

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
RESIDÊNCIA INTEGRADA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS

GERSON LUÍS SCHMEGEL ROSSI

**A ASSOCIAÇÃO DO TRAUMA NA INFÂNCIA E DOS ESQUEMAS INICIAIS
DESADAPTATIVOS NA MANIFESTAÇÃO DA RAIVA EM PACIENTES COM
TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS E DROGA DE ELIÇÃO**

Porto Alegre, RS

2018

GERSON LUÍS SCHMEGEL ROSSI

**A ASSOCIAÇÃO DO TRAUMA NA INFÂNCIA E DOS ESQUEMAS INICIAIS
DESADAPTATIVOS NA MANIFESTAÇÃO DA RAIVA EM PACIENTES COM
TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS E DROGA DE ELIÇÃO**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado à
Residência Integrada Multiprofissional em Saúde do
Hospital de Clínicas de Porto Alegre como requisito para
aprovação

Orientadora: Helen Vargas Laitano

Colaboradora: Vanessa Loss Volptatto

Porto Alegre, RS

2018

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	4
1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA.....	4
1.2 JUSTIFICATIVA.....	6
1.3 QUESTÃO DE PESQUISA.....	6
1.4 HIPÓTESE	7
2 REFERENCIAL TEÓRICO	8
2.1 MANIFESTAÇÕES DE RAIVA E USO DE SUBSTÂNCIAS	8
2.2 TERAPIA DE ESQUEMAS.....	Erro! Indicador não definido.
3 OBJETIVOS	14
3.1 OBJETIVO GERAL	14
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4 ARTIGO	15
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS	33

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

A raiva como um sentimento primário à existência do ser humano se faz presente em todos os indivíduos, porém manifesta-se de maneira subjetiva em cada um (DEFFENBACHER, DEMM, BRANDON,) no entanto quando sentidas de maneira intensa, com maior frequência e em maior duração está frequentemente vinculado a problemáticas interpessoais, sociais e de saúde. (DEL VECCIO e O'LEARY, 2004; KASSINOVE e SUKHODOLSKY, 1995).

Dada as possíveis consequências destrutivas que compõem a raiva é difícil de mensurar o que difere as suas manifestações entre os indivíduos, alguns estudiosos citam bases filosóficas sugerindo que pensamentos e cognições estão envolvidos no processo, podendo de fato mediar influências ambientais e biológicas. (DABBS e DABBS, 2000 ; DODGE e PETTIT, 2003 ; VAN HONK & SCHUTTER, 2007). Comportamentos agressivos e maiores taxas de violência demonstraram estar associadas com uma percepção mais hostil do meio ambiente (ARSENAULT et al. 2002).

Segundo Swanson (2012), pessoas expostas a maiores situações de violência durante longos períodos da vida podem agir de forma também violenta, por comportamento aprendido ou como reação a ameaça percebida. Um estudo realizado sugere que pacientes com manifestações clínicas de raiva experienciam sensações de vulnerabilidade e incontrolabilidade, porém diferente de pacientes ansiosos escolhem como estratégia de sobrevivência o enfrentamento. Isso talvez possa ser explicado pelo fato dos mesmos descreverem o ambiente da qual tiveram boa parte do seu desenvolvimento como aversivo, severo, punitivo, frequentemente negligenciado e submetido a maus tratos, bem como, experiências de dor física e emocional. Sendo assim tendem a compreender que o ambiente é hostil e que sua segurança física e psicológica é mais importante. (GARDNER e MOROE 2008).

Além disso, também tem se notado uma associação entre trauma na infância e transtornos mentais na vida adulta, dentre eles o Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) (SKINNER et al. 2017) também, maiores taxas de impulsividade, raiva e agressividade são

observadas em pacientes com TUS. (COCCARO et al. 2016) . Em um estudo realizado com adolescentes constatou-se que a raiva pode ser um fator de risco para o desenvolvimento do TUS ou uma consequência do mesmo, porém que quando associados conduzem uma piora no prognóstico. Tanto por maiores problemas em diversas esferas de gravidade, como pela presença de maior número de comorbidades psiquiátricas. (SERAFINI et al. 2017), Um estudo que aborda a presença de raiva, atenção e ansiedade em pacientes com TUS trás que questões emocionais estão associadas com maiores dificuldades no tratamento e que também se faz necessário buscar novas estratégias mais amplas e integradoras (SCHEFFER, PASA, ALMEIDA 2009)

A Terapia de Esquemas surge como uma proposta de terapia inovadora e integradora, que mescla várias escolas da psicologia, a fim de tratar pacientes com problemas mais crônicos e arraigados, ajudando-os a compreender melhor as suas problemáticas amplas e difusas, desde a origem e constituição até as dificuldades atuais. (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008.p. 17-23). Um dos conceitos utilizados na Terapia de Esquema é o de Esquemas iniciais Desadaptativos (EID'S) que são padrões complexos e difusos compostos por crenças, emoções e sensações corporais. (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008.p. 25-33) São vistos também como percepções negativas de si dos outros e do meio, extremamente arraigados e que dão sentido a experiência (YOUNG e KLOSKO, 1994; YOUNG et al. 2003).

Os EID's são ativados automaticamente por estímulos internos ou externos segundo a vulnerabilidade de cada paciente, os EID se apresentam em maior sofrimento na fase adulto porém são adquiridos desde a infância e a adolescência, e são desencadeados por fatores genéticos e experiências individuais durante o desenvolvimento, como por exemplo o trauma na infância. (NORDAHL e NYSAETER, 2005). Acredita-se que os EIDS se desenvolvam através de experiências aversivas e tóxicas durante a infância e principalmente as que envolvam a família de origem e cuidadores primários (BALL, 2007 ; YOUNG, 1994 ; YOUNG et al. 2003).

1.2 JUSTIFICATIVA

Um estudo recente verificou da presença de EID's em uma amostra de homens e mulheres usuários de álcool, (SHOREY, ANDERSON, STURAR. 2012) os usuários de substâncias que apresentaram maiores manifestações EID's estão associados a piores prognósticos no tratamento do TUS. (SHAGHADHY et al. 2011).

Além disso, comportamentos agressivos ou passividade em demasia podem estar associado ao EID's, tendo em vista que diferentes compreensões do ambiente norteadas por diferentes manifestações esquemáticas podem levar a uma maior prontidão de defesa. (SHOREY et al., 2015), Uso de substâncias temporalmente foi vinculado ao aumento de comportamentos agressivos e a perpetuação de violência física, vitimização e coerção sexual. (STUART et al., 2013) Dada a variáveis presentes é possível que haja uma associação entre EID e agressão em pacientes que procuram ajuda para o uso de substâncias. (SHOREY et al., 2015)

Mesmo observando-se que fatores como Trauma na Infância, Manifestações da Raiva, Transtorno por Uso de Substâncias e EID's, aparecem concomitantes em diversos momentos, ainda se carece de estudos que analisem a associação entre essas variáveis e como contribuem umas com as outras dentro do aspecto da doença e no tratamento. Esse estudo visa analisar a associação entre esses fatores e a influência que os mesmos tem sobre eles, bem como, discutir abordagens terapêuticas mais eficazes para o tratamento do TUS.

1.2 QUESTÃO DE PESQUISA

Existe uma correlação entre a presença de Trauma na Infância e a aparição de Esquemas Iniciais Desadaptativos e Manifestações de Raiva em pacientes com Transtorno Por Uso de Substâncias?

1.3 HIPÓTESE

Existe uma relação entre o Trauma na Infância e o Desenvolvimento de Esquemas Iniciais Desadaptativos nas Manifestações de Raiva em pacientes com Transtorno por Uso de Substâncias.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

TRAUMA NA INFÂNCIA

Eventos adversos na infância e o trauma raramente se apresentam como um evento único, mas parecem ser constituídos por um período maior de exposição nociva aos maus tratos. Foram identificadas algumas das formas de apresentação desses maus tratos durante a infância, são eles: Abuso Físico, negligência física, abuso sexual, abuso emocional e negligência emocional (TORCHALLA et al., 2012).

Experiências traumáticas na infância têm sido vinculadas como o maior potencial de desenvolvimento de doenças na fase adulta como: condições neurológicas, musculoesqueléticas, cardiovasculares e respiratórias, o resultado de estudos anteriores também evidencia uma associação significativa do trauma como desfechos psicológicos negativos (WEGMAN e STELTER, 2009). Tal vulnerabilidade pode estar associadas por alterações importantes em mecanismos neurobiológicos, apontando para mudanças significativas em marcadores de estresse, níveis inflamatórios e ação sobre o eixo Hipotálamo Pituitária Adrenal. (HPA) (EHLERT, 2013).

