

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO  
COMPORTAMENTO

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS EM PACIENTES COM  
MIGRÂNEA**

Ketlin Helenise dos Santos Ribas

**RECIFE/PE  
2016**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO  
COMPORTAMENTO

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

**ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS EM PACIENTES COM  
MIGRÂNEA**

Ketlin Helenise dos Santos Ribas

Dissertação de Mestrado apresentado ao Colegiado da Pós-graduação em Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), como exigência final para obtenção de título de Mestre em Neuropsiquiatria.

Orientadora: Professora Doutora Sandra Lopes - UFPE

Co-orientador: Professor Doutor Hugo André de Lima Martins - UFPE

**RECIFE/PE  
2016**

Catálogo na fonte:  
Bibliotecária Liliane Campos Gonzaga de Noronha, CRB4-1702

R482e Ribas, Ketlin Helenise dos Santos.  
Esquemas iniciais desadaptativos em pacientes com Migrânea / Ketlin Helenise dos Santos Ribas. – Recife, 2016.  
76 f. : il., tab.

Orientadora: Sandra Lopes de Sousa  
Coorientador: Hugo André de Lima Martins  
Dissertação (mestrado) – UFPE. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento. Recife, 2016.  
Inclui referências e anexos

1. Neuropsiquiatria. 2. Cefaléia. 3. Transtorno de Personalidade Múltipla 4. Comportamento. I. Sousa, Sandra Lopes de. II. Martins, Hugo André de Lima. III. Título

616.8 CDD (22.ed.) UFPE (BC2017/001)

KETLIN HELENISE DOS SANTOS RIBAS

**ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS EM PACIENTES COM  
MIGRÂNEA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós- Graduação em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção de Título de Mestre em Neuropsiquiatria e Ciência do Comportamento.  
Aprovado em 16 de agosto de 2016.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Hugo André de Lima Martins  
(Examinador Externo/ UFPE)

---

Prof. Dr. Carlos Augusto Carvalho de Vasconcelos  
(Examinador Externo/ UFPE- Fisiologia da Nutrição)

---

Profª Drª Vânia Pinheiro  
(Examinador Externo/ UFPE-CCS)

---

Profª Drª Sandra Lopes de Souza  
(Orientadora/Suplente/ UFPE)

---

Prof. Dr. Valdenilson Ribeiro Ribas  
(Suplente/ Faculdade dos Guararapes- FG)

---

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO**

**REITOR**

Prof. Dr. Anísio Brasileiro de Freitas Dourado

**VICE-REITOR**

Profa. Dra. Florisbela de Arruda Camara e Siqueira Campos

**PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO**

Prof. Dr. Ernani Rodrigues de Carvalho Neto

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**DIRETOR E COORDENADOR DA COMISSÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO DO CCS**

Prof. Dr. Nicodemos Teles de Pontes Filho

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM NEUROPSIQUIATRIA E CIÊNCIAS DO  
COMPORTAMENTO**

**COORDENADOR**

Prof. Marcelo Moraes Valença

**VICE-COORDENADORA**

Profa. Sandra Lopes de Souza

**CORPO DOCENTE**

Profa. Ângela Amâncio dos Santos

Profa. Ana Elisa Toscano

Prof. Amaury Cantilino

Profa. Belmira Lara da S.A.da Costa

Prof. Everton Botelho Sougey

Prof. Gilson Edmar Gonçalves e Silva

Prof. Hilton Justino da Silva

Prof. Hildo Rocha Cirne de Azevedo Filho

Prof. Hugo André de Lima Martins

Prof. João Ricardo Mendes de Oliveira

Prof. João Henrique da Costa Silva

Profa. Kátia Karina do Monte Silva

Profa. Luciana patrizia A. de Andrade Valença

Prof. Lúcio Vilar Rabelo Filho

Prof. Luiz Ataíde Junior

Prof. Marcelo Moraes Valença

Prof. Marcelo Cairrão Araújo Rodrigues

Profa. Maria Lúcia de Bustamente Simas

Profa. Maria Lúcia Gurgel da Costa

Prof. Murilo Duarte Costa Lima

Prof. Otávio Gomes Lins

Prof. Othon Coelho Bastos Filho

Profa. Paula Rejane Beserra Diniz

Prof. Pedro Augusto Sampaio Rocha Filho

Prof. Raul Manhães de Castro

Profa. Rosana Christine C. Ximenes

Profa. Sandra Lopes de Souza

Profa. Sílvia Regina de Arruda Moraes

## AGRADECIMENTOS

Inicio meus agradecimentos por DEUS, que permitiu que tudo isso acontecesse, ao longo da minha vida, e não somente nestes anos como Mestranda, mas que em todos os momentos é o maior Mestre que alguém pode conhecer.

A meus avós, especialmente meu Avô Valderico Ribeiro Ribas que sempre acreditou em mim e me fez ter a oportunidade de ter sonhos e realizá-los e minha Avó Maria dos Anjos Danôa Ribas, que me instruiu desde pequena, me incentivando nos estudos, mostrando-me que sem ele não seria nada na vida; meu infinito agradecimento.

À minha Mãe Valéria Ribas que sempre acreditou em minha capacidade e me achava A MELHOR de todas, mesmo não sendo. Isso só me fortaleceu e me fez tentar não ser A MELHOR, mas a fazer o melhor de mim. Obrigada pelo amor incondicional!

A meu querido esposo, Igor Muniz, por ser tão importante na minha vida. Sempre a meu lado, me pondo para cima e me fazendo acreditar que posso mais que imagino. Devido a seu companheirismo, amizade, paciência, compreensão, apoio, alegria e amor, este trabalho pôde ser concretizado. Obrigada por ter feito do meu sonho o nosso sonho!

A Meu Tio Valdenilson Ribas, que sem ele não teria procurado o mundo acadêmico, através de seus estímulos e força incansável de me mostrar que o melhor caminho para se vencer na vida é através da luta diária, e que tudo é possível para aqueles que lutam por seus sonhos.

A Solange Martins, que desde o início me ajudou incansavelmente, tendo paciência e me orientando nessa jornada, me ajudou a realizar este sonho.

Aos meus Orientadores Professora Doutora Sandra Lopes e Professor Doutor Hugo André de Lima Martins, pela oportunidade e honra em tê-los como mestres dessa incrível jornada, pelo suporte no pouco tempo que lhes coube e por suas correções e incentivos.

A Meus Mestres Professora Izaura Muniz e Professor Rogério Antunes, por sua paciência em minha ausência nessa jornada e por acreditarem no meu sonho me proporcionando a oportunidade de realizá-lo tranquilamente.

Aos amigos Ionara Mendes, Rafael Arthur, Andréia Cristina, Maryanna Beltrão companheiros de vida e irmãos na amizade que fazem parte da minha formação e que tiveram muita paciência na minha ausência. Obrigada pela amizade.

A minha amada Família que  
investiu com abnegação e muito amor  
na minha educação.

“As doenças são os resultados não só dos nossos atos, mas também dos  
nossos pensamentos”.  
Mahatma Gandhi  
(1869-1948)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>17</b>
2.1 Migrânea .....	18
2.2 Teoria do Esquema .....	19
2.3 Esquemas Iniciais Desadaptativos.....	23
<b>3 HIPÓTESES.....</b>	<b>27</b>
<b>4 OBJETIVOS:.....</b>	<b>30</b>
4.1 Geral:.....	30
4.2 Específico.....	30
<b>5 SUJEITOS E MÉTODOS .....</b>	<b>31</b>
5.1 Desenho do Estudo .....	32
5.2 Local do Estudo.....	32
5.3 População do Estudo .....	32
5.4 Amostragem dos Sujeitos.....	32
<b>5.4.1 Critérios e Procedimentos para Seleção dos Sujeitos.....</b>	<b>33</b>
<b>5.4.1.1 Questionário dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (YSQ-S3) .....</b>	<b>34</b>
<b>6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO.....</b>	<b>37</b>
<b>7 RESULTADOS.....</b>	<b>39</b>
<b>8 DISCUSSÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>9 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>54</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>56</b>
<b>ANEXO A-</b> Aprovação do Comitê de Ética.....	<b>66</b>
<b>ANEXO B-</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	<b>71</b>
<b>ANEXO C-</b> Questionário dos EID'S (YSQ-S3).....	<b>74</b>

## RESUMO

**Introdução:** A cefaleia é um sinal indicativo de patologias potencialmente graves, sendo frequentemente incapacitante para o indivíduo e suas atividades diárias. No qual, a migrânea é definida como cefalalgia primária, comumente pulsátil, unilateral, moderada a grave, associada à fotofobia, agravada por esforços, frequentemente causando náuseas ou vômitos, durando entre 4 a 72 horas. A postura interdisciplinar de se entender aspectos psicológicos na esfera da dor tem sido muito comum entre diversos profissionais na área de saúde. Nessa busca literária, Young (2003), parece dar maior suporte a estes propósitos por meio do seu Questionário de Esquemas Iniciais Desadaptativos. **Objetivo:** O objetivo deste estudo foi avaliar, se a participação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) na percepção da dor em pacientes com migrânea é um apenas um perfil psicológico ou um indício de transtorno de personalidade. **Sujeitos e Métodos:** Foram avaliados, pelo questionário de Esquemas Iniciais Desadaptativos de Young (YSQ-S3), sob condições padrão, em sala, com ar condicionado, à temperatura de  $22^{\circ} \pm 2^{\circ}\text{C}$ , 65 sujeitos de ambos os gêneros, sendo 19 do gênero masculino e 46 do gênero feminino. Os sujeitos foram divididos em 7 (sete) grupos, sendo 2 pela morbidade estudada (migrânea), 2 por gênero e 3 por faixa etária. Indivíduos sem migrânea (CONTROLE), n = 27 e indivíduos com migrânea (Migrânea), n = 38; Indivíduos do gênero masculino, n = 19 e indivíduos do gênero feminino, n = 46; Indivíduos com idades entre (18-29 anos), n = 34; Indivíduos com idades entre (30-39 anos), n = 14; Indivíduos com idades entre (40-55 anos), n = 17 respectivamente. Os resultados foram analisados pelo teste qui-quadrado, com  $p < 0,05^*$ , expressos em percentuais e representados em tabela contingencial. **Resultados:** Observou-se, neste estudo, que houve associação significativa entre a variável gênero feminino (84,21%,  $p < 0,05^*$ ) e migrânea. Entretanto, entre a faixa etária e a migrânea, não houve associação significativa (Tabela 1); Houve associação significativa entre a variável padrões excessivo rígidos de realização (PERR) com maior percentual (73,68%,  $p < 0,0001$ ), autopunição (84,21%,  $p < 0,0001$ ) e migrânea (Tabela 7); Houve associação significativa entre a variável PERR (56,52%,  $p < 0,014$ ) e os sujeitos do gênero feminino (Tabela 12). **Conclusão:** Indivíduos com migrânea apresentam perfil psicológico de serem excessivamente exigentes e autopunitivos e esse jeito de ser parece ser mais frequente em mulheres.

**Palavras-chave:** Cefaléia, Transtorno de Personalidade Múltipla, Comportamento.

## ABSTRACT

**Introduction:** Headache is a signal indicative of potentially serious diseases and is often disabling for the individual and their daily activities. In which the migraine is defined as primary headaches, often throbbing, unilateral moderate to severe, associated with photophobia, worse by efforts, often causing nausea or vomiting, lasting 4 to 72 hours. The interdisciplinary approach to understand the psychological aspects of pain sphere has been very common among many professionals in the health area. In this literary search, Young (2003), seems to give greater support to these goals through their Early Maladaptive Schema Questionnaire. **Objective:** The objective of this study was evaluate if the participation of Early Maladaptive Schemas in the perception of pain in patients with migraine is just a psychological profile or personality disorder clue. **Subjects and Methods:** We evaluated the Young maladaptive early Schemes Questionnaire (YSQ-S3), under standard conditions, in a room with air conditioning, at a temperature of  $22 \pm 2^{\circ}\text{C}$ , 65 subjects of both genders, 19 males and 46 females. The subjects were divided into seven (7) groups being 2 by morbidity studied (migraine), 2 by gender and 3 by age. Individuals without migraine (CONTROL),  $n = 27$  and with migraine (migraine),  $n = 38$ ; the male individuals,  $n = 19$  individuals and female,  $n = 46$ ; Individuals with age (18-29 years),  $n = 34$ ; Individuals with age (30-39 years),  $n = 14$ ; Individuals with age (40-55 years old),  $n = 17$  respectively. The results were analyzed by chi-square test,  $p < 0.05$  \*, expressed as a percentage and represented in contingency table. **Results:** It was observed in this study there was a significant association between the variable females (84.21%,  $p < 0.05$  \*) and migraine. However, between the age group and migraine, there is no significant association (Table 1); A significant association between the standards excessive of hard performance variable with the highest percentage (73.68%,  $p < 0.0001$ ), self-punishment (84.21%,  $p < 0.0001$ ) and migraine (Table 7); There was a significant association between standards excessive of hard performance variable (56.52%,  $p < 0.0014$ ) and female subjects (Table 12). **Conclusion:** People with migraine have psychological profile of being overly demanding and self-punishment and this way of being seems to be more common in women.

**Key words:** Headache, Multiple Personality Disorder, Behavior.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Variáveis gênero e faixa etária segundo o grupo	28
Tabela 2 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio desconexão e rejeição segundo o grupo	29
Tabela 3 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de autonomia prejudicada segundo o grupo	29
Tabela 4 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de limites prejudicados segundo o grupo	30
Tabela 5 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de orientação para o outro segundo o grupo	30
Tabela 6 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de supervigilância e inibição segundo o grupo	31
Tabela 7 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de desconexão e rejeição segundo o gênero	31
Tabela 8 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de autonomia prejudicada segundo o gênero	32
Tabela 9 – Avaliação dos Esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio limites prejudicados segundo o gênero	32
Tabela 10 – Avaliação dos Esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de orientação para o outro segundo o gênero	33
Tabela 11 – Avaliação dos Esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de supervigilância e inibição segundo o gênero	33

## LISTA DE SIGLAS

EID's – Esquemas Iniciais Desadaptativos

SNC – Sistema Nervoso Central

SM – Sensório Motor

EPO – Estágio Pré- Operatório

EO – Estágio Operatório

EOC – Estágio Operatório Concreto

EOF – Estágio Operatório Formal

TE – Terapia do Esquema

TCC – Terapia Cognitivo Comportamental

CC – Crença Central

CN – Crença Nuclear

CI – Crença Intermediária

CTNR – Cérebro e Tecnologia Neurofeedback Recife

YSQ-S3 – Questionário de Esquemas Iniciais Desadaptativos

## **1 INTRODUÇÃO**

## 1 INTRODUÇÃO

Um dos principais objetivos do profissional da área de saúde é aliviar ou extinguir dores agudas e/ou crônicas dos pacientes. Contudo, mesmo diante do uso adequado de algumas técnicas, as diferentes formas de expressão da sensação da dor entre os indivíduos, ainda parece ser um grande desafio para a interpretação da eficácia do processo de cura, dificultando até a percepção do término do tratamento (FLEMING-MCDONNELL *et al.*, 2010).

