

Esquemas desadaptativos e sua relação com o transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática

Maladaptive schemas and its relationship with posttraumatic stress disorder: A systematic review

Nathália **SUSIN**¹
Clarissa Salle **CARVALHO**¹
Christian Haag **KRISTENSEN**²

Resumo

Esquemas iniciais desadaptativos são elaborados ao longo da vida; embora duradouro e resistente à mudança, o esquema pode ser definido como uma rede de crenças estruturadas, inter-relacionadas, que norteiam o comportamento do indivíduo, podendo ser denominado de crença. Serve como modelo de processamento da informação para as vivências do indivíduo, fazendo da terapia um desafio. Este estudo visa investigar os principais esquemas/crenças disfuncionais e esquemas iniciais desadaptativos afetados no transtorno de estresse pós-traumático. Através de uma revisão sistemática em bases de dados eletrônicas entre os anos de 2000 e 2009, constatou-se uma associação entre o transtorno de estresse pós-traumático e esquemas/crenças disfuncionais; os esquemas mais afetados relacionam-se à visão de si, dos outros e do mundo. No que tange aos esquemas iniciais desadaptativos, os mais afetados são isolamento/alienação social e vergonha/defectividade. Esses resultados são clinicamente relevantes, pois é preciso considerar as distorções cognitivas subjacentes à sintomatologia pós-traumática.

Palavras-chave: Crenças irracionais; Esquemas iniciais adaptativos; Transtornos de estresse pós-traumático.

Abstract

Early Maladaptive Schemas are developed throughout life, long term structures and resistant to change, on the other hand schemes can be defined as a network of structured and interrelated beliefs that guide individual's behavior, often called belief. Therapy becomes a challenge since schemas are used as information processing models for personal experiences. This study aims to investigate the main dysfunctional schemas/beliefs and Early Maladaptive Schemas affected in Posttraumatic Stress Disorder. A systematic review in electronic databases between the years 2000 and 2009 was conducted and showed an association between Posttraumatic Stress Disorder and dysfunctional schemas/

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Psicólogas. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, Sala 933, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. C.H. KRISTENSEN. E-mail: <christian.kristensen@pucrs.br>.

beliefs, and the most affected are related to perception of self, others and the world. With respect to Early Maladaptive Schemas, the most affected are isolation/social alienation and shame/defective. These results are clinically relevant since it is necessary to consider the cognitive dysfunctions underlying posttraumatic symptomatology.

Keywords: Irrational beliefs; Early maladaptive schema; Stress disorder, post-traumatic.

O termo esquema é utilizado em diversas áreas do conhecimento, tais como matemática, educação, computação, psicologia e filosofia, sendo amplamente definido como conformação, armação ou estrutura. Originado da palavra grega “*σχῆμα*” (*skhēma*), também pode ser compreendido como plano, forma, modo de ser ou aparência. Nesse sentido, o termo foi empregado primordialmente pelos filósofos estóicos como maneira de apresentar os princípios da lógica (Young, Klosko, & Weishaar, 2008). Já para o filósofo Immanuel Kant, esquemas seriam estruturas inatas com a função de organizar a percepção do indivíduo sobre o meio que o cerca através da associação de conceitos e categorias às imagens mentais dos objetos (Eysenck & Keane, 1994).

Na Psicologia, o conceito de esquema tem uma longa tradição, sobretudo com os trabalhos pioneiros de psicólogos cognitivos europeus. Sir Frederic Bartlett, na década de 1930, sugeriu que os processos de evocação eram influenciados por expectativas, que tinham uma forma esquemática de representação (Duarte, Nunes, & Kristensen, 2008; Eysenck & Keane, 1994, 2007). Ao mesmo tempo, Jean Piaget sugeriu que um esquema seria uma estrutura cognitiva organizada na memória e auxiliaria na compreensão de eventos, situações e conceitos quando um sujeito se encontra em contato com o ambiente. Conforme ilustrado em Duarte et al. (2008), o conceito de esquema foi atualizado à medida que a Psicologia Cognitiva se estruturava como a abordagem predominante na área. Assim, Sternberg (2000, 2008) refere que os conceitos (unidade fundamental do conhecimento simbólico) podem estar organizados em esquemas, que são estruturas mentais para representar o conhecimento.

Já para a terapia cognitiva, os esquemas são “qualquer tipo de princípio organizativo amplo que um indivíduo use para entender a própria experiência de vida” (Young et al., 2008). Segundo Beck

(1976), um esquema pode ser definido como uma rede de crenças estruturadas e inter-relacionadas que norteiam o sujeito na maneira como ele age e se porta diante dos acontecimentos. Além disso, Beck, Freeman, & Davis, 2005 caracterizou os esquemas de acordo com suas valências, que podem variar de latente a hipervalente. Desse modo, quando um esquema encontra-se hipervalente, está ativamente organizando e processando as informações recebidas pelo indivíduo, acarretando um viés nesse processamento, o que leva a um predomínio de esquemas idiossincráticos sobre outros mais adaptativos. Dessa forma, um sujeito pode ter um esquema disfuncional buscando manter uma visão de si, do mundo e dos outros, coerente e estável, mesmo que na verdade o seu olhar esteja distorcido.