Um estudo de caso controle com pacientes com depressão na vida adulta e que apresentavam e não apresentavam respectivamente trauma na infância, indicou hiperatividade do eixo HPA medido através da resposta de liberação do cortisol em pessoas que passaram por eventos adversos nos anos iniciais, refletindo uma vulnerabilidade para desenvolvimento de depressão na vida adulta (LU, et al. 2016) .Outro estudo também comprova que tais efeitos também tem ação sobre a matéria cinzenta do giro cingulado podendo representar uma vulnerabilidade também para a psicose (LU, et al. 2013). Um estudo de coorte realizado com homens e mulheres apontam que adultos que sofreram trauma durante a infância tem uma maior probabilidade de relatar doenças mais diagnosticadas, sintomas físicos, ansiedade raiva e depressão, mesmo após quase 40 anos após o evento (SPRINGER et al. 2007)

As alterações neurobiológicas do trauma na infância vão de encontro aos achados sobre a compreensão cognitiva desses sujeitos sobre o ambiente, pois o aumento dos níveis de cortisol e a hiperativação do eixo HPA (Lu, et al, 2016), se vincula com a percepção mais hostil do ambiente por parte de pessoas que sofreram trauma na infância, podendo se colocar em maiores situações estressoras e de grande ativação emocional.(SWANSON et al., 2002;

GARDNER e MOROE, 2008) . Uma coorte realizada com medidas adicionais do cortisol constatou que a hiperatividade do eixo HPA está vinculada ao aumento de comportamentos agressivos (GOWIN et al. 2013).

O trauma na infância também tem se mostrado um fator presente em pessoas com o transtorno por uso de substâncias, e que esse risco também está associado a maiores indicadores de depressão e ansiedade (SKINNER et al. 2016),

As alterações estabelecidas no eixo HPA parecem ter um vínculo entre o trauma na infância e o uso de substâncias (FLANGAN et al. 2015).As alterações provocadas pela exposição a estressores de forma precoce tem ação sobre os níveis dos glicocorticoides, os mesmos podem causar modificações importantes durante o desenvolvimento neurobiológico, (DE BELLIS, 2002 ; DE BELLIS et al. 2002 ; DUNLOP et al. 1997 ; GOULD et al. 1997 ; SAPOLSKY et al. 1990) . De fato que em alguns indivíduos podem vir a manifestar tais consequências como estratégias de enfrentamento desadaptativas para lidar com eventos estressores, pois o sujeito pode vir a buscar no uso de substâncias uma forma de “auto medicação” em vigência de ambientes aversivos. (HYMAN et al., 2007).

USO DE SUBTÂNCIAS E MANIFESTAÇÃO DE RAIVA

O Transtorno por uso de substâncias a partir da do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – 5) (2014), estabelece onze critérios diagnósticos para dependência química, sendo eles: 1- uso em quantidades maiores ou por mais tempo que o planejado; 2- desejo persistente ou incapacidade de controlar o desejo; 3- gasto importante de tempo em atividades para obter a substância; 4- fissura importante; 5- deixar de desempenhar atividades sociais, ocupacionais ou familiares devido ao uso; 6- continuar o uso apesar de apresentar problemas sociais ou interpessoais; 7- restrição do repertório de vida em função do uso; 8- manutenção do uso apesar de prejuízos físicos; 9- uso em situações de exposição a risco; 10- tolerância; 11- abstinência. Quanto à classificação do grau de dependência química, existem três diagnósticos: 1- dependência leve: presença de dois ou três dos onze critérios diagnósticos por um período de um ano; 2- dependência moderada: presença de quatro ou cinco dos onze critérios diagnósticos por um período de um ano; 3- dependência grave: presença de mais de seis dos onze critérios diagnósticos por um período de um ano.

Os dados do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (2012) apontam que em relação ao uso de substâncias psicoativas, as drogas que mais preocupam são o álcool e o *crack*. Embora o cigarro ainda seja a substância que mais mata os brasileiros, o seu consumo está em declínio. O álcool por sua vez é a droga que mais gera violência familiar e urbana, e que contribui com cerca de 10% para a toda a carga de doença no Brasil. Em 2012, houve crescimento de 20% do consumo frequente de álcool, quando o indivíduo bebe uma vez por semana ou mais, em relação a este mesmo estudo divulgado em 2006.

Em relação ao uso de substâncias ilícitas, aquela que apresentou maior prevalência de uso na população brasileira em 2012 foi a maconha, sendo que 7,8 milhões de brasileiros adultos já usaram maconha pelo menos uma vez na vida. O estudo revelou que a prevalência do uso de *crack* na população adulta brasileira foi de 0,7%, representando mais de 800 mil brasileiros, considerando que neste estudo não foram incluídos os moradores de rua. Em relação à cocaína, constatou-se uma tendência de redução do uso dessa substância nos países mais desenvolvidos, e aumento nos países emergentes, o que parece estar acontecendo no Brasil (LARANJEIRA et al. 2012).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), as drogas psicotrópicas são aquelas capazes de ter um efeito sobre o Sistema Nervoso Central (SNC) produzindo alterações de humor, comportamento e cognição, o SNC é responsável pelo processamento e codificação da informação que chegam pelos órgãos sensoriais, em uma fração de segundos ele processa todos os dados relacionados e nos dá vazão a tomar decisões. Assim em detrimento do uso de substâncias psicotrópicas o sujeito tem um comprometimento nas funções do SNC, facilitando o aparecimento de comportamentos, cognições e emoções que normalmente são evitados como a raiva e a agressividade. (CARLINI et al, 2001). Segundo Stewart; Golden; Schumacher (2003), o risco de agressão física severa tende a ser o maior em homens e mulheres quando intoxicados pelo uso do álcool, outros estudos epidemiológicos também evidenciaram que o uso do álcool também está associado a grande parcela dos crimes violentos. (MURDOCH, PHILL, ROSSI, 1990). Bem como a vivência intensa de sentimentos de raiva, compilada com comportamentos a hostis e agressivos, podem contribuir para maiores estressores cotidianos, problemáticas sociais e consequências psicológicas. (DEL VECCIO e O'LEARY, 2004; KASSINOVE e SUKHODOLSKY, 1995) , assim como alívio do afeto negativo causado por problemáticas atuais e pregressas são conteúdos vinculados a fissura (ARAUJO et al. 2008).

Não se há clareza que os aspectos relacionados a raiva desde a constituição da nossa personalidade estão vinculados com o uso de substância, assim como, o uso de substância ser grande gerador de manifestações de raiva, porém observa-se que ambos quando aparecem de forma concomitante, interagem entre si e levam a um pior prognóstico.

TERAPIA DE ESQUEMAS

A Terapia de Esquemas trás que vivências nocivas nos primeiros anos de vida podem estar vinculados a transtornos de personalidade, traços caracterológicos e transtornos crônicos. É ampliada também o conceito de experiências traumáticas na infância, isso se dá a medida que nossas necessidades básicas nos períodos iniciais não são sanadas por parte dos pais e cuidadores. (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008.p. 20-27)

Os seres vivos se apegam a experiências nocivas e de cunho negativo justamente para que possibilite o mesmo a estar preparado para enfrenta-las em tempos futuros (BOLLBY 1989) a partir disso são formados os EID's ou seja padrões amplos e difusos de cognições, emoções, memórias, sensações corporais relacionados a si e aos outros. (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008.p. 27-35). Existem 18 tipos diferentes de EID's agrupados em 5 domínios diferentes:

- Desconexão e Rejeição, esse domínio se caracteriza por pacientes incapazes de formularem vínculos seguros, acreditam que suas necessidades de estabilidade e segurança, cuidado e aceitação, não serão satisfeitos, suas famílias de origem são geralmente instáveis e insensíveis, não transmitem segurança, rejeitadoras e isoladoras, pessoas com esquemas nesses domínios costumam ter muitos prejuízos, pertencem a esse domínio os esquemas de: Abandono/Instabilidade; Desconfiança/abuso; Privação Emocional, Defectividade/Vergonha e Isolamento Social; . (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008. P. 27-29).
- Autonomia e Desempenho Prejudicados, pacientes com esse domínio tem dificuldade de se separar da família e funcionar como indivíduo de forma independente, pais geralmente superprotetores que exercem cuidado em demasia solapando a auto estima e auto eficácia de seus filhos, não fomentando o desempenho competente e a tolerância a frustração, quando adultos são incapazes de moldar sua identidade e tomar suas

decisões, pertencem a esse domínio: Dependência/Incompetência; Vulnerabilidade ao dano ou a doença; Emaranhamento/Self subdesenvolvido; Fracasso. (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008.p. 29);

