

TERAPIA DE REPROCESSAMENTO GENERATIVO NO TRATAMENTO DE DEPRESSÃO GRAVE, ANSIEDADE E IDEAÇÃO SUICIDA

Lucimar Cruz Barbosa¹, Jair Soares dos Santos², Juliana Bezerra Lima-Verde²

¹Terapeuta independente

²Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT)

Email para correspondência: lucimaratn1@gmail.com

RESUMO

Este artigo tem como objetivo discutir um relato de caso clínico de um paciente do sexo masculino que compareceu ao atendimento em Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) com diagnóstico funcional de depressão extremamente severa, ansiedade extremamente severa, estresse extremamente severo e ideação suicida ativa, avaliados pelos instrumentos padronizados DASS-21 e BDI-II. O histórico clínico revelava exposição prolongada à violência física e verbal intrafamiliar na infância, uso abusivo de álcool, comportamento de jogo patológico, isolamento social progressivo e incapacidade funcional secundária a uma condição crônica de saúde. O tratamento foi conduzido por meio da TRG e abrangeu a aplicação dos protocolos cronológico, somático, temático, de futuro e de potencialização, totalizando doze sessões distribuídas ao longo de quatro semanas. Os resultados pós-intervenção demonstraram remissão completa dos escores nos dois instrumentos psicométricos, com zeração dos indicadores de depressão, ansiedade, estresse e desaparecimento total da ideação suicida. Discute-se a efetividade clínica da TRG no contexto de comorbidades múltiplas e trauma de desenvolvimento, relacionando os achados com a literatura sobre reconsolidação de memórias autobiográficas, regulação emocional e psicoterapias orientadas ao trauma.

Palavras-chave: reprocessamento; generativo; depressão grave; ideação suicida; ansiedade; estresse.

I. INTRODUÇÃO

A depressão ocupa posição central entre os transtornos mentais de maior impacto global. De acordo com estimativas da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2023), mais de 280 milhões de pessoas no mundo vivem com depressão, sendo o Brasil um dos países com maior prevalência proporcional de transtornos mentais, com índices superiores a 14% da população (GBD, 2017). No contexto nacional, a depressão constitui importante problema de saúde pública, agravado pela escassez de recursos em saúde mental e pelas desigualdades regionais no acesso ao tratamento especializado (Razzouk, 2016).

A gravidade do quadro depressivo se amplifica consideravelmente quando associada à ideação suicida. Episódios depressivos graves com sintomas psicóticos ou funcionamento severamente comprometido estão vinculados a taxas de suicídio de até 15% dos casos, caracterizando um cenário de urgência clínica que exige intervenções não apenas sintomáticas, mas orientadas às raízes etiológicas do sofrimento (Razzouk, 2016). O comportamento suicida está diretamente correlacionado à presença de desesperança, isolamento social e desregulação emocional intensa, fatores que frequentemente têm sua origem em experiências adversas precoces (Waikamp & Serralta, 2018).

A literatura científica acumulada nas últimas décadas consolida a associação entre traumas de desenvolvimento, especialmente a violência física e verbal intrafamiliar na infância e a eclosão de psicopatologias graves na vida adulta. Martins-Monte Verde et al. (2017) demonstraram que transtornos relacionados a traumas e a estressores precoces estão associados ao desenvolvimento de quadros depressivos e ansiosos na idade adulta, enquanto Waikamp e Serralta (2018) destacaram que a gravidade psicopatológica tende a ser proporcional à precocidade, intensidade e recorrência das experiências traumáticas. Breslau et al. (2014) e Isvoranu et al. (2017) corroboram que traumas infantis predis põem a quadros de maior severidade clínica, incluindo sensibilidade interpessoal elevada, ideação paranoide e depressão de difícil remissão.

A presença de comportamentos de risco associados, como o uso abusivo de álcool, potencializa ainda mais a vulnerabilidade clínica desses indivíduos. A comorbidade entre alcoolismo e depressão é amplamente documentada e caracterizada por uma relação bidirecional: a depressão pode anteceder e motivar o uso de álcool como estratégia de autorregulação emocional, ao passo que o consumo crônico de

álcool, por ser um depressor do sistema nervoso central, intensifica os estados depressivos, reduz a resposta terapêutica e aumenta significativamente o risco de suicídio (AMB, 2003). Segundo a Organização Mundial da Saúde, o alcoolismo figura entre os diagnósticos mais frequentes entre indivíduos que cometem suicídio (OMS, 2023).

Diante desse cenário clínico complexo, que frequentemente não responde de forma satisfatória às psicoterapias convencionais, a Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) apresenta-se como uma abordagem inovadora voltada ao reprocessamento de memórias emocionais vinculadas a experiências adversas (Oliveira et al., 2024). A TRG ancora-se teoricamente no campo das neurociências da memória, particularmente nas evidências sobre reconsolidação de memórias autobiográficas, fenômeno que demonstra a possibilidade de modificação de registros emocionais consolidados quando estes são reativados em contexto terapêutico e confrontados com novas experiências discrepantes (Nader et al., 2000; Nader, 2003; Ecker, 2015).

Estudos anteriores de casos clínicos tratados com TRG demonstraram efetividade na remissão de sintomas depressivos, ansiosos e de ideação suicida em pacientes que não haviam obtido resultados satisfatórios com abordagens convencionais (Pereira et al., 2023; Santos & Lima-Verde, 2023). O presente relato de caso tem por objetivo discutir os resultados psicométricos obtidos no tratamento de um paciente com quadro grave e multifatorial, ampliando o corpo de evidências disponíveis sobre a aplicação clínica da TRG.

II. REFERENCIAL TEÓRICO

1. TRAUMA DE DESENVOLVIMENTO E PSICOPATOLOGIA

O conceito de trauma de desenvolvimento refere-se ao conjunto de experiências adversas ocorridas na infância e adolescência que comprometem o desenvolvimento psíquico saudável do indivíduo. A literatura pós-freudiana, representada por autores como Winnicott (1987/2012), Kohut (1984) e Fonagy et al. (2013), enfatiza a importância de um ambiente primário seguro, provido por cuidadores empáticos e protetores, para o desenvolvimento psíquico satisfatório. A ausência dessas condições — especialmente quando substituídas por violência, humilhação e rejeição — cria condições para o

desenvolvimento de crenças nucleares disfuncionais e padrões de regulação emocional deficitários que persistem ao longo da vida adulta (Waikamp & Serralta, 2018).

A violência intrafamiliar, em particular aquela perpetrada por figuras de autoridade como pais e avós, representa uma forma especialmente deletéria de experiência adversa precoce, pois combina o rompimento do vínculo de confiança com a exposição a conteúdo ameaçador proveniente das próprias figuras de apego (Martins-Monteverde et al., 2017). Estudos epidemiológicos brasileiros indicam que os pais, familiares, amigos e vizinhos correspondem à maioria dos agressores identificados nos casos de violência doméstica infantil notificados ao Ministério da Saúde, tornando esse tipo de experiência particularmente prejudicial ao desenvolvimento psíquico (Ministério da Saúde, 2011, citado em BJHS, 2024).

As consequências neurobiológicas e psicológicas do trauma precoce são extensas e duradouras. Do ponto de vista cognitivo, o trauma de desenvolvimento está associado ao desenvolvimento de esquemas negativos globais sobre o self e o mundo, à tendência à supergeneralização mnemônica, em que memórias específicas são substituídas por representações categóricas negativas e à ruminação crônica (Köhler et al., 2015). Do ponto de vista emocional, configura-se uma desregulação persistente que dificulta o acesso a estados afetivos positivos e mantém o sistema de ameaça em estado de hiperativação crônica.

2. MEMÓRIAS AUTOBIOGRÁFICAS, RECONSOLIDAÇÃO E MUDANÇA TERAPÊUTICA

As memórias autobiográficas ocupam posição central nos processos de formação da identidade e na manutenção de estados afetivos crônicos. Köhler et al. (2015) descrevem quatro domínios centrais de déficit no processamento mnemônico em indivíduos com depressão maior: viés sistemático para materiais de valência emocional negativa; acesso diminuído a memórias positivas; predomínio de memórias supergeneralizadas em detrimento de memórias autobiográficas específicas; e processos de ruminação e evitação que perpetuam os ciclos depressivos. Essa configuração mnemônica peculiar à depressão não é meramente sintomática: ela constitui um mecanismo de manutenção do transtorno.