Do ponto de vista fisiológico, o conhecimento sobre a diferença entre os circuitos periféricos e centrais da dor parece, apenas, dar subsídio para o entendimento das diferenças entre as percepções das dores agudas e crônicas respectivamente (BASBAUM; JESSEL, 2003).

Na periférica, ocorre liberação de substâncias como a bradicinina, prostaglandinas, leucotrienos, substância P, serotonina e acetilcolina. Essas substâncias atuam em populações diferentes de neurônios, reduzindo o limiar de ativação dos nociceptores (LEITE *et al.*, 2012).

Na sensibilização central, os neurônios do corno dorsal têm suas respostas aumentadas, após estimulação repetida de fibras C, que liberam glutamato e estimulam os receptores do tipo N-metil-D-aspartato (NMDA) nestes mesmos neurônios até atingir o tálamo (BASBAUM; JESSEL, 2003).

O entendimento do mecanismo de fisiopatogenia da dor supracitado parece ainda não explicar as diferentes respostas que envolvem a intensidade da reação a dores que perpassam por um mesmo circuito em diversos pacientes, permitindo-se observar um sujeito com dor aguda que pouco se manifesta e outro sujeito que demonstra a sensação de dor acompanhada de muito sofrimento, expresso por gritos retumbantes (KASHIKAR-ZUCK; GOLDSCHNEIDER, 2010).

Assim, a grande problemática para quem atende pacientes com migrânea ainda parece envolver os diferentes comportamentos relativos às sensações da intensidade da dor. Há achados na literatura (VLAEYEN; LINTON 2000; WOBY *et al.*, 2007), baseando-se no modelo cognitivo de medo, advindo da necessidade de evitar a dor (RODRIGUES *et al.*, 2012). Contudo, a impressão que se tem, é que esta perspectiva ainda não responde à questão de como ajudar esse paciente a minimizar seu sofrimento. Nesse contexto, parece ser relevante entender a origem das diferentes expressões das

sensações que, muitas vezes, permite ao fisioterapeuta experimentar uma sensação de fracasso diante de diversas e cansativas manobras no processo de recuperação (KASHIKAR-ZUCK; GOLDSCHNEIDER, 2010).

Nesse sentido, pensou-se neste estudo em uma postura interdisciplinar de se entender aspectos psicológicos, não para fazer clínica, mas, para enxergar o paciente como um todo e poder encaminhá-lo para tratamento na esfera da psique, caso sua demanda já não perpassasse mais pelos circuitos neurofisiológicos da percepção da dor.

Nessa busca literária interdisciplinar, Young (2003), parece dar maior suporte a estes propósitos. Ele estabelece que as pessoas interiorizam pensamentos na infância, que se tornam partes integrantes da sua estrutura de personalidade e que, na idade adulta, pode lhes possibilitar adaptação ou desadaptação social (TEIXEIRA, 2010).

Young (2003) acrescenta que, para existir pensamento, é necessário haver redes neurais em pleno funcionamento e, cada rede neural, acomoda um tipo de pensamento que são modulados por pequenas cadeias de proteínas denominadas peptídeos. Dessa forma, a maneira de pensar e agir sobre o mundo mobiliza ações neuroquímicas, porque, para cada tipo de pensamento, o hipotálamo libera neuropeptídios que possibilitam sinapses móveis de curto ou longo prazo (HERRON, 2010).

Estas redes neurais contemplam as formas de pensar e agir dos seres humanos e Young (2003) denominou esse conjunto complexo de esquemas iniciais que, segundo ele, podem ser adaptativos ou desadaptativos. Após longos anos de estudos, Young construiu uma escala para identificar nos sujeitos os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) que podem ser modificados em sessões de psicoterapia (TEIXEIRA, 2010).

Nesse sentido, este estudo se propõe investigar a participação dos esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) na percepção da dor em pacientes, sobretudo, com migrânea, por se tratar de, não somente, ser uma dor de cabeça, mas, uma doença ativa e incapacitante classificada pela Sociedade Brasileira de Cefaleia e ainda por ser um fator de risco para lesões cerebrais (BIGAL, 2011).

## **2 REVISÃO DE LITERATURA**

## 2 REVISÃO DE LITERATURA:

### 2.1 MIGRÂNEA

A cefaleia é um sintoma preocupante para os profissionais da saúde e familiares por ser um sinal indicativo de patologias potencialmente graves, tendo como exemplo infecções do sistema nervoso central (SNC), hemorragias intracranianas, tumores do encéfalo, hidrocefalia (ALENTORN et al., 2016; WARD et al., 2001). É muito frequente na infância e na adolescência, podendo ser dividida em primárias e secundárias. As primárias são aquelas que não apresentam uma causa definida, enquanto que as secundárias são causadas por patologias orgânicas específicas, de origem intracraniana, ou devido a doenças sistêmicas (MARTINS et al., 2010).

A migrânea ou enxaqueca é caracterizada por manifestação álgica de moderada a forte intensidade, sendo frequentemente incapacitante para o indivíduo e suas atividades diárias, onde é acompanhada por sintomas de náuseas e vômitos, em algumas vezes de manifestações neurológicas transitórias (hemianopsia, parestesia, paresia, ataxia, que caracterizam a aura enxaquecosa) e fotofobia e Fonofobia (MAIN et al., 1997).

É definida como cefalalgia primária, comumente pulsátil, unilateral, moderada a grave, associada à fotofobia, agravada por esforços, frequentemente causando náuseas ou vômitos, durando entre 4 a 72 horas (OLESEN e STEINER, 2004). Na medida em que existe uma disfunção cortical focal com duração menor que sessenta minutos a cefalalgia, então se designa de migrânea com aura (LIPTON et al., 2004). Quando tais disfunções corticais não acontecem, se designa a migrânea sem aura (IERUSALIMSCHY e MOREIRA FILHO, 2002; OLESEN e STEINER, 2004).

As crises de migrânea podem ser desencadeadas por diversos fatores e, na maioria das vezes, múltiplos para um mesmo paciente, como exemplo o estresse, alterações hormonais (período ovulatório ou peri-menstrual, menopausa e terapia de reposição hormonal), privação ou excesso de sono, jejum prolongado, ingestão de determinados alimentos ou bebida alcoólica (jejum prolongado ou ingestão de determinados alimentos, aditivos alimentares ou excesso de bebida alcoólica) e esforço físico (ato sexual, tosse, espirro,

evacuação e levantamento de peso) (CALHOUN, 2004; HUGGENBERGER et al., 2016; PANCONESI, 2008).

Além desses fatores, existem também os estímulos sensoriais, como a luminosidade, barulho e odor que podem, também, desencadear a enxaqueca (STANKEWITZ e MAY, 2011; WOODHOUSE e DRUMMOND, 1993).

A prevalência da Migrânea, que é uma doença neurológica crônica, é de 15,2%, no Brasil, sendo definida como uma reação neurovascular anormal que ocorre em um organismo geneticamente vulnerável. Caracterizando-se, por episódios recorrentes de enxaqueca e manifestações associadas, dependentes de fatores desencadeantes, como por exemplo, a náusea ou vômitos, fotofobia, fonofobia, tontura e osmofobia. Onde, no entanto apenas náusea e/ou vômitos, fotofobia e fonofobia integram os critérios diagnósticos de migrânea (SILBERSTEIN, 1995; SPECIALI, 1997).

## 2.2 TEORIA DO ESQUEMA:

A primeira pessoa a cunhar o termo “esquema” no âmbito da comunidade científica foi o Suíço Jean Piaget (MOREIRA, 1997), quando apresentou a sua Teoria Cognitivista de acordo com critérios metodológicos explicativos, após a publicação de 200 artigos exploratórios, estudando e descrevendo o desenvolvimento cognitivo humano (PAPALIA e FELDMAN, 2013). A pergunta que norteou suas pesquisas foi: como os homens constroem conhecimento (DE PÁDUA, 2009)?

Depois de quase exaurir estudos, envolvendo abstrações empíricas e reflexivas a respeito do desenvolvimento humano, Piaget demonstrou que existem “esquemas mentais” específicos desenvolvidos “no seu tempo” para entendimento dos fenômenos que vivenciamos nas diversas etapas da vida, que ele os denominou de estágios ou períodos (TERRA, 2010).

Seus estudos foram, extremamente, relevantes na compreensão de pais e Educadores no sentido de conter suas fúrias de forçar uma criança com 8 anos de idade a entender o significado das incógnitas por exemplo. Em outras palavras, dizia-se: acalmem-se. Elas ainda não têm “esquemas” para entender esse contexto. Foi assim que Piaget descreveu as etapas (estágios) de entendimentos de acordo com a ativação dos esquemas correspondentes à sua faixa etária (DE MACEDO, 1994).

O primeiro estágio ele chamou de sensório-motor (0 a 2 anos), esse período de desenvolvimento, Piaget nomeou de inteligência prática, porque, ainda não se desenvolveu a linguagem, mas, graças as experiências práticas desse estágio, que a criança forma um esquema mental mais amplo para o próximo estágio, que Piaget denominou de pré-operatório (2 a 7 anos) (ABREU et al., 2010). No período pré-operatório, a criança já é capaz de se comunicar por meio da linguagem verbal, de representar mentalmente (imaginar), começa a entender os aspectos da moralidade (PIAGET, 1994), mas ainda não faz grandes operações mentais (pensamento rígido e inflexível) e ainda não desenvolveu a capacidade de empatia (colocar-se no lugar do outro). Em seguida, Piaget apresentou o próximo estágio de desenvolvimento humano que ele chamou de operatório, dividindo-o em concreto (7 a 11 anos) e formal (12 anos em diante) (DE CAMARGO, 2013). No operatório concreto, a criança já é capaz de entender aspectos de inclusões de classes, como rosas e margaridas, contudo, sua lógica e raciocínio ainda funcionam de modo elementar, apenas a partir da manipulação de objetos concretos. No operatório formal, já se espera um amplo desenvolvimento de esquemas mentais que possibilitem a compreensão de incógnitas e de pensamentos complexos hipotético dedutivo (CHAKUR et al., 2004). É claro que, se estimulado pela família.

Mas afinal, o que são esquemas? Nesse sentido, é o resultado da interação entre o biológico (ativação de redes neuronais) com o ambiente (conceitos aprendidos na família e na escola). A forma que se pensa, percebe e que se entende o mundo depende da ativação dessas redes neuronais (esquemas), que formam a “identidade” de cada sujeito (YOOSEFI et al., 2016).

É claro que essa identidade pode mudar, desde que a pessoa não tenha sido constituída como sujeito social com transtorno de personalidade (PETROCELLI et al., 2001), cuja característica principal é a “inflexibilidade”, que é uma resistência muito forte a mudanças necessárias as adaptações durante a vida (AK et al., 2012).

O que leva um sujeito a adquirir transtorno de personalidade? São esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) (AK et al., 2012). Iniciais, porque são interiorizados na infância e desadaptativos, porque, causa transtorno na

adaptação das pessoas que os adquire. E, se mantidos, podem evoluir para um transtorno de personalidade (JOVEV e JACKSON, 2004).

Young et al. (2003) acredita que o temperamento emocional interage com eventos infantis na formação de esquemas, e que, portanto, diferentes temperamentos expõem seletivamente a criança à diferentes circunstâncias da vida.

Dessa forma, a partir do que o indivíduo experiencia, observa e aprende, ao longo da infância e adolescência, um conjunto de crenças (BECK e WEISHAAR, 1989) são construídas a respeito do próprio sujeito e das suas relações com os outros, formando um padrão cognitivo estável e duradouro que norteia seu funcionamento no mundo (CSUKLY et al., 2011).

As crenças estão inseridas nessas estruturas estáveis chamadas “esquemas” que selecionam e sintetizam os dados, para então desencadear uma série de estratégias de enfrentamento (DOZOIS e BECK, 2008).

Young et al. (2003) classificaram os esquemas em adaptativos ou desadaptativos (também chamados mal adaptativos ou disfuncionais). Os esquemas adaptativos originam-se de vivências precoces percebidas como positivas e que, ao serem acionadas, contribuem para o enfrentamento e a resolução satisfatória das questões da vida (BOSSA e LOPES, 2014). Os esquemas mal adaptativos, por sua vez, têm sua origem nas vivências precoces percebidas como dolorosas, podendo gerar interações perturbadas na vida atual (YOUNG et al., 2003).

Assim, os esquemas que vão aparecendo na infância e que foram chamados por Young de Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), estariam no centro dos Transtornos de Personalidade, sendo rígidos e difíceis de ser modificados (KRUEGER et al., 2011).

Young et al. (2003) relacionam o início dos EIDs a temas extremamente estáveis e duradouros, que foram desenvolvidos durante a infância do indivíduo e foram sendo elaborados ao longo da vida, tornando-se recorrentes e disfuncionais em um grau significativo, nos quais são ativados por acontecimentos ambientais acentuados e relacionados a altos níveis de afeto (KRUEGER et al., 2011). Com isso, os esquemas lutam para permanecerem ativos, e embora causem sofrimento, eles são admitidos pelo paciente,

tornando-se confortáveis, fazendo o indivíduo se sentir bem devido ao funcionamento vicioso de anos (JOVEV e JACKSON, 2004).

A razão pelo qual os esquemas são de difíceis mudanças é que os indivíduos se sentem atraídos por momentos que ativem e se identifiquem com seus esquemas, fazendo com que eles considerem os esquemas como verdadeiros e influenciem a maneira como a pessoa pensa, sente, age e se relacionam com os outros (YOUNG et al., 2003). Onde, estas táticas são constituídas e mantidas com o objetivo de adaptação evolutiva, que foram originados geneticamente para desempenhar funções relacionadas à sobrevivência e à reprodução, favorecidas pelos processos de seleção natural (TEIXEIRA, 2010).

As diferenças entre os transtornos estão no conteúdo dos esquemas e crenças mal adaptativas e nas interpretações enviesadas associadas a cada transtorno. É dado destaque ao papel da mediação cognitiva nas respostas comportamentais e afetivas, já que variáveis cognitivas são importantes determinantes das disfunções emocionais (STERNBACH et al., 1992).

A Terapia do Esquema (TE) surgiu com o intuito de resolver estes problemas como, por exemplo, a rigidez nas crenças, os pensamentos dos pacientes e a sua desconexão entre a patologia e os ambientes parentais (BALL, 1998). Com isso, se identifica um nível mais aprofundado de cognição denominado Esquema Inicial Desadaptativos (EID), como padrões emocionais e cognitivos autoderrotistas, iniciados na infância desde cedo e repetidos ao longo da vida (NORDAHL e NYSÆTER, 2005).

A TE de Jeffrey Young analisa elementos do tipo cognitivo-comportamental, psicanalítica, construtivista, da Gestalt, do Apego e de relações objetais em um modelo conceitual rico e unificador. Sendo, atualmente, apropriada a pacientes com transtornos psicológicos crônicos, que são considerados difíceis de tratar (BAMELIS et al., 2014). Com isso, permite expandir a TCC clássica ao focar na investigação das origens infantis e na fase da adolescência, dos problemas psicológicos, à técnica emotiva, à relação do terapeuta com o paciente e aos modos desadaptativos de enfrentamento (ROTHBAUM et al., 2000).

