



Daniel Maria Bugalho Rijo
Julho, 2009

ESQUEMAS MAL-ADAPTATIVOS PRECOCES

Validação do conceito e dos métodos de avaliação

Daniel Maria Bugalho Rijo
Julho, 2009

ESQUEMAS MAL-ADAPTATIVOS PRECOCES

Validação do conceito e dos métodos de avaliação

Dissertação de Doutoramento em Psicologia, na área de especialização em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, sob orientação do Professor Doutor José Augusto da Veiga Pinto de Gouveia

Os estudos desta dissertação foram realizados no âmbito do projecto *Estruturas cognitivas nucleares, psicopatologia sintomática e perturbações da personalidade*, financiado pela FCT (POCI/PSI/60954/2004) e concluído em 2008.

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR

Ilustração da capa: O “quente” e o “frio” das memórias
Guache sobre papel
Dinis Mota, 2009

Design gráfico e layout: José Joaquim Marques Costa

Aos meus pais

*Se partires um dia rumo a Ítaca,
Faz votos de que o caminho seja longo,
Repleto de aventuras, repleto de saber.
Nem lestiões, nem ciclopes,
Nem o colérico Poseídon te intimidem!
No teu caminho jamais os encontrarás,
Se altivo for teu pensamento,
Se subtil emoção o teu corpo e o teu espírito tocar.
(...)
Tem todo o tempo Ítaca na mente.
Estás predestinado a ali chegar.
Mas não apresses a viagem nunca.
Melhor será muitos anos levars de jornada
E fundeares na ilha velho enfim,
Rico de quanto ganhaste no caminho
Sem esperar riquezas que Ítaca te desse.*

*Uma bela viagem deu-te Ítaca.
Sem ela não te punhas a caminho.
Mais do que isso não lhe cumpre dar-te.
Ítaca não te iludiu.*

*Se a achas pobre.
Tu te tornaste sábio, um homem de experiência.
E, agora, sabes o que significam Ítacas.*

Konstandinos Kavafis (1863-1933)

Preâmbulo

A viagem que precede a escrita destas linhas terá sido, porventura, *un pó troppo* longa mas, e registo-o com satisfação, foi cheia de aventuras, cheia de saber(es). Não concebo quem hoje sou fora do percurso que fiz nesta Academia e nesta Universidade, também porque aqui vivi mais de metade dos anos que já pude contar. Um trabalho desta natureza, e as exigências que nos auto-impomos nesta tarefa, quando já se possui a experiência de 14 anos de carreira académica, fazem dela um marco pessoal e dificilmente lidaria com ela sem algum desconforto. Creio que foi bem menos que o que antecipava e numa proporção justa, tendo em conta os pequenos êxtases que me permitiu experimentar. Por muito que uma tese tenha de trabalho solitário, poucas vezes me senti desacompanhado neste processo. O amparo, a orientação, o afecto e a companhia, devo-os, felizmente, a várias pessoas. Todas foram importantes para mim, certamente em diferentes registos, distâncias, tempos e afectos. Mas todas estão na minha vida de uma ou outra forma e, mesmo sem darem conta, foram companheiros de viagem. Sinto-me profundamente grato por tê-los tido comigo.

O meu primeiro agradecimento é ao Professor Doutor José Pinto Gouveia, que foi bastante mais que o orientador desta tese. Lembro-me bem de quem deu o pontapé de saída para esta aventura e teve a ideia original de fazer um questionário de activação de esquemas. Lembro-me também de uma viagem em que o acompanhei à Universidade do Minho para assistir a um *workshop* que dinamizou sobre Perturbações da Personalidade em 1994. Nessa altura, sendo eu estagiário do Professor nos H.U.C., o início do meu fascínio pelas Perturbações da Personalidade deveu-se muito a si, ao entusiasmo com que apresentava e discutia os casos mais difíceis, incentivando esforços de intervenção em doentes que eram rejeitados por muitos técnicos e serviços de saúde, tendo em conta a baixa resposta ao tratamento que costumam apresentar. Nesse ano, a equipa do Prof.

Pinto Gouveia organizou também um curso intensivo com Jeffrey Young, em Coimbra. Tive oportunidade de contactar de perto não só com o modelo, como também com o autor, porque me incluíram na organização. Passaram 15 anos.... A minha aprendizagem consigo tem passado por momentos formais e informais e, curiosamente, não sei hierarquizar-los quanto à importância que para mim tiveram. Talvez porque me deixa muitas vezes a pensar na vida e na natureza humana, quando saímos dos figurinos conceptuais da ciência tal como ela é actualmente entendida e viajamos por registos metafóricos menos estreitos, mas não menos adequados para falarmos das pessoas. Tenho aprendido muita coisa consigo, desde a metodologia, ao rigor, à exigência, à perseverança, à estratégia.... Mas se lhe pudesse agradecer apenas dois ensinamentos que, mais do que competências profissionais, influenciaram definitivamente a qualidade da minha vida, escolheria dois marcos: o interesse genuíno pelo outro (a que agora também chamamos compaixão) e “a experiência do novo”. Quero ainda agradecer-lhe a confiança que sinto que deposita em mim e a tolerância para com o meu modo de (des)organização pessoal.

Sem Jeffrey Young, não haveria o modelo da Terapia Focada nos Esquemas, porventura não existiria a taxonomia de Esquemas Mal-adaptativos Precoces e os estudos que aqui se apresentam não teriam sido feitos. No entanto, para além do contributo que deu para a psicoterapia dos doentes difíceis, quero agradecer-lhe o apoio e atenção com que sempre acarinhou este trabalho. Teve conhecimento dele desde o início e sempre manifestou particular interesse e curiosidade pelo mesmo, quer divulgando-o em encontros científicos, quer discutindo comigo alguns dos passos importantes do desenvolvimento do IAECA. Por toda a disponibilidade, bem como pela confiança depositada em mim, estou-lhe muito grato.

A excelente parceria com a Cláudia Figueiredo foi a grande descoberta da fase final deste trabalho. Interlocutora ideal para as discussões metodológicas e opções acerca dos métodos estatísticos mais adequados, permitiu que os estudos finais aqui apresentados tivessem um rigor metodológico e estatístico que dificilmente teriam sem a sua ajuda e saber. Senti que o interesse era muitas vezes genuíno e o entusiasmo partilhado. Agradeço-lhe a enorme disponibilidade, a capacidade de trabalho horas seguidas, apesar do cansaço, e o esforço para se adequar aos meus *timings* e necessidades. Senti que formamos uma boa equipa na investigação. Terei muita pena se não pudermos continuar a trabalhar juntos.

A Rosário Silva foi uma presença tranquilizadora constante e não me refiro apenas à fase final de redacção da tese. É a melhor ajuda que se pode ter no dia-a-dia do trabalho, na gestão de projectos e no apoio dado na organização de todos os materiais e tarefas deste conjunto de estudos. Sempre disponível, sempre solidária e disposta a partilhar responsabilidades, libertou-me de muitas coisas para que eu tivesse mais tempo disponível para a tese. Fê-lo, muitas vezes, com prejuízo da sua vida pessoal e fora do horário de trabalho. Como se não bastasse, encorajou-me constantemente e foi muitas vezes interlocutora privilegiada nos momentos de maior frustração e cansaço. Entendemo-nos bem e sinto que é um privilégio ter tido a sua companhia em todo este processo. Estou-lhe muito grato.

Porque a Ítaca não se chega depressa, também há lugar a surpresas na viagem. O Dinis Mota foi uma das grandes descobertas dos últimos anos. Pela pessoa que é e pela ar-

te que lhe emana das mãos, sentimo-nos muitas vezes próximos na maneira de olhar o mundo e as pessoas. A partilha permitiu que entendesse claramente a “lógica” do raciocínio dos estudos da tese e a ilustração que realizou para a capa plasma no papel e nas cores de uma página o que o texto e os números dizem em muitas. Agradeço-te o empenho e o carinho que puseste na “encomenda”. O teu apoio e amizade estiveram presentes nos últimos tempos de forma redobrada. Retribuirei, agora mais livre.

O Zé Joaquim vestiu o texto da tese e adornou a capa muito ao meu agrado. O que eu, ingenuamente, entendia ser tarefa ligeira, tornou-se num projecto feito e refeito, cujo impacto vai para além do arranjo que permitiu e da facilitação da leitura. O teu empenho pessoal e o rigor com que fizeste este trabalho contribuíram para uma melhoria clara do resultado final. Os gráficos tantas vezes refeitos deixam ler os resultados de maneira mais clara. Foi muito bom contar contigo nesta fase final e é clara para mim a mais-valia que acrescentaste ao trabalho.

Um trabalho desta dimensão seria impossível de fazer sozinho, sem uma equipa mais ou menos formal a suportar a recolha dos dados. Por isso, estou imensamente grato aos meus colegas e amigos que se disponibilizaram a roubar para mim algum do seu preenchido tempo e ajudaram, facilitando a avaliação dos doentes que acompanham ou permitindo o acesso às suas instituições de trabalho, na recolha das amostras: Paula Castilho, Fernanda Duarte, Margarida Robalo, Té, Ana Melo, Paula Borralho, Andreia Jaqueta Ferreira, Paulo Nossa, Cristina Canavarro, Cláudia Ferreira, Lígia Fonseca e os MEPIS de Vila Franca de Xira e do Algarve que se mostraram solidários quando precisei de aumentar as amostras não clínicas.

A Marcela Matos e a Alexandra Dinis, enquanto bolsistas do projecto *Estruturas cognitivas nucleares, psicopatologia sintomática e perturbações da personalidade* (POCI/PSI/60954/2004), foram uma ajuda preciosa na recolha dos dados para os estudos de validação dos instrumentos e trabalharam intensamente de modo a podermos ter, no período de um ano civil, grande parte da amostra clínica devidamente avaliada e recolhida. A ambas o meu muito obrigado. No último ano lectivo, a Fernanda Duarte, a Paula Castilho e a Sofia Sampaio, foram de grande ajuda e permitiram aumentar o tamanho das amostras clínicas, procurando o maior número possível de doentes que pudessem ser avaliados.

A Carolina da Motta foi uma ajuda fundamental na elaboração dos quadros de maior dimensão e partilhou comigo muitas folhas de *outputs* do SPSS. Fez com que parte da tese tivesse sido esboçada no Brasil e mostrou-se “implacável” na tarefa hercúlea de fazer representações pictóricas das AFC. Tem sido um gosto trabalhar consigo e agradeço o grande cuidado que colocou, juntamente com a Elisabete, na revisão do texto final da tese, mesmo resistindo aos limites do sono e do cansaço e ainda que fosse o seu tempo de férias. As duas são exemplo de generosidade e disponibilidade. Estou-vos muito grato.

Vários colegas e ex-alunos se disponibilizaram desinteressadamente para a recolha de questionários da população geral e introdução informática dos dados. Sem vocês, dificilmente teria podido alcançar amostras de tamanho adequado. A todos o meu sincero obrigado: Marco Pereira, João Pedro Leitão, Pedro Belo, Rute David, Lurdes Mateus, Elisabete Bento, Marta Camacho e Inês Oliveira.

Por ter tido dispensa de serviço docente em dois anos não consecutivos, vários colegas ficaram sobrecarregados de trabalho e estive ausente variadas vezes das funções que ocupava nos Órgãos da Faculdade. Conteí sempre com a compreensão e amizade de todos e não posso deixar de me sentir agradecido por terem compreendido as ausências: Céu Salvador, Ana Paula Matos, Cristina Canavarro, António Gomes Ferreira, Margarida Pedroso de Lima e Maria Jorge Ferro. Os colegas do projecto EPIS também sentiram as minhas ausências nos últimos tempos. Quero agradecer a todos a prontidão com que se ofereceram para me substituir e ao Eng.º Diogo Simões Pereira a compreensão pelo meu afastamento. São muitos, Gestão, Guepis, Kepis e Mepis, mas senti que torciam por mim e vai ser bom voltar a estar com todos.

Quero ainda deixar marcado um sincero agradecimento à Professora Doutora Luísa Maria Almeida Morgado. Enquanto Presidente do anterior Conselho Científico e do actual, mostrou sempre um enorme respeito pelo meu trabalho na Faculdade, compreensão para com a necessidade de prorrogar os prazos e teve ainda o cuidado de me aconselhar diversas vezes com genuíno interesse em eu terminasse. Partilhou comigo a sua experiência e tranquilizou-me nos momentos em que mais precisei. Não era sua obrigação mas senti que estava a ser acarinhado. Soube francamente bem.

A Céu é talvez a mais antiga companheira de viagem... Chegámos a esta paragem em simultâneo e o seu apoio esteve sempre presente. No seu tempo que é sempre pouco, conteí sempre com ela para a revisão das versões em inglês dos instrumentos usados na tese, dos projectos, dos trabalhos a apresentar em congressos internacionais e, há pouco, ainda para a revisão da versão inglesa do resumo da tese. Não falhas! E o melhor é que a partilha ultrapassa o âmbito do trabalho.

A Luíza Lima, amiga desde há 20 anos, tem partilhado grande parte da aventura. Nos últimos meses, porque a viagem era comum, embora por rotas distintas, foi presença constante nas longas noites em que sincronizámos horários de trabalho. Senti-me acompanhado sem nunca termos trabalhado na presença física um do outro. Vou ter saudades dos teus telefonemas na pausa das 5.

Vários amigos, habituados à minha presença mais frequente, animaram as maratonas de trabalho dos últimos meses. Fizeram-me sentir vivo, mesmo quando não me arrancaram da cadeira para os concertos com que me aliciaram com convites... É bom ter-vos ao lado: Pedro Semedo, Sónia, Paulinha, Tó, Sofia, Pedro Coelho, Zé Leitão, Xé, Natal e Hugo. Sofia, nem sei como agradecer-te o apoio, a distração, os doces, as horas em que me fizeste falar com entusiasmo da tese e a companhia constante nos últimos meses. Numa alteração à nossa programação de lazer, estiveste aqui como estarias numa viagem ou num passeio em Roma: bem-disposta, amiga e sempre com um sorriso nos lábios.

Deixo para o final os primeiros. Os meus pais, os meus tios e primos, terão sido os maiores prejudicados com as minhas ausências, em grande parte devidas a este projecto. Senti sempre o apoio de todos, de diversas formas e modos. Sem vocês, não seria quem sou e não estaria rodeado, na vida, de tão bons companheiros de viagem quanto aqueles que elenquei. Sinto a falta da minha tia Maria José – acompanhou-me sempre de muito perto e gostaria muito de ter partilhado este momento consigo. Dedico este trabalho aos meus pais. O amor não se agradece.

Resumo

ESQUEMAS MAL-ADAPTATIVOS PRECOSES

Validação do conceito e dos métodos de avaliação

O principal objectivo desta dissertação é contribuir para a validação do construto de Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMP; Young, 1990), validando e comparando, entre si, duas metodologias de avaliação de EMP: o Questionário de Esquemas de Young – S3 (YSQ-S3; Young, 2005) e o Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores – Revisto (IAECA-R; Rijo e Pinto Gouveia, 2006).

O YSQ-S3 foi validado numa amostra não clínica de 1226 indivíduos. A dimensionalidade da escala foi estudada através de uma Análise Factorial Confirmatória e os resultados mostraram o bom ajustamento do modelo testado de 18 factores inter-relacionados, tendo sido apenas excluídos 6 dos 90 itens originais. O YSQ-S3 revelou possuir elevada consistência interna para o total ($\alpha = .967$) e subescalas (alfas entre $.571$ e $.861$). Foi estabelecida a validade convergente com dimensões de psicopatologia na amostra não clínica e numa amostra de 115 doentes. A escala mostrou-se sensível na discriminação entre indivíduos da população geral, doentes do Eixo I e doentes do Eixo II, revelando também boa estabilidade temporal (correlações Pearson).

O IAECA-R foi estudado numa amostra não clínica distinta da anterior ($n = 447$), e numa amostra clínica de 115 doentes. Utilizando exercícios de imaginação de situações relacionadas com os EMP como estratégia de activação, o IAECA-R avalia os EMP de Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha, Fracasso, Dependência/Incompetência Funcional, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo (utilizando os mesmos itens das subescalas correspondentes do YSQ-S3), bem como as emoções espoletadas nos exercícios de activação de cada EMP. Os 27 cenários activadores utilizados foram alvo de um estudo de validação de conteúdo por 20 peritos internacionais. O estudo da dimensionalidade da escala na amostra não clínica foi realizado através duma análise de componentes principais com rotação varimax. Uma solução imposta de 9 factores explicou 64.99% da variância total, tendo todos os itens revelado elevadas saturações factoriais nos factores teóricos correspondentes. Esta estrutura factorial foi confirmada na amostra clínica, tendo emergido uma estrutura factorial idêntica (75.43% da variância total da escala explicada). O IAECA-R revelou uma elevada consistência interna, quer para o to-

tal ($\alpha = .938$ na população geral e $\alpha = .961$ na amostra clínica), quer para as subescalas. Foi estudada a validade convergente em ambas as amostras, em relação a diversas medidas de psicopatologia, bem como a capacidade de o total e subescalas discriminarem entre indivíduos da população geral, doentes do Eixo I e doentes do Eixo II. O IAECA-R revelou possuir adequada estabilidade temporal (correlações Pearson) para o total e subescalas, com excepção da subescala de privação emocional.

O estudo da associação entre graus de semelhança dos cenários activadores com situações reais de vida, EMP e intensidade da activação emocional negativa em cada uma das subescalas do IAECA-R revelaram associações no sentido esperado entre estas variáveis, sendo que as maiores correlações foram sempre obtidas na amostra clínica. Os indivíduos com maior grau de semelhança endossado para os cenários escolhidos foram também os que experimentam maior intensidade de emoções negativas associadas a cada um dos 9 EMP. Um estudo descritivo das emoções activadas pelos cenários de cada EMP revelou a existência de distintos padrões de emoções específicas associados a cada EMP, comuns a ambas as amostras, mas com maior intensidade de activação emocional na amostra clínica. Estudos de regressão, considerando os EMP como variável critério e as 11 emoções negativas como preditores, permitiram identificar, com base no critério estatístico, qual a emoção ou emoções que mais fortemente se associam a cada EMP.

Os últimos estudos, compararam a metodologia de avaliação de EMP do YSQ-S3 com a do IAECA-R, em função dos grupos de grau de semelhança entre o cenário escolhido e situações reais de vida, numa amostra mista de 191 indivíduos (incluindo doentes e indivíduos da população geral). Os resultados mostraram que, em 7 das 9 comparações, as pontuações obtidas pelo IAECA-R foram mais elevadas que as resultantes do YSQ-S3, mas apenas para os indivíduos do grupo de alta semelhança. As duas excepções foram as comparações relativas aos EMP de Isolamento Social/Alienação e Desconfiança/Abuso (ainda assim, com valores de p próximos do limiar de significância estatística). Estes resultados sustentam a ideia de que uma metodologia de avaliação de EMP a “quente” é susceptível de incrementar o auto-conhecimento do indivíduo acerca dos seus próprios EMP. Simultaneamente, podem ser lidos como estudos de validade de construto do modelo teórico proposto por Young.

Em suma, foi validada a estrutura factorial de ambos os instrumentos estudados, explorada a relação entre EMP e emoções negativas (na qualidade e intensidade das mesmas) e testadas características definidoras dos EMP que permitiram, não só o desenvolvimento de um novo instrumento – o IAECA-R, como também a validação de pressupostos básicos do modelo conceptual da TFE.

Palavras-Chave: Esquemas Mal-adaptativos Precoces, métodos de avaliação de esquemas, esquemas e emoções, questionários de esquemas

Abstract

EARLY MALADAPTIVE SCHEMAS

Construct and assessment methods validation studies

The aim of this dissertation is to contribute to validate the construct of Early Maladaptive Schemas (EMS; Young, 1990), while studying and comparing two EMSs' assessment methods: the Portuguese version of the Young's Schema Questionnaire, 3rd edition revised (YSQ-S3; Young, 2005), and the Schema Assessment Inventory through Activating Scenarios, revised (SAIAS-R; Rijo & Pinto Gouveia, 2006).

The YSQ-S3 was studied in a sample of 1226 non clinical subjects. A confirmatory factor analysis was conducted to study the YSQ-S3 dimensionality, according to the state of the art of the research about the questionnaire, and following international recommendations. Results showed the goodness of fit of the tested interrelated 18 factors model, excluding only 6 of the original 90 items. YSQ-S3 revealed a good internal consistency of the total score ($\alpha = .967$), and subscales (Chronbach's alphas between .571 e .861). Concurrent validity was studied with different psychopathology dimensions in the non clinical sample, and also in a 115 patient sample. YSQ-S3 showed sensitivity to discriminate between normal subjects, and Axis I and Axis II patients; it also showed good stability over time (Pearson correlations).

The SAIAS-R was validated in a distinct non clinical sample of 447 subjects, and in the same clinical sample of 115 subjects. Using imagery exercises of schema related situations as a schema triggering strategy, the SAIAS-R was designed to assess 9 EMSs – Emotional Deprivation, Abandonment, Mistrust/Abuse, Social Isolation/Alienation, Defectiveness/Shame, Failure, Dependence/Functional Incompetence, Vulnerability to Harm and Illness and Unrelenting Standards/Hypercriticalness, using the same correspondent items of the YSQ-S3. It also assesses schema related emotions triggered during the imagery exercise.

The 27 activating scenarios were validated by a group of 20 experts on Schema Therapy. To study SAIAS-R dimensionality in the non clinical sample, a Principal Components Analysis with Varimax Rotation was performed because, while the items and the subscales are common to the YSQ-S3, the format of item presentation and the imagery exercises could make items behave in a different way. An imposed 9 factors solution ex-

plained 64.99% of total variance of the scale, with all the items loading highly on the expected factors. This same factor structure was submitted to FA in the clinical sample, where similar results were obtained (explaining 75.43% of total variance of the scale). SAIAS-R revealed good internal consistency for the total score ($\alpha = .938$ in the non clinical sample, and $\alpha = .961$ in the clinical sample) and subscales. Concurrent validity was studied in both samples, using different psychopathology measures and dimensions. SAIAS-R showed also capability to discriminate between normal subjects, Axis I patients and personality disordered patients, when using the total score, as well as for the majority of the subscales scores. Stability over time (Pearson correlations) was also tested and results were good, both for total and subscales scores (except for the Emotional Deprivation subscale).

The study of the association between degrees of similarity of the triggering scenarios and real life situations, EMSs and the intensity of the negative emotions felt during the imagery exercise, revealed associations between all the three variables in the expected direction, with stronger associations in the clinical sample. Subjects with higher degree of similarity between triggering scenarios and real live events had always higher negative emotions intensity scores in all of the 9 comparisons made for each sample.

A descriptive study showed different patterns of emotional arousal triggered by the scenarios imagery exercise of each EMS; the salient emotions were similar in both samples high similarity groups, with higher scores for the clinical sample. These findings led us to carry out linear regression studies, being the EMSs the criterion and the 11 negative emotions the predictors. Results of these statistics made clear which specific emotions are attached to which EMS.

The last studies compared the YSQ-S3 and the SAIAS-R methodologies in the assessment of the common 9 EMSs, comparing both methods in the high and low similarity groups, and were done in a mixed sample of 191 (clinical and non clinical) subjects. Results showed the IAECA-R scores were higher than YSQ-S3 scores of each EMS but only for the high similarity group (the only exceptions were the Social Isolation/Alienation and the Mistrust/Abuse scores, even if they were close to statistical significance). These findings support the idea that a "hot" assessment method seems to be more valid to access EMSs, once it may increase self-knowledge about one's own schemas. They also support Young's construct of EMS.

In summary, research included in this dissertation made possible the validation of the dimensional structure of both the Portuguese version of the YSQ-S3 and the SAIAS-R, explored the relationship between EMSs and emotions (both in the nature and intensity of emotional arousal) and permitted to study some of the EMSs features, theoretically defined but ever submitted to empirical proof. As a useful result, a new questionnaire for the assessment of EMSs was developed and validated, and some of the main assumptions of the schema model proposed by Young received clear empirical evidence.