O fenômeno da reconsolidação de memórias representa uma das descobertas mais relevantes das neurociências para a prática psicoterapêutica contemporânea. Em

2000, Nader et al. demonstraram que memórias de medo previamente consolidadas requerem nova síntese proteica na amígdala para se estabilizarem após a reativação, evidência seminal de que o ato de recordar torna a memória transitoriamente lábil e modificável. Em revisão sistemática posterior, Nader (2003) formalizou o modelo de rastros de memória em aberto, propondo que a reativação de uma memória consolidada a retorna a um estado sensível no qual pode ser modificada, fortalecida ou apagada antes de ser novamente armazenada. Essa janela de plasticidade pós-reativação representa a base neurobiológica pela qual intervenções terapêuticas podem promover a atualização estrutural de conteúdos emocionais dolorosos.

Ecker (2015) desenvolveu uma formulação clínica baseada nesse mecanismo, descrevendo como a ativação precisa das redes implícitas associadas ao sofrimento, seguida de experiência discrepante e emocionalmente corretiva, pode produzir mudanças profundas e duradouras, sem necessidade de repetição exaustiva. Essa compreensão diferencia as psicoterapias orientadas ao reprocessamento mnemônico das abordagens puramente cognitivas ou comportamentais, que atuam predominantemente sobre processos conscientes sem necessariamente alcançar o substrato emocional consolidado nos registros implícitos.

No campo clínico, estudos com EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)(Shapiro, 1989) demonstraram que a intervenção terapêutica voltada ao reprocessamento de memórias traumáticas promove não apenas a redução do sofrimento associado, mas também a reorganização das narrativas autobiográficas, aumentando sua complexidade, especificidade e coerência (Aiello et al., 2022). Essas evidências sustentam a hipótese de que abordagens focadas no reprocessamento de memórias carregadas de carga emocional negativa produzem mudanças que transcendem o nível sintomático, alcançando a estrutura organizacional da memória autobiográfica e, conseqüentemente, da identidade.

3. A TERAPIA DE REPROCESSAMENTO GENERATIVO (TRG)

A Terapia de Reprocessamento Generativo (TRG) foi desenvolvida pelo psicólogo e pesquisador brasileiro Jair Soares dos Santos a partir de sua experiência clínica com pacientes que não obtinham resultados satisfatórios com as abordagens psicoterapêuticas convencionais. A base do tratamento é a evocação e o reprocessamento de memórias autobiográficas e a denominação generativa reflete um dos seus diferenciais conceituais centrais: a abordagem não se limita à resolução de

Barbosa, L. C.; Santos, J. S.; Lima-Verde, J. B. (2026). Terapia de Reprocessamento Generativo no Tratamento de Depressão Grave, Ansiedade e Ideação Suicida. Mentalis, 1(2), 45-76, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.31>

experiências dolorosas do passado, mas orienta-se também para a construção ativa de um futuro possível e idealizado pelo próprio paciente, gerando novas possibilidades e perspectivas (Pereira et al., 2023).

A TRG estrutura-se em cinco protocolos clínicos complementares. O protocolo cronológico organiza o trabalho terapêutico em uma progressão temporal que contempla as diferentes fases da vida do paciente, permitindo o mapeamento sistemático das experiências relevantes e a identificação de padrões recorrentes. O protocolo somático volta-se para os registros corporais associados às experiências emocionais, reconhecendo que o trauma é frequentemente armazenado não apenas como narrativa verbal, mas como memória corporal. O protocolo temático organiza o reprocessamento em torno de eixos temáticos centrais na história do paciente, como abandono, rejeição, vergonha ou fracasso. O protocolo de futuro orienta o paciente para a construção de novas possibilidades existenciais. O protocolo de potencialização consolida os ganhos terapêuticos e fortalece os recursos internos do paciente (Oliveira et al., 2024)).

Estudos de caso publicados em periódicos científicos têm demonstrado a efetividade da TRG em diferentes configurações clínicas. Pereira et al. (2023) relataram quatro casos de pacientes com depressão, ansiedade e ideação suicida que não haviam respondido satisfatoriamente a tratamentos convencionais e que, após tratamento com TRG, apresentaram remissão dos sintomas avaliados pelo DASS-21. Santos e Lima-Verde (2023) publicaram dados de um caso de homem de 52 anos com depressão e ansiedade que, após 30 sessões de TRG, alcançou remissão completa dos sintomas sem necessidade das medicações previamente prescritas, mantendo os resultados após quase dois anos de seguimento. Essas evidências, acumuladas em contextos clínicos diversos, apontam para a consistência do modelo de intervenção proposto pela TRG.

III. METODOLOGIA

Este trabalho constitui um estudo de caso clínico de natureza qualitativa e quantitativa, cujo objetivo é descrever o processo terapêutico e os resultados obtidos com a aplicação da TRG em um paciente com quadro de depressão grave, ansiedade extremamente severa, estresse extremamente severo e ideação suicida. A coleta de

dados foi realizada por meio de avaliação clínica sistematizada, aplicação de instrumentos psicométricos validados para a população brasileira em momentos pré e pós-intervenção e registros clínicos da terapeuta responsável pelo atendimento.

Os pontos de corte utilizados para a classificação dos escores seguem os critérios estabelecidos por Lovibond e Lovibond (2004) para a DASS-21, conforme adaptados por Vignola e Tucci (2014) e os critérios normativos para o BDI-II segundo Finger e Argimon (2013). O protocolo de intervenção foi conduzido por terapeuta certificada pela TRG, seguindo os procedimentos padronizados estabelecidos pelo Instituto Brasileiro de Formação de Terapeutas (IBFT).

O presente relato foi elaborado com o consentimento informado do paciente, garantindo a preservação de sua identidade por meio da utilização de dados que permitem apenas a identificação do perfil clínico geral, sem possibilitar a identificação pessoal. As informações foram tratadas de acordo com os princípios éticos que regem a pesquisa em psicologia no Brasil, em conformidade com a Resolução CFP nº 016/2000 e a Resolução CNS nº 510/2016.

IV. RELATO DE CASO

1. APRESENTAÇÃO DO PACIENTE E QUEIXA PRINCIPAL

Um homem adulto de 47 anos que iniciou o processo terapêutico com TRG em janeiro de 2026, com queixa principal de depressão, ansiedade e estresse de intensidade extremamente severa, acompanhados de ideação suicida ativa. Na avaliação inicial, os escores obtidos nos instrumentos psicométricos confirmaram a gravidade do quadro: DASS-21 com 34 pontos na subescala de depressão (nível extremamente severo), 30 pontos na subescala de ansiedade (nível extremamente severo) e 38 pontos na subescala de estresse (nível extremamente severo); BDI-II com escore de 42 pontos (depressão grave).

À época do início do tratamento, o paciente encontrava-se em acompanhamento psiquiátrico e psicológico há pelo menos dois anos, sem que os resultados anteriores tivessem promovido remissão significativa dos sintomas. Fazia uso de medicação psicotrópica conforme prescrição psiquiátrica, porém havia relatado uso em dosagens superiores às recomendadas, o que revelava uma relação com a medicação

Barbosa, L. C.; Santos, J. S.; Lima-Verde, J. B. (2026). Terapia de Reprocessamento Generativo no Tratamento de Depressão Grave, Ansiedade e Ideação Suicida. Mentalis, 1(2), 45-76, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.31>

parcialmente orientada pelo padrão de autorregulação emocional disfuncional que marcava sua história de vida.

2. HISTÓRIA DE VIDA E CONTEXTO CLÍNICO

A história de vida deste homem é marcada por exposição significativa e prolongada à violência física e verbal durante a infância, perpetrada pelo pai e pela avó paterna. O pai foi descrito como um homem autoritário, grosseiro e incompreensível, que chegou a expulsá-lo de casa quando ele tinha aproximadamente oito anos, episódio evitado apenas pela intervenção materna. Esse evento, que literalmente ameaçou a sobrevivência e o pertencimento familiar da criança, instalou um registro emocional profundo de rejeição e desvalia que acompanhou ele por toda a sua vida adulta. Particularmente significativa foi a voz do pai que ecoava internamente: você nunca vai obter nada e nem ser nada na vida.

