



Avances en Psicología Latinoamericana

ISSN: 1794-4724

editorial@urosario.edu.co

Universidad del Rosario

Colombia

Lindern, Daniele; Laini Silveira, Karine Aline; Castro Núñez Carvalho, Janaína; Haag Kristensen, Christian

O uso das imagens mentais na Terapia Cognitivo- Comportamental do Transtorno de Estresse Pós-Traumático: uma revisão sistemática

Avances en Psicología Latinoamericana, vol. 32, núm. 3, 2014, pp. 377-387

Universidad del Rosario

Bogotá, Colombia

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79932029002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica  
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# O uso das imagens mentais na Terapia Cognitivo-Comportamental do Transtorno de Estresse Pós-Traumático: uma revisão sistemática

El uso de imágenes mentales en la Terapia Cognitivo-Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático: una revisión sistemática

The Use of Mental Imagery in Cognitive-Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder: A Systematic Review

Daniele Lindern, Karine Aline Laini Silveira,  
Janaína Castro Núñez Carvalho, Christian Haag Kristensen\*  
*Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul*

Doi: [dx.doi.org/10.12804/apl32.03.2014.03](https://doi.org/10.12804/apl32.03.2014.03)

## Resumo

No transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) é comum a ocorrência de sintomas associados a imagens mentais que remetem ao evento traumático. Estas imagens têm um impacto emocional bastante intenso, uma vez que podem se manifestar de maneira intrusiva e gerar sensação de revivência do trauma. Assim, têm sido estudadas técnicas de terapia cognitivo-comportamental (TCC) que utilizam as imagens mentais como intervenção terapêutica. O objetivo deste estudo foi revisar de forma sistemática os efeitos do uso de imagens mentais como um recurso da TCC para o TEPT. Foram identificados 8 artigos publicados entre os anos de 2001 a 2012 por meio das bases de dados PubMed, PsycNet e Web of Science. As intervenções dos grupos experimentais apresentaram diferença estatística significativa em cinco dos oito estudos selecionados. Contudo, ainda se faz necessário a realização de mais pesquisas sobre

seus efeitos em virtude do restrito número de estudos encontrados nesta revisão.

*Palavras-chave:* Transtorno de estresse pós-traumático; terapia cognitivo-comportamental; imagens mentais.

## Resumen

En el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es común la ocurrencia de síntomas asociados a imágenes mentales que remiten al evento traumático. Estas imágenes tienen un impacto emocional bastante intenso, una vez que pueden manifestarse de manera intrusiva y generar una sensación de revivencia del trauma. De esta manera, se han estudiado técnicas de terapia cognitivo-conductual (TCC) que utilizan las imágenes mentales como intervención terapéutica. El objetivo de este estudio fue revisar de forma sistemática los efectos del uso de imágenes mentales como un recurso de la TCC para el TEPT. Fueron identificados ocho artículos

\* Daniele Lindern, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Karine Aline Laini Silveira, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Janaína Castro Núñez Carvalho, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul; Christian Haag Kristensen, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.  
A correspondência relacionada com este artigo deve ser direcionada a Daniele Lindern. Correio eletrônico: [daniele.lindern@gmail.com](mailto:daniele.lindern@gmail.com)

Para citar este artigo: Lindern, D., Silveira, K. A. L., Carvalho, J. C. N., & Kristensen, C. H. (2014). O uso das imagens mentais na Terapia Cognitivo-Comportamental do Transtorno de Estresse Pós-Traumático: uma revisão sistemática. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32(3), 377-387. doi: [dx.doi.org/10.12804/apl32.03.2014.03](https://doi.org/10.12804/apl32.03.2014.03)

publicados entre los años de 2001 y 2012 en las bases de datos PubMed, PsycNet y Web of Science. Las intervenciones de los grupos experimentales presentaron una diferencia estadística significativa en cinco de los ocho estudios seleccionados. Sin embargo, aún es necesario realizar más pesquisas sobre sus efectos en virtud del número limitado de estudios que ha sido localizado en esta revisión sistemática.

*Palabras clave:* Trastorno de estrés postraumático; terapia cognitivo-conductual; imágenes mentales.

## Abstract

In posttraumatic stress disorder (PTSD) the occurrence of symptoms associated with mental images that recall the traumatic event is common. These images have a very intense emotional impact, since they can intrusively manifest themselves and generate a sense of reliving the trauma. Thus, cognitive-behavioral therapy (CBT) techniques using mental imagery have been studied as a therapeutic intervention. The aim of this study was to systematically review the effects of mental imagery use as a CBT resource for PTSD. Eight studies published between 2001-2012 were identified in the PubMed, Web of Science and PsycNet databases. The interventions in the experimental groups were statistically significant in five of the eight identified studies. Yet, it is still necessary to carry out more research on the effects of these interventions due to the limited number of studies found in this review.

*Keywords:* Posttraumatic stress disorder; cognitive-behavioral therapy; mental imagery.