Com isso, os objetivos das terapias dos esquemas visam auxiliar o paciente a diminuir ou abolir os estilos de enfrentamento desadaptativos,

voltando a se encontrar com seus sentimentos básicos. Desta forma, possibilitando a cura dos seus EIDs fornecendo o aprendizado de como lidar com seus modos de esquemas autodestrutivos, para obter as suas necessidades emocionais básicas em sua vida cotidiana (YOUNG et al., 2003).

### 2.3 ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS

Os EIDs são caracterizados como padrões emocionais e cognitivos desadaptativos que tendem a se repercutir ao longo da vida, configurando assim, processos de funcionamento da personalidade que proporcionem a interação do indivíduo com a realidade (SANTOS, 2005). Onde, na sua grande maioria, são acionados pela vivência de experiências desagradáveis que impossibilitam o preenchimento de suas necessidades emocionais essenciais ao ser humano. Embora nem todos os esquemas apresentem traumas em sua origem, esses padrões de funcionamento são destrutivos e autores de sofrimento (CAZASSA e OLIVEIRA, 2008).

A psicoterapia cognitiva estabelece que os indivíduos atribuam significados a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida e, com base nisso, comportam-se de determinada maneira, construindo diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade (MACHADO et al., 2005). Assim, as pessoas reagem de diversas formas a uma situação específica, podendo chegar a conclusões variadas (POWELL et al., 2008).

Segundo Judith Beck (BECK, 2007), a psicopatologia é resultante de significados mal-adaptativos que o sujeito constrói em relação a si, ao contexto ambiental (experiência) e ao futuro (objetivos), que juntos formam a tríade cognitiva. Aaron Beck verificou então que alguns tipos de pensamentos automáticos distorcidos ou disfuncionais tinham uma associação específica com determinados transtornos psiquiátricos.

As distorções cognitivas ou erros cognitivos, que produzem pensamentos disfuncionais podem ocorrer no âmbito das crenças ou esquemas e se manifestam, sobretudo, através dos pensamentos automáticos distorcidos (OLIVEIRA, 2011), assim os processamentos das informações realizados acerca do mundo se estruturam progressivamente, constituindo uma

instância maior de crenças ou esquemas, as quais orientarão demais processamentos (GONÇALVES e PEREIRA, 2009).

As crenças centrais (CC) ou nucleares (CN) são concepções fundamentais acerca de si, dos outros e futuro, têm caráter inflexível e diz respeito a um determinado conteúdo. Já as crenças intermediárias (CI) são regras de comportamento e pressupostos sobre a forma de se comportar, baseados na existência dos conteúdos das crenças nucleares (DUARTE et al., 2008; MATOS e DE OLIVEIRA, 2014).

Os esquemas são estruturas internas duráveis que se destinam a armazenar e organizar ideias, experiências, para que venham a ter significado, determinando assim a percepção e conceito dos fenômenos (LOURENÇO e PADOVANI, 2013).

O termo esquema não é exclusivo das ciências cognitivas. Durante o estoicismo, os filósofos se utilizaram dessa nomenclatura na designação de um dos princípios da lógica, o esquema de inferência (MÁRSICO, 2003). Kant também fez uso dessa palavra, assim como a geometria, a educação, a análise literária, programas de computadores, entre outros, que utilizavam o conceito de esquema em referência a uma estrutura, uma armação ou conformação (SUZUKI, 2008).

A noção de esquema como um constructo cognitivo passou a ser difundida por Bartlett há mais de 80 anos, foi utilizada por Piaget na década de 30, no século passado, continuou a ser utilizada extensamente durante 1970 pela psicologia cognitiva e social e também foi restabelecida ao uso por Beck a partir de 1964 (OLIVEIRA et al., 2013).

Segundo (BECK, 1967, p. 283):

Um esquema é uma estrutura cognitiva que filtra, codifica e avalia os estímulos, aos quais, o organismo é submetido... Com base na matriz de esquemas, o indivíduo consegue orientar-se em relação ao tempo e espaço e categorizar e interpretar experiências de maneira significativa.

Os esquemas são representações únicas construídos na interação do indivíduo com o ambiente, que podem conter conjuntos sobrepostos, o que pode ocasionar a ativação de vários esquemas a partir do input de um único esquema, além disso a ativação de uma parte do esquema implica na manifestação de toda a sua totalidade (DUARTE et al., 2008).

Há estudo na literatura (YOUNG et al., 2003), demonstrando que tais implicações podem comprometer a estrutura de vida dos indivíduos, principalmente no que se refere aos esquemas iniciais que podem ser estabelecidos enquanto criança ou até mesmo em ocasiões posteriores da vida, podendo ser descrito como adaptativo ou desadaptativo (DUARTE et al., 2008).

No entanto, as formas iniciais desadaptativas parecem surgir por ocorrências e enfrentamentos dos problemas, tais como: repressão doméstica em função de uma educação rígida e repressora, na qual não houve possibilidade de expressar suas emoções de maneira livre, onde os sujeitos são geralmente tristes e introvertidos, com regras internalizadas excessivamente rígidas, autocontrole e pessimismos exagerados e uma hipervigilância para possíveis eventos negativos, podendo levar o sujeito a sofrimento emocional, psicológico, evoluir com depressão e ansiedade (PERES, 2008).

Contudo, as pessoas que apresentam esquemas iniciais desadaptativos, provavelmente tiveram uma vida de sofrimento durante a infância ou mesmo na fase adulta, derivado de desamparo, abandono, renúncia, negligência, rejeição, agressões verbais e físicas. No qual, muitos dos casos a consequência seja o sofrimento, que parece ser repetida, proporcionando que os indivíduos se sintam atraídos pelos episódios e ativem os esquemas iniciais desadaptativos (BOSCARDIN e KRISTENSEN, 2011).

Os esquemas iniciais desadaptativos são estruturas internas duráveis que se destinam a armazenar e organizar ideias, experiências, para que venham a ter significado, determinando assim a percepção e conceito dos fenômenos (BECK, 1964).

De acordo com (BECK, 1967) um esquema pode ser uma estrutura cognitiva com o propósito de filtrar, codificar e avaliar os estímulos, em que o organismo é subordinado, tendo como suporte a matriz de esquemas. Neste contexto, o sujeito consegue se orientar em relação ao tempo e ao espaço, categorizando e interpretando as experiências de forma significativa.

Neste contexto, percebe-se que os esquemas são representações únicas construídas na interação do indivíduo com o ambiente, que podem conter conjuntos sobrepostos, podendo ocasionar a ativação de vários

esquemas a partir do input de um único esquema, ainda mais, pode levar a ativação de uma parte do esquema, implicando na manifestação de toda a sua totalidade (EYSENCK et al., 1994).

Os EIDs representam crenças incondicionais em relação a si mesmo (autoconceito), são resistentes a mudança, são disfuncionais e recorrentes, e em geral são ativados por acontecimentos ambientais emocionalmente relevantes (YOUNG et al., 2003).

Young identificou 18 EIDs organizados em 5 domínios de esquemas associados, como mostrado a seguir: O primeiro domínio denominado de Desconexão e Rejeição está relacionado aos esquemas de abandono, desconfiança, privação emocional, vergonha e isolamento, ou seja, a falta de ambiente seguro, carinho, aceitação e respeito (BAKHSHI BOJED e NIKMANESH, 2013).

O segundo domínio se refere a Autonomia e Desempenho Prejudicados, no qual está relacionado aos esquemas de dependência, vulnerabilidade, emaranhamento e fracasso, assim como associados à falta de capacidade de se separar, sobreviver, ser independente e abalo da confiança em si (SHOREY et al., 2015).

O terceiro domínio são os Limites Prejudicados, onde são apresentados vinculados aos esquemas de merecimento e grandiosidade, autocontrole e autodisciplina insuficiente, ou seja, a falta de direção, disciplina, limites e metas (TRINCAS et al., 2014).

O quarto domínio, Orientação para o Outro, no qual se constitui como sendo esquema de subjugação, autosacrifício, onde o indivíduo vai em busca de aprovação e reconhecimento, surgindo, desta forma, quando há um foco excessivo nos desejos e sentimentos dos outros (LAVERGNE et al., 2015).

Já o quinto domínio é o de Supervigilância e Inibição são os esquemas de negativismo e pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis e caráter punitivo, os quais são caracterizados pela necessidade de seguir regras, esconder emoções, relaxar, estabelecer relacionamentos íntimos e evitar erros (HAWKE et al., 2011; LAVERGNE et al., 2015).

### **3 HIPÓTESES**

### **3 HIPÓTESES:**

3.1 Pacientes com migrânea de ambos os gêneros apresentam esquemas iniciais desadaptativos de negativismo e pessimismo.

3.2 Pacientes com migrânea do ambos os gêneros apresentam esquemas iniciais desadaptativos de padrões excessivo rígidos de realizações.

3.3 Pacientes com migrânea do ambos os gêneros apresentam esquemas iniciais desadaptativos de caráter punitivo.

3.4 Pacientes com migrânea do ambos os gêneros apresentam esquemas iniciais desadaptativos de inibição emocional.

## **4 OBJETIVOS**

## **4 OBJETIVOS:**

### **4.1 GERAL:**

Avaliar se a participação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs) na percepção da dor em pacientes com migrânea é um apenas um perfil psicológico ou uma indicação de transtorno de personalidade.

### **4.2 ESPECÍFICOS:**

#### **4.2.1 Identificar:**

**4.2.2** Se há associação entre o grupo estudado (migrânea) com gênero ou faixa etária;

**4.2.3** Se há associação entre o grupo estudado (migrânea) com todos os Esquemas Iniciais Desadaptativos separados por domínios (desconexão e rejeição, autonomia prejudicada, limites prejudicados, orientação para o outro e supervigilância e inibição).

## **5 MATERIAIS E MÉTODOS**

## 5 SUJEITOS e MÉTODOS

### 5.1 DESENHO DO ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de corte transversal, quanti-qualitativa (abordagem), básica (nível de investigação), exploratória (objetivos), estudo de caso / *ex-post-facto* (procedimentos de coleta) e de campo (fontes).

### 5.2 LOCAL DO ESTUDO

Estes indivíduos eram pacientes da clínica Cérebro e Tecnologia Neurofeedback Recife (CTNR) / CNPJ: 21.412.522/0001- 70, localizada na Galeria Piedade Center – Loja 208, na Av. Zequinha Barreto, 384, Piedade - Jaboatão dos Guararapes/PE, Brasil, CEP: 54.400-090. Estes clientes já estavam em treinamento cerebral no CTNR e que chegaram a clínica já com diagnósticos médicos para este tratamento auxiliar de autoneuroregulação (neurofeedback).

### 5.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

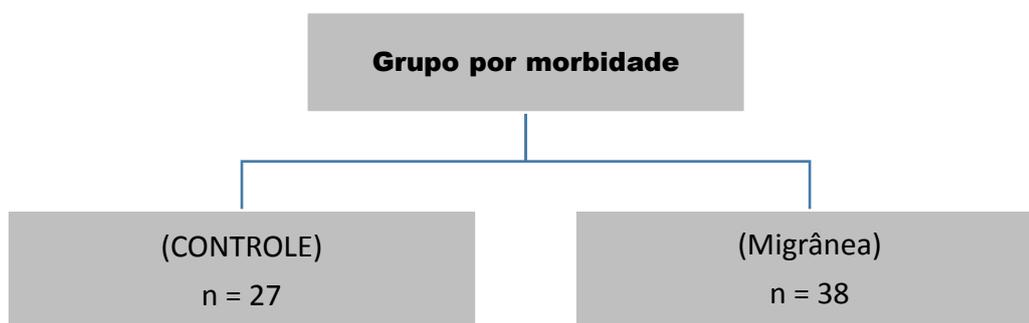
Os sujeitos foram avaliados, sendo divididos em grupos no total de 65 sujeitos de ambos os gêneros, sendo 19 do gênero masculino e 46 do gênero feminino. No qual, foram submetidos às avaliações pelo questionário de Esquemas Iniciais Desadaptativos (YSQ-S3) na sede do CTNR, sob condições padrão, em sala, com ar condicionado, à temperatura de  $22^{\circ} \pm 2^{\circ}\text{C}$ . Foram incluídos na pesquisa (critérios de inclusão) os sujeitos de ambos os gêneros acometidos de migrânea e foram excluídos (critérios de exclusão) os sujeitos com idades inferiores a 18 anos ou superiores a 60 anos, seguindo o critério de idade do próprio processo de validação do YSQ-S3 para a língua Portuguesa (PINTO GOUVEIA *et al.*, 2005).

### 5.4 AMOSTRAGEM DOS SUJEITOS

Os sujeitos foram divididos em 7 (sete) grupos, sendo 2 pela morbidade estudada (migrânea), 2 por gênero e 3 por faixa etária:

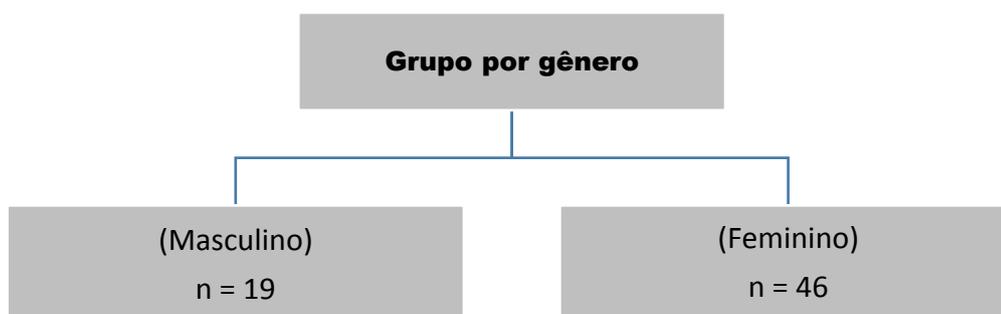
Grupo por Morbidade:

Indivíduos sem migrânea (CONTROLE),  $n = 27$  e indivíduos com migrânea (Migrânea),  $n = 38$ ;



Grupo por Gênero:

Indivíduos do gênero masculino (Masculino),  $n = 19$  e indivíduos do gênero feminino (Feminino),  $n = 46$ ;

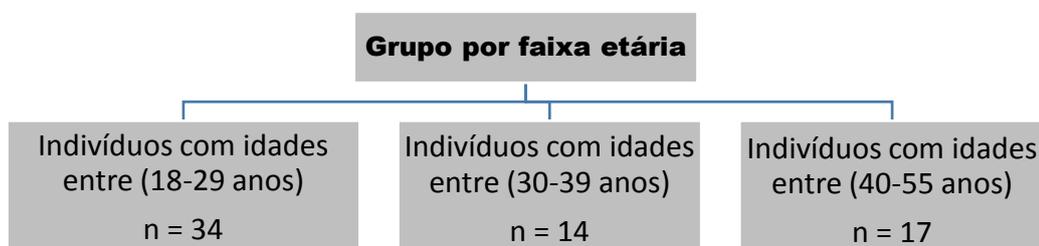


Grupo por faixa etária:

Indivíduos com idades entre (18-29 anos),  $n = 34$ ;

Indivíduos com idades entre (30-39 anos),  $n = 14$ ;

Indivíduos com idades entre (40-55 anos),  $n = 17$ .