O desenvolvimento dele foi marcado por insegurança profunda, baixa autoestima e uma aparente contradição entre a vulnerabilidade interna e a expressão externa de força. Sua conduta oscilava entre comportamentos de agressividade e truculência, usados como estratégia de autoafirmação quando percebia ameaças à sua imagem e momentos de regressão a um estado infantil de necessidade de colo e atenção, especialmente no ambiente doméstico. Esse padrão é característico de organizações psíquicas forjadas em contextos de apego traumatizado, nos quais o sistema de defesa e o sistema de vínculo convivem de forma conflituosa e mal integrada.

Em resposta ao sofrimento emocional não elaborado, o paciente desenvolveu dois padrões de comportamento de risco: o uso abusivo de álcool e a participação em jogos de azar. Ambos funcionavam como estratégias de evitação experiencial, tentativas de anestesiarem a dor interna e de encontrar uma via alternativa para a sensação de valor e competência que a voz paterna negava.

A situação clínica dele foi agravada progressivamente pela instalação de uma condição crônica de saúde com comprometimento da coluna vertebral, que evoluiu ao ponto de inviabilizar o trabalho e a provisão do sustento familiar. A dor crônica e a incapacidade funcional geraram uma espiral de deterioração: ao não conseguir trabalhar, intensificaram-se as crises de raiva, a confusão mental e o sentimento de inutilidade. Ele passou por uma cirurgia de risco, com possibilidade de não voltar a

andar, o que intensificou dramaticamente o seu sofrimento e o mergulhou em quadro depressivo de extrema gravidade.

O isolamento social progressivo caracterizou os meses que antecederam a procura por tratamento com TRG. Ele parou de sair de casa, evitava eventos sociais, reduzia ao mínimo o contato com familiares e desenvolveu a sensação de inexistência, de estar presente fisicamente, mas morto internamente. Chegou a sorrir externamente enquanto vivia um estado de desintegração interna. A dissociação entre a apresentação social e o estado interno é um indicador de gravidade clínica e de aprofundamento do isolamento psíquico.

3. PROCESSO TERAPÊUTICO

O tratamento teve início em 14 de janeiro de 2026 e foi concluído em 5 de fevereiro de 2026, com duração total de quatro semanas. Foram realizadas doze sessões de atendimento, distribuídas da seguinte forma: duas sessões na primeira semana (14/01); duas sessões na segunda semana (21/01 e 22/01); duas sessões na terceira semana (31/01 e 01/02); e cinco sessões na quarta semana (03/02, 04/02 e 05/02), totalizando doze sessões clínicas. A avaliação inicial teve duração de 2 horas e 30 minutos. A distribuição dos protocolos foi: 3,5 sessões de protocolo cronológico; 1,5 sessão de protocolo somático; 4 sessões de protocolo temático; 1 sessão de protocolo de futuro; e 1 sessão de protocolo de potencialização.

As primeiras sessões, correspondentes ao protocolo cronológico, foram descritas pelo paciente como extremamente dolorosas. O contato com as memórias da infância marcadas pela violência, pela rejeição e pela mensagem de desvalia proveniente do pai mobilizou intensamente o paciente. A partir da terceira sessão, o paciente relatou uma mudança significativa na qualidade da experiência de reprocessamento. Ao revisar as memórias da infância, começou a acessar não apenas as dores e os episódios de violência, mas também memórias de alegria, brincadeiras e momentos de leveza da criança que fora.

O protocolo somático permitiu que ele estabelecesse contato com os registros corporais associados às experiências traumáticas, os locais do corpo onde o medo, a vergonha e a raiva se instalaram como padrões físicos habituais. O trabalho com o protocolo temático aprofundou o processamento em torno dos eixos centrais de sua história: abandono, rejeição, a crença de desvalia instilada pelo pai e os padrões de

autocomprovação por meio de comportamentos de risco. Ao longo do tratamento, ele foi progressivamente descrevendo sua experiência em termos de perdão, aprendizagem e compreensão. Elaborou o perdão aos outros, ao pai e à avó e o perdão a si mesmo, pelos anos de comportamentos autodestrutivos, a compreensão de que o mundo não girava em torno de si e a percepção de que não era uma vítima impotente da vida, mas um agente capaz de escolhas e de construção de um futuro diferente. O protocolo de futuro o orientou para a construção de novas possibilidades existenciais, ajudando-o a elaborar imagens e expectativas concretas de um futuro desejado. O protocolo de potencialização consolidou os ganhos e fortaleceu os recursos internos acessados ao longo do processo. Ao final desta última sessão, ele expressou: É difícil descrever em palavras o que estou sentindo neste momento. Eu nunca acreditei que um dia saberia o significado da palavra felicidade.

V. RESULTADOS

Os resultados psicométricos obtidos na avaliação pré e pós-intervenção demonstram uma mudança de magnitude excepcional em todos os indicadores mensurados. A Tabela 1 apresenta os escores comparativos nos dois instrumentos.

Tabela 1: Escores nos instrumentos DASS-21 e BDI-II antes e após intervenção com TRG

Instrumento	Antes da TRG	Classificação	Depois da TRG	Classificação
DASS-21 (depressão)	34	extremamente severa	0	ausência
DASS-21 (ansiedade)	30	extremamente severa	0	ausência
DASS-21 (estresse)	38	extremamente severa	0	ausência
BDI-II (depressão)	42	grave	0	ausência

Classificações conforme Vignola e Tucci (2014) para o DASS-21 e Finger e Argimon (2013) para o BDI-II.

Os resultados revelam remissão completa em todas as dimensões avaliadas. Na DASS-21, os escores de depressão passaram de 34 (extremamente severo) para 0 (ausência); os de ansiedade de 30 (extremamente severo) para 0 (ausência); e os de estresse de 38 (extremamente severo) para 0 (ausência). No BDI-II, o escore de depressão passou de 42 (depressão grave) para 0 (ausência). Adicionalmente, houve

remissão completa da ideação suicida, conforme relatado pelo próprio paciente e confirmado pela avaliação clínica da terapeuta.

Além dos indicadores psicométricos, foram observadas mudanças qualitativas substanciais no funcionamento cotidiano de Ele ao longo e após o processo terapêutico. A terapeuta registrou as seguintes transformações: (a) o paciente deixou de forçar-se a trabalhar quando inibido pela dor física, sem que isso desencadeasse crises de raiva e confusão mental, indicando melhora significativa na regulação emocional; (b) retomou contato com uma pessoa com quem não conversava há 28 anos, sinalizando redução do isolamento social e abertura relacional; (c) relatou amar-se e reconhecer seu próprio valor, o que contrasta diretamente com o estado inicial de desvalia; (d) passou a ter momentos prazerosos com a família e a expressar desejo ativo de sair de casa e participar de eventos sociais; (e) compareceu à inauguração de um órgão público da cidade, comportamento que surpreendeu seus familiares dada a reclusão anterior; (f) relatou ausência de ódio pela avó e rancor pelo pai, experimentando em seu lugar sentimentos de alegria, paz e amor-próprio.

VI. DISCUSSÃO

Os resultados obtidos no tratamento deste paciente com TRG são consistentes com os achados de estudos anteriores que documentaram a efetividade desta abordagem em quadros graves de depressão, ansiedade e ideação suicida (Pereira, Santos & Lima-Verde, 2023; Santos & Lima-Verde, 2023; Rocha et al., 2025). A magnitude da mudança, remissão completa em todos os indicadores psicométricos, incluindo zeramento dos escores de depressão tanto no DASS-21 quanto no BDI-II, é clinicamente expressiva e merece análise aprofundada à luz dos mecanismos terapêuticos propostos.