Cerca de 89.6% dos indivíduos da população geral é exposta a um evento estressor potencialmente traumático em algum momento de sua vida (Breslau et al., 1998), e aproximadamente 6.8% da população geral é acometida pelo Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Kessler et al., 2005). O TEPT é definido, basicamente, como um conjunto de sintomas apresentado após a vivência ou testemunho de ao menos um evento traumático ao longo da vida do indivíduo. Os principais sintomas que compõem o TEPT são o sentimento de revivência do trauma —envolvendo intenso sofrimento

psicológico— a tentativa de evitar memórias e componentes relacionados com o evento traumático, e sintomas de excitabilidade aumentada (APA, 2002).

A categoria dos transtornos de ansiedade foi revisada para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5). Foi proposto que o capítulo dos transtornos de ansiedade (DSM-IV) fosse dividido em três grupos distintos: “Transtornos de Ansiedade”, “Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Outros Transtornos Relacionados” e “Transtornos Relacionados ao Trauma e Estresse”, capítulo este, que passou a incluir o TEPT. Este capítulo contempla os seguintes critérios diagnósticos: (a) Exposição real ou potencial ao evento traumático (morte, lesão grave, violência sexual); (b) sintomas de intrusão; (c) sintomas de evitação; (d) alterações negativas do humor e na cognição; (e) excitabilidade aumentada e sintomas de reatividade; (f) persistência dos sintomas dos critérios (b), (c), (d) e (e) superior a um mês; (g) sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento do indivíduo; (h) a perturbação não é atribuída efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de outra condição médica (APA, 2012).

A modalidade de tratamento que evidencia maior eficácia para o transtorno é a terapia cognitivo-comportamental (TCC), sendo a TCC focada no trauma, a inoculação de estresse, a terapia cognitiva e a terapia de exposição as intervenções mais efetivas (Bisson & Andrew, 2012; Mendes, Melo, Ventura, Passarela & Mari, 2008). A exposição, apesar de ser considerada eficaz no tratamento do transtorno (Bradley, Greene, Russ, Dutra, & Westen, 2005; DeRubeis & Crits-Cristoph, 1998; Seidler & Wagner, 2006; Van Etten & Taylor, 1998), é criticada por alguns autores que relatam que não é completa, pois apesar de reduzir o medo, não contempla outras emoções e cognições que podem acompanhar o TEPT, como por exemplo, sentimentos de vergonha e culpa (Frueh, Turner, Beidel, Mirabella, & Jones, 1996; Grey, Holmes & Brewin, 2001; Grey, Young & Holmes, 2002; Grunert, Weis, Smucker, & Christianson, 2007; Pitman, Lowenhagen, Macklin & Altman, 1991; Smucker, Dancu, Foa, & Niederee, 1995).

## Imagens Mentais e Sintomatologia Pós-Traumática

Recentemente estão sendo estudadas técnicas na abordagem da TCC para o TEPT que fazem uso das imagens mentais como recurso terapêutico. As imagens são muito características no TEPT, e podem ser evocadas a partir das emoções mais intensas do evento traumático, por meio de “flashbacks” (Holmes & Mathews, 2010). As imagens mentais, de maneira geral, envolvem mais emoções do que as representações verbais. Assim, estas acabam sendo mais aceitas como reais e, conseqüentemente, acarretam comportamentos associados (Hackmann, 2011).

As imagens mentais decorrem de memórias súbitas de eventos passados que invadem a consciência do indivíduo, podendo envolver diversas modalidades sensoriais, incluindo sentimentos e sensações corporais (Holmes & Mathews, 2010). Existem diferentes maneiras em que as imagens podem ser evocadas. Quando o indivíduo entra em contato com algum estímulo que remeta a uma memória anterior este é captado, ativando receptores sensoriais. Em conseqüência deste estímulo, uma memória episódica –manifestada por imagens– é evocada. Por se tratar de uma memória de imagens, há uma carga emocional associada e que é relacionada ao episódio original. Esta maneira de acionar imagens ocorre de forma intrusiva e é característica no TEPT (Holmes & Mathews, 2010).

O processamento da informação emocional do episódio original e da memória por meio de imagens acontece de forma bastante semelhante (Holmes & Mathews, 2010). Desta forma, no caso do TEPT, o indivíduo pode reviver um evento traumático por meio de imagens de maneira a perpetuar seu sofrimento, causando uma sensação de ameaça tão intensa quanto no episódio original (Ventura, Pedrozo, Figueira & Caminha, 2011). Além disso, as imagens também podem ocasionar mudanças relacionadas à autopercepção do indivíduo (Holmes & Mathews, 2010). No TEPT, isto pode ser ilustrado a partir da avaliação negativa sobre si mesmo, que faz com que os sintomas do transtorno predominem. Há uma correlação entre as avaliações negativas e a ansiedade. Uma relação

paradoxal é estabelecida, pois para diminuir a ansiedade, o indivíduo adota estratégias de evitação, o que acarreta no aumento dos sintomas de reexperiência e fortalece as avaliações negativas a seu respeito (Ventura et al., 2011).

As imagens mentais são geralmente descritas como se estivessem sendo percebidas diretamente dos próprios olhos do indivíduo –neste caso, são definidas como “campo” ou perspectiva de “primeira pessoa”. Entretanto, algumas vezes, o indivíduo tem a percepção como se estivesse incluído em sua própria imagem– nesta perspectiva, define-se como “observador” ou “terceira pessoa”. Estas duas perspectivas de imagem surgem de formas diferentes e têm conseqüências também diferentes. Por exemplo, as memórias recentes são geralmente descritas como sendo vistas a partir da perspectiva de campo, enquanto as memórias mais distantes geralmente são descritas a partir da perspectiva do observador (Holmes & Mathews, 2010). Em suma, muitos transtornos emocionais estão associados com relatos de repetidas imagens mentais de eventos aversivos que parecem invadir a consciência involuntariamente quando estimulados por situações “gatilho” (Holmes & Mathews, 2010). Além disso, as imagens mentais podem ser utilizadas para modificação de imagens negativas, que podem ser reelaboradas não somente de forma verbal, mas por meio da apresentação de alternativas positivas, reestruturando as imagens negativas pré-existent (como, por exemplo, em *flashbacks* do evento traumático) (Hackmann, 2011). Uma das principais razões para se pensar que a imagem mental é fundamental em psicopatologia é o seu forte impacto na emoção. Esse impacto pode tanto causar aflição e contribuir para a manutenção de transtornos mentais como também ser utilizado de forma a contribuir no tratamento (Holmes & Mathews, 2010).

Assim, alguns estudos tem demonstrado uma maneira diferente na utilização das imagens mentais presentes no TEPT, que ocorre através de sugestões de imagens positivas ao evento traumático, podendo ser denominada como “reestruturação de imagens”. Um dos principais pontos positivos desta técnica é a diminuição do índice de desistência do tratamento, já que o sofrimento durante as

sessões é menos intenso quando comparado à exposição imaginária, onde o indivíduo é exposto ao evento traumático repetidamente (Arntz, Tiesema & Kindt, 2007; Cook et al., 2010; Forbes, Phelps & McHugh, 2001; Grunert et al., 2007; Harb, Cook, Gehrman, Gamble & Ross, 2009; Krakow et. al., 2001; Swanson, Favorite, Horn & Arnedt, 2009; Thünker & Pietrowsky, 2012). A reestruturação de imagens combina o forte impacto das imagens mentais relacionadas ao trauma com enfoque nos aspectos positivos dessas imagens (Holmes, Arntz, & Smucker, 2007), podendo ser uma alternativa menos ansiogênica para o tratamento do TEPT.

Considerando que um dos principais sintomas do TEPT é a revivência da situação traumática - que pode ocorrer por meio de imagens mentais, o objetivo deste estudo é revisar de forma sistemática os efeitos do uso de imagens mentais como um recurso da TCC para o TEPT.

## Método

Realizou-se uma revisão sistemática, sendo os descritores selecionados: “Post-traumatic Stress Disorder”, “Posttraumatic Stress Disorder” e “PTSD” para Transtorno de Estresse Pós-Traumático; “Mental Imagery”, “Mental Images”, “Imagery”, “Images” para Imagens Mentais e “Cognitive-Behavior Therapy”, “Cognitive Behavior

Therapy”, “CBT” e “Cognitive Therapy” para Terapia Cognitiva. As bases de dados utilizadas foram PubMed, PsycNet e Web of Science.

Os critérios de inclusão foram: (a) estudos que contemplassem os três eixos temáticos deste trabalho (sintomatologia pós-traumática, TCC e imagens mentais) de forma que estes estivessem associados; (b) estudos realizados entre o mês de janeiro de 2000 até o mês de julho de 2012; (c) estudos empíricos de natureza quantitativa; (d) estudos com amostra populacional entre 18 e 70 anos. Estudos em que a análise de dados foi realizada qualitativamente e/ou que na amostra continham pacientes com comorbidades com transtornos psíquicos e/ou transtornos neurológicos foram excluídos deste estudo.

As buscas realizadas nas três bases de dados foram analisadas de forma independente pelas autoras do estudo. Os achados de cada autora foram confrontados e, nos casos de desacordo, a inclusão ou exclusão foi decidida por um terceiro avaliador (TL). A figura 1 ilustra as etapas de busca e seleção de artigos deste estudo.