Key-words: Early Maladaptive Schemas, schema assessment methods, schemas and emotions, schema questionnaires

Daniel Maria Bugalho Rijo
Julho, 2009

ESQUEMAS MAL-ADAPTATIVOS PRECOCES Validação do conceito e dos métodos de avaliação

Índice

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Introdução	5
Capítulo 1 - O Construto de Esquema: Da psicologia cognitiva à Terapia Focada nos Esquemas	13
Capítulo 2 - A avaliação dos Esquemas Mal-adaptativos Precoces	45

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 3 - Objectivos e metodologia dos estudos	67
Capítulo 4 - Estudos de validação da versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3)	85
Capítulo 5 - Estudos de validação do Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Revisto (IAECA-R)	119
Capítulo 6 - Emoções associadas aos EMP	155
Capítulo 7 - O “frio” e o “quente” na avaliação de EMP: YSQ-S3 versus IAECA-R	191
Capítulo 8 - Discussão dos resultados	208
Conclusões	221
Bibliografia	225
Anexos	237

Índice

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Introdução 5

Capítulo 1 - O Construto de Esquema: Da psicologia cognitiva à Terapia Focada nos Esquemas

1. Introdução 13
2. Taxonomias cognitivas: em torno do construto de esquema cognitivo 15
3. Esquemas e Terapia Cognitiva 18
4. A Terapia Focada nos Esquemas 21
 - 4.1. Esquemas Mal-adaptativos Precoces (EMP) 22
 - 4.2. Processos de Manutenção do Esquema 27
 - 4.3. Processos de Evitamento do Esquema 28
 - 4.4. Processos de Compensação do Esquema 28
 - 4.5. Implicações terapêuticas 29
 - 4.6. Esquemas Mal-adaptativos Precoces e Psicopatologia 31
 - 4.7. A eficácia da Terapia Focada nos Esquemas 35
 - 4.8. Novos desenvolvimentos em Terapia Focada nos Esquemas 38
5. Síntese 39

Capítulo 2 - A avaliação dos Esquemas Mal-adaptativos Precoces

1. Introdução 45
2. Estratégias de avaliação de esquemas em contexto clínico 46
 - 2.1. Exploração horizontal e exploração vertical 47
 - 2.2. Cognições auto-referentes 47
 - 2.3. Temáticas comuns 48
 - 2.4. Consistência trans-situacional 48
 - 2.5. Marcadores de processo e marcadores de conteúdo 48
 - 2.6. Recordação de memórias infantis 49
 - 2.7. Questionários de auto-resposta 49
3. Investigação com o YSQ 50
 - 3.1. Estudos com a versão longa do YSQ (205 itens) 51
 - 3.2. Estudos com a versão curta do YSQ (75 itens) 53
 - 3.3. Estudos de Análise Factorial Confirmatória 54

3.3. Estudos da versão portuguesa do YSQ	56
3.4. Comentário aos estudos da dimensionalidade do YSQ	56
4. Limitações da avaliação de esquemas por questionários de auto-resposta	57
4.1. Acesso consciente e auto-conhecimento declarativo	57
4.2. Processos de Evitamento e de Compensação do Esquema	58
4.3. Validade ecológica do Questionário de Esquemas de Young	58
4.4. Circularidade destes Questionários	58
5. Desenvolvimento: uma nova metodologia de avaliação de EMP	59

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 3 - Objectivos e metodologia dos estudos

1. Fundamentação e objectivos dos estudos	67
2. Metodologia	69
2.1. Desenho dos estudos e procedimentos de recolha de dados	69
2.2. Amostras	70
3. Instrumentos	73
3.1. Entrevistas de Avaliação para Diagnóstico	74
3.1.1. Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações do Eixo I do DSM IV – SCID I	74
3.1.2. Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV – SCID II	74
3.2. Questionários de Auto-Resposta para avaliação de dimensões da psicopatologia	75
3.2.1. Inventário de Auto-Avaliação da Depressão de Beck - BDI	75
3.2.2. Brief Symptoms Inventory – BSI	75
3.2.3. EADS 21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress	77
3.3. Questionários de avaliação de esquemas	78
3.3.1. Questionário de Esquemas de Young, 3ª edição (YSQ-S3)	78
3.3.2. Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores, Revisto – IAECA-R	78
4. Tratamento estatístico dos dados	80

Capítulo 4 - Estudos de validação da versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3)

1. Introdução	85
2. Procedimentos e amostra	87
2.1. Preparação da versão portuguesa do YSQ-S3	87
2.2. Protocolo de investigação	87
2.3. Amostra	87
2.4. Tratamento estatístico dos dados	89
3. Especificação do instrumento	90
4. Análise factorial confirmatória	90
5. Estudo das propriedades dos itens e consistência interna	95
6. Validade convergente	102
7. Poder discriminativo do YSQ-S3	110
8. Estabilidade temporal do YSQ-S3	111
9. Síntese dos resultados	113

**Capítulo 5 - Estudos de validação do Inventário
de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Revisto (IAECA-R)**

1. Introdução 119
2. Preparação da versão revista do IAECA 120
 - 2.1. Desenvolvimento e validação dos cenários 120
 - 2.1.1. Desenvolvimento dos cenários activadores 120
 - 2.1.2. Validação dos cenários activadores por peritos 121
 - 2.2. Selecção dos itens 123
3. Procedimentos e amostras 123
 - 3.1. Procedimentos de recolha e tratamento de dados 123
 - 3.2. Amostras 124
4. Especificação do instrumento 126
5. Estudos da validade de construto do IAECA-R 126
 - 5.1. Validade factorial numa amostra da população geral 127
 - 5.2. Consistência interna da escala e propriedades dos itens na amostra da população geral (n= 447) 130
 - 5.3. Estudo exploratório da estrutura factorial numa amostra clínica 135
 - 5.4. Consistência interna da escala e propriedades dos itens na amostra clínica (n=115) 138
6. Validade convergente 143
7. Poder discriminativo do IAECA-R 147
8. Estabilidade temporal do IAECA-R 148
9. Síntese dos resultados 150

Capítulo 6 - Emoções associadas aos EMP

1. Introdução 155
2. Estudo da associação entre grau de semelhança com cenários activadores, EMP e intensidade da resposta emocional 156
3. Estudo da intensidade da activação emocional em função do grau de semelhança endossado no cenário escolhido 160
4. Estudos descritivos das emoções activadas pelos cenários de cada EMP 162
5. Estudos das emoções específicas associadas aos EMP 173
 - 5.1. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Privação Emocional 174
 - 5.2. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Abandono 175
 - 5.3. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Desconfiança/Abuso 176
 - 5.4. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Isolamento Social/Alienação 177
 - 5.5. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Defeito/Vergonha 178
 - 5.6. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Fracasso 179
 - 5.7. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Dependência/Incompetência Funcional 180
 - 5.8. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença 181
 - 5.9. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo 182
 - 5.10. Resumo dos estudos acerca das emoções específicas associadas aos EMP 183
6. Síntese dos resultados 184

Capítulo 7 - O “frio” e o “quente” na avaliação de EMP: YSQ-S3 versus IAECA-R

1. Introdução 191
2. Desenho dos estudos 192
3. Amostra 194

4. Resultados	194
4.1. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de Privação Emocional nos grupos de semelhança com cenários activadores	194
4.2. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de Abandono nos grupos de semelhança dos cenários activadores	195
4.3. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de Desconfiança/Abuso nos grupos de semelhança com cenários activadores	196
4.4. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de Isolamento Social/Alienação nos grupos de semelhança com cenários activadores	197
4.5. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de Defeito/Vergonha nos grupos de semelhança com cenários activadores	198
4.6. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de Fracasso nos grupos de semelhança com cenários activadores	199
4.7. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de Dependência/Incompetência Funcional nos grupos de semelhança com cenários activadores	200
4.8. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença nos grupos de semelhança com cenários activadores	201
4.9. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de Padrões Rígidos de Realização/Hipercriticismo nos grupos de semelhança com cenários activadores	202
5. Síntese dos resultados	204

Capítulo 8 - Discussão dos resultados

1. Estudos de validação da versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3)	208
2. Estudos de validação do Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Revisto (IAECA-R)	211
3. Estudos acerca das emoções associadas aos EMP	214
4. O "frio" e o "quente" na avaliação de EMP: YSQ-S3 versus IAECA-R	216

Conclusões	221
-------------------	-----

Bibliografia	225
---------------------	-----

Anexos

Anexo 1 - Folha de consentimento informado	237
Anexo 2 - SCID I - Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do Eixo I do DSM-IV	241
Anexo 3 - SCID II - Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações da Personalidade do Eixo II do DSM-IV	253
Anexo 4 - YSQ-S3R <i>Young Schema Questionnaire, 3rd Edition, revised</i>	261
Anexo 5 - BDI Beck Depression Inventory	269
Anexo 6 - BSI Brief Symptoms Inventory	273
Anexo 7 - DASS 21 Depression, Anxiety, and Stress Scale	277
Anexo 8 - IAECA Scenarios Validation Questionnaire for Experts	281
Anexo 9 - IAECA-R Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores, revisto	295
Anexo 10 - Frequências e percentagens das respostas na identificação dos EMP relacionados com os cenários do IAECA-R por peritos	315
Anexo 11 - Relatório da AFC dos itens do IAECA-R numa amostra da população geral (n=447)	321
Anexo 11 - Relatório de resultados da Análise Factorial Confirmatória dos itens do IAECA-R na amostra da população geral (n=447)	323
Anexo 12 - Emoções associadas ao EMP de Desconfiança/Abuso em função do cenário escolhido	329

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Introdução

Capítulo **1** | O Construto de Esquema: Da psicologia cognitiva
à Terapia Focada nos Esquemas

Capítulo **2** | A avaliação dos
Esquemas Mal-adaptativos Precoces

Introdução

Introdução

La differenza fra voi e me è una differenza che riguarda il temperamento, la linfa, l'amore, la passione. Non mi piace imparare qualcosa che non amo; non voglio conoscere qualcosa che non mi riguarda; disprezzo un sapere che non mi renda saggio (...) Anelo solo a ciò che amo, e solo ciò a cui anelo voglio conoscere, e solo ciò che conosco posso amare.

Eugen Drewermann,
Giordano Bruno, Il filosofo che morì per la libertà dello spirito

Como o título indica, o tema desta dissertação são os Esquemas Mal-adaptativos Precoces (EMP). Os estudos aqui apresentados visam contribuir para a validação do conceito enquanto, simultaneamente, validam e comparam dois métodos de avaliação dos EMP.

Mais do que o produto de um projecto especificamente desenhado para uma tese de doutoramento, esta dissertação é produto de diversos ensaios realizados nos últimos 10 anos, quer se trate de estudos com versões prévias do Questionário de Esquemas de Young (YSQ), quer se trate do esboço e desenvolvimento do que veio a ser designado como o Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores – IAECA (Rijo & Pinto Gouveia, 1999; Rijo, 2000), do qual se apresenta e valida aqui uma versão revista e aumentada. O IAECA inova na avaliação dos EMP e pode ser um auxiliar precioso na clínica, nomeadamente na clínica das perturbações da personalidade. É pelo menos este o feedback dos terapeutas que estão familiarizados com o seu uso. Para além dos EMP que avalia, fornece um acesso facilitado aos processos esquemáticos, uma vez que a próprio preenchimento leva muitas vezes os doentes a ganhar *insight* sobre as suas crenças nucleares, sobre as situações de vida que as terão originado e também sobre os estados emocionais que a activação daquelas acarreta. Neste sentido, em clínica pode tornar-se uma ferramenta útil no fornecimento, ao doente, do racional da conceptualização cognitiva da sua patologia e facilitar o trabalho de diminuição dos processos de evitamento dos esquemas. O desenvolvimento da versão revista e aumentada deste instrumento tornou-se parte integrante do trabalho que permitiu muitos dos estudos aqui apresentados. A natureza do IAECA-R, bem como as diversas variáveis que integra, obrigaram a

estudos de validação que ultrapassam o figurino habitual dos estudos desta natureza. Permitiram também a realização de vários estudos acerca das emoções (qualidade e intensidade da resposta emocional) associadas aos EMP. Possibilitaram ainda um estudo multivariado de comparação da avaliação dos EMP pelos dois métodos depois de validados (o YSQ e o IAECA). Os estudos de validação de ambas as escalas, bem como os estudos acerca das emoções associadas aos EMP e os resultados dos estudos de comparação da avaliação de EMP a “frio” e a “quente” tornam-se, naturalmente, estudos de validação do próprio conceito de EMP. E torna-se assim compreensível um título que pode, numa primeira leitura, parecer demasiado ambicioso.

Os dois primeiros capítulos da dissertação são capítulos teóricos de revisão da literatura neste tema. Assim, o Capítulo 1 faz o enquadramento teórico do modelo dos EMP e da Terapia Focada nos Esquemas, entendendo esta como um desenvolvimento adentro das Terapias Cognitivas e, fora do âmbito da clínica, como um modelo cuja matriz é o paradigma do processamento da informação nos humanos. Neste capítulo, definem-se as variáveis relevantes para os estudos da parte empírica da tese. O Capítulo 2 faz uma revisão das metodologias de avaliação de EMP, dando realce à investigação que tem sido produzida a partir das diferentes versões do YSQ. Termina com uma reflexão crítica acerca da (im)possibilidade de avaliar estruturas cognitivas nucleares por recurso a instrumentos de auto-resposta que apelem ao auto-conhecimento declarativo, na ausência da activação dessas mesmas estruturas. Apresenta ainda a metodologia do IAECA-R como uma possibilidade de melhorar a validade destes métodos de avaliação.

A parte empírica desenvolve-se ao longo de oito capítulos, sendo que o primeiro se refere à metodologia dos estudos apresentados e o último discute os resultados.

O Capítulo 3 é dedicado à apresentação da fundamentação, objectivos, amostras e instrumentos de avaliação utilizados nos diversos estudos dos capítulos seguintes.

O capítulo 4 inclui todos os estudos de validação da versão portuguesa do YSQ-S3, numa amostra alargada da população geral. O Capítulo 5 apresenta os estudos de validação dos cenários do IAECA-R por peritos em TFE, bem como os estudos de validação das escalas de itens dos 9 EMP incluídos no instrumento. Estes estudos foram realizados numa amostra alargada da população geral e também numa amostra clínica. O Capítulo 6 inclui os estudos relacionados com as emoções associadas aos EMP avaliados pelo IAECA-R. Assim, estuda-se a associação entre o grau de semelhança de situações de vida com cenários activadores dos esquemas, endosso dos EMP e activação emocional consequente. Em seguida, comparam-se grupos de baixa e alta semelhança dos cenários com situações de vida, no que concerne à intensidade da activação emocional negativa quando submetidos aos exercícios de activação dos EMP. Este capítulo inclui também dois tipos de estudos acerca das emoções associadas aos EMP, sendo que os primeiros são de natureza descritiva e os segundos inferenciais. O Capítulo 7, um último capítulo de resultados, inclui os estudos que comparam ambos os métodos de avaliação de EMP, num estudo multivariado em que se estuda a interacção do efeito “método de avaliação” (a “frio” *versus* a “quente”), com o efeito “semelhança dos cenários activadores com situações reais de vida”. Estes estudos obedecem ao duplo objectivo de comparar ambos os métodos de avaliação na sua capacidade de se aproximarem o mais possível do conceito que visam avaliar, testando em simultâneo uma premissa básica do construto de EMP: só podem activar determinado EMP os indivíduos o possuem.

No capítulo 8, são revistos e discutidos todos os resultados dos estudos anteriormente apresentados, confrontando-os com a investigação existente nesta área e discutindo também as implicações, para a clínica e para a investigação, dos resultados que se obtiveram. São ainda comentadas as limitações dos estudos que realizámos e as questões que ficaram em aberto e às quais futuros estudos devem procurar responder. Por fim, as principais conclusões são sintetizadas numa outra secção que fecha o corpo do texto da dissertação.

Para além da bibliografia citada, incluem-se ainda 12 anexos, sendo que os 9 primeiros contêm os instrumentos de avaliação utilizados nos diversos estudos e os 3 últimos detalham resultados de estudos que foram apenas resumidos no texto da dissertação, de modo a tornar a leitura do mesmo mais compreensível.

Capítulo 1

O Construto de Esquema:

Da psicologia cognitiva à Terapia Focada nos Esquemas

Capítulo 1

O Construto de Esquema:

Da psicologia cognitiva à Terapia Focada nos Esquemas

1. Introdução

2. Taxonomias cognitivas:

Em torno do construto de esquema cognitivo

3. Esquemas e Terapia Cognitiva

4. A Terapia Focada nos Esquemas

5. Síntese

Capítulo 1

O Construto de Esquema:

Da psicologia cognitiva à Terapia Focada nos Esquemas

1. Introdução

A chamada “revolução cognitiva” constituiu-se como o paradigma dominante na psicologia, existindo actualmente uma diversidade de teorias e construtos cognitivos que visam explicar o comportamento humano (Stein, 1992). Na realidade, a perspectiva cognitiva tem-se imposto em diversas áreas da psicologia, nomeadamente na psicologia do desenvolvimento, na psicologia social e na psicologia clínica.

Os modelos de processamento de informação baseiam-se na analogia cérebro-computador e surgem a partir dos desenvolvimentos operados na tecnologia informática nos anos 50. A aceitação de que o cérebro lida com informação permitiu aos psicólogos discutir a questão das representações mentais em termos do tipo e quantidade de informação contida nessas representações, independentemente das bases neurobiológicas ou bioquímicas das mesmas (Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1997). A perspectiva do processamento de informação assume que as operações mentais, quer na cognição, quer na emoção, dependem da aquisição, transformação e armazenamento de informação, acerca do mundo e de nós próprios, em vários módulos especializados, interligados entre si (Ingram & Kendall, 1986).

Mathews (1997) salienta que a perspectiva do processamento da informação assume também que várias destas operações podem ocorrer fora do domínio da consciência. Como se sabe, a maior parte das operações mentais rotineiras são, supostamente, automáticas e não conscientes, podendo os produtos delas resultantes alcançar a consciência, permitindo então a operação de processos controlados e conscientes (por exemplo, quando deliberadamente procuramos um objecto perdido ou quando nos dedicamos a reflectir acerca de um determinado problema). Existem, então, dois tipos de processamento — um processamento automático que opera fora do domínio da consciência, e um processamento estratégico, controlado, consciente. O processamento automático é rápido, inconsciente, exige um baixo nível de atenção e esforço para se efectuar e, por esta razão, pode ocorrer em paralelo sem que com isso se verifique uma perda de eficiência (Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997). Por sua vez, o processamento estratégico é consciente, requer esforço e opera sequencialmente, revelando uma capacida-

de mais limitada que o anterior, o que nos impede de realizar mais do que uma tarefa de cada vez sempre que ambas as tarefas requeiram este tipo de processamento.

Uma vez que existe uma enorme quantidade de informação disponível, e possuindo os módulos do aparelho de processamento de informação capacidades limitadas (sejam quais forem as razões para isso), assume-se que existe uma competição entre informação a ser processada e que só parte dessa informação será completamente processada; a restante parte ou será processada parcialmente, ou simplesmente não será processada, sendo ignorada pelo aparelho cognitivo (Mathews, 1997). Nesta sequência, é também assumido que devem existir mecanismos capazes de determinar a selecção da informação a ser processada. Um destes mecanismos é a atenção — apenas será prestada atenção a determinados estímulos, os quais integrarão as restantes fases do processamento de informação (*idem*). Um tipo diferente de selecção de informação ocorre quando nos deparamos com eventos ambíguos. Neste caso, de todos os significados alternativos disponíveis, um tornar-se-á dominante, enquanto os restantes serão suprimidos. Esta ambiguidade, patente em muitas situações interpessoais do quotidiano (e até mesmo patente em muitas sensações físicas), permite a atribuição selectiva de significados, por parte do indivíduo.

É em consequência da assumpção (e posterior constatação experimental) deste processamento selectivo, que surge o conceito de “enviesamento”, utilizado para descrever uma preferência sistemática para processar determinado tipo de informação (em detrimento de outra que é ignorada), e para processar determinada informação de determinada maneira. A constatação da existência destes enviesamentos (nomeadamente em populações clínicas com perturbações emocionais), que operam tanto a nível da atenção selectiva como a nível da selecção de uma interpretação para os eventos, conduzem naturalmente à hipótese (e constatação, principalmente na depressão) de um enviesamento também a nível da forma como a informação (que anteriormente foi seleccionada e interpretada) vai ser armazenada; ou seja, a informação é também armazenada com um significado específico que vai estar ligado à evocação dessas memórias, evocação essa que pode também ser preferencial, relativamente à evocação de outras (Mathews, 1997).

A explicação deste enviesamento passa por questionar quais são os critérios com base nos quais determinada informação é preferencialmente seleccionada do meio, interpretada, armazenada e evocada/recordada. A resposta a esta questão assenta no postular de estruturas pré-existentes de conhecimento, armazenadas na memória, onde se encontraria contida informação acerca de nós e do mundo; perante qualquer nova informação que seja necessário descodificar, a estrutura de conhecimento relevante para essa informação seria chamada a dar-lhe sentido, orientando todo o processamento de acordo com a informação contida nessa mesma estrutura. Como, presumivelmente, estas estruturas foram adquiridas ao longo da história de aprendizagem de cada indivíduo, elas são altamente idiossincráticas, quer no seu conteúdo, quer na sua acessibilidade, o que leva a que a mesma informação (por exemplo, um mesmo acontecimento) possa ser processada de forma completamente diferente por indivíduos diferentes, podendo esse processamento ser enviesado para determinada informação (Johnson-Laird, 1983, in Mathews, 1997). Estas estruturas são geralmente denominadas “esquemas”.

2. Taxonomias cognitivas: em torno do construto de esquema cognitivo

Um número crescente de investigadores tem defendido que o paradigma do processamento de informação, ainda que oriundo da psicologia cognitiva experimental, pode ser aplicado à psicologia clínica, resultando daí uma variedade de benefícios. (e.g., Ingram & Kendall, 1986; Turk & Salovey, 1985). Na clínica, este paradigma pode fornecer um quadro conceptual que permite a compreensão dos mecanismos cognitivos que subjazem e medeiam cognições, afectos e comportamento. Mais especificamente, o paradigma permite investigar como estes factores inter-relacionados estão envolvidos na conceptualização, avaliação e tratamento da psicopatologia. Para mostrar como esta perspectiva pode ser integrada com a teoria e investigação clínicas, foram desenvolvidas taxonomias das cognições, procurando classificar construtos de um mesmo tipo na mesma categoria.

A actividade de processamento de informação é uma característica essencial do aparelho cognitivo, que conduz a variados conteúdos, em diferentes níveis de operação. Estes níveis têm sido categorizados em três tipos distintos: estruturas, processos e produtos cognitivos — na taxonomia de Hollon e Kriss (1984, in Segal & Shaw, 1988). Ingram e Kendall (1986) apresentam uma taxonomia com quatro componentes (1) estruturas (ou esquemas) cognitivas, (2) proposições cognitivas, (3) operações cognitivas e (4) produtos cognitivos. Os quatro componentes decorrem do facto de Ingram e Kendall separarem a estrutura do conteúdo (proposições) armazenado nessa mesma estrutura. Nesta perspectiva, a estrutura e o conteúdo/proposição correspondem ambos ao conceito de esquema, o construto que tem sido mais utilizado pelos investigadores nesta área (Pace, 1988).

O conceito de estrutura cognitiva ou de esquema constitui, na realidade, um dos construtos teóricos mais utilizados pelos investigadores para explicar o comportamento humano, nomeadamente o comportamento associado à psicopatologia (Alford & Beck, 1997; Beck, 1976; Beck, 1995; Beck & Emery, 1985; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck, Freeman & Associates, 1990; Clark, Beck, & Alford, 1999; DeRubeis & Beck, 1988; Ellis, 1985; Ellis & Bernard, 1985; Ellis & Dryden, 1987; Freeman, Pretzer, Freming & Simon, 1990; Goldfried & Robins, 1983; Guidano & Liotti, 1982; Mahoney & Freeman, 1985; Ottaviani & Beck, 1988; Pretzer & Beck, 1996; Safran & Greenberg, 1986; Safran & Segal, 1990; Safran & McMain, 1992; Safran, Vallis, Segal, & Shaw, 1986; Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995; Stein & Young, 1992; Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young, Beck & Weinberger 1993; Young & Behary, 1998).

Mais recentemente, vários autores conceptualizaram as perturbações mentais mais invalidantes (nomeadamente as Perturbações da Personalidade), a partir da existência de esquemas cognitivos disfuncionais, nucleares e precocemente originados na vida do doente (Beck, Freeman & Associates, 1990; Freeman & Jackson, 1998; McGinn & Young, 1996; Pretzer & Beck, 1996; Safran & Segal, 1990; Safran & McMain, 1992; Stein & Young, 1992; Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young & Behary, 1998; Young, Beck & Weinberger 1993; Young & Klosko, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2003; Rafaeli, Bernstein & Young, *In press*). Estes modelos teóricos obrigaram a um maior refinamento do construto de esquema ou de estrutura cognitiva e renovaram o debate acerca da relação entre cognição, afecto, motivação e comportamento, conduzindo a uma crescente complexificação do modelo cognitivo originalmente utilizado para a compreensão das perturbações sintomáticas.

Os esquemas ou estruturas cognitivas têm sido denominados de formas distintas, consoante os autores: esquemas cognitivos (Beck, 1976; Beck, Emery, & Greenberg 1985, Beck, Freeman, & Associates, 1990; Beck, freeman, Davis *et al.*, 2004), crenças irracionais, (Ellis & Bernard, 1985), esquemas precoces mal-adaptativos (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young & Behary, 1998; Young, Beck & Weinberger 1993; Young & Klosko, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2003; Rafaeli, Bernstein & Young, *In press*), ou ainda, esquemas interpessoais (Safran & Segal, 1990; Safran & McMain, 1992). Qualquer que seja a designação adoptada, este conceito corresponde a estruturas nas quais a informação está internamente organizada e representada, e são responsáveis pela atribuição de significado. As raízes filosóficas deste conceito remontam aos trabalhos de Kant, no século XVIII, o qual propôs a ideia de estruturas inatas na organização da nossa percepção do ambiente. Adentro da psicologia cognitiva, as origens do mesmo conceito devem-se a Bartlett (1932, in Pace, 1988), quando este elaborou uma teoria esquemática para explicar distorções sistemáticas que observava em indivíduos quando tentava que eles recordassem histórias e os mesmos distorciam a informação no sentido de poderem dar um significado aos eventos que fosse congruente com valores culturais do seu meio de origem. Também Piaget (1979) integrou o conceito de esquema na psicologia contemporânea, defendendo que a criança utiliza estruturas sensório-motoras inatas para interagir com o ambiente e através das quais filtra e molda o seu mundo. Para Piaget, a interacção entre esquemas e ambiente, e o conseqüente desenvolvimento de conhecimento, consistia em processos de assimilação e acomodação, através dos quais a criança, respectivamente, incluiria novas informações em esquemas pré-existentes ou, quando estes esquemas pré-existentes não fossem eficazes para organizar novas experiências, desenvolveria modificações nas estruturas de conhecimento, de modo a estas se adaptarem (acomodarem) às pressões do meio.

Ao longo dos anos, várias foram as teorias esquemáticas propostas por diferentes autores (Brewer & Nakamura, 1984; Hastie, 1981, in Pace, 1988; Rummelhart, 1984). Embora com algumas diferenças entre si, todas as teorias esquemáticas, incluindo as referidas anteriormente, defendem que o indivíduo desenvolve estruturas de conhecimento através da sua interacção com o meio, estruturas estas através das quais tenta explicar a influência das experiências passadas no processamento de nova informação, o que permite fazer previsões acerca do mundo. Estas estruturas ou “esquemas” possuem, como se pode deduzir, uma função adaptativa, organizando experiências em padrões de significado e reduzindo a complexidade do ambiente. São estes esquemas, tácitos (ou inconscientes) por definição, que tornam eficaz o pensamento e possível a acção, na medida em que limitam, conduzem e organizam o processamento de informação (James, Southam & Blackburn, 2004). Por outras palavras, é a actividade dos esquemas que orienta as operações ou processos cognitivos. Por seu lado, também os processos cognitivos influenciam a natureza das estruturas cognitivas, tornando-se difícil abordar os dois conceitos separadamente, algo que só faremos para facilitar a sua apresentação. Sendo responsáveis pela condução do processamento de informação, os esquemas não só fornecem critérios que permitem a regulação da atenção, como também estruturam sequências de informação, de modo a poderem ser codificadas, armazenadas e recuperadas pela memória (Ingram & Kendall, 1986). Toda esta condução do processamento de informação está, por sua vez, dependente do conteúdo do esquema, conteúdo este que, dizendo respeito a informação acerca de um determinado domínio, inclui representações de objectos particulares, acontecimentos, sequências de acontecimentos, situações, procedimentos,

exemplos e relações entre exemplos. Consoante este conteúdo, os esquemas variam ao longo de duas dimensões: do mais geral para o mais específico e do mais abstracto para o mais concreto. Para além deste componente ideacional, o esquema contém ainda um componente afectivo, ao incluir valências afectivas relacionadas com o domínio do esquema, cada um destes componentes influenciando o outro (Turk & Speers, 1983).

Quando o esquema está activado, a informação que é seleccionada é aquela que for congruente com a informação que contém, e o processamento é efectuado também de acordo com esse conteúdo, ao passo que informação não congruente é ignorada. Este funcionamento constitui uma enorme vantagem, na medida em que facilita a aprendizagem, reconhecimento, compreensão e recordação de informação relacionada com o esquema. Adicionalmente, um tipo particular de esquemas — os *scripts* — pode fornecer regras para activação de sequências comportamentais para agir numa determinada situação.