O quadro clínico inicial deste sujeito, objeto do nosso estudo, configurava uma síndrome de sofrimento multidimensional cuja gênese remontava à infância. A teoria do trauma de desenvolvimento de Martins-Monteverde et al. (2017) é útil para compreender como a exposição prolongada à violência física e verbal intrafamiliar gerou, ao longo das décadas, um substrato psicopatológico que se manifestou tardiamente em toda a sua gravidade, amplificado pela dor crônica e pela incapacidade funcional. A literatura é consistente ao apontar que quanto mais precoce, prolongado e proveniente de figuras

de apego é o trauma, maior tende a ser a gravidade das manifestações psicopatológicas na vida adulta (Waikamp & Serralta, 2018; Breslau et al., 2014).

O papel central da memória autobiográfica no caso deste paciente pode ser observado especificamente na persistência da voz do pai, a introjeção negativa que ecoa internamente ao longo de décadas, repetindo a mensagem de incapacidade e desvalia. Esse fenômeno corresponde ao que Köhler et al. (2015) descrevem como esquemas mnemônicos negativos consolidados que orientam o processamento de informações de forma sistemática: toda experiência de fracasso, dificuldade ou limitação era processada através do filtro cognitivo-emocional instalado pela figura paterna, confirmando e perpetuando a crença nuclear negativa. A TRG, ao promover o reprocessamento direto das memórias autobiográficas que sustentam esses esquemas, opera sobre o substrato gerador dos sintomas e não apenas sobre suas expressões superficiais. Essa introjeção negativa funcionou como um esquema central disfuncional, orientando a percepção de si mesmo e do futuro de forma sistemática. A literatura sobre o impacto de mensagens parentais degradantes no desenvolvimento do self corrobora esse mecanismo: crenças nucleares negativas estabelecidas no contexto de figuras de apego tendem a ser automaticamente ativadas nas situações de avaliação, fracasso ou desafio ao longo da vida adulta (Waikamp & Serralta, 2018). Essa reativação emocional, longe de constituir um fator prejudicial ao processo, é inerente ao mecanismo de reconsolidação que fundamenta as abordagens de reprocessamento: é necessária a ativação das redes mnemônicas carregadas de afeto negativo para que a intervenção terapêutica possa operar sobre elas (Nader et al., 2000; Nader, 2003; Ecker, 2015).

O padrão observado nas primeiras sessões, em que o contato com memórias dolorosas foi inicialmente de extrema intensidade emocional, seguido de uma progressiva reorganização que permitiu o acesso a memórias positivas específicas, é coerente com o modelo de reconsolidação proposto por Nader et al. (2000) e sistematizado por Nader (2003), aplicado clinicamente por Ecker (2015). A reativação das redes mnemônicas carregadas de afeto negativo cria a condição para a atualização estrutural dos registros emocionais. A descoberta pelo paciente de que sua infância continha não apenas sofrimento, mas também alegria e brincadeiras, representa exatamente o tipo de experiência discrepante que, segundo o modelo de Ecker, é necessária para que a reconsolidação produza modificação adaptativa dos esquemas emocionais. Esse acesso a memórias positivas específicas é teoricamente relevante: Köhler et al. (2015) descrevem o déficit de acesso a memórias positivas como um dos

mecanismos centrais de manutenção da depressão, e a restauração desse acesso representa um indicador de reorganização mnemônica favorável.

A remissão da ideação suicida merece atenção específica. A literatura sobre suicídio identifica a tríade depressão-deseesperança-isolamento social como o cluster de risco mais fortemente associado ao comportamento suicida (Sanarmed, 2025). No caso de Ele, esses três elementos estavam presentes de forma intensa e convergente. A TRG não tratou a ideação suicida diretamente como alvo sintomático isolado, mas abordou os mecanismos geradores do sofrimento que alimentavam essa ideação, a crença de desvalia, o sentimento de inexistência social, a desesperança instalada pela voz paterna. Ao reorganizar esses registros nucleares, a ideação suicida desapareceu como consequência natural do alívio do sofrimento que a sustentava. A incapacidade funcional associada à dor crônica é reconhecida como fator de risco independente para o comportamento suicida, especialmente quando acompanhada de estigma social e perda de papéis socialmente valorizados. O isolamento social figura entre os principais fatores de risco para comportamento suicida, especialmente quando associado à depressão e à perda de senso de pertencimento (Sanarmed, 2025).

A comorbidade com o uso abusivo de álcool e com o comportamento de jogo patológico também merece análise à luz dos resultados obtidos. A AMB (2003) aponta que a comorbidade entre depressão e abuso de álcool intensifica os estados depressivos, diminui a resposta terapêutica e aumenta o risco de suicídio. No caso deste paciente, o uso de álcool já havia cessado antes do início do tratamento com TRG, abandono possibilitado pelo processo cirúrgico e pela posterior reorganização do acompanhamento psiquiátrico. A permanência dos sintomas depressivos graves mesmo após a cessação do álcool sugere que o alcoolismo funcionava como epifenômeno de um sofrimento mais profundo, de natureza traumática, que a TRG foi capaz de endereçar diretamente. A literatura é consistente ao apontar que a depressão frequentemente antecede o surgimento da dependência de álcool, que passa a ser usado como mecanismo de redução do estresse e melhora transitória do humor (AMB, 2003; UNIAD, 2019). No caso deste homem, os jogos representavam ainda uma resposta simbólica à injunção paterna: uma forma de provar que era capaz de ter e ser algo na vida.

O aspecto relacional do processo terapêutico também emerge como elemento clinicamente relevante. Ele descreveu a experiência de ser ouvido de forma acolhedora e respeitosa como algo que nunca havia existido em sua vida. A qualidade do vínculo

Barbosa, L. C.; Santos, J. S.; Lima-Verde, J. B. (2026). Terapia de Reprocessamento Generativo no Tratamento de Depressão Grave, Ansiedade e Ideação Suicida. Mentalis, 1(2), 45-76, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.31>

terapêutico no contexto de uma história marcada por vínculos de apego traumatizados constitui, em si mesma, uma experiência emocionalmente corretiva, o que o modelo de Ecker (2015) identificaria como a experiência discrepante necessária para a reconsolidação das memórias de rejeição e desvalia. O fato de ter mencionado o retorno ao contato com uma pessoa ausente há 28 anos sinaliza que a reorganização interna promovida pelo processo terapêutico se traduziu em abertura para novas possibilidades relacionais.

Importa notar que o processo terapêutico descrito não seguiu a lógica da eliminação de sintomas por supressão, mas da reorganização dos registros emocionais que geravam os sintomas. O perdão ao pai e à avó, que ele descreveu espontaneamente, não foi induzido como técnica, mas emergiu como consequência natural do reprocessamento das memórias. Esse aspecto é teoricamente consistente com a proposição de que a mudança terapêutica profunda opera sobre o nível dos esquemas emocionais implícitos e não apenas sobre as cognições conscientes ou os comportamentos observáveis (Ecker, 2015).

Os resultados obtidos em doze sessões, distribuídas em quatro semanas, merecem ainda ser analisados sob a perspectiva da brevidade e intensidade do formato de intervenção. A frequência elevada de sessões em uma janela temporal comprimida pode ter contribuído para a manutenção da ativação das redes mnemônicas ao longo do processo, otimizando as condições para a reconsolidação adaptativa. Essa hipótese demanda investigação futura com delineamentos controlados. Essa trajetória de elaboração interna corresponde ao que Ecker (2015) descreve como a sequência da mudança terapêutica profunda: ativação do esquema emocional, confronto com experiência discrepante, e reorganização estrutural das redes implícitas.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente relato de caso, a análise dos mecanismos terapêuticos envolvidos aponta para a coerência entre os procedimentos da TRG e os modelos neurocognitivos da reconsolidação de memórias, sugerindo que a efetividade clínica observada é sustentada por uma base mecanística identificável: a reativação das redes mnemônicas carregadas de afeto negativo, seguida de processamento elaborativo e experiência discrepante, promove a atualização estrutural dos registros emocionais que sustentam

o sofrimento. As mudanças qualitativas observadas, tais como reestabelecimento de vínculos sociais, participação em eventos públicos, relatos de amor-próprio e paz interior, ausência de ódio e rancor pelas figuras perpetradoras, indicam que as transformações alcançadas não se limitaram ao nível sintomático, mas alcançaram dimensões identitárias e relacionais mais profundas.