## Resultados

A partir da leitura dos artigos foi elaborada uma síntese ilustrada na tabela 1. As amostras dos oito estudos encontrados contemplam: um grupo de

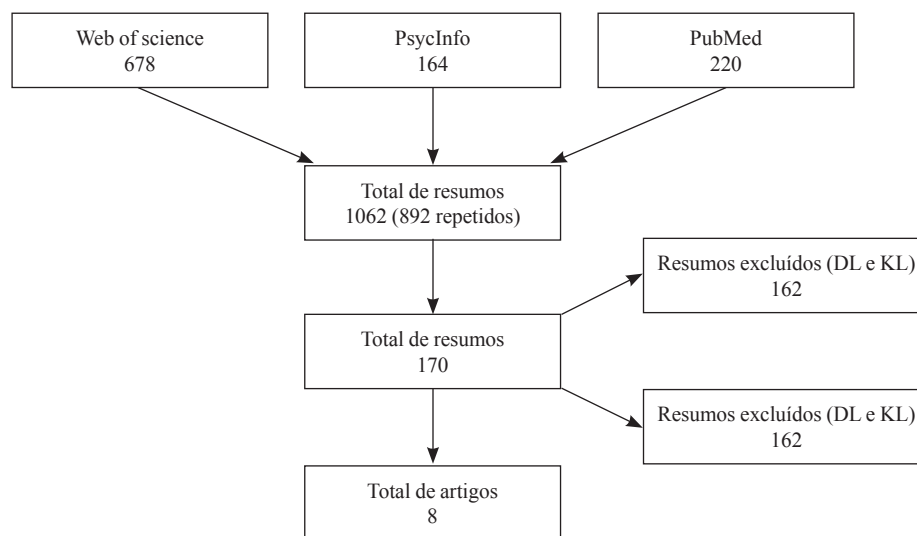


Figura 1. Fluxograma das etapas de busca e seleção dos artigos

Tabela 1  
Caracterização dos Estudos

Estudo	Amostra	Intervenção	Medidas e instrumentos	Resultados
Arntz et al., 2007	67 sujeitos de ambos os sexos com TEPT (Grupo controle: 17 sujeitos de ambos os sexos com TEPT que não receberam intervenção - lista de espera).	10 sessões de terapia individual. Sessão 1 (duração de 1 hora): Psicoeducação sobre TEPT e informações sobre o tratamento. Sessões 2 a 4 (duração de 1 hora e 30 minutos): Exposição imaginária. Sessões 5 a 10 (duração de 1 hora e 30 minutos): IRC.	SCID-IV; PSS-SR; FQ; AEX; ZECV; SCL-90.	ns
Cook et al., 2010	61 homens veteranos de guerra com TEPT (Grupo controle: 63 homens veteranos de guerra com TEPT com intervenção para manejo do sono e pesadelos).	6 sessões de 1 hora e 30 minutos de terapia grupal.	PSQI; CAPS; SCID-IV-P; NFQ; NES; PSQI-A; PCL-M; BDI; 36-ISFHS.	ns
Forbes et al., 2001	12 homens veteranos de guerra com TEPT.	6 sessões de 1 hora e 30 minutos de terapia grupal.	CAPS; SCL-90-R; IES-R; BDI; BAI.	Pré e pós-tratamento GE GSI (SCL-90-R): $F$ (global)=4.2*; Effect size=.4. IES-R (total): $F$ (global)=4.8*; Effect size: .8.
Grunert et al., 2007	23 sujeitos de ambos os sexos vítimas de acidente de trabalho com TEPT.	6 a 15 sessões.	IES; BDI; STAI; SUDS; DS-WAIS-R.	Pré e pós-tratamento GE IES-Avoidance: $F$ (3, 66)=58.23**; $d$ =1.35. IES-Intrusion: $F$ (3, 66)=79.12**; $d$ =1.92. STAI-S: $F$ (3, 66)=67.90**; $d$ =0.94. STAI-T: $F$ (3, 66)=34.61**; $d$ =0.58.
Harb et al., 2009	11 homens veteranos de guerra com TEPT.	7 a 8 sessões de terapia individual. Sessões 1 a 3: Psicoeducação sobre TEPT, sono e pesadelos; Relaxamento muscular progressivo e TCC padrão para insônia. Educação sobre higiene do sono e controle de estímulos. Sessões 4 a 8: IRC.	CAPS; NFQ; PSQI; PCL-M.	Pré e pós-tratamento GE CAPS: $t$ (6)=1.11; $d$ =0.49. NFQ: $t$ (6)=0.62; $d$ =0.36. PSQI: $t$ (6)=1.30; $d$ =0.51. PCL-M: $t$ (6)=2.25; $d$ =0.38.