A partir de uma tentativa de ampliar o modelo cognitivo, surgiram os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID), definidos como estruturas estáveis e duradouras, desenvolvidas durante a infância, elaboradas ao longo da vida e disfuncionais. Esses esquemas são agrupados em cinco domínios relacionados à forma como a criança irá vivenciar algumas experiências na infância. Quando o ambiente não é ótimo, pode haver um prejuízo em um ou mais domínios: desconexão e rejeição, autonomia e desempenho prejudicados, limites prejudicados, orientação para o outro, supervigilância e inibição (Young, 2003).

Existem cinco tipos de experiências na infância que estimulam a aquisição dos EID de acordo com os fundamentos da Terapia do Esquema (Young et al., 2008). A primeira é a frustração nociva de necessidades, quando a criança, que carece de sensações primordiais, como compreensão, estabilidade e amor, passa por muitas privações emocionais e/ou abandono devido à problemática do ambiente. A segunda experiência é a traumatização ou vitimização, situação em que a criança sofre um dano ou se transforma em vítima, o que gera esquemas como dependência/incompetência ou vulnera-

bilidade ao dano. No terceiro tipo, o contrário acontece, pois, embora a criança vivencie uma gama de situações boas, acaba desenvolvendo esquemas como autocontrole/autodisciplina ou merecimento/grandiosidade, já que geralmente não tem limites realistas. Na quarta experiência, a criança identifica-se seletivamente e internaliza sentimentos, emoções, pensamentos, comportamentos e vivências dos pais em busca de aprovação e amor. Por fim, a quinta está relacionada à supervigilância e à inibição, quando a criança está constantemente se vigiando para não errar ou não descumprir as regras impostas por pais severos, rígidos ou punitivos (Young et al., 2008). Entretanto, é importante salientar que, apesar de nem todos os EID se originarem de traumas ou maus-tratos na infância, todos são destrutivos e devidos, em grande parte, à recorrência de experiências prejudiciais durante o início da vida. Assim, as consequências da inter-relação dessas vivências acarretam o surgimento de um esquema pleno (Young et al., 2008).

Os esquemas são verdades *a priori*, uma vez que modificam o processamento de vivências e têm papel fundamental na maneira como um indivíduo se sente, age, pensa e se comporta diante de outras pessoas e de determinadas situações. Desse modo, cada sujeito vivencia eventos estressores de forma singular, tendendo a relacionar o trauma com seus modelos esquemáticos aprendidos. Assim, o sujeito visa processar as informações do evento estressor de tal forma que seja coerente com seu modelo esquemático, evitando que ocorra uma dissonância entre a experiência relacionada ao trauma e seus esquemas iniciais (Cahill & Foa, 2007).

Uma das consequências mais graves decorrentes das situações traumáticas é o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Estima-se que 60,7% dos homens e 51,2% das mulheres tenham vivenciado algum evento traumático ao longo da vida (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Estudos epidemiológicos apontam que cerca de 6,8% da população geral irão desenvolver TEPT ao longo da vida, tendo as mulheres um risco maior do que os homens (Breslau, 2009; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; Norris, 1992). No entanto, esses índices po-

dem variar de acordo com a duração e o tipo de exposição ao trauma. O TEPT acomete mais homens que participaram de combates militares e presenciaram pessoas sendo mortas e feridas, assim como mulheres que sofreram abuso sexual (Hidalgo & Davidson, 2000). Nesses casos, o trauma é processado de modo a configurar uma presente ameaça, que surge como consequência de uma avaliação excessivamente negativa do trauma e uma perturbação da memória autobiográfica, devido à fraca elaboração e à forte memória associativa ao evento estressor (Ehlers & Clark, 2000).

O transtorno de estresse pós-traumático é comumente associado a uma mudança constante na visão do indivíduo sobre si, os outros e o mundo. Desse modo, essas representações cognitivas (esquemas) que existem desde a infância do sujeito necessitam adaptar-se e ajustar-se à realidade discrepante do evento traumático, o que torna essa tarefa especialmente difícil e constitui a base dos sintomas de esquiva e da revivência persistente da situação estressora (Gray, Maguen, & Litz, 2007).