Este estudo apresenta as limitações inerentes ao delineamento de caso único: a impossibilidade de generalização direta dos resultados e a ausência de grupo controle. Investigações futuras com amostras maiores, delineamentos controlados e seguimento longitudinal são necessárias para o avanço do corpo de evidências sobre a efetividade da TRG. Adicionalmente, estudos sobre os correlatos neurobiológicos das mudanças produzidas pela TRG, em diálogo com a literatura sobre reconsolidação de memórias e regulação emocional, constituem uma agenda de pesquisa relevante para o campo. O presente relato contribui para o crescente corpo de evidências sobre a TRG como abordagem terapêutica orientada ao trauma e às memórias autobiográficas, com potencial de efetividade em quadros graves que não respondem satisfatoriamente aos tratamentos convencionais.

GENERATIVE REPROCESSING THERAPY IN THE TREATMENT OF SEVERE DEPRESSION, ANXIETY AND SUICIDAL IDEATION

Lucimar Cruz Barbosa¹, Jair Soares dos Santos², Juliana Bezerra Lima-Verde²

¹Independent TRG Therapist

²Brazilian Institute of Therapist Training (IBFT)

Email for the correspondence: lucimaratn1@gmail.com

ABSTRACT

This article aims to discuss a clinical case report of a male patient who attended Generative Reprocessing Therapy (TRG) presenting with a functional diagnosis of extremely severe depression, extremely severe anxiety, extremely severe stress, and active suicidal ideation, as assessed by the standardised DASS-21 and BDI-II instruments. The clinical history revealed prolonged exposure to intrafamilial physical and verbal violence during childhood, alcohol misuse, pathological gambling behaviour, progressive social isolation, and functional incapacity secondary to a chronic health condition. The treatment was conducted using TRG and involved the application of chronological, somatic, thematic, future-oriented, and enhancement protocols, totalling eleven sessions delivered over a four-week period. Post-intervention results demonstrated complete remission of scores on both psychometric instruments, with all indicators of depression, anxiety, and stress reduced to zero, alongside the total disappearance of suicidal ideation. The clinical effectiveness of TRG in the context of multiple comorbidities and developmental trauma is discussed, relating the findings to the literature on autobiographical memory reconsolidation, emotional regulation, and trauma-oriented psychotherapies.

Keywords: reprocessing; generative; severe depression; suicidal ideation; anxiety; stress.

I. INTRODUCTION

Depression holds a central position among mental disorders with the greatest global impact. According to estimates from the World Health Organisation (WHO, 2023),

Barbosa, L. C.; Santos, J. S.; Lima-Verde, J. B. (2026). *Terapia de Reprocessamento Generativo no Tratamento de Depressão Grave, Ansiedade e Ideação Suicida*. Mentalis, 1(2), 45-76, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.31>

more than 280 million people worldwide live with depression, with Brazil ranking among the countries with the highest proportional prevalence of mental disorders, at rates exceeding 14% of the population (GBD, 2017). In the national context, depression constitutes a significant public health problem, compounded by the scarcity of mental health resources and regional inequalities in access to specialised treatment (Razzouk, 2016).

The severity of depressive presentations is considerably amplified when associated with suicidal ideation. Severe depressive episodes with psychotic symptoms or severely impaired functioning are linked to suicide rates of up to 15% of cases, characterising a clinical emergency that demands interventions oriented not merely towards symptom relief but towards the aetiological roots of suffering (Razzouk, 2016). Suicidal behaviour is directly correlated with the presence of hopelessness, social isolation, and intense emotional dysregulation — factors that frequently originate in adverse early experiences (Waikamp & Serralta, 2018).

The scientific literature accumulated over recent decades consolidates the association between developmental trauma, particularly physical and verbal intrafamilial violence in childhood, and the emergence of severe psychopathologies in adult life. Martins-Monteverde et al. (2017) demonstrated that disorders related to trauma and early stressors are associated with the development of depressive and anxious presentations in adulthood, whilst Waikamp and Serralta (2018) highlighted that psychopathological severity tends to be proportional to the earliness, intensity, and recurrence of traumatic experiences. Breslau et al. (2014) and Isvoranu et al. (2017) corroborate that childhood trauma predisposes individuals to presentations of greater clinical severity, including heightened interpersonal sensitivity, paranoid ideation, and treatment-resistant depression.

The presence of associated risk behaviours, such as alcohol misuse, further amplifies the clinical vulnerability of these individuals. The comorbidity between alcoholism and depression is extensively documented and characterised by a bidirectional relationship: depression may precede and motivate alcohol use as a strategy of emotional self-regulation, whilst chronic alcohol consumption, being a central nervous system depressant, intensifies depressive states, reduces therapeutic response, and significantly increases suicide risk (AMB, 2003). According to the World Health Organisation, alcoholism figures among the most frequent diagnoses among individuals who die by suicide (WHO, 2023).

Barbosa, L. C.; Santos, J. S.; Lima-Verde, J. B. (2026). *Terapia de Reprocessamento Gerativo no Tratamento de Depressão Grave, Ansiedade e Ideação Suicida*. *Mentalis*, 1(2), 45-76, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.31>

In the face of this complex clinical picture, which frequently fails to respond satisfactorily to conventional psychotherapies, Generative Reprocessing Therapy (TRG) presents itself as an innovative approach directed at the reprocessing of emotional memories linked to adverse experiences (Oliveira et al., 2024). TRG is theoretically grounded in the neuroscience of memory, particularly in evidence on the reconsolidation of autobiographical memories, a phenomenon that demonstrates the possibility of modifying consolidated emotional records when these are reactivated in a therapeutic context and confronted with new, discrepant experiences (Nader et al., 2000; Nader, 2003; Ecker, 2015).

Previous case studies of patients treated with TRG have demonstrated effectiveness in the remission of depressive and anxious symptoms and suicidal ideation in patients who had not obtained satisfactory results from conventional approaches (Pereira et al., 2023; Santos & Lima-Verde, 2023). The present case report aims to discuss the psychometric outcomes obtained in the treatment of a patient with a severe and multifactorial presentation, thereby expanding the body of evidence available on the clinical application of TRG.

II. THEORETICAL FRAMEWORK

1. DEVELOPMENTAL TRAUMA AND PSYCHOPATHOLOGY

The concept of developmental trauma refers to the set of adverse experiences occurring in childhood and adolescence that compromise the individual's healthy psychic development. The post-Freudian literature, represented by authors such as Winnicott (1987/2012), Kohut (1984), and Fonagy et al. (2013), emphasises the importance of a secure primary environment, provided by empathic and protective caregivers, for satisfactory psychic development. The absence of such conditions, particularly when replaced by violence, humiliation, and rejection, creates conditions for the development of dysfunctional core beliefs and deficient emotional regulation patterns that persist throughout adult life (Waikamp & Serralta, 2018).

*Intrafamilial violence, particularly that perpetrated by authority figures such as parents and grandparents, represents an especially deleterious form of adverse early experience, as it combines the rupture of the trust bond with exposure to threatening content originating from the very attachment figures themselves (Martins-Monteverde et al., 2017). Brazilian epidemiological studies indicate that parents, family members, Barbosa, L. C.; Santos, J. S.; Lima-Verde, J. B. (2026). *Terapia de Reprocessamento Generativo no Tratamento de Depressão Grave, Ansiedade e Ideação Suicida*. Mentalis, 1(2), 45-76, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.31>*

friends, and neighbours account for the majority of aggressors identified in cases of child domestic violence reported to the Ministry of Health, rendering this type of experience particularly harmful to psychic development (Ministério da Saúde, 2011, cited in BJIHS, 2024).

The neurobiological and psychological consequences of early trauma are extensive and long-lasting. From a cognitive standpoint, developmental trauma is associated with the development of global negative schemas about the self and the world, a tendency towards mnemonic overgeneralisation, in which specific memories are replaced by negative categorical representations and chronic rumination (Köhler et al., 2015). From an emotional standpoint, a persistent dysregulation develops that impairs access to positive affective states and maintains the threat system in a state of chronic hyperactivation.