#### 5.4.1 Critérios e Procedimentos para Seleções dos Sujeitos

Este trabalho foi aprovado pela Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, UFPE, nº 1.383.600, (Anexo A), homologado em 05 de janeiro de 2016.

Antes das coletas de dados, todos os sujeitos avaliados preencheram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo B) e todas as mulheres asseguraram, no dia da avaliação, não estarem no período pré-menstrual e no período prodrômico da migrânea.

Todas as avaliações, correlação e interpretação dos Testes Psicológicos foram realizadas em parceria e sob orientação de um profissional Psicólogo, Professor Dr. Valdenilson Ribeiro Ribas, registro CRP 11.797, de acordo com as diretrizes do Conselho Federal de Psicologia no Brasil. Vale ressaltar que não foram as análises estatísticas e sim todas as manipulações com os Testes Psicológicos, tendo em vista que no Brasil, só quem pode aplicar Teste Psicológico é um profissional psicólogo, de acordo com a resolução do Conselho Federal de Psicologia Nº 25/2001.

#### **5.4.1.1 Questionário de Esquemas Iniciais Desadaptativos (YSQ-S3)**

O Questionário YSQ-S3 é um instrumento de autorelato que objetiva avaliar 18 EIDs, considerados como centrais na cognição humana. Composto por 90 itens, que são classificados em uma escala tipo *Likert* de seis pontos (1 = completamente falso, 2 = falso na maioria das vezes, 3 = ligeiramente mais verdadeiro do que falso, 4 = moderadamente verdadeiro, 5 = verdadeiro na maioria das vezes, 6 = descreve-me perfeitamente) para pontuação de acordo como os entrevistados avaliam cada item pelos sentimentos e crenças sobre si mesmos e os outros. Escores totais dos cinco itens para cada esquema são somados utilizando o instrumento YSQ-S3 Scoring Key. Soma igual ou superior a 15 foi considerado como EID presente no paciente (KELLOGG e YOUNG, 2008).

Os 18 EIDs avaliados pelo questionário são: Abandono e Instabilidade, Desconfiança/abuso, Privação emocional, Defectividade/vergonha, Isolamento social/alienação, Dependência/incompetência, Vulnerabilidade à doença, Emaranhamento/self subdesenvolvido, Fracasso, Merecimento/grandiosidade, Autocontrole/autodisciplina insuficiente, Subjugação, Auto-sacrifício, busca de aprovação/reconhecimento, Negatividade/pessimismo, Inibição emocional,

Padrão inflexível/crítica exagerada e o esquema de caráter punitivo (LAVERGNE *et al.*, 2015).

A Terapia Focada nos Esquemas foi elaborada e apresentada por Jeffrey Young, Janet S. Klosko e Marjorie E. Weishaar (YOUNG JEFFREY; KLOSKO JANET; WEISHAAR MARJORIE, 2003) e expressa um avanço do paradigma cognitivo de Aaron Beck, sendo, neste caso, com foco no tratamento dos transtornos de personalidade (HOFFART LUNDING; HOFFART, 2016). Eles propuseram que a etiologia dos transtornos de personalidade está na criação e fortalecimento desses esquemas disfuncionais de pensamento. É como se as pessoas aprendessem a pensar de forma errada. Obviamente, entendendo-se o conceito de “certo ou errado” vinculado diretamente a tudo àquilo que ajuda o ser humano no processo de adaptação social (VAN ALPHEN *et al.*, 2015).

O pensamento é o resultado de vários esquemas semânticos e de redes neurais em constantes ativações (BOWERS, 2009). Nesse sentido, é aprendido. É semelhante a constituição do preconceito que gera a sensação de ódio. De acordo com Nelson Mandela, ninguém nasce odiando. Aprendemos a odiar (MANDELA, 2006). Young acrescentou ao modelo original da terapia cognitiva a possibilidade de identificação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), os quais estabelecem em algumas pessoas formas distorcidas de compreensão das situações, como se fossem pequenos delírios (falsas crenças mantidas com convicção). Não obstante, nem todos os esquemas foram constituídos por traumas, essas formas de entendimento distorcidas sempre ocasionam muito sofrimento as pessoas (HESSE, 2002).

Nesse sentido, quando não são frutos de traumas, podem advir da falta de uma comunicação adequada, sobretudo, durante o relacionamento com as figuras parentais no início da vida, principalmente, se faltar: segurança básica, afeição, autonomia, autoestima, autoexpressão e limites reais (YOUNG; KLOSKO; WEISHAAR, 2003).

Com a meta de investigar os EIDs, Young *et al.* elaboraram o Young Schema Questionnaire, o qual possui, além da versão original com 205 itens

(YSQ-S1), duas versões reduzidas. Uma na língua inglesa com 75 itens (YSQ-S2) e a outra validada por Pinto Gouveia, D. Rijo e M. C. Salvador em 2005 para a língua portuguesa com 90 itens (YSQ-S3), sendo que este último foi o instrumento oficial de investigação deste estudo (RODRIGUES, 2015).

## **6 TRATAMIENTO ESTADÍSTICO**

## **6 TRATAMENTO ESTATÍSTICO:**

Programa estatístico: O programa utilizado foi o SIGMA STAT para Windows – Versão 8.0 da Jandel Corporation. Os resultados foram analisados pelo teste qui-quadrado, com  $p < 0,05^*$ , expressos em percentuais e representados em tabela contingencial.

## **7 RESULTADOS**

## 7 RESULTADOS

Observou-se, neste estudo, que houve associação significativa ao nível de 5% entre a variável gênero e a morbidade estudada, que foi a migrânea, demonstrando um maior percentual para o gênero feminino (84,21%,  $p < 0,05^*$ ) de pessoas acometidas por migrânea. Entretanto, entre a faixa etária e a migrânea, não houve associação significativa (Tabela 1).

Tabela 1 – Variáveis gênero e faixa etária segundo o grupo

Variável	Grupos comparados				Valor de p
	Controle		Migrânea		
	n	%	n	%	
<b>TOTAL</b>	<b>27/65</b>		<b>38/65</b>		
<b>• Gênero</b>					$p^{(1)} = 0,018^*$
Masculino	13/27	<b>48,14%</b>	6/38	<b>15,78%</b>	
Feminino	14/27	<b>51,85%</b>	32/38	<b>84,21%</b>	
<b>• Faixa etária (em anos)</b>					$p^{(1)} = 0,868$
18 a 29	13/27	<b>48,14%</b>	21/38	<b>55,26%</b>	
30 a 39	5/27	<b>18,52%</b>	9/38	<b>23,68%</b>	
40 a 55	9/27	<b>33,33%</b>	8/38	<b>21,5%</b>	

(\*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Não houve associação significativa entre dos esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) relacionados ao domínio desconexão e rejeição e a migrânea (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao **domínio desconexão e rejeição** segundo o grupo

Esquema	Grupos comparados				Valor de p
	Controle		Migrânea		
	n	%	n	%	
<b>TOTAL</b>	<b>27/65</b>		<b>38/65</b>		
<b>• Privação emocional</b>					$p^{(1)} = 0,874$
> 3,8	4/27	<b>14,81%</b>	4/38	<b>10,52%</b>	
Até 3,8	23/27	<b>85,18%</b>	34/38	<b>89,47%</b>	
<b>• Abandono</b>					$p^{(1)} = 0,323$
> 3,8	2/27	<b>7,40%</b>	8/38	<b>21,05%</b>	
Até 3,8	25/27	<b>92,59%</b>	30/38	<b>78,94%</b>	
<b>• Desconfiança abuso</b>					$p^{(1)} = 0,929$
> 3,8	4/27	<b>14,81%</b>	7/38	<b>18,42%</b>	
Até 3,8	23/27	<b>85,18%</b>	31/38	<b>81,57%</b>	
<b>• Isolamento social/alienação</b>					$p^{(1)} = 0,448$
> 3,8	2/27	<b>7,40%</b>	7/38	<b>18,42%</b>	
Até 3,8	25/27	<b>92,59%</b>	31/38	<b>81,57%</b>	
<b>• Defeito/impossibilidade de se amado</b>					$p^{(1)} = 0,957$
> 3,8	1/27	<b>3,70%</b>	2/38	<b>5,26%</b>	
Até 3,8	26/27	<b>96,29%</b>	36/38	<b>94,73%</b>	

(\*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Não houve associação significativa entre os EIDs relacionados ao domínio de autonomia prejudicada e a migrânea (Tabela 3).

Tabela 3 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao **domínio de autonomia prejudicada** segundo o grupo

Esquema	Grupos comparados				Valor de p
	Controle		Migrânea		
	n	%	n	%	
<b>TOTAL</b>	<b>27/65</b>		<b>38/65</b>		
• <b>Dependência/incompetência</b>					$p^{(1)} = 0,489$
> 3,8	1/27	<b>3,70%</b>	-	-	
Até 3,8	26/27	<b>96,29%</b>	38/38	<b>100%</b>	
• <b>Vulnerabilidade a doenças</b>					$p^{(1)} = 0,865$
> 3,8	3/27	<b>11,11%</b>	6/38	<b>15,78%</b>	
Até 3,8	24/27	<b>88,88%</b>	32/38	<b>84,21%</b>	
• <b>Emaranhamento</b>					$p^{(1)} = 0,269$
> 3,8	16/27	<b>3,70%</b>	10/38	<b>5,26%</b>	
Até 3,8	16/27	<b>59,25%</b>	23/38	<b>60,52%</b>	
• <b>Fracasso</b>					$p^{(1)} = 0,683$
> 3,8	3/27	<b>11,11%</b>	2/38	<b>5,26%</b>	
Até 3,8	24/27	<b>88,88%</b>	36/38	<b>94,73%</b>	

(\*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Não houve associação significativa entre os EIDs relacionados ao domínio de limites prejudicados e a migrânea (Tabela 4).

Tabela 4 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao **domínio de limites prejudicados** segundo o grupo

Esquema	Grupos comparados				Valor de p
	Controle		Migrânea		
	n	%	n	%	
<b>TOTAL</b>	<b>27/65</b>		<b>38/65</b>		
• <b>Grandiosidade/superioridade</b>					$p^{(1)} = 0,574$
> 3,8	3/27	<b>11,11%</b>	8/38	<b>21,05%</b>	
Até 3,8	24/27	<b>88,88%</b>	30/38	<b>78,94%</b>	
• <b>Autocontrole e autodisciplina insuficientes</b>					$p^{(1)} = 0,929$
> 3,8	4/27	<b>14,81%</b>	7/38	<b>18,42%</b>	
Até 3,8	23/27	<b>85,18%</b>	31/38	<b>81,57%</b>	

(\*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Não houve associação significativa entre os EIDs relacionados ao domínio de orientação para o outro e a migrânea (Tabela 5).

Tabela 5 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de orientação para o outro segundo o grupo

Esquema	Grupos comparados				Valor de p
	Controle		Migrânea		
	n	%	n	%	
<b>TOTAL</b>	<b>27/65</b>		<b>38/65</b>		
• <b>Subjugação</b>					$p^{(1)} = 0,220$
> 3,8	-		4/38	<b>10,52%</b>	
Até 3,8	27/27	<b>100%</b>	34/38	<b>89,47%</b>	
• <b>Auto-sacrifício</b>					$p^{(1)} = 0,498$
> 3,8	5/27	<b>18,51%</b>	12/38	<b>31,57%</b>	
Até 3,8	22/27	<b>81,48%</b>	26/38	<b>68,42%</b>	
• <b>Busca de reconhecimento</b>					$p^{(1)} = 0,360$
> 3,8	4/27	<b>14,81%</b>	11/38	<b>28,94%</b>	
Até 3,8	23/27	<b>85,18%</b>	27/38	<b>71,05%</b>	

(\*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Houve associação significativa entre a variável domínio de supervigilância e inibição, especificamente, no esquema inicial desadaptativo de padrões excessivo rígidos de realização com maior percentual (73,68%,  $p < 0,0001$ ), autopunição (84,21%,  $p < 0,0001$ ) e migrânea (Tabela 6).

Tabela 6 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de supervigilância e inibição segundo o grupo

Esquema	Grupos comparados				Valor de p
	Controle		Migrânea		
	n	%	n	%	
<b>TOTAL</b>	<b>27/65</b>		<b>38/65</b>		
• <b>Negativismo/pessimismo</b>					$p^{(1)} = 0,865$
> 3,8	3/27	<b>11,11%</b>	6/38	<b>15,78%</b>	
Até 3,8	24/27	<b>88,88%</b>	32/38	<b>84,21</b>	
• <b>Inibição emocional</b>					$p^{(1)} = 0,301$
> 3,8	1/27	<b>3,70%</b>	6/38	<b>15,78%</b>	
Até 3,8	26/27	<b>96,29%</b>	32/38	<b>84,21%</b>	
• <b>Padrões excessivo rígidos de realização</b>					$p^{(1)*} < 0,0001$
> 3,8	5/27	<b>18,51%</b>	28/38	<b>73,68%</b>	
Até 3,8	22/27	<b>81,48%</b>	10/38	<b>26,31%</b>	
• <b>Autopunição</b>					$p^{(1)*} < 0,0001$
> 3,8	-	-	32/38	<b>84,21%</b>	
Até 3,8	27/27	<b>100%</b>	6/38	<b>15,78%</b>	

(\*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Não houve associação significativa entre os EIDs relacionados ao domínio de desconexão e rejeição e a variável gênero (Tabela 7).

Tabela 7 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de **desconexão e rejeição** segundo o gênero

Esquema	Grupos por Gênero				Valor de p
	Masculino		Feminino		
	n	%	n	%	
<b>TOTAL</b>	<b>19/65</b>		<b>46/65</b>		
• <b>Privação emocional</b>					$p^{(1)} = 0,539$
> 3,8	1/19	5,26%	7/46	15,21%	
Até 3,8	18/19	94,73%	39/46	84,78%	
• <b>Abandono</b>					$p^{(1)} = 0,784$
> 3,8	2/19	10,52%	8/46	17,39%	
Até 3,8	17/19	89,47%	38/46	82,60%	
• <b>Desconfiança abuso</b>					$p^{(1)} = 0,676$
> 3,8	2/19	10,52%	9/46	19,56%	
Até 3,8	17/19	89,47%	37/46	80,43%	
• <b>Isolamento social/alienação</b>					$p^{(1)} = 0,777$
> 3,8	1/19	5,26%	5/46	10,86%	
Até 3,8	18/19	94,73%	41/46	89,13%	
• <b>Defeito/impossibilidade de ser amado</b>					$p^{(1)} = 0,987$
> 3,8	1/19	5,26%	2/46	4,34%	
Até 3,8	18/19	94,73%	44/46	95,65%	

(\*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson (1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Não houve associação significativa entre os EIDs relacionados ao domínio de autonomia prejudicada e a variável gênero (Tabela 8).