É importante salientar a existência de três crenças básicas que parecem ser relevantes para o TEPT: (a) o mundo é benevolente; (b) é um lugar compreensivo, no qual as coisas são distribuídas de modo justo e as pessoas boas e merecedoras, que manifestam comportamentos cuidadosos, podem prevenir a desgraça; (c) o *self* é merecedor, o que influencia cada uma das crenças anteriores (Janoff-Bulman, 1992). Dessa forma, um indivíduo que se percebe como alguém que é moral e faz as escolhas certas, diante de um evento traumático apresenta dificuldade em integrar a ideia de tornar-se vítima dos esquemas existentes.

Existem fatores de risco para o TEPT, como história de trauma, experiências hostis na infância e história psiquiátrica. Nesse sentido, esses fatores estão relacionados com as representações do sujeito sobre si, os outros e o mundo, que provavelmente terão mais chances de serem confirmadas pelos eventos traumáticos do que negadas. Para tanto, Gray et al. (2007) propôs um modelo de entendimento no qual afirma que, diante de um evento traumático, o sujeito passa a associar repetidamente novas informações ligadas ao trauma a crenças

cognitivas, até que a forte discrepância entre essas duas representações mentais seja reduzida. Caso a experiência traumática seja congruente com o modelo interno existente, este será fortalecido. Dessa forma, os pensamentos intrusivos e os *flashbacks* invadem a consciência, mantendo-se na memória ativa do indivíduo, apesar de esforços para manter essas informações fora da consciência.

Paralelamente, existe a tendência de se evitar o estresse provocado pela revivescência dos sintomas, o que colabora para os sintomas de evitação do TEPT. Entretanto, essas estratégias evitativas previnem que as incongruências entre os modelos internos existentes e a informação gerada pelo trauma sejam processadas, mantendo a psicopatologia do TEPT. Desse modo, o reconhecimento dos sintomas de reexperiência e evitação como centrais para a psicopatologia relacionada ao trauma tem uma significativa influência na definição do TEPT (Cahill & Foa, 2007).

Algumas teorias destacam a importância dos esquemas para explicar os efeitos psicológicos das experiências traumáticas, uma vez que os eventos estressores são discrepantes dos esquemas existentes e o processamento da experiência traumática requer uma modificação desses esquemas (Cahill & Foa, 2007). Dalgleish (2004) sugere que representações esquemáticas pré-existentes não são suficientemente flexíveis para assimilar informações ligadas ao trauma, o que indica que o tratamento pode não ser eficaz. Do mesmo modo, a presença de excessivos mecanismos de defesa pode também estar associada ao fracasso terapêutico (Dalgleish, 2004; Horowitz, 1986).

Tendo em vista que os EID são estruturas estáveis e resistentes à mudança, a terapia torna-se um desafio, visto que os esquemas servem como modelo de processamento de informação para as vivências do indivíduo. Dessa forma, é de extrema importância, para o sucesso terapêutico, a compreensão dos esquemas/crenças disfuncionais e dos EID associados ao TEPT, bem como dos que predisõem o desenvolvimento do transtorno.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é investigar os principais esquemas/crenças disfuncionais e EID afetados no TEPT, bem como verificar

se há alteração na percepção sobre si, os outros e o mundo após a ocorrência de eventos traumáticos. Para isso, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo geral de investigar a relação entre esquemas/crenças disfuncionais, EID e TEPT, por meio de artigos publicados em revistas científicas indexadas.

Método

Este estudo foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) sob o ofício nº 028/2009. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre esquemas/crenças disfuncionais, EID e TEPT. Esse método utiliza a literatura sobre determinado tema como fonte de dados, através da aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. Nesse sentido, este artigo se torna útil para integrar as informações de um conjunto de estudos independentes realizados sobre o tema em questão, visto que auxilia a orientação para investigações futuras (Linde & Willich, 2003).

Primeiramente, foram definidas as questões a serem investigadas, e foi estabelecido o que seria incluído na revisão. Posteriormente, foram realizadas a localização e a seleção dos estudos relevantes a serem revisados. As bases de dados eletrônicas (*PsycInfo*, *PubMed*, *Lilacs* e *SciELO*) foram consultadas retrospectivamente até o ano 2000, e foram utilizados os seguintes descritores: “(Post-traumatic Stress disorder, PTSD or trauma) and schema; and schemata; and dysfunctional beliefs” e “(Transtornos de estresse pós-traumático, TEPT or trauma) and (esquemas or crenças)”.

Os artigos foram separados em dois conjuntos e distribuídos de forma aleatória entre dois pesquisadores, que realizaram uma avaliação crítica e determinaram a validade e a probabilidade dos resultados estarem sustentados em dados viciados (Magee, 1998). Foram incluídos nesta revisão sistemática: (a) estudos com seres humanos; (b) pesquisas empíricas do tipo ensaio aberto; (c) estudos exploratórios; (d) ensaios clínicos randomizados; (e)

instrumentos validados para avaliar os esquemas ou crenças dos participantes; (f) instrumentos validados e/ou entrevistas clínicas estruturadas baseadas no *Diagnostic and Statistical Manual - 3th* (DSM-III) (American Psychiatric Association - APA, 1980) ou *Diagnostic and Statistical Manual 4th Text Revision* (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association - APA, 2000) para avaliar TEPT.