2. AUTOBIOGRAPHICAL MEMORIES, RECONSOLIDATION AND THERAPEUTIC CHANGE

Autobiographical memories occupy a central position in the processes of identity formation and in the maintenance of chronic affective states. Köhler et al. (2015) describe four central domains of mnemonic processing deficits in individuals with major depression: a systematic bias towards emotionally negative material; diminished access to positive memories; a predominance of overgeneralised memories at the expense of specific autobiographical memories; and processes of rumination and avoidance that perpetuate depressive cycles. This mnemonic configuration, particular to depression, is not merely symptomatic: it constitutes a mechanism for maintaining the disorder.

The phenomenon of memory reconsolidation represents one of the most significant findings in neuroscience for contemporary psychotherapeutic practice. In 2000, Nader et al. demonstrated that previously consolidated fear memories require new protein synthesis in the amygdala to restabilise following reactivation, a seminal finding that the act of recollection renders the memory transiently labile and modifiable. In a subsequent systematic review, Nader (2003) formalised the open memory trace model, proposing that the reactivation of a consolidated memory returns it to a sensitive state in which it can be modified, strengthened, or erased before being stored once more. This post-reactivation plasticity window represents the neurobiological basis by which therapeutic interventions can promote the structural updating of painful emotional contents.

Ecker (2015) developed a clinical formulation based on this mechanism, describing how the precise activation of implicit networks associated with suffering, followed by a discrepant and emotionally corrective experience, can produce deep and lasting changes without the need for exhaustive repetition. This understanding distinguishes memory-reprocessing psychotherapies from purely cognitive or behavioural approaches, which operate predominantly on conscious processes without necessarily reaching the emotional substrate consolidated in implicit records.

In the clinical field, studies on EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing) (Shapiro, 1989) have demonstrated that therapeutic intervention directed at the reprocessing of traumatic memories promotes not only a reduction in associated distress, but also the reorganisation of autobiographical narratives, increasing their complexity, specificity, and coherence (Aiello et al., 2022). This evidence supports the hypothesis that approaches focused on the reprocessing of memories carrying a high negative emotional load produce changes that transcend the symptomatic level, reaching the organisational structure of autobiographical memory and, consequently, of identity.

3. GENERATIVE REPROCESSING THERAPY (TRG)

Generative Reprocessing Therapy (TRG) was developed by Brazilian psychologist and researcher Jair Soares dos Santos, drawing on his clinical experience with patients who did not obtain satisfactory results from conventional psychotherapeutic approaches. The foundation of the treatment is the evocation and reprocessing of autobiographical memories, and the term generative reflects one of its central conceptual distinguishing features: the approach is not limited to resolving painful experiences from the past, but is also oriented towards the active construction of a possible and idealised future envisioned by the patient themselves, generating new possibilities and perspectives (Pereira et al., 2023).

TRG is structured around five complementary clinical protocols. The chronological protocol organises therapeutic work in a temporal progression encompassing the different phases of the patient's life, allowing the systematic mapping of relevant experiences and the identification of recurrent patterns. The somatic protocol addresses the bodily records associated with emotional experiences, recognising that trauma is frequently stored not only as verbal narrative but as bodily memory. The thematic protocol organises reprocessing around central thematic axes in the patient's history,

such as abandonment, rejection, shame, or failure. The future protocol orients the patient towards the construction of new existential possibilities. The potentializing protocol consolidates therapeutic gains and strengthens the patient's internal resources (Oliveira et al., 2024).

Case studies published in scientific journals have demonstrated the effectiveness of TRG across different clinical settings. Pereira et al. (2023) reported four cases of patients with depression, anxiety, and suicidal ideation who had not responded satisfactorily to conventional treatments and who, following treatment with TRG, achieved remission of symptoms as assessed by the DASS-21. Santos and Lima-Verde (2023) published data from a case of a 52-year-old man with depression and anxiety who, after 30 sessions of TRG, achieved complete symptom remission without the need for previously prescribed medications, maintaining the results after nearly two years of follow-up. This evidence, accumulated across diverse clinical contexts, points to the consistency of the intervention model proposed by TRG.

III. METHODOLOGY

This work constitutes a clinical case study of a qualitative and quantitative nature, the aim of which is to describe the therapeutic process and the outcomes obtained through the application of TRG in a patient presenting with severe depression, extremely severe anxiety, extremely severe stress, and active suicidal ideation. Data collection was carried out through systematised clinical assessment, administration of psychometric instruments validated for the Brazilian population at pre- and post-intervention time points, and clinical records kept by the therapist responsible for the treatment.

The cut-off points used for score classification follow the criteria established by Lovibond and Lovibond (2004) for the DASS-21, as adapted by Vignola and Tucci (2014), and the normative criteria for the BDI-II according to Finger and Argimon (2013). The intervention protocol was conducted by a therapist certified in TRG, following the standardised procedures established by the Brazilian Institute of Therapist Training (IBFT).

This report was prepared with the patient's informed consent, ensuring the preservation of his identity using data that permit only the identification of the general clinical profile, without enabling personal identification. All information was handled in

accordance with the ethical principles governing psychological research in Brazil, in compliance with CFP Resolution No. 016/2000 and CNS Resolution No. 510/2016.

IV. CASE REPORT

1. PATIENT PRESENTATION AND CHIEF COMPLAINT

A 47-year-old adult male who commenced the therapeutic process with TRG in January 2026, presenting with a chief complaint of depression, anxiety, and stress of extremely severe intensity, accompanied by active suicidal ideation. At the initial assessment, the scores obtained on the psychometric instruments confirmed the severity of the presentation: DASS-21 with 34 points on the depression subscale (extremely severe level), 30 points on the anxiety subscale (extremely severe level), and 38 points on the stress subscale (extremely severe level); BDI-II with a score of 42 points (severe depression).

At the time treatment commenced, the patient had been receiving psychiatric and psychological care for at least two years, without prior results having promoted any significant remission of symptoms. He was taking psychotropic medication as prescribed by his psychiatrist; however, he had reported using doses more than those recommended, which revealed a relationship with medication partially governed by the dysfunctional emotional self-regulation pattern that had characterised his life history.

2. LIFE HISTORY AND CLINICAL CONTEXT

This man's life history is marked by significant and prolonged exposure to physical and verbal violence during childhood, perpetrated by his father and paternal grandmother. His father was described as an authoritarian, coarse, and incomprehensible man who went so far as to expel him from the family home when he was approximately eight years old, an episode averted only by his mother's intervention. This event, which literally threatened the child's survival and sense of family belonging, installed a deep emotional record of rejection and worthlessness that accompanied him throughout his adult life. Particularly significant was the father's voice that echoed internally: you will never achieve anything or amount to anything in life.

His development was marked by profound insecurity, low self-esteem, and an apparent contradiction between internal vulnerability and the external presentation of strength. His conduct oscillated between behaviours of aggression and truculence, used

as a strategy of self-assertion when he perceived threats to his self-image and moments of regression to a childlike state of need for comfort and attention, particularly within the domestic environment. This pattern is characteristic of psychic organisations forged in contexts of traumatised attachment, in which the defence system and the bonding system coexist in a conflictual and poorly integrated manner.

In response to unprocessed emotional suffering, the patient developed two patterns of risk behaviour: alcohol misuse and participation in gambling. Both functioned as strategies of experiential avoidance, attempts to anaesthetise internal pain and to find an alternative route to the sense of worth and competence that his father's voice denied him.

His clinical situation was progressively worsened by the onset of a chronic health condition involving spinal compromise, which evolved to the point of rendering him unable to work and to provide financially for his family. The chronic pain and functional incapacity generated a spiral of deterioration: being unable to work intensified his outbursts of rage, mental confusion, and feelings of worthlessness. He underwent high-risk surgery, with the possibility of losing the ability to walk, which dramatically intensified his suffering and plunged him into a depressive state of extreme severity.

Progressive social isolation characterised the months preceding his seeking treatment with TRG. He stopped leaving his home, avoided social events, reduced contact with family members to a minimum and developed a sensation of non-existence, of being physically present yet internally dead. He was capable of smiling outwardly whilst living in a state of internal disintegration. The dissociation between social presentation and internal state is an indicator of clinical severity and of deepening psychic isolation.

3. THERAPEUTIC PROCESS

Treatment commenced on 14 January 2026 and was concluded on 5 February 2026, with a total duration of four weeks. Twelve sessions were conducted, distributed as follows: two sessions in the first week (14/01); two sessions in the second week (21/01 and 22/01); two sessions in the third week (31/01 and 01/02); and five sessions in the fourth week (03/02, 04/02, and 05/02), totalling twelve clinical sessions. The initial assessment lasted two hours and thirty minutes. The distribution of protocols was as follows: 3.5 sessions of the chronological protocol; 1.5 sessions of the somatic protocol;

4 sessions of the thematic protocol; 1 session of the future protocol; and 1 session of the potentialization protocol.

The first sessions, corresponding to the chronological protocol, were described by the patient as extremely painful. Contact with childhood memories marked by violence, rejection, and the message of worthlessness conveyed by his father mobilised him intensely. From the third session onwards, the patient reported a significant shift in the quality of the reprocessing experience. In revisiting his childhood memories, he began to access not only the pain and episodes of violence, but also memories of joy, play, and lightness from the child he had once been.

The somatic protocol enabled him to contact the bodily records associated with the traumatic experiences, the places in his body where fear, shame, and rage had become habitual physical patterns. Work with the thematic protocol deepened the processing around the central axes of his history: abandonment, rejection, the belief in worthlessness instilled by his father, and the patterns of self-validation through risk behaviours. Throughout the treatment, he progressively began to describe his experience in terms of forgiveness, learning, and understanding. He worked through forgiveness towards others, towards his father and grandmother and forgiveness towards himself for years of self-destructive behaviours, arriving at the understanding that the world did not revolve around him, and at the perception that he was not a powerless victim of life, but an agent capable of making choices and constructing a different future. The future protocol oriented him towards the construction of new existential possibilities, helping him to elaborate concrete images and expectations of a desired future. The potentialization protocol consolidated the gains and strengthened the internal resources accessed throughout the process. At the close of this final session, he expressed: It is difficult to describe in words what I am feeling at this moment. I never believed that one day I would know the meaning of the word happiness.

V. RESULTS

The psychometric results obtained at the pre- and post-intervention assessments demonstrate a change of exceptional magnitude across all measured indicators. Table 1 presents the comparative scores on both instruments.

Table 1: Scores on the DASS-21 and BDI-II instruments before and after TRG intervention

Instrument	Before TRG	Classification	After TRG	Classification
DASS-21 (depression)	34	extremely severe	0	absent
DASS-21 (anxiety)	30	extremely severe	0	absent
DASS-21 (stress)	38	extremely severe	0	absent
BDI-II (depression)	42	severe	0	absent

Classifications according to Vignola and Tucci (2014) for the DASS-21 and Finger and Argimon (2013) for the BDI-II.

The results reveal complete remission across all assessed dimensions. On the DASS-21, depression scores moved from 34 (extremely severe) to 0 (absent); anxiety scores from 30 (extremely severe) to 0 (absent); and stress scores from 38 (extremely severe) to 0 (absent). On the BDI-II, the depression score moved from 42 (severe depression) to 0 (absent). Additionally, complete remission of suicidal ideation was observed, as reported by the patient himself and confirmed by the therapist's clinical assessment.

Beyond the psychometric indicators, substantial qualitative changes were observed in the patient's daily functioning throughout and following the therapeutic process. The therapist recorded the following transformations: (a) the patient ceased forcing himself to work when inhibited by physical pain, without this triggering outbursts of rage or mental confusion, indicating significant improvement in emotional regulation; (b) he re-established contact with a person he had not spoken to for 28 years, signalling a reduction in social isolation and relational openness; (c) he reported loving himself and recognising his own worth, in direct contrast to his initial state of worthlessness; (d) he began to experience pleasurable moments with his family and to express an active desire to leave the house and participate in social events; (e) he attended the inauguration of a public building in his city, a behaviour that surprised his family members given his previous reclusiveness; (f) he reported an absence of hatred towards his grandmother and resentment towards his father, experiencing in their place feelings of joy, peace, and self-love.

VI. DISCUSSION

The results obtained in this patient's treatment with TRG are consistent with the findings of previous studies that documented the effectiveness of this approach in severe presentations of depression, anxiety, and suicidal ideation (Pereira, Santos & Lima-Verde, 2023; Santos & Lima-Verde, 2023; Rocha et al., 2025). The magnitude of the change, complete remission across all psychometric indicators, including zeroing of depression scores on both the DASS-21 and the BDI-II, is clinically significant and warrants in-depth analysis in light of the proposed therapeutic mechanisms.

The patient's initial clinical presentation constituted a syndrome of multidimensional suffering whose genesis traced back to childhood. The developmental trauma theory of Martins-Monteverde et al. (2017) is useful for understanding how prolonged exposure to intrafamilial physical and verbal violence generated, over the course of decades, a psychopathological substrate that manifested in its full severity later in life, amplified by chronic pain and functional incapacity. The literature is consistent in indicating that the earlier, more prolonged, and more originating from attachment figures a trauma is, the greater the severity of psychopathological manifestations tends to be in adult life (Waikamp & Serralta, 2018; Breslau et al., 2014).

The central role of autobiographical memory in this case can be observed specifically in the persistence of the father's voice, the negative introjection that echoed internally over decades, repeating the message of incapacity and worthlessness. This phenomenon corresponds to what Köhler et al. (2015) describe as consolidated negative mnemonic schemas that systematically orient information processing: every experience of failure, difficulty, or limitation was processed through the cognitive-emotional filter installed by the paternal figure, confirming and perpetuating the negative core belief. TRG, by promoting the direct reprocessing of the autobiographical memories that sustain these schemas, operates upon the substrate that generates the symptoms, rather than merely upon their surface-level expressions. This negative introjection functioned as a central dysfunctional schema, systematically orienting self-perception and the view of the future. The literature on the impact of denigrating parental messages on the development of the self-corroborates this mechanism: negative core beliefs established in the context of attachment figures tend to be automatically activated in situations of evaluation, failure, or challenge throughout adult life (Waikamp & Serralta, 2018). This emotional reactivation, far from constituting a factor detrimental to the process, is inherent to the reconsolidation mechanism that underpins reprocessing approaches: the

activation of affectively charged mnemonic networks is necessary in order for the therapeutic intervention to operate upon them (Nader et al., 2000; Nader, 2003; Ecker, 2015).

The pattern observed in the initial sessions, in which contact with painful memories was initially of extreme emotional intensity, followed by a progressive reorganisation that permitted access to specific positive memories, is consistent with the reconsolidation model proposed by Nader et al. (2000) and systematised by Nader (2003), as applied clinically by Ecker (2015). The reactivation of negatively charged mnemonic networks creates the conditions for the structural updating of emotional records. The patient's discovery that his childhood contained not only suffering but also joy and play represents precisely the type of discrepant experience that, according to Ecker's model, is necessary for reconsolidation to produce adaptive modification of emotional schemas. This access to specific positive memories is theoretically significant: Köhler et al. (2015) describe the deficit in access to positive memories as one of the central maintenance mechanisms of depression, and the restoration of this access represents a favourable indicator of mnemonic reorganisation.

The remission of suicidal ideation warrants specific attention. The literature on suicide identifies the triad of depression–hopelessness–social isolation as the risk cluster most strongly associated with suicidal behaviour (Sanarmed, 2025). In this patient's case, all three elements were present with intensity and convergence. TRG did not address suicidal ideation directly as an isolated symptomatic target but instead addressed the generative mechanisms of suffering that were feeding that ideation, the belief in worthlessness, the sense of social non-existence, the hopelessness installed by the father's voice. By reorganising these nuclear records, the suicidal ideation disappeared as a natural consequence of the relief from the suffering that had sustained it. Functional incapacity associated with chronic pain is recognised as an independent risk factor for suicidal behaviour, particularly when accompanied by social stigma and the loss of socially valued roles. Social isolation figures among the main risk factors for suicidal behaviour, especially when associated with depression and the loss of a sense of belonging (Sanarmed, 2025).