Tabela 8 – Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de **autonomia prejudicada** segundo o gênero

Esquema	Grupos por Gênero				Valor de p
	Masculino		Feminino		
	n	%	N	%	
<b>TOTAL</b>	<b>19/65</b>		<b>46/65</b>		
• <b>Dependência/incompetência</b>					$p^{(1)} = 0,292$
> 3,8	1/19	5,26%	-	-	
Até 3,8	18/19	94,73%	46/46	100%	
• <b>Vulnerabilidade a doenças</b>					$p^{(1)} = 0,958$
> 3,8	3/19	15,78%	6/46	13,04%	
Até 3,8	16/19	84,21%	40/46	86,95%	
• <b>Emaranhamento</b>					$p^{(1)} = 0,522$
> 3,8	-	-	3/46	6,52%	
Até 3,8	19/19	100%	43/46	93,47%	
• <b>Fracasso</b>					$p^{(1)} = 0,894$
> 3,8	1/19	5,26%	4/46	8,69%	
Até 3,8	18/19	94,73%	42/46	91,30%	

(\*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Não houve associação significativa entre os EIDs relacionados ao domínio de limites prejudicados e a variável gênero (Tabela 9).

Tabela 9 – Avaliação dos Esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao **domínio limites prejudicados** segundo o gênero

Esquema	Grupos por Gênero				Valor de p
	Masculino		Feminino		
	n	%	N	%	
<b>TOTAL</b>	<b>19/65</b>		<b>46/65</b>		
<b>• Grandiosidade/superioridade</b>					$p^{(1)} = 0,676$
> 3,8	2/19	<b>10,52%</b>	9/46	<b>19,56%</b>	
Até 3,8	17/19	<b>89,47%</b>	37/46	<b>80,43%</b>	
<b>• Autocontrole e autodisciplina insuficientes</b>					$p^{(1)} = 0,849$
> 3,8	4/19	<b>21,05%</b>	7/46	<b>15,21%</b>	
Até 3,8	15/19	<b>78,94%</b>	39/46	<b>84,78%</b>	

(\*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson (1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Não houve associação significativa entre os EIDs relacionados ao domínio de orientação para o outro e a variável gênero (Tabela 10).

Tabela 10 – Avaliação dos Esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao **domínio de orientação para o outro** segundo o gênero

Esquema	Gênero				Valor de p
	Masculino		Feminino		
	n	%	N	%	
<b>TOTAL</b>	<b>19/65</b>		<b>46/65</b>		
<b>• Subjugação</b>					$p^{(1)} = 0,414$
> 3,8	-	-	4/46	<b>8,69%</b>	
Até 3,8	19/19	<b>100%</b>	42/46	<b>91,30%</b>	
<b>• Auto-sacrifício</b>					$p^{(1)} = 0,999$
> 3,8	5/19	<b>26,31%</b>	12/46	<b>26,08%</b>	
Até 3,8	14/19	<b>73,68%</b>	34/46	<b>73,91%</b>	
<b>• Busca de reconhecimento</b>					$p^{(1)} = 0,669$
> 3,8	3/19	<b>15,78%</b>	12/46	<b>26,08%</b>	
Até 3,8	16/19	<b>84,21%</b>	34/46	<b>73,91%</b>	

(\*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson (1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

Houve associação significativa entre a variável domínio de supervigilância e inibição, especificamente, no esquema inicial desadaptativo de padrões excessivo

rígidos de realização com maior percentual (56,52%,  $p < 0,0014$ ) e as pessoas do gênero feminino (Tabela 11).

Tabela 11 – Avaliação dos Esquemas iniciais desadaptativos relacionados ao domínio de **supervigilância e inibição** segundo o gênero

Esquema	Gênero				Valor de p
	Masculino		Feminino		
	n	%	N	%	
<b>TOTAL</b>	<b>19/65</b>		<b>46/65</b>		
• <b>Negativismo/pessimismo</b>					$p^{(1)} = 0,436$
> 3,8	1/19	<b>5,26%</b>	8/46	<b>17,39%</b>	
Até 3,8	18/19	<b>94,73%</b>	38/46	<b>82,60%</b>	
• <b>Inibição emocional</b>					$p^{(1)} = 0,654$
> 3,8	1/19	<b>5,26%</b>	6/46	<b>13,04%</b>	
Até 3,8	18/19	<b>94,73%</b>	40/46	<b>86,95%</b>	
• <b>Padrões excessivo rígidos de realização</b>					$p^{(1)*} = 0,014$
> 3,8	7/19	<b>36,84%</b>	26/46	<b>56,52%</b>	
Até 3,8	18/19	<b>94,73%</b>	14/46	<b>30,43%</b>	
• <b>Autopunição</b>					$p^{(1)*} < 0,0001$
> 3,8	-	-	28/46	<b>60,86%</b>	
Até 3,8	18/19	<b>94,73%</b>	19/46	<b>41,30%</b>	

(\*): Associação significativa ao nível de 5,0%.

(1): Através do teste Qui-quadrado de Pearson.

## **8 DISCUSSÃO**

## 8 DISCUSSÃO

Este estudo constatou que há associação significativa entre migrânea e o gênero feminino. Contudo, não se observou o mesmo entre migrânea e a faixa etária; observou-se também associação entre migrânea, padrões excessivo-rígidos de realização, autopunição e gênero feminino.

Com relação aos padrões excessivo-rígidos de realização, pode-se entender como formas de agir continuamente (atitudes) com alto nível de cobrança de si mesmo (a) e dos outros que, possivelmente, induz a um comportamento com conteúdo voltado para a crítica, julgamentos e constantes análises. Essa postura parece exigir mais do cérebro humano, como se apresentasse maior dificuldade em desligar ou de pensar menos e viver o agora sem competir, apenas contemplando (MEDEIROS; RIBAS, 2014).

A autopunição parece estar diretamente vinculada a este alto padrão de exigência e competição (MOOSAVISSL e MOOSAVI SADAT, 2014). Que vença o melhor! O indivíduo enxerga o mundo numa visão matemática binária (zero ou um) ou é forte ou fraco. Não existem eventualidades ou desculpas. A falha parece ser algo inaceitável e quem a comete merece ser castigado (punido) pela própria classificação de fraco e que ainda nem merece uma segunda chance e essa forma de pensar parece ainda ser um retroalimentador do padrão anterior (excessivo-rígidos de realização) (MEDEIROS e RIBAS, 2014).

O gênero feminino em maior percentual com os padrões ou perfis psicológicos encontrados anteriormente, possivelmente, tem relação com as excessivas cobranças ao papel social mais importante da mulher, que é de ser mãe, atreladas às compulsórias competições impostas por uma sociedade machista, trazendo um grande volume de responsabilidade, que vai desde os cuidados com o lar, perpassando pela obrigatoriedade de preparar as refeições do marido e dos filhos, independentemente de estar ou não doente, além de ter que ser uma boa profissional no mercado de trabalho, condicionando-a a pensar constantemente no bem estar de cada

membro da família, como se fosse somente sua responsabilidade (COX e LE BOEUF, 1977).

Embora, neste estudo, tenha se utilizado as denominações de padrões excessivo-rígidos de realização e autopunição, que são Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), vinculados ao domínio de supervigilância e inibição, parece ser relevante esclarecer que esses achados não foram de EIDs, porque não preencheram os requisitos estabelecidos por (YOUNG et al., 2003) em seu crivo de correção, cujas médias esperadas para essa classificação devem ficar acima de 5,0.

Durante o tratamento estatístico, foi possível observar que a tendência de um resultado significativo nos 65 sujeitos avaliados neste estudo não indicaria possibilidade de aquisição de Transtorno de Personalidade por meio de EIDs, porque não havia muitos resultados com médias acima de 5,0. Assim, convencionou-se um escore médio de valores acima de 3,0 (>3,0) para cada item do crivo de resposta do YSQ-S3 que possibilitasse caracterizar, pelo menos, um perfil psicológico.

A escolha desse escore médio se deu, a partir dos relatos de vários autores (LEE et al., 2015; NILSSON, 2012; SIGRE-LEIRÓS; CARVALHO; NOBRE, 2013) que fazem uso do YSQ-S3 em suas clínicas, durante o processo de investigação que antecede a psicoterapia e apontam o valor do escore médio 3,0 como sendo um ponto de partida bastante norteador para se entender a forma de pensar de cada cliente e, sobretudo, a origem da sua educação de berço por meio dos domínios.

Os padrões excessivo-rígidos de realização e autopunição encontrados neste estudo, por exemplo, demonstram que estes indivíduos advêm de uma educação rígida, repressora, na qual não houve possibilidade de expressar suas emoções de maneira livre. Assim, indivíduos que estão entre escores de 3,0 e 5,0 podem ainda não terem EIDs, mas, parece haver uma grande tendência de pensamento de ser exigente demais consigo mesmos e assim, permitir-se pensar em perfil psicológico ou “jeito de ser” e não em indicação de transtorno de personalidade (LAVERGNE et al., 2015).

Mas, há quem diga que “jeito de ser” esteja relacionado com transtorno de personalidade. Henri Ey considera algumas pessoas (pessoas explosivas, teatrais, sistemáticas, meticulosas, obsessivas, cismadas, muito emotivas e outros tipos difíceis de conviver) portadoras de um Ego Patológico, caracterizando não apenas um jeito de ESTAR no mundo, mas sobretudo, um jeito de SER no mundo (EY et al., 1981).

Karl Jaspers afirma não serem normais as personalidades que fazem sofrer, tanto a pessoa quanto quem a rodeia. Para Jaspers, as personalidades anormais representam variações não-normais da natureza humana, as quais podem perfeitamente ser entendidas como Transtornos de Personalidade (TP). Contudo, “jeito de ser” para este estudo não está nesse contexto, porque esses sujeitos parecem afetar muito mais, a si mesmos com os desconfortos da migrânea e, principalmente, por não preencherem os requisitos para esta classificação (PEREIRA, 2010).

Tudo que é praticado em excesso na vida parece ser prejudicial a qualquer ser humano, o que pode indicar que esse “jeito de ser” específico encontrado nos pacientes com migrânea represente um excesso de preocupação em se comportar da maneira correta com muito rigor e essa postura, de certa forma, afete o funcionamento da vasoconstrição e vasodilatação sanguínea, sobretudo, da região cranioencefálica, o que justifique até, durante o tratamento profilático, a prescrição da Flunarizina que inibe a vasoconstrição que ocorre na fase prodrômica, impedindo ou aliviando a vasodilatação que ocorre a seguir (MONTEIRO, 1995).

Esse tipo de postura exagerada dos pacientes que apresentam migrânea parece ainda possibilitar maior nível de estresse em sua manifestação psicológica expressa em ansiedade que possibilita o maior deslocamento do fluxo sanguíneo para o centro do corpo, onde se concentram os órgãos vitais, como: coração, fígado e rins. Ao passar o cenário estressante que viabilizou aquele excesso de preocupação por causa desse perfil psicológico, o sangue, que se concentrava, em sua maior parte nas circunvizinhanças dos órgãos vitais, agora irá retornar (SILVERTHORN, 2009).

Entre os 97.000 quilômetros de veias, artérias e vasos capilares (GUYTON et al., 2006), parece que alguns não são irrigados suficientemente na volta desse fluxo sanguíneo de pessoas com este perfil psicológico (de ser exigente consigo mesmo e com os outros) ou que esse excesso de sangue exerça fortes pressões em grande parte dos capilares da região craniana na volta da região dos órgãos vitais. Assim, a sensação dolorosa pode provocar uma cascata de reações neuroquímicas, como a ativação sensitiva axonal reflexa, produzindo a liberação de neurotransmissores conhecidos por "NANC" ("nonadrenergic, noncholinergic") na periferia (LUNDBERG, 1996). Este mesmo fenômeno parece existir também nas meninges e seus vasos sanguíneos. Ademais, a relação funcional das fibras trigeminais com os vasos deu origem à expressão "sistema trigeminovascular" (MOSKOWITZ, 1984). O estímulo trigeminal induz vasodilatação e extravasamento de plasma. Este fenômeno, secundário à liberação dos transmissores mencionados acima, tem sido considerado na fisiopatologia da migrânea (VINCENT, 1998).

Nesse sentido, a estrutura psicológica das pessoas parece interferir diretamente na estrutura física como um todo, já que não há dicotomia entre os aspectos morfológicos (proteínas em forma de matéria celular), funcionais (proteínas em forma de hormônios, enzimas, respostas imunológicas, neuropeptídeos e neurotransmissores) e comportamentais (MARTINS et al., 1996).

Assim, a idiosincrasia (maneira de se enxergar o mundo) das pessoas parece mobilizar respostas celulares que podem levar o indivíduo a uma vida de prazeres, de sofrimento, longevidade ou morte. Hans Selye, o primeiro a pesquisar seriamente o stress na década de 1930, em 1936, já como endocrinologista, estabeleceu o conceito de estresse, como sendo tudo aquilo que irrita o indivíduo, excita, amedronta ou o faz excessivamente feliz (SELYE, 1936). A posteriori, demonstrou que o estresse é importante para a vida. Por isso, estabeleceu uma concepção de estresse positivo e negativo. No positivo, eustress, o indivíduo tenciona-se, obtendo um nível suficiente de força para realizar suas atividades diárias e é realimentado pelos resultados; e no negativo, distress, a pessoa fica pré-disposta a

adoecer. Este está relacionado à tensão exagerada, no qual ocorre a ativação crônica e repetida do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA), possibilitando a constante elevação hormonal de adrenalina e cortisol (SELYE, 2013).

Nesse sentido, essa descoberta de Hans Selye parece ser uma das comprovações mais contundentes para essa relação entre o que se pensa e suas consequências com o organismo, já que a presença de adrenalina ativa glucagon, conseqüentemente, glicose e inibe a insulina, causa midríase, taquicardia, entre outras reações (JOCA et al., 2003; SELYE, 1982).

No início do próprio conceito de Hans Selye, quando menciona que o estresse é tudo aquilo que irrita, o leitor pode inferir que o distress não será observado em todas as pessoas, justamente, porque, a maneira que as pessoas percebem o mundo são singulares, podendo haver semelhança em grupos, mas não em um todo. Assim, o que é distress para uma pessoa pode não ser para outra e essa diferença parece advir da história de vida de cada indivíduo na construção da sua estrutura de personalidade (WATSON e PENNEBAKER, 1989).

A estrutura de personalidade de uma pessoa pode protegê-la de distress e de ansiedade e, conseqüentemente, de psicopatologias (FREUD, 1997). Contudo, se essa estrutura for fragilizada, a probabilidade da instalação das doenças mentais (depressão ou transtornos ansiosos) parece ser aumentada. É óbvio que não há uma fórmula pronta para se criar os filhos. Entretanto, parece imprescindível ter-se a consciência de que é complexo. Assim, para se fugir dessa complexidade, não adianta adotar um extremo ou outro ou os dois misturados que pode causar desequilíbrio a natureza humana (NOGUEIRA e MARCON, 2008).

Atitudes exageradas podem até não causar doenças mentais como depressão ou transtorno de ansiedade, até porque, existe um nível ideal que as faz suportar e, fora disso, pode preencher requisitos para transtornos de personalidade, mas a insistente repetição desses exageros comportamentais pode afetar o desempenho das respostas neurológicas às situações do dia-

a-dia, podendo compor o conjunto da etiologia da migrânea por exemplo (FELIPE et al., 2010).