Foram excluídos artigos que (a) associavam o TEPT a outras comorbidades clínicas; (b) abordavam eficácia de tratamento para TEPT; (c) relacionavam condicionamento vicário e TEPT; (d) investigavam estratégias de *coping* relacionadas ao TEPT.

Foi realizada uma análise qualitativa, utilizando-se o método de análise de conteúdo, que inclui três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados. No primeiro momento, foi feita leitura dinâmica e elaboração de cortes nos textos, que, mais tarde, foram categorizados em unidades para análise. Na exploração do material, foi preciso realizar a distinção e a identificação das unidades de significado que já haviam sido recortadas em agrupamentos de dados comuns (semelhança entre os recortes) a fim de se elaborarem categorias temáticas. Assim, foi possível elaborar uma análise que resumisse e contivesse todos os significados das diversas unidades de cada categoria. Finalmente, na interpretação dos resultados, foram inferidos os valores conforme a análise das categorias e, assim, apresentou-se uma síntese dos dados adequada com os elementos bibliográficos imprescindíveis para a elaboração da pesquisa (Duarte et al., 2008). Ao término da análise qualitativa dos resultados, foi elaborada uma síntese final.

Resultados

A Tabela 1 apresenta os resultados encontrados nas bases de dados pesquisadas.

Dos 752 artigos encontrados nas bases de dados pesquisadas, apenas 14 eram estudos empíricos realizados com seres humanos, com instrumentos para avaliar os esquemas ou as crenças dos participantes, que foram diagnosticados com TEPT por instrumentos e/ou entrevista clínica estruturada baseada no DSM-III (APA, 1980) ou DSM-IV-TR (APA, 2000).

Tabela 1

Publicações em bases de dados entre 2000 e 2009

Base de dados	Estudos (n)	
	Encontrados	Aproveitados
PsycInfo	587	11
PubMed	99	3
Lilacs	58	0
SciELO	8	0

Nota: PsycInfo: Base de dados mantida pela *American Psychological Association*; PubMed: Base de dados mantida pelo *U.S. National Institutes of Health*; LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; SciELO: *Scientific Electronic Library Online*.

No Quadro 1, estão apresentados os principais artigos e seus resultados. Pode-se observar que na maioria dos estudos houve associação entre os sintomas do TEPT e esquemas/crenças disfuncionais ou EID (Tabela 2). Os principais esquemas/crenças afetados são aqueles relacionados a si mesmo, aos outros e ao mundo (Basoglu et al., 2005; Currier, Holland, & Neimeyer, 2009; Dekel Solomon, Elklit, & Ginzburg, 2004; Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001; Jind, 2001; Kolts, Robinson, & Tracy 2004). No que tange aos esquemas relacionados às necessidades psicológicas fundamentais (Cahill & Foa, 2007), dois estudos referiram que segurança, confiança, poder, estima, intimidade e autorresponsabilização são os mais afetados (Owens & Chard, 2001; Owens, Pike, & Chard, 2001). Apenas um estudo especificou os EID afetados pelo TEPT: isolamento/alienação social e vergonha/defectividade (Dutra, Callahan, Forman, Mendelsohn, & Herman, 2008).

Apenas dois estudos (Bennett, Beck, & Clapp, 2009; Dunmore et al., 2001) relacionaram as estratégias de controle com os sintomas do TEPT e com esquemas/crenças disfuncionais. Nesses estudos, foi observado que o uso de estratégias de controle desadaptativas aumentou os sintomas de TEPT e as cognições traumáticas disfuncionais, o que deixa evidente uma associação entre as estratégias desadaptativas de controle (preocupação, punição, evitação e busca por segurança) e a severidade do TEPT.

Quando comparados indivíduos que sofreram algum tipo de experiência traumática com aqueles que não sofreram, os estudos apontaram

Quadro 1

Artigos sobre transtorno de stress pós-traumático e esquemas/crenças desadaptativos

Continua

Estudo	Amostra	Instrumentos	Principais resultados
McDermut Haaga e Kirk (2000)	69 mulheres sem história de assédio sexual e com história (moderada e grave).	Questionários para avaliar assédio sexual, crenças básicas, sintomas de TEPT e estresse psicológico; Medida de batimentos cardíacos; Vídeos apresentando três situações: interação neutra, excitação emocional e assédio sexual.	Mulheres com grave história de assédio sexual: mais crenças básicas negativas, maior estresse generalizado e estado de humor mais negativo.
Dunmore et al. (2001)	57 participantes abusados no período de quatro meses anterior ao estudo. <i>Follow-up</i> : 6 e 9 meses.	PSS-SR; BDI; Entrevista semi-estruturada para coleta de dados sócio-demográficos; Questionários: <i>Cognitive Appraisal of Emotions, Actions and Initial Post Trauma Symptoms; Perception of Others' Responses; Perceived Permanent Change; Trauma Sensitive Beliefs After and Before Assault; Maladaptive Control Strategies.</i>	Correlação significativa entre as crenças negativas sobre si e o mundo, e estratégias desadaptativas de controle com a severidade do TEPT após os dois <i>follow-ups</i> . Vítimas com mais crenças negativas prévias ao abuso desenvolveram TEPT mais duradouro.
Jind (2001)	602 pais que perderam um filho após nascimento ou na gestação e 84 controles.	IES; HTQ; TSC-33; CSQ; RAAS; JWB; LoC; CoL; CPS.	Indivíduos com TEPT apresentaram significativamente mais crenças negativas sobre os outros e si mesmos.
Owens (2001)	79 mulheres adultas com história de abuso sexual infantil.	CAPS-2; PBRS; WAS.	Correlação inversa entre severidade do TEPT e os resultados do PBRS. Correlação negativa significativa entre o WAS e severidade do TEPT.
Owens et al. (2001)	53 mulheres adultas com história de abuso sexual na infância.	SAEQ; SAPS; PBRS; WAS.	Segurança, confiança, poder, autoestima e intimidade demonstraram forte relação com severidade do TEPT.
Ali et al. (2002)	Grupo 1: 72 adultos que nunca sofreram abuso; Grupo 2: 100 vítimas de abuso; Grupo 3: 57 vítimas de abuso com TEPT; Grupo 4: 43 vítimas de abuso sem TEPT.	<i>Background Information Questionnaire; Trauma-Sensitive Beliefs Questionnaire; PSS-SR.</i>	Relação entre as crenças negativas posteriores ao abuso e o TEPT. Crenças positivas prévias ao abuso podem minimizar o impacto do mesmo para as vítimas que não desenvolveram TEPT.
Koss et al. (2002)	267 mulheres estupradas (23% com TEPT).	SES; NEO <i>Personality Inventory; Wolfgang Crime Severity Index; Rape Attribution Questionnaire; The McPearl Belief Scale; MCQ; BSI; PTSD; SAS-SR.</i>	Sobreviventes com maiores exposições prévias à violência apresentaram maior estresse generalizado, maior intensidade nos sintomas de TEPT e piores resultados de saúde.
Dekel et al. (2004)	396 veteranos de guerra divididos em 3 grupos: 109 CSR (reações de estresse ao combate), 98 condecorados e 189 controles.	PTSD, classificando os participantes em: crônicos (n=18), TEPT de início tardio (n=5), recuperados (n=52), sem TEPT (n=298); WAS.	Participantes com TEPT perceberam os outros, eles e o mundo menos favoráveis do que os sem TEPT. Aqueles com TEPT de início tardio tiveram o menor escore e os sem TEPT o maior.
Kolts et al. (2004)	182 estudantes universitários matriculados em aulas de psicologia que experienciaram ameaça ou ameaça potencial a si ou aos outros.	PSI-II; BDI; PTCL; TAA-SR; MPSS-SR; IES-R.	Relações significativas entre os sintomas de TEPT e crenças pós-traumáticas negativas sobre si mesmo e o mundo. Relação significativa entre PTCL e o nível dos sintomas do TEPT.
Basoglu et al. (2005)	1 358 sobreviventes de guerra expostos a fatores estressantes e grupo-controle.	SISOW; RTSQ; EBAW; Entrevista clínica estruturada com base no DSM-IV	Sobreviventes com respostas emocionais mais fortes à impunidade, maior medo e perda de controle sobre vida, menor crença na benevolência das pessoas, associados a maiores índices de TEPT.

Quadro 1

Artigos sobre transtorno de stress pós-traumático e esquemas/crenças desadaptativos

Estudo	Amostra	Instrumentos	Principais resultados	Conclusão
Dutra et al. (2008)	137 pacientes de um programa de tratamento para sobreviventes de trauma.	YSQ-S; PDS; DES; SRBQ-R.	Correlações positivas significativas entre: PDS e YSQ; DES e YSQ.	
Jobson e O’Kearney (2008)	106 participantes que preencheram o critério A do DSM-IV para TEPT.	PDS; THQ; HSCL-25; Dados sócio-demográficos; TST.	Participantes com TEPT de culturas independentes demonstraram uma identidade pessoal definida pelo trauma maior do que aqueles sem TEPT.	
Bennett et al. (2009)	295 indivíduos que experienciaram um sério acidente de moto.	<i>Motor Vehicle Accident Interview</i> ; <i>Clinician-administered PTSD scale</i> ; TCQ; PTCL.	Maior severidade de TEPT está associada a um aumento nas cognições disfuncionais. Estratégias de controle desadaptativas aumentaram os sintomas de TEPT e as cognições traumáticas disfuncionais.	
Currier et al. (2009)	42 indivíduos que sofreram a perda de um parente dois anos antes da pesquisa e 42 controles.	WAS; <i>Symptom Checklist-10-Revised</i> .	Indivíduos enlutados sofreram significativamente mais estresse do que o grupo controle. Crenças mais fracas sobre o mundo e o valor de <i>self</i> , associadas a maiores sintomas de estresse.	

Nota: BDI: *Beck Depression Inventory*; BSI: *Brief Symptom Inventory*; CAPS-2: Entrevista clínica estruturada para diagnosticar TEPT; CoL: *Coherence of Life*; CPS: *Cognitive Processing Scale*; CSQ: *Coping Style Questionnaire*; DES: *Dissociative Experience Scale*; EBAW: *Emotions and Beliefs After War Questionnaire*; HSCL-25: *Hopkins Symptom Check list*; DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual 4th Text revision*; HTQ: *Harvard Trauma Questionnaire*; IES-R: *Impact of Event Scale-Revised*; IES: *Impact of Event Scale*; JWB: *Just World Belief Scale*; LoC: *Locus of Control Scale*; MCQ: *Memory Characteristics Questionnaire*; MPSS-SR: *Modified PTSD Symptom Scale-Self Report Version*; NEO: *Personality Inventory*; PBRs: *Personal Beliefs and Reactions Scale*; PDS: *Post-traumatic stress Diagnostic Scale*; PSI-II: *The Revised Personal Style Inventory*; PSS-SR: *PTSD Symptom Scale - Self Report*; PTCL: *Posttraumatic Cognitions Inventory*; PTSD: *Posttraumatic Stress Symptoms*; RAAS: *Revised Adult Attachment Scale*; RTSQ: *Redress for Trauma Survivors Questionnaire*; SAEQ: *Sexual Abuse Exposure Questionnaire*; SAPS: *Clinician Administered PTSD Scale*; SAS-SR: *Social Adjustment Scale Self-Report version*; SES: *Sexual Experiences Survey*; SISOW: *Entrevista Semi- Estruturada para Sobreviventes de Guerra*; SRBQ-R: *Self-harm and Risk Behaviors Questionnaire-Revised*; TAA-SR: *Trauma Assessment for Adults-Self Report*; TCQ: *Thought Control Questionnaire*; TEPT: Transtorno de Stress Pós-Traumático; TST: *Twenty Statement Test*; TSC-33: *Trauma Symptom Checklist*; THQ: *Trauma History Questionnaire*; WAS: *World Assumptions Scale*; YSQ-S: *Young Schema Questionnaire Short Form*.

uma diferença significativa entre os grupos, visto que aqueles com sintomatologia pós-traumática evidenciaram mais esquemas/crenças disfuncionais (Ali, Dunmore, Clark, & Ehlers, 2002; Basoglu et al., 2005; Currier et al., 2009; Dekel et al., 2004; Jind, 2001; Koss, Figueredo, & Prince, 2002; McDermut, Haaga, & Kirk, 2000).

Apenas um estudo (Jobson & O’Kearney, 2008) apontou a cultura como fator determinante, referindo que o impacto do trauma na mudança da definição do *self* e da identidade pessoal é especificado pela cultura, principalmente relacionado a modificações nos papéis sociais. Os demais estudos analisados não investigaram o ambiente como fator

significativo na mudança das crenças, mas sim a influência que a experiência de um evento traumático tem sobre elas.

Já no que se refere à relação entre as crenças prévias ao evento traumático e o TEPT, verificou-se que as crenças positivas prévias minimizam o impacto da experiência traumática (Ali et al., 2002), enquanto as crenças disfuncionais prévias são confirmadas e intensificadas pelo evento traumático (Koss et al., 2002).

Entre os instrumentos empregados na avaliação do TEPT, destacaram-se *PTSD Symptom Scale* e sua versão *Self Report* (PSS-SR), que avaliam a frequência e a intensidade da sintomatologia do

TEPT de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV. Em relação às crenças, o instrumento mais utilizado foi o *World Assumption Scale* (WAS), indicado para avaliar indivíduos que vivenciaram eventos traumáticos no passado, como, por exemplo, a perda de um ente querido, incesto ou estupro. Os principais fatores analisados por essa escala são: benevolência do mundo, significado do mundo e valia do *self*. Apenas dois estudos utilizaram o *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI) (Bennett et al., 2009; Kolts et al., 2004), um inventário de autorrelato utilizado para avaliar três tipos de cognições relevantes ao trauma: crenças negativas sobre o *self*, o mundo e autorresponsabilização.

A análise dos artigos indicou a escassez de estudos que utilizavam o *Young Schema Questionnaire* (YSQ). É possível que isso reflita a opção teórico-metodológica de investigar a modificação dos esquemas/crenças disfuncionais após o evento traumático em vez de a existência de EID prévios. Apenas o estudo de Dutra et al. (2008) apontou os principais esquemas ativados na presença de TEPT, mas não foi possível identificar se eles já existiam antes da experiência traumática. Desse modo, supõe-se que a aplicação do YSQ em indivíduos com TEPT não alcança o objetivo para o qual se propõe o instrumento, uma vez que não é possível afirmar a existência de EID prévios ao trauma ou determinar se eles se originaram a partir dessa vivência.

Discussão

Ao considerar os resultados desta revisão, é preciso estar atento a algumas limitações. Apesar de todos os critérios de seleção empregados, os estudos analisados apresentaram grande variabilidade no que diz respeito à população estudada. Participaram indivíduos do sexo masculino e feminino, com idades variadas e experiências traumáticas diversas. Adicionalmente, houve certa discrepância entre os estudos quanto ao período transcorrido desde a ocorrência do evento traumático e a avaliação de esquemas/crenças disfuncionais e EID.

Apesar das limitações acima discutidas, os resultados desta revisão evidenciam a importância

da avaliação das cognições envolvidas no TEPT. Pode-se observar que em todos os estudos houve distorções cognitivas entre os participantes, uma vez que apresentavam esquemas/crenças disfuncionais ou EID após a experiência de um evento traumático. Segundo Cahill & Foa (2007), as experiências traumáticas modificam a visão dos indivíduos sobre si, sobre os outros e sobre o mundo em geral, pois as imagens estressoras e intrusivas, que comumente se seguem ao evento traumático, refletem uma discrepância entre os esquemas pré-trauma e a informação gerada pelo evento traumático. Nessa perspectiva, para que ocorra a elaboração do trauma, é necessária a resolução dessa discrepância.

O processamento da informação tende a ser em favor da manutenção do conteúdo do esquema, tornando-o resistente para mudança (Dalgleish, 2004). Nesse sentido, Gilfus (1999) afirma que pessoas com longa história de trauma e estresse socioeconômico podem não desenvolver a crença de que o mundo é um lugar seguro, ou seja, suas crenças disfuncionais permitem que sobrevivam em um ambiente hostil.

Em termos gerais, verificou-se que quando comparados sujeitos com TEPT e grupo-controle, foi possível detectar a presença de esquemas/crenças disfuncionais ou EID associados à gravidade do TEPT, corroborando a ideia proposta por Dalgleish (2004), que afirma que os esquemas têm dois princípios poderosos para a organização do conhecimento. O primeiro refere-se às experiências passadas, representadas em diferentes níveis de abstração, utilizadas como filtros pelos quais todas as novas experiências são processadas. Já o segundo princípio sugere que novas informações, as quais são extremamente inconsistentes com os esquemas, são perturbadoras e acabam levando os EID a assimilarem ou organizarem de certa forma e/ou serem modificados por essas novas experiências (acomodação). Nesse sentido, possivelmente os indivíduos que não desenvolvem TEPT diante de um evento estressor processem a experiência de modo mais adaptativo, o que corrobora os achados de Ali et al. (2002) (Tabela 2).

O desenvolvimento do TEPT pode estar relacionado à tentativa de se adequar a experiência traumática às próprias representações mentais prévias do sujeito, o que pode ser observado no estudo de Koss et al. (2002), no qual as crenças disfuncionais prévias dos sujeitos foram confirmadas e intensificadas pelo evento traumático. Desse modo, a noção de esquemas abre possibilidades para criação de mudanças no entendimento e na transformação do significado, seja como resultado do trauma, seja como resultado do processo de recuperação.

O modelo de cognição social (Janoff-Bulman, 1992) sugere que as crenças básicas mantidas pelas pessoas em geral são: o mundo é benevolente, o mundo é compreensivo e o *self* é merecedor. Os estudos revisados apontam que essas são as principais crenças afetadas mediante a vivência de um evento estressor, uma vez que são incompatíveis com as experiências traumáticas que acabam por “esmagar” essas crenças fundamentais. Dalgleish (2004) afirma que certas crenças são mantidas de forma mais rígida e não são desafiadas ao longo das experiências cotidianas. Assim, há maior probabilidade de que sejam completamente esmagadas, acarretando resultados devastadores para a vítima de trauma.

Diante de um evento traumático, o indivíduo pode desenvolver diferentes estratégias e respostas de enfrentamento: as únicas referidas nos estudos analisados estão relacionadas ao controle (preocupação, punição, evitação e busca por segurança) e foram relacionadas significativamente com a severidade do TEPT e com as cognições traumáticas disfuncionais (Bennett et al., 2009; Dunmore et al., 2001). Nesse sentido, o que pode acarretar reações crônicas pós-traumáticas é um fracasso ao integrar os esquemas pós-traumáticos aos esquemas prévios, de forma que a informação traumática parcialmente processada continue na memória ativa sem nunca ser completamente assimilada (Dalgleish, 2004).