Continúa



Estudo	Amostra	Intervenção	Medidas e instrumentos	Resultados
Krakow et al., 2001	54 mulheres vítimas de abuso sexual com sintomas de TEPT (Grupo controle: 60 mulheres vítimas de abuso sexual com sintomas de TEPT que não receberam intervenção - lista de espera).	3 sessões de terapia grupal. Sessões 1 e 2 (duração de 3 horas cada): Psicoeducação sobre pesadelos, exercícios com imagens, instruções e prática da técnica IRT. Sessão 3 (duração de 1 hora): Discussão sobre a técnica e fechamento).	NFQ; PSQI; CAPS; PSS; NES; NDQ; PSQI-A; HAD; SF-36.	Pós-tratamento GE x GC NFQ: (noites de pesadelo por semana): GE: $d=1.24$ ; GC: $d=0.20$ ; $F=32.31^{**}$ . NFQ (nº de pesadelos por semana): GE: $d=0.85$ ; GC: $d=-0.12$ ; $F=16.82^{**}$ .
Swanson et al., 2009	10 homens veteranos de guerra com TEPT.	10 sessões de 1 hora e 30 minutos de terapia grupal. Sessões 1 a 5: Componentes de TCC para insônia, reestruturação cognitiva e relaxamento. Sessões 6, 7 e 8: RT. Sessões 9 e 10: RT e prevenção de recaída.	PSQI; ISI; PDS.	Pré e pós-tratamento PSQI: $Z=-2.44^*$ ; $d=0.73$ . ISI: $Z: -2.67^*$ ; $d=1.70$ . PDS: ns.
Thünker et al., 2012	14 sujeitos de ambos os sexos com TEPT (Grupo controle: 12 sujeitos de ambos os sexos com TEPT com intervenção somente para trauma).	8 sessões de 50 minutos (O estudo não informa se eram individuais ou grupais). Sessão 1: Informações sobre a técnica IRT e gravação dos pesadelos durante as intervenções realizadas. Sessão 2: Gravação de uma técnica de relaxamento durante a sessão. Tarefa de casa: escutar a gravação. Sessões 3 a 8: IRT.	Escala Likert de 7 pontos (melhoria global após término do tratamento); BDI.	ns

Note.  $p<.05$ ;  $**p<.001$ .

ns: não significativo.

IR: Imagery Rehearsal; IRc: Imagery Rescripting; IRT: Imagery Rehearsal Therapy; RT: Rescripting Therapy.

GE: Grupo Experimental; GC: Grupo Controle.

AEX: Anger Expression Scale; BAI: Beck Anxiety Inventory; BDI: Beck Depression Inventory; CAPS: Clinician-Administered PTSD Scale; DS-WAIS-R: Digit Span subtest of the WAIS-R; FQ: Fear Questionnaire; HAD: Hamilton Anxiety and Depression scales; IES: Impact of Event Scale; IES-R: Impact of Events Scale-Revised; ISI: Insomnia Severity Index; NDQ: Nightmare Distress Questionnaire; NES: Nightmare Effects Survey; NFQ: Nightmare Frequency Questionnaire; PCL-M: PTSD Checklist-Military; PDS: Posttraumatic Diagnostic Scale; PSQI: Pittsburgh Sleep Quality Index; PSQI-A: Pittsburgh Sleep Quality Index-Addendum (PTSD related sleep symptoms); PSS: PTSD Symptom Scale; PSS-SR: PTSD Symptom Scale-Self-rating; SCID-IV-P: Structured Clinical Interview for DSM-IV-P; Patient Version; SCL-90: Hostility Subscale of Symptom Checklist-90; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised; STAI: State-Trait Anxiety Inventory; SUDS: Subjective Units of Distress; ZECV: Zelfexpressie en controle vragenlijst; 36-ISFHS: 36-Item Short Form Health Survey.

mulheres vítimas de abuso sexual com sintomatologia pós-traumática (Krakow et al., 2001), dois grupos de pacientes com diagnóstico de TEPT com diferentes tipos de trauma (Arntz, 2007; Thünker, 2012); um grupo de vítimas –de ambos os sexos– de acidente de trabalho com TEPT (Grunert et al., 2007), e quatro grupos de veteranos de guerra com TEPT (Cook et al., 2010; Forbes, 2001; Harb, 2009; Swanson, 2009). Os efeitos das intervenções realizadas foram avaliados através da comparação entre pré e pós tratamento em quatro dos estudos (Forbes et al., 2001; Grunert et al., 2007; Harb et al., 2009; Swanson et al., 2009). Os demais estudos avaliaram os efeitos comparando grupos experimentais com grupos controles, considerando que o grupo controle de dois destes estudos tinham o mesmo diagnóstico do grupo experimental, porém não receberam intervenção terapêutica (Arntz et al., 2007; Krakow et al., 2001) e o grupo controle dos dois outros estudos receberam intervenções terapêuticas diferentes do grupo experimental (Cook et al., 2010; Thünker & Pietrowsky, 2012).

Dentre os domínios contemplados nas avaliações dos pacientes, os mensurados com maior frequência foram o de qualidade do sono e o de sintomas de TEPT. Os instrumentos mais utilizados para avaliar o primeiro domínio foram o *Nightmare Frequency Questionnaire (NFQ)*, que avalia noites com pesadelos por unidade de tempo (por semana e por mês, por exemplo) e atual número de pesadelos, utilizado em três estudos (Cook et al., 2010; Harb et al., 2009; Krakow et al., 2001) e o *Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)*, que avalia a qualidade e distúrbios do sono durante o último mês, utilizado em quatro estudos (Cook et al., 2010; Harb et al., 2009; Krakow et al., 2001; Swanson et al., 2009). No domínio de sintomas de TEPT, o instrumento mais utilizado foi o *Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS)*, que avalia a frequência e a intensidade de sintomas de TEPT durante os últimos meses, utilizado em quatro estudos (Cook et al., 2010; Forbes et al., 2001; Harb, et al., 2009; Krakow et al., 2001).

As intervenções dos grupos experimentais apresentaram diferença estatística significativa em cinco dos estudos (Forbes et al., 2001; Grunert, et al.,

2007; Harb et al., 2009; Krakow et al., 2001; Swanson et al., 2009) e não apresentaram diferença estatística significativa em três dos estudos (Arntz et al., 2007; Cook et al., 2010; Thünker & Pietrowsky, 2012). Dentre os estudos que não apresentaram diferença estatística significativa, um estudo não apresentou como a técnica de reestruturação de imagens (*Imagery Rehearsal*) foi conduzida. O grupo experimental deste estudo foi comparado a um grupo controle que recebeu intervenção de manejo de sono e pesadelos, e os autores fazem a ressalva de que outros estudos que utilizaram a mesma técnica e tiveram diferença estatística significativa tinham como grupo controle a lista de espera (grupo sem intervenção terapêutica) (Cook et al., 2010); Outro estudo que não apresenta diferença estatística significativa relata que em alguns dos aspectos avaliados no próprio grupo experimental (pré e pós-tratamento) houve diferença estatística, mas em relação ao grupo controle (grupo com intervenção apenas para trauma) não houve diferença estatística significativa (Thünker & Pietrowsky, 2012); O terceiro estudo cujo resultado não foi significativo teve como objetivo avaliar se a exposição imaginária acrescida da técnica de reestruturação de imagens (*Imagery Rescripting*) era mais efetiva do que apenas a exposição imaginária. Ambos os grupos tiveram resultados significativos, entretanto, o grupo com a técnica de reestruturação de imagens não foi mais efetivo comparado ao grupo sem a utilização da técnica. Além disso, o grupo que recebeu a intervenção de reestruturação de imagens (*Imagery Rescripting*) apresentou menos desistências ao longo do tratamento (Arntz, et al., 2007). As técnicas de reestruturação de imagens (ilustradas na tabela 2) foram nomeadas de maneiras distintas, entretanto, embora houvesse algumas diferenças, a estrutura da técnica foi bastante similar em todos os grupos experimentais que a descreveram. A escolha de um pesadelo ou memória ansiogênicos oriundos do trauma, seguidos da modificação de elementos aversivos para outros menos estressantes e o treino da imaginação do pesadelo ou da memória modificados por repetidas vezes em sessão e/ou em casa foram procedimentos comuns a todos os estudos (Arntz et al., 2007; Cook et al., 2010; Forbes et



al., 2001; Grunert, et al., 2007; Harb et al., 2009; Krakow et al., 2001; Swanson et al., 2009; Thünker & Pietrowsky, 2012).

### Discussão

A partir dos resultados deste estudo, evidencia-se que apesar da temática ainda ser pouco explorada –e esta revisão contemplar apenas oito artigos– a técnica de reestruturação de imagens mostrou-se efetiva em mais da metade dos estudos. As técnicas de reestruturação de imagens podem ser utilizadas

no tratamento da sintomatologia pós-traumática com pacientes que não demonstraram melhora somente com a exposição imaginária tradicional. Em um dos estudos apresentados nesta revisão, a amostra contemplava 23 pacientes que não apresentaram melhora de sintomas de TEPT somente com a exposição imaginária, e após a aplicação da técnica de reestruturação de imagens (*Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy*), 18 dos 23 pacientes apresentaram recuperação completa de sintomas de TEPT (Grunert, et al., 2007). Além disso, a modificação da cognição em relação ao evento

Tabela 2  
*Técnicas de Reestruturação de Imagens*

Estudo	Técnica	Descrição da técnica
Arntz et al., 2007	IRc	Discutir sobre as reações que os pacientes gostariam de ter demonstrado no momento do trauma; exposição aos momentos mais difíceis do evento traumático; imaginar as reações que gostariam de ter apresentado durante o evento traumático.
Cook et al., 2010	IR	O estudo não descreve como a técnica foi utilizada.
Forbes et al., 2001	IR	Escolher pesadelo mais ansiogênico; escrever detalhes do pesadelo e ler para o grupo; discutir em grupo potenciais mudanças nos pesadelos; selecionar uma alteração para aplicara o pesadelo; reescrever e ler o pesadelo para o grupo. Tarefa de casa: imaginar sonho modificado todas as noites.
Grunert et al., 2007	IRRT	Exposição de imagens e revivenciar memória traumática; repetir exposição de imagens até chegar ao nível máximo da Escala SUDS; imaginar “eu sobrevivente” apoiando o “eu traumatizado” na cena do evento traumático; verbalizar experiência da reelaboração de imagens. Tarefa de casa: ouvir as sessões de IRRT diariamente.
Harb et al., 2009	IR	Escrever pesadelo mais ansiogênico; buscar potenciais mudanças para o conteúdo dos pesadelos; terapeuta sugere mudanças específicas para o pesadelo; reescrever o novo sonho. Tarefa de casa: imaginar o novo sonho todas as noites, seguido de relaxamento muscular progressivo.
Krakow et al., 2001	IRT	Escrever pesadelo mais ansiogênico; reescrever o pesadelo realizando as modificações desejadas; imaginar o pesadelo modificado diversas vezes (de 10 a 15min); descrever como era o pesadelo antes e após a modificação e como foi feita a mudança dos conteúdos durante a reelaboração. Tarefa de casa: repetir novo sonho de 5 a 20 minutos por dia.
Swanson et al., 2009	RT	Escrever e ler alto a descrição do pior pesadelo; escutar as gravações de áudio dos pesadelos reescritos; identificar temas comuns nos pesadelos; ouvir e ler em voz alta (simultaneamente) o pesadelo reescrito. Tarefa de casa: ouvir os pesadelos reescritos todas as noites, seguido de um exercício de relaxamento.
Thünker et al., 2012	IRT	Imaginar cenas neutras e acrescentar possíveis modificações; praticar exercícios de imagens com cd de áudio; reconstruir e modificar pesadelos; identificar elementos aversivos do pesadelo; substituir elementos aversivos do pesadelo por elementos menos estressantes; imaginar o sonho modificado repetidamente. Tarefa de casa: praticar diariamente sonho modificado.

Note. IR: Imagery Rehearsal; IRc: Imagery Rescripting; IRT: Imagery Rehearsal Therapy; IRRT: Imagery Rescripting and Reprocessing Therapy; RT: Rescripting Therapy.

traumático torna as lembranças do indivíduo menos ansiogênicas, o que pode influenciar na aderência ao tratamento (Hagenaars & Arntz, 2012).

Muitas teorias sobre trauma hipotetizam que eventos traumáticos produzem mudanças nos pensamentos e crenças da vítima (Epstein, 1991; Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992; McCann & Pearlman, 1990; Resick & Schnicke, 1992). Essas mudanças podem exercer um papel importante na resposta ao evento traumático, e são denominadas cognições pós-traumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tolin, & Orsillo, 1999). Alguns modelos cognitivos do TEPT sustentam que as cognições pós-traumáticas podem ser mediadoras dos sintomas de TEPT inicial e crônico (Ehlers & Clark, 2000; Foa & Rothbaum, 2001). Dessa forma, a reestruturação de imagens pode ser um componente importante no tratamento do TEPT por propor uma modificação na cena traumática, levando a mudanças nos pensamentos e crenças do indivíduo. Essa intervenção foi utilizada em sete dos oito estudos para o tratamento de pesadelos, o que expressa o quanto vem sendo focada no âmbito dos pesadelos e não em outras formas de revivência da memória traumática. Thünker & Pietrowsky (2012) afirmam que a terapia baseada na reestruturação de imagens (*Imagery Rehearsal Therapy*) é eficaz no tratamento de pesadelos em um amplo espectro de pacientes, principalmente os que apresentam TEPT.

Algumas limitações podem ser apontadas. As técnicas de reestruturação de imagens encontradas nessa revisão, apesar de serem utilizadas de maneira bastante similar entre si, receberam diferentes denominações, o que aponta para a necessidade de uma padronização da nomenclatura utilizada. Apenas dois dos oito estudos analisados nesta revisão apresentaram grupo controle com alguma outra forma de intervenção (Cook et al., 2010; Thünker & Pietrowsky, 2012), os quais não apresentaram diferença estatística significativa. Outros dois estudos compararam os resultados do grupo experimental com pacientes da lista de espera (Arntz et al., 2007; Krakow et al., 2001) e os quatro estudos restantes utilizaram apenas os resultados das avaliações pré e pós-tratamento no grupo experimental, não apresentando grupo controle (Forbes et al., 2001;

Grunert et al., 2007; Harb et al., 2009; Swanson et al., 2009). Os dados aqui encontrados demonstram que novos estudos que apresentem um grupo experimental comparado a grupos controles com outras formas de intervenção são necessários para que se possam tirar conclusões mais fidedignas a respeito da técnica. Outro fator limitador é o tipo e tamanho das amostras dos estudos. Mais da metade dos estudos contemplava uma amostra de 10 a 23 sujeitos (Forbes et al., 2001; Grunert et al., 2007; Harb et al., 2009; Swanson et al., 2009; Thünker & Pietrowsky, 2012), e metade dos estudos apresentava uma amostra composta por veteranos de guerra (Cook et al., 2010; Forbes et al., 2001; Harb et al., 2009; Swanson et al., 2009), indicando a importância de novos estudos com amostras maiores e que apresentem diferentes tipos de trauma.

## Referências

- American Psychiatric Association (2012). *DSM-5 Development*. Available <http://www.dsm5.org>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (4ª. Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Arntz, A., Tiesema, M., & Kindt, M. (2007). Treatment of PTSD: A comparison of imaginal exposure with and without imagery rescripting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 345-370. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.10.006
- Bisson J., & Andrew M. (2005). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub2
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214-227. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.214
- Breslau N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., & Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community. The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632. doi:10.1001/archpsyc.55.7.626
- Cook, J. M., Harb, G. C., Gehrman, P. R., Cary, M. S., Gamble, G. M., Forbes, D., & Ross, R. J. (2010).