- Limites Prejudicados: Pacientes não desenvolveram limites adequados em relação ao desejo do outro, disciplina e regras, tendo dificuldades de respeitá-las, de serem cooperativos e manterem compromissos a longo prazo. Apresentam egoísmo, egocentrismo e irresponsabilidade. Quando crianças não foi exigido regras, quando adultos muita dificuldade do controle de impulsos, pertencem a esse domínio: Arrogo/Grandiosidade; Auto Controle e Disciplina Insuficientes. (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008.p. 29-30);
- Direcionamento Para o Outro, Pacientes desse domínio tem o foco excessivo em atender as necessidades dos outros em lugar de sua própria, fazem isso para obter aprovação, ter conexões emocionais e evitar retaliações, por isso suprimem sua vontade e acabam não tendo noção de sua raiva e preferências, a família de origem era baseada na aceitação condicional, fazendo com que as crianças suprimissem suas vontades para atender demandas externas, pertencem a esse domínio: Auto-Sacrícios; Busca por Aprovação/Busca por Reconhecimento; Subjugação; (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008.p.30-31);
- Supervigilância e Inibição: Pacientes com esquemas nesses domínios suprimem seus sentimentos e impulsos importantes e se esforçam para cumprir regras rígidas e internalizadas com relação ao seu próprio desempenho as custas de sua felicidade, liberdade de expressão e relaxamento, pais muito rígidos e uma infância muito severa, o autocontrole predominavam sobre a personalidade das crianças não estimulando ao lazer mas sim a estarem sempre atentos a eventos negativos, pertencem a esse domínio: Negativismo/Pessimismo; Inibição Emocional; Padrões Inflexíveis/ Postura Crítica; Padrões Punitivos.(YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008.p.31-32);

Cada esquema serve como um alicerce da nossa constituição sendo peças importantes da nossa personalidade, norteiam a forma como vamos interpretar e interagir com o ambiente, assim cada vez que um esquema é ativado por um evento externo, ele aciona toda uma gama de emoções, cognições e sensações corporais, de forma que passamos a reviver novamente a vivência traumática. O tratamento para cada um deles requer um reconhecimento preciso de sua existência e um trabalho multifacetado em várias instâncias, trabalhando desde as vias cognitivas ou de pensamentos distorcidos, nos comportamentos, ou seja, modos de

enfrentamento que perpetuam o esquema, vivenciais, de vivências cotidianas e na relação terapêutica e as técnicas Experienciais, onde se encontram técnicas de imaginação, a fim de se reparar parcialmente o vínculo emocional desconstruído na infância e resignificar as vivências (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008,p. 37-70).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar a associação entre Trauma na Infância e Esquemas Iniciais Desadaptativos nas manifestações de raiva em pacientes com Transtorno Por Uso de Substâncias

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar se o trauma na infância pode ser um fator associado aos EID's.
- Verificar se os EID's de fato tem influência nas manifestações de raiva dos pacientes com TUS.
- Observar se quanto maiores os escores de trauma, maior a manifestação de EID's.
- Verificar se as diferentes formas de apresentação da raiva podem ser compreendidas pelos modos de enfrentamento dos EID's.
- Analisar se a Terapia de Esquemas pode ser um modelo conceitual que permite maior compreensão e tratamento para essa demanda.

4 ARTIGO

A ASSOCIAÇÃO DO TRAUMA NA INFÂNCIA E DOS ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS NA MANIFESTAÇÃO DA RAIVA EM PACIENTES COM TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS E DROGA DE ELIÇÃO

RESUMO: O presente estudo objetiva uma análise mais coesa acerca das influências do trauma na infância e suas implicações sobre as manifestações de raiva e uso de substâncias na vida adulta a partir da ótica do modelo de Terapia de Esquemas de Jeffrey Young. Em outras palavras, almeja a identificar como o surgimento esquemas iniciais desadaptativos tem relação com diferentes traumas sofridos na infância e como eles estão vinculados a como o sujeito usuário de substâncias sente e manifesta sua raiva, bem como, essas tendem a influenciar na sua relação com o uso. Para tanto contou-se com uma amostra de 41 indivíduos internados para tratamento de transtornos por uso de substâncias, e fez-se uso do Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), do State-Trate Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2) e do Questionário de Esquemas de Young versão curta. As análises de correlação feitas a partir do teste Qui-Quadrado e teste Exato de Fischer entre os 18 esquemas iniciais desadaptativos, as 12 manifestações de raiva e os 5 subtipos de trauma. Nessa análise foi possível evidenciar relação entre o esquema de Vulnerabilidade ao Dano e a Doença aos tipos de trauma: Abuso Físico, Abuso Emocional e Sexual, o esquema de Privação Emocional apareceu vinculado aos seguintes tipos de trauma: Abuso Emocional e Negligência Emocional, já os Esquemas de Subjugação, Fracasso, Padrões Inflexíveis e Inibição Emocional obtiveram maior scores consecutivamente nos tipo de trauma: Abuso Emocional, Negligência Emocional, Negligencia Física e Negligência Emocional. Dentro das relações feitas entre droga de eleição e subtipos de raiva evidenciou-se que usuários de Cocaína/crack obtiveram maiores escores em: Estado de raiva, Expressão de raiva pra fora, Índice de Expressão de Raiva. Os pacientes que tinham como substância de preferência o álcool obtiveram maior significância em Controle de raiva para dentro. Nas análises sucedidas entre esquemas iniciais

desadaptativos e droga de eleição se evidenciou que usuários de cocaína/crack apresentam maior relevância em esquemas de Autocontrole e autodisciplina insuficientes e usuários de álcool no esquema de Autossacrifício. Tais achados foram de encontro as nossas hipóteses e com os dados da literatura que afirmam relação entre uso de drogas, manifestações de raiva e uso de substâncias, e que o modelo de terapia de esquemas pode apresentar uma adequação estrutural para abranger as minúcias dessas demandas

INTRODUÇÃO

As experiências traumáticas infância tem sido vinculadas com maior potencial de desenvolvimento de doenças na fase adulta como por exemplo: desfechos psicológicos negativos (WEGMAN e STELTER, 2009). Tais ventos vão de encontro a achados sobre a compreensão cognitiva desses sujeitos sobre o ambiente, pois estão relacionadas a mudanças neurobiológicas significativas tais como o aumento da liberação do cortisol (LU, et al, 2016). Essa predisposição para percepções hostis aumenta a probabilidade do sujeito interpretar as situações cotidianas como estressoras. (SWANSON et al., 2002; GARDNER e MOROE, 2008), também podendo resultar em aumento de comportamentos agressivos (GOWIN et al. 2013). Assim comportamentos agressivos e maiores taxas de violência demonstraram estar associadas com uma percepção mais hostil do meio ambiente (ARSENAULT et al. 2002). Também alterações no eixo Hipotálamo – Hipofise – Adrenal (HPA) parecem ter um vínculo entre o trauma na infância e o uso de substâncias (FLANGAN et al. 2015). A vivência intensa de sentimentos de raiva, compilada com comportamentos hostis e agressivos, podem contribuir para maiores estressores cotidianos, problemáticas sociais e consequências psicológicas. (DEL VECCIO e O'LEARY, 2004; KASSINOVE e SUKHODOLSKY, 1995) , assim como alívio do afeto negativo causado por problemáticas atuais e pregressas são conteúdos vinculados a fissura (ARAUJO et al. 2008). O sujeito pode vir a buscar no uso de substâncias uma forma de “auto medicação” em vigência de ambientes aversivos. (HYMAN et al., 2007). Entretanto segundo Stewart; Golden; Schumacher (2003), o risco de agressão física severa tende a ser maior em homens e mulheres quando intoxicados pelo uso do álcool, outros estudos epidemiológicos também evidenciaram que o uso do álcool

está associado a grande parcela dos crimes violentos (MURDOCH, PHILL, ROSSI, 1990), fazendo com que o sujeito busque novamente formas de enfrentamento para tais emoções que surjam em decorrência desses comportamentos. Ações de desregulação emocional como a agressividade e comportamentos de enfrentamento como o uso de substâncias normalmente estão associados a Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID's)

Dentro da Terapia de Esquemas (TE), experiências tóxicas na infância são passíveis a constituição EID's (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008.p. 20-27). esses são passíveis de prover a nossa compreensão sobre si e o mundo. Tais interpretações conduzem manifestações emocionais a fim de lidarmos com o mundo de uma maneira mais adaptativa. Além disso, comportamentos agressivos ou passivos em demasia podem estar associado ao EID's tendo em vista que diferentes compreensões do ambiente norteadas por diferentes manifestações esquemáticas podem levar a uma maior prontidão de defesa. (SHOREY et al., 2015), Um estudo recente verificou da presença de EID's em uma amostra de homens e mulheres usuários de álcool, (SHOREY, ANDERSON, STURAR. 2012) os usuários de substâncias que apresentaram maiores manifestações EID's estão associados a piores prognósticos no tratamento do Transtorno por Uso de Substâncias (TUS) . (SHAGHADHY et al. 2011)

O uso de substâncias temporalmente foi vinculado aumento de raiva, comportamentos agressivos e a perpetuação de violência física, vitimização e coerção sexual. (STUART et al., 2013) Dada a variáveis presentes é possível que haja uma associação entre EID e agressão em pacientes que procuram ajuda para o uso de substâncias. (SHOREY et al., 2015) Tais estados de raiva e o uso de substâncias estão dentro do modelo de esquemas relacionados ao modo criança zangada ou seja um estado emocional onde a criança reclama as suas necessidades emocionais não atendidas e ao modo protetor desligado onde a pessoas busca um isolamento emocional afim de isolar sentimentos negativos.(YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR, 2008; p: 240-241)

Dadas variáveis presentes é possível que haja uma associação entre o surgimento EID devido a experiências tóxicas precoces e manifestações de raiva em pacientes que procuram ajuda para o uso de substâncias. (SHOREY et al., 2015).

MÉTODO:

Trata-se de um estudo transversal, utilizando a metodologia quantitativa e o delineamento correlacional.

Participantes

Participaram deste estudo 41 pacientes do sexo masculino, adultos, com diagnóstico de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas segundo o DSM-5, internados para tratamento de adição na Unidade Álvaro Alvim. Foram incluídos todos os pacientes que preencheram a esses critérios e excluídos aqueles que apresentaram déficits cognitivos comprovados e sintomas psicóticos vigentes no momento da coleta.

Instrumentos

Inventário dos Esquemas de Jeffrey Young - YSQ S3 (*Young Schema Questionnaire*), composto por 90 itens, traduzido e validado para o português por Rijo e Pinto-Gouveia (1999). Esse inventário avalia 18 esquemas iniciais desadaptativos que são mapeados por meio do somatório dos resultados de cada grupo de cinco questões. Essa versão foi formulada por Jeffrey Young a partir da primeira versão de 205 itens. Em sua maioria, os achados vinculados ao Questionário de Esquemas de Young demonstram resultados favoráveis quanto à consistência interna da escala e no que tange à sensibilidade discriminativa, considerando-se as diferenças entre grupos clínicos e não clínicos (CAZZASSA, OLIVEIRA 2008). No presente estudo, o coeficiente Alfa de Cronbach obtido para o Inventário dos Esquemas de Jeffrey Young foi de 0,961, indicando excelente confiabilidade.

O Childhood Trauma Questionnaire (CTQ). O CTQ é um instrumento para adultos e adolescentes a partir dos 12 anos, onde o respondedor pontua a frequência de 28 afirmativas relacionadas com situação ocorridas na infância, sendo uma escala Likert de cinco pontos, nele são investigados as seguintes situações: Abuso Físico, negligência física, abuso sexual, abuso emocional e negligência emocional.(GRASSI-OLIVEIRA, STEIN, PEZZI. 2006)

O do Inventário de Expressão de Raiva do Estado-Traço (STAXI). O STAXI é composto de 57 itens que formam oito subescalas, quais sejam Estados de Raiva,

Traço de Raiva, Raiva para Dentro, Raiva para Fora, Controle da Raiva, Expressão da Raiva, Temperamento Raivoso e Reação de Raiva. O STAXI pode ser aplicado em indivíduos a partir dos treze anos até a idade adulta, é uma escala Likert onde o respondente pontua a frequência o (1) “quase nunca”, (2) “às vezes”, (3) “frequentemente” e (4) “quase sempre”. (SPILBERGER, 1999).

Procedimento para coleta de dados

O projeto passou pela aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA e seguiu as conformidades da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Durante o contato com os usuários foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias, uma para o pesquisador e outra para os participantes, explicitando os objetivos da pesquisa e os procedimentos que serão realizados para o estudo, garantindo sigilo quanto à identidade do participante e ressaltando que a sua participação é voluntária. Não será dada devolução para equipe assistencial nem para participantes

Análise Estatística

Os dados sociodemográficos foram extraídos do instrumento STAXI e estão apresentados como estatísticas descritivas. Variáveis quantitativas foram descritas com média e desvio padrão e variáveis categóricas com frequência absoluta e relativa (prevalência). Para investigar associações bivariadas entre os 18 Esquemas e as 12 Manifestações de Raiva foi utilizado o teste Qui-Quadrado e o teste Exato de Fisher. As análises e o armazenamento dos dados foram realizados pelo software IBM SPSS versão 18.

RESULTADOS:

Os resultados da tabela 1 refere que amostra foi composta por homens usuários de substâncias psicoativas 58,5% usuários de álcool e 41,5% usuários de cocaína/crack, na sua maioria não possuem o ensino fundamental completo 48,8%, são solteiros 48,8% e estão em atividade no mercado de trabalho 70,7%.

Tabela 1 - Descrição sociodemográfica da amostra

Idade ¹	46,3 ± 12,1
Escolaridade ²	
..Nenhuma	20 (48,8)
..Ensino Fundamental Completo	8 (19,5)
..Ensino Médio Completo	12 (29,3)
..Ensino Superior Completo	1 (2,4)
Estado civil ²	
..Solteiro	20 (48,8)
..Casado ou vivendo como casado	17 (41,5)
..Separado ou divorciado	4 (9,8)
Ocupação ²	
..Não trabalha	12 (29,3)
..Trabalha	29 (70,7)
Substância que levou ao tratamento ²	
..Álcool	24 (58,5)
..Cocaína ou crack	17 (41,5)

n=41. ¹ Média ± desvio padrão. ² Frequência absoluta (%).

Os resultados obtidos na tabela numero 2 que estão representados no grafico abaixo apontam a prevalência de Privação Emocional foi maior no grupo de Negligência Emocional grave em relação ao leve (33,3% vs 75%; p= 0,049) e foi maior no grupo de Abuso Emocional em relação ao leve (26,9% vs 66,7%; p= 0,021). Já a prevalência de Fracasso foi maior no grupo com trauma de Negligência Emocional grave (6,1% vs 37,5%; p =0,043), a prevalência de Vulnerabilidade foi maior nos grupos com trauma de Abuso Físico (6,7% vs 36,4%; p=0,035), Abuso Emocional (3,8% vs 33,3%; p= 0,018) e Abuso Sexual (8,3% vs 60%; p= 0,017%). A prevalência de Subjugação grave em relação ao leve foi maior no grupo com trauma de Abuso Emocional (23,1% vs 60%; p= 0,041), a prevalência de Inibição emocional grave foi maior no grupo com trauma de Negligência Emocional (24,2% vs 75%; p = 0,012) e a prevalência de Padrões Inflexíveis grave foi maior no grupo com trauma de Negligência Física (45,8% vs 82,4%; p =0,025).

Tabela 2 - Prevalência de EIDs e Trauma na Infância

	Negligência Física			Abuso Físico			Negligência Emocional			Abuso Emocional			Abuso Sexual			
	Total (n=41)	Leve (n=24)	Grave (n=17)	p-valor	Leve (n=30)	Grave (n=11)	p-valor	Leve (n=33)	Grave (n=8)	p-valor	Leve (n=26)	Grave (n=15)	p-valor	Leve (n=36)	Grave (n=5)	p-valor
Privação Emocional	17 (41,5)	7 (29,2)	10 (58,8)	0,107	11 (36,7)	6 (54,5)	0,476	11 (33,3)	6 (75)	0,049	7 (26,9)	10 (66,7)	0,021	14 (38,9)	3 (60)	0,633
Abandono	31 (75,6)	17 (70,8)	14 (82,4)	0,480	21 (70)	10 (90,9)	0,238	24 (72,7)	7 (87,5)	0,653	17 (65,4)	14 (93,3)	0,063	26 (72,2)	5 (100)	0,310
Desconfiança/abuso	19 (46,3)	11 (45,8)	8 (47,1)	0,938	13 (43,3)	6 (54,5)	0,725	14 (42,4)	5 (62,5)	0,436	11 (42,3)	8 (53,3)	0,533	17 (47,2)	2 (40)	0,762
Isolamento Social	9 (22)	4 (16,7)	5 (29,4)	0,450	6 (20)	3 (27,3)	0,680	5 (15,2)	4 (50)	0,054	5 (19,2)	4 (26,7)	0,701	7 (19,4)	2 (40)	0,299
Defectividade/Vergonha	11 (26,8)	4 (16,7)	7 (41,2)	0,151	7 (23,3)	4 (36,4)	0,445	7 (21,2)	4 (50)	0,178	4 (15,4)	7 (46,7)	0,064	10 (27,8)	1 (20)	0,713
Fracasso	5 (12,2)	2 (8,3)	3 (17,6)	0,633	4 (13,3)	1 (9,1)	0,713	2 (6,1)	3 (37,5)	0,043	4 (15,4)	1 (6,7)	0,636	4 (11,1)	1 (20)	0,497
Dependência/Incompetência	6 (14,6)	3 (12,5)	3 (17,6)	0,679	4 (13,3)	2 (18,2)	0,661	4 (12,1)	2 (25)	0,578	4 (15,4)	2 (13,3)	0,868	5 (13,9)	1 (20)	0,567
Vulnerabilidade	6 (14,6)	1 (4,2)	5 (29,4)	0,066	2 (6,7)	4 (36,4)	0,035	3 (9,1)	3 (37,5)	0,077	1 (3,8)	5 (33,3)	0,018	3 (8,3)	3 (60)	0,017
Emaranhamento	6 (14,6)	5 (20,8)	1 (5,9)	0,373	5 (16,7)	1 (9,1)	0,543	6 (18,2)	0 (0)	0,323	5 (19,2)	1 (6,7)	0,388	5 (13,9)	1 (20)	0,567
Subjugação	15 (36,6)	7 (29,2)	8 (47,1)	0,328	10 (33,3)	5 (45,5)	0,491	10 (30,3)	5 (62,5)	0,117	6 (23,1)	9 (60)	0,041	13 (36,1)	2 (40)	0,866
Autossacrifício	22 (53,7)	11 (45,8)	11 (64,7)	0,342	15 (50)	7 (63,6)	0,499	17 (51,5)	5 (62,5)	0,703	12 (46,2)	10 (66,7)	0,330	21 (58,3)	1 (20)	0,164
Inibição Emocional	14 (34,1)	6 (25)	8 (47,1)	0,189	9 (30)	5 (45,5)	0,463	8 (24,2)	6 (75)	0,012	6 (23,1)	8 (53,3)	0,086	12 (33,3)	2 (40)	0,768
Padrões Inflexíveis	25 (61)	11 (45,8)	14 (82,4)	0,025	16 (53,3)	9 (81,8)	0,152	20 (60,6)	5 (62,5)	0,922	14 (53,8)	11 (73,3)	0,322	20 (55,6)	5 (100)	0,137
Arrogo e Grandiosidade	21 (51,2)	14 (58,3)	7 (41,2)	0,350	15 (50)	6 (54,5)	0,796	18 (54,5)	3 (37,5)	0,454	16 (61,5)	5 (33,3)	0,111	17 (47,2)	4 (80)	0,343
Autocontrole e Autodisc. Insufic.	15 (36,6)	11 (45,8)	4 (23,5)	0,195	11 (36,7)	4 (36,4)	0,986	11 (33,3)	4 (50)	0,434	10 (38,5)	5 (33,3)	0,743	12 (33,3)	3 (60)	0,336
Busca por Aprovação e Rec.	23 (56,1)	12 (50)	11 (64,7)	0,524	16 (53,3)	7 (63,6)	0,726	18 (54,5)	5 (62,5)	0,684	14 (53,8)	9 (60)	0,754	22 (61,1)	1 (20)	0,150
Negativismo/Pessimismo	16 (39)	9 (37,5)	7 (41,2)	0,812	10 (33,3)	6 (54,5)	0,287	11 (33,3)	5 (62,5)	0,225	7 (26,9)	9 (60)	0,051	13 (36,1)	3 (60)	0,362
Postura Punitiva	20 (49,8)	11 (45,8)	9 (52,9)	0,756	13 (43,3)	7 (63,6)	0,306	14 (42,4)	6 (75)	0,130	11 (42,3)	9 (60)	0,341	18 (50)	2 (40)	0,675

Apresentação por frequência absoluta (%), teste Exato de Fisher.

Na Tabela 3 podemos observar que os usuários de Cocaína /crack apresentaram níveis mais elevados do que os usuários de álcool nos seguintes subitens: Estado de Raiva (4,3% vs 35,3%; $p= 0,014$); Expressão de Raiva para Fora (20,8% vs 64,7%; $p = 0,009$) e Índice de Expressão de Raiva (20,8% vs 56,3%; $p = 0,041$). Já os usuários de álcool apresentou nível mais elevado no subitem Controle de Raiva para Dentro (62,5% vs 11,8%; $p = 0,001$)

Tabela 3 - Manifestação de Raiva e Droga de Eleição

		Total (n=41)	Álcool (n=24)	Cocaína/crack (n=17)	p-valor
Estado de Raiva	Alto	7 (17,1)	1 (4,2)	6 (35,3)	0,014
	Baixo/Médio	34 (82,9)	23 (95,8)	11 (64,7)	
Sentimento de Raiva	Alto	9 (22)	3 (12,5)	6 (35,3)	0,128
	Baixo/Médio	32 (78)	21 (87,5)	11 (64,7)	
Vontade de Expressar Raiva Verbalmente	Alto	38 (92,7)	22 (91,7)	16 (94,1)	0,767
	Baixo/Médio	3 (7,3)	2 (8,3)	1 (5,9)	
Vontade de Expressar Raiva Fisicamente	Alto	41 (100)	24 (100)	17 (100)	0,767
	Baixo/Médio	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Traço de Raiva	Alto	24 (58,5)	13 (54,2)	11 (64,7)	0,539
	Baixo/Médio	17 (41,5)	11 (45,8)	6 (35,3)	
Temperamento de Raiva	Alto	17 (41,5)	7 (29,2)	10 (58,8)	0,107
	Baixo/Médio	24 (58,5)	17 (70,8)	7 (41,2)	
Reação de Raiva	Alto	29 (70,7)	17 (70,8)	12 (70,6)	0,986
	Baixo/Médio	12 (29,3)	7 (29,2)	5 (29,4)	
Expressão de Raiva para Fora	Alto	16 (39)	5 (20,8)	11 (64,7)	0,009
	Baixo/Médio	25 (61)	19 (79,2)	6 (35,3)	
Expressão de Raiva para Dentro	Alto	33 (80,5)	21 (87,5)	12 (70,6)	0,241
	Baixo/Médio	8 (19,5)	3 (12,5)	5 (29,4)	
Controle de Raiva para Fora	Alto	18 (43,9)	12 (50)	6 (35,3)	0,524
	Baixo/Médio	23 (56,1)	12 (50)	11 (64,7)	
Controle de Raiva para Dentro	Alto	17 (41,5)	15 (62,5)	2 (11,8)	0,001
	Baixo/Médio	24 (58,5)	9 (37,5)	15 (88,2)	
Índice de Expressão da Raiva	Alto	14 (35)	5 (20,8)	9 (56,3)	0,041
	Baixo/Médio	26 (65)	19 (79,2)	7 (43,8)	

Apresentação por frequência absoluta (%), teste Exato de Fisher.

Na Tabela 4 observou-se que a prevalência de Inibição Emocional foi maior em usuário de Álcool (79,2% vs 17,6%; $p = <0,001$) e a prevalência associada a Autocontrole e Autodisciplina Insuficientes foi de usuários de Cocaína/crack (20,8% vs 58,8%; $p = 0,021$)

Tabela 04 - Esquemas Iniciais Desadaptativos e Droga de Eleição

	Total (n=41)	Álcool (n=24)	Cocaína/crack (n=17)	p-valor
Privação Emocional	17 (41,5)	12 (50)	5 (29,4)	0,217
Abandono	31 (75,6)	18 (75)	13 (76,5)	0,914
Desconfiança / Abuso	19 (46,3)	13 (54,2)	6 (35,3)	0,342
Isolamento Social	9 (22)	5 (20,8)	4 (23,5)	0,837
Defectividade / Vergonha	11 (26,8)	6 (25)	5 (29,4)	0,753
Fracasso	5 (12,2)	4 (16,7)	1 (5,9)	0,382
Dependência / Incompetência	6 (14,6)	4 (16,7)	2 (11,8)	0,662
Vulnerabilidade	6 (14,6)	3 (12,5)	3 (17,6)	0,679
Emaranhamento	6 (14,6)	2 (8,3)	4 (23,5)	0,212
Subjugação	15 (36,6)	11 (45,8)	4 (23,5)	0,195
Autossacrifício	22 (53,7)	19 (79,2)	3 (17,6)	<0,001
Inibição Emocional	14 (34,1)	9 (37,5)	5 (29,4)	0,742
Padrões Inflexíveis	25 (61)	12 (50)	13 (76,5)	0,113
Arrogo e Grandiosidade	21 (51,2)	9 (37,5)	12 (70,6)	0,058
Autocontrole e Autodisc. Insufic.	15 (36,6)	5 (20,8)	10 (58,8)	0,021
Busca por Aprovação e Rec.	23 (56,1)	13 (54,2)	10 (58,8)	0,767
Negativismo / Pessimismo	16 (39)	9 (37,5)	7 (41,2)	0,812
Postura Punitiva	20 (48,8)	13 (54,2)	7 (41,2)	0,530

Apresentação por frequência absoluta (%), teste Exato de Fisher.

DISCUSSÃO

Os esquemas encontrados em uma relação significativa com os subtipos traumáticos foram: Padrões Inflexíveis – Negligência Física; Privação Emocional, Fracasso e Autos sacrifício – Negligência Emocional; Vulnerabilidade ao Dano e a Doença – Abuso Físico; Privação Emocional, Vulnerabilidade ao Dano e a Doença e Subjugação – Abuso Emocional e Vulnerabilidade ao Dano e a Doença – Abuso Sexual.

Dentro do esquema de Vulnerabilidade Ao Dano e a Doença as pessoas acreditam de forma exagerada que uma catástrofe eminente possa ocorrer a

qualquer momento, resultando em medo, desconfiança e evitação por parte do sujeito (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR 2008p: 31-32). Este EID mostrou-se com maior significância de relação entre os demais, aparecendo em três eventos traumáticos: Abuso físico, emocional e sexual. Tendo em vista que o abuso é reconhecido como um dano (referencia), tais achados vão de encontro a literatura pois dentre as experiências nocivas citadas por Young na terapia de esquemas, podemos encontrar a Traumatização e Vitimização, nesse caso causando um dano real a criança a levando a uma posição de vitimização, podendo gerar esquemas de desconfiança e abuso, defectividade e vergonha e vulnerabilidade ao dano e a doença (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR 2008, 2008 p: 25).

O esquema de Privação Emocional segundo EID de maior prevalência entre os subtipos traumáticos está relacionado a abuso emocional e negligência emocional. Esse esquema tem como principal característica a crença de que não terá o apoio emocional preterido e nem suas necessidades emocionais não serão atendidas (YOUNG, 2003). Tal déficit na nutrição afetiva vai de encontro aos conceitos nocivos vinculados, pois na negligência emocional considerada como incapacidade de dar conta das demandas emocionais da criança, assim como o abuso emocional na qual ao afeto com que a criança tem contato não é o desejado para um desenvolvimento saudável, essas definições se assemelham ao conceito de Frustração Nociva das Necessidades. Segundo Young (2008) ocorre quando a criança passa por poucas experiências boas, carecendo de afeto adequado, estabilidade, compreensão e amor, são passíveis do surgimento de esquemas de Privação Emocional.

Outro Esquema que aparece vinculado a Negligência Emocional encontramos o esquemas de Fracasso, esse é caracterizado pela crença arraigada de que fracassou e que isso ocorrerá inevitavelmente pois considera-se inferior em relação aos outros (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR 2008, 2008, p: 32-33). A família de origem pode estar em um espectro tanto super protetor e não permitir o desenvolvimento da autonomia ou extremamente invalidante, dando pouca ou nenhuma atenção aos feitos e conquistas da criança (YOUNG, 2003). Segundo Young (2008) para o desenvolvimento saudável da criança se faz necessário o senso de autonomia, competência e sentimento de identidade, com tais elementos é possível supor que as pessoas desse esquemas que sinalizaram determinada vivência, sejam advindas

de famílias mais invalidantes que por faltas emocionais não desenvolveram o senso de competência.

O Esquema de Subjugação é pertencente ao domínio de Orientação para o Outro, pacientes nesse domínio enfatizam em excesso o atendimento das necessidades do outro. Fazem para obter a aprovação e evitar retaliações. A família típica é baseada na aceitação condicional: As crianças só serão amadas se restringirem aspectos importantes de si. O esquemas fala da supressão de suas vontades e entrega ao desejos dos outros para evitar brigas, retaliações e abandonos (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR 2008, p: 33-34) Esse conceito vai de encontro aos achados que vinculam não somente sua aparição com a negligência emocional, mas também com o esquema de Privação Emocional. Sendo a Subjugação um esquema condicionante, ou seja um esquema que vem para dar conta parcialmente dos esquemas mais nucleares como o de Privação Emocional (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR 2008, p: 35) a Coexistência dos dois no mesmo âmbito traumático pode ser exatamente um em decorrência do outro, ou seja, me subjugarei para não ser privado.

O Esquema de Inibição Emocional é um esquema condicionante que pertence ao domínio de Supervigilância e Inibição, aqui os pacientes reprimem seus sentimentos e impulsos espontâneos e se esforçam para cumprir regras rígidas, vem de família tipicamente rígida na qual as regras predominam sobre a espontaneidade e o prazer (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR 2008, p: 33-34). O esquema se refere a restrições emocionais e sentimentais, a pessoa suprime seus sentimentos para impedir críticas, retaliações ou perda do controle que pode resultar em déficits emocionais.(YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR 2008, p: 33-34). Esse esquema encontra-se relacionado com a negligência emocional, onde também se foi verificado a presença de Privação Emocional e Fracasso dois esquemas nucleares. Assim como anteriormente citado por se condicionante é possível pensar que esses esquemas possam ter concomitantes pois internalizou-se que a família mantinha altos padrões para conceder o afeto e desencadeou esquemas para tentar lidar com o ambiente.

A ultima relação encontrada foi entre a negligência física e o esquema de padrões inflexíveis. Nesse subtipo de relação traumática estima-se que os pais não

tiveram competências para nutrir as necessidades de alimentação, higiene pessoal, abrigo, vestimentas e cuidados médicos do mesmo (AHORONOVICH, NGYUEN, NUNES. 2010). O esquema também pertencente ao de domínio de Supervigilância e Inibição que tem como característica: Crença arraigada que se deve desprender grande energia para atingir altos padrões internalizados, resultando em comportamentos de perfeccionismo e obsessão por tempo e desempenho. Tendo em vista que as necessidades negadas a essa criança são básicas e de suma importância para a sobrevivência, nos permite pensar que a pessoa cria padrões rígidos de sobrevivência e auto cobrança pois segundo Young (2008) aprende que desde de sempre dependeu de si para ter o mínimo para se viver e que a desatenção pode ser algo catastrófico. Apesar de não ter sido encontrada uma relevância significativa entre Abandono e negligência física vale ressaltar que de 41 entrevistados 31 assinalaram para esse esquema, podendo ser algo muito sutil a sobrevivência tal compreensão.

Vale lembrar que todos os pacientes pontuaram em algum nível para a presença de esquemas iniciais desadaptativos, porém não foi notada significância na relação com todos. Isso pode ter ocorrido pois dentro da terapia de esquemas a vinculação do auto relato de trauma poder ser conectada ao modo protetor desligado, modo na qual o paciente age de forma a desligar-se afetivamente de situações e memórias traumáticas, ora por seus relatos e comportamentos, como o uso de substâncias (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR 2008, p: 51-54; 243)

Dentre a relação entre a droga de eleição e a manifestação de raiva os achados corroboram com a literatura, foi verificado que em usuários de Cocaína/crack houve diferença significativa nos seguintes subitens: Expressão de Raiva, Raiva Manifesta e Índice de Expressão da Raiva, esses subitens consecutivamente tratam, da medida da intensidade dos sentimentos de raiva e do desejo de expressá-la em determinados momentos, da mensuração da frequência de sentimentos de raiva expressos por comportamentos agressivos físicos e verbais e na avaliação da medida da expressão da raiva baseado nas outras escalas, ou seja, na maior ou menor forma de expressão da mesma (SPIELBERGER, 1999) Esses resultados vão de encontro com a literatura na qual apontam que usuários de

crack e cocaína tem maior tendência de expressar sua raiva em comportamentos agressivos direcionados a pessoa ou um objeto ou ambiente (AHORONOVICH, NGYUEN, NUNES, 2001). Já os usuários de álcool apresentaram maior significância no subitem controle interno da Ira, que se refere a frequência com que a pessoa faz o controle dos seus sentimentos de raiva no intuito de se acalmar e arrefecer os ânimos(SPIELBERGER, 1999) Tais dados também vão de encontro aos achados da literatura que relatam que usuários de álcool apresentam uma expressão de raiva a nível mais internalizante, o que por sua vez no efeito agudo da substância, tendem a uma maior manifestação de comportamentos agressivos (STEWART, GOLDEN SCHUMACHER ,2003).

Na ultima tabela podemos verificar uma relação acentuada entre os esquemas de Autossacrifício em usuários de álcool, tal esquema refere-se a uma dedicação excessiva e voluntária as necessidades dos outros, as custas da própria gratificação, na intenção de evitar culpa, retaliação e ou poder manter suas relações pessoais (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR 2008, pag: 33) esse achado nos permite hipotetisar sobre o resultado relacionado a expressão de raiva, pois a presença desse esquema tende a influenciar as pessoas à manter bom vínculo com outros e evitar possíveis problemáticas, suprimindo comportamentos, vontades e sentimentos como a raiva. Já usuários de crack/cocaína apontaram maior significância dentre o esquema de Autocontrole e Autdisciplina insuficientes, pessoas nesse esquema não conseguem ou não tem intuito de desenvolver autocontrole e tolerância à frustração em relação a alcance de objetivos pessoais, assim não regulam expressões de raiva e impulsos. (YOUNG, KLOSKO, WEISHAAR 2008: 32) , o que também nos permite pensar sobre a relação desses esquemas com as expressões de raiva apresentadas nas tabelas anteriores, o baixo controle inibitório desses pacientes são condizentes com o relato de seu sentimento de ira, bem como, sua vontade de expressá-la e a forma de manifestação

Os resultados do estudo também concordam com os achados recentes da literatura sobre modos esquemáticos Pois foi observado que usuários de álcool apresentam sua raiva mais vinculado ao modo criança zangada e usuários de cocaína no modo criança impulsiva e indisciplinada (BOOGS et al. 2018). Também corroboram com os dados encontrados a literatura de TE, pois vincula esquemas a determinados modos esquemáticos. Segundo Young (2008) esquemas presente n

no modo criança impulsiva/indisciplinada são os de Arrogo e Grandiosidade e Autocontrole e Autodisciplina Insuficientes, já o modo criança zanga geralmente está ligado a esquemas de Abandono, Privação emocional, Desconfiança e Abuso, Vulnerabilidade ao dano e a doença.

O esquema de Autossacrifício indicado na tabela 3 é um esquema condicionante e por isso ter sido evidenciado de forma mais clara por poder estar vinculado a todos os outros citados anteriormente no modo criança zangada, pois surge como uma estratégia de enfrentamento. Outro dado relevante é que alcoolistas se usam mais do modo pro Protetor Desligado (BOOGS et al, 2018) modo na qual há um desligamento do sentimento vinculado a memória traumática e uma supressão de angústias para evitar desprazeres futuros, conceito que se assemelha ao do esquema de autossacrifício

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados dessa pesquisa, é possível considerar que há uma influência das experiências traumáticas na infância com os EID's e as manifestações da raiva em pacientes com transtornos por uso de substâncias. Tais achados são importantes para o entendimento da matéria bruta do TUS, bem como, suas minúcias emocionais, cognitivas e comportamentais. Através desse achado podemos ver que o modelo focado em esquemas se adequa de forma compatível com outros dados anteriores e que pode ser usado como um meio de entendimento entre o trauma, as manifestações de raiva e o uso de substância, e a partir disso elaborar melhores formas de intervenção.

Usuários de crack/cocaína tendem uma abordagem diferenciada em manejos em ambientes de internação pois sua vinculação com experiências tóxicas na infância demandam muito mais que limites colocados, mas se faz necessário dar sentido de forma firme e acolhedora nos espaços de saúde.

Usuários de álcool manifestam maior uso de mecanismo de defesa frente a situações estressoras o que pode envolver maior tempo de internação por não querer ir contra a equipe, porém em ambientes menos protegidos podem seguir em

funcionamentos próximos aos problemáticos por não se ter acesso ao verdadeiro conteúdo emocional, demandando que as intervenções sejam de nível mais profundo, com técnicas mais direcionadas afim de sanar determinadas necessidades emocionais.

Por essa ótica podemos supor que para se abordar as manifestações de raiva em pacientes com TUS devemos pensar para além das habilidades sociais e comportamentais, mas intervenções diversas a nível vivencial e emocional, para que se trate além do sintoma e da visão distorcida pelo trauma, mas a causa do mesmo.

REFERENCIAS:

ARAUJO; Renata et al. *Craving* e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 57, n. 1. 2008.

CAZASSA. Milton; OLIVEIRA. Margareth. Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: forma breve. **Estudos Psicologia (Campinas)**. v. 29, issue 1. 2012.

DEL VECCHIO, Tamara; O'LEARY, Daniel. Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**. v. 24, issue 1. p. 15-34. 2004

GARDNER. Frank ; MOORE. Zella. Understanding Clinical Anger and Violence The Anger Avoidance Model. **Behavior Modification**. v. 32, n. 6.p. 897-912

GRASSI-OLIVEIRA. Rodrigo; STEIN. Lilian; PEZZI. Júlio. Tradução e validação de conteúdo da versão em português de Childhood Trauma Questionnaire. **Revista de Saúde Pública**. v. 40, issue 2. 2006

HYMAM. Scott; PALIWAL. Prashni; SINHA. Raiita. Childhood Maltreatment, Perceived Stress, and Stress-Related Coping in Recently Abstinent Cocaine Dependent **Adults**. **Psychology Addict Behavior**. v. 21, issue 2.p. 233-238. 2007

KASSINOVE, Howard; SUKHODOLSKY, Denis. **Transtorno da raiva: Questões básicas de ciência e prática. Transtorno da raiva: Definição, diagnóstico e tratamento**. Washington, DC: Taylor & Francis: p 1-25, 1995.

LU. Shaojia et al. In search of the HPA axis activity in unipolar depression patients with childhood trauma: Combined cortisol awakening response and dexamethasone suppression test. **Journal of Psychiatric Research**. v. 78. p. 24-30. 2016.

MURDOCH. Donald; PHIL. Roman; ROSS. Dylan; Alcohol and Crimes of Violence: **Present Issues**. **International Journal of the Addictions**. v. 25, issue 9.p. 1065-1081. 1990

SHANGHAGHY. Farhad et al. The Relationship of Early Maladaptive Schemas, Attributional Styles and Learned Helplessness among Addicted and Non-Addicted Men. **Addict Health**.v. 3, issue 1-2. p. 45-52

SHOREY. Ryan; STUART. Gregory; ANDERSON. Scott. Gender Differences in Early Maladaptive Schemas in a Treatment-Seeking Sample of Alcohol-Dependent Adults. **Substance Use Misuse**. v. 47, issue 1.p. 108-116. 2012

SHOREY; Ryan et al. Early Maladaptive Schemas and Aggression in Men Seeking Residential Substance Use Treatment. **Personality and Individual Differences**. v. 1, issue, 83.p. 6-12. 2015

STEWART. William. GOLDEN. James. SCHUMACHER. Julie. Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. **Addictive Behaviors**. v. 28, issue 9.p. 1555-1574. 2003

YOUNG. Jeffrey et al. **Schema therapy: A practitioner's guide**. New York, NY: Guilford Press.p. 15-33. 2003.

YOUNG. Jeffrey; KLOSKO. Janet; WISHAAR; Marjorie. **Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. São Paulo. Ed. Artmed. p. 17-70. 2008.

WEGMAN. Holly; STETLER. Cinnamon. A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. **Psychosomatic Medicine**. v. 71, issue 8.p. 805-812. 2009

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

O processo de residência integrada multiprofissional propicia ao profissional uma inserção não só a uma maior conhecimento da rede de saúde mas principalmente uma rede de saberes. As práticas interdisciplinares e o conteúdo vigente de cada programa permite uma ascensão no campo profissional e pessoal,

de relações, trabalho em conjunto e práticas humanizadas conforme preza os princípios do SUS. Tais conhecimentos são agregadores para um desenvolvimento também em conhecimentos específicos de cada área e de sua aplicabilidade, assim o presente estudo propiciou um apanhado entre diversos atravessamentos observados durante o processo de formação pactuado com o conhecimento uniprofissional da psicologia.

Os achados sobre trauma na infância é um assunto transversal a qualquer eixo profissional no programa de atenção integral ao usuário de álcool e outras drogas, pois nos deparávamos cada dia de uma forma diferente com seus reflexos tanto nos usuários do serviço quanto em suas redes familiares de apoio e núcleos estruturantes de suas vidas, sendo uma questão norteadora para várias intervenções e planos terapêuticos singulares.

As manifestações de raiva eram nítidas em todos os ambientes terapêuticos visitados, tanto a dificuldade em expressá-la quanto sua exposição em demasia, o que vinha a acarretar vários problemas similares aos identificados na infância e perpetuados na vida adulta com profissionais, familiares e principalmente o uso de drogas. Rechaços com pacientes muito contestadores e não tão integrados as regras tornava-se incomodo para as equipes, bem como, uma aparente vinculação ao serviço que não se estendia ao ambiente interno.

Dificuldades em elaborações de tratamento também se sucediam quanto a permanência de usuários unicamente de álcool e poucos ou nenhum usuários de outras substâncias, tornando o ambiente da internação muito mais clínico.

O presente estudo correlacionando tais incômodos com o estudo da psicologia em terapia de esquemas nos faz perceber a importância da prática humanizada ao serviço, do não julgamento prévio e da prática de outras políticas como a redução de danos. Pois por via desse estudo pode-se acessar o lado mais sensível desses pacientes, observando que suas maneiras de interagir com a equipe e com o tratamento eram funcionamentos anteriormente adaptativos para seus contextos de vida, nas quais os seus principais aliados foram a raiva e sua forma de

expressão e também o uso de substâncias. Com isso podemos intervir de forma mais singular para segundo o modelo apresentado conseguirmos tocar o que de fato esta norteado esses comportamentos, para que assim possamos dar sentido a mudança, a intervenção extremamente limitadora por vezes encontrada pode ser um certo afago a quem tem demandas emocionais muito vigentes ou causar um certo medo em que não quer se expressar para evitar desagradados, mas talvez de forma muito parcial, não agindo no que interveem na auto estima real do paciente. Também determinadas intervenções em usuários com menor tolerância resulta em alta precoce e abandono do tratamento, podendo ser um ponto de partida de como pensarmos nossas práticas em ambientes hospitalares para o tratamento de tal demanda.

Por fim o estudo permitiu juntamente com as demandas do serviço me fazer perceber a importâncias da equidade e da integralidade nesse cuidado, pois só assim de fato estaremos tocando o conteúdo mais latente e que da norte ao funcionamento do paciente e não mais apenas reproduzindo estereótipos já instaurados na sociedade.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et al. **Manual diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais: DSM-5**. Artmed Editora, 2014.

ARAUJO; Renata et al. *Craving* e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**. v. 57, n. 1. 2008.