Segundo Cahill & Foa, 2007, os indivíduos desenvolvem esquemas que incluem crenças e expectativas divididas em sete necessidades psicológicas fundamentais: modelo de referência, segurança, dependência/confiança no *self* e nos outros,

poder, estima, intimidade e independência. Os autores citados enfatizaram que o trauma pode causar danos em qualquer ou todas essas áreas. Conforme os resultados desta revisão, pode-se observar que as necessidades mais afetadas pelo TEPT foram: segurança, confiança no *self* e nos outros, poder, estima e intimidade (Owens & Chard, 2001; Owens, et al., 2001).

É importante ressaltar a escassez de estudos com o uso do YSQ, já que apenas um estudo (Dutra et al., 2008) especificou EID afetados pelo TEPT (isolamento/alienação social e vergonha/defectividade), mas não foi possível afirmar se esses esquemas já eram desadaptativos antes da vivência traumática ou se foram ocasionados por ela. Supõe-se que reduzida utilização desse instrumento esteja relacionada ao objetivo dos estudos analisados, que consistia em identificar as cognições disfuncionais acarretadas pelo trauma, enquanto esse instrumento visa acessar os esquemas cognitivos iniciais desadaptativos construídos ao longo da história do indivíduo (Young, 1998). Desse modo, faz-se necessária a realização de mais pesquisas que investiguem a presença de esquemas desadaptativos prévios ao trauma, visto que os estudos analisados nesta revisão de literatura focaram-se nas crenças desenvolvidas a partir da experiência traumática.

Referências

- Ali, T., Dunmore, E., Clark, D., & Ehlers, A. (2002). The role of negative beliefs in posttraumatic stress disorder: A comparison of assault victims and non victims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(3), 249-257.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision* (4rd ed.). Washington, DC: Author.
- Basoglu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Francisković, T., Suljić, E., Durić D., et al. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 580-590.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bennett, S. A., Beck, J. G., & Clapp, J. D. (2009). Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 47(12), 1018-1023.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210.
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2007). Psychological Theories of PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Orgs.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp.55-77). New York: Guilford Publications.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2009). Assumptive worldviews and problematic reactions to bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 14(3), 181-195.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of a multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228-260.
- Dekel, R., Solomon, Z., Elklit, A., & Ginzburg, K. (2004). World assumptions and combat-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Social Psychology*, 144(4), 407-420.
- Duarte, A. L. C., Nunes, M. T., & Kristensen, C. H. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 0-0. Recuperado em outubro 10, 2010, disponível em <<http://www.pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1a04.pdf>>.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39(9), 1063-1084.
- Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 71-74.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-45.
- Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (1994). *Psicologia cognitiva: um manual introdutório*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (2007). *Manual de psicologia cognitiva* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gilfus, M. E. (1999). The price of the ticket: A survivor-centered appraisal of trauma theory. *Violence Against Women*, 5(11), 1238-1257.
- Gray, M. J., Maguen, S., & Litz, B. T. (2007). Schema constructs and cognitive models of post traumatic stress disorder. In P. L. Riso, P. Du Toit, J. D. Stein & J. E. Young (Orgs.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioners guide* (pp.59-92). Washington, DC: APA.
- Hidalgo, R. B., & Davidson, J. R. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl. 7), 5-13.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2ª ed.). Northvale, NJ: Aronson.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jind, L. (2001). Do traumatic events influence cognitive schemata? *Scandinavian Journal of Psychology*, 42(2), 113-120.
- Jobson, L., & O'Kearney, R. (2008). Cultural differences in personal identity in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(1), 95-109.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-60.
- Kolts, R. L., Robinson, A. M., & Tracy, J. J. (2004). The relationship of sociotropy and autonomy to posttraumatic cognitions and PTSD symptomatology in trauma survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 53-63.
- Koss, M. P., Figueredo, A. J., & Prince, R. J. (2002). Cognitive mediation of rape's mental, physical and social health impact: Tests of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 926-41.
- Linde, K., & Willich, S. N. (2003). How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(1), 17-22.
- Magee, D. J. (1998). *Systematic reviews (meta-analysis) and functional outcome measures*. Developmental Editor: B. Aindow.
- McDermut, J. F., Haaga, D. A. F., & Kirk, L. (2000). An evaluation of stress symptoms associated with academic sexual harassment. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 397-411.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.

- Owens, G. P., & Chard, K. M. (2001). Cognitive distortions among women reporting childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(2), 178-191.
- Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy, 32*(3), 413-424.
- Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Sternberg, R. J. (2008). *Psicologia cognitiva* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E. (1998). *Young schema questionnaire short form*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

Recebido em: 14/3/2012
Aprovado em: 11/4/2012