Independente de chegar em nível de transtorno de personalidade ou não, sabe-se que uma postura rigorosa é um extremo e, no caso específico de pacientes com migrânea, este estudo, muito embora, ainda seja exploratório, está alertando que a forma de cobrança dos pais não pode ser um extremo de superproteção e nem outro extremo de cobrar-se sem admitir a possibilidade de falhar (XAVIER, 2006).

Na infância, as crianças desenvolvem ideias a respeito de si mesmas sobre outras pessoas e sobre seu mundo e essas ideias foram denominadas por Aaron Beck como crenças, mas não são crenças religiosas (NEUFELD e CAVENAGE, 2010). Do ponto de vista científico, a definição operacional de “crenças” para Beck é acreditar de um jeito específico, independentemente, de ser lógico-racional ou não. Assim, Beck as subdividiu em crenças centrais ou nucleares, crenças intermediárias e pensamentos automáticos. As crenças centrais são duradouras, fundamentais e profundas. A pessoa considera essas ideias como verdades absolutas sejam contingentes ou sejam contíguas, não importa. As crenças intermediárias são atitudes, regras e pressupostos, frequentemente, não articulados e, por último, os pensamentos automáticos são pensamentos que derivam das crenças nucleares (DUARTE et al., 2008).

Se a crença nuclear for de que a pessoa é incompetente, normalmente, a crença intermediária se constituirá da seguinte forma: é muito desagradável falhar (atitude), a pessoa sempre desiste, quando o desafio é complexo (em regra) e, frequentemente, pressupõe que se evitar fazer, ficará bem (pressupostos). Assim, surgem os pensamentos automáticos vinculados diretamente a crença nuclear, tais como: eu sou muito burro. Não sou capaz. Eu nunca vou conseguir (BECK, 2007).

Se a crença nuclear do exemplo supracitado for de um paciente com migrânea, normalmente, quando este confronta seus pressupostos de desistir, enfrenta-os com muito estresse para não experimentar o

desconforto da possibilidade de falhar. Mas, a pergunta é: como começou essa crença de que é incompetente? Diversas são as hipóteses, contudo, do ponto de vista didático, parece relevante se destacar duas nesta discussão. Uma delas seria um tipo de abuso psicológico, onde um parente chama a criança de burra, quando não entende um assunto específico que esteja estudando em uma tarefa de casa e a outra hipótese seria quando uma determinada família elogia a todo instante, mesmo sem contingência, porque, sente pena da criança (POWELL et al., 2008).

Talvez, mais relevante do que é falado pelos pais aos filhos durante o processo de educação, sejam suas atitudes (PASQUALI e A DE ARAÚJO, 2012). Diversos são os exemplos que podem nortear pais em suas criações, sobretudo, se esses pais reconhecerem em si mesmos, possíveis falhas, não no sentido de buscar culpados, até porque, a o sentimento de culpa pode levar a depressão. Mas, no intuito de acertar na educação por meio da ciência minimizando sofrimentos futuros (BARRETO, 1994).

Por isso, este estudo intenta colaborar também numa perspectiva de possibilitar a diversos profissionais a necessidade, não só de encaminhar para tratamentos na esfera da psicologia, mas, de se proporcionar uma postura relativa a uma psicologia preventiva e educativa (CASAL et al., 1997), e assim até evitar relatos do tipo: "...puxa doutor (a), se eu soubesse as consequências das minhas atitudes, não teria exagerado com algumas cobranças...".

Assim, espera-se que este estudo auxilie diversos profissionais da área de saúde que lidam com o sintoma da dor dos seus pacientes, dentre eles, fisioterapeutas e médicos, a partir de resultados originais da esfera psi, mesmo que ainda exploratórios, e possibilitar-lhes um maior aprofundamento na subjetividade dos seres humanos na expressão da sua dor.

## **9 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

## 9 CONSIDERAÇÕES FINAIS:

- Pacientes do gênero feminino parece que são mais acometidas pela migrânea do que os pacientes do gênero masculino.
- No Domínio de supervigilância e inibição, especificamente, no esquema inicial desadaptativo de padrões excessivo rígidos de realização e autopunição, podem ser mais susceptíveis a terem migrânea e principalmente naquelas pessoas do gênero feminino.

## **REFERÊNCIAS**

## REFERÊNCIAS

- ABREU, L. C. D. et al. **A epistemologia genética de Piaget e o construtivismo**. Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano, v. 20, n. 2, p. 361-366, 2010.
- AK, M. et al. **Early maladaptive schemas in bipolar disorder**. Psychol Psychother, v. 85, n. 3, p. 260-7, Sep 2012.
- ALENTORN, A.; HOANG-XUAN, K.; MIKKELSEN, T. **Presenting signs and symptoms in brain tumors**. Handb Clin Neurol, v. 134, p. 19-26, 2016.
- BAKHSI BOJED, F.; NIKMANESH, Z. **Role of early maladaptive schemas on addiction potential in youth**. Int J High Risk Behav Addict, v. 2, n. 2, p. 72-6, Sep 2013.
- BALL, S. A. **Manualized treatment for substance abusers with personality disorders: dual focus schema therapy**. Addictive Behaviors, v. 23, n. 6, p. 883-891, 1998.
- BAMELIS, L. L. et al. **Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders**. American Journal of Psychiatry, 2014.
- BARRETO, A. D. A. **A questão da informação**. São Paulo em perspectiva, v. 8, n. 4, p. 3-8, 1994.
- BASBAUM, A.; JESSELL, T. **A percepção da dor**. Kandel, ER; Schwartz, JH; Jessen, TM Princípios da neurociência. Barueri, SP: Manole, p. 472-491, 2003.
- BECK, A. T. **Thinking and depression: II. Theory and therapy**. Archives of general psychiatry, v. 10, n. 6, p. 561-571, 1964.
- BECK, A. T. **Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects**. University of Pennsylvania Press, 1967. ISBN 0812210328.
- BECK, A. T.; EPSTEIN, N.; BROWN, G.; STEER, R. A. **An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties**. Journal of consulting and clinical psychology, v. 56, n. 6, p. 893, 1988a.
- BECK, A. T.; RISKIND, J. H.; BROWN, G.; STEER, R. A. **Levels of hopelessness in DSM-III disorders: A partial test of content specificity in depression**. Cognitive Therapy and Research, v. 12, n. 5, p. 459-469, 1988b.
- BECK, A. T.; STEER, R. A. **Manual for the Beck anxiety inventory**. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1990.
- BECK, A. T. et al. **Hopelessness, depression, suicidal ideation, and clinical diagnosis of depression**. Suicide and Life-Threatening Behavior, v. 23, n. 2, p. 139-145, 1993.

BECK, A. T.; STEER, R. A.; BROWN, G. K. **Beck depression inventory-II**. San Antonio, TX, p. 78204-2498, 1996.

BECK, A. T.; WEISHAAR, M. **Cognitive therapy**. In: (Ed.). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*: Springer, 1989. p.21-36.

BECK, J. **Terapia cognitiva: teoria e prática**. Artmed, 2007. ISBN 8536311525.

BIGAL, M. E.; LIPTON, R. B. **Migraine chronification**. *Current neurology and neuroscience reports*, v. 11, n. 2, p. 139-148, 2011.

BOSCARDIN, M. K.; KRISTENSEN, C. H. **Esquemas Iniciais Desadaptativos em mulheres com amor patológico**. *Revista de Psicologia da IMED*, v. 3, n. 1, p. 517-526, 2011.

BOSSA, D. F.; LOPES, R. F. F. **Uma análise sistemática dos contos dos irmãos Grimm a partir da terapia dos esquemas de Jeffrey Young**. *Saúde e Desenvolvimento Humano*, v. 2, n. 1, p. p. 87-99, 2014.

BOWERS, J. S. **On the biological plausibility of grandmother cells: implications for neural network theories in psychology and neuroscience**. *Psychol Rev*, v. 116, n. 1, p. 220-51, Jan 2009.

CALHOUN, A. H. **Migraine and menopause**. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, v. 44, n. 1, p. 106-106, 2004.

CANGUSSU, R. D. O. et al. **Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck–Short Form**. 2010.

CASTILLO, A. R. G. et al. **Transtornos de ansiedade**. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, v. 22, p. 20-23, 2000.

CASAL, G. B.; RÍOS, L. F.; JIMÉNEZ, T. J. C. **Psicología preventiva: avances recientes en técnicas y programas de prevención**. Ediciones Pirámide, 1997. ISBN 8436810848.

CAZASSA, M.; OLIVEIRA, M. D. S. **Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas**. *Rev Psiq Clín*, v. 35, n. 5, p. 187-195, 2008.

CHAKUR, C.; SILVA, R. D. C.; MASSABNI, V. G. **O construtivismo no ensino fundamental: um caso de desconstrução**. *Reunião Anual da ANPED*, v. 27, 2004.

COX, C. R.; LE BOEUF, B. J. **Female incitation of male competition: a mechanism in sexual selection**. *American Naturalist*, p. 317-335, 1977.

CSUKLY, G. et al. **What is the relationship between the recognition of emotions and core beliefs: Associations between the recognition of emotions in facial expressions and the maladaptive schemas in depressed patients**. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, v. 42, n. 1, p. 129-37, Mar 2011.

DE CAMARGO, D. A. F. **Desempenho operatório e desempenho escolar.** Cadernos de Pesquisa, n. 74, p. 47-56, 2013.

DE GÓES SALVETTI, M.; DE MATTOS PIMENTA, C. A. **Dor crônica e a crença de auto-eficácia.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 41, n. 1, p. 135-140, 2007.

DE MACEDO, L. **A perspectiva de Jean Piaget.** Série Idéias, n. 2, p. 47-51, 1994.

DE PÁDUA, G. L. D. **A epistemologia genética de Jean Piaget.** Revista FACEVV| 1º Semestre de, n. 2, p. 22-35, 2009.

DOZOIS, D. J.; BECK, A. T. **Cognitive schemas, beliefs and assumptions.** Risk factors in depression, v. 1, p. 121-143, 2008.

DUARTE, A. L. C.; NUNES, M. L. T.; KRISTENSEN, C. H. **Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 4, n. 1, p. 0-0, 2008.

EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. **Manual de psiquiatria.** Masson do Brasil Ltda, 1981.

EYSENCK, M. W. et al. **The Blackwell dictionary of cognitive psychology.** Basil Blackwell, 1994. ISBN 0631156828.

FELIPE, M. R. et al. **Implicações da alimentação e nutrição e do uso de fitoterápicos na profilaxia e tratamento sintomático da enxaqueca: uma revisão.** Nutr Rev Soc Bras Aliment Nutr, v. 35, n. 2, p. 165-79, 2010.

FLEMING-MCDONNELL, D. et al. **Physical therapy in the emergency department: development of a novel practice venue.** Physical therapy, v. 90, n. 3, p. 420-426, 2010.

FREUD, S. **Textos essenciais da psicanálise: A estrutura da personalidade psíquica ea psicopatologia.** Europa-América, 1997. ISBN 9721028940.

GONÇALVES, R.; PEREIRA, A. **Distorções cognitivas em agressores sexuais.** Ousar Integrar-Revista de Reinserção Social e Prova, v. 2, p. 9-17, 2009.

GORENSTEIN, C.; ANDRADE, L. **Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português.** Rev Psiq Clin, v. 25, n. 5, p. 245-50, 1998.

GUYTON, A. C.; HALL, J. E.; GUYTON, A. C. **Tratado de fisiologia médica.** Elsevier Brasil, 2006. ISBN 8535216413.

HAWKE, L. D.; PROVENCHER, M. D.; ARNTZ, A. **Early Maladaptive Schemas in the risk for bipolar spectrum disorders.** J Affect Disord, v. 133, n. 3, p. 428-36, Oct 2011.

HESSE, A. R. **Secondary trauma: How working with trauma survivors affects therapists**. *Clinical Social Work Journal*, v. 30, n. 3, p. 293-309, 2002.

HOFFART LUNDING, S.; HOFFART, A. **Perceived Parental Bonding, Early Maladaptive Schemas and Outcome in Schema Therapy of Cluster C Personality Problems**. *Clin Psychol Psychother*, v. 23, n. 2, p. 107-17, Mar 2016.

HUGGENBERGER, K. et al. [**Migraine - Principles and Treatment of a Widespread Disease**]. *Praxis (Bern 1994)*, v. 105, n. 4, p. 195-200, Feb 17 2016.

IERUSALIMSCHY, R.; MOREIRA FILHO, P. F. **Fatores desencadeantes de crises de migrânea em pacientes com migrânea sem aura**. *Arq Neuropsiquiatr*, v. 60, n. 3-A, p. 609-13, 2002.

JOCA, S. R. L.; PADOVAN, C. M.; GUIMARÃES, F. S. **Estresse, depressão e hipocampo Stress, depression and the hippocampus**. *Rev Bras Psiquiatr*, v. 25, n. Supl II, p. 46-51, 2003.

JOVEV, M.; JACKSON, H. J. **Early maladaptive schemas in personality disordered individuals**. *J Pers Disord*, v. 18, n. 5, p. 467-78, Oct 2004.

KANDEL, E.; ABEL, T. **Neuropeptides, adenylyl cyclase, and memory storage**. *Science*, v. 268, n. 5212, p. 825, 1995.

KELLOGG, S. H.; YOUNG, J. E. **Cognitive therapy**. *Twenty-first century psychotherapies: Contemporary approaches to theory and practice*, p. 43-79, 2008.

KLAUMANN, P.; WOUK, A.; SILLAS, T. **Patofisiologia da dor (Pathophysiology of pain)**. *Archives of veterinary science*, v. 13, n. 1, p. 1-12, 2008.

KRUEGER, R. F. et al. **Personality in DSM-5: Helping delineate personality disorder content and framing the metastructure**. *Journal of personality assessment*, v. 93, n. 4, p. 325-331, 2011.

LAVERGNE, F.; MARIE, N.; MEHRAN, F. [**The 5 mental dimensions identified in early maladaptive schemas statistical analysis of Young's schema questionnaire (YSQ-s3)**]. *Encephale*, v. 41, n. 4, p. 314-22, Sep 2015.

LEE, S. J. et al. **Reliability and validity of the Korean Young Schema Questionnaire-short form-3 in medical students**. *Psychiatry investigation*, v. 12, n. 3, p. 295-304, 2015.

LEMOS, C. et al. **Associação entre depressão, ansiedade e qualidade de vida após infarto do miocárdio**. *Psicologia: Teoria e pesquisa*, v. 24, n. 4, p. 471-6, 2008.

LIPTON, R. et al. **Classification of primary headaches**. *Neurology*, v. 63, n. 3, p. 427-435, 2004.

LOURENÇO, L. C. D. A.; PADOVANI, R. D. C. **The Freudian fantasies: central aspects and possible approaches with concepts of Aaron Beck's schemes**. *Psico-USF*, v. 18, n. 2, p. 321-328, 2013.

LUNDBERG, J. **Pharmacology of cotransmission in the autonomic nervous system: integrative aspects on amines, neuropeptides, adenosine triphosphate, amino acids and nitric oxide**. *Pharmacological Reviews*, v. 48, n. 1, p. 113-178, 1996.

LYNCH-JORDAN, A. M.; KASHIKAR-ZUCK, S.; GOLDSCHNEIDER, K. R. **Parent perceptions of adolescent pain expression: The adolescent pain behavior questionnaire**. *PAIN®*, v. 151, n. 3, p. 834-842, 2010.