- Imagery rehearsal for posttraumatic nightmares: a randomized controlled trial. *Journal of traumatic stress*, 23(5), 553-563. doi: 10.1002/jts.20569
- DeRubeis, R. J., & Crits-Christoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 37-52. doi: 10.1037/0022-006x.66.1.37
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00123-0
- Epstein, S. (1991). Impulse control and self-destructive behavior. In L. P. Lipsitt & L. L. Mitick (Eds.), *Self-regulatory behavior and risk-taking: Causes and consequences* (pp. 273-284). Norwood, NJ: Ablex.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): development and validation. *Psychological assessment*, 11(3), 303. doi: 10.1037/1040-3590.11.3.303
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (2001). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Forbes, D., Phelps, A., & McHugh, T. (2001). Treatment of combat-related nightmares using imagery rehearsal: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14(2), 433-442. doi: 10.1023/A:1011133422340
- Frueth, B. C., Turner, S. M., Beidel, D. C., Mirabella, R. F., & Jones, W. J. (1996). Trauma management therapy: A preliminary evaluation of a multicomponent behavioral treatment for chronic combat-related PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 34(7), 533-543. doi: 10.1016/0005-7967(96)00020-4
- Grey, N., Holmes, E., & Brewin, C. R. (2001). Peritraumatic emotional "hot spots" in memory. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 367-372. doi:10.1017/S1352465801003095
- Grey, N., Young, K., & Holmes, E. (2002). Cognitive restructuring within reliving: A treatment for peritraumatic emotional hotspots in post traumatic stress disorder. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 30(1), 37-56. doi:10.1017/S1352465802001054
- Grunert, B. K., Weis, J. M., Smucker, M. R., & Christianson H. F. (2007). Imagery rescripting and reprocessing therapy after failed prolonged exposure for post-traumatic stress disorder following industrial injury. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 38(4), 317-328. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.10.005
- Hackmann, A. (2011). Imagery rescripting in post-traumatic stress disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 424-432. doi: 10.1016/j.cbpra.2010.06.006
- Hagenaars, M. A., & Arntz, A. (2012). Reduced intrusion development after post-trauma imagery rescripting; an experimental study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 43(2), 808-814.
- Harb, G. C., Cook, J. M., Gehrman, P. R., Gamble, G. M., & Ross, R. J. (2009). Post-traumatic stress disorder nightmares and sleep disturbance in Iraq war veterans: A feasible and promising treatment combination. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18(5), 516-531. doi: 10.1080/10926770903035150
- Holmes, E. A., Arntz, A., & Smucker, M. R. (2007). Imagery rescripting in cognitive behaviour therapy: Images, treatment techniques and outcomes. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 38(4), 297-305.
- Holmes, E. A. & Mathews A. (2010). Mental imagery in emotion and emotional disorders. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 349-362. doi: 10.1016/j.cpr.2010.01.001
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a New Psychology of Trauma*. New York: Free Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593

- Krakov, B., Hollifield, M., Johnston, L., Koss, M., Schrader, R., Warner, T. D., ...Prince, H. (2001). Imagery rehearsal therapy for chronic nightmares in sexual assault survivors with posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of the American Medical Association*, 286(5), 537-545. doi:10.1001/jama.286.5.537
- McCann I. L., & Pearlman, L. A. (1990). *Psychological trauma and the adult survivor: Theory, therapy, and transformation*. New York: Brunner/Mazel.
- Mendes, D. D., Mello, M. F., Ventura, P., Passarela, C. M., & Mari, J. J. (2008). A systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 241-59.
- Pitman, R. K., Orr, S. P. Lowenhagen, M. J. Macklin M. L., & Altman, B. (1991). Pre-Vietnam contents of posttraumatic stress disorder veterans' service medical and personnel records. *Comprehensive Psychiatry*, 32(5), 416-422. doi: 10.1016/0010-440X(91)90018-8
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park: Sage.
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused Cognitive-Behavioral Therapy in the Treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36, 1515-1522. doi: 10.1017/S0033291706007963
- Smucker, M. R., Dancu, C., Foa, E. B., & Niederee, J. L. (1995). Imagery rescripting: A new treatment for survivors of childhood sexual abuse suffering from posttraumatic stress. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9(1), 3-17.
- Swanson, L. M., Favorite, T. K., Horin, E. & Arnedt, J. T. (2009). A combined group treatment for nightmares and insomnia in combat veterans: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 639-642. doi: 10.1002/jts.20468
- Thünker, J., & Pietrowsky, R. (2012). Effectiveness of a manualized imagery rehearsal therapy for patients suffering from nightmare disorders with and without a comorbidity of depression or PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 558-564. doi: 10.1016/j.brat.2012.05.006
- Van Etten, M., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Ventura, P. R., Pedrozo, A. L., Figueira, I., & Caminha, R. (2011). *Transtorno de estresse pós-traumático*. In: Bernard Rangé. *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre: Artmed.

**Recebido em: 23 de setembro de 2013**  
**Aprovado em: 1 de abril de 2014**