Em resumo, através da sua influência no processamento de informação, os esquemas permitem identificar e classificar estímulos com maior rapidez, preencher informação em falta e seleccionar uma estratégia para obter mais informação, resolver um problema ou atingir um objectivo (Taylor & Croker, 1981, in Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997). Ao mesmo tempo, o mesmo procedimento, pode tornar-se uma desvantagem, principalmente se o esquema já não é relevante para dar sentido à situação actual e, apesar disso, continua a dirigir o processamento de informação, dando origem a erros, distorções e enviesamentos. Este aspecto é tanto mais disfuncional quanto a activação de um esquema implica também a inibição de outros competitivos, que poderiam ser mais adequados para o processamento da mesma informação (Mandler, 1985).

Um tipo particular de esquema que nos interessa destacar pela sua relevância na clínica são os auto-esquemas. O termo “auto-esquema” tem sido utilizado para referir o conjunto do conhecimento acerca de nós próprios que se encontra armazenado na memória de longo prazo. De acordo com Markus (1977), as estruturas cognitivas respeitantes ao Eu desenvolvem-se a partir das tentativas do indivíduo para explicar o seu próprio comportamento ao longo de experiências passadas e são, posteriormente, utilizadas para interpretar ou relatar informação acerca do Eu. Mais tarde, Markus e Nurius (1986, in Markus, 1990) introduziram a ideia de que as pessoas podem relatar distintas concepções de como se vêem actualmente e do que se podem tornar no futuro. Perante esta ideia, faria pouco sentido pensar num único auto-esquema.

O funcionamento dos auto-esquemas é em tudo semelhante ao funcionamento de qualquer esquema ou estrutura cognitiva. Assim, considerando que apenas informação consistente com o seu conteúdo é processada, que o indivíduo se coloca frequentemente em situações que reforçam essa informação e que, ainda que a realidade consista em informação incongruente com o auto-esquema, a tendência é o indivíduo “confiar” na estrutura existente, ignorando a informação discrepante, facilmente se conclui que também os auto-esquemas são estruturas difíceis de modificar. Se o auto-esquema é, na generalidade positivo, este funcionamento possibilita um enviesamento ao serviço do Eu (self-serving bias); no entanto, se o auto-esquema for negativo, o enviesamento pode ser extremamente prejudicial, uma vez que consistirá na orientação das operações cognitivas para o processamento de informação negativa acerca do Eu, originando produtos cognitivos igualmente negativos e disfuncionais.

As operações ou processos cognitivos, acessíveis à consciência mediante algum esforço, correspondem aos vários procedimentos através dos quais os componentes do sistema cognitivo interagem de modo a permitir o processamento de informação. Exemplos de operações cognitivas incluem a atenção, a codificação e a recuperação da informação. É no decorrer destas operações, que são orientadas pelos esquemas e dão origem aos produtos cognitivos, que podem surgir os erros cognitivos, tanto na percepção como na interpretação ou recordação de informação (Ingram & Kendall, 1986; Goldberg & Shaw, 1989). Esses erros resultam, como vimos anteriormente, da orientação do processamento por esquemas que são chamados a dar sentido à informação, por estarem mais acessíveis na memória, mas que podem ser menos relevantes e adequados para fornecer esse sentido.

Por último, os produtos cognitivos são o componente mais facilmente acessível à consciência e consistem em cognições ou pensamentos, imagens, atribuições, auto-avaliações, que resultam da interacção da informação com as estruturas e os processos cognitivos (Ingram & Kendall, 1986).

Vários teóricos utilizaram a teoria dos esquemas na conceptualização dos problemas humanos e do processo da psicoterapia. De uma maneira geral, todos pressupõem que as pessoas desenvolvem problemas quando os seus construtos pessoais/crenças disfuncionais/regras pessoais são demasiado rígidos para acomodar modificações presentes nos acontecimentos ou situações e informação nova e incongruente com esses construtos. Nestas condições, informação incompatível é selectivamente ignorada ou distorcida, não podendo, por isso, ser recuperada na sua forma original (Nemeyer, 1986, in Pace, 1988). Assim sendo, um problema pode ser conceptualizado como resultado da disfunção ou rigidez de determinadas estruturas ou esquemas, dos processos cognitivos por elas influenciados e dos produtos cognitivos resultantes de todo o processo (James, Southam & Blackburn, 2004). A Terapia Cognitiva de Beck fornece uma aplicação altamente elaborada desta perspectiva à psicopatologia. Beck (Beck, 1976; Beck, 1995; Beck & Emery, 1985; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Beck, Freeman & Associates, 1990; Beck, Freeman, Davis *et al.*, 2004) conceptualiza as perturbações emocionais e da personalidade como resultando de esquemas distorcidos (disfuncionais ou mal-adaptativos), que distorcem a percepção e o pensamento, consistindo a terapia num processo interpessoal de colaboração entre terapeuta e doente, cujo objectivo é a modificação dos esquemas subjacentes aos sintomas dos doentes.

3. Esquemas e Terapia Cognitiva

Nas primeiras conceptualizações da Terapia Cognitiva (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), surgem mais destacados os aspectos então mais acessíveis de conceptualizar e mais necessários, uma vez que o modelo não estava ainda muito testado nem investigado. No entanto, à medida que o modelo foi aperfeiçoado e as hipóteses teóricas refinadas, o papel das estruturas de atribuição de significado foi ganhando maior destaque na explicação da origem e manutenção da patologia mental (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Beck, Freeman & Associates, 1990; Beck, Freeman, Davis & Associates, 2004). Curiosamente, é com a sistematização da Terapia Cognitiva das Perturbações da Personalidade que o construto de esquema ganha maior destaque e complexida-

de no modelo cognitivo (Beck, Freeman & Associates, 1990; Freeman, & Jackson, 1998; Freeman, & Leaf, 1989; Pretzer, & Beck, 1996).

O que se entende actualmente por Perturbação da Personalidade de acordo com a caracterização apresentada no DSM IV (APA, 1994), parece constituir uma das mais marcantes representações do conceito de “esquema”, tal como foi definido no contexto da Terapia Cognitiva. Para Beck, esquemas cognitivos são representações estáveis do conhecimento que o sujeito faz acerca de si próprio, dos outros e do mundo, e que, uma vez formadas, orientam o processamento da informação relevante para o seu conteúdo (Beck, 1979; Beck, Emery & Greenberg, 1985, Beck, Freeman & Associates, 1990; Beck, Freeman, Davis & Associates, 2004; J. Beck, 1995). Os esquemas constituem as unidades estruturais mais básicas do nosso funcionamento cognitivo e definem os modos específicos de construção da realidade. São, por outras palavras, estruturas de atribuição de significado. O modelo da terapia cognitiva de Beck distingue vários níveis de cognições. Se os esquemas correspondem ao nível mais nuclear, há ainda a considerar os processos cognitivos que, sendo disfuncionais no caso dos perturbações emocionais, conduzem a produtos cognitivos característicos e permitem a manutenção do esquema, uma vez que impossibilitam a vivência de experiências que os infirmem.

A obra *Cognitive Therapy of Personality Disorders* (Beck, Freeman & Associates, 1990, revista e ampliada em 2004) é, por excelência, aquela que marca o início da utilização da Terapia Cognitiva de Beck na área das Perturbações de Personalidade. Como referem os autores, no prefácio da obra, este trabalho resultou da constatação da sua necessidade clínica, acoplada à curiosidade científica. A terapia cognitiva propõe que, nas Perturbações de Personalidade, é mais produtiva a identificação e modificação de problemas “nucleares”, os quais são centrais quer para as cognições disfuncionais, quer para o comportamento problemático. Neste contexto, é proposta uma intervenção para estes doentes centrada na identificação e modificação dos esquemas nucleares disfuncionais.

Do ponto de vista da terapia cognitiva, os processos de personalidade não só são formados, como operam ao serviço da adaptação. Tratando-se, neste caso, de uma patologia bem menos específica e sintomática que a do Eixo I do DSM, os autores definem claramente o que entendem por personalidade: *“Traços de personalidade identificados por objectivos tais como dependente, isolado, arrogante, ou extrovertido, podem ser conceptualizados como sendo a expressão manifesta dos esquemas (estruturas mais ou menos estáveis, que seleccionam e sintetizam informação)”*, (Beck, Freeman & Associates, 1990, p. 17).

A terapia cognitiva propõe que se encarem os padrões comportamentais que atribuímos aos traços de personalidade ou disposições como estratégias interpessoais, desenvolvidas a partir da interacção entre certas disposições inatas e influências ambientais. Sugere assim que se considere quer uma evolução filogenética, quer o desenvolvimento pessoal na compreensão das diferenças individuais ao nível da personalidade (e também na compreensão dos doentes com Perturbações do Eixo II). Esta conceptualização tem a vantagem de evitar o abuso de certos “rótulos” depreciativos neste campo; permite formular hipóteses acerca da utilidade evolutiva das estratégias e das crenças que lhe estão subjacentes. Partindo da constatação de que existem certos tipos de temperamento e padrões de comportamento que já estão presentes no nascimento, propõem

que tais características inatas sejam vistas como “tendências” que podem ser acentuadas ou diminuídas pela experiência, podendo estabelecer-se um ciclo contínuo e mutuamente reforçador entre os padrões inatos do indivíduo e os padrões inatos de outras pessoas significativas. Para além disso, as crenças e atitudes subjacentes aos padrões estáveis resultariam da repetição de experiências traumáticas que parecem confirmá-las. No entanto, os mesmos autores reconhecem também que há quem consiga modificar as suas atitudes, apesar de existir uma forte combinação de predisposições e influências ambientais no sentido contrário ao da mudança (pressuposto que permite fundamentar a intervenção terapêutica).

Os processos que temos vindo a referir caracterizam tanto os indivíduos ditos normais como os doentes. O que distingue as pessoas com Perturbações de Personalidade será o facto de, por terem crenças mal-adaptativas mais pronunciadas que as das pessoas normais, apresentarem também comportamentos repetitivos desajustados em maior número de situações. Isto justifica-se pela qualidade compulsiva dos esquemas mal-adaptativos destes doentes (*idem*). Tais esquemas são mais difíceis de controlar ou de modificar e são evocados em muitas situações (qualquer situação que tenha alguma relação com o conteúdo dos mesmos os activará, preferencialmente à activação de esquemas mais adaptativos). Em suma, comparando estes doentes com outras pessoas, podemos dizer que as suas atitudes e comportamentos disfuncionais são excessivamente generalizados, inflexíveis, imperativos e resistentes à mudança. Esta inflexibilidade é fundamentada na relação entre processamento da informação e personalidade: contrariamente ao que acontece nos síndromas sintomáticos, os esquemas típicos dos Perturbações de Personalidade, embora semelhantes aos dos primeiros, operam numa base mais contínua no processamento da informação.

Para uma justificação da manutenção de uma certa estabilidade comportamental destes doentes, os autores propõem que as estratégias interpessoais destes indivíduos sejam vistas em termos de como os tipos de personalidade se relacionam e actuam em relação a outras pessoas, e como usam o espaço interpessoal: *“Os indivíduos movem-se ou colocam-se contra, em direcção a, para longe de, acima ou abaixo de outros. O dependente move-se em direcção a, e frequentemente abaixo (submisso, subserviente); os narcisistas posicionam-se acima dos outros; o compulsivo pode mover-se acima, interessado no controlo; o esquizóide move-se para longe e o evitante aproxima-se e a seguir recua; as personalidades histriónicas usam o espaço para atrair os outros a elas, (...). Estes vectores podem ser encarados como manifestações visíveis de estratégias interpessoais”* (Beck, Freeman & Associates, 1990, p 31).

É precisamente na tentativa de compreender e tratar os Perturbações de Personalidade que surgem alguns desenvolvimentos recentes da Terapia Cognitiva de Beck. J. Young propôs um modelo conhecido como Terapia Focada nos Esquemas (Stein & Young, 1992; Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young & Behary, 1998, Young & Klosko, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2003; Rafaeli, Bernstein & Young, *in press*), que parte da constatação de que a terapia cognitiva breve é difícil de ser utilizada com este tipo de doentes, devendo ser adaptada às especificidades da patologia da personalidade. Em nosso entender, a proposta de Young deve ser encarada, não como uma nova conceptualização mas antes como um desenvolvimento da proposta de Beck para a compreensão e tratamento dos indivíduos com psicopatologia do Eixo II. Tratando-se do modelo de referên-

cia para os estudos incluídos na presente dissertação, será explicitado com maior detalhe no ponto seguinte.

4. A Terapia Focada nos Esquemas

Na tentativa de compreender e tratar os Perturbações de Personalidade, surgiram algumas modificações e desenvolvimentos da Terapia Cognitiva de Beck. A Terapia Focada nos Esquemas — TFE (Stein & Young, 1992; Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young & Behary, 1998; Young & Klosko, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2003; Rafaeli, Bernstein & Young, *in press*) constitui provavelmente o mais significativo desenvolvimento da abordagem cognitiva, integrando, sobretudo ao nível da intervenção, estratégias e técnicas oriundas de outras escolas de psicoterapia. Uma das vantagens da TFE é o seu carácter integrador, ao contemplar não unicamente técnicas cognitivas mas também emocionais, relacionais e comportamentais que, embora presentes nas conceptualizações iniciais de Beck, não tinham sido suficientemente desenvolvidas e explicitadas no modelo terapêutico. Este carácter integrador confere-lhe uma maior capacidade de compreensão clínica das Perturbações de Personalidade e permite abordagens terapêuticas mais completas e eficazes.

Young parte da constatação de que a terapia cognitiva breve é difícil de ser utilizada nos Perturbações de Personalidade devido, sobretudo, a quatro das características destes doentes: apresentação difusa dos problemas, rigidez, evitamentos de vária ordem e acentuadas dificuldades interpessoais (McGinn & Young, 1996). Isto, porque a Terapia Cognitiva destinada ao tratamento das perturbações depressivas e ansiosas parte de vários pressupostos acerca dos doentes, que não se verificam nos doentes mais gravemente perturbados e concretamente nos indivíduos com patologia da personalidade: que os doentes têm acesso aos sentimentos, pensamentos e imagens com um treino breve; que possuem problemas identificáveis nos quais se pode focar a terapia; que os doentes estão motivados para se envolver na terapia bem como nas tarefas que ela implica; que os doentes são capazes de se envolver numa relação de colaboração com o terapeuta após algumas sessões; que as dificuldades na relação terapêutica não são um problema significativo a abordar na terapia; e, finalmente, que todas as cognições e padrões comportamentais podem ser modificados através da análise empírica, discurso lógico, experimentação, passos graduais e prática, estratégias típicas da intervenção cognitiva estandardizada (Young e Lindemann, 1992). De facto, nos doentes mais gravemente perturbados, muitos destes pressupostos não são cumpridos e, não só o processo de mudança fica comprometido ou dificultado como também aumentam as taxas de abandono das intervenções.

A TFE, para além das estratégias e técnicas de intervenção anteriormente referidas, assenta num modelo conceptual integrador e que pode ser descrito a partir de quatro conceitos básicos: Esquemas Mal-adaptativos Precoces (EMP), Processos de Manutenção dos Esquemas, Processos de Evitamento dos Esquemas e Processos de Compensação dos Esquemas. Os Esquemas Mal-adaptativos Precoces, descritos em seguida, são o construto organizador do “novo” modelo conceptual e, conseqüentemente, das formulações de caso orientadoras da intervenção terapêutica. Dito de outra forma, o objectivo da TFE consiste na redução do grau de disfunção cognitiva-emocional-comportamental impu-

tável ao processamento distorcido da informação a partir dos EMP. Assim sendo, um conhecimento rigoroso dos EMP dos doentes permite uma correcta conceptualização dos seus problemas, bem como a definição das estratégias preferenciais de intervenção, adequando igualmente o estilo de relação terapêutica (quer para melhorar a adesão do doente ao processo de mudança quer para, através da própria relação terapêutica, modificar os EMP que interferem no funcionalmente interpessoal do indivíduo).

Descrevem-se, a seguir, os quatro conceitos básicos do modelo.

4.1. Esquemas Mal-adaptativos Precoces (EMP)

“Esquemas Precoces Mal-adaptativos referem-se a temas extremamente estáveis e duradouros que se desenvolvem durante a infância e são elaborados através da vida do indivíduo” (Young, 1990, p.9). Servem como padrões para o processamento de experiência posterior e podem ser caracterizados da seguinte forma: originam-se muito cedo e permanecem por toda a vida, a não ser que sejam objecto de intervenção terapêutica; são estruturas capazes de gerar níveis elevados de afecto disruptivo, consequências auto-derrotistas, e/ou dano significativo para os outros; são capazes de interferir de forma significativa com necessidades centrais para a auto-expressão, autonomia, ligação aos outros, validação social ou integração no grupo; são padrões profundamente embrenhados, centrais para o “sentido do Eu” da pessoa (Stein & Young, 1992; Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young & Behary, 1998; Young & Klosko, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2003; Rafaeli, Bernstein & Young, *in press*).

Young (1990) postulou, inicialmente, a existência de 16 EMP primários que reflectem os conteúdos temáticos mais comuns nas Perturbações de Personalidade, agrupando-os em seis domínios (disfuncionais) do funcionamento/desenvolvimento do indivíduo: distanciamento e rejeição, autonomia e desempenho deteriorados, limites deteriorados, influência dos outros, evigilância excessiva e inibição. São estes os EMP de Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Indesejabilidade Social, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha, Fracasso, Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Emaranhamento, Subjugação, Auto-Sacrifício, Inibição Emocional, Padrões Excessivos de Realização, Grandiosidade, Auto-Controlo Insuficiente e Auto-Sacrifício. Uma vez que o desenvolvimento da taxonomia dos EMP esteve, desde o início associada ao desenvolvimento do Questionário de Esquemas de Young (YSQ), cujos estudos de validação realizados descrevemos no Capítulo 2 e que é também alvo de estudos de validação da versão mais actual (YSQ-S3; Young, 2005) apresentados no Capítulo 4, esta taxonomia sofreu modificações em função dos resultados da investigação que foi sendo produzida. Assim, os EMP de Indesejabilidade Social e de Isolamento Social/Alienação fundiram-se num único EMP e três novos EMP foram propostos: Procura De Aprovação/Reconhecimento, Negativismo/Pessimismo e Auto-Punição (McGinn & Young, 1996; Greenwald & Young, 1998). Desta forma, a taxonomia de EMP apresenta actualmente 18 esquemas, agrupados em cinco domínios do funcionamento. Uma descrição de cada um destes EMP, bem como dos domínios em que estão incluídos é apresentada no Quadro 1.1.

Quadro 1.1. Domínios e Esquemas Mal-adaptativos Precoces (adapt. de Young, Klosko & Weishaar, 2003, pp. 14-17)

Distanciamento e Rejeição

Expectativa de que as nossas necessidades de segurança, estabilidade, apoio, cuidados, empatia, partilha de sentimentos, aceitação e respeito não serão satisfeitas de maneira previsível. Habitualmente, a família de origem é emocionalmente distante, fria, rejeitante, não expressa sentimentos, é isolada, explosiva, imprevisível ou abusadora.

1. Abandono/Instabilidade

Diz respeito à percepção de instabilidade ou de indisponibilidade das pessoas que poderiam ser fonte de suporte e de ligação/afiliação.

Envolve a sensação de que os outros significativos não conseguirão continuar a fornecer suporte emocional, afiliação, força e protecção, devido a serem emocionalmente instáveis e imprevisíveis (ex: explosões de mau génio), a não se poder contar com eles ou a não estarem presentes quando precisamos deles, porque podem morrer a qualquer momento ou porque podem abandonar o indivíduo em favor de alguém melhor.

2. Desconfiança/Abuso

Expectativa de que os outros irão magoar-nos, abusar de nós, humilhar-nos, trair-nos, mentir-nos, manipular-nos ou aproveitar-se de nós. Habitualmente, envolve a percepção de que o mal é intencional ou resultado de uma negligência extrema e intencionada. Pode incluir a sensação de que se acabará sempre por ser traído ou de que se sairá sempre a perder.

3. Privação Emocional

Expectativa de que os outros não satisfarão adequadamente o nosso desejo de termos um grau normal de apoio emocional. Os três principais tipos de privação são:

- A. Privação de Apoio e Cuidados: Ausência de atenção, afecto, carinho ou companheirismo.
- B. Privação de Empatia: Ausência de compreensão, escuta, abertura ou partilha mútua de sentimentos por parte dos outros.
- C. Privação de Protecção: Ausência de força, direcção e orientação por parte dos outros.

4. Defeito/Vergonha

Sentimento de que se é defeituoso, mau, indesejado, inferior ou sem valor, quando se trata de coisas importantes; ou de que não se seria amado por outros significativos se se expusesse. Pode envolver uma hipersensibilidade à crítica, à rejeição e à culpa, maior consciência de si, comparações e insegurança quando se está perto dos outros, ou ainda uma sensação de vergonha relativamente aos defeitos percebidos. Estes defeitos podem ser privados (ex: egoísmo, impulsos agressivos, desejos sexuais inaceitáveis) ou públicos (ex: aparência física indesejável).

5. Isolamento Social/Alienação

Sentimento de que se está isolado do resto do mundo, de que se é diferente das outras pessoas, de que não se faz parte de qualquer grupo ou comunidade.

Autonomia e Desempenho Deteriorados

Expectativas sobre uma pessoa e o ambiente que interferem com a percepção das aptidões próprias para se afastar, sobreviver, funcionar de forma independente e actuar com sucesso. A família típica de origem é emaranhada, destruidora da confiança da criança, super protectora, ou falha no reforço da actuação competente da criança fora da família.

6. Dependência/Incompetência

Crença de que se é incapaz de exercer as responsabilidades do dia a dia de uma forma competente, sem a ajuda considerável dos outros (ex.: tomar conta de si próprio, resolver os problemas diários, fazer bons julgamentos, realizar novas tarefas, tomar boas decisões). Frequentemente, toma a forma de desespero.

7. Vulnerabilidade ao mal e à doença

Medo exagerado que a catástrofe ocasional possa atacar a qualquer altura e que se vai ser incapaz de a evitar. Os medos focam-se num ou mais dos seguintes aspectos: (A) Médicos: por exemplo, ataque cardíaco, SIDA; (B) Emocionais: enlouquecer, por exemplo; (C) Naturais/Fóbicos: elevadores, crime, aviões, tremores de terra.

8. Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido

Envolvimento emocional excessivo e proximidade com um ou vários “outros” significativos (muitas vezes os pais), comprometendo uma individualização completa ou um desenvolvimento social normal. Muitas vezes envolve a crença de que pelo menos um dos indivíduos emaranhados não pode sobreviver ou ser feliz sem o constante apoio do outro. Pode também incluir sentimentos de se ser sufocado por, ou “fundido” com outros OU identidade individual insuficiente. Frequentemente é experimentado como um sentimento de vazio e desorientação, não tendo qualquer direcção ou, em casos extremos, questionando a sua própria existência.

9. Fracasso

Crença de que se fracassou, se irá inevitavelmente fracassar ou se é fundamentalmente inadequado face aos seus pares, em áreas de realização pessoal (escola, carreira, desporto, etc.). Várias vezes, envolve a crença de que se é estúpido, inábil, sem talento, ignorante, de baixo estatuto, pior ou menos bem sucedido que os outros, etc.

Limites Deteriorados

Deficiência nos limites internos, responsabilidade para com os outros ou orientação/objectivos a longo prazo. Conduz a dificuldades respeitantes aos direitos dos outros, cooperação com os outros, assumir compromissos ou estabelecer e alcançar objectivos pessoais realistas. A família de origem típica é caracterizada pela permissividade, excessiva indulgência, falta de orientação ou sentido de superioridade — mais do que por confrontação apropriada, disciplina e limites em relação à tomada de responsabilidade, cooperação de uma maneira recíproca e estabelecimento de objectivos. Em alguns casos, a criança pode não ter sido levada a tolerar os níveis normais de desconforto ou pode não lhe ter sido dada a supervisão adequada, direcção ou orientação.

10. Grandiosidade/Limites Indefinidos

Crença de que se é superior aos outros, de que tem direito a regalias e privilégios especiais, ou de que não se está sujeito às regras de reciprocidade que governam a interacção social normal. Frequentemente, envolve a insistência de que se deve ser capaz de fazer ou de ter aquilo que se quer, independentemente daquilo que é realista, do que os outros consideram razoável, ou do que custa aos outros; OU um *focus* exagerado na superioridade (ex: estar entre os mais bem sucedidos, famosos e ricos) — de maneira a atingir poder ou controlo (e não, primariamente, para obter atenção ou aprovação). Às vezes inclui uma excessiva competitividade para com, ou dominação dos outros: afirmando o seu próprio poder, ou impondo o seu próprio ponto de vista, ou controlando o comportamento dos outros de acordo com os seus próprios desejos — sem empatia ou preocupação para com as necessidades ou sentimentos dos outros.

11. Auto-Disciplina e Auto-Controlo Insuficientes

Dificuldade intensa ou recusa em exercer um auto-controlo e tolerância à frustração suficiente para atingir os seus objectivos pessoais, ou para reprimir a expressão excessiva das suas próprias emoções e impulsos. Na sua forma branda, o doente apresenta-se com uma ênfase exagerada no evitamento do desconforto: evitando dor, conflito, confrontação, responsabilidade ou esforço excessivo — comprometendo a auto-realização pessoal, empenho ou integridade.

Influência dos Outros

Focus excessivo nos desejos, sentimentos e respostas dos outros, comprometendo as suas próprias necessidades — de forma a ganhar amor e aprovação, manter o seu próprio sentido de ligação ou evitar retaliação. Envolve, muitas vezes, a supressão ou falta de “consciência” no que diz respeito à sua própria cólera e inclinações naturais. A família de origem típica é baseada em aceitação condicional: as crianças têm que suprimir aspectos importantes de si próprios de forma a obterem amor, atenção e aprovação. Em muitas dessas famílias, as necessidades e desejos emocionais dos pais — ou aceitação social e status —, são mais valorizados do que os sentimentos e necessidades únicos de cada criança.

12. Subjugação

Excessiva rendição de controlo aos outros porque se sente coagido — normalmente para evitar encolerização, retaliação ou abandono. As duas principais formas de subjugação são: A. Subjugação de necessidades: supressão das suas próprias preferências, decisões e desejos. B. Subjugação de emoções: supressão da expressão emocional, especialmente a raiva.

Envolve normalmente a percepção de que os seus próprios desejos, opiniões e sentimentos não são válidos ou importantes para os outros. Frequentemente apresenta-se como uma excessiva concordância, combinada com hipersensibilidade a sentir-se encurralado. Geralmente leva a acumulação de raiva manifestada em sintomas mal-adaptativos (por exemplo, um comportamento passivo/agressivo, explosões de temperamento incontroláveis, sintomas psicossomáticos, diminuição de afectos, *acting out*, abuso de substâncias).