MACHADO, B. C. et al. **Anorexia Nervosa e Construção de Significado: Validação divergente de uma narrativa protótipo**. 2005.

MAIN, A.; DOWSON, A.; GROSS, M. **Photophobia and phonophobia in migraineurs between attacks**. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*, v. 37, n. 8, p. 492-495, 1997.

MANDELA, N. **Preconceitos raciais, sexuais e desigualdade social na sociedade brasileira**. *Desigualdade e diferença na universidade: gênero, etnia e*, p. 105, 2006.

MÁRSICO, C. T. **Los tiempos del verbo en la 'gramática' estoica**. *Cuadernos de Filología Clásica. Estudios griegos e indoeuropeos*, v. 13, p. 41-68, 2003.

MARTINS, H. A. D. L. et al. **Headache precipitated by Valsalva maneuvers in patients with congenital Chiari I malformation**. *Arquivos de neuro-psiquiatria*, v. 68, n. 3, p. 406-409, 2010.

MARTINS, L. M.; FRANÇA, A. P. D.; KIMURA, M. **Qualidade de vida de pessoas com doença crônica**. *Rev Latino-am Enfermagem*, v. 4, n. 3, p. 5-18, 1996.

MATOS, A. C. S.; DE OLIVEIRA, I. R. **Terapia Cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso**. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, v. 12, n. 4, p. 512-519, 2014.

MEDEIROS, L. M. V.; RIBAS, V. R. **Early maladaptive schemas of women who are victims of domestic violence in Pernambuco/Brazil**. *Neurobiologia*, v. 77, p. 1-2, 2014.

MOREIRA, M. A. **Aprendizagem significativa: um conceito subjacente. Actas del II Encuentro Internacional sobre Aprendizaje Significativo**. Servicio de Publicaciones. Universidad de Burgos. Págs, p. 19-44, 1997.

MONTEIRO, J. M. P. **Estudo epidemiológico e clínico de uma população urbana**. 1995. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor apresentada ao

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Neurology. Oporto, Oporto University

MOOSAVIASSL, S.; MOOSAVI SADAT, Z. **The Effectiveness of schema therapy in reduction of Early maladaptive schemas on PTSD Veterans Men.** Armaghane danesh, v. 19, n. 1, p. 89-99, 2014.

MOSKOWITZ, M. A. **The neurobiology of vascular head pain.** Annals of neurology, v. 16, n. 2, p. 157-168, 1984.

NEUFELD, C. B.; CAVENAGE, C. C. **Conceitualização cognitiva de caso: uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 6, n. 2, p. 3-36, 2010.

NILSSON, K. K. **Early maladaptive schemas and functional impairment in remitted bipolar disorder patients.** Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, v. 43, n. 4, p. 1104-1108, 2012.

NOGUEIRA, A. M.; MARCON, S. S. **Reações, atitudes e sentimentos de pais frente a gravidez na adolescência.** Ciência, cuidado e saúde, v. 3, n. 1, p. 023-032, 2008.

NORDAHL, H. M.; NYSÆTER, T. E. **Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series.** Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, v. 36, n. 3, p. 254-264, 2005.

[No authors listed]. **History and present status of the stress concept.** Handbook of stress, p. 7-17, 1982.

[No authors listed]. **Stress in health and disease.** Butterworth-Heinemann, 2013. ISBN 1483192210.

OLESEN, J.; STEINER, T. **The International classification of headache disorders, 2nd edn (ICDH-II).** Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry, v. 75, n. 6, p. 808-811, 2004.

OLIVEIRA, C. T. D.; DIAS, A. C. G.; PICCOLOTO, N. M. **Contribuições da terapia cognitivo-comportamental para as dificuldades de adaptação acadêmica.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 9, n. 1, p. 10-18, 2013.

OLIVEIRA, M. I. S. D. **Intervenção cognitivo-comportamental em transtorno de ansiedade: relato de caso.** Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, v. 7, n. 1, p. 30-34, 2011.

PANCONESI, A. **Alcohol and migraine: trigger factor, consumption, mechanisms.** A review. The journal of headache and pain, v. 9, n. 1, p. 19-27, 2008.

PANEGYRES, P. K.; HUGHES, J. **Activation of c-fos mRNA in the brain by the kappa-opioid receptor agonist enadoline and the NMDA receptor antagonist dizocilpine.** Eur J Pharmacol, v. 328, n. 1, p. 31-6, Jun 5 1997.

PAPALIA, D. E.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento humano.** Artmed Editora, 2013. ISBN 8580552176.

PASQUALI, L.; A DE ARAÚJO, J. M. **Questionário de percepção dos pais-QPP.** Psicologia: Teoria e pesquisa, v. 2, n. 1, p. 56-72, 2012.

PEREIRA, M. E. C. **Psicopatologia Fundamental** 2010.

PERES, A. J. D. S. **Esquemas cognitivos e crenças mal-adaptativos da personalidade: elaboração de um instrumento de avaliação.** 2008.

PETROCELLI, J. V. et al. **Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes.** J Pers Disord, v. 15, n. 6, p. 546-59, Dec 2001.

PIAGET, J. **O juízo moral na criança.** Grupo Editorial Summus, 1994. ISBN 8532304575.

POWELL, V. B. et al. **Terapia cognitivo-comportamental da depressão Cognitive-behavioral therapy for depression.** Rev Bras Psiquiatria, v. 30, n. Supl II, p. S73-80, 2008.

REYNOLDS, W. M.; GOULD, J. W. **A psychometric investigation of the standard and short form Beck Depression Inventory.** Journal of consulting and clinical psychology, v. 49, n. 2, p. 306, 1981.

RODRIGUES, P. S. M. **Sono e esquemas mal-adaptativos precoces em estudantes do ensino superior.** 2015.

ROTHBAUM, B. O. et al. **Cognitive-behavioral therapy.** 2000.

SANTOS, S. D. **Transtornos de personalidade: a contribuição dos esquemas.** Revista Eletrônica da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro, v. 9, n. 1, p. 45-50, 2005.

SCHMIDT, E. B.; ARGIMON, I. I. D. L. **Vinculação da gestante e apego materno fetal.** Paidéia (Ribeirão Preto), v. 19, n. 43, p. 211-220, 2009.

SELYE, H. **A syndrome produced by diverse nocuous agents.** Nature, v. 138, n. 3479, p. 32, 1936.

SHOREY, R. C. et al. **Early Maladaptive Schemas and Aggression in Men Seeking Residential Substance Use Treatment.** Pers Individ Dif, v. 83, p. 6-12, Sep 1 2015.

SIGRE-LEIRÓS, V. L.; CARVALHO, J.; NOBRE, P. **Early maladaptive schemas and aggressive sexual behavior: A preliminary study with male college students.** The journal of sexual medicine, v. 10, n. 7, p. 1764-1772, 2013.

SILBERSTEIN, S. D. **Migraine Symptoms: Results of a Survey of Self-Reported Migraineurs.** Headache: The Journal of Head and Face Pain, v. 35, n. 7, p. 387-396, 1995.

SILVERTHORN, D. U. **Fisiologia humana: uma abordagem integrada.** Artmed editora, 2009. ISBN 8536323388.

SPECIALI, J. G. **Classificação das cefaléias.** Medicina (Ribeirao Preto. Online), v. 30, n. 4, p. 421-427, 1997.

STANKEWITZ, A.; MAY, A. **Increased limbic and brainstem activity during migraine attacks following olfactory stimulation.** Neurology, v. 77, n. 5, p. 476-482, 2011.

STEER, R. A.; RANIERI, W. F.; BECK, A. T.; CLARK, D. A. **Further evidence for the validity of the Beck Anxiety Inventory with psychiatric outpatients.** Journal of Anxiety Disorders, v. 7, n. 3, p. 195-205, 1993a.

STEER, R. A.; RISSMILLER, D. J.; RANIERI, W. F.; BECK, A. T. **Dimensions of suicidal ideation in psychiatric inpatients.** Behaviour research and therapy, v. 31, n. 2, p. 229-236, 1993b.

STERNBACH, S. E. et al. **Cognitive and perceptual distortions in borderline personality disorder and schizotypal personality disorder in a vignette sample.** Comprehensive Psychiatry, v. 33, n. 3, p. 186-189, 1992.

SUZUKI, M. **A palavra como invenção. Heurística e linguagem em Kant.** Studia Kantiana, n. 6/7, p. 29-61, 2008.

SYLWESTER, R. **How emotions affect learning.** Educational Leadership, v. 52, p. 60-60, 1994.

TEIXEIRA, D. C. A. **Esquemas iniciais desadaptativos e ajustamento psicológico em crianças e adolescentes.** 2010.

TERRA, M. R. **O desenvolvimento humano na teoria de Piaget.** URL: <http://www.unicamp.br/iel/site/alunos/publicacoes/textos/d00005.htm> [2005 jul 15], 2010.

TRINCAS, R. et al. **Specific dysphoric symptoms are predicted by early maladaptive schemas.** ScientificWorldJournal, v. 2014, p. 231965, 2014.

VAN ALPHEN, S. P. et al. **Personality disorders in older adults: emerging research issues.** Curr Psychiatry Rep, v. 17, n. 1, p. 538, Jan 2015.

VLAEYEN, J. W.; LINTON, S. J. **Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art.** Pain, v. 85, n. 3, p. 317-332, 2000.

VINCENT, M. B. **Fisiopatologia da enxaqueca.** Arq Neuro-Psiquiatr, v. 56, n. 4, p. 841-51, 1998.

WARD, T. N.; LEVIN, M.; PHILLIPS, J. M. **Evaluation and management of headache in the emergency department.** Medical Clinics of North America, v. 85, n. 4, p. 971-985, 2001.

WATSON, D.; PENNEBAKER, J. W. **Health complaints, stress, and distress: exploring the central role of negative affectivity.** Psychological review, v. 96, n. 2, p. 234, 1989.

WOBY, S. R.; URMSTON, M.; WATSON, P. J. **Self-Efficacy mediates the relation between pain-related fear and outcome in chronic low back pain patients.** European Journal of Pain, v. 11, n. 7, p. 711-718, 2007.

WOODHOUSE, A.; DRUMMOND, P. D. **Mechanisms of increased sensitivity to noise and light in migraine headache.** Cephalalgia, v. 13, n. 6, p. 417-421, 1993.

XAVIER, I. **Da violência justiceira à violência ressentida.** Ilha do Desterro A Journal of English Language, Literatures in English and Cultural Studies, n. 51, p. 055-068, 2006.

YOOSEFI, A. et al. **Early Maladaptive Schemas in Obsessive-Compulsive Disorder and Anxiety Disorders.** Glob J Health Sci, v. 8, n. 10, p. 53398, 2016.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Schema therapy: A practitioner's guide.** Guilford Press, 2003. ISBN 1572308389

## **ANEXO - A**

---

Comitê de Ética  
em Pesquisa  
Envolvendo  
Serres Humanas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A Participação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos na Percepção da Dor em Pacientes Portadores de Migrânea em Recife-PE/BRASIL.

**Pesquisador:** KETLIN HELENE DOS SANTOS RIBAS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 50994515.9.0000.5208

**Instituição Proponente:** CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.383.600

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa da mestrandia Ketlin Helenise dos Santos Ribas, Fisioterapeuta, do curso de PósGraduação em Neuropsiquiatria da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE sob a orientação da Profa. Dr. Sandra Lopes de Souza. O estudo é de desenho transversal, quantitativo e qualitativo, exploratório, experimental e retrospectivo cujo principal objetivo é avaliar a participação dos esquemas iniciais

desadaptativos na percepção da dor em pacientes com migrânea.

**ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS** - A psicoterapia cognitiva estabelece que os indivíduos atribuem significados a acontecimentos, pessoas, sentimentos e demais aspectos de sua vida e, com base nisso, comportam-se de determinada maneira, construindo diferentes hipóteses sobre o futuro e sobre sua própria identidade. Assim, as pessoas reagem de diversas formas a uma situação específica, podendo chegar a conclusões variadas. Serão incluídos 300 pacientes maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, no Cérebro e Tecnologia Neurofeedback Recife (CTNR), diagnosticados com migrânea com e sem aura, os quais constituirão dois grupos: 150 pacientes que reagem normalmente, ou seja, sem exageros aos sintomas da migrânea, que será denominado grupo controle, e 150 pacientes que reagem expressando intenso sofrimento diante dos

episódios de migrânea. Serão excluídos pacientes que apresentem transtorno de ansiedade e/ou

**Endereço:** Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS

**Bairro:** Cidade Universitária

**CEP:** 50.740-600

**UF:** PE

**Município:** RECIFE

**Telefone:** (81)2126-8588

**E-mail:** cepccs@ufpe.br

Continuação do Parecer: 1.383.600

depressão. A coleta de dados será feita mediante a aplicação de inventários: Inventário de esquemas de Young-YSQS3, Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck e Exame de Qualidade de Vida Lipp & Rocha. A análise estatística dos dados serão distribuídos em frequência e analisados pelo teste Qui-Quadrado com  $p < 0,05$  e expressos em média percentuais.

**Objetivo da Pesquisa:**

**OBJETIVO GERAL**

Avaliar a participação dos esquemas iniciais desadaptativos na percepção da dor em pacientes com migrânea

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

Identificar por meio do Inventário de esquemas de Young-YSQ-S3:

Esquemas iniciais desadaptativos em pacientes que reagem normalmente à dor;

Esquemas iniciais desadaptativos em pacientes que reagem expressando intenso sofrimento diante da dor;

Esquemas iniciais desadaptativos em pacientes que reagem normalmente à migrânea;

Esquemas iniciais desadaptativos em pacientes que reagem expressando intenso sofrimento diante da migrânea.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS**

A aplicação dos questionários poderá ocasionar desconforto aos voluntários diante do possível constrangimento ao responder perguntas de caráter pessoal ou sobre sua condição de saúde. Tal condição será atenuada mediante o atendimento individual e em ambiente adequado proposto pela pesquisadora.

**BENEFÍCIOS**

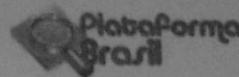
Os benefícios serão indiretos. Ao ser feita a avaliação no Questionário que detectará os Esquemas Iniciais Desadaptativos, o resultado final, possivelmente, contribuirá em investigação e futuras sugestões que ajudem aos colaboradores em decisões que tragam melhores condições de saúde física e mental para os portadores da migrânea.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

Comitê de Ética  
em Pesquisa  
Evoluendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
PERNAMBUCO CENTRO DE  
CIÊNCIAS DA SAÚDE / UFPE-



Continuação do Parecer: 1.383.600

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um estudo cujos resultados poderão contribuir para uma melhor compreensão das diferentes reações apresentadas pelos pacientes diante de quadros dolorosos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A pesquisadora apresentou a correção do TCLE, conforme solicitado. As demais documentações estão de acordo com o requerido.