ARSENAULT, Louise et al. Mental Disorders and Violence in a Total Brith Cohort Results From the Dunedin Study. **Archives of General Psychiatry**. v.57, issue 10. p. 979-989. 2000.

AZEVEDO. Flavia et al. Application of the Spielberger's State-Trait Anger Expression Inventory in clinical patients. **Aquivos Neuro-Psiquiátria**. v. 68, issue 2. 2010.

BALL. Samuel; CECERO; John. Addicted Patients with Personality Disorders: Traits, Schemas, and Presenting Problems. **Journal Personality Disorders**. v. 15, issue 1.p. 72-83. 2001.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia Básica**. 2. Ed. São Paulo, Santos, 2010. 213p.

CARLINI. Elisaldo et al. Drogas Psicotrópicas o que são e como agem. **Revista IMESC**. n 3.p. 9-35.2001

CAZASSA. Milton; OLIVEIRA. Margareth. Validação brasileira do questionário de esquemas de Young: forma breve. **Estudos Psicologia (Campinas)**. v. 29, issue 1. 2012.

COCCARO. Emil et al. Substance use disorders: Relationship with intermitente explosive disorder and with aggression, anger na impulsivity. **Psychiatric Research**. v. 81. p. 127-132. 2016.

DABBS, James; DABBS, Mary. **Heros, rouges and lovers: Testosterone and behavior**. New York: McGraw-Hill. 2000.

DE BELLIS. Michael. Developmental traumatology: a contributory mechanism for alcohol and substance use disorders. **Psychoneuroendocrinology**. v. 27, issue 1-2.p. 155-170. 2002.

DE BELLIS. Michael et al. Brain structures in pediatric maltreatment-related posttraumatic stress disorder: a sociodemographically matched study. **Biological Psychiatric**. v. 51, issue 11.p. 1066-1078. 2002

DEFFENBACHER, Jerry; DEMM, Patricia; BRANDON, Allen. High general anger: Correlates and treatment. **Behaviour Research and Teraphy**, v. 12, issue 4. p. 481-489, 1986.

DEL VECCHIO, Tamara; O'LEARY, Daniel. Effectivesse of anger trataments for especific anger problems: A meta-analytic review. **Clinical Psychology Review**. v. 24, issue 1. p. 15-34. 2004

DODGE, Kenneth; PETTIT, Gregory. A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. **Developmental Psychology**. p. 349-371. 2003

DUNLOP. Sara et al. Repeated prenatal corticosteroids delay myelination in the ovine central nervous system.. **Journal of Materanal-Fetal Medicine**. v. 6, issue 6.p. 309-313. 1997.

ELEHRT.Ulrike. Enduring psychobiological effects of childhood adversity. **Psychoneuroendocrinology**. v. 38, issue 9.p. 1850-1857. 2013.

FLANGAN. Julianne et al. Effects of Adverse Childhood Experiences on the Association between Intranasal Oxytocin and Social Stress Reactivity among Individuals with Cocaine Dependence. **Psychiatry Research**. v. 299, issue 0.p. 94-100. 2015.

GARDNER. Frank ; MOORE. Zella. Understanding Clinical Anger and Violence The Anger Avoidance Model. **Behavior Modification**. v. 32, n. 6.p. 897-912

GOULD. Elizabeth; TANAPA. Fatima; CAMERON; Heather. Adrenal steroids suppress granule cell death in the developing dentate gyrus through an NMDA receptor-dependent mechanism. **Developmental Brain Research**. v. 103, issue 1.p. 91-93.1997.

GOWIN. Joshua et al. The role of cortisol and psychopathy in the cycle of violence. **Psychopharmacology (Berl)**. v. 227, issue 4.p. 661-672. 2013

GRASSI-OLIVEIRA. Rodrigo; STEIN. Lilian; PEZZI. Júlio. Tradução e validação de conteúdo da versão em português de Childhood Trauma Questionnaire. **Revista de Saúde Pública**. v. 40, issue 2. 2006.

HYMAM. Scott; PALIWAL. Prashni; SINHA. Raiita. Childhood Maltreatment, Perceived Stress, and Stress-Related Coping in Recently Abstinent Cocaine Dependent **Adults**. **Psychology Addict Behavior**. v. 21, issue 2.p. 233-238. 2007

KASSINOVE, Howard; SUKHODOLSKY, Denis. **Transtorno da raiva: Questões básicas de ciência e prática. Transtorno da raiva: Definição, diagnóstico e tratamento**. Washington, DC: Taylor & Francis: p 1-25, 1995.

LARANJEIRA, Ronaldo et al. II Levantamento Nacional de álcool e drogas: o uso de cocaína e crack no Brasil. **São Paulo: Unifesp, Inpad/Uniad**, 2012.

LU. Shajioia et al. Reduced Cingulate Gyrus Volume Associated with Enhanced Cortisol Awakening Response in Young Healthy Adults Reporting Childhood Trauma. **PloS One**. v. 8, issue 7. 2013.

LU. Shaojia et al. In search of the HPA axis activity in unipolar depression patients with childhood trauma: Combined cortisol awakening response and dexamethasone suppression test. **Journal of Psychiatric Research**. v. 78. p. 24-30. 2016.

MURDOCH. Donald; PHIL. Roman; ROSS. Dylan; Alcohol and Crimes of Violence: **Present Issues**. **International Journal of the addictions**. v. 25, issue 9.p. 1065-1081. 1990

NORDAHL. Hans; NYSAETER. Tor. Schema therapy for patients with borderline personality disorder: a single case series. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**. v. 35, issue 3.p. 254-264.

Organização Mundial da Saúde. **Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança.** Brasília: Gráfica Brasil, p. 58-61, 2001.

SERAFINI. Kelly et al. Anger and its Association with Substance Use Treatment Outcomes in a Sample of Adolescents. **Journal of Child & Adolescent Substance Abuse.** 25(5). 2016.

SKINNER, Martie et al. Longitudinal Effects of Early Childhood Maltreatment on Co-Occurring Substance Misuse and Mental Health Problems in Adulthood: The Role of Adolescent Alcohol Use and Depression. **Journal of Studies on Alcohol and Drugs.** v 77, issue 3. p. 464-472; 2016.

SWANSON. Jeffrey et al. The Social-Environmental Context of Violent Behavior in Persons Treated for Severe Mental Illness. **American Journal of Public Health.** v. 92, issue 9. p. 1523-1531. 2002.

VON HONK, Jack; SCHUTTER, Denis. Vigilant and avoidant responses to angry facial expressions: Dominance and submission motives. **Social Neuroscience: Integrating biological and psychological explanations of social behavior.** New York: Guilford Press. p. 197-223. 2007.

SAPOLSKY. Robert. Glucocorticoids and hippocampal atrophy in neuropsychiatric disorder. **Archives of General Psychiatry.** v.57. issue 10. p. 925-935. 2000.

SCHEFFER. Morgana; PASA. Graciele; ALMEIDA. Rosa Maria. Atenção, ansiedade e raiva em dependentes químicos. **Universidade do Vale do Rio dos Sinos.** v. 40, n. 2.p. 235-244. 2009.

SHOREY. Ryan; STUART. Gregory; ANDERSON. Scott. Gender Differences in Early Maladaptive Schemas in a Treatment-Seeking Sample of Alcohol-Dependent Adults. **Substance Use Misuse.** v. 47, issue 1.p. 108-116. 2012

SHOREY; Ryan et al. Early Maladaptive Schemas and Aggression in Men Seeking Residential Substance Use Treatment. **Personality and Individual Differences.** v. 1, issue, 83.p. 6-12. 2015

SHANGHAGHY. Farhad et al. The Relationship of Early Maladaptive Schemas, Attributional Styles and Learned Helplessness among Addicted and Non-Addicted Men. **Addict Health.** v. 3, issue 1-2. p. 45-52

STEWART. William. GOLDEN. James. SCHUMACHER. Julie. Intimate partner violence and substance use: A longitudinal day-to-day examination. **Addictive Behaviors.** v. 28, issue 9.p. 1555-1574. 2003

TORCHALA. Iris et al. Integrated treatment programs for individuals with concurrent substance use disorders and trauma experiences: A systematic review and meta-analysis. **Journal of Substance Abuse Treatment**. v. 42, issue 1.p. 65-77.

YOUNG. Jeffrey. **Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach**. Sarasota, New York, NY. Ed. Professional Resource Exchange.p. 35-43. 1994

YOUNG. Jeffrey et al. **Schema therapy: A practitioner's guide**. New York, NY: Guilford Press.p. 15-33. 2003.

YOUNG. Jeffrey; KLOSKO. Janet; WISHAAR; Marjorie. **Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras**. São Paulo. Ed. Artmed. p. 17-70. 2008.

WEGMAN. Holly; STETLER. Cinnamon. A Meta-Analytic Review of the Effects of Childhood Abuse on Medical Outcomes in Adulthood. **Psychosomatic Medicine**. v. 71, issue 8.p. 805-812. 2009