13. Auto-Sacrifício

Focus excessivo na satisfação voluntária das necessidades dos outros nas situações do quotidiano, comprometendo a sua própria gratificação. As razões mais comuns são: para evitar causar dor aos outros, para evitar a culpa de se sentir egoísta ou para manter a ligação com outros, os quais são vistos como indivíduos que necessitam de forte apoio. Várias vezes resulta de uma sensibilidade aguda à dor dos outros. Por vezes, leva a um sentimento de que as suas próprias necessidades não estão a ser adequadamente satisfeitas e ao ressentimento para com aqueles de quem cuidamos. (Sobrepõe-se ao conceito de co-dependência).

14. Procura de Aprovação/Procura de Reconhecimento

Ênfase excessiva na obtenção de aprovação, reconhecimento ou atenção por parte dos outros, ou de adaptação, comprometendo o desenvolvimento de um sentido do eu verdadeiro e seguro. O sentido de estima do indivíduo depende, primariamente, mais das reacções dos outros do que das suas inclinações naturais. Por vezes, inclui uma ênfase excessiva no *status*, aparência, aceitação social, dinheiro ou realização — como forma de obter aprovação, admiração ou atenção (não primariamente por poder ou controlo). Resulta frequentemente em importantes decisões da vida que não são autênticas ou satisfatórias; ou em hipersensibilidade à rejeição.

Vigilância Excessiva e Inibição

Ênfase excessiva no controlo dos seus sentimentos espontâneos, impulsos e escolhas de modo a evitar cometer erros OU em cumprir regras e expectativas rígidas e interiorizadas acerca do desempenho e do comportamento ético — muitas vezes comprometendo a felicidade, auto-expressão, relaxamento, relações próximas ou a saúde. A família de origem típica é “cinzenta” (e por vezes punitiva): desempenho, dever, perfeccionismo, obediência a regras e evitamento de erros predominam sobre o prazer, a alegria e o relaxamento. Há, normalmente, um denominador de pessimismo e preocupação — de que as coisas poderão desabar se a pessoa falhar na sua vigilância e cuidado a qualquer altura.

15. Negativismo/Pessimismo

Um *focus* intenso e duradouro nos aspectos negativos da vida (dor, morte, perda, decepção, conflito, culpa, ressentimento, problemas não resolvidos, potenciais erros, traição, coisas que podem correr mal, etc.), enquanto se minimiza ou negligencia os aspectos positivos e optimistas OU uma expectativa exagerada — numa larga variedade de situações de trabalho, financeiras ou interpessoais que são tipicamente vistas como “controláveis” — de que as coisas irão correr seriamente mal ou de que os aspectos da vida da pessoa que parecem estar a correr bem irão desabar a qualquer altura. Normalmente, envolve um medo inadequado de cometer erros que possam levar a: um colapso financeiro, perda, humilhação, ficar encurralado numa má situação ou perda de controlo. Porque os resultados potencialmente negativos são exagerados, estes doentes caracterizam-se muitas vezes por preocupação, vigilância, pessimismo, queixas ou indecisão crónicas.

16. Inibição Emocional

Inibição excessiva de acção espontânea, sentimentos ou comunicação — normalmente para criar um sentido de segurança e de predictabilidade; ou para evitar cometer erros, ser desaprovado pelos outros, catástrofe e caos, ou perder o controlo dos seus próprios impulsos. As áreas mais comuns do controlo excessivo envolvem: (a) inibição da raiva e agressão; (b) ordenamento e planeamento compulsivos; (c) inibição de impulsos positivos (ex: alegria, afeição, excitação sexual, brincadeiras); (d) aderência excessiva à rotina ou ritual; (e) dificuldade em expressar vulnerabilidade ou comunicar abertamente acerca dos seus próprios sentimentos, necessidades, etc.; ou (f) ênfase excessiva na racionalidade, sem dar atenção às necessidades emocionais.

17. Padrões Excessivos/Hipercriticismo

A crença subjacente é a de que a pessoa deve esforçar-se para atingir padrões internalizados de comportamento e desempenho muito elevados, habitualmente para evitar críticas. Normalmente resulta em sentimentos de pressão ou dificuldade em abrandar; e no hipercriticismo para consigo próprio e para com os outros. Tem que envolver uma deterioração significativa em: prazer, relaxamento, saúde, auto-estima, sentido de realização ou relacionamentos satisfatórios.

Padrões rígidos/excessivos apresentam-se tipicamente como: (a) perfeccionismo, uma atenção ao detalhe inadequada e excessiva, ou uma subestimada noção do quão bom é o desempenho da pessoa em relação a determinada norma; (b) regras rígidas e “deveres” em muitas áreas da vida, incluindo preceitos morais, éticos, culturais ou religiosos irrealisticamente elevados; ou (c) preocupação com tempo e eficiência, para que se consiga atingir mais e melhor.

18. Punição

Crença de que as pessoas deveriam ser severamente punidas por cometerem erros. Envolve a tendência para se ser agressivo, intolerante, punitivo e impaciente para com as pessoas (incluindo o próprio), que não se enquadrem nas suas próprias expectativas ou padrões. Normalmente, inclui a dificuldade em desculpar os erros a si próprio e aos outros, dada a relutância em considerar circunstâncias atenuantes, em aceitar a imperfeição humana ou em empatizar com sentimentos.

Para além da caracterização do conceito de EMP e da taxonomia descrita no Quadro 1.1., para se compreender o modo de funcionamento dos EMP, há que definir três processos esquemáticos, através dos quais os esquemas exercem a sua influência no comportamento e se perpetuam: processos de manutenção, processos de evitamento e processos de compensação dos esquemas (Young, 1990). A sua função consiste em manter a validade dos esquemas quando a possibilidade de uma mudança esquemática é demasiado ameaçadora. Estes processos, se muito recorrentes e sistemáticos, tornam-se estilos disfuncionais que impedem a vivência de situações que permitiriam experiências capazes de infirmar os EMP.

Vejamos em que consiste cada um destes tipos de processos esquemáticos.

4.2. Processos de Manutenção do Esquema

Young explica a rigidez, tão característica dos doentes com Perturbações de Personalidade, a partir do que denominou por manutenção do esquema (Young, 1990; McGinn & Young, 1996). Esta manutenção resulta, ao nível cognitivo, das distorções cognitivas descritas por Beck (1976) e, ao nível comportamental, a manutenção está relacionada com a selecção mal-adaptativa de um parceiro e de outras actividades auto-derrotistas (Young & Lindemann, 1992).

Assim, um doente com um EMP de Indesejabilidade Social, por exemplo, irá prestar mais atenção a pistas de rejeição por parte dos outros, menosprezando, ou até não identificando como tal, sinais de aprovação por parte do grupo. Desta forma, mesmo que seja submetido a experiências capazes de infirmar o seu EMP de Indesejabilidade Social, o processamento distorcido da informação relevante para o conteúdo do esquema não permite a infirmação deste — pelo contrário, a realidade é distorcida no sentido de confirmar e manter inalterado o esquema. São exemplos dos processos cognitivos disfuncionais que actuam como mecanismos de manutenção do EMP: inferência arbitrária, abstracção selectiva, personalização, magnificação/minimização, pensamento absolutista, sobregeneralização e catastrofização.

Quanto à manutenção comportamental, a escolha de parceiro funciona frequentemente, em muitos doentes com Perturbações de Personalidade, como um processo de manutenção dos seus EMP. Como exemplo, refira-se o caso dos doentes com o EMP de Desconfiança/Abuso. Não raras vezes, estas pessoas escolhem para companheiro(a) alguém que continua a abusar deles ou a traí-los, confirmando repetidamente o seu EMP. A

manutenção dos EMP pela escolha mal-adaptativa de parceiro tem sido também conceptualizada em termos da congruência entre a visão que o indivíduo tem de si próprio (derivada dos seus EMP) e a forma como o outro nos trata. Por exemplo, uma pessoa com um EMP de Defeito/Vergonha terá muita dificuldade em acreditar que alguém a ama e valoriza tal como é e achará mesmo isso estranho, uma vez que tal experiência é incongruente com o conteúdo do seu esquema; pelo contrário, um parceiro muito crítico e que esteja sempre a apontar-lhe defeitos torna-se mais “aceitável” e crível.

4.3. Processos de Evitamento do Esquema

Como referem Young e Lindemann, *“uma vez que a activação dos Esquemas Precoces Mal-adaptativos é acompanhada por níveis elevados de afecto negativo, os doentes tendem a desenvolver processos voluntários e automáticos para evitar os esquemas”* (1992, p. 13). O evitamento pode incluir evitamento cognitivo, afectivo e comportamental. Falamos de *evitamento cognitivo* quando o doente se recusa (conscientemente ou não) a pensar em temas relacionados com os esquemas, de *evitamento emocional* quando tenta não experienciar as emoções ligadas ao esquema e de *evitamento comportamental* quando evita situações nas quais seria activado o esquema. Muitas vezes, estes evitamentos ocorrem em simultâneo. É o caso de um doente com Perturbação de Personalidade de Evitamento que, não só não se relaciona com ninguém, como evita falar das suas dificuldades na terapia por se sentir muito diminuído, inferiorizado, envergonhado ao assumi-las e, muitas vezes, faz esforços para não se lembrar das situações em que se sentiu assim. Torna-se então claro porque é que também evita as situações nas quais o esquema é activado.

O evitamento, numa ou mais das suas vertentes, tem sido referido como um dos processos que melhor pode explicar as discrepância tantas vezes encontradas na prática clínica entre, por um lado, a informação acerca dos EMP do doente colhida a partir de questionários de auto-resposta que avaliem os seus esquemas e, por outro lado, a informação que o clínico obtém a partir do conhecimento que tem do doente (seja por informação acerca da história de vida deste, seja pela experiência directa na relação terapêutica).

4.4. Processos de Compensação do Esquema

Este mecanismo surgiu da observação de que certos doentes adoptam estilos cognitivos ou comportamentais que parecem ser o oposto do que poderia prever-se a partir do conhecimento dos seus EMP na terapia. De acordo com Young (1990), estes estilos compensam os EMP subjacentes. Por exemplo, alguns doentes que tenham experienciado privação emocional significativa enquanto crianças, comportam-se, quando adultos, de uma forma narcísica. Apesar de funcional em certa medida, a compensação do esquema pode ser, em última análise, contraproducente. Neste exemplo, o doente narcisista pode acabar por alienar os amigos e entrar num estado de privação, activando assim o EMP primário.

Como referem Young e Lindemann, *“os processos de compensação do esquema podem ser vistos como tentativas parcialmente bem sucedidas dos doentes para desafiar os seus*

esquemas. Como, habitualmente, isso envolve o “falhanço” no reconhecimento da sua vulnerabilidade subjacente, deixa o paciente impreparado para a dor evocada quando a compensação falha e o esquema é activado” (1992, p. 13). Na clínica, observa-se frequentemente que a compensação de esquemas pode ocorrer sob a forma de desenvolvimento de um esquema “compensatório”. Por exemplo, doentes com um EMP primário de Defeito/Vergonha podem desenvolver um esquema compensatório de Grandiosidade, ou doentes com um EMP primário de Fracasso podem desenvolver um esquema compensatório de Padrões Excessivos/Hipercriticismo. Em ambos os casos, o que se observa mais facilmente é o esquema compensatório e não o EMP primário. A resistência destes doentes em flexibilizarem padrões de pensamento e comportamentos relacionados com os seus esquemas compensatórios (também estes disfuncionais) pode ser encarada como uma tentativa de evita, a todo o custo, a activação do EMP primário, com o sofrimento que tal activação acarretaria.

4.5. Implicações terapêuticas

O modelo da Terapia Focada nos Esquemas nasceu em contexto clínico e foi desenvolvido precisamente para “adequar” a terapia ao tratamento de doentes com psicopatologia severa, de longa duração, nomeadamente perturbações crónicas ou de natureza desenvolvimental, como é o caso das Perturbações da Personalidade. O próprio autor o define, desde o início, como uma “heurística” clínica (Young, 1990, Young & Behary, 1998; Young & Klosko, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2003; Rafaeli, Bernstein & Young, *in press*).

De facto, ao propor uma taxonomia dos EMP subjacentes à psicopatologia, a TFE facilita o trabalho de avaliação e conceptualização do clínico, na medida em este passa a identificar qual ou quais dos 18 EMP parecem estar mais associados com os problemas do doente e permitem compreender melhor a psicopatologia deste numa formulação de base cognitiva. A correcta identificação dos EMP do doente permite ao terapeuta compreender o tipo de distorções cognitivas mais frequentes no processamento de informação do indivíduo, podendo antecipar o maior ou menor impacto que determinadas estratégias de intervenção poderão ter e, assim, tomar decisões mais acertadas quanto ao processo de mudança.

Uma das dificuldades mais frequentemente sentidas por quem trabalha na clínica das Perturbações da Personalidade prende-se com a dificuldade em motivar este tipo de doentes para a mudança. Frequentemente instáveis e resistentes quanto à necessidade e possibilidade de mudança, exigem do terapeuta um esforço adicional e particular cuidado, sobretudo nas primeiras sessões. De facto, a nossa experiência clínica, muita dela com base na TFE, leva-nos a considerar que muitos dos resultados a alcançar na terapia estão intimamente ligados à atitude do terapeuta desde o primeiro contacto pessoal com o doente. A primeira sessão torna-se particularmente importante na determinação da qualidade da aliança terapêutica futura. A formulação do caso a partir do modelo da TFE permite que o terapeuta tome consciência de que, em última análise, o que se pretende modificar é a estrutura da personalidade do doente e que níveis elevados de resistência à mudança são a regra, mais do que a excepção.

Mesmo quando o terapeuta é capaz de gerar hipóteses plausíveis acerca dos EMP nucleares do doente, deve estar atento para a necessidade de ultrapassar os processos de

Evitamento dos EMP que, muitas vezes, impedem o acesso, por parte do doente, aos temas mais relevantes acerca do Eu. Para muitos indivíduos, o próprio acesso consciente a memórias de infância relacionadas com algum dos seus EMP pode desencadear níveis de afecto negativo tão elevados que o doente aprende a evitar evocar tal informação (esta é uma das principais limitações à avaliação de EMP por questionários de auto-resposta, discutidas adiante no Capítulo 2). Ao dar relevância aos processos de evitamento dos esquemas, o modelo da TFE permite que o clínico aborde esta questão e trabalhe no sentido de diminuir a influência de tais processos (da Motta, Rijo & Pinto Gouveia, 2008a; da Motta, Rijo & Pinto Gouveia, 2008b; da Motta, Rijo e Pinto Gouveia, *in press*).

Um raciocínio idêntico ao anterior pode ser feito quanto aos processos de manutenção dos EMP. Na verdade, mesmo quando determinadas estratégias, comportamentos ou estilos cognitivos compensatórios parecem disfuncionais e, eles mesmos, responsáveis por parte das dificuldades do doente, o terapeuta deve ser capaz de entender que se trata de processos defensivos e que são, pelo menos em parte, tentativas parcialmente bem sucedidas por parte do doente, para se proteger da activação dos seus EMP primários. Uma tentativa de pôr fim a estes estilos compensatórios demasiado cedo em relação ao início do processo de mudança pode tornar-se demasiado ameaçadora para a organização cognitiva do sujeito e provocar o abandono da terapia ou, na melhor das hipóteses, espoletar níveis de ansiedade elevados que façam o doente rigidificar ainda mais o recurso a tais mecanismos “defensivos”.

Importa ainda referir que os processos de manutenção dos esquemas, nomeadamente os de natureza cognitiva, podem ser conceptualizados como os principais responsáveis pela resistência à mudança, uma vez que, tal como foi anteriormente referido, constituem um mecanismo de manutenção da componente cognitiva do esquema. Ou seja, ao distorcer a informação de modo a que esta seja congruente com o conteúdo semântico do esquema, ignorando informação discordante e seleccionando informação concordante com o mesmo, tais distorções impedem o indivíduo de experimentar situações capazes de infirmar as suas crenças nucleares. O terapeuta deve ser capaz de fornecer este “racional” ao doente e de se manter persistente no esforço pelo “combate” às crenças disfuncionais daquele, estando também preparado para o incentivar no trabalho de mudança.

Por fim, cabe ainda uma referência ao tipo de estratégias de intervenção utilizadas na TFE. Young (1990; Young, Klosko & Weishaar, 1994; Rafaeli, Bernstein & Young, *in press*), agrupa em 4 tipos diferentes as principais estratégias de intervenção: cognitivas, emocionais/experienciais, comportamentais e interpessoais. As *estratégias cognitivas* incluem todas as técnicas habitualmente utilizadas em terapia cognitiva e são particularmente úteis para educar os doentes acerca dos seus EMP, para trabalhar distorções cognitivas e aprenderem a identificar e modificar o seu estilo de pensamento disfuncional. As *estratégias comportamentais* podem ser directamente manipuladas pelo terapeuta no contexto da relação com o doente mas podem também consistir no ensaio de padrões de comportamento mais saudáveis ou em alterações comportamentais no estilo de vida do doente (por exemplo, sair de casa dos pais ou separar-se de um parceiro disfuncional). As *estratégias experienciais ou emocionais* servem, sobretudo, para facilitar o acesso aos EMP do doente (no Capítulo 2 estão descritas as estratégias utilizadas na avaliação dos EMP em contexto clínico), mas também para o trabalho da reestruturação de memórias da infân-

cia, isto é, para tornar mais acessíveis à consciência as memórias de episódios traumáticos, provocar catarse emocional e/ou permitir a reatribuição de significados menos disfuncionais para tais memórias. As *estratégias interpessoais* dizem respeito a todo o estilo de comportamento do terapeuta adentro da relação terapêutica, o qual deve visar o estabelecimento de uma relação saudável, evitando confirmar, pelo seu comportamento interpessoal, os EMP do doente.

Um tópico actual de discussão entre terapeutas com formação em TFE prende-se com a questão da “reparentização limitada” (*limited reparenting*). Proposto como uma das estratégias mais adequadas para a intervenção com Perturbações da Personalidade, nomeadamente as do Grupo B do DSM IV, alguns terapeutas têm referido que alguns doentes reagem mal a esta postura e tem sido questionado se será a estratégia que é contra-indicada (se sim, em que casos ou para que doentes?) ou se, por outro lado, pode ser o *timing* da utilização da mesma (por exemplo, demasiado cedo no processo terapêutico) que provoca reacções opostas às desejadas.

4.6. Esquemas Mal-adaptativos Precoces e Psicopatologia

Encontram-se publicados diversos estudos acerca da relação entre EMP e psicopatologia (Leung, Waller & Thomas, 1999; Ball e Cecero, 2001; Petrocelli, Glaser, Calhoun & Campbell, 2001a; Petrocelli, Glaser, Calhoun & Campbell, 2001b; Cecero & Young, 2001; Harris & Curtin, 2002; Baker & Beech, 2004; Brotchie, Meyer, Copello, Kidney & Waller, 2004; Jovev & Jackson, 2004; Mason, Platts & Tyson, 2005; Turner, Rose & Cooper, 2005; Pinto Gouveia, Castilho, Galhardo & Cunha, 2006; Castille, Prout, Marczyk, Shmidheiser, Yoder & Howlett, 2007), tendo surgido, nos últimos anos, os primeiros estudos acerca da eficácia da TFE nalguns quadros clínicos (Halford, Bernorth-Doolan & Eadie, 2002; Hoffart, Versland & Sexton, 2002; Welburn, Dagg, Coristine & Pontefract, 2000; Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt, Kremers, Nadort & Arntz, 2006; Cottraux, Note, Boutitie, Milliery, Genouihlac, Yao, Note, Mollard, Bonasse, Gaillard, Djamoussian, Mey Guillard, Culem & Gueyffier, 2009). São estas investigações, e os principais resultados das mesmas, que apresentamos de seguida.

Inicialmente, a TFE foi desenvolvida como modelo conceptual e formato de tratamento para doentes com Perturbações da Personalidade. Cedo se percebeu, no entanto, que os EMP, tal como tinham sido definidos, não eram exclusivos da psicopatologia do Eixo II, embora possamos supor que nos indivíduos com psicopatologia da personalidade eles possam ser mais salientes, mais nucleares para o sentido do Eu, mais precoces e/ou mais invalidantes. Isto é, mais salientes ou proeminentes e também ligados a níveis mais intensos e afecto negativo. Alguns estudos mostraram a relação entre EMP e psicopatologia, nomeadamente a patologia da personalidade.

Ball e Cecero (2001), realizaram um estudo acerca da associação entre EMP e Perturbações da Personalidade, numa amostra de 41 doentes com dependência de substâncias psicoactivas. Encontraram uma relação entre a Perturbação de Personalidade anti-social e os EMP de Desconfiança/Abuso e Inibição Emocional mas não com os EMP de Grandiosidade e de Auto-Controlo Insuficiente, tal como seria de esperar. A Perturbação de Personalidade *Borderline* mostrou maior associação aos EMP de Abandono/Instabi-

lidade Emocional e de Desconfiança/Abuso e a Perturbação de Personalidade de Evitamento mostrou correlacionar-se com o EMP de Subjugação mas não com os de Isolamento Social ou Defeito/Vergonha, como tinha sido previsto. Ainda que tenham utilizado entrevistas estruturadas de diagnóstico para avaliar os sujeitos, de facto, o reduzido tamanho da amostra, bem como a natureza correlacional dos estudos, obrigam a olhar com cuidado para estes resultados.

Jovev e Jackson (2004) estudaram a dos EMP em num grupo de 48 doentes, cujo principal diagnóstico era uma de três Perturbações de Personalidade: *borderline* (n= 13), obsessivo-compulsiva (n= 13) e de evitamento (n= 22). No grupo de doentes *Borderline*, foram obtidas pontuações mais elevadas nos EMP de Dependência/Incompetência Funcional, Defeito/Vergonha e Abandono, o que é bastante consistente com o modelo teórico proposto por Young para esta perturbação (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Nos doentes com Perturbação da Personalidade Obsessivo-Compulsiva, obtiveram-se maiores pontuações no EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, resultados igualmente esperados a partir dos pressupostos teóricos e concordantes com o proposto por Beck, Freeman *et al.* (1990). Nos doentes com Perturbação da Personalidade de Evitamento, destacaram-se as pontuações no EMP de Inibição Emocional. Este estudo foi realizado com a versão breve do YSQ (Young, 1998), de 75 itens que foram retirados dos 205 originais.

Estudando os EMP como variáveis mediadoras da relação entre Depressão e personalidade auto-derrotista (definida como um conjunto de padrões duradouros e traços inflexíveis que se caracterizam por humor depressivo, auto-imagem dominada por temas de menos valia e um estilo interpessoal de auto-sacrifício, na concepção de T. Millon), Petrocelli, Glaser, Calhoun e Campbell (2001a), testaram a hipótese de que determinados EMP – Abandono, Defeito/Vergonha, Fracasso, Subjugação e Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, bem como a personalidade auto-derrotista (avaliada pelo MCMI-II; Millon, 1987), seriam responsáveis por um grau considerável da variância na depressão, medida pelo BDI. Também estes autores utilizaram a versão curta de 75 itens do YSQ e a amostra total foi de 82 doentes (49 do sexo feminino e 33 do sexo masculino). Utilizando um procedimento de análise da regressão múltipla, Petrocelli *et al.* concluíram que os EMP e a personalidade auto-derrotista se associam de forma significativa e positiva com a depressão. Os preditores mais fortes da depressão foram o EMP de Abandono, o EMP de Defeito/Vergonha e a personalidade auto-derrotista, por ordem decrescente de importância. Estudaram ainda a hipótese de a relação entre depressão e personalidade auto-derrotista ser mediada pelos EMP, nomeadamente os dois anteriormente referidos. Uma série de análises de regressão para testar este efeito mediador, corroborou a hipótese testada. De facto, introduzindo o Abandono na análise, o efeito da personalidade auto-derrotista na depressão diminuiu consideravelmente e deixou de ser estatisticamente significativo, tendo acontecido o mesmo quando se introduziu na análise o Defeito/Vergonha.

Os mesmos autores do estudo anterior (Petrocelli, Glaser, Calhoun & Campbell, 2001b), utilizando igualmente o MCMI II (Millon, 1987) e a versão de 75 itens do YSQ, estudaram os EMP de cinco padrões de personalidade perturbada que emergiram de análises de *clusters* realizadas a partir das subescalas de Perturbações da Personalidade do MCMI II. A amostra deste estudo foi constituída por 129 doentes em regime de consulta externa,

numa clínica de apoio a estudantes universitários. O objectivo foi verificar até que ponto os EMP poderiam identificar correctamente padrões de Perturbações da Personalidade derivados dos dados empíricos. As diferenças entre os clusters de Perturbação da Personalidade centraram-se em 5 componentes da personalidade e 5 EMP. Análises da função discriminante (em que as pontuações dos EMP entraram como preditores e a pertença ao *cluster* de Perturbação da Personalidade como critério), revelaram duas funções significativas, compostas de EMP e que permitiram classificar correctamente 61.2% da amostra total quanto à pertença aos *clusters*. A proporção total da variância nas duas funções significativas associadas com as diferenças entre *clusters* foi de 76.8%.

Castille, Prout, Marczyk, Shmidheiser, Yoder e Howlett (2007) realizaram o único estudo publicado até ao presente acerca dos EMP de indivíduos que se auto-mutilam. Na amostra de 105 participantes, incluíram indivíduos da população geral e utentes de serviços clínicos, alguns apenas com um episódio de auto-mutilação e outros com episódios repetidos e frequentes. Os resultados evidenciaram que 4 EMP distinguiam indivíduos que se auto-mutilam daqueles que o não fazem: Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha e Auto-Controlo/Auto-Disciplina Insuficientes. No entanto, quando se trata de distinguir os indivíduos que se auto-mutilam repetidamente daqueles que nunca o fizeram ou que apenas o fizeram uma vez ao longo da vida, são os EMP de Privação Emocional, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha e Auto-Controlo/Auto-Disciplina Insuficientes que revelam as diferenças. É ainda de referir que o EMP que apresenta maior correlação com o número de episódios de auto-mutilação é o de Isolamento Social/Alienação, o que faz sentido, se entendermos que os doentes que mais fortemente se auto-mutilam são, provavelmente, os que apresentam maior disfunção no relacionamento interpessoal e, por isso também, endossarão mais significativamente os itens deste EMP. Foi utilizada a forma longa de 205 itens do YSQ, que avalia 16 EMP (Young & Brown, 1990).

Numa amostra de 194 estudantes pré-graduados, Harris e Curtin (2002), estudaram a relação entre a percepção dos estilos parentais dos progenitores, os EMP (supostamente desenvolvidos a partir de tais estilos parentais) e a depressão. Como instrumento para avaliar EMP foi usado o YSQ-Longo de 2005 itens, para avaliar estilos parentais, o *Parental Bonding Inventory* (PBI) e como medida da depressão, o BDI II. Os resultados mostraram que os EMP mais associados à depressão e à percepção de estilos parentais disfuncionais dos progenitores foram os EMP de Defeito/Vergonha, Auto-Controlo insuficiente, Vulnerabilidade e Incompetência/Inferioridade. Estes 4 EMP revelaram-se também como mediadores da relação entre estilos parentais disfuncionais e depressão.

Pinto Gouveia, Castilho, Galhardo e Cunha estudaram quais os EMP de doentes com fobia social, comparando 62 indivíduos com o diagnóstico de fobia social, com 41 doentes com outras perturbações ansiosas e 55 controlos não psiquiátricos, utilizando a versão portuguesa da primeira edição do Questionário de Esquemas de Young (123 itens, avaliando 15 EMP). Os resultados apontam no sentido de os doentes com fobia social possuírem uma estrutura esquemática distinta da dos doentes com outras perturbações ansiosas, diferindo também em relação ao grupo sem psicopatologia. Análises de regressão identificaram os EMP de Desconfiança/Abuso, Indesejabilidade Social, Defeito, Grandiosidade, Privação Emocional, Padrões Excessivos e Vergonha como preditores que explicaram a maior parte da variância na ansiedade social sentida pelos sujeitos da amostra em situ-

ações sociais, bem como no medo de avaliação negativa. O grupo de doentes com fobia social revelou possuir maior endosso nos EMP da área da ligação aos outros/rejeição.

Um estudo de Brotchie, Meyer, Copello, Kidney e Waller (2004), debruçou-se sobre o papel das crenças nucleares nos abusadores de álcool e de opiáceos, comparando 4 grupos no endosso de EMP: abusadores de álcool (n= 44), abusadores de opiáceos (n= 36), abusadores de ambas as substâncias (n= 17) e um grupo não clínico (n= 87). Foram avaliados os 15 EMP que constam da versão curta de 75 itens do YSQ. Os grupos clínicos revelaram sempre maior endosso do que o grupo não clínico, nas 15 subescalas do YSQ, distinguindo-se assim também no total da escala. Quanto aos grupos clínicos, surgiram apenas diferenças estatisticamente significativas nas comparações múltiplas em relação a 3 subescalas: o EMP de Inibição Emocional distingue o grupo de abuso de ambas as substâncias dos restantes dois; os EMP de Subjugação e de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença são também mais elevados em ambos os grupos onde existe abuso de álcool, por comparação ao grupo de abusadores de opiáceos.

Três estudos relacionam ainda os EMP e os processos esquemáticos com comportamento alimentar. Um estudo de Luck, Waller, Meyer, Ussher e Lacey (2005), recorreu ao Inventário de Evitamento de Young e Righ e ao Inventário de Compensação de Young, para estudar os processos esquemáticos nas perturbações alimentares. Dada a inexistência de estudos definitivos de validação destas medidas, os próprios autores realizaram estes estudos numa amostra de 134 indivíduos do sexo feminino com perturbações alimentares e 345 indivíduos do mesmo sexo, provenientes da população geral. Os resultados mais interessantes mostraram que o subgrupo de anorécticas tanto endossou evitamento primário dos afectos (isto é, estratégias que evitam a activação emocional), como evitamento secundário dos afectos (ou seja, estratégias que reduzem a experiência das emoções já activadas), sendo que as que mais endossaram ambas as estratégias foram as anorécticas do sub-tipo purgativo. No grupo de doentes bulímicas, como se esperava, dominou o endosso de estratégias de evitamento secundário, nomeadamente ao nível do domínio comportamental/somático. Num outro estudo, Leung, Waller e Thomas (1999) estudaram as crenças nucleares de mulheres bulímicas e anorécticas, comparando 20 anorécticas restritivas, 10 anorécticas purgativas, 27 bulímicas e 23 mulheres da população geral quanto aos EMP. Os resultados mostraram que os grupos clínicos endossaram com maior saliência os EMP que o grupo de controlo. Neste estudo, emergiram diferentes padrões de associação entre psicopatologia alimentar e esquemas, ao comparar as mulheres anorécticas com as bulímicas, mas os grupos clínicos apenas se distinguiram no EMP de Grandiosidade, pontuando as mulheres bulímicas valores mais elevados nesta subescala do YSQ por comparação ao grupo de anorécticas restritivas. Para além dos tamanhos das amostras, este estudo apresenta graves limitações metodológicas, pelo que estes resultados devem ser lidos com cautela redobrada.

Num estudo em adolescentes em idade escolar, Turner, Rose & Cooper (2005), compararam 23 raparigas com excesso de peso com outras 23 com IMC normativos, avaliando estilos parentais através do *Parental Bonding Inventory* (que permite calcular medidas de cuidados parentais e superprotecção para ambos os pais) e EMP através do YSQ de 75 itens. As adolescentes obesas revelaram possuir maior número de crenças negativas acerca de si próprias, endossando com maior intensidade os EMP de Privação Emocional, Abandono, Subjugação e Auto-controlo Insuficiente, por comparação às adolescentes

não obesas. As primeiras revelaram também perceberem os seus pais como mais super protectores e menos cuidadores. Neste grupo, a percepção de cuidadores por parte das suas mães revelou uma correlação negativa estatisticamente significativa com os EMP.

Em suma, nos últimos anos surgiram publicados diversos estudos que relacionam EMP com diferentes tipos de psicopatologia. O estado da arte das intervenções ditas cognitivas, que tem enfatizado o papel das crenças nucleares como factores de vulnerabilidade e de manutenção da psicopatologia, terá certamente contribuído para dirigir a atenção de investigadores para estudos desta natureza. No entanto, ainda que os resultados em geral atestem da relação entre EMP e psicopatologia, explicitando padrões específicos de associações entre determinados EMP e diferentes perturbações mentais, é preciso ter em consideração que muita desta investigação apresenta limitações sistemáticas. Na maioria dos casos, as variáveis que permitem classificar os doentes em determinado grupo são derivadas de pontuações em medidas dimensionais de psicopatologia ou estão baseadas no diagnóstico do clínico e são escassos os estudos em que se utilizam entrevistas estruturadas e validadas para estabelecer os diagnósticos. Por outro lado. Quando os investigadores tiveram esse cuidado, o tamanho das amostras é frequentemente reduzido, comprometendo assim a validade e possibilidade de extrapolação dos resultados. Ainda assim, uma leitura atenta destas investigações permite verificar que os EMP que mais se associam à psicopatologia correspondem a 8 ou 9 das 18 subescalas do YSQ-S3 (Cf. Capítulo 4).

Por fim, é ainda necessário salientar que estes estudos foram realizados com diferentes versões do Questionário e Esquemas, nem todas com as mesmas características psicométricas e nem sequer medindo o mesmo número de EMP. O estudo de Luck, Waller, Meyer, Ussher & Lacey (2005) merece ser destacado por se tratar do único que recorreu a medidas de processos esquemáticos, nomeadamente o evitamento e compensação, cuja inclusão em futuros estudos poderá evidenciar diferenças entre grupos de psicopatologia. É bem possível que dois grupos com diagnósticos diferentes possam divergir não nos EMP subjacentes à psicopatologia mas antes nos processos pelos quais esses EMP se mantêm inalterados. Estudos recentes com a versão portuguesa do Inventário de Evitamento de Young e Righ (da Motta, Rijo & Pinto Gouveia, 2008a, 2008b) mostraram que existem diversas estratégias de evitamento de esquemas, comuns à população geral e à população clínica, e que os doentes se distinguem nalgumas delas mas não noutras. Ou seja, poderão existir estratégias de evitamento de EMP que sejam adaptativas e outras que tenderão a ser disfuncionais e a contribuir para a manutenção ou até agravamento da psicopatologia.

4.7. A eficácia da Terapia Focada nos Esquemas

Como referimos no ponto anterior, surgiram recentemente os primeiros estudos acerca da eficácia da TFE (Halford, Bernorth-Doolan & Eadie, 2002; Hoffart, Versland & Sexton, 2002; Welburn, Dagg, Coristine & Pontefract, 2000; Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen, van Asselt, Kremers, Nadort & Arntz, 2006). Os estudos de resultados das intervenções terapêuticas são sempre mais difíceis de realizar e colocam inúmeros desafios aos investigadores. Dificuldades redobradas decorrem em relação à TFE, uma vez que o maior interesse é estudar a sua eficácia em amostras de doentes com

Perturbações da Personalidade (o que torna as intervenções mais longas e aumenta a probabilidade de abandono por parte dos doentes). Vejamos, brevemente, alguns dos principais resultados destes estudos.

Halford, Bernorth-Doolan e Eadie (2002), publicaram o primeiro estudo de resultados em doentes com depressão e com perturbações ansiosas, em que se testa o efeito moderador dos EMP na eficácia clínica de um programa de intervenção cognitivo-comportamental. O que testam é se o endosso dos EMP prediz uma resposta fraca ao tratamento. Dos 134 inicialmente recrutados, 121 doentes completaram a totalidade do programa de intervenção. Dois terços dos doentes mostraram uma redução de sintomas estatisticamente significativa e metade revelou grande redução dos sintomas. O endosso dos EMP de Privação Emocional e Abandono, Emaranhamento e Padrões Excessivos de Realização associaram-se a maiores níveis de depressão, ansiedade e sintomas psiquiátricos em geral no início do tratamento. Os dados mostraram também mudanças nos EMP ao longo do tratamento, ainda que os tamanhos dos efeitos dessas mudanças fossem pequenos, por comparação aos efeitos nas medidas de psicopatologia que foram moderados na maior parte dos indicadores. Contrariamente ao previsto, um maior endosso dos EMP na avaliação inicial não previu menor resposta à intervenção; o tratamento foi eficaz para a maioria dos doentes, independentemente do grau de endosso dos EMP. No entanto, este estudo não avaliou os resultados da intervenção após a alta; a ausência de *follow up* impede testar totalmente a hipótese enunciada. Interessantes são os resultados que mostraram que a redução dos *scores* nos EMP prognosticou de forma clara as reduções nas medidas de auto-avaliação da depressão, ansiedade e sintomas psicopatológicos. No seu conjunto, como concluem os autores, os resultados corroboram a hipótese de que uma mudança ao nível dos EMP pode ser importante na redução dos níveis de psicopatologia do Eixo I, nomeadamente a depressiva e a ansiosa. Apesar destes resultados, é bom salientar que este estudo foi realizado com doentes com psicopatologia sintomática, sendo possível que o endosso dos EMP, mesmo na avaliação pré-tratamento, seja inferior ao que acontece com doentes do Eixo II.

Hoffart, Versland e Sexton (2002), num desenho complexo, estudaram variáveis de processo que consideraram influenciar o resultado de uma intervenção com base na TFE. As variáveis em estudo foram “compreensão” dos doentes acerca das sessões, empatia, descoberta guiada e endosso de EMP. O estudo foi realizado numa amostra de 35 doentes com perturbação de pânico com/sem agorafobia, sendo que muitos deles preenchiam também alguns critérios das Perturbações de Personalidade do Grupo C. Os resultados estudados referem-se a um programa realizado em contexto de internamento e com 11 semanas de duração. Sumariamente, mostraram que uma maior compreensão relatada pelo doente em relação à primeira sessão se relacionou com maior redução quer nos EMP, quer nas medidas de psicopatologia, ao longo do tratamento. Mas o resultado mais interessante foi talvez o de que quanto maior foi a redução nos EMP, na sequência semanal das sessões, menor foi o nível de sofrimento e desconforto relatado na sessão seguinte (e vice-versa). Estes efeitos foram constantes ao longo do tratamento.

Ambos os estudos anteriormente referidos incluíram apenas doentes com perturbações sintomáticas. Mais interessante é o desenho do estudo realizado por Nordahl, Holthe e Haugum (2005), no qual, incluindo doentes com e sem Perturbações da Personalidade, testam a hipótese de que a modificação nos EMP conduz ao alívio dos sintomas. Estu-

daram uma amostra de 82 doentes da consulta externa de uma clínica psiquiátrica, avaliados pela SCID I e pela SCID II (ver Capítulo 3 para uma descrição destes instrumentos), sendo que 44 revelaram possuir uma perturbação do Eixo I e 38 uma Perturbação da Personalidade como diagnóstico principal. Controlando os efeitos da sintomatologia na avaliação pré-tratamento, compararam ambos os grupos quanto aos EMP endossados, sendo que 12 dos 15 EMP avaliados distinguiram significativamente os doentes do Eixo I dos doentes do Eixo II. Estes dados corroboram a hipótese de que às Perturbações da personalidade estarão associados maiores níveis de disfunção dos EMP. A diminuição nos valores dos EMP entre a avaliação pré e pós-tratamento parece predizer o alívio na sintomatologia global (Índice Global de Severidade do BSI). Apesar dos tamanhos dos dois grupos e de se tratar de amostras de conveniência, com predomínio das Perturbações da Personalidade do Grupo C, foi possível avaliar a existência de diferentes perfis de EMP para diferentes Perturbações da Personalidade. Os indivíduos com Perturbações da Personalidade Paranóide, Borderline, Dependente revelaram possuir EMP no domínio do distanciamento e rejeição bem como o EMP de Defeito/Vergonha, enquanto os indivíduos com traços Obsessivo-Compulsivos e Passivo-Agressivos pontuaram mais alto nos EMP de Grandiosidade e Auto-Controlo Insuficiente.

Testando os efeitos de um programa diário de tratamento psiquiátrico que incluiu 5 modalidades de intervenção em grupo (não específicas da TFE), e que teve a duração de 12 semanas, Welburn, Dagg, Coristine e Pontefract (2000), mostraram que os 84 doentes (com diferentes quadros psicopatológicos, incluindo alguns com Perturbações da Personalidade) que realizaram o programa, revelaram diminuição significativa nas medidas de psicopatologia (BSI), mas apenas houve diferenças estatísticas em 3 dos 15 EMP avaliados: Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Isolamento Social e Defeito. 15 controlos em lista de espera não revelaram diferenças no mesmo período em nenhuma das duas medidas. Num estudo com 36 doentes diagnosticados com perturbação de pânico com agorafobia, e submetidos a 10 sessões semanais de terapia cognitiva em grupo para esta perturbação, Rusinek, Graziani, Servant, Hautekeete e Deregnaucourt (2004) observaram mudanças no pós-tratamento ao nível da redução dos sintomas mas não ao nível dos EMP dos participantes. Ambos os estudos sofrem, em nossa opinião, de graves limitações metodológicas. Para além de os participantes não terem sido submetidos a um método rigoroso de diagnóstico, não é claramente descrita a natureza da intervenção realizada, nem se avalia a qualidade do tratamento disponibilizado. Para além disso, é necessário estabelecer, de antemão, quais os EMP que se espera que estejam relacionados com a psicopatologia das amostras e estudar tais dimensões em particular. Por exemplo, numa patologia mais específica como é a do pânico, pode esperar-se, a partir da teoria, uma mudança ao nível dos EMP de Vulnerabilidade e de Emaranhamento, mais do que nos restantes EMP.

O estudo de Giesen-Bloo, van Dyck, Spinhoven, van Tilburg, Dirksen *et al.* (2006), compara a eficácia da TFE com psicoterapia psicodinâmica, baseada na transferência e contra-transferência, num ensaio em que os doentes foram aleatoriamente distribuídos pelos tratamentos. As avaliações dos sujeitos foram realizadas antes da distribuição pelas duas condições e, posteriormente, a cada 3 meses, durante um período de 3 anos. 44 doentes que receberam TFE e 42 dos que receberam terapia dinâmica completaram todas as avaliações, tendo existido maior abandono da terapia neste segundo grupo. Foram encontradas melhorias em todos os indicadores, em ambas as intervenções, no final de

cada um dos três anos de intervenção. No entanto, foram os doentes do grupo de TFE que revelaram maior remissão dos sintomas no *Borderline Personality Disorder Severity Index, 4th version* (BPDSI). Este grupo revelou também maiores melhorias nos indicadores de psicopatologia geral, medidas de EMP e maior incremento na qualidade de vida auto-relatada.

Um estudo ambicioso, multicêntrico, decorre actualmente em vários hospitais psiquiátricos dos sistema prisional holandês e visa testar a eficácia da TFE, incluindo a terapia focada nos modos esquemáticos (ver adiante, neste capítulo), numa amostra de 114 reclusos com Perturbações da Personalidade. Este estudo compara a eficácia da TFE com o tratamento usualmente fornecido pelo sistema à população reclusa com estas patologias (Bernstein, Arntz & Vos, 2007). É coordenado por D. Bernstein e, no último relatório de evolução dos trabalhos apresentado em 2009, os 35 doentes já incluídos no estudo revelaram mudanças significativas nos indicadores de resultado, incluindo maior número de saídas precárias autorizadas pelos estabelecimentos prisionais, por comparação ao grupo de controlo (tratamento usual). Este estudo envolve 25 terapeutas especializados no terreno e é ainda muito cedo para se poderem retirar conclusões válidas.

Em Portugal, iniciou-se há sensivelmente um ano um projecto de investigação de resultados do programa de intervenção em grupo GPS - Gerar Percursos Sociais (Rijo & Sousa, 2004; Rijo, Sousa, Lopes, Pereira, Vasconcelos, *et al.*, 2007), em amostras forenses de adolescentes e adultos. Trata-se de um programa de 40 sessões semanais, baseado no modelo da TFE mas desenhado para ser implementado em grupos de 8 a 12 participantes e que visa a redução do comportamento anti-social e agressivo através da mudança provocada no processamento distorcido de informação. Pressupõe como subjacentes ao comportamento anti-social os EMP de Privação Emocional, Desconfiança/Abuso, Abandono, Defeito/Vergonha, Fracasso, Indesejabilidade Social/Alienação, Grandiosidade e Auto-Controlo/Auto-Disciplina Insuficientes (sendo que estes dois últimos são vistos como esquemas compensatórios). Os primeiros estudos, numa amostra de 27 adolescentes anti-sociais, revelaram resultados encorajadores nas medidas pós-tratamento ao nível dos EMP, distorções cognitivas associadas à raiva e diminuição de comportamentos agressivos.

4.8. Novos desenvolvimentos em Terapia Focada nos Esquemas

Mais recentemente, para além do conceito de EMP a que nos temos vindo a referir, Young propôs e deu relevância ao construto de modos esquemáticos, já proposto por Beck (Beck, Freeman *et al.*, 1990; Beck, Freeman, Davis *et al.*, 2004). De acordo com Young (Young, Klosko & Weishaar, 2003), o construto de modo é provavelmente o mais difícil de explicar na sua teoria dos esquemas, uma vez que se trata de um construto que inclui diversos elementos. O autor define os modos esquemáticos como *“as respostas de coping e estados emocionais momentâneos – adaptativos e inadaptativos – que todos experimentamos... são activados por situações de vida a que sejamos ultra sensíveis... Ao contrário de outros construtos da TFE, interessa-nos trabalhar quer com os modos inadaptativos, quer com os modos adaptativos. De facto, tentamos ajudar os doentes a mudarem de um modo disfuncional para um modo saudável, como parte do processo de mudança esquemática”* (*idem*, p. 37).

Da activação dos modos esquemáticos advém um conjunto de reacções que controlam o funcionamento do indivíduo por determinado período de tempo. Trata-se, portanto de um conceito de “estado” (Lobbestael, Arntz, Cima & Chakhssi, 2009). Esta seria uma noção útil na compreensão e tratamento de psicopatologias do eixo II, nomeadamente as do Grupo B, tendo em conta a instabilidade que as caracteriza (Lobbestael, Arntz & Sieswerda 2005; Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2007).

Young, Klosko e Weishaar (2003) propuseram inicialmente dez modos esquemáticos. Posteriormente, a equipa de investigadores da Universidade de Maastricht, trabalhando na tentativa de desenvolver uma medida de modos, acrescentou mais quatro modos esquemáticos devido à sua pertinência para a investigação da psicopatologia da personalidade no meio forense (Bernstein, Arntz & Vos, 2007). Na última revisão foram integrados mais modos aos já anteriormente definidos, totalizando vinte e dois (Lobbestael, van Vreeswijk & Arntz, 2007). Os modos esquemáticos subdividem-se em quatro categorias principais: os modos de criança, os modos de *coping* mal-adaptativos, os modos de pais disfuncionais e o modo adulto saudável (Young Klosko & Weishaar, 2003; Lobbestael, Vreeswijk, Arntz, 2007). O *Schema Mode Inventory – Long Version*, foi desenvolvido e validado para a população holandesa por Lobbestael, van Vreeswijk, Spinhoven e Arntz (2007), e as 16 subescalas (várias escalas teóricas não foram corroboradas pelos dados e outras colapsaram apenas numa) deste instrumento avaliam os seguintes modos: Criança Abusada e Abandonada, Criança Solitária, Criança Irritada, Criança Enfurecida, Criança Impulsiva, Criança Indisciplinada, Criança Feliz, Pai Exigente, Pai Punitivo, Protector Desligado, Auto-Apaziguamento Desligado, Controlo Excessivo, Grandiosidade, Ataque e *Bullying*, Rendição Complacente e Adulto Saudável. Cada uma destas subescalas possui entre dez e trinta e um itens. Ainda que os autores tenham concluído pela adequação da estrutura dimensional da escala, os dados disponíveis até ao momento são ainda claramente insuficientes (Lobbestael, 2008).

5. Síntese

Neste capítulo, procurou-se descrever a filiação conceptual do modelo teórico subjacente à Terapia Focada nos Esquemas, entendendo-o como um desenvolvimento do modelo conceptual da Terapia Cognitiva de Beck que, por sua vez, pode ser encarada como uma aplicação à clínica do paradigma do processamento da informação, dominante nas ciências psicológicas nas últimas décadas. Foram descritos e detalhados os principais construtos do modelo da TFE, dando particular realce à taxonomia de 18 EMP, uma vez que é este o conceito que pretendemos estudar e cujos métodos de avaliação se validam e comparam nos estudos empíricos que realizámos. É também revista a investigação produzida desde 1990 acerca da avaliação entre EMP e psicopatologia e apresentados os estudos de eficácia desta intervenção actualmente publicados. Ainda que sejam brevemente elencadas as implicações deste modelo na prática da psicoterapia, as estratégias de avaliação de EMP foram propositadamente excluídas deste capítulo conceptual introdutório para serem apresentadas no capítulo seguinte, dedicado à avaliação de EMP.

Capítulo 2

A avaliação dos Esquemas Mal-adaptativos Precoces

Capítulo 2

A avaliação dos Esquemas Mal-adaptativos Precoces

1. Introdução
2. Estratégias de avaliação de esquemas em contexto clínico
3. Investigação com o YSQ
4. Limitações da avaliação de esquemas por questionários de auto-resposta
5. Desenvolvimento: uma nova metodologia de avaliação de EMP

Capítulo 2

A avaliação dos Esquemas Mal-adaptativos Precoces

1. Introdução

A avaliação das estruturas cognitivas, de um ponto de vista das terapias cognitivas, consiste na tentativa de identificar os esquemas, postulados como subjacentes ao processamento distorcido da informação (cf. Capítulo 5) que, por sua vez, conduzem à formação de produtos cognitivos e estão subjacentes ao comportamento característico da psicopatologia do indivíduo. Falar de esquemas de uma forma geral, como se fossem as únicas estruturas cognitivas definidas e estudadas é assumir uma perspectiva reducionista, uma vez que têm sido definidos vários tipos de representação cognitiva, como referimos no capítulo anterior. Landau e Goldfried (1981), por exemplo, apresentam, adentro da avaliação de esquemas, a avaliação dos mapas cognitivos, dos planos, dos *script* situacionais, instrumentais e pessoais, e ainda dos esquemas semânticos. No entanto, de um ponto de vista clínico, têm sido sugeridas sobretudo estratégias de avaliação dos chamados esquemas semânticos, crenças ou proposições, respeitando a distinção entre estrutura e conteúdo do esquema (Ingram & Kendall, 1986)

A maior parte da investigação (e prática clínica) que inicialmente se debruçou sobre a avaliação das cognições abordou sobretudo os produtos cognitivos. Estes, porque mais acessíveis à consciência, são passíveis de ser verbalizados ou identificados pelo indivíduo por recurso a métodos de auto-avaliação. No entanto, a generalidade dos autores tem vindo a encarar os esquemas como nucleares à psicopatologia, quer do ponto de vista da vulnerabilidade à mesma, quer como intrinsecamente ligados à sua manutenção. Tem sido ainda sublinhada a necessidade de as diversas intervenções se focarem ao nível da mudança das estruturas e não unicamente ao nível das mudanças nos produtos cognitivos. Acredita-se que a mudança a um nível mais superficial pode diminuir ou fazer regredir a psicopatologia, mas não é garante da manutenção dos ganhos terapêuticos e, a não ser que haja mudança ao nível das cognições mais estáveis e nucleares para o auto-conceito do indivíduo — mudança esquemática —, as probabilidades de recaída mantêm-se elevadas, mesmo que o tratamento tenha sido bem sucedido. Apesar desta hipótese não ter ainda confirmação empírica robusta, vários autores partilham deste ponto de vista e tem sido sugerido que se investigue a eficácia diferencial de protocolos de intervenção focados na mudança ao nível das estruturas, comparativamente à eficácia das intervenções mais dirigidas aos produtos cognitivos (Safran, Vallis, Segal & Shaw, 1986).

É necessário ter em conta que a avaliação de estruturas cognitivas levanta uma série de questões e debates teóricos que não podem ser totalmente abordados no espaço de um capítulo desta natureza. Assim sendo, este capítulo centra-se apenas na avaliação dos EMP, tendo em conta que é a avaliação deste construto o objecto dos estudos que se apresentam nos capítulos seguintes. Pode ser dividido em três partes distintas. Numa primeira parte, revemos as estratégias de avaliação clínica de EMP elencadas pelos autores do modelo da TFE. Num segundo ponto, sintetizamos os estudos de validação do Questionário de Esquemas de Young (YSQ), uma vez que os estudos que apresentamos no Capítulo 4 são precisamente a validação deste instrumento na sua versão mais recente (o YSQ-S3). Por fim, numa última secção, discutem-se aspectos críticos da avaliação de estruturas cognitivas nucleares por questionários de auto-resposta. Esta última parte fundamenta o desenvolvimento de um novo instrumento de avaliação de EMP – Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores (Rijo & Pinto Gouveia, 1999, 2006), cujo desenvolvimento e validação estão apresentados no Capítulo 5.

2. Estratégias de avaliação de esquemas em contexto clínico

Guidano e Liotti (1982) sublinham que as estruturas que mais importam modificar são as que se referem ao *Self*, isto é, as responsáveis, quer pela visão que o doente tem de si, quer pelas suas atitudes em relação ao *Self*. São pois os esquemas relacionados com o auto-conhecimento do doente ou com as regras tácitas subjacentes ao conhecimento de si. Têm sido referidas algumas pistas para a avaliação destas estruturas.

De uma forma geral, e ao longo de todo o processo terapêutico, a avaliação dos esquemas nucleares é sempre inferencial e baseia-se grandemente na recolha de uma amostra de pensamentos automáticos negativos — ligados entre si —, a partir dos quais se inferem regras tácitas subjacentes à visão que o indivíduo tem de si próprio. Este tipo de avaliação passa, sobretudo, pela procura de redundâncias e de temas recorrentes, quer nos pensamentos automáticos, quer no discurso do doente. Trata-se de uma tarefa contínua, ou seja, decorre ao longo da terapia, apura-se à medida que aumenta o conhecimento do doente, e deve fazer parte da atitude permanente do terapeuta, desde o início da primeira sessão terapêutica. É de salientar que, por vezes, sobretudo nos doentes mais perturbados ou no caso dos doentes com Perturbações da Personalidade, a exploração destes temas nucleares não pode ser realizada demasiado precocemente no processo terapêutico. Isto porque, para o doente, tomar consciência das suas crenças mais nucleares é frequentemente doloroso e ameaçador e, por estes motivos, pode conduzir a um abandono precoce da terapia.

Várias estratégias têm sido sugeridas para facilitar a avaliação de esquemas nucleares: exploração vertical (flecha descendente), auto-referências, marcadores de processos e de conteúdos, recordação de memórias infantis, questionários de auto-resposta, etc. (Beck, Freeman, Davis & Associates, 2004; J. Beck, 1995; Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young & Behary, 1998, Young & Klosko, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2003; Rafaeli, Bernstein & Young, *in press*). Em seguida, abordamos as mais relevantes. É necessário salientar que estas estratégias não são mutuamente exclusivas, mas antes o seu uso combinado aumentará a validade da avaliação clínica realizada.

2.1. Exploração horizontal e exploração vertical

Falamos de exploração horizontal, de acordo com Safran, Vallis, Segal & Shaw (1986), para designar a recolha de uma variedade (o maior número possível) de pensamentos automáticos presentes numa situação ou num conjunto de situações relevantes para os problemas do doente. Com este tipo de exploração, obtemos a(s) temática(s) presente(s) nessas situações e podemos estabelecer ligações entre pensamento, estado emocional e comportamento. No entanto, não será o tipo de estratégia mais adequada para avaliar esquemas, apesar de permitir estabelecer algumas hipóteses quanto ao conteúdo dos mesmos. Para tal, torna-se importante recorrer à exploração vertical, na qual cada pensamento automático negativo é explorado pelo terapeuta do ponto de vista do significado desse pensamento para o *Self* do doente. Seguindo esta estratégia para os vários pensamentos automáticos do doente, presentes numa dada situação (em vez de iniciar de imediato a disputa racional dos mesmos), podemos ter acesso aos esquemas nucleares (geralmente auto-esquemas).

Deve ser referido que a terapia envolve, muitas vezes, a simples identificação de pensamentos automáticos negativos e a sua substituição por pensamentos mais racionais. No entanto, o colocar de hipóteses acerca dos esquemas do doente permite ao terapeuta, não só estruturar melhor a intervenção, como também, ao longo do processo terapêutico, ir confirmando ou infirmando as suas hipóteses acerca dos esquemas nucleares que serão posteriormente foco de intervenção.

A exploração vertical também tem sido divulgada nos manuais de terapia cognitiva de forma mais estruturada, sob o nome de técnica da flecha descendente (Beck, Freeman & Associates, 1990; DeRubeis & Beck, 1988; Beck, Freeman, Davis & Associates, 2004; J. Beck, 1995). Na flecha descendente, partindo dos pensamentos automáticos negativos, o terapeuta coloca continuamente questões, tentando alcançar o significado último que os eventos têm para o *Self* do doente. Cada inferência que o doente faz conduz a nova pergunta, habitualmente do tipo “E se for verdade que...?” ou então “Em que é que isso o afecta?”. Um questionamento tão directivo exige, habitualmente, que seja fornecido ao doente um racional para o uso desta técnica, de modo a evitar reacções negativas da sua parte. Seja qual for a estratégia, importa ter acesso ao conteúdo de hipotéticos esquemas nucleares, que o desenrolar da terapia confirmará ou não como centrais aos problemas do doente.

2.2. Cognações auto-referentes

Como já foi referido, os esquemas nucleares estão, regra geral, relacionados com o auto-conceito, ou seja, subjazem a algum tipo de avaliação do eu ou do impacto que os acontecimentos têm na visão de si. Mesmo uma fobia simples ou uma perturbação de pânico, em que os pensamentos automáticos negativos geralmente descrevem uma visão perigosa do mundo, dos eventos ou das situações evitadas, está sempre presente, de alguma forma, uma visão de si (auto-esquema) como vulnerável. Neste contexto, para aceder aos esquemas nucleares do doente, o terapeuta deve partir sobretudo de pensamentos automáticos negativos e de suposições *auto-referentes* como garantia de maior validade dos esquemas nucleares inferidos (Young, 1990).

2.3. Temáticas comuns

Vários autores têm salientado a existência de temas comuns na psicopatologia dos doentes. São exemplos, a tentativa de identificar as principais crenças irracionais (Ellis & Bernard, 1985; Ellis & Dryden, 1987), a tentativa de identificação das crenças ou esquemas subjacentes às perturbações ansiosas (Beck, Emery & Greenberg, 1985), e também às perturbações da personalidade (Beck, Freeman & Associates, 1990) e, mais recentemente, a taxonomia de Esquemas Precoces Mal-adaptativos proposta por Young (Young, 1990). A questão de quais as crenças nucleares subjacentes aos vários distúrbios mentais ainda é actual na investigação e as provas empíricas não são ainda consensuais, sobretudo se pensarmos no caso das perturbações da personalidade. No entanto, o terapeuta deve estar a par destes conhecimentos para orientar mais facilmente a sua avaliação dos esquemas do doente. Não descurando a necessidade de uma avaliação idiográfica, este tipo de abordagem mais nomotética facilita a primeira e auxilia o terapeuta na compreensão da psicopatologia cognitiva dos diferentes quadros clínicos.

2.4. Consistência trans-situacional

Em princípio, as cognições mais características que o indivíduo tem acerca de si próprio (e, portanto, ligadas aos auto-esquemas) estão presentes ao longo de um leque diversificado de situações. Assim, a facilidade com que estas cognições emergem, independentes dos contextos situacionais, pode ser tomada como prova de que reflectem um esquema nuclear. Este princípio é tanto mais verdadeiro quanto mais grave é a patologia do doente e pode estar relacionado com baixos limiares de activação de esquemas nos distúrbios mais graves como, por exemplo, as perturbações do Eixo II (J. Beck, 1995). Esta ideia é defendida por Beck que, como anteriormente referimos, conceptualiza as perturbações da personalidade como tendo na base esquemas hiper-valentes que necessitam de um limiar de activação muito baixo e, por isso, operam numa base contínua. Estes esquemas, constantemente activados, são responsáveis pela produção de pensamentos automáticos negativos típicos, presentes na maioria ou na totalidade das situações. É neste sentido que sublinhamos a consistência trans-situacional dos pensamentos automáticos negativos e suposições do doente, como prova da validade da avaliação dos esquemas nucleares reflectidos nesses produtos.

2.5. Marcadores de processo e marcadores de conteúdo

O termo cognição “quente” tem sido utilizado, sobretudo por Safran e colaboradores (Safran & Greenberg, 1986; Safran, Vallis, Segal & Shaw, 1986; Safran & Segal, 1990), para definir a importância de se avaliar e trabalhar sobretudo as cognições capazes de activar um determinado estado emocional. A importância da activação emocional na terapia prende-se com a perspectiva, segundo a qual, quanto mais intensa é a emoção associada a uma determinada cognição, maior probabilidade existe de se tratar de uma cognição nuclear ou relevante para a psicopatologia do doente. Para além disso, há alguma evidência de que a acessibilidade das cognições (o mesmo será dizer, o conhecimento dos próprios esquemas) é incrementada pelos estados emocionais congruentes (Safran & Greenberg, 1986). Daqui podem ser retiradas pelo menos duas implicações clínicas para a avaliação de esquemas. Em primeiro lugar, o terapeuta deve estar particular-

mente atento a qualquer mudança no estado de humor do doente, pois estas mudanças podem fornecer informação acerca da importância das cognições predominantes nesse momento. Por outras palavras, tão importante como “o” que o doente conta (marcadores de conteúdo) é a forma como o conta (marcadores de processo). Em segundo lugar, quando o doente revela dificuldade em aceder às cognições presentes em determinado contexto, torna-se essencial induzir activação emocional capaz de facilitar o acesso a essas mesmas cognições. Tal pode ser conseguido, por exemplo, através de técnicas imagéticas ou de exercícios de *role-play* (para uma descrição mais detalhada de estratégias para ultrapassar os processos de evitamento do esquema, consultar Young, 1990; Young, Klosko & Weishaar, 2003).

2.6. Recordação de memórias infantis

Os esquemas nucleares, subjacentes à psicopatologia, derivam de experiências relevantes do passado que, por sua vez, terão conduzido à formação duma determinada visão de si e do mundo. Estas experiências terão sido tanto mais significativas, quanto mais cedo ocorreram na vida do sujeito, quanto maior foi a intensidade dos afectos envolvidos e quanto maior a importância para a criança dos outros envolvidos nessas situações (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992). Nesta perspectiva, o reviver (recorrendo a técnicas imagéticas) de experiências precoces que potencialmente estiveram na base da formação de um determinado esquema, pode ser extremamente importante para a avaliação desse mesmo esquema. Aquilo que o indivíduo recorda, o que sente antes, durante e depois de recordar, bem como a forma como essa recordação se processa, são importantes fontes de informação acerca da relevância e/ou proeminência do esquema em causa. Este tipo de estratégia pode ser particularmente útil para se comprovar ou infirmar a relevância de um esquema anteriormente hipotetizado como nuclear. A recordação de memórias infantis deve ter em conta todas as estratégias anteriormente referidas para a avaliação de esquemas, nomeadamente a questão da activação emocional experienciada na recordação.

2.7. Questionários de auto-resposta

Têm sido desenvolvidos alguns questionários de auto-resposta para a avaliação de crenças e atitudes e, mais recentemente, para a avaliação de esquemas nucleares. Dois exemplos significativos deste último tipo de instrumentos são o Questionário de Esquemas Interpessoais de Safran e Hill (Safran & Hill, 1989; versão portuguesa de Pinto Gouveia, Cunha & Robalo, 1997) e o Questionário de Esquemas de Young (Young, 2005; versão portuguesa de Pinto Gouveia, Rijo & Salvador, 2006). O Questionário de Esquemas Interpessoais de Safran e Hill foi concebido no contexto da terapia cognitivo-interpessoal e destina-se, como o nome indica, a avaliar esquemas interpessoais. Os esquemas interpessoais podem ser conceptualizados como representações genéricas das interações eu-outro que ocorreram, que permitem à criança manter a proximidade com as figuras de vinculação e que moldam a compreensão que o indivíduo tem das contingências necessárias à manutenção da ligação em futuras relações (Safran & Segal, 1990; Safran & McMain, 1992). No Questionário de Esquemas interpessoais é pedido ao indivíduo que se imagine a comportar de determinada forma numa série de cenários interpessoais

(com figuras significativas) apresentados e que responda depois qual a reacção que espera que os outros tenham a esse seu comportamento e como é que essa reacção o faria sentir. Das respostas ao questionário, é possível avaliar as expectativas do doente acerca das suas interacções com os outros, podendo estabelecer-se inferências acerca das estratégias e regras que ele utiliza para regular o seu funcionamento interpessoal.

O Questionário de Esquemas de Young visa avaliar os EMP postulados pelo autor, referidos no capítulo anterior. Este questionário, na sua mais recente versão (YSQ-S3), é objecto de estudos de validação que estão apresentados no Capítulo 4, onde se pode ler uma descrição mais detalhada do instrumento.

Apesar deste tipo de estratégia representar grande economia de tempo na avaliação de esquemas, esta metodologia é passível de ser criticada, por não ser a mais adequada para avaliar estruturas cognitivas (Rijo & Pinto Gouveia, 1999). Na última secção deste capítulo, discutimos várias destas questões e limitações, propondo a metodologia do IAECA como uma alternativa passível de incrementar a validade da avaliação de esquemas nucleares por questionários de auto-resposta. No próximo ponto, revemos os estudos de validação realizados com as diferentes versões e formatos do YSQ.

3. Investigação com o YSQ

As primeiras versões do questionário de esquemas (Young & Brown, 1990; Young, 1991) incluíam 123 itens destinados a avaliar 16 EPM, sendo que o número de itens para cada EMP era variável. Os itens elencados terão resultado das crenças nucleares mais comumente observadas pelo autor em doentes com perturbações da personalidade.

Posteriormente, Young publicou uma versão de 205 itens destinada a avaliar 16 EPM (Young, 2003), da qual se extraiu uma versão curta de 75 itens, a que foi mais frequentemente utilizada nos estudos de validação realizados até ao momento, por ser a que menos tempo de preenchimento consome. De facto, 205 itens é um número excessivo para um questionário de auto-resposta deste formato e é possível que o cansaço e a monotonia da tarefa possam comprometer a validade das respostas aos itens. É de referir que, em qualquer uma destas versões, o número de itens destinados a avaliar cada um dos EPM é variável. Estas características do questionário não só dificultaram os estudos de natureza factorial, como levaram muitos dos autores a preferir a versão mais curta do YSQ, em detrimento da longa. Para além disso, nestas versões, os itens encontram-se agrupados por esquema, questão que levantou algumas críticas ao questionário em diversos encontros científicos. Neste sentido, e apesar de serem ainda estas as versões disponíveis no site de referência para a Terapia Focada nos Esquemas (www.schematherapy.com), o autor decidiu realizar uma versão para investigação do referido questionário, misturando os itens dos vários EPM ao longo do instrumento e seleccionando os itens que se tinham comportado de forma mais robusta nos estudos de validação do instrumento realizados em diferentes línguas e culturas – o YSQ-RE2R.

Em 2002, Young disponibilizou para investigação o *Young Schema Questionnaire-RE2R* (2ª edição revista e “aleatorizada”). O YSQ-RE2R avalia então 15 EPM, cuja validade tinha sido anteriormente estabelecida (Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha, Fracasso, Dependência/Incompetência,

Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido, Subjugação, Auto-Sacrifício, Inibição Emocional, Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, Grandiosidade, Auto-Controlo/Auto-Disciplina Insuficientes), acrescidos de três novos EMP que surgiram entretanto na reformulação do modelo, e que não constavam das versões anteriores do questionário: Procura de Aprovação/Reconhecimento, Negativismo/Pessimismo e Auto-Punição. Tendo em conta que três dos 18 EMP avaliados pelo YSQ-RE2R não tinham ainda sido empiricamente validados, o questionário ficou “desequilibrado”: os primeiros 15 EMP eram avaliados cada um por 5 itens e os três novos eram avaliados por um número maior de itens (12 itens para o EMP de Procura de Aprovação/Reconhecimento, 11 itens para o EMP de Negativismo/Pessimismo e 14 itens para o EMP de Auto-Punição). Tivemos acesso a esta versão de investigação que estudámos numa amostra alargada da população normal (Pinto Gouveia, Rijo, Robalo, Castilho, Fonseca *et al.*, 2005; Pinto Gouveia, Rijo, Robalo, Salvador, Castilho, *et al.*, 2005).

Finalmente, em 2005 é-nos fornecida uma versão final do YSQ (YSQ-S3) (apresentada no Anexo 4). Esta versão avalia os 18 EMP já contidos na versão anterior do questionário mas, desta vez, mantendo a proporção de 5 itens por cada EMP, procurando assim um instrumento mais parcimonioso em que os itens se encontram misturados ao longo do questionário, num total de 90. Os primeiros estudos de validação desta edição do YSQ são os que realizámos para a versão portuguesa do mesmo e estão apresentados no Capítulo 4. Até ao momento, não foi publicado nenhum estudo de validação desta versão.

No Capítulo 1, apresentámos uma revisão dos estudos que relacionaram os EMP com psicopatologia, baseando-se a maioria no uso de diversas versões do YSQ para avaliar os EMP. Neste ponto, revimos os estudos de validação do questionário publicados até ao momento. Tendo em conta que um dos objectivos desta dissertação é a validação do YSQ-S3, cuja estrutura factorial é corolário do modelo dos EMP proposto por Young, dá-se particular ênfase aos resultados obtidos nos estudos acerca da dimensionalidade da escala. Uma vez que os resultados das análises factoriais de 2ª ordem são escassos e pouco conclusivos, optou-se por detalhar apenas os da estrutura factorial dos factores de primeira ordem – os EMP.

3.1. Estudos com a versão longa do YSQ (205 itens)

A estrutura factorial e características psicométricas do YSQ foram estudadas por Schmidt, Joiner, Young e Telch (1995), numa amostra de 575 estudantes americanos. Uma vez que a estrutura factorial da escala não tinha sido estudada anteriormente, recorreram a um procedimento exploratório de Análise dos Componentes Principais (ACP) com rotação *Varimax* para aumentar a interpretabilidade dos resultados. Utilizaram a forma longa do YSQ de 205 itens, destinada a avaliar 16 factores (EMP). Nesta altura, a forma curta de 75 itens não tinha ainda sido desenvolvida. Antes de submeterem os dados à análise, os autores removeram 12 itens do total dos 205, por considerarem que mediam sintomas e acontecimentos de vida, mais do que crenças nucleares. Emergiram 17 factores empíricos, sendo que 15 dos 16 factores teoricamente propostos foram corroborados. O EMP de Indesejabilidade Social não emergiu isoladamente, tendo os seus itens surgido dispersos pelos factores de Fracasso e de Defeito. Os dois novos factores foram denominados de “Preocupações com Dinheiro”, constituído por parte dos itens do EMP de

Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, e “Medo de Perder o Controlo”, constituído maioritariamente por itens do EMP de Inibição Emocional.

No mesmo estudo, Schmidt, Joiner, Young e Telch (1995) realizaram nova ACP numa outra amostra de 554 estudantes, recolhida juntamente com a primeira, com o objectivo de validarem a estrutura factorial que tinha emergido na primeira amostra. Treze dos 17 factores que tinham emergido na primeira amostra emergiram também nesta segunda, não tendo surgido como factores isolados os EMP de Indesejabilidade Social, Fracasso, Subjugação e Grandiosidade. Foi utilizada uma matriz de coeficientes de congruência que permitiu estabelecer que estes 13 factores possuíam congruência moderada com idênticos 13 da primeira ACP. Os autores renomearam a subescala de Fracasso como “Incompetência/Inferioridade” por considerarem esta denominação mais adequada aos itens que a formavam. Estes resultados levantaram sérias dúvidas quanto à inclusão da subescala de Indesejabilidade Social em futuras versões do YSQ e foi também discutida a estabilidade da subescala de Fracasso.

Schmidt *et al.* (1995) publicaram, ainda no mesmo trabalho, uma terceira análise factorial utilizando a ACP numa amostra de 187 doentes em regime de consulta externa, recrutados numa clínica privada (61 % tendo sido diagnosticados com uma perturbação do Eixo I e 55% tendo apenas ou também uma perturbação do Eixo II). Espera-se, tendo em conta a definição de EMP, que numa população clínica, nomeadamente naquelas em que prevaleçam doentes com patologia da personalidade, que os indivíduos possuam maiores pontuações nos EMP (embora se mantenha a organização dos EMP idêntica à da população não clínica). Nesta amostra, emergiram 15 dos 16 EMP inicialmente propostos, tendo novamente falhado a emergência da subescala de Indesejabilidade Social. Curiosamente, os factores Isolamento Social, Privação Emocional, Subjugação, Dependência, Grandiosidade e Auto-controlo Insuficiente, que não tinham emergido isoladamente na segunda amostra de estudantes, surgiram como factores independentes na amostra clínica, dando apoio à noção de que, numa população clínica, podem existir como factores diferenciados. Por um lado, como referem Young e Klosko (1993), estes dados parecem reflectir o facto de os EMP serem mais pronunciados na população clínica, havendo maior diversidade nas pontuações dadas aos itens por comparação a amostras de estudantes. No entanto, tendo em conta o tamanho da amostra deste estudo e a reduzida proporção de sujeitos face ao número de itens do YSQ, estes resultados podem muito bem reflectir apenas um artefacto estatístico (Oei & Baranoff, 2007). Como veremos adiante, Lee, Taylor e Dunn (1999), apresentam um estudo idêntico numa amostra clínica de maior dimensão.

Em 1999, Lee, Taylor e Dunn publicaram um estudo da dimensionalidade do YSQ (forma longa de 205 itens) numa amostra de 433 doentes australianos, recolhida nas consultas dos psicólogos do sistema nacional de saúde. Cerca de 60% destes doentes possuía um diagnóstico do Eixo II e os restantes 40% apenas um diagnóstico do Eixo I. Desta ACP emergiram 16 factores empíricos, que corroboram 15 dos factores teoricamente definidos. Mais uma vez, os itens do EMP de Indesejabilidade Social não emergiram como factor isolado, tal como tinha acontecido nos estudos de Schmidt *et al.* (1995). Curiosamente, os itens do EMP de Inibição Emocional emergiram agrupados em dois factores distintos, que os autores denominaram como “Inibição Emocional/Medo de Perder o Controlo” e “Constricção Emocional”.

3.2. Estudos com a versão curta do YSQ (75 itens)

Tendo em conta a extensão do YSQ na sua versão de 205 itens, e uma vez que tinha já sido sugerido que um inventário deste tamanho (que pode levar cerca de uma hora a preencher) levanta sérias dúvidas quanto à veracidade das respostas endossadas aos itens (Waller, Meyer & Ohanian, 2001; Oei & Baranoff, 2007), em 1998, J. Young retirou um conjunto de 75 itens do YSQ que reflectiam os 15 EMP identificados nos estudos de Schmidt *et al.* (1995) e formou o YSQ de 75 itens. Cada um dos 15 factores possui cinco itens que o avaliam, tendo sido seleccionados os itens que, com base nos estudos de Schmidt *et al.* (1995), possuíam maiores saturações factoriais. Foi esta a versão do questionário que passou a ser mais frequentemente utilizada em investigação e é esta a primeira versão do que veio a tornar-se o YSQ-S3 (Young, 2005), quando se juntaram itens para avaliar 3 novos EMP.

O primeiro estudo da dimensionalidade do YSQ de 75 itens foi publicado por Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract e Jordan (2002), e foi realizado numa amostra de 196 doentes psiquiátricos que frequentavam um programa de tratamento em hospital de dia. Noventa e oito por cento dos indivíduos da amostra tinham sido diagnosticados pelo psiquiatra como tendo pelo menos uma perturbação do Eixo I do DSM (46% tinham mais que um diagnóstico do Eixo I) e 36% tinha pelo menos um diagnóstico ao nível do Eixo II (sendo que 3% tinha mais que um diagnóstico de perturbação da personalidade). Trata-se, portanto, de uma amostra semelhante à utilizada no estudo com doentes de Schmidt *et al.* (1995), mas com psicopatologia mais grave, tendo em conta o contexto em que foram recrutados os participantes. Os resultados de Welburn *et al.* (2002) apoiam as 15 subescalas teoricamente definidas para esta versão do YSQ, tendo todas revelado boa consistência interna (a solução factorial de 15 factores convergiu em 15 iterações e explicou 73.1% da variância total da escala). Apenas alguns dos itens emergiram em factores que não os teoricamente previstos (4 itens dos 75 do questionário) e 1 item não saturou com carga suficiente em nenhum dos factores, tendo sido mantido naquele em que apresentou maior saturação factorial.

Em 2006, Baranoff, Oei, Kwon e Cho, investigaram diferenças na estrutura factorial do YSQ (utilizando também a versão de 75 itens), numa amostra de 833 estudantes sul-coreanos e 271 estudantes australianos. A amostra sul-coreana foi aleatoriamente dividida em duas, tendo a amostra A (n= 415) sido utilizada num estudo de análise factorial exploratória (AFE) e a amostra B (n= 418) usada num estudo de análise factorial confirmatória (AFC). A AFE da amostra A revelou uma solução factorial de 13 factores como a melhor solução. Os autores sugerem a remoção do EMP de Dependência/Incompetência Funcional, do EMP de Emaranhamento e do item 66 (item do factor Grandiosidade). Todos os itens saturam no respectivo factor com cargas factoriais superiores a .4 e não existiram *loadings* cruzados significativos. Os 13 factores que emergiram desta análise de componentes principais explicam 63.5% da variância da escala. Na amostra B de estudantes sul-coreanos, os autores estudaram a solução factorial encontrada de 13 factores e confrontaram os índices de ajustamento global com os da estrutura teórica de 15, recorrendo a procedimentos de AFC. A amostra australiana foi igualmente utilizada para um procedimento de AFC. Os resultados nestas duas últimas amostras revelaram melhores índices de ajustamento global do modelo de 13 factores obtido da AFE da amostra sul-coreana A, por comparação aos obtidos para o modelo teórico de 15 factores. Os índices de modificação não sugeriram a retirada de nenhum dos itens devido a

loadings cruzados. Estes dados apontam para a existência de diferenças culturais ao nível da ligação aos outros (uma vez que os factores que não emergiram foram os EMP de Dependência/Incompetência e o de Emaranhamento). No entanto, deve ter-se em conta que a amostra de onde emergiu a solução factorial de 13 factores, posteriormente confirmados nas outras duas, era uma amostra constituída unicamente por estudantes de pré-graduação. Poder-se-ia argumentar que o que foi confirmado na amostra australiana foi a solução que tinha emergido na amostra A sul-coreana, mas de facto os autores realizaram AFC para ambas as soluções (13 e 15 factores) e a de 13 factores revelou possuir melhores índices de ajustamento global do modelo em ambas as amostras (sendo que é na australiana que os indicadores mais robustos – CFI e RMSEA – apresentam melhores valores na solução de 13 factores e piores valores na de 15).

A versão francesa do YSQ de 75 itens foi estudada numa amostra não clínica de 263 indivíduos, na sua maioria estudantes pré-graduados (72.60%) e executivos (10%), que frequentavam pós-graduações universitárias. Recorrendo a uma análise de componentes principais com rotação ortogonal dos eixos, com base no critério dos *eigenvalues* superiores a 1, obtiveram uma solução factorial de 19 factores, considerando os autores que 13 destes se sobrepõem aos teoricamente definidos por Young (1990). Não emergiram os EMP de Grandiosidade e de Auto-Controlo Insuficientes. Os itens destes dois EMP misturaram-se num único factor, que parece corresponder ao factor teórico de segunda ordem: Limites Mal-definidos. Os restantes itens dispersaram-se por factores não interpretáveis de apenas um ou dois itens cada (Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard & Martin, 2006).

Cecero, Nelson e Gillie (2004) estudaram também a dimensionalidade do YSQ de 75 itens numa amostra de estudantes pré-graduados de 292 sujeitos. Antes de procederem à análise da dimensionalidade da escala, os autores investigaram a consistência interna das subescalas teóricas e inspeccionaram a validade facial dos itens cuja correlação item-total da respectiva subescala fosse inferior a .20. Inspeccionaram 10 itens e 3 destes foram removidos das análises seguintes. Duas subescalas (Emaranhamento e Auto-disciplina/Auto-controlo Insuficiente revelaram baixa consistência interna, o que pode ser atribuído à terem ficado com menor número de itens que as restantes). De modo diverso do procedimento utilizado pelos autores de todos os restantes estudos apresentados, Cecero, Nelson e Gillie elegeram o procedimento Principal Axis Factoring disponibilizado pelo SPSS, uma vez que as estimativas das comunalidades dos itens não eram suficientemente próximas de 1, e realizaram uma análise Oblimin, com rotação oblíqua, tendo em conta as correlações encontradas entre os factores. Emergiram 14 factores que explicaram 52.93% da variância total. O EMP que não emergiu como factor empírico foi o de Defeito/Vergonha (um dos mais robustos nos estudos anteriores), tendo os itens aparecido dispersos pelos factores de Abandono, Isolamento Social/Alienação, Privação Emocional e Inibição Emocional. Treze dos factores corroboram factores teóricos e o 14 factor que emergiu agrupa três itens (originalmente, um de Grandiosidade, outro de Defeito/Vergonha e outro de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo).

3.3. Estudos de Análise Factorial Confirmatória

Calvete, Estevez, Lopez de Arroyabe e Ruiz (2005) realizaram uma AFC da versão espanhola do YSQ de 75 itens, numa amostra de 407 estudantes de pré-graduação. Obtiveram

muito bons índices de ajustamento global para o modelo de 15 factores, mas tiveram dificuldade na confirmação da estrutura hierárquica dos EMP, tendo um modelo de segunda ordem de 3 factores revelado melhor ajustamento que o proposto por Young (as cinco dimensões apresentadas no Capítulo 1, no Quadro 1.1).

Já referimos acima os estudos de natureza confirmatória realizados por Baranoff, Oei, Kwon e Cho (2006) que, após AFE numa amostra de estudantes sul-coreanos, testaram a solução factorial empírica de 13 factores em duas outras amostras de estudantes (uma de sul-coreanos e outra de australianos), comparando esta solução com a teoricamente proposta de 15 factores. Os resultados revelaram melhores índices de ajustamento para o modelo de 13 factores, sendo que as diferenças culturais podem explicar a retirada das subescalas de Dependência/Incompetência Funcional e de Emaranhamento. Foram descritos no ponto anterior por fazerem sentido na sequência dos procedimentos de AFE realizados pelos mesmos autores.

Hoffart, Sexton, Hedley, Wang, Holthe, *et al.* (2006), reuniram uma mostra de 888 doentes de vários centros de tratamento que tinham preenchido o YSQ (parte deles, na forma longa de 205 itens e os restantes na forma breve de 75 itens). Trataram apenas os itens correspondentes ao YSQ breve de 75 itens através de AFC, tendo os resultados apoiado a estrutura originalmente definida de 15 factores teóricos. Todos os itens revelaram saturações factoriais elevadas nos respectivos factores (sempre superiores a .5), sendo que o modelo que considera os factores correlacionados entre si o mais adequado. Quanto ao modelo hierárquico de cinco dimensões de EMP, os autores concluíram que um modelo de 2ª ordem de 4 factores revelava melhor ajustamento global, tendo sido ainda possível validar um factor único de 3ª ordem. Os 4 factores de segunda ordem foram: Distanciamento e Rejeição, Autonomia Deteriorada, Padrões Exagerados e, o quarto, Limites Mal-definidos. As subescalas correspondentes aos EMP de Abandono, Auto-Sacrifício e Privação Emocional revelaram possuir elevada variância individual, sendo que as correspondentes aos EMP de Isolamento Social, Defeito/Vergonha, Subjugação, Padrões Excessivos e Grandiosidade revelaram possuir pouca variância individual, para além da imputável ao factor de segunda ordem.

No mesmo ano dos estudos anteriores, Rijkeboer e Bergh (2006), publicaram um estudo confirmatório da estrutura latente do YSQ em duas amostras distintas (amostra clínica de 172 sujeitos e amostra não clínica de 162 sujeitos). Utilizaram um procedimento que já tinha descrito anteriormente (Rijkeboer & Bergh, 2005), dividindo a versão holandesa do YSQ de 2005 itens em duas escalas distintas, que avaliam ambas os 16 EMP inicialmente propostos por Young (incluindo a subescala de Indesejabilidade Social, que não tinha emergido no estudo de Schmidt, Joiner, Young e Telch (1995) e, por isso, tinha sido excluída da versão curta de 75 itens). Esta estratégia reduziu para metade o número de itens em cada versão do questionário, diminuindo a exigência quanto ao tamanho das amostras para a realização de AFC. Os indicadores de ajustamento global revelaram a adequação do modelo de 16 factores em ambas as amostras. Ainda assim, por melhores que sejam os resultados encontrados com amostras tão pequenas, é de referir que, numa AFC é recomendado um número de sujeitos 10 vezes superior ao de itens (Kline, 1998).

3.3. Estudos da versão portuguesa do YSQ

Pinto Gouveia, Robalo, Cunha e Fonseca (1997), realizaram um estudo de aferição do YSQ para a população portuguesa, utilizando a primeira versão de 123 itens (datada de 1989), agrupados em 15 EMP (por sua vez, distribuídos por três áreas de funcionamento: autonomia, ligação e valor). Na aferição portuguesa, foi encontrada boa consistência interna e boa estabilidade teste-reteste. Os coeficientes alfa para os 13 EMP concordantes com as definições de Young situavam-se entre .71 e .95 (com a exceção do esquema de Vulnerabilidade ao mal e à doença que revelou um $\alpha = .67$) num grupo de pacientes com perturbações da ansiedade (Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo e Cunha, 2006). Numa análise de componentes principais realizada em 489 indivíduos da população geral, foi possível extrair, após rotação *varimax* dos eixos, 14 factores ortogonais responsáveis pela explicação de 49,67 % da variância total.

Pinto Gouveia, Rijo, Robalo, Salvador, Castilho *et al.* (2005) estudaram a versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young – versão revista e aleatorizada (YSQ-RE2R), numa amostra da população geral. Os resultados corroboraram 14 dos 18 factores teoricamente propostos. O facto de 3 dos 18 EMP terem um maior número de itens a avaliá-los (tendo os restantes 15 apenas 5 itens), dificultou claramente a interpretabilidade dos resultados da dimensionalidade da escala. Por este motivo, foi finalmente desenvolvida a versão de 90 itens deste questionário, cujos estudos de validação da versão portuguesa se encontram descritos no Capítulo 4 desta dissertação.

3.4. Comentário aos estudos da dimensionalidade do YSQ

Em síntese, podemos afirmar que existe considerável evidência empírica para 14 dos EMP teoricamente definidos. A não fixação de uma versão final do YSQ dificulta certamente a interpretabilidade dos dados obtidos nos diversos estudos. De facto, na maioria dos estudos é utilizada a versão curta de 75 itens e parece ser esta a versão com a qual se obtêm melhores resultados. Ainda é escassa a validação transcultural do modelo proposto, parecendo ser possível que algumas das dimensões teoricamente conceptualizadas não emirjam em determinados contextos culturais distintos do ocidental (pelo menos em amostras da população geral). A maior limitação destes estudos residirá no facto de serem habitualmente realizados com amostras de estudantes, o que compromete a generalização dos dados. Os poucos que foram realizados com amostras clínicas revelam maior consistência do modelo, o que está de acordo com o teoricamente previsto. O estudo de Hoffart, Sexton, Hedley, Wang, Holthe, *et al.* (2006), é talvez o mais interessante tendo em conta o tamanho da amostra clínica, não sendo claro, para nós, a opção pela AFC, uma vez que são poucos os estudos existentes sobre a dimensionalidade do YSQ em amostras clínicas.

São duas as principais limitações da maioria destes estudos. A primeira prende-se com o formato de apresentação dos itens nos questionários utilizados. Para além da extensão do YSQ de 205 itens, em ambas as versões, os itens aparecem agrupados por subescala de EMP. A segunda prende-se com o tamanho amostral. De facto, na maioria dos estudos aqui revistos, os tamanhos das amostras estão longe de respeitar as regras da proporcionalidade dos sujeitos face ao número de variáveis exigidas para que haja estabilidade da solução factorial estudada.

4. Limitações da avaliação de esquemas por questionários de auto-resposta

Quando nos debruçamos sobre a avaliação dos processos e das estruturas cognitivas, deparamo-nos com a quase inexistência de medidas estandardizadas disponíveis e com dificuldades metodológicas acrescidas, dado tratar-se de cognições não conscientes nem de fácil acesso à consciência. Só mais recentemente têm vindo a ser feitas tentativas para avaliar as estruturas e os processos cognitivos que se reflectem nos produtos (Goldfried, 1995). Stein e Young (1992) reconhecem que permanece problemática a validação de um qualquer conjunto de medidas, sugerindo que a correlação das categorias esquemáticas com antecedentes ambientais pode ajudar a estabelecer a validade da classificação dos 16 EPM. No entanto, várias questões podem ser colocadas quanto à validade e fidedignidade da avaliação de EPM por instrumentos de auto-resposta, como é o caso do YSQ. São estas limitações que passamos a enumerar.

4.1. Acesso consciente e auto-conhecimento declarativo

Uma primeira problemática que a avaliação pelo YSQ levanta relaciona-se com a natureza do próprio questionário. Tratando-se de um questionário que apela para uma avaliação do conteúdo semântico dos EPM pelo próprio sujeito, podemos perguntar-nos se é possível o sujeito ter conhecimento válido acerca da existência, predominância e/ou frequência do próprio esquema ao longo da sua vida. Este pressuposto da avaliação pelo YSQ parece colidir com a própria definição de EPM de Young, como sendo tácitos e de natureza não consciente (Young, 1990).

Ainda que admitamos que é possível o indivíduo ter conhecimento dos seus esquemas, fica por saber se é possível que esse conhecimento seja declarativo, isto é, passível de ser verbalizado, de permitir a resposta ao YSQ. Para além dos indivíduos variarem em termos das suas capacidades metacognitivas, estas também sofrem danos quando os indivíduos desenvolvem estados psicopatológicos (Merluzzi & Carr, 1992), alterando assim a veracidade das suas respostas a este questionário. Ora, um questionário de avaliação de EPM, postulados como subjacentes à psicopatologia, interessa sobretudo para uso na população clínica.

Relacionada com a problemática do auto-conhecimento, está a questão da estreita ligação entre o conteúdo do esquema e as emoções associadas. Esta ligação coloca a questão da acessibilidade ao conteúdo do esquema sem experiência das emoções associadas, como acontece no preenchimento do YSQ. Como referimos anteriormente, na avaliação de estruturas cognitivas, deveriam estar activados os estados emocionais congruentes com essas estruturas (Safran & Greenberg, 1986). Assim, um qualquer instrumento de auto-resposta para avaliação de esquemas deve incluir alguma estratégia de activação emocional congruente com o esquema a avaliar, como forma de incrementar a validade da avaliação do próprio esquema. O YSQ de Young não contempla nenhuma estratégia deste tipo e, conseqüentemente, as respostas obtidas podem não corresponder à realidade da existência, frequência e/ou predominância dos EPM avaliados pelo questionário. Esta limitação poderia ser ultrapassada se, conjuntamente com a avaliação de cada um dos EPM, existisse uma estratégia de activação emocional.

4.2. Processos de Evitamento e de Compensação do Esquema

Ao avaliarmos os EPM, não podemos separar o seu conteúdo semântico dos processos pelos quais funcionam. Os autores reconhecem a importância destes processos, reconhecem que os doentes mais perturbados utilizam sempre algum tipo de evitamento e salientam inclusive que há doentes com tendência a utilizar de maneira predominante processos de evitamento ou de compensação (Young, 1990; McGinn & Young, 1996). A nossa prática clínica corrobora este ponto de vista. No entanto, a questão problemática que se levanta relaciona-se com a sensibilidade do YSQ a estes processos, nomeadamente os de evitamento e compensação.

Aquando da formação de um EPM, o conteúdo do esquema fica associado a níveis consideravelmente elevados de afecto negativo, experienciado nas vivências que conduziram à formação desse mesmo esquema. Uma vez formado, se o indivíduo evita o esquema, tem como objectivo evitar a experienciação do desconforto emocional que a activação do esquema acarreta. Obviamente que, ao responder a um questionário como o YSQ, quer o evitamento, quer a compensação influenciam o tipo de respostas que são fornecidas, afectando a validade do questionário. Um questionário deste tipo deveria ser construído no sentido de tentar ultrapassar os processos de evitamento e de compensação que possam existir. As estratégias de activação emocional e as técnicas experienciais permitem, geralmente, ultrapassar (pelo menos parcialmente) os evitamentos e compensações eventualmente presentes. Na clínica, são muitas vezes utilizadas pelo terapeuta como meio para activar o EPM primário e conseguir ultrapassar quer o evitamento quer a compensação (ver ponto 2 deste capítulo). A inclusão de alguma estratégia experiencial no YSQ permitiria diminuir a influência dos evitamentos e compensações nas respostas obtidas para cada EPM.

4.3. Validade ecológica do Questionário de Esquemas de Young

Goldfried (1995), alerta para a fraca validade ecológica que é habitual na avaliação de estruturas cognitivas. Na verdade, este tipo de instrumentos apela geralmente a itens que descrevem a maneira de ser do indivíduo, desprovidos de qualquer contexto situacional. No caso específico dos EPM, e dado que são basicamente estruturas desenvolvidas na relação com outros significativos (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992), eles podem ser, na sua maioria, conceptualizados como esquemas interpessoais (Safran & Segal, 1990). Neste sentido, são facilmente activados e manifestam-se sobretudo em contextos interpessoais — daí que a relação terapêutica seja proposta como meio de activação de esquemas (Young, 1990). Tendo em conta a natureza interpessoal dos EPM, estes deveriam ser avaliados após activação por cenários interpessoais (que podem ser remotos — relacionados com a formação do próprio EPM —, ou actuais — cenários interpessoais da vida actual, capazes de activar o EPM).

4.4. Circularidade destes Questionários

É natural que os doentes procurem dar um significado e encontrar explicações para os seus estados emocionais e para os seus comportamentos. Por exemplo, quando um doente que está triste responde a um questionário de auto-resposta endossando itens como “Sinto-me só”, “Sinto-me incapaz”, etc., levanta-se a questão de saber se essas respos-

tas reflectem a existência de esquemas de abandono ou de incapacidade, ou se traduzem apenas uma tentativa, por parte do doente, de explicar o seu estado emocional.

Com base nas limitações apontadas à avaliação de esquemas através de instrumentos de auto-resposta, construímos um novo instrumento de avaliação de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos — Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores (IAECA) — que descrevemos em seguida e é apresentado no Anexo 9.

5. Desenvolvimento: uma nova metodologia de avaliação de EMP

Tendo em conta as dificuldades encontradas nos estudos de validação das diversas versões do YSQ, bem como a natureza das estruturas cognitivas nucleares (Cf. Capítulo 1 e ponto 2 deste capítulo), fomos levados a desenvolver uma nova metodologia de avaliação de EMP. A filosofia de base que permitiu o desenvolvimento do Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores, versão revista (IAECA-R; Rijo & Pinto Gouveia, 2006), baseia-se na nossa experiência com a avaliação de esquemas em contexto clínico. Ao seguirmos várias das estratégias elencadas no ponto 2 deste capítulo, obtivemos hipóteses mais fiáveis acerca dos EMP dos doentes, do que quando utilizamos auto-descrições “a frio” ou cotamos o YSQ. O IAECA-R foi concebido para avaliar 9 dos 18 Esquemas Maladaptativos Precoces (EMP) postulados por Young (Young, 1990; Young, Klosko, & Weishaar, 2003), nomeadamente os EMP de Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha, Fracasso, Dependência/Incompetência Funcional, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo. Estes 9 EMP foram seleccionados por se tratar dos EMP que mais frequentemente se associam a níveis elevados de psicopatologia, tal como temos encontrado na nossa experiência clínica.

Para cada EMP, foram desenvolvidos 3 ou 4 cenários activadores, num total de 29. Estes cenários foram elaborados no sentido de descreverem situações protótipo, teoricamente associadas ao EMP avaliado. Após a leitura dos diversos cenários apresentados para cada EMP avaliado, o sujeito deve escolher aquele que mais se aproxima da sua experiência real de vida (seja na infância ou no momento presente), e identificar o grau de semelhança entre o cenário escolhido e a situação ou situações reais de vida de que se recordou durante a leitura do mesmo. Para tal, assinala o grau de semelhança numa escala de 1 (*Nenhuma semelhança com o que me aconteceu ou acontece*) a 7 (*Total semelhança com o que me aconteceu ou acontece*). De seguida, responde aos itens que avaliam esse EMP, e que são apresentados tal como no YSQ-S3, se bem que tiveram que ser agrupados para cada EMP no formato do IAECA-R, tendo em conta o recurso à metodologia de activação emocional específica. Considerando as críticas anteriormente formuladas acerca da apresentação sequenciada dos itens das subescalas, para cada EMP, introduzimos dois itens estranhos na sequência dos 5 “verdadeiros”.

Para além da resposta aos itens, os indivíduos assinalam ainda numa escala de 12 emoções (11 de valência negativa e uma positiva), qual o grau de intensidade em que cada uma dessas emoções foi espoletada durante a imaginação do cenário.

Os estudos de validação do IAECA-R numa amostra alargada da população geral e numa amostra clínica constam do Capítulo 5 desta dissertação.

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 3	Objectivos e metodologia dos estudos
Capítulo 4	Estudos de validação da versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3)
Capítulo 5	Estudos de validação do Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Revisto (IAECA-R)
Capítulo 6	Emoções associadas aos EMP
Capítulo 7	O “frio” e o “quente” na avaliação de EMP: YSQ-S3 <i>versus</i> IAECA-R
Capítulo 8	Discussão dos resultados
	Conclusões
	Bibliografia
	Anexos

Capítulo 3

Objectivos e metodologia dos estudos

Capítulo 3

Objectivos e metodologia dos estudos

1. Fundamentação e objectivos dos estudos
2. Metodologia
3. Instrumentos
4. Tratamento estatístico dos dados

Capítulo 3

Objectivos e metodologia dos estudos

1. Fundamentação e objectivos dos estudos

A finalidade desta dissertação é, como o título indica, contribuir para a validação do construto de Esquemas Mal-adaptativos Precoces (EMP). Para além da validação da taxonomia de EMP proposta por Young (1990; Young & Klosko, 1994, Young, Klosko & Weishaar, 2003), pretende-se também desenvolver uma nova metodologia de avaliação deste construto: o Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores, revisito – IAECA-R (Rijo & Pinto Gouveia, 1999; Rijo & Pinto Gouveia, 2006), cujos estudos de validação, bem como a comparação com a metodologia já existente (o Questionário de Esquemas de Young – YSQ-S3; Young, 2005) se tornam também estudos da validade do construto de EMP.

Enumeram-se, em seguida, os 4 objectivos gerais dos diversos estudos. Embora interligados e sequenciados, a quantidade dos estudos necessários para prosseguir estes objectivos estruturou a organização dos capítulos seguintes e permitiu separar a apresentação dos resultados em 4 capítulos distintos, embora relacionados entre si.

O **primeiro objectivo** prende-se com a necessidade de validar o YSQ-S3, versão final de 90 itens do Questionário de Esquemas de Young. Consideravelmente utilizado na clínica e na investigação em língua portuguesa, este instrumento carece de um estudo de validação definitivo numa amostra de tamanho adequado. Ao fazê-lo, pretende-se estudar a dimensionalidade da escala e, conseqüentemente, validar o modelo dos 18 EMP que está subjacente à construção da mesma. Os estudos de validade convergente e de sensibilidade para discriminar entre diferentes grupos de psicopatologia permitirão também contribuir para a validação do conceito de EMP, quando avaliados por uma metodologia deste tipo. Estes estudos visam ainda identificar qual o padrão de associação entre EMP específicos e psicopatologia, uma vez que se espera que determinados EMP possuam maior associação à psicopatologia por comparação a outros. Todos estes resultados estão apresentados no Capítulo 4.

O **segundo objectivo** consiste no desenvolvimento e validação de uma nova metodologia de avaliação de EMP – o Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores, revisito – IAECA-R. Partindo das críticas à avaliação de estruturas cognitivas nucleares

por questionários de auto-resposta que apelam ao autoconhecimento declarativo (Cf. Capítulo 2), desenvolvemos uma nova metodologia de avaliação de EMP, julgada mais adequada porque tem em conta quer a natureza tácita dos EMP, quer a tendência para o evitamento da activação das emoções ligadas a esses mesmos EMP. Naturalmente que o desenvolvimento deste novo instrumento torna obrigatórios os estudos de validação do mesmo. Tais estudos incluem não somente o estudo da dimensionalidade da escala, como também a validação da estratégia de activação de esquemas utilizada no IAECA-R (validade de conteúdo dos cenários activadores), os estudos de associação dos EMP incluídos no IAECA-R com dimensões de psicopatologia e, por fim, o estudo do poder discriminativo da escala em relação a diversos tipos de psicopatologia. Os resultados destes estudos são apresentados no Capítulo 5.

Um **terceiro objectivo** visa o estudo da intensidade e qualidade da activação emocional associada aos EMP. A metodologia do IAECA-R permite avaliar padrões de activação emocional para cada um dos 9 EMP incluídos no instrumento. Estes estudos constituem um avanço na investigação nesta área, uma vez que têm sido das dimensões menos contempladas pela investigação, apesar da experiência de emoções negativas fortes e congruentes com os EMP, quando estes são activados, constituir uma das premissas básicas do modelo da TFE. Assim sendo, e tendo também em conta a extensão destes estudos, optou-se por agrupá-los num capítulo isolado.

Testam-se as hipóteses de que indivíduos com maior semelhança entre os cenários activadores para determinado EMP e situações reais de vida deverão experimentar maior intensidade de resposta emocional negativa, por comparação aos indivíduos com menor semelhança entre cenários activadores e situações reais de vida. Para além deste efeito, estudam-se ainda os padrões de emoções associadas aos EMP, uma vez que não existe nenhum estudo que procure avaliar este tema. Embora a TFE não formule um modelo específico e estruturado das emoções ligadas a cada um dos EMP, a nossa prática clínica tem mostrado que indivíduos com determinado EMP experienciam certas emoções de forma mais intensa e não outras. Os resultados destes estudos, tendo em conta o denominador comum a todos (emoções associadas aos EMP), são apresentados num capítulo distinto, o Capítulo 6.

O **quarto objectivo** visa a comparação das duas metodologias de avaliação de EMP (YSQ-S3 e IAECA-R), testando se de facto o método de avaliação do IAECA-R se revela ou não mais adequado que a estratégia do YSQ-S3.

Dispondo de ambos os instrumentos devidamente validados, impunha-se um último conjunto de estudos que testasse a hipótese fundamental subjacente ao desenvolvimento do IAECA-R: os indivíduos que possuem determinado EMP pontuam mais nesse mesmo EMP quando a avaliação é feita a “quente”, por comparação a quando a avaliação é feita a “frio”. Espera-se, portanto, *scores* mais elevados para o mesmo EMP quando avaliado pelo IAECA-R, por comparação aos obtidos com o YSQ-S3. No entanto, o incremento no *score* de determinado EMP em função do método de avaliação utilizado deve ocorrer apenas nos sujeitos que possuem esse EMP e não deve ser visível naqueles que o não possuem. Estes estudos apresentam-se no Capítulo 7.

2. Metodologia

2.1 Desenho dos estudos e procedimentos de recolha de dados

Os estudos de validação dos instrumentos foram realizados com amostras de conveniência da população geral e, no caso do IAECA-R, também numa amostra clínica. Ambas foram constituídas por indivíduos de diversas regiões geográficas de Portugal Continental.

Para os estudos de validação da versão portuguesa do YSQ-S3, foi constituída uma amostra de 1226 indivíduos da população geral. Estes indivíduos preencheram um protocolo de questionários de auto-resposta, dando o seu consentimento informado para participação nos estudos e tratamento dos dados. Os questionários foram preenchidos pela seguinte ordem: Questionário de Esquemas de Young, 3ª Ed. (YSQ-S3), Inventário de Auto-Avaliação da Depressão de Beck (BDI), Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS 21).

Para os estudos de validação do IAECA-R foi constituída uma amostra idêntica mas de 447 indivíduos. Estes indivíduos preencheram um protocolo igualmente constituído pelo consentimento informado, BDI, BSI e EADS 21 mas, neste caso, estes três instrumentos foram antecedidos da resposta ao IAECA-R. Para além da amostra dos sujeitos da população geral, foi também constituída uma amostra de 20 peritos internacionais em Terapia Focada nos Esquemas, que permitiu um estudo prévio de validação dos cenários utilizados no IAECA-R.

Nos casos em que foi possível administrar o protocolo de investigação em grupo (turmas de estudantes da Universidade de Coimbra), foi prestado um breve esclarecimento inicial pelos investigadores responsáveis.

Foram excluídos da amostra todos os indivíduos que responderam afirmativamente à questão “Frequentou algum psicólogo ou psiquiatra ou tomou psicofármacos receitados por um médico nos últimos dois anos?”. Uma vez que a grande maioria dos sujeitos preencheu também o BDI, foram excluídos da amostra os indivíduos com um total superior a 17 nesta escala (ponto de corte recomendado para depressões leves). Foram posteriormente excluídos da amostra todos os protocolos cujos questionários ou estavam mal preenchidos por não compreensão ou não obediência às instruções, ou apresentavam itens não respondidos.

Os estudos apresentados no Capítulo 7 – O “frio” e o “quente” na avaliação de EMP: YSQ-S3 *versus* IAECA-R – exigiram um desenho longitudinal, uma vez que se tornou necessário obter medidas repetidas dos mesmos sujeitos. Assim, os 76 indivíduos da população geral e os 115 da amostra clínica (52 doentes com psicopatologia do Eixo I e 63 doentes com patologia do Eixo II do DSM IV) preencheram os dois protocolos anteriormente referidos, o do YSQ-S3 e o do IAECA-R. Fizeram-no com um intervalo médio de 10 dias e sensivelmente metade dos sujeitos preencheu o protocolo do YSQ-S3 em primeiro lugar e o do IAECA-R num segundo tempo (n= 94), tendo a ordem de preenchimento sido invertida nos restantes (n= 97). Com esta estratégia, pretendeu-se controlar possíveis efeitos de aprendizagem e de repetição, uma vez que os itens incluídos no IAECA-R são comuns ao YSQ-S3.

A necessidade de preenchimento das restantes escalas prende-se com a necessidade de realizar estudos de validade convergente dos EMP com medidas de psicopatologia, tam-

bém na amostra clínica, necessários aos estudos de validação de ambos os questionários de esquemas. Para além disso, permitiu controlar os efeitos do humor nas possíveis diferenças a encontrar nos estudos de comparação entre ambos os métodos de avaliação de EMP.

Para a constituição da amostra de doentes psiquiátricos, foram contactadas instituições de saúde mental da Região Centro, nomeadamente os Hospitais da Universidade de Coimbra, o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, a Maternidade Dr. Daniel de Matos (Consulta de Psicologia) e os serviços de Acção Social da Universidade de Coimbra (Consulta de Apoio Psicológico). Foram ainda recrutados alguns indivíduos em consultórios privados de psicoterapia e que se disponibilizaram para a realização da entrevista na FPCE-UC. Foi submetido um pedido às comissões de ética das instituições e, uma vez obtida a devida autorização, foram contactados os clínicos de referência para o encaminhamento dos doentes para o estudo. Os doentes foram convidados a participar pelo clínico (psicólogo ou psiquiatra) que habitualmente os acompanha, foi-lhes explicada a finalidade dos estudos e o tempo e natureza dos procedimentos de recolha de dados. A maioria dos sujeitos aceitou participar, sendo que, nos doentes com perturbações da personalidade, houve maior perda de sujeitos devido à natureza da psicopatologia destes indivíduos, tendência para o abandono das intervenções terapêuticas e instabilidade própria das perturbações do Grupo B. A cada doente foi realizada uma entrevista estruturada de diagnóstico. Se a indicação do clínico era de um diagnóstico do Eixo I, foi realizada a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações do Eixo I do DSM IV (SCID I); se havia indicação ou suspeita da existência de patologia da personalidade, foi realizada a Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações da Personalidade do Eixo II do DSM IV (SCID II). Sempre que, durante a realização da SCID I, o avaliador suspeitou da existência de perturbações do Eixo II, foi também utilizada a SCID II para testar essa hipótese. Em seguida, os doentes preencheram os protocolos anteriormente referidos, tendo a ordem de preenchimento sido alterada em sensivelmente metade dos sujeitos, como já foi referido.

Para além dos estudos com indivíduos da população geral e doentes, o estudo de validação dos cenários activadores previamente desenvolvidos para o IAECA-R requereu a constituição de uma amostra de peritos em TFE que pudesse validar o conteúdo dos cenários. Para se obterem estes dados, foram convidados a participar neste estudo todos os membros fundadores da *International Society for Schema Therapy*, no 1º encontro anual da mesma, que decorreu em Estocolmo em Abril de 2006. Os membros que se disponibilizaram forneceram um endereço de e-mail, através do qual lhes foi fornecido um questionário em inglês desenvolvido para o efeito (ver Anexo 8). Responderam a este questionário 22 indivíduos, tendo dois deles sido excluídos do tratamento dos dados (um por não obediência às instruções de preenchimento e outro por ter pouca experiência com o modelo teórico)

2.2. Amostras

Como foi salientado no ponto anterior, para a realização dos diversos estudos apresentados nos capítulos 4 a 7, foi necessário constituir 4 amostras distintas: duas de indivíduos da população geral, sem psicopatologia, uma amostra clínica (incluindo doentes com psicopatologia do Eixo I e doentes com psicopatologia do Eixo II do DSM IV), e ain-

da uma amostra de peritos para o estudo de validação dos cenários do IAECA-R. Uma vez que o tamanho e a natureza das amostras estão intimamente ligados aos estudos a realizar, optou-se por apresentar a caracterização e uma descrição mais pormenorizada de cada uma delas nos respectivos capítulos. Apresenta-se aqui uma descrição sumária das mesmas.

Amostra da população geral para validação do YSQ-S3

Trata-se de uma amostra alargada de 1226 indivíduos da população geral que permitisse realizar com segurança um estudo factorial confirmatório (tomando como regra a proporção de 10 sujeitos por variável como o tamanho mínimo aceitável para garantir a estabilidade da solução testada). Foi recolhida ao longo dos anos de 2007 e 2008, e contou com o apoio de vários estudantes do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, bem como de duas bolsistas do projecto de investigação *Estruturas cognitivas nucleares, psicopatologia sintomática e perturbações da personalidade* (POCI/PSI/60954/2004), sediado no CINEICC. Para além de estudantes de diversas licenciaturas da Universidade de Coimbra, preencheram também o protocolo de investigação adultos recrutados pelos estudantes do Mestrado Integrado, bem como trabalhadores de diversas instituições e empresas da Região Centro.

A amostra final do estudo ficou constituída por 1226 (100.00%) indivíduos da população geral, com uma média de 26.17 anos de idade e de 13.76 anos de escolaridade completados. Trezentos (24.47%) sujeitos são do sexo masculino, enquanto 926 (75.53%) são do sexo feminino. Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos é solteiro (954; 77.81%) ou casado (221; 18.03%) e quanto ao estatuto socioprofissional, a maioria é estudante (780; 63.62%), sendo o segundo mais prevalente o estatuto socioprofissional médio (321; 26.18%). As características gerais da amostra da população geral estão apresentadas no Capítulo 4, no Quadro 4.1.

Amostra da população geral para validação do IAECA-R

Recolheu-se uma amostra alargada de 447 indivíduos da população geral que permitisse realizar os estudos de validação do IAECA-R, nomeadamente os estudos da dimensionalidade do inventário. A amostra foi recolhida em 2008 e 2009 e contou com o apoio de vários estudantes do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, de duas bolsistas do projecto de investigação POCI/PSI/60954/2004, sediado no CINEICC, e de vários psicólogos que permitiram uma recolha de amostra em várias regiões do país. Para além de sujeitos estudantes de diversas licenciaturas da Universidade de Coimbra, preencheram também o protocolo de investigação adultos recrutados pelos estudantes do Mestrado Integrado bem como trabalhadores de instituições e empresas dos distritos de Lisboa, Coimbra, Setúbal, Beja e Faro.

A amostra do estudo ficou constituída por 447 indivíduos da população geral, com uma média de 27.75 anos de idade. Cento e dez (24.61%) sujeitos são do sexo masculino, enquanto 337 (75.39%) são do sexo feminino. Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos é solteiro (331; 74.05%), sendo o estado civil de casado o segundo mais prevalente (101; 22.60%). Apenas 10 (2.24%) indivíduos são divorciados e dos restantes, 4(0.89%) vi-

vem em união de facto e 1 (0.22%) é viúvo. Quanto ao estatuto socioprofissional, sensivelmente metade dos sujeitos da amostra é estudante (235; 52.57%), sendo o segundo mais prevalente o estatuto socioprofissional médio (144; 32.21%). 46 (10.29%) dos sujeitos pertencem a um estatuto socioprofissional baixo e o menos prevalente é o estatuto socioprofissional alto (22; 4.92%). As características gerais da amostra estão apresentadas no Capítulo 5, no Quadro 5.2.

Amostra clínica

A amostra clínica foi recolhida entre 2006 e 2009, em vários serviços de saúde mental da região de Coimbra e também em consultórios privados de psicoterapeutas. É constituída por 115 doentes, sendo que destes, 52 apresentam como principal diagnóstico uma perturbação do Eixo I do DSM IV e os restantes 63 apresentam como principal diagnóstico e alvo de intervenção clínica uma perturbação da personalidade do Eixo II do DSM IV (podendo, evidentemente, apresentar perturbações sintomáticas comórbidas com a perturbação da personalidade). Foram excluídos desta amostra todos os indivíduos que apresentavam psicopatologia do foro psicótico, dependência de substâncias psicoactivas e também aqueles que revelaram dificuldades na compreensão dos instrumentos de avaliação.

A média das idades dos sujeitos é de 29.61 anos. Quanto à escolaridade, a média de anos de escolaridade concluídos é de 13.50. A maioria dos sujeitos é do sexo feminino (80; 69.57%) sendo apenas 35 (30.43%) indivíduos do sexo masculino. Na distribuição por estado civil, predominam os indivíduos solteiros (72; 62.61%), seguidos dos indivíduos casados (35; 30.43%). Quanto ao estatuto socioprofissional, 37 (32.17%) indivíduos são estudantes, 33 (28.70%) pertencem a um estatuto socioprofissional baixo, 28 (24.35%) pertencem a um estatuto médio e, por fim, 17 (14.78%) indivíduos pertencem a um estatuto socioprofissional elevado. Ainda que não seja realizado nenhum estudo relacionado com tipos ou grupos de psicopatologia, tendo em conta a dimensão dos grupos da amostra clínica, apresentam-se em seguida as prevalências das perturbações de cada um dos grupos desta amostra. O quadro 3.1 apresenta as frequências absolutas e relativas da distribuição das perturbações sintomáticas na amostra de 52 doentes com psicopatologia do Eixo I do DSM IV.

Quadro 3.1. Prevalência das Perturbações do Eixo I do DSM IV no grupo de doentes do Eixo I (n= 52; 100%)

Diagnósticos	N	%
Fobia Social generalizada	8	15.38
Perturbação de Pânico com Agorafobia	10	19.23
Perturbação de Pânico sem Agorafobia	2	3.85
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	5	9.62
PTSD	2	3.85
Anorexia Nervosa	3	5.77
Bulimia Nervosa	10	19.23
Perturbação Depressiva Major	8	15.38
Bulimia Nervosa em remissão	2	3.85
Anorexia Nervosa em remissão	1	1.92
Perturbação Somatoforme	1	1.92
Total	52	100

Como pode verificar-se no Quadro 3.1, as perturbações mais frequentes são Perturbação de Pânico com Agorafobia e a Bulimia Nervosa, ambas com 10 doentes (19.23% para cada uma delas). Também a Fobia Social generalizada e a Perturbação Depressiva Major apresentam frequências idênticas (n= 8; 15.38%), sendo a quinta perturbação mais frequente neste grupo a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (n= 5; 9.62%).

O quadro 3.2 apresenta as frequências absolutas e relativas da distribuição das Perturbações da Personalidade na amostra de 63 doentes com psicopatologia do Eixo II do DSM IV. A Perturbação da Personalidade mais comum é a Obsessivo-Compulsiva, que constitui o principal diagnóstico do Eixo II para 27 (42.86%) dos doentes deste grupo, seguida da *Borderline* (n= 20; 31.75%) e da Evitante (n= 10; 15.9%).

Quadro 3.2. Prevalência das Perturbações do Eixo II do DSM IV no grupo de doentes do Eixo II (n= 63; 100%)

Perturbação de Personalidade	N	%
Evitante	10	15.87
Dependente	2	3.17
Obsessivo-compulsiva	27	42.86
Passivo-agressiva	1	1.59
Paranóide	2	3.17
Histriónica	1	1.59
<i>Borderline</i>	20	31.75
Total	63	100

Esta amostra (e a divisão da mesma em função dos grupos de psicopatologia) foi utilizada em diversos estudos, como se assinala nos vários capítulos, nomeadamente nos estudos acerca da sensibilidade do YSQ-S3 e do IAECA-R para discriminar entre normais e doentes com patologia do Eixo I e do Eixo II. No entanto, e porque permitiu testar também a estrutura factorial do IAECA-R, uma descrição mais detalhada das características da mesma apresenta-se no Capítulo 5, no Quadro 5.3.

Amostra de peritos para o estudo de validação dos cenários do IAECA-R

A amostra de peritos é constituída por clínicos e investigadores suíços (4), britânicos (3), americanos (3), turcos (3), alemães (2), australianos (2), austríacos (1), canadianos (1) e argentinos (1). Estes respondentes têm uma média de idades de 43.65 anos e 8.85 anos em média de experiência profissional com o modelo. Onze (55%) dos indivíduos são do sexo feminino e 9 (45%) do sexo masculino, sendo que 16 (80%) deles têm como formação de base a Psicologia e os restantes 4 (20%) são psiquiatras. A maioria trabalha em clínica privada (11; 55%), sendo que os restantes trabalham em unidades de saúde mental especializadas (5; 25%) e em contextos forenses de reabilitação (4; 20%).

3. Instrumentos

Foram utilizados instrumentos de avaliação de três tipos: (1) entrevistas clínicas estruturadas para avaliação com vista ao estabelecimento dos diagnósticos de acordo com o DSM IV (apenas para a amostra clínica); (2) questionários de auto-resposta que ava-

liam dimensões e sintomas da psicopatologia; e (3) dois questionários de avaliação de Esquemas Mal-adaptativos Precoces.

Descrevemos, em seguida, as características de cada um destes instrumentos, apresentando mais pormenorizadamente o Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Ativadores, revisto — IAECA-R, por ter sido desenvolvido propositadamente para esta dissertação.

3.1. Entrevistas de Avaliação para Diagnóstico

3.1.1. Entrevista Clínica Estruturada para Avaliação das Perturbações do Eixo I do DSM IV – SCID I

A SCID I (First, Spitzer, Gibbon, & Williams, 1997; versão portuguesa de A. Maia, 2006) é uma entrevista de diagnóstico semi-estruturada, constituída por um conjunto de questões *standard*, organizadas em módulos que correspondem a cada uma das perturbações do Eixo I do DSM-IV (APA, 1994), (perturbações de humor, esquizofrenia e perturbações psicóticas, perturbações de uso de substâncias, perturbações de ansiedade, perturbações somatoformes, perturbações alimentares e perturbações de ajustamento). Ao longo da entrevista, as respostas do sujeito permitem o registo do número de critérios que este preenche para cada diagnóstico e a obtenção de um quadro com o perfil de patologia ao longo dos distúrbios avaliados. No Anexo 2, apresentam-se apenas as folhas iniciais de cotação da SCID I, tendo em conta a extensão da entrevista.

3.1.2. Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV — SCID II

A SCID II (First, Gibbon, Spitzer, Williams & Benjamin, 1997; versão portuguesa, autorizada para investigação, de Pinto Gouveia, Matos, Rijo, Castilho, & Salvador, 1999) é uma entrevista de diagnóstico semi-estruturada para avaliar as 10 Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV, bem como a Perturbação de Personalidade Depressiva e a Perturbação de Personalidade Passivo-Agressiva (incluídas no Apêndice B do DSM-IV). Pode ser utilizada para fazer diagnósticos do Eixo II, quer categorialmente (presente ou ausente) quer dimensionalmente (registando o número do critérios que, para cada diagnóstico, foi preenchido).

A SCID-II pode ser utilizada após o preenchimento do Questionário de Personalidade, diminuindo assim o tempo de realização da entrevista. Neste caso, para além das questões gerais com que se inicia a SCID II, o entrevistador realiza apenas as questões a que o sujeito já respondeu “SIM” no Questionário de Personalidade. No final da entrevista, obtemos um quadro sumário com um perfil de patologia da personalidade ao longo das Perturbações de Personalidade avaliadas. O entrevistador deve ainda decidir e assinalar qual a que considera ser a principal Perturbação de Personalidade, isto é, a que merece maior atenção clínica. Caso se considere necessário, para além do doente, pode recolher-se informação com um outro significativo e/ou com o terapeuta do doente a fim de completar a entrevista. No Anexo 3, apresentam-se as folhas iniciais e a folha de cotação da SCID II.

3.2. Questionários de Auto-Resposta para avaliação de dimensões da psicopatologia

3.2.1. Inventário de Auto-Avaliação da Depressão de Beck - BDI

O BDI (*Beck Depression Inventory*; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; versão portuguesa de Vaz Serra e Pio Abreu, 1973) é um inventário constituído por 21 grupos de afirmações, que se destina a medir sintomatologia depressiva, organizada em seis tipos de sintomas: afectivos, cognitivos, motivacionais, delirantes, físicos e funcionais (sono, apetite, peso e libido). Cada grupo de afirmações inclui quatro, cinco ou seis afirmações, ordenadas de acordo com a gravidade crescente do sintoma com que se relacionam. As afirmações de cada conjunto correspondem a quatro graus de gravidade — inexistente, leve, moderado, grave —, graus estes também utilizados para avaliar o grau de depressão medido pelo inventário. Em cada grupo, o sujeito deve escolher a afirmação que considerar descrever melhor a forma como se sente no momento actual. O BDI é apresentado no Anexo 5.

Os estudos revelaram que o BDI é um instrumento com boa fidedignidade (Beck & Beamesderfer, 1974, *in* Pinto Gouveia, 1990) e boa validade (Bumberry *et al.*, 1978, *in* Pinto Gouveia, 1990). Nos estudos que aqui se apresentam, foi utilizada a versão portuguesa do BDI (Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973b), que propõe um ponto de corte de 12, acima do qual se situa a população deprimida. Kendall, Hollon, Beck, Hammem e Ingram (1987), recomendam os seguintes valores de corte: 0 a 9 — normal; 10 a 20 — depressões leves, sendo que pontuações de 10 a 17 representariam estados disfóricos e pontuações superiores a 17 corresponderiam a estados depressivos; 20 a 30 — depressão moderada; valores superiores a 30 — depressão grave. Nas amostras dos estudos que realizámos, o BDI obteve bons indicadores de consistência interna. Assim, na amostra da população geral recolhida para os estudos de validação do YSQ-S3, o *alfa de Cronbach* do total da escala foi de .897. Na amostra de validação do IAECA-R na população geral, o *alfa* do BDI foi de .647 (valor aceitável mas abaixo do recomendado), e na amostra clínica de 115 doentes, foi de .935.

3.2.2. Brief Symptoms Inventory – BSI

O BSI (Derogatis, 1993; versão portuguesa de Canavarro, 1995), é um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens, desenvolvido como uma versão abreviada do SCL-90-R, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert*, com cinco possibilidades de resposta, cotado desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4). Este instrumento pode ser administrado a doentes do foro psiquiátrico ou psicológico, a quaisquer outros doentes e a indivíduos da população geral, que não se encontrem perturbados emocionalmente. A versão portuguesa está incluída no Anexo 6.

Este inventário avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psicopatologia e três Índices Globais, sendo, estes últimos, avaliações sumárias de perturbação emocional. As nove dimensões primárias foram descritas por Derogatis (Canavarro, 1999, 2007) e estão descritas no Quadro 3.3.

Quadro 3.3. Dimensões de psicopatologia do BSI

Somatização: *dimensão que reflecte o mal-estar resultante da percepção do funcionamento somático, isto é, foca queixas centradas nos sistemas cardiovascular, gastrointestinal, ou outro qualquer sistema com clara mediação autonómica. Dores localizadas na musculatura e outros equivalentes somáticos da ansiedade são igualmente componentes da somatização (inclui os itens 2, 7, 23, 29, 30, 33 e 37).*

Obsessões-Compulsões: *inclui sintomas identificados com o síndrome clínico do mesmo nome. Esta dimensão inclui cognições, impulsos e comportamentos que são experienciados como persistentes e aos quais o indivíduo não consegue resistir, embora sejam egodistónicos e de natureza indesejada. Estão também incluídos nesta dimensão comportamentos que indicam uma dificuldade cognitiva mais geral (itens 5, 15, 26, 27, 32 e 36).*

Sensibilidade Interpessoal: *esta dimensão centra-se nos sentimentos de inadequação pessoal, inferioridade, particularmente na comparação com outras pessoas. A auto-depreciação, a hesitação, o desconforto e a timidez, durante as interações sociais são as manifestações características desta dimensão (inclui os itens 20, 21, 22 e 42).*

Depressão: *os itens que compõem esta dimensão reflectem o grande número de indicadores de depressão clínica. Estão representados os sintomas de afecto e humor disfórico, perda de energia vital, falta de motivação e de interesse pela vida (inclui os itens 9, 16, 17, 18, 35 e 50).*

Ansiedade: *indicadores gerais tais como nervosismo e tensão forma incluídos na dimensão Ansiedade. São igualmente contemplados sintomas de ansiedade generalizada e de ataques de pânico. Componentes cognitivas que envolvem apreensão e alguns correlatos somáticos da ansiedade também foram considerados (itens 1, 12, 19, 38, 45 e 49).*

Hostilidade: *esta dimensão inclui pensamentos, emoções e comportamentos característicos do estado afectivo da cólera (inclui os itens 6, 13, 40, 41 e 46).*

Ansiedade Fóbica: *a ansiedade fóbica é definida como a resposta de medo persistente (em relação a uma pessoa, local ou situação específica) que sendo irracional e desproporcionado em relação ao estímulo, conduz ao comportamento de evitamento. Os itens desta dimensão centram-se nas manifestações do comportamento fóbico mais patognómicas e disruptivas (itens 8, 28, 31, 43 e 47).*

Ideação Paranóide: *esta dimensão representa o comportamento paranóide fundamentalmente como um modelo perturbado de funcionamento cognitivo. O pensamento projectivo, hostilidade, suspeição, grandiosidade, egocentrismo, medo da perda de autonomia e delírios são vistos primariamente como os reflexos desta perturbação. A selecção dos itens foi orientada de acordo com esta conceptualização (inclui os itens 4, 10, 24, 48 e 51).*

Psicoticismo: *esta escala foi desenvolvida de modo a representar este construto como uma dimensão contínua da experiência humana. Abrange itens indicadores de isolamento e de estilo de vida esquizóide, assim como sintomas primários de esquizofrenia como alucinações e controlo do pensamento. A escala fornece um contínuo graduado desde o isolamento interpessoal ligeiro à evidência dramática de psicose (inclui os itens 3, 14, 34, 44 e 53).*

O preenchimento deste inventário permite ainda a obtenção de três índices gerais: (1) o *Índice Geral de Sintomas (IGS)* – que corresponde à divisão entre a pontuação global obtida e o número total de respostas; (2) o *Total de Sintomas Positivos (TSP)* – que se calcu-

la contando o número de itens que foram respondidos com um valor superior a zero; e (3) o *Índice de Sintomas Positivos* (ISP) – que se obtém dividindo a soma de todas as perguntas pelo Total de Sintomas Positivos. De acordo com os autores do BSI, o índice global de severidade — IGS — é o melhor indicador singular do nível actual de perturbação, na medida em que combina a informação acerca do número de sintomas assinalados, com a intensidade do grau de desconforto percebido para esses mesmos itens. Por este motivo, o autor recomenda que seja este o indicador a utilizar quando for necessária apenas uma única medida sumária de psicopatologia, daí que seja esta a medida de psicopatologia geral escolhida para os estudos apresentados nos capítulos seguintes.

No que se prende com características psicométricas do inventário, os valores da versão portuguesa (Canavarro, 1999, 2007) revelam a boa consistência interna do instrumento. O *alfa de Cronbach* (quer dos diversos itens do inventário, quer os valores globais das escalas) encontram-se entre .70 e .80, à excepção dos valores encontrados para as escalas de Ansiedade Fóbica (.624) e de Psicoticismo (.621), que apresentam valores ligeiramente abaixo do intervalo referido. Os valores das correlações *split-half* e os coeficientes de *Spearman-Brown* surgem também como dados indicativos da boa consistência interna da escala, corroborando igualmente a menor consistência interna das escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo.

Nas amostras dos estudos aqui apresentados, o BSI obteve bons valores de consistência interna. Assim, na amostra de validação do YSQ-S3, o *alfa de Cronbach* do total da escala foi de .971 e os *alfas* das dimensões variaram entre .744 para a subescala de Psicoticismo e .878 para a subescala de Depressão. Na amostra da população geral utilizada nos estudos do IAECA-R, o *alfa* do total do BSI foi também elevado (.962) e os *alfas* das dimensões da escala variaram entre .640 para a subescala de Psicoticismo (a única inferior a .7) e .840 para a subescala de Obsessão-Compulsão. Na amostra clínica de 115 indivíduos, o *alfa* do total da escala foi de .978 e os das dimensões variaram entre .832 para a Obsessão-Compulsão e .898 para a dimensão Ansiedade.

3.2.3. EADS 21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress

A EADS-21 (Lovibond & Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado, e Leal, 2004) (Anexo 7), inclui 3 subescalas constituídas por 7 itens cada uma e destinadas para avaliar a Depressão, a Ansiedade e o Stress. Cada um dos 21 itens é uma afirmação que remete para estados emocionais negativos, aos quais o sujeito responde numa escala tipo *Likert* (desde “não se aplicou nada a mim” até “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”), em relação à última semana.

Estudos realizados por Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006) numa amostra clínica, revelam que este instrumento tem propriedades adequadas para estudar estados emocionais, tendo-se encontrado valores de consistência interna da escala total de .95 e os das subescalas de .90, .86 e .88 para a Depressão, Ansiedade e Stress, respectivamente. Os resultados da análise factorial revelam a presença de apenas 2 factores, um para depressão e um que agrupa os itens de stress e ansiedade, ao contrário do que preveria o modelo tripartido. O estudo realizado por Pais-Ribeiro e cols. (2004) numa amostra de estudantes revelou valores semelhantes para a consistência interna e uma estrutura factorial tridimensional, embora a subescala de ansiedade fosse a mais fraca.

Nas amostras dos estudos aqui apresentados, a EADS 21 obteve bons valores de consistência interna. Assim, na amostra de validação do YSQ-S3, os *alfas de Cronbach* das subescalas de Ansiedade, Depressão e Stress foram, respectivamente, .778, .890 e .855. Na amostra da população geral utilizada nos estudos do IAECA-R, os *alfas de Cronbach* das subescalas de Ansiedade, Depressão e Stress foram, respectivamente, .771, .805 e .857. por fim, na amostra clínica de 115 indivíduos, os *alfas de Cronbach* das subescalas de Ansiedade, Depressão e Stress foram, respectivamente, .866, .915 e .905.

3.3. Questionários de avaliação de esquemas

Como se deduz dos anteriores pontos deste capítulo, foram dois os instrumentos destinados a avaliar EMP que se utilizaram nos diversos estudos. Apresentam-se de seguida de forma muito breve, uma vez que estão descritos detalhadamente nos capítulos dos estudos de validação dos mesmos.

3.3.1. Questionário de Esquemas de Young, 3ª edição (YSQ-S3)

O YSQ-S3 (Young, 2005; versão portuguesa de Pinto Gouveia, Rijo & Salvador, 2005) avalia 18 EMP: Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha, Fracasso, Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido, Subjugação, Auto-Sacrifício, Inibição Emocional, Padrões Excessivos de Realização/Hipercrítico, Grandiosidade, Auto-Controlo/Auto-Disciplina Insuficiente, Procura de Aprovação/Reconhecimento, Negativismo/Pessimismo e Auto-Punição. Para cada EMP é apresentado um conjunto de 5 itens não consecutivos, aos quais a resposta é dada numa escala de 1 a 6, desde “Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo” até “Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo”. O YSQ-S3 está incluído no Anexo 4.

Os estudos de validação de versões noutras línguas e de anteriores versões do mesmo foram descritos no Capítulo 2 desta dissertação. A validação da versão revista contendo os itens que melhor se comportaram nos estudos de validação realizados até 2005 é um dos objectivos deste trabalho e os resultados encontram-se descritos no Capítulo 4.

No entanto, o YSQ-S3 é também utilizado nos estudos do Capítulo 7, sendo usados os totais de 9 das subescalas que avaliam os EMP comuns ao IAECA-R. Nestes estudos, devido a razões metodológicas, foram utilizados os factores teóricos do YSQ-S3 e, na amostra de 191 indivíduos, foram obtidos os seguintes coeficientes *alfa de Cronbach* para cada uma das subescalas de 5 itens: Privação Emocional ($\alpha = .841$), Abandono ($\alpