional ethic — an inner ecology that welcomes,

transforms and liberates. When we take responsibility for our emotions, we recover the power to choose how we position ourselves in relation to life, breaking repetitive cycles of pain and cultivating states of greater presence, compassion and wholeness.

4. THE MENTAL BODY AS A DIMENSION OF SYNTHESIS AND INTEGRATION OF CONSCIOUSNESS

“The expression of the heart protects and reverberates infinitely.” — Isis Pristed (2019, p. 54)

The mental body represents a more subtle and structuring dimension of human energetic anatomy, responsible for the organisation of thoughts, beliefs, mental images and cognitive patterns that shape how we perceive and interpret reality. According to Pristed (2019), it is a vibrational field that interacts simultaneously with the emotional contents of the astral body and with higher levels of consciousness, including intuition, symbolic vision and expanded states of spirituality. This understanding suggests that the mental body functions as a matrix of coherence between thought, emotion and higher consciousness.

Isis Pristed (2019) describes the mental body as a field of energetic circulation that manifests predominantly around the head, also radiating towards the solar plexus and the heart chakra. The author uses the metaphor of the “mirrored lake” to represent the centre of the head — a symbolic space in which information from multiple dimensions of consciousness is reflected. This image evokes the integration between logical thought, associated with the pituitary gland, and intuitive thought, related to the pineal gland, revealing a non-dual intelligence that synthesises reason and intuition in a single movement of consciousness.

From the perspective of contemporary neuroscience, this view finds parallels in investigations into brain states associated with meditation, intuition and creativity. Research by Davidson et al. (2003) and Newberg and Waldman (2010) shows that contemplative practices promote functional and structural changes in areas such as the prefrontal cortex, the thalamus and the limbic system, fostering greater emotional self-regulation and cognitive clarity. Although still little understood by conventional science, the pineal gland has been associated, in spiritual traditions, with expanded states of perception — a movement interpreted by Dispenza (2017) as part of a process of spiritual neuroplasticity.

The pineal gland, traditionally understood as the “third eye”, is described by Pristed (2019) as a point of convergence between the visible and invisible dimensions of consciousness. For the author, the pineal functions as an antenna sensitive to light and subtle frequencies, playing an integrative role between the cerebral hemispheres and facilitating the reception and decoding of intuitive content. The energy of this centre dialogues with the “lake of mirrors” of the head, where reason and intuition meet to form an expanded vision of reality.

At the apex of this energetic structure lies the crown chakra, whose internal configuration mirrors the twelve subdivisions of the heart. This centre connects the individual to the Source — a higher principle of consciousness — not to deny earthly experience, but to illuminate it with meaning and orientation. According to Pristed (2019), this connection with the Source is profoundly singular and not subject to external dogmas; it arises from inner silence and the listening of one’s own spirituality.

In integrative psychology, particularly within the traditions of Psychosynthesis (Assagioli, 2008) and Transpersonal Psychology (Wilber, 2000), the mental body is understood as the domain in which identities, beliefs and inner images are constructed, guiding behaviours and meaning-making. It is a dynamic field that organises thoughts, processes memories and projects future possibilities. The quality of the mental images and beliefs structured in this field determines the vibrational tone that extends to the emotional and physical bodies, directly influencing lived experience.

Quantum physics, by describing reality as a set of probability fields, offers a conceptual background that allows the mental body to be understood as a space of the collapse of possibilities: it is in the mind that we interpret, choose and assign meaning. For Goswami (2000), consciousness is the basis of existence, suggesting that mental patterns directly shape lived experience — an argument consistent with the idea that the mental body influences the vibrational state of the being.

Pristed (2019) distinguishes emotion — a repetitive and dense energetic movement, often centred in the solar plexus — from feeling, understood as a subtle vibrational flow linked to growth and expansion through the heart. This distinction reinforces that the mental body does not oppose feeling; when aligned, it functions as a channel of affective refinement, transforming dense emotions into understanding, wisdom and presence. The heart, in this context, is described as the base of the “mental skeleton”, responsible for transmuting dense energies which, once refined, are expressed through the throat and discerned by the pineal gland. This view resonates

with studies from the HeartMath Institute (McCraty et al., 2015b), which identify the heart as a centre of intelligence that modulates mental processes, physiological coherence and emotional states.

Based on these reflections, the mental body can be understood as a space of synthesis of internal polarities — where logic meets intuition, where linear thought intertwines with symbolic vision, and where intellect opens itself to mystery. The health of this dimension depends on the quality of the thoughts we cultivate, the clarity of the intentions that guide consciousness, and the capacity to sustain states of silence, contemplation and inner listening.

Meditation, as highlighted by Pristed (2019), Davidson et al. (2003) and Newberg and Waldman (2010), is a fundamental instrument in this process. Beyond technique, it represents a conscious return to the Source — the luminous centre from which consciousness emanates. To meditate is to restore the integrity of the mental body, attuning it to elevated frequencies of wisdom, presence and inner vision.

Thus, the mental body reveals itself not merely as a field of thoughts, but as a living bridge between the visible and the invisible, between the known and the mystery. By caring for our inner images, the beliefs we structure and the quality of the mental energy we cultivate, we trigger a profound vibrational reorganisation — a process that propels the journey of self-knowledge, the evolution of the being and spiritual expansion.

5. THE SPIRITUAL BODY – INTEGRATION WITH THE SOURCE AND THE UNIFIED FIELD OF CONSCIOUSNESS

The spiritual dimension of the human being constitutes the most subtle, encompassing and silent field of existential experience. It is an instance that transcends beliefs, religious affiliations or dogmatic structures, manifesting as a state of expanded presence, vibrational alignment and integration with what many traditions call the Source. In this approach, spirituality is understood as “the resonance of the divine of the Source and of nature within us” (Pristed, 2019, p. 70), a loving and silent intelligence that pulses at the core of being (Wilber, 2000).

In the spiritual body, energy is organised not through dense structures, but through vibrational patterns that resonate with the unified field of consciousness. Pristed (2019) describes this subtle frequency as a unique vibrational identity — perceived in the

systems of the aura, the blood, the bones and the cells. This perspective dialogues with authors such as Goswami (2000), Laszlo (2004) and Capra (2006), who affirm that matter is, ultimately, energy in vibration and information in flow. Thus, the spiritual body acts as an organising matrix of the denser bodies, guiding vital movement according to a non-linear and deeply integrative logic.

In healing practice, this spiritual dimension is accessed through deep listening, silence and meditation, in a movement of surrender to one's own essence. Meditation acts as an instrument of attunement between the individual's energetic field and their higher individuality, facilitating the reintegration of inner fragments and alignment with the Source (Pristed, 2019). This subtle listening occurs primarily through centring in the heart chakra — the point of balance of human polarities and a portal to the spiritual dimension.

These understandings are supported by contemplative neuroscience, which demonstrates how meditative states activate brain circuits associated with compassion, wellbeing and a sense of unity (Davidson & Begley, 2012; McCraty et al., 2015a). Thus, the spiritual body is not merely a metaphysical notion, but a field of bioenergetic and psycho-emotional influence that interacts intensely with the other bodies of the human structure.

From an integrative perspective, spirituality reveals itself as the foundation of expanded health. The relationship with the Source, the centrality of the heart as an axis of balance, and contact with individuality — a subtle instance situated above the head — constitute essential pillars of this dimension (Pristed, 2019). These pillars not only sustain processes of deep healing, but also guide the human being to live in a more grounded, sensitive and aligned way with the intrinsic movement of existence itself (Wilber, 2000; Assagioli, 2008).

By recognising that “each person's energy is sovereign and must follow the intrinsic movement of being, with its particularities, its integrity and its inner authority” (Pristed, 2019, p. 70), this perspective invites an embodied spirituality — lived in the body, in relationships and in everyday life. In a world marked by fragmentation, informational overload and inner disconnection, reconnection with the spiritual body emerges as a fundamental gesture of remembrance and healing.

Spirituality, in this sense, is not an end, but a field of integration: it unites the visible and the invisible, the physical and the non-physical, the self and the cosmos. It is within

this field that the true quantum leap of consciousness occurs — recognising oneself as part of a living, pulsating and interconnected universe, in which each being vibrates as a singular note contributing to the harmony of the whole. Thus, the spiritual body constitutes a central dimension in the journey of self-knowledge, the evolution of being and spiritual expansion.

III. TRG AS A TECHNOLOGY FOR THE MULTIDIMENSIONAL INTEGRATION OF THE BODIES

TRG is commonly understood as an approach focused on emotional reorganisation. Existing studies mainly describe its action on deep layers of emotional and bodily memory, structured through five protocols — chronological, somatic, thematic, future-oriented and potentiation (Oliveira et al., 2024; Pereira et al., 2024). The reflection developed in this article, however, considers that processes of emotional reorganisation frequently dialogue with physical, energetic, cognitive and spiritual layers of the being. Within this horizon, it becomes possible to suggest that interventions such as TRG — although formulated within the emotional domain — may, in certain clinical contexts and from an integrative perspective, reverberate across other dimensions of human experience, opening space to understand it as a therapeutic technology whose reach may traverse multiple levels of experience.

Emotional education — understood as a continuous process of affective literacy, inner listening and reconciliation between emotional states — constitutes a pillar of integral health and psychological maturity. In a time marked by chronic stress, affective vulnerability and growing inner disconnection, practices that foster self-regulation and reconnection with feeling become especially relevant (Damasio, 2004; Siegel, 2010). Within this context, TRG finds meaningful ground for application: although widely recognised for its effectiveness in the emotional domain, some clinical descriptions and theoretical reflections suggest that the emotional reorganisation promoted by the technique may articulate with broader movements of body, energy, mind and consciousness. This hypothesis — here considered from an exploratory perspective — opens space to situate TRG as a practice with potential multidimensional effects, whose understanding still requires systematic investigation.

Within this framework, the five TRG protocols — chronological, somatic, thematic, future-oriented and potentiation — may be understood as distinct pathways for the

reorganisation of memory, body and energy. Each appears to act upon specific densities of being: the somatic protocol tending to address information inscribed in the physical body; the chronological and thematic protocols facilitating the restructuring of emotional patterns and internal narratives; the future protocol suggesting a more direct impact on the mental and intentional field; and the potentiation protocol opening space for more subtle levels of presence, coherence and perception, often associated with experiences of a spiritual nature. Although these interpretations remain within the domain of theoretical possibilities, they may be taken as interpretative hypotheses that delineate a fertile horizon for thinking about TRG beyond its initial framework, articulating it with models that recognise the multidimensional complexity of human experience.

From a neurobiological perspective, although authors such as Damasio (2004) and Siegel (2009) do not address TRG, their contributions on neuroplasticity, mind–body integration and affective reorganisation offer a useful theoretical framework for understanding how emotional reprocessing processes — similar to those mobilised by TRG — may favour the creation of new neural connections and the emergence of more adaptive responses. Similarly, Porges' (2011) polyvagal theory, although not referring to the technique, helps contextualise how interventions that promote inner safety and self-regulation may impact the autonomic nervous system, expanding relational capacity and supporting states of greater physiological balance. This set of perspectives does not explain TRG, but provides a conceptual horizon that helps situate, in an exploratory way, some of the clinical phenomena observed in emotional reprocessing practices.

Regarding energetic dimensions, works such as that of Pristed (2019), dedicated to understanding subtle fields and the vibrational organisation of the body, do not describe TRG, but offer useful references for interpreting certain clinical reports in which clients mention sensations of relief, “cleansing” or increased energetic circulation following emotional reprocessing. From this framework, it becomes possible to consider — still at a conceptual level — that interventions such as TRG may, in some cases, mobilise densified contents and favour subjective states of greater vibrational coherence. This remains a theoretical possibility, open to dialogue between clinical practice, experience and future research.