**Recomendações:**

Nenhuma.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Nenhuma.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 1.383.600

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_621495.pdf	01/01/2016 16:31:52		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_ketlin_esse_pendencia_corrigida.docx	01/01/2016 16:30:53	KETLIN HELENISE DOS SANTOS RIBAS	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	12/11/2015 16:09:51	KETLIN HELENISE DOS SANTOS	Aceito
Outros	questionario.docx	12/11/2015 16:03:32	KETLIN HELENISE DOS SANTOS	Aceito
Outros	hugo_martins.docx	12/11/2015 15:55:19	KETLIN HELENISE DOS SANTOS	Aceito
Outros	SANDRA_LOPES.docx	12/11/2015 15:54:20	KETLIN HELENISE DOS SANTOS	Aceito
Outros	curriculo.pdf	12/11/2015 15:53:06	KETLIN HELENISE DOS SANTOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.doc	12/11/2015 15:51:46	KETLIN HELENISE DOS SANTOS RIBAS	Aceito
Outros	carta_de_anuencia_esse.pdf	12/11/2015 15:50:56	KETLIN HELENISE DOS SANTOS	Aceito
Outros	F36.doc	05/11/2015 18:48:19	KETLIN HELENISE DOS SANTOS	Aceito
Outros	BDI.docx	05/11/2015 18:47:58	KETLIN HELENISE DOS SANTOS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RECIFE, 05 de Janeiro de 2016

Assinado por:  
**LUCIANO TAVARES MONTENEGRO**  
(Coordenador)

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do CCS  
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.740-600  
 UF: PE Município: RECIFE  
 Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cepccs@ufpe.br

**ANEXO - B**

---

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO  
(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (Esquemas Iniciais Desadaptativos na percepção da dor em pacientes com migrânea: um perfil psicológico ou um indício de transtorno de personalidade?), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) (Ketlin Helenise dos Santos Ribas, Rua Ibipituba, 149 IPSEP 51350095 – (81)996499828 e ketlin.ribas@yahoo.com.br (inclusive ligações a cobrar). Também participam desta pesquisa os pesquisadores:( Isaura Muniz e Andréia Cristina Pereira da Silva ) Telefones para contato: (81-997260222 e 81-996276199) e está sob a orientação de: Dra. Sandra Lopes de Souza. Telefone: (81-987402484), e-mail (sanlopesufpe@gmail.com).

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensível, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde, não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem nenhuma penalidade.

**INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

Descrição da pesquisa: Sua participação é voluntária e se dará por meio deste projeto que tem como objetivo, avaliar a participação dos esquemas iniciais desadaptativos na percepção da dor em pacientes com enxaqueca, através de três questionários que ajudarão no processo de avaliação para a pesquisa, no qual só acontecerá em um só encontro, aqui mesmo no consultório, com o propósito de ajudar de forma preventiva os colegas da área de saúde no que se diz respeito à fila de espera e dos pacientes que se encontram impossibilitados de exercer suas atividades diárias.

Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo. Os resultados dos questionários da pesquisa, serão enviados para você, caso desejar. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

RISCOS diretos para o voluntário: os procedimentos poderão trazer desconforto como por exemplo: o constrangimento ao se submeter a responder perguntas relacionadas a alguns sintomas e sensações de seu estado de saúde ou por se submeter à perguntas pessoais. Como forma de amenizar esse desconforto, todos os procedimentos serão realizados de forma individual e em ambiente previamente acordado.

BENEFÍCIOS : Não estão previstos benefícios diretos, entretanto como benefício indireto, ao ser feita a avaliação no Questionário que detectará os Esquemas Iniciais Desadaptativos, o resultado final, possivelmente, contribuirá em investigação e futuras sugestões que ajudem aos colaboradores em decisões que tragam melhores condições de saúde física e mental para os portadores da migrânea, doença altamente limitante nas atividades de vida diárias.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa serão mantidos em absoluto sigilo, onde os nomes dos voluntários não serão citados em nenhuma hipótese, mesmo que os resultados sejam

divulgados em congressos, revistas médicas ou outros eventos científicos. Os dados coletados (questionário e TCLE) ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade da pesquisadora responsável pelo projeto, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: (Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br).

---

(assinatura do pesquisador)

#### CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo \_\_\_\_\_(colocar o nome completo da pesquisa)\_\_\_\_\_, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento).

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome:

Assinatura:

Nome: Assinatura:

## **ANEXO - C**

---

## INVENTÁRIO DE ESQUEMAS DE YOUNG – YSQ – S3

Jeffrey Young, Ph.D. (Tradução e Adaptação de J. Pinto Gouveia, D., Rijo e M. C. Salvador, 2005 revista)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Escolaridade: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_

**Instruções:** A seguir são apresentadas algumas afirmações que podem ser utilizadas quando queremos nos descrever. Por favor, leia cada uma das afirmações e decida até que ponto ela se aplica a você ao longo do último ano. Quando em dúvida, responda com base no que sente emocionalmente e não no que pensa ser verdade. Algumas das afirmações referem-se à sua relação com os seus pais ou companheiro (a). Se alguma dessas pessoas tiver falecido, por favor, responda a estas questões com base na relação que tinha anteriormente com elas. Se não tiver um (a) companheiro (a) atualmente, mas teve relacionamentos amorosos no passado, por favor, responda com base em seu relacionamento amoroso significativo mais recente. Para responder até que ponto a afirmação o/a descreve, utilize a escala de respostas indicada abaixo, escolhendo, entre as seis respostas possíveis aquela que melhor se ajusta ao seu caso. Escreva o número da resposta no respectivo espaço em branco.

### ESCALA DE RESPOSTAS

**1=Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo.**

**2=Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo.**

**3=Um pouco mais verdadeiro do que falso, isto é, tem um pouco a ver com o que acontece comigo.**

**4=Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo.**

**5=Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo.**

**6=Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo.**

1. \_\_\_ Não tenho ninguém que cuide de mim, que partilhe comigo a sua vida ou que se preocupe realmente com tudo o que me acontece.
2. \_\_\_ Costumo me apegar demais às pessoas que são mais próximas, pois tenho medo que elas me abandonem.
3. \_\_\_ Sinto que as pessoas vão se aproveitar de mim.
4. \_\_\_ Sou um (a) desajustado (a)
5. \_\_\_ Nenhum homem/mulher de quem eu goste pode gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos ou fraquezas.
6. \_\_\_ Quase nada do que faço no trabalho (ou na escola) é tão bom como o que os outros são capazes de fazer.
7. \_\_\_ Não me sinto capaz de me virar sozinho (a) no dia-a-dia.
8. \_\_\_ Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de ruim está para acontecer.
9. \_\_\_ Não consigo me separar dos meus pais, tal como fazem as outras pessoas de minha idade.
10. \_\_\_ Sinto que, se eu fizer o que eu quero, só vou arranjar encrencas.
11. \_\_\_ Sou sempre eu que acabo por tomar conta das pessoas que são mais chegadas a mim.
12. \_\_\_ Sou controlado (a) demais para revelar meus sentimentos positivos aos outros (por ex: afeto, fraquezas, mostrar que me preocupo).
13. \_\_\_ Tenho que ser o (a) melhor em quase tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar.
14. \_\_\_ Tenho muita dificuldade em aceitar um não como resposta quando quero alguma coisa dos outros
15. \_\_\_ Não sou capaz de me forçar a ter disciplina suficiente para cumprir tarefas rotineiras ou aborrecidas.
16. \_\_\_ Ter dinheiro e conhecer pessoas importantes me faz sentir uma pessoa de valor.
17. \_\_\_ Mesmo quando as coisas parecem estar indo bem, sinto que isso é apenas temporário.
18. \_\_\_ Se cometer um erro, mereço ser castigado.
19. \_\_\_ Não tenho pessoas que me dêem carinho, apoio e afeto.
20. \_\_\_ Preciso tanto dos outros que me preocupo com o fato de poder perdê-los.
21. \_\_\_ Sinto que tenho sempre que me defender na presença dos outros, senão eles me magoarão intencionalmente.
22. \_\_\_ Sou fundamentalmente diferente dos outros.
23. \_\_\_ Ninguém que me agrada gostaria de ficar comigo depois de me conhecer do jeito que realmente sou.
24. \_\_\_ Sou um (a) incompetente quando se trata de atingirem objetivos ou de realizar uma tarefa no trabalho (ou na escola).
25. \_\_\_ Considero-me uma pessoa dependente em relação ao que tenho que fazer no dia-dia.
26. \_\_\_ Sinto que uma desgraça (natural, criminal, financeira ou médica) pode me atingir a qualquer momento.
27. \_\_\_ Eu e meus pais temos a tendência de nos envolvermos demais na vida e nos problemas uns dos outros.
28. \_\_\_ Sinto que não tenho outro remédio senão ceder à vontade dos outros, caso contrário, eles me retaliarão, se zangarão ou me rejeitarão de alguma maneira.
29. \_\_\_ Sou uma boa pessoa porque penso mais nos outros do que em mim.
30. \_\_\_ Considero constrangedor expressar meus sentimentos aos outros.
31. \_\_\_ Esforço-me para fazer o melhor; não me contento em ser suficientemente bom.
32. \_\_\_ Sou especial e não devia ser obrigado (a) a aceitar muitas das restrições ou limitações que são impostas aos outros.
33. \_\_\_ Se não consigo atingir um objetivo, fico facilmente frustrado (a) e desisto.
34. \_\_\_ Aquilo que consigo alcançar tem mais valor para mim se for algo em que os outros reparem.

35. \_\_\_ Se algo de bom acontecer, fico preocupado (a) se algo de ruim não vai acontecer em seguida.
36. \_\_\_ Se não me esforçar ao máximo, é de esperar que as coisas corram mal.
37. \_\_\_ Sinto que não sou uma pessoa especial para ninguém.
38. \_\_\_ Preocupa-me que as pessoas a quem estou ligado (a) me deixem ou me abandonem.
39. \_\_\_ Mais cedo ou mais tarde acabarei sendo traído (a) por alguém.
40. \_\_\_ Sinto que não pertença a grupo nenhum; sou um solitário.
41. \_\_\_ Não tenho valor suficiente para merecer o amor, a atenção e o respeito dos outros.
42. \_\_\_ A maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu no que diz respeito ao trabalho (ou à escola).
43. \_\_\_ Falta-me bom senso.
44. \_\_\_ Fico preocupado (a) com a possibilidade de ser fisicamente agredido por alguém.
45. \_\_\_ É muito difícil, para mim e para meus pais, termos segredos íntimos que não contamos uns aos outros.
46. \_\_\_ Em meus relacionamentos com os outros, deixo que me dominem.
47. \_\_\_ Estou tão ocupado (a) fazendo coisas para as pessoas de quem gosto, que tenho pouco tempo para mim.
48. \_\_\_ Para mim é difícil ser espontâneo e afetuoso com os outros.
49. \_\_\_ Tenho de estar à altura de todas as minhas responsabilidades e funções.
50. \_\_\_ Detesto ser reprimido (a) ou impedido (a) de fazer o que eu quero.
51. \_\_\_ Tenho muita dificuldade em abdicar de uma recompensa ou prazer imediato em favor de um objetivo em longo prazo.
52. \_\_\_ Sinto-me pouco importante, a não ser que receba muita atenção dos outros.
53. \_\_\_ Todo o cuidado é pouco; quase sempre alguma coisa vai mal.
54. \_\_\_ Se não fizer bem o que me compete, mereço sofrer as conseqüências.
55. \_\_\_ Não tenho ninguém que me ouça com atenção, me compreenda ou perceba meus verdadeiros sentimentos e necessidades.
56. \_\_\_ Quando sinto que alguém de quem eu gosto está se afastando de mim, fico desesperado.
57. \_\_\_ Sou bastante desconfiado quanto às intenções das outras pessoas.
58. \_\_\_ Sinto-me distante ou desligado dos outros.
59. \_\_\_ Sinto que nunca poderei ser amado por alguém.
60. \_\_\_ Não sou talentoso (a) no trabalho como a maioria das pessoas.
61. \_\_\_ Não se pode confiar no meu julgamento em situações do dia-dia.
62. \_\_\_ Fico preocupado (a) com a possibilidade de perder todo o dinheiro que tenho e ficar muito pobre ou na miséria.
63. \_\_\_ Frequentemente sinto como se meus pais vivessem através de mim – não tenho uma vida própria.
64. \_\_\_ Sempre deixei que os outros escolhessem por mim; por isso, não sei o que quero para mim realmente.
65. \_\_\_ Sou sempre eu quem ouve os problemas dos outros.
66. \_\_\_ Controlo-me tanto que as pessoas pensam que não tenho sentimentos ou que tenho um coração de pedra.
67. \_\_\_ Sinto uma pressão constante sobre mim para fazer coisas e atingir objetivos.
68. \_\_\_ Sinto que não deveria ter que seguir a regras e convenções habituais que as outras pessoas têm que seguir.
69. \_\_\_ Não consigo me obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo quando sei que é para meu bem.
70. \_\_\_ Quando faço uma intervenção em uma reunião ou quando sou apresentado a alguém em um grupo, para mim é importante obter reconhecimento e admiração.
71. \_\_\_ Por mais que trabalhe, fico preocupado (a) com a possibilidade de ficar na miséria e perder quase tudo o que possuo.
72. \_\_\_ Não interessa o motivo pelo qual cometi um erro; quando faço algo errado, é preciso arcar com as conseqüências.
73. \_\_\_ Não tenho uma pessoa forte ou sensata para me dar bons conselhos e me dizer o que fazer quando não tenho certeza sobre a atitude que devo tomar.
74. \_\_\_ Às vezes, a preocupação que tenho com a possibilidade de as pessoas me deixarem é tão grande que acabo por afastá-las.
75. \_\_\_ Estou habitualmente à procura de segundas intenções ou do verdadeiro motivo por trás do comportamento dos outros.
76. \_\_\_ Em grupo, sempre sinto que estou de fora.
77. \_\_\_ Sou inaceitável demais para poder me mostrar tal como sou para as outras pessoas ou para deixar que me conheçam bem.
78. \_\_\_ No que diz a respeito ao trabalho, ou à escola, não sou tão inteligente como a maior parte das pessoas.
79. \_\_\_ Não tenho confiança em minhas capacidades para resolver problemas que surjam no dia-dia.
80. \_\_\_ Fico preocupado (a) com a possibilidade de esta desenvolvendo alguma doença grave, mesmo que o médico não tenha diagnosticado nada de grave.
81. \_\_\_ Sinto frequentemente que não tenho uma identidade separada da dos meus pais ou companheiro (a).
82. \_\_\_ Tenho imenso trabalho para conseguir que os meus sentimentos sejam levados em consideração e os meus direitos sejam respeitados.
83. \_\_\_ As outras pessoas acham que faço muito pelos outros e não faço o suficiente para mim.
84. \_\_\_ As pessoas acham que tenho dificuldade em expressar o que sinto.
85. \_\_\_ Não posso descuidar de minhas obrigações de forma leviana nem me desculpar pelos meus erros.
86. \_\_\_ Sinto que o que tenho para oferecer tem mais valor do que aquilo que os outros têm para dar.
87. \_\_\_ Raramente consigo levar minhas decisões até o fim.
88. \_\_\_ Receber elogios dos outros me faz sentir como uma pessoa que tem valor.
89. \_\_\_ Fico preocupada (o) com a possibilidade de uma decisão errada provocar uma catástrofe.
90. \_\_\_ Sou uma pessoa má que merece ser castigada.