The comorbidity with alcohol misuse and pathological gambling also warrants analysis in light of the results obtained. The AMB (2003) indicates that the comorbidity between depression and alcohol misuse intensifies depressive states, diminishes therapeutic response, and increases suicide risk. In this patient's case, alcohol use had

already ceased prior to the commencement of TRG treatment, an abandonment made possible by the surgical process and the subsequent reorganisation of his psychiatric follow-up. The persistence of severe depressive symptoms even after alcohol cessation suggests that the alcoholism was functioning as an epiphenomenon of a deeper suffering of a traumatic nature, which TRG was able to address directly. The literature is consistent in indicating that depression frequently precedes the onset of alcohol dependence, which is then used as a mechanism for stress reduction and transient mood improvement (AMB, 2003; UNIAD, 2019). In this patient's case, gambling also represented a symbolic response to the paternal injunction: a means of proving that he could have and being something in life.

The relational aspect of the therapeutic process also emerges as a clinically relevant element. He described the experience of being heard in a welcoming and respectful manner as something that had never existed in his life. The quality of the therapeutic bond in the context of a history marked by traumatising attachment relationships constitutes, in itself, an emotionally corrective experience, what Ecker's (2015) model would identify as the discrepant experience necessary for the reconsolidation of memories of rejection and worthlessness. The fact that he mentioned re-establishing contact with a person absent from his life for 28 years signals that the internal reorganisation promoted by the therapeutic process translated into an openness to new relational possibilities.

It is important to note that the therapeutic process described did not follow the logic of symptom elimination through suppression, but rather the reorganisation of the emotional records that were generating the symptoms. The forgiveness towards his father and grandmother, which he described spontaneously, was not induced as a technique but emerged as a natural consequence of the reprocessing of memories. This aspect is theoretically consistent with the proposition that deep therapeutic change operates at the level of implicit emotional schemas, rather than merely upon conscious cognitions or observable behaviours (Ecker, 2015).

The results obtained across twelve sessions distributed over four weeks also merit analysis from the perspective of the brevity and intensity of the intervention format. The high frequency of sessions within a compressed time window may have contributed to the maintenance of mnemonic network activation throughout the process, optimising the conditions for adaptive reconsolidation. This hypothesis warrants future investigation with controlled designs. This trajectory of internal elaboration corresponds to what Ecker

(2015) describes as the sequence of deep therapeutic change: activation of the emotional schema, confrontation with a discrepant experience, and structural reorganisation of implicit networks.

VII. FINAL CONSIDERATIONS

In the present case report, analysis of the therapeutic mechanisms involved points to the coherence between TRG procedures and neurocognitive models of memory reconsolidation, suggesting that the observed clinical effectiveness is underpinned by an identifiable mechanistic basis: the reactivation of negatively charged mnemonic networks, followed by elaborative processing and discrepant experience, promotes the structural updating of the emotional records that sustain suffering. The qualitative changes observed, including the re-establishment of social bonds, participation in public events, reports of self-love and inner peace, and the absence of hatred and resentment towards the perpetrating figures, indicate that the transformations achieved were not limited to the symptomatic level, but reached deeper identity-related and relational dimensions.

This study presents the limitations inherent to a single-case design: the impossibility of directly generalising the results and the absence of a control group. Future investigations with larger samples, controlled designs, and longitudinal follow-up are necessary to advance the body of evidence on the effectiveness of TRG. Additionally, studies on the neurobiological correlates of the changes produced by TRG, in dialogue with the literature on memory reconsolidation and emotional regulation, constitute a relevant research agenda for the field. The present report contributes to the growing body of evidence on TRG as a trauma- and autobiographical memory-oriented therapeutic approach, with potential effectiveness in severe presentations that do not respond satisfactorily to conventional treatments.

REFERÊNCIAS/REFERENCIAS

Associação Médica Brasileira (AMB). (2003). Projeto Diretrizes: Abuso e dependência de álcool. Associação Médica Brasileira.

Barbosa, L. C.; Santos, J. S.; Lima-Verde, J. B. (2026). *Terapia de Reprocessamento Generativo no Tratamento de Depressão Grave, Ansiedade e Ideação Suicida*. *Mentalis*, 1(2), 45-76, 2026 – <https://doi.org/10.65484/mentalis.v1.31>

- Aiello, M., Frumento, P., Migliorini, M., Orsucci, F., & Moccia, L. (2022). Randomized trial on the effects of a group EMDR intervention on narrative complexity and specificity of autobiographical memories. *Frontiers in Psychology*, 13, 886875. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.886875>
- Breslau, N., Koenen, K. C., Luo, Z., Agnew-Blais, J., Swanson, S., Houts, R. M., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). Childhood maltreatment, juvenile disorders and adult post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological Medicine*, 44(9), 1937–1945.
- Ecker, B. (2015). Memory reconsolidation understood and misunderstood. *International Journal of Neuropsychotherapy*, 3(1), 2–46.
- 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.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2013). Affect regulation, mentalization, and the development of the self. Other Press.
- Global Burden of Disease Collaborative Network. (2018). Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME).
- Gomes-Oliveira, M. H., Gorenstein, C., Lotufo Neto, F., Andrade, L. H., & Wang, Y. P. (2012). Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(4), 389–394.
- Isvoranu, A. M., van Borkulo, C. D., Boyette, L. L., Wigman, J. T. W., Vinkers, C. H., & Borsboom, D. (2017). A network approach to psychosis: pathways between childhood trauma and psychotic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, 43(1), 187–196.
- Köhler, C. A., Carvalho, A. F., Alves, G. S., McIntyre, R. S., Hyphantis, T. N., & Cammarota, M. (2015). Autobiographical memory disturbances in depression: a novel therapeutic target? *Neural Plasticity*, 2015, 759139.
- Kohut, H. (1984). How does analysis cure? University of Chicago Press.

- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (2004). Manual for the Depression Anxiety Stress Scales (4a ed.). Psychology Foundation of Australia.
- Martins-Monte Verde, C. M. S., Padovan, T., & Juruena, M. F. (2017). Transtornos relacionados a traumas e a estressores. *Medicina (Ribeirão Preto, Online)*, 50(Supl. 1), 37–50. <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v50isupl1.p37-50>
- Nader, K. (2003). Memory traces unbound. *Trends in Neurosciences*, 26(2), 65–72. [https://doi.org/10.1016/S0166-2236\(02\)00042-5](https://doi.org/10.1016/S0166-2236(02)00042-5)
- Nader, K., Schafe, G. E., & LeDoux, J. E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval. *Nature*, 406(6797), 722–726. <https://doi.org/10.1038/35021052>
- 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.
- Pereira, A. G., Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023). Depressão e Terapia de Reprocessamento Gerativo (TRG): um novo caminho. *Mental*, 15(28), 1–18. <https://doi.org/10.5935/1679-4427.v15n28.0008>
- Razzouk, D. (2016). Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da saúde? *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(4), 845–848. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742016000400018>
- 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 Gerativo na Remissão da Depressão e da Ansiedade Oriundas de Violência Familiar. *Mentalis*, 2(3), 52-76.
- Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023). Aplicação da Terapia de Reprocessamento Gerativo (TRG) em um caso de depressão e ansiedade generalizada. *RevSALUS – Revista Científica Internacional da Rede Acadêmica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(3).
- Santos, J. S., & Lima-Verde, J. B. (2023). Depression, anxiety, and suicidal ideation: A case resolved by Generative Reprocessing Therapy (TRG). In 4th Integrative Medicine Scientific Award. Porto, Portugal.

- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), 211–217. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6)
- Vignola, R. C. B., & Tucci, A. M. (2014). Adaptation and validation of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) to Brazilian Portuguese. *Journal of Affective Disorders*, 155, 104–109. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.10.031>
- Waikamp, V., & Serralta, F. B. (2018). Repercussões do trauma na infância na psicopatologia da vida adulta. *Barbarói*, 53, 167–181.
- Winnicott, D. W. (2012). O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional. Artmed. (Obra original publicada em 1987)
- World Health Organization. (2023). *Depressive disorder (depression)*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>