At the emotional level, TRG exerts some of its most evident effects: it reorganises affective patterns, restructures deep impressions and restores to the individual the capacity to feel with presence, without collapse or dissociation. Repressed or frozen emotions become accessible and integrable, fostering states of greater clarity, lightness

and inner freedom. Recent studies point to significant remission of symptoms such as anxiety, depression, phobias, low self-esteem and suicidal ideation after consistent cycles of sessions (Oliveira et al., 2024).

At the mental level, some clinical reports indicate that processes of inner clarification and cognitive reorganisation may emerge throughout therapeutic work with TRG. These movements, when observed, conceptually dialogue with perspectives such as those of Wilber (2000) and Steiner (2006), which discuss the integration between reason, intuition and broader layers of consciousness. Although these authors do not refer to TRG, their proposals offer a fertile interpretative horizon for thinking about how certain therapeutic practices — by promoting greater emotional and sensory coherence — may open space for broader cognitive reorganisations. Thus, the articulation between these references functions here as theoretical support for understanding subjective transformations described in some clinical processes, without implying direct correspondence between the approaches.

Finally, regarding the spiritual body, different integrative approaches suggest that when the physical, emotional and mental dimensions reorganise more harmoniously, states of silent presence, intuitive expansion and deepening of existential meaning may emerge. Such experiences, described by authors such as Wilber (2000) and Pristed (2019) in their reflections on unity, consciousness and inner orientation, offer a useful reference for considering how therapeutic processes that promote internal coherence may create conditions for subjective experiences of this nature. From this perspective, spirituality is not understood as an escape from the world, but as a deepening of self-experience — a refinement of inner listening that enables access to subtler meanings and to a mode of consciousness perceived as being in dialogue with less visible dimensions of human experience.

It is within this horizon that TRG may be situated: not as a guarantee of spiritual effects, but as a clinical practice which, by favouring emotional, cognitive and energetic reorganisations, may create inner conditions for experiences of greater integration and meaning to become possible. This reading remains within the field of interpretative hypotheses, aligned with models that understand the human being as a multidimensional tapestry and recognise the complexity of the subjective processes involved in therapeutic transformation. From this perspective, TRG presents itself as a potential pathway for reconnecting with essence — a gesture of return to that which, in each person, remains silent, deep and alive.

Thus, TRG may be understood not only as a clinical methodology, but as a potential pathway of multidimensional integration. It is a therapeutic technology that, by acting simultaneously on processes of memory, body, energy and consciousness, may contribute to the individual's recovery of a more coherent vital rhythm — biological, emotional, mental and spiritual — opening space for modes of existence lived with greater authenticity, presence and depth.

This understanding reinforces the central thesis of this article: integral care requires recognising the human being as a living totality — a field of forces, memories, energy and consciousness in constant movement. From this perspective, interventions such as TRG may be considered possible pathways for fostering a reconnection with this inner unity, insofar as they articulate emotional, bodily, cognitive and energetic processes within a single dynamic of reorganisation.

From this expanded perspective, it becomes possible to conceive TRG as a therapeutic technology with multidimensional potential, capable of dialoguing with different layers of existence — body, emotion, mind, energy and spirituality — and of articulating them, in certain contexts, within an integrated movement of inner transformation. TRG may be interpreted as the embodiment of this sensorial–conceptual gesture that thinks with the body and reorganises through consciousness, revealing, in the very act of feeling, a pathway of openness and change. As Silva (2020, p. 17) states, “Nothing that is written, spoken, danced or experienced is distant from or dissociated from sensori-motor experiences and conceptual elaborations together. It is a sensorial–conceptual act, the living of the concept in the body.” In light of this reflection, TRG may be seen as an expression of this same principle: a process in which feeling, understanding and integrating cease to operate as separate spheres and become a continuous movement of presence, coherence and maturation of being — a movement that broadens the horizon for thinking about integral care and the profound dimensions of human development.

IV. FINAL CONSIDERATIONS

The analysis proposed in this article has shown that understanding the human being from a multidimensional perspective — involving physical, etheric, emotional, mental and spiritual dimensions — significantly broadens the field of reflection on integral care. Such an approach allows for the integration of contributions from neuroscience,

integrative psychology and epistemologies of the sensitive, offering a more comprehensive framework for thinking about health, subjectivity and human development.

Within this context, Generative Reprocessing Therapy (TRG) was analysed as a clinical approach which, although traditionally situated within the emotional field, presents potential for fostering internal reorganisations that dialogue with different layers of human experience. The available scientific literature, combined with clinical observations discussed in this work, suggests that TRG may contribute to integrative processes involving body, emotion, cognition, energy and existential meaning — without, however, assuming universal effects or definitive conclusions. This is a promising field that requires ongoing and methodologically robust empirical investigation.

In summary, this article sought to demonstrate that therapeutic practices which value the body as a place of expression and transformation can play a relevant role in emotional education and health care. Recognising the human being as a dynamic totality implies considering not only symptoms and functions, but also experiences, meanings and processes of internal integration.

It is hoped that this reflection will contribute to expanding dialogue between science, clinical practice and integrative approaches, fostering a more complex and humanised understanding of healing and development processes.

May this body-writing serve as a gesture of openness.

Like one who dances with life, knowing that to dance is to listen.

Like one who walks with the invisible, sensing that something greater also walks with us.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/REFERENCES

Alberts, B., Johnson, A., Lewis, J., Raff, M., Roberts, K., & Walter, P. (2010). *Biologia molecular da célula* (5.^a ed.). Artmed.

Assagioli, R. (2008). *Psychosynthesis: A psychology of the spirit*. Theosophical Publishing House.

Bittencourt, L., & Setenta, J. (2005). *Corpo e cultura: Linguagens e sentidos*. EDUFBA.

- Capra, F. (1996). *O ponto de mutação: A ciência, a sociedade e a cultura emergente*. Cultrix.
- Capra, F. (2006). *A teia da vida: Uma nova compreensão científica dos sistemas vivos* (11.^a ed.). Cultrix.
- Chopra, D. (2001). *Saúde perfeita: A cura pela medicina ayurvédica*. Rocco.
- Damásio, A. R. (1994). *Descartes' error: Emotion, reason and the human brain*. Putnam.
- Damásio, A. R. (2004). *Em busca de Espinosa: Prazer e dor na ciência dos sentimentos*. Companhia das Letras.
- Davidson, R. J., & Begley, S. (2012). *The emotional life of your brain*. Hudson Street Press.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564–570. <https://doi.org/10.1097/01.PSY.0000077505.67574.E3>
- Dispenza, J. (2017). *Breaking the habit of being yourself: How to lose your mind and create a new one*. Hay House.
- Fogel, A. (2009). *Body sense: The science and practice of embodied self-awareness*. W. W. Norton & Company.
- Fosha, D. (2000). *The transforming power of affect: A model for accelerated change*. Basic Books.
- Foucault, M. (1979). *Vigiar e punir: Nascimento da prisão*. Vozes.
- Gendlin, E. T. (1978). *Focusing: How to gain direct access to your body's knowledge*. Bantam Books.
- Gendlin, E. T. (1996). *Focusing-oriented psychotherapy: A manual of the experiential method*. Guilford Press.
- Goswami, A. (2000). *O universo autoconsciente: Como a consciência cria o mundo material*. Cultrix.
- Immordino-Yang, M. H. (2015). *Emotions, learning, and the brain: Exploring the educational implications of affective neuroscience*. W. W. Norton & Company.

Josipovic, Z. (2020). Nondual awareness and minimal phenomenal experience. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 2087. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02087>

Jung, C. G. (1964). *O homem e seus símbolos*. Nova Fronteira.

Jung, C. G. (1988). *Aion: Estudos sobre o simbolismo do si-mesmo*. Vozes.

Lad, V. (2001). *Ayurveda: The science of self-healing*. Lotus Press.

Laszlo, E. (2004). *Science and the Akashic field: An integral theory of everything*. Inner Traditions.

Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. North Atlantic Books.

Lipton, B. (2021). *The biology of belief: Unleashing the power of consciousness, matter & miracles* (Revised. ed.). Hay House.

McCraty, R., Atkinson, M., & Bradley, R. T. (2015a). *Science of the heart* (2nd ed.). HeartMath Institute.

McCraty, R., Atkinson, M., Tomasino, D., & Bradley, R. T. (2015b). *The coherent heart: Heart-brain interactions, psychophysiological coherence, and emerging areas of intuition research*. HeartMath Institute.

Merleau-Ponty, M. (1994). *Fenomenologia da percepção*. Martins Fontes.

Newberg, A., & Waldman, M. R. (2010). *How God changes your brain*. Ballantine Books.

Oliveira, S. R. L., Lima-Verde, J. B., & Santos, J. S. (2024). A Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Uma abordagem natural e adaptativa para o tratamento em saúde mental. *Mentalis*, 1(1), 1–27.

Pereira, A. G., Lima-Verde, J. B., & dos Santos, J. S. (2024). Exploring fibromyalgia: Insights from generative reprocessing therapy (TRG) for a comprehensive understanding of treatment and management. *Journal of Neurology & Stroke*, 14(1), 12–15. <https://doi.org/10.15406/jnsk.2024.14.00573>

Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.

Powell, A. E. (2002). *The etheric double*. Quest Books.

Priested, I. (2019). *Caminhos entre o invisível e o visível: O pequeno livro do healing* (1.^a ed.). Logos Centro Internacional de Desenvolvimento Humano.

- Rengel, L. P. (2007). *Corponectividade: Comunicação por procedimento metafórico nas mídias e na educação* [Tese de doutoramento, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo]. <https://tede2.pucsp.br/handle/4933>
- Santos, A. J. G. (2008). *Terreiro Mokambo: Espaço de aprendizagem e memória do legado banto no Brasil*. Dissertação de mestrado, Universidade do Estado da Bahia.
- Schlitz, M. M., Vieten, C., & Amorok, T. (2007). *Living deeply: The art and science of transformation in everyday life*. New Harbinger Publications.
- Schore, A. N. (2019). *Right brain psychotherapy*. W. W. Norton.
- Siegel, D. J. (2009). *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being*. W. W. Norton & Company.
- Siegel, D. J. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mindsight and neural integration*. W. W. Norton & Company.
- Silva, B. de J. (2020). *Opaxorô, Ofá e Oxê: Legado, narrativas de danças de Mestre King e Jorge Silva* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia].
- Steiner, R. (2006). *Theosophy: An introduction to the supersensible knowledge of the world and the destination of man* (Reprint ed.). Anthroposophic Press.
- Tyson, N. D. (2017). *Astrofísica para apressados*. Planeta do Brasil.
- Trovão, J. S. (2020). *Estudando "O Livro dos Médiuns" — Pensamento e mediunidade* [Vídeo]. YouTube. Abre o vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=eZwV8grbNBY>
- Ubaldi, P. (1996). *A grande síntese*. Pensamento.
- Van der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the healing of trauma*. Viking.
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, E. (2017). *The embodied mind: Cognitive science and human experience* (Revised ed.). MIT Press.
- Wilber, K. (2000). *A theory of everything: An integral vision for business, politics, science and spirituality*. Shambhala.
- Xavier, F. C. (2006). *Entre a terra e o céu* (Espírito André Luiz). Federação Espírita Brasileira.
- Santos, R. P. *Corpo-universo e Terapia de Reprocessamento Generativo: Caminhos para a Integração Multidimensional do Ser Humano*. *Mentalis*, 2(4), 77-118, 2025. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.27>

INTERVENÇÃO PELA TERAPIA DE REPROCESSAMENTO GENERATIVO NA IDEAÇÃO SUICIDA INFANTIL ASSOCIADA A *BULLYING* E ABUSO SEXUAL

Ana Cristina da Silva¹, Charles Dias de Santana², Jair Soares dos Santos² e Juliana
Bezerra Lima-Verde²

¹Terapeuta TRG independente

²Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas

Email para correspondência: cristinaeeverton19@gmail.com

RESUMO

O suicídio infantil representa grave problema de saúde pública, frequentemente associado a fatores como bullying e abuso sexual. Este estudo de caso descreve a aplicação da Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) no tratamento de criança de 9 anos com ideação suicida, comportamentos autolesivos e heteroagressivos decorrentes de bullying escolar e abuso sexual perpetrado por colega. O paciente apresentava diagnósticos prévios de TDAH, TOD, dislexia e transtorno de ansiedade, em uso de metilfenidato e fluoxetina, com histórico de duas tentativas de suicídio e agressões físicas à genitora. O processo terapêutico estruturou-se nos cinco protocolos da TRG adaptados mediante recursos lúdicos, utilizando-se metáfora de baú com canetas coloridas representando traumas a serem reprocessados e Escala de Intensidade Emocional para mensuração do progresso. Em oito sessões, observou-se remissão completa da ideação suicida e comportamentos autolesivos, desmame medicamentoso supervisionado, melhora nas relações familiares e desempenho acadêmico. Os resultados evidenciam a efetividade da TRG adaptada no tratamento de traumas complexos infantis, constituindo o primeiro caso clínico publicado desta abordagem em população pediátrica. Ressalta-se a necessidade de estudos adicionais para validação sistemática da efetividade da TRG em crianças com ideação suicida.

Palavras-chave: suicídio infantil; bullying; abuso sexual; reprocessamento; generativo.

I. INTRODUÇÃO

O suicídio representa um grave problema de saúde pública que atinge todas as faixas etárias e é ocasionado por aspectos psicológicos, sociais, econômicos, biológicos e culturais (Kölves & De Leo, 2016;2017). Na infância, apesar de apresentar estatísticas baixas no mundo quando comparadas a outras faixas etárias, esse número tem aumentado e chama atenção por ser um evento trágico que rompe com o paradigma de sonhos e alegrias que deveriam fazer parte da vida dessas crianças, além de acarretar problemas na economia do país, vista a redução de futuros adultos jovens economicamente ativos (Weller et al., 2001).

Estudo epidemiológico conduzido em 101 países, no período entre 2000 e 2009, constatou que 14,7% dos suicídios ocorreram em crianças na faixa etária entre 10 e 14 anos, dos quais 74% morreram por enforcamento e 13% por arma de fogo (Kölves & De Leo, 2015). No Brasil, o Ministério da Saúde mostra que, de 2002 a 2012, o número de suicídios entre crianças e adolescentes de 10 a 14 anos aumentou 40%. As prevalências de suicídio em crianças e adolescentes no Brasil evoluíram, entre os anos 2000 e 2010, de 0,9 a 1,1 por 100.000 crianças e adolescentes, situando o país na 60ª posição de um total de 98 analisados (UNICEF, 2011). Nesse cenário, existem limitações e desafios na prevalência de suicídio em crianças: subnotificação das mortes por suicídio devido à dificuldade ou erro em classificá-las como tais ou registrá-las como acidentais ou por causas indeterminadas, a junção das estatísticas de suicídio na faixa etária de 10 a 19 anos, que compreende períodos de desenvolvimento e de acontecimentos distintos e o tabu em torno do suicídio, em que se acredita na crença de que a criança, devido à sua imaturidade cognitiva, não se envolve em atos suicidas (Pfeffer, 1997; Dervic et al., 2008).

Pesquisas sugerem que a limitada aptidão das crianças e pré-adolescentes para a resolução de problemas pode aumentar o risco de suicídio devido à falta de estratégias adaptativas em situações de estresse. A ideação suicida ocorre com mais frequência na idade escolar e na adolescência, porém as tentativas são mais raras em crianças devido à dificuldade de encontrar meios letais para executar o ato e por terem ainda uma imaturidade cognitiva. No entanto, com o aumento da idade, o desejo de morte pode crescer, acarretando maiores chances de ocorrer o suicídio na adolescência. Dentre os

motivos que podem causar o suicídio em crianças encontram-se: discussão com os pais, problemas escolares como *bullying*, abuso sexual, perdas de entes queridos e mudanças significativas na família (Weller et al., 2001; Barrio, 2007).

Na infância e adolescência, as pessoas se deparam com inúmeras situações positivas e negativas no contexto escolar que, na maioria das vezes, são lembranças que perduram uma vida toda. É nessas fases que as crianças adquirem experiências que auxiliarão na construção de sua personalidade, ocorrendo a interação com o outro, a iniciação de grupos e a construção de vínculos de amizades. No entanto, também podem ocorrer comportamentos como o *bullying* que fazem com que a criança fique estressada, com autoestima baixa e com problemas na sua autoimagem (Amorim, 2023).

A etimologia do vocábulo *bullying* remonta suas origens contemporâneas ao século XIX, como derivado do termo *bully*, significando pessoa que usa força ou influência para intimidar alguém mais fraco, tendo como sinônimos os vocábulos: intimidador, tirano, opressor, perseguidor, entre outros (Machado-Junior, 2016). A partir da reflexão de Alencar (2018), é possível destacar características essenciais para classificação de práticas de violência como *bullying*: é necessário que haja uma conduta recorrente por parte do agressor(es) em relação à vítima(s), violenta e desproporcional, orientada por uma relação de desigualdade que pode se dar pela diferença de idade, por compleição física, desenvolvimento emocional e pelo maior apoio de outras pessoas envolvidos no episódio. Quando há violência física ou psicológica, a Lei nº 13.185/2015 no Brasil oferece um rol de ações que podem ser caracterizadas como *bullying*, tais como atos de intimidação, humilhação, discriminação, ataques físicos e insultos pessoais.

Em relação ao espaço físico onde podem ocorrer os atos de *bullying*, o ambiente mais preocupante é o escolar, uma vez que as crianças e os adolescentes ainda não possuem a personalidade formada, não possuindo amadurecimento suficiente para lidarem com as consequências do *bullying* (Pereira, 2009). O autor esclarece, com base no seu referencial teórico, que as vítimas de *bullying* podem apresentar comportamentos mentais obsessivos relacionados a fracasso, abandono, inadequação social e incapacidade de lidar com situações conflituosas, e que, como consequência, as ações das vítimas podem variar nos extremos entre o suicídio e a vingança. Daud (2018) aborda a questão do suicídio como um fenômeno diretamente relacionado à prática de

bullying, uma vez que a vítima pode não suportar a situação na qual está submetida e tirar a própria vida.

O perfil da criança vítima de *bullying* segue um padrão: as vítimas possuem um comportamento social inibido, passivo ou submisso, demonstrando vulnerabilidade, vergonha, medo e uma autoestima muito baixa. As consequências que a baixa autoestima seguida de *bullying* pode produzir são imensuráveis. Os alunos que sofrem de baixa autoestima e que constantemente sofrem *bullying* dentro da escola podem manifestar comportamentos inesperados como agir com violência para consigo mesmo e para com os outros. As vítimas do *bullying* procuram no suicídio uma forma de se livrar da sua dor e, com isso, utilizam meios como mutilar o próprio corpo ou utilizar formas mais letais como morte por enforcamento, uso de armas de fogo, uso abusivo de medicamentos, dentre outros meios que levam à morte (Middelton-Moz & Zawadski, 2007).

Somado ao *bullying*, o abuso sexual na infância representa outro fator traumático de extrema gravidade que pode contribuir para a ideação suicida e comportamentos autolesivos em crianças. A exposição a situações de violência sexual, especialmente quando perpetradas por pessoas próximas ou no ambiente escolar, potencializa os danos psicológicos e pode levar a quadros de estresse pós-traumático, dissociação, vergonha, culpa e profundo sofrimento emocional. A combinação de *bullying* e abuso sexual configura um cenário de múltiplas vitimizações que amplifica significativamente o risco de desfechos trágicos, exigindo intervenções terapêuticas especializadas e sensíveis à complexidade traumática vivenciada pela criança (Silva & Dullius, 2023).

Diante deste cenário, a Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) emerge como uma abordagem terapêutica promissora para o tratamento de traumas complexos na infância, incluindo aqueles decorrentes de *bullying* e abuso sexual (Santos & Lima-Verde, 2023a,b). A TRG utiliza protocolos específicos de evocação e reprocessamento de memórias traumáticas, possibilitando que crianças e adolescentes enfrentem suas experiências dolorosas e desenvolvam recursos emocionais adaptativos. Através de seus cinco protocolos (cronológico, somático, temático, futuro e potencialização), a TRG oferece um caminho estruturado para o processamento de eventos traumáticos, favorecendo a redução de sintomas de estresse pós-traumático, ideação suicida e comportamentos autolesivos. Em crianças, os protocolos da TRG são adaptados consoante a realidade de cada uma, favorecendo a conexão entre terapeuta e paciente

e o reprocessamento moldado a cada situação (Santos & Lima-Verde, 2024; Oliveira et al., 2024).

O objetivo deste relato de caso é apresentar a aplicação da TRG no tratamento de uma criança que desenvolveu pensamentos suicidas e comportamentos autolesivos após vivenciar *bullying* e abuso sexual no ambiente escolar, demonstrando a eficácia desta abordagem terapêutica no reprocessamento de traumas complexos na infância e na promoção de recursos psicológicos para enfrentamento de situações adversas.

II. METODOLOGIA

1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de caso clínico descritivo de abordagem predominantemente qualitativa, que tem como objetivo analisar o processo terapêutico de uma criança com histórico de tentativas de suicídio utilizando a TRG.

2. PARTICIPANTE

O participante do estudo é uma criança do sexo masculino, nove anos de idade, encaminhada para atendimento com TRG com histórico de comportamentos autolesivos, agressividade e duas tentativas de suicídio.

3. HISTÓRICO CLÍNICO

A criança apresentou os primeiros sintomas aos quatro anos de idade, caracterizados por quadro de agitação psicomotora. O histórico clínico inclui:

- **Diagnósticos prévios:** Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), Transtorno Opositor Desafiador (TOD), Dislexia e Transtorno de Ansiedade.
- **Terapêutica farmacológica:** cloridrato de metilfenidato e cloridrato de fluoxetina.
- **Comportamentos de risco:** duas tentativas de suicídio (com faca e corda no pescoço), manipulação de objetos perigosos durante brincadeiras.
- **Heteroagressividade:** episódios de agressão física à mãe (incluindo tentativa de estrangulamento e ameaça com faca), comportamento destrutivo em casa quando contrariado.
- **Traumas documentados:** *bullying* escolar, abuso sexual perpetrado por outra criança no ambiente escolar e rejeição paterna.

- **Dinâmica familiar:** rejeição paterna verbalizada (pai expressou preferência pela filha do segundo casamento), desejo expresso pela criança de pertencer ao sexo feminino como estratégia para obter melhor tratamento familiar.
- **Sintomas fóbicos:** medo de avião e de quedas de altura.
- **Processos emocionais:** raiva intensa direcionada às figuras paterna e materna.

4. ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Os responsáveis legais pela criança foram informados sobre os objetivos do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A criança foi consultada sobre sua participação através de Termo de Assentimento adequado à sua faixa etária. Todos os dados foram tratados com sigilo absoluto, garantindo-se o anonimato do participante.

5. COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados através de:

- **Anamnese detalhada:** com a responsável legal.
- **Sessões de atendimento em saúde mental:** utilizando unicamente a TRG como abordagem terapêutica.
- **Registros clínicos das sessões:** incluindo observações comportamentais, relatos verbais e respostas aos protocolos aplicados.
- **Acompanhamento longitudinal do caso:** ao longo dos meses subsequentes.

6. PROCESSO TERAPÊUTICO

O atendimento foi estruturado com base nos cinco protocolos fundamentais da TRG, os quais foram adaptados às especificidades desenvolvimentais e à faixa etária do paciente mediante a utilização de recursos lúdicos e linguagem adequada ao universo infantil. As modificações metodológicas implementadas preservaram os objetivos terapêuticos de cada protocolo, conforme descrito por Pereira et al. (2023):

- **Protocolo Cronológico:** procedeu-se ao reprocessamento de memórias traumáticas seguindo ordenação temporal, com emprego de técnicas lúdicas de narrativa e representação simbólica por meio de desenhos, brinquedos e jogos que facilitassem a evocação e a representação dos eventos vivenciados.

- **Protocolo Somático:** realizou-se o trabalho com sensações corporais e manifestações psicossomáticas por intermédio de atividades que promovessem a consciência corporal adaptada à criança, incluindo técnicas expressivas e exercícios de identificação de sensações físicas vinculadas às experiências traumáticas.
- **Protocolo Temático:** efetivou-se a abordagem de temas específicos (rejeição paterna, abuso sexual, violência contra a mãe e traumas escolares) mediante estratégias lúdicas que possibilitassem a elaboração simbólica dos conteúdos traumáticos, respeitando o repertório cognitivo e emocional da criança.
- **Protocolo Futuro:** conduziu-se a projeção de expectativas e a construção de perspectivas adaptativas através de técnicas imaginativas e recursos criativos que permitissem ao paciente vislumbrar possibilidades futuras e desenvolver narrativas alternativas para sua trajetória de vida.
- **Protocolo de Potencialização:** implementou-se o fortalecimento de recursos internos e competências emocionais por meio de atividades lúdicas focadas no reconhecimento e desenvolvimento de habilidades adaptativas, promovendo o empoderamento infantil e a construção de autoeficácia.

7. INSTRUMENTOS

Para avaliação do processo terapêutico, foi utilizada a Escala de Intensidade Emocional (EIE), adaptada para a faixa etária infantil. A cada sessão e a cada tema abordado, a criança foi solicitada a atribuir uma nota de 0 a 10 para o desconforto emocional e físico experienciado ao pensar no trauma específico trabalhado, sendo 0 a ausência total de desconforto e 10 o pior desconforto possível. Esta escala permitiu:

- **Mensuração do nível de perturbação:** associado a cada memória traumática antes do reprocessamento.
- **Acompanhamento da evolução terapêutica:** através da comparação das pontuações ao longo das sessões.
- **Identificação de memórias-alvo prioritárias:** demandavam intervenção imediata.
- **Avaliação da efetividade dos protocolos da TRG:** na redução do sofrimento psíquico.

A aplicação da EIE foi realizada de forma lúdica e adaptada à capacidade de compreensão da criança, utilizando-se recursos visuais quando necessário para facilitar a expressão numérica do desconforto experienciado.

8. RECURSO LÚDICO DE ACOMPANHAMENTO

Como estratégia de visualização concreta do progresso terapêutico, foi utilizado um baú contendo canetas coloridas, cada uma representando simbolicamente um trauma a ser reprocessado. A cada trauma efetivamente reprocessado e com ausência do desconforto (EIE igual a 0), uma caneta era removida do baú pela criança. Este recurso teve como objetivos:

- **Tangibilizar o processo terapêutico:** tornando visível e concreto o progresso alcançado.
- **Aumentar a motivação e engajamento:** relação da criança no tratamento através da visualização das conquistas.
- **Proporcionar senso de controle e autonomia:** permitindo que a criança participasse ativamente do registro de sua própria evolução.
- **Estabelecer meta terapêutica clara:** o esvaziamento completo do baú como representação simbólica da resolução dos traumas.
- **Criar ritual de encerramento para cada memória reprocessada:** marcando simbolicamente a superação de cada experiência dolorosa.

A aplicação da EIE foi realizada de forma lúdica e adaptada à capacidade de compreensão da criança, garantindo que a mensuração do desconforto fosse acessível e significativa para sua faixa etária.

9. ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados de forma qualitativa através dos registros clínicos das sessões, observando-se a evolução dos sintomas comportamentais, o processo de reprocessamento das memórias traumáticas e as mudanças nos padrões emocionais e relacionais da criança ao longo do tratamento.

As pontuações da EIE foram organizadas de forma descritiva, comparando-se os valores iniciais e finais de desconforto para cada trauma reprocessado, permitindo visualizar a efetividade dos protocolos da TRG na redução do sofrimento psíquico. Os dados coletados foram submetidos a análise qualitativa de conteúdo temático, seguindo as etapas propostas por Bardin (2016), complementada por análise quantitativa descritiva das pontuações da EIE. Os registros clínicos das sessões foram organizados e categorizados segundo os seguintes eixos temáticos:

- **Evolução dos sintomas comportamentais:** heteroagressividade, comportamentos autodestrutivos, manejo da frustração.
- **Processos de reprocessamento traumático:** narrativas, reprocessamentos, mudanças no discurso sobre os eventos.
- **Dinâmica relacional:** vínculo terapêutico, relação com figuras parentais, interações sociais.
- **Construção identitária:** questões de gênero, autoconceito, autoimagem.
- **Recursos adaptativos:** estratégias de enfrentamento, regulação emocional, comportamentos pró-sociais.

A análise qualitativa buscou identificar padrões de resposta aos protocolos da TRG, mecanismos de mudança terapêutica e marcos significativos no processo de recuperação. No tocante à análise quantitativa, as pontuações da EIE tiveram como objetivo a identificação de traumas com maior resistência ao reprocessamento (que demandaram maior número de sessões) e a extinção gradativa dos mesmos. A análise integrada dos dados qualitativos e quantitativos permitiu uma compreensão abrangente da efetividade da TRG no tratamento do caso, considerando tanto a redução mensurável do sofrimento psíquico quanto as transformações subjetivas e comportamentais observadas no participante.

III. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos serão apresentados de forma sequencial, sessão a sessão, a fim de proporcionar melhor compreensão da evolução do quadro clínico, da efetividade das intervenções terapêuticas implementadas e da progressão do paciente ao longo do processo de reprocessamento das memórias traumáticas.

- **Primeira sessão:** realizou-se psicoeducação sobre o processo terapêutico, seguida de entrevista individual com a genitora para coleta de dados anamnésicos e compreensão do histórico desenvolvimental do paciente. Posteriormente, conduziu-se um momento em conjunto para estabelecimento de contrato terapêutico e acordos de confidencialidade. No atendimento individual nesta mesma sessão, o paciente apresentou comportamento caracterizado por timidez e inquietação psicomotora, demonstrando inibição comunicativa na presença materna no momento anterior a este.

- **Segunda sessão:** introduziu-se recurso metafórico representado por um baú contendo canetas coloridas, simbolizando o peso emocional das experiências traumáticas vivenciadas pelo paciente, onde cada caneta representava um evento traumático específico. Procedeu-se ao ensino da técnica de respiração diafragmática como estratégia de autorregulação emocional. Iniciou-se a aplicação do Protocolo Cronológico mediante evocação de memórias traumáticas, utilizando-se a EIE. O paciente reportou progressiva redução da carga emocional negativa até atingir nível zero de perturbação, momento em que foi simbolicamente retirada uma caneta do baú. Empregou-se também o cantar de músicas como recurso de conexão terapêutica e reforço positivo. Observou-se que o paciente apresentava conteúdos imaginativos de caráter irreal, os quais foram trabalhados terapeuticamente por representarem manifestações subjacentes de ansiedade e medo que requeriam elaboração.
- **Terceira sessão:** diante de dificuldades na aplicação do Protocolo Cronológico, possivelmente relacionadas à imprecisão na recordação temporal dos eventos, optou-se pela transição para o Protocolo Temático. Utilizaram-se temas identificados pela genitora e validados pelo paciente, resultando no reprocessamento bem-sucedido de cinco situações traumáticas distintas, todas alcançando nível zero de perturbação emocional (EIE). Manteve-se o uso do recurso metafórico do baú. Neste momento do processo terapêutico, a genitora relatou satisfação significativa com as mudanças comportamentais observadas no filho, incluindo redução de condutas agressivas e aumento de comportamentos pró-sociais e colaborativos no ambiente doméstico. O paciente relatou não sentir mais desejo de autolesão e suicídio.
- **Quarta sessão:** prosseguiu-se com a aplicação do Protocolo Temático, alcançando-se nível zero de perturbação emocional (EIE) em um tema adicional não abordado previamente. Dado o progresso terapêutico evidenciado, autorizou-se reforço positivo mediante pequena recompensa concedida pela genitora.
- **Quinta sessão:** manteve-se a utilização do Protocolo Temático, obtendo-se sucesso no reprocessamento de quatro temas distintos, todos atingindo nível zero de perturbação (EIE). O paciente verbalizou percepção subjetiva de redução de sentimentos hostis (ódio e raiva) e expressou vivência de proteção e amparo espiritual.
- **Sexta, sétima e oitava sessões:** realizou-se revisão sistemática de todos os conteúdos traumáticos previamente trabalhados para consolidação do reprocessamento. O paciente demonstrou manutenção dos ganhos terapêuticos, relatando estado subjetivo de bem-estar emocional. A genitora reportou mudanças comportamentais substanciais, incluindo desmame medicamentoso supervisionado de

cloridrato de metilfenidato e cloridrato de fluoxetina. Observou-se remissão significativa de sintomas ansiosos, estabelecimento de padrões relacionais adaptativos no contexto familiar (redução de agressividade, aumento de expressões afetivas e cooperação), além de melhora sensível no desempenho acadêmico.

Os resultados obtidos corroboram a literatura científica que identifica esses fatores como importantes precipitantes do comportamento suicida na infância, conforme documentado por diversos autores que apontam o bullying como uma das principais causas de morte por suicídio entre crianças e adolescentes (Kuczynski, 2014).

A gravidade do quadro inicial apresentado pelo paciente reflete os dados epidemiológicos alarmantes sobre suicídio infantil. Segundo a OMS (2025), o suicídio está classificado entre as três principais causas de morte no mundo, com crescente ocorrência entre crianças e adolescentes. Braga e Dell'aglio (2013) constataram que, entre indivíduos de 10 a 24 anos, constitui a segunda principal causa de morte, o que levou a OMS a considerar o suicídio como problema de saúde pública mundial. O caso aqui apresentado exemplifica essa realidade preocupante, especialmente considerando que já existem registros de óbitos por suicídio a partir dos cinco anos de idade (Osmarin, 2015).

A multiplicidade de fatores de risco identificados no paciente - *bullying* escolar, abuso sexual perpetrado por colega, conflitos familiares relacionados à rejeição paterna e questões de identidade de gênero - alinha-se à compreensão do suicídio como fenômeno multifatorial. Hawton et al. (2012) destacam que os fatores de risco em crianças e adolescentes incluem aspectos sociodemográficos, educacionais, eventos negativos da vida, condições ambientais e relações familiares adversas. Complementarmente, Shain (2016) pontua questões como isolamento, orientação sexual, histórico de violência, abuso físico ou sexual e *bullying*. Como salientam Mansur-Alves (2021), responsabilizar apenas um fator de risco não parece adequado, uma vez que o fenômeno deve ser compreendido considerando-se concomitantemente as diversas características biológicas, sociais e psicológicas.

Particularmente relevante no caso apresentado é a questão do *bullying* escolar, identificado como fator precipitante significativo. O *bullying*, definido como uso de força ou coerção para afetar negativamente aos demais, envolvendo desequilíbrio de poder e atos danosos voluntários e repetitivos (Kuczynski, 2014), mostrou-se devastador para

o paciente. Estudos de coorte encontraram associação significativa entre *bullying* e comportamento suicida, demonstrando que vítimas de intimidação apresentam maior susceptibilidade a impacto na saúde mental, baixa autoestima, isolamento social e sintomas depressivos. Na Noruega, 29% das crianças que morreram por suicídio haviam sido vítimas de *bullying* (Klomek et al., 2009), evidenciando a gravidade deste fenômeno.

O abuso sexual vivenciado pelo paciente constitui outro fator de risco de extrema gravidade. A presença de abuso físico, sexual e emocional esteve fortemente associada ao maior risco de suicídio na infância (Freuchen & Grøholt, 2015). Particularmente preocupante é o achado de Bruffaerts et al. (2010) em 21 países, que encontraram que as adversidades na infância estiveram mais associadas com a tentativa de suicídio nessa fase da vida do que na adolescência. Crianças entre 4 e 13 anos que sofreram abuso sexual tiveram 10 vezes mais chance de tentar o suicídio; esse risco diminuiu para 6 vezes em adolescentes entre 14 e 19 anos. Pfeiffer (1997) descreve que a exposição a situações estressantes na infância pode ampliar o sentimento de desesperança, implicando na percepção de que essas circunstâncias possuem pouca probabilidade de resolução. A presença de violência evidencia o ambiente hostil e as adversidades a que as crianças foram expostas, fazendo-as se sentirem um fardo e resultando em intenso sofrimento psíquico.

A manifestação inicial do paciente, caracterizada por timidez, inquietação psicomotora, dificuldades de comunicação e comportamentos agressivos, reflete os sinais de alerta para transtornos depressivos na infância. Segundo a American Psychiatric Association (2014), em crianças escolares, esse transtorno pode se manifestar por meio de ansiedade, irritabilidade, alterações no sono e no apetite, prazer diminuído nas atividades anteriormente apreciadas, problemas escolares, de aprendizagem e comportamento, como isolamento ou agitação. A prescrição medicamentosa inicial de metilfenidato e fluoxetina sugere a presença concomitante de sintomatologia compatível com TDAH e transtorno depressivo, quadro frequentemente associado ao risco suicida. Metade das crianças que cometeram suicídio tinha diagnóstico de TDAH e um terço apresentou depressão (Loh et al., 2012; Freuchen & Grøholt, 2015)

A adaptação metodológica da TRG mediante utilização de recursos lúdicos mostrou-se fundamental para o sucesso terapêutico. A introdução do baú com canetas

coloridas como metáfora das experiências traumáticas representou estratégia eficaz de concretização simbólica adequada ao desenvolvimento cognitivo infantil, facilitando o processo de evocação e reprocessamento das memórias. Essa adaptação respeita a compreensão de que o desenvolvimento cognitivo da criança não deve ser subestimado, embora as crianças demonstrem ter dificuldade em julgar e gerir circunstâncias estressantes devido à imaturidade do córtex anterior e posterior (Dervic et al., 2008). A impulsividade, característica acentuada nessa faixa etária e intimamente relacionada ao risco de tentativas de suicídio (Sousa et al., 2017), pôde ser manejada através das técnicas de autorregulação emocional, como a respiração diafragmática.

Os resultados terapêuticos obtidos em apenas oito sessões demonstram a efetividade da TRG no tratamento de traumas complexos na infância. A progressão evidenciada - desde a primeira sessão caracterizada por timidez e agitação até as sessões finais com relatos de bem-estar, ausência de sentimentos hostis e desmame medicamentoso supervisionado - corrobora a capacidade da TRG de promover reprocessamento efetivo das memórias traumáticas (Santos & Lima-Verde, 2023a,b). A remissão sintomatológica observada incluiu não apenas a ausência de ideação suicida e comportamentos autolesivos, mas também melhora nas relações familiares, redução de agressividade, aumento de expressões afetivas e cooperação, além de melhora no desempenho acadêmico.

A importância do contexto familiar no caso apresentado merece destaque particular. Estudos mostraram a associação existente entre risco de suicídio e ausência de diálogo entre os pais, sobretudo a ausência de comunicação da mãe (Séguin et al., 2011). As crianças que morrem por suicídio encontravam-se sozinhas, isoladas e desamparadas (Windfuhr, 2008). A ausência ou as barreiras para uma comunicação efetiva entre os pais e as crianças reflete que o comportamento suicida das crianças permanece silencioso. Estudos oriundos de autópsias psicológicas reportaram intensos conflitos familiares em um contexto de transição de lar e de cuidados entre os pais, assim como a mudança, a suspensão ou os problemas escolares (Freuchen et al, 2012; Soole & Kolves, 2015).

A transição do Protocolo Cronológico para o Protocolo Temático ilustra a flexibilidade necessária no tratamento de crianças, considerando suas limitações na precisão temporal das memórias. Essa adaptação metodológica preservou a efetividade terapêutica, como evidenciado pelo reprocessamento bem-sucedido de múltiplas

situações traumáticas (Oliveira et al., 2024). O uso concomitante de músicas infantis como recurso de conexão terapêutica e reforço positivo contribuiu para o estabelecimento de vínculo terapêutico sólido, elemento essencial para o sucesso do tratamento.

As mudanças comportamentais relatadas pela genitora - redução de condutas agressivas, aumento de comportamentos pró-sociais, colaboração doméstica e expressões afetivas - indicam generalização dos ganhos terapêuticos para além do setting clínico. A manutenção desses ganhos nas sessões de revisão sistemática (sexta, sétima e oitava sessões) sugere consolidação efetiva do reprocessamento, aspecto fundamental para prevenção de recaídas. Houve predominância que variou de 48 a 90% dos casos de mortes por suicídio na infância por enforcamento (Dervic et al., 2006; Kõlves & De Leo, 2015; Soole et al., 2015), o que ressalta a urgência de intervenções terapêuticas efetivas como a TRG.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo de caso demonstra a efetividade da TRG adaptada mediante recursos lúdicos no tratamento de ideação suicida e comportamentos autolesivos em criança vítima de *bullying* e abuso sexual. Os resultados evidenciam que a TRG, quando adequadamente adaptada às especificidades desenvolvimentais da faixa etária infantil, constitui abordagem terapêutica promissora para traumas complexos, promovendo reprocessamento efetivo de memórias traumáticas, remissão sintomatológica significativa e restauração do funcionamento adaptativo em curto período de tempo.

Os achados deste caso contribuem para a literatura sobre intervenções terapêuticas em saúde mental infantil, particularmente no manejo de situações de alto risco como ideação suicida decorrente de traumas complexos. Cabe destacar que este constitui o primeiro caso clínico publicado de aplicação da TRG em população infantil, o que representa simultaneamente uma contribuição pioneira e uma limitação metodológica significativa. A ausência de estudos prévios com crianças impede comparações diretas e generalizações dos resultados. Ressalta-se, portanto, a necessidade de estudos adicionais com amostras mais amplas e delineamentos metodológicos robustos para validação sistemática da efetividade da TRG adaptada no

tratamento de crianças com ideação suicida, bem como investigações sobre fatores preditores de resposta terapêutica e manutenção de ganhos em longo prazo.

DECLARAÇÃO DE CONFLITO DE INTERESSE

Os autores declararam não haver conflito de interesse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT) pela possibilidade de realizar este projeto.

INTERVENCIÓN MEDIANTE TERAPIA DE REPROCESAMIENTO GENERATIVO EN LA IDEACIÓN SUICIDA INFANTIL ASOCIADA A BULLYING Y ABUSO SEXUAL

Ana Cristina da Silva¹, Charles Dias de Santana², Jair Soares dos Santos² e Juliana
Bezerra Lima-Verde²

¹Terapeuta TRG independiente

²Instituto Brasileño de Formación de

Terapeutas Correo electrónico para correspondencia:

cristinaeeverton19@gmail.com

RESUMEN

El suicidio infantil representa un grave problema de salud pública, frecuentemente asociado a factores como el bullying y el abuso sexual. Este estudio de caso describe la aplicación de la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) en el tratamiento de un niño de 9 años con ideación suicida, comportamientos autolesivos y heteroagresivos derivados del bullying escolar y abuso sexual perpetrado por un compañero. El paciente presentaba diagnósticos previos de TDAH, TND, dislexia y trastorno de ansiedad, en uso de metilfenidato y fluoxetina, con historial de dos intentos de suicidio y agresiones físicas a la progenitora. El proceso terapéutico se estructuró en los cinco protocolos de la TRG adaptados mediante recursos lúdicos, utilizándose la metáfora de un baúl con bolígrafos de colores representando traumas a ser reprocesados y Escala de Intensidad Emocional para medición del progreso. En ocho sesiones, se observó remisión completa de la ideación suicida y comportamientos autolesivos, destete medicamentoso supervisado, mejoría en las relaciones familiares y desempeño académico. Los resultados evidencian la efectividad de la TRG adaptada en el tratamiento de traumas complejos infantiles, constituyendo el primer caso clínico publicado de este abordaje en población pediátrica. Se resalta la necesidad de estudios adicionales para validación sistemática de la efectividad de la TRG en niños con ideación suicida.

Palabras clave: suicidio infantil; bullying; abuso sexual; reprocesamiento; generativo.

I. INTRODUCCIÓN

El suicidio representa un grave problema de salud pública que afecta a todas las franjas etarias y es ocasionado por aspectos psicológicos, sociales, económicos, biológicos y culturales (Kölves & De Leo, 2016; 2017). En la infancia, a pesar de presentar estadísticas bajas en el mundo cuando comparadas a otras franjas etarias, este número ha aumentado y llama la atención por ser un evento trágico que rompe con el paradigma de sueños y alegrías que deberían formar parte de la vida de estos niños, además de acarrear problemas en la economía del país, vista la reducción de futuros adultos jóvenes económicamente activos (Weller et al., 2001).

Un estudio epidemiológico conducido en 101 países, en el período entre 2000 y 2009, constató que el 14,7% de los suicidios ocurrieron en niños en la franja etaria entre 10 y 14 años, de los cuales el 74% murieron por ahorcamiento y el 13% por arma de fuego (Kölves & De Leo, 2015). En Brasil, el Ministerio de Salud muestra que, de 2002 a 2012, el número de suicidios entre niños y adolescentes de 10 a 14 años aumentó un 40%. Las prevalencias de suicidio en niños y adolescentes en Brasil evolucionaron, entre los años 2000 y 2010, de 0,9 a 1,1 por 100.000 niños y adolescentes, situando al país en la 60ª posición de un total de 98 analizados (UNICEF, 2011). En este escenario, existen limitaciones y desafíos en la prevalencia de suicidio en niños: subnotificación de las muertes por suicidio debido a la dificultad o error en clasificarlas como tales o registrarlas como accidentales o por causas indeterminadas, la unión de las estadísticas de suicidio en la franja etaria de 10 a 19 años, que comprende períodos de desarrollo y de acontecimientos distintos, y el tabú en torno al suicidio, en que se cree que el niño, debido a su inmadurez cognitiva, no se involucra en actos suicidas (Pfeffer, 1997; Dervic et al., 2008).

Las investigaciones sugieren que la limitada aptitud de los niños y preadolescentes para la resolución de problemas puede aumentar el riesgo de suicidio debido a la falta de estrategias adaptativas en situaciones de estrés. La ideación suicida ocurre con más frecuencia en la edad escolar y en la adolescencia, sin embargo, los intentos son más raros en niños debido a la dificultad de encontrar medios letales para ejecutar el acto y por tener aún una inmadurez cognitiva. No obstante, con el aumento de la edad, el deseo de muerte puede crecer, acarreando mayores posibilidades de que ocurra el suicidio en la adolescencia. Entre los motivos que pueden causar el suicidio en niños se encuentran: discusión con los padres, problemas escolares como bullying, abuso sexual, pérdidas de seres queridos y cambios significativos en la familia (Weller

et al., 2001; Barrio, 2007).

En la infancia y adolescencia, las personas se enfrentan con innumerables situaciones positivas y negativas en el contexto escolar que, en la mayoría de las veces, son recuerdos que perduran toda una vida. Es en estas fases que los niños adquieren experiencias que auxiliarán en la construcción de su personalidad, ocurriendo la interacción con el otro, la iniciación de grupos y la construcción de vínculos de amistad. Sin embargo, también pueden ocurrir comportamientos como el bullying que hacen que el niño quede estresado, con autoestima baja y con problemas en su autoimagen (Amorim, 2023).

La etimología del vocablo bullying remonta sus orígenes contemporáneas al siglo XIX, como derivado del término bully, significando persona que usa fuerza o influencia para intimidar a alguien más débil, teniendo como sinónimos los vocablos: intimidador, tirano, opresor, perseguidor, entre otros (Machado-Junior, 2016). A partir de la reflexión de Alencar (2018), es posible destacar características esenciales para clasificación de prácticas de violencia como bullying: es necesario que haya una conducta reincidente por parte del agresor(es) en relación a la víctima(s), violenta y desproporcionada, orientada por una relación de desigualdad que puede darse por la diferencia de edad, por compleción física, desarrollo emocional y por el mayor apoyo de otras personas involucrados en el episodio. Cuando hay violencia física o psicológica, la Ley nº 13.185/2015 en Brasil ofrece un rol de acciones que pueden ser caracterizadas como bullying, tales como actos de intimidación, humillación, discriminación, ataques físicos e insultos personales.

En relación al espacio físico donde pueden ocurrir los actos de bullying, el ambiente más preocupante es el escolar, ya que los niños y los adolescentes aún no poseen la personalidad formada, no poseyendo maduración suficiente para lidiar con las consecuencias del bullying (Pereira, 2009). El autor aclara, con base en su referencial teórico, que las víctimas de bullying pueden presentar comportamientos mentales obsesivos relacionados a fracaso, abandono, inadecuación social e incapacidad de lidiar con situaciones conflictivas, y que, como consecuencia, las acciones de las víctimas pueden variar en los extremos entre el suicidio y la venganza. Daud (2018) aborda la cuestión del suicidio como un fenómeno directamente relacionado a la práctica de bullying, ya que la víctima puede no soportar la situación en la cual está sometida y quitarse la propia vida.

El perfil del niño víctima de bullying sigue un patrón: las víctimas poseen un

comportamiento social inhibido, pasivo o sumiso, demostrando vulnerabilidad, vergüenza, miedo y una autoestima muy baja. Las consecuencias que la baja autoestima seguida de bullying puede producir son inconmensurables. Los alumnos que sufren de baja autoestima y que constantemente sufren bullying dentro de la escuela pueden manifestar comportamientos inesperados como actuar con violencia para consigo mismo y para con los otros. Las víctimas del bullying buscan en el suicidio una forma de librarse de su dolor y, con eso, utilizan medios como mutilar el propio cuerpo o utilizar formas más letales como muerte por ahorcamiento, uso de armas de fuego, uso abusivo de medicamentos, entre otros medios que llevan a la muerte (Middelton- Moz & Zawadski, 2007).

Sumado al bullying, el abuso sexual en la infancia representa otro factor traumático de extrema gravedad que puede contribuir para la ideación suicida y comportamientos autolesivos en niños. La exposición a situaciones de violencia sexual, especialmente cuando perpetradas por personas cercanas o en el ambiente escolar, potencializa los daños psicológicos y puede llevar a cuadros de estrés postraumático, disociación, vergüenza, culpa y profundo sufrimiento emocional. La combinación de bullying y abuso sexual configura un escenario de múltiples victimizaciones que amplifica significativamente el riesgo de desenlaces trágicos, exigiendo intervenciones terapéuticas especializadas y sensibles a la complejidad traumática vivenciada por el niño (Silva & Dullius, 2023).

Ante este escenario, la Terapia de Reprocesamiento Generativo (TRG) emerge como un abordaje terapéutico promisorio para el tratamiento de traumas complejos en la infancia, incluyendo aquellos derivados de bullying y abuso sexual (Santos & Lima-Verde, 2023a,b). La TRG utiliza protocolos específicos de evocación y reprocesamiento de memorias traumáticas, posibilitando que niños y adolescentes enfrenten sus experiencias dolorosas y desarrollen recursos emocionales adaptativos. A través de sus cinco protocolos (cronológico, somático, temático, futuro y potencialización), la TRG ofrece un camino estructurado para el procesamiento de eventos traumáticos, favoreciendo la reducción de síntomas de estrés postraumático, ideación suicida y comportamientos autolesivos. En niños, los protocolos de la TRG son adaptados conforme a la realidad de cada uno, favoreciendo la conexión entre terapeuta y paciente y el reprocesamiento moldeado a cada situación (Santos & Lima-Verde, 2024; Oliveira et al., 2024).

El objetivo de este relato de caso es presentar la aplicación de la TRG en el

tratamiento de un niño que desarrolló pensamientos suicidas y comportamientos autolesivos tras vivenciar bullying y abuso sexual en el ambiente escolar, demostrando la eficacia de este abordaje terapéutico en el reprocesamiento de traumas complejos en la infancia y en la promoción de recursos psicológicos para enfrentamiento de situaciones adversas.

II. METODOLOGÍA

1. DELINEAMIENTO DEL ESTUDIO

Se trata de un estudio de caso clínico descriptivo de abordaje predominantemente cualitativo, que tiene como objetivo analizar el proceso terapéutico de un niño con historial de intentos de suicidio utilizando la TRG.

2. PARTICIPANTE

El participante del estudio es un niño del sexo masculino, nueve años de edad, encaminado para atendimento con TRG con historial de comportamientos autolesivos, agresividad y dos intentos de suicidio.

3. HISTORIAL CLÍNICO

El niño presentó los primeros síntomas a los cuatro años de edad, caracterizados por cuadro de agitación psicomotora. El historial clínico incluye:

- **Diagnósticos previos:** Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), Trastorno Negativista Desafiante (TND), Dislexia y Trastorno de Ansiedad.
- **Terapéutica farmacológica:** clorhidrato de metilfenidato y clorhidrato de fluoxetina.
- **Comportamientos de riesgo:** dos intentos de suicidio (con cuchillo y cuerda en el cuello), manipulación de objetos peligrosos durante juegos.
- **Heteroagresividad:** episodios de agresión física a la madre (incluyendo intento de estrangulamiento y amenaza con cuchillo), comportamiento destructivo en casa cuando contrariado.
- **Traumas documentados:** bullying escolar, abuso sexual perpetrado por otro niño en el ambiente escolar y rechazo paterno.

- **Dinámica familiar:** rechazo paterno verbalizado (padre expresó preferencia por la hija del segundo matrimonio), deseo expresado por el niño de pertenecer al sexo femenino como estrategia para obtener mejor tratamiento familiar.
- **Síntomas fóbicos:** miedo de avión y de caídas de altura.
- **Procesos emocionales:** rabia intensa direccionada a las figuras paterna y materna.

4. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio fue conducido en conformidad con los principios éticos establecidos por la Resolución nº 510/2016 del Consejo Nacional de Salud. Los responsables legales por el niño fueron informados sobre los objetivos del estudio y firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI). El niño fue consultado sobre su participación a través de Término de Asentimiento adecuado a su franja etaria. Todos los datos fueron tratados con sigilo absoluto, garantizándose el anonimato del participante.

5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Los datos fueron recolectados a través de:

- **Anamnesis detallada:** con la responsable legal.
- **Sesiones de atendimento en salud mental:** utilizando únicamente la TRG como abordaje terapéutico.
- **Registros clínicos de las sesiones:** incluyendo observaciones comportamentales, relatos verbales y respuestas a los protocolos aplicados.
- **Seguimiento longitudinal del caso:** a lo largo de los meses subsiguientes.

6. PROCESO TERAPÉUTICO

El atendimento fue estructurado con base en los cinco protocolos fundamentales de la TRG, los cuales fueron adaptados a las especificidades del desarrollo y a la franja etaria del paciente mediante la utilización de recursos lúdicos y lenguaje adecuado al universo infantil. Las modificaciones metodológicas implementadas preservaron los objetivos terapéuticos de cada protocolo, conforme descrito por Pereira et al. (2023):

- **Protocolo Cronológico:** se procedió al reprocesamiento de memorias traumáticas siguiendo ordenación temporal, con empleo de técnicas lúdicas de narrativa y

representación simbólica por medio de dibujos, juguetes y juegos que facilitasen la evocación y la representación de los eventos vivenciados.

- **Protocolo Somático:** se realizó el trabajo con sensaciones corporales y manifestaciones psicósomáticas por intermedio de actividades que promoviesen la consciencia corporal adaptada al niño, incluyendo técnicas expresivas y ejercicios de identificación de sensaciones físicas vinculadas a las experiencias traumáticas.
- **Protocolo Temático:** se efectuó el abordaje de temas específicos (rechazo paterno, abuso sexual, violencia contra la madre y traumas escolares) mediante estrategias lúdicas que posibilitasen la elaboración simbólica de los contenidos traumáticos, respetando el repertorio cognitivo y emocional del niño.
- **Protocolo Futuro:** se condujo la proyección de expectativas y la construcción de perspectivas adaptativas a través de técnicas imaginativas y recursos creativos que permitiesen al paciente vislumbrar posibilidades futuras y desarrollar narrativas alternativas para su trayectoria de vida.
- **Protocolo de Potencialización:** se implementó el fortalecimiento de recursos internos y competencias emocionales por medio de actividades lúdicas enfocadas en el reconocimiento y desarrollo de habilidades adaptativas, promoviendo el empoderamiento infantil y la construcción de autoeficacia.

7. INSTRUMENTOS

Para evaluación del proceso terapéutico, fue utilizada la Escala de Intensidad Emocional (EIE), adaptada para la franja etaria infantil. A cada sesión y a cada tema abordado, el niño fue solicitado a atribuir una nota de 0 a 10 para el malestar emocional y físico experimentado al pensar en el trauma específico trabajado, siendo 0 la ausencia total de malestar y 10 el peor malestar posible. Esta escala permitió:

- **Mensuración del nivel de perturbación:** asociado a cada memoria traumática antes del reprocesamiento.
- **Seguimiento de la evolución terapéutica:** a través de la comparación de las puntuaciones a lo largo de las sesiones.
- **Identificación de memorias-objetivo prioritarias:** demandaban intervención inmediata.

- **Evaluación de la efectividad de los protocolos de la TRG:** en la reducción del sufrimiento psíquico.

La aplicación de la EIE fue realizada de forma lúdica y adaptada a la capacidad de comprensión del niño, utilizándose recursos visuales cuando necesario para facilitar la expresión numérica del malestar experimentado.

8. RECURSO LÚDICO DE SEGUIMIENTO

Como estrategia de visualización concreta del progreso terapéutico, fue utilizado un baúl conteniendo bolígrafos de colores, cada uno representando simbólicamente un trauma a ser reprocesado. A cada trauma efectivamente reprocesado y con ausencia del malestar (EIE igual a 0), un bolígrafo era removido del baúl por el niño. Este recurso tuvo como objetivos:

- **Tangibilizar el proceso terapéutico:** tomando visible y concreto el progreso alcanzado.
- **Aumentar la motivación y compromiso:** relación del niño en el tratamiento a través de la visualización de las conquistas.
- **Proporcionar sentido de control y autonomía:** permitiendo que el niño participase activamente del registro de su propia evolución.
- **Establecer meta terapéutica clara:** el vaciamiento completo del baúl como representación simbólica de la resolución de los traumas.
- **Crear ritual de cierre para cada memoria reprocesada:** marcando simbólicamente la superación de cada experiencia dolorosa.

La aplicación de la EIE fue realizada de forma lúdica y adaptada a la capacidad de comprensión del niño, garantizando que la mensuración del malestar fuese accesible y significativa para su franja etaria.

9. ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos fueron analizados de forma cualitativa a través de los registros clínicos de las sesiones, observándose la evolución de los síntomas comportamentales, el proceso de reprocesamiento de las memorias traumáticas y los cambios en los patrones emocionales y relacionales del niño a lo largo del tratamiento.

Las puntuaciones de la EIE fueron organizadas de forma descriptiva, comparándose los valores iniciales y finales de malestar para cada trauma reprocesado, permitiendo visualizar la efectividad de los protocolos de la TRG en la reducción del sufrimiento psíquico. Los datos recolectados fueron sometidos a análisis cualitativo de contenido temático, siguiendo las etapas propuestas por Bardin (2016), complementada por análisis cuantitativo descriptivo de las puntuaciones de la EIE. Los registros clínicos de las sesiones fueron organizados y categorizados según los siguientes ejes temáticos:

- **Evolución de los síntomas comportamentales:** heteroagresividad, comportamientos autodestructivos, manejo de la frustración.
- **Procesos de reprocesamiento traumático:** narrativas, reprocesamientos, cambios en el discurso sobre los eventos.
- **Dinámica relacional:** vínculo terapéutico, relación con figuras parentales, interacciones sociales.
- **Construcción identitaria:** cuestiones de género, autoconcepto, autoimagen.
- **Recursos adaptativos:** estrategias de enfrentamiento, regulación emocional, comportamientos pro-sociales.

El análisis cualitativo buscó identificar patrones de respuesta a los protocolos de la TRG, mecanismos de cambio terapéutico e hitos significativos en el proceso de recuperación. En lo tocante al análisis cuantitativo, las puntuaciones de la EIE tuvieron como objetivo la identificación de traumas con mayor resistencia al reprocesamiento (que demandaron mayor número de sesiones) y la extinción gradual de los mismos. El análisis integrado de los datos cualitativos y cuantitativos permitió una comprensión abarcadora de la efectividad de la TRG en el tratamiento del caso, considerando tanto la reducción mensurable del sufrimiento psíquico cuanto las transformaciones subjetivas y comportamentales observadas en el participante.

III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos serán presentados de forma secuencial, sesión a sesión, a fin de proporcionar mejor comprensión de la evolución del cuadro clínico, de la efectividad de las intervenciones terapéuticas implementadas y de la progresión del paciente a lo largo del proceso de reprocesamiento de las memorias traumáticas.

- **Primera sesión:** se realizó psicoeducación sobre el proceso terapéutico, seguida de entrevista individual con la progenitora para recolección de datos anamnésticos y comprensión del historial del desarrollo del paciente. Posteriormente, se condujo un momento en conjunto para establecimiento de contrato terapéutico y acuerdos de confidencialidad. En el atendimento individual en esta misma sesión, el paciente presentó comportamiento caracterizado por timidez e inquietud psicomotora, demostrando inhibición comunicativa en la presencia materna en el momento anterior a este.
- **Segunda sesión:** se introdujo recurso metafórico representado por un baúl conteniendo bolígrafos de colores, simbolizando el peso emocional de las experiencias traumáticas vivenciadas por el paciente, donde cada bolígrafo representaba un evento traumático específico. Se procedió a la enseñanza de la técnica de respiración diafragmática como estrategia de autorregulación emocional. Se inició la aplicación del Protocolo Cronológico mediante evocación de memorias traumáticas, utilizándose la EIE. El paciente reportó progresiva reducción de la carga emocional negativa hasta alcanzar nivel cero de perturbación, momento en que fue simbólicamente retirado un bolígrafo del baúl. Se empleó también el cantar de canciones como recurso de conexión terapéutica y refuerzo positivo. Se observó que el paciente presentaba contenidos imaginativos de carácter irreal, los cuales fueron trabajados terapéuticamente por representar manifestaciones subyacentes de ansiedad y miedo que requerían elaboración.
- **Tercera sesión:** ante dificultades en la aplicación del Protocolo Cronológico, posiblemente relacionadas a la imprecisión en el recuerdo temporal de los eventos, se optó por la transición para el Protocolo Temático. Se utilizaron temas identificados por la progenitora y validados por el paciente, resultando en el reprocesamiento exitoso de cinco situaciones traumáticas distintas, todas alcanzando nivel cero de perturbación emocional (EIE). Se mantuvo el uso del recurso metafórico del baúl. En este momento del proceso terapéutico, la progenitora relató satisfacción significativa con los cambios comportamentales observados en el hijo, incluyendo reducción de conductas agresivas y aumento de comportamientos pro-sociales y colaborativos en el ambiente doméstico. El paciente relató no sentir más deseo de autolesión y suicidio.
- **Cuarta sesión:** se prosiguió con la aplicación del Protocolo Temático, alcanzándose nivel cero de perturbación emocional (EIE) en un tema adicional no abordado

previamente. Dado el progreso terapéutico evidenciado, se autorizó refuerzo positivo mediante pequeña recompensa concedida por la progenitora.

- **Quinta sesión:** se mantuvo la utilización del Protocolo Temático, obteniéndose éxito en el reprocesamiento de cuatro temas distintos, todos alcanzando nivel cero de perturbación (EIE). El paciente verbalizó percepción subjetiva de reducción de sentimientos hostiles (odio y rabia) y expresó vivencia de protección y amparo espiritual.
- **Sexta, séptima y octava sesiones:** se realizó revisión sistemática de todos los contenidos traumáticos previamente trabajados para consolidación del reprocesamiento. El paciente demostró mantenimiento de las ganancias terapéuticas, relatando estado subjetivo de bienestar emocional. La progenitora reportó cambios comportamentales sustanciales, incluyendo destete medicamentoso supervisado de clorhidrato de metilfenidato y clorhidrato de fluoxetina. Se observó remisión significativa de síntomas ansiosos, establecimiento de patrones relacionales adaptativos en el contexto familiar (reducción de agresividad, aumento de expresiones afectivas y cooperación), además de mejoría sensible en el desempeño académico.

Los resultados obtenidos corroboran la literatura científica que identifica esos factores como importantes precipitantes del comportamiento suicida en la infancia, conforme documentado por diversos autores que apuntan el bullying como una de las principales causas de muerte por suicidio entre niños y adolescentes (Kuczynski, 2014).

La gravedad del cuadro inicial presentado por el paciente refleja los datos epidemiológicos alarmantes sobre suicidio infantil. Según la OMS (2025), el suicidio está clasificado entre las tres principales causas de muerte en el mundo, con creciente ocurrencia entre niños y adolescentes. Braga y Dell'aglio (2013) constataron que, entre individuos de 10 a 24 años, constituye la segunda principal causa de muerte, lo que llevó a la OMS a considerar el suicidio como problema de salud pública mundial. El caso aquí presentado ejemplifica esa realidad preocupante, especialmente considerando que ya existen registros de óbitos por suicidio a partir de los cinco años de edad (Osmarin, 2015).

La multiplicidad de factores de riesgo identificados en el paciente - bullying escolar, abuso sexual perpetrado por compañero, conflictos familiares relacionados al rechazo paterno y cuestiones de identidad de género - se alinea a la comprensión del suicidio como fenómeno multifactorial. Hawton et al. (2012) destacan que los factores de riesgo en niños y adolescentes incluyen aspectos sociodemográficos, educacionales, eventos

negativos de la vida, condiciones ambientales y relaciones familiares adversas. Complementariamente, Shain (2016) puntúa cuestiones como aislamiento, orientación sexual, historial de violencia, abuso físico o sexual y bullying. Como resaltan Mansur-Alves (2021), responsabilizar apenas un factor de riesgo no parece adecuado, ya que el fenómeno debe ser comprendido considerándose concomitantemente las diversas características biológicas, sociales y psicológicas.

Particularmente relevante en el caso presentado es la cuestión del bullying escolar, identificado como factor precipitante significativo. El bullying, definido como uso de fuerza o coerción para afectar negativamente a los demás, involucrando desequilibrio de poder y actos dañosos voluntarios y repetitivos (Kuczynski, 2014), se mostró devastador para el paciente. Estudios de cohorte encontraron asociación significativa entre bullying y comportamiento suicida, demostrando que víctimas de intimidación presentan mayor susceptibilidad a impacto en la salud mental, baja autoestima, aislamiento social y síntomas depresivos. En Noruega, el 29% de los niños que murieron por suicidio habían sido víctimas de bullying (Klomek et al., 2009), evidenciando la gravedad de este fenómeno.

El abuso sexual vivenciado por el paciente constituye otro factor de riesgo de extrema gravedad. La presencia de abuso físico, sexual y emocional estuvo fuertemente asociada al mayor riesgo de suicidio en la infancia (Freuchen & Grøholt, 2015). Particularmente preocupante es el hallazgo de Bruffaerts et al. (2010) en 21 países, que encontraron que las adversidades en la infancia estuvieron más asociadas con el intento de suicidio en esa fase de la vida que en la adolescencia. Niños entre 4 y 13 años que sufrieron abuso sexual tuvieron 10 veces más posibilidad de intentar el suicidio; ese riesgo disminuyó para 6 veces en adolescentes entre 14 y 19 años. Pfeiffer (1997) describe que la exposición a situaciones estresantes en la infancia puede ampliar el sentimiento de desesperanza, implicando en la percepción de que esas circunstancias poseen poca probabilidad de resolución. La presencia de violencia evidencia el ambiente hostil y las adversidades a que los niños fueron expuestos, haciéndolos sentirse una carga y resultando en intenso sufrimiento psíquico.

La manifestación inicial del paciente, caracterizada por timidez, inquietud psicomotora, dificultades de comunicación y comportamientos agresivos, refleja las señales de alerta para trastornos depresivos en la infancia. Según la American Psychiatric Association (2014), en niños escolares, ese trastorno puede manifestarse por medio de ansiedad, irritabilidad, alteraciones en el sueño y en el apetito, placer

disminuido en las actividades anteriormente apreciadas, problemas escolares, de aprendizaje y comportamiento, como aislamiento o agitación. La prescripción medicamentosa inicial de metilfenidato y fluoxetina sugiere la presencia concomitante de sintomatología compatible con TDAH y trastorno depresivo, cuadro frecuentemente asociado al riesgo suicida. La mitad de los niños que cometieron suicidio tenía diagnóstico de TDAH y un tercio presentó depresión (Loh et al., 2012; Freuchen & Grøholt, 2015).

La adaptación metodológica de la TRG mediante utilización de recursos lúdicos se mostró fundamental para el éxito terapéutico. La introducción del baúl con bolígrafos de colores como metáfora de las experiencias traumáticas representó estrategia eficaz de concretización simbólica adecuada al desarrollo cognitivo infantil, facilitando el proceso de evocación y reprocesamiento de las memorias. Esa adaptación respeta la comprensión de que el desarrollo cognitivo del niño no debe ser subestimado, aunque los niños demuestren tener dificultad en juzgar y gestionar circunstancias estresantes debido a la inmadurez del córtex anterior y posterior (Dervic et al., 2008). La impulsividad, característica acentuada en esa franja etaria e íntimamente relacionada al riesgo de intentos de suicidio (Sousa et al., 2017), pudo ser manejada a través de las técnicas de autorregulación emocional, como la respiración diafragmática.

Los resultados terapéuticos obtenidos en apenas ocho sesiones demuestran la efectividad de la TRG en el tratamiento de traumas complejos en la infancia. La progresión evidenciada - desde la primera sesión caracterizada por timidez y agitación hasta las sesiones finales con relatos de bienestar, ausencia de sentimientos hostiles y destete medicamentoso supervisado - corrobora la capacidad de la TRG de promover reprocesamiento efectivo de las memorias traumáticas (Santos & Lima-Verde, 2023a,b). La remisión sintomatológica observada incluyó no apenas la ausencia de ideación suicida y comportamientos autolesivos, sino también mejoría en las relaciones familiares, reducción de agresividad, aumento de expresiones afectivas y cooperación, además de mejoría en el desempeño académico.

La importancia del contexto familiar en el caso presentado merece destaque particular. Estudios mostraron la asociación existente entre riesgo de suicidio y ausencia de diálogo entre los padres, sobre todo la ausencia de comunicación de la madre (Séguin et al., 2011). Los niños que mueren por suicidio se encontraban solos, aislados y desamparados (Windfuhr, 2008). La ausencia o las barreras para una comunicación efectiva entre los padres y los niños refleja que el comportamiento suicida de los niños

permanece silencioso. Estudios oriundos de autopsias psicológicas reportaron intensos conflictos familiares en un contexto de transición de hogar y de cuidados entre los padres, así como el cambio, la suspensión o los problemas escolares (Freuchen et al, 2012; Soole & Kolves, 2015).

La transición del Protocolo Cronológico para el Protocolo Temático ilustra la flexibilidad necesaria en el tratamiento de niños, considerando sus limitaciones en la precisión temporal de las memorias. Esa adaptación metodológica preservó la efectividad terapéutica, como evidenciado por el reprocesamiento exitoso de múltiples situaciones traumáticas (Oliveira et al., 2024). El uso concomitante de canciones infantiles como recurso de conexión terapéutica y refuerzo positivo contribuyó para el establecimiento de vínculo terapéutico sólido, elemento esencial para el éxito del tratamiento.

Los cambios comportamentales relatados por la progenitora - reducción de conductas agresivas, aumento de comportamientos pro-sociales, colaboración doméstica y expresiones afectivas - indican generalización de las ganancias terapéuticas más allá del setting clínico. El mantenimiento de esas ganancias en las sesiones de revisión sistemática (sexta, séptima y octava sesiones) sugiere consolidación efectiva del reprocesamiento, aspecto fundamental para prevención de recaídas. Hubo predominancia que varió de 48 a 90% de los casos de muertes por suicidio en la infancia por ahorcamiento (Dervic et al., 2006; Kólves & De Leo, 2015; Soole et al., 2015), lo que resalta la urgencia de intervenciones terapéuticas efectivas como la TRG.

IV. CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio de caso demuestra la efectividad de la TRG adaptada mediante recursos lúdicos en el tratamiento de ideación suicida y comportamientos autolesivos en niño víctima de bullying y abuso sexual. Los resultados evidencian que la TRG, cuando adecuadamente adaptada a las especificidades del desarrollo de la franja etaria infantil, constituye abordaje terapéutico promisorio para traumas complejos, promoviendo reprocesamiento efectivo de memorias traumáticas, remisión sintomatológica significativa y restauración del funcionamiento adaptativo en corto período de tiempo.

Los hallazgos de este caso contribuyen para la literatura sobre intervenciones terapéuticas en salud mental infantil, particularmente en el manejo de situaciones de alto riesgo como ideación suicida derivada de traumas complejos. Cabe destacar que este constituye el primer caso clínico publicado de aplicación de la TRG en población infantil, lo que representa simultáneamente una contribución pionera y una limitación metodológica significativa. La ausencia de estudios previos con niños impide comparaciones directas y generalizaciones de los resultados. Se resalta, por tanto, la necesidad de estudios adicionales con muestras más amplias y delineamientos metodológicos robustos para validación sistemática de la efectividad de la TRG adaptada en el tratamiento de niños con ideación suicida, bien como investigaciones sobre factores predictores de respuesta terapéutica y mantenimiento de ganancias a largo plazo.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declararon no haber conflicto de interés.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al Instituto Brasileño de Formación de Terapeutas (IBFT) por la posibilidad de realizar este proyecto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS/REFERENCIAS

Alencar, E. R. D. (2018). *Bullying e desempenho escolar de alunos do Instituto Federal do Piauí Campus Parnaíba: Um estudo de caso* [Dissertação de mestrado, Universidade Nove de Julho].

American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5ª ed.). Artmed.

Amorim, S. B. de. (2023). Bullying no ambiente escolar e o suicídio de crianças e adolescentes: Uma revisão sistemática e literatura. *Revista Foco*, 16(6), 1-18. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n6-102>

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Silva, A.C.; Santana, C.D.; Santos, J.S.; Lima-Verde, J.B. (2025). *Intervenção pela Terapia de Reprocessamento Gerativo na Ideação Suicida Infantil Associada a Bullying e Abuso Sexual*. *Mentalis*, 2(5), 119-151, 2025. <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.28>

- Barrio, C. A. (2007). Assessing suicide risk in children: Guidelines for developmentally appropriate interviewing. *Journal of Mental Health Counseling*, 29(1), 50-66.
- Braga, L. de L., & Dell'Aglio, D. D. (2013). Suicídio na adolescência: Fatores de risco, depressão e gênero. *Contextos Clínicos*, 6(1), 2-14.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., Karam, E. G., Kessler, R. C., Sampson, N., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M., Benjet, C., Bromet, E., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Horiguchi, I., ... Nock, M. K. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behavior. *British Journal of Psychiatry*, 197(1), 20-27.
- Daud, R. P. (2018). *(Des)engajamento moral e atuação docente frente ao bullying escolar* [Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual Paulista].
- Dervic, K., Brent, D. A., & Oquendo, M. A. (2008). Completed suicide in childhood. *Psychiatric Clinics of North America*, 31(2), 271-291.
- Dervic, K., Friedrich, E., Oquendo, M. A., Voracek, M., Friedrich, M. H., & Sonneck, G. (2006). Suicide in Austrian children and young adolescents aged 14 and younger. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(7), 427-434.
- Freuchen, A. F., & Grøholt, B. (2015). Characteristics of suicide notes of children and young adolescents: An examination of the notes from suicide victims 15 years and younger. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 20(2), 194-206.
- Freuchen, A. F., Kjelsberg, E. E., & Grøholt, B. G. (2012). Suicide or accident? A psychological autopsy study of suicide in youths under the age of 16 compared to deaths labeled as accidents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 1-12.
- Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). (2011). *Situação mundial da infância*. https://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf
- Hawton, K., Saunders, K. E. A., & O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *Lancet*, 379(9834), 2373-2382. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60322-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60322-5)
- Klomek, A. B., Sourander, A., Niemela, S., Kumpulainen, K., Piha, J., & Tamminen, T. (2009). Childhood bullying behaviors as a risk for suicide attempts and completed

suicides: A population-based birth cohort study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(3), 254-261.

Kölvés, K., & De Leo, D. (2015). Child, adolescent and young adult suicides: A comparison based on the Queensland Suicide Registry. *Journal of Child and Adolescent Behavior*, 3(3), 1000209.

Kölvés, K., & De Leo, D. (2016). Adolescent suicide rates between 1990 and 2009: Analysis of age group 15–19 years worldwide. *Journal of Adolescent Health*, 58(1), 69-77.

Kölvés, K., & De Leo, D. (2017). Suicide methods in children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 26(2), 155-164.

Kuczynski, E. (2014). Suicídio na infância e adolescência. *Psicologia USP*, 25(3), 246-252.

Loh, C., Tai, B. C., Ng, W. Y., Chia, A., & Chia, B. H. (2012). Suicide in young Singaporeans aged 10-24 years between 2000 to 2004. *Archives of Suicide Research*, 16(2), 174-182.

Machado-Júnior, L. B. S. (2016). *A construção do bullying nos discursos científicos produzidos no contexto brasileiro* [Tese de doutorado, Universidade Estadual Paulista].

Mansur-Alves, M., Muniz, M., Zanini, D. S., & Baptista, M. N. (2021). *Avaliação psicológica na infância e adolescência*. Vozes.

Middelton-Moz, J., & Zawadski, M. (2007). *Bullying: Estratégias de sobrevivência para crianças e adultos* (R. C. Costa, Trad.). Artmed.

Oliveira, S. R. L., Lima-Verde, J. B., & Santos, J. S. (2024). A Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Uma abordagem natural e adaptativa para o tratamento em saúde mental. *Mentalis*, 1(1), 1-27.

Organização Mundial da Saúde. (2025). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide/>

Osmarin, V. M. (2015). Suicídio: O luto dos sobreviventes. *Psicologia.pt*. <https://ptdocz.com/doc/1607300/suicídio--o-luto-dos-sobreviventes>

- Pereira, A. G., Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023). Depressão e Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG): Um novo caminho. *Revista de Saúde Mental e Subjetividade*, 15(28), 1-18. <https://doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.0008>
- Pereira, S. M. S. (2009). *Bullying e suas implicações no ambiente escolar*. Paulus.
- Pfeffer, C. R. (1997). Childhood suicidal behaviour: A developmental perspective. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(3), 551-562.
- Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023a). Depression, anxiety, and suicidal ideation: A case resolved by Generative Reprocessing Therapy (TRG). In *4th International of Integrative Medicine*. Porto, Portugal.
- Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023b). Application of Generative Reprocessing Therapy (TRG) in a case of depression and generalized anxiety. *RevSALUS*, 5(3), 1-12. <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i3.652>
- Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2024). Terapia de reprocessamento generativo (TRG): Una perspectiva integral en salud mental. In *Subjetividades y vínculos: Perspectivas integradoras* (Cap. 4, pp. 588-629). Colombia.
- Séguin, M., Renaud, J., Lesage, A., Robert, M., & Turecki, G. (2011). Youth and young adult suicide: A study of life trajectory. *Journal of Psychiatry*, 45(7), 863-870.
- Shain, B. (2016). Suicide and suicide attempts in adolescents. *American Academy of Pediatrics*, 138.
- Silva, L. S. da, & Dullius, W. R. (2023). Casos de abusos sexuais e tentativa de suicídio na infância e adolescência: Um estudo epidemiológico. *Revista Foco*, 16(8), 1-13. <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v16n8-002>
- Soole, R., Kolves, K., & De Leo, D. (2015). Suicide in children: A systematic review. *Archives of Suicide Research*, 19(3), 285-304.
- Sousa, G. S. de, Santos, M. S. P. dos, Silva, A. T. P. da, Perrelli, J. G. A., & Sougey, E. B. (2017). Revisão de literatura sobre suicídio na infância. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(9), 3099-3110. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017229.14582017>
- Weller, E. B., Young, K. M., Rohrbaugh, A. H., & Weller, R. A. (2001). Overview and assessment of the suicidal child. *Depression and Anxiety*, 14(3), 157-163.

Windfuhr, K. (2008). Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(11), 1155-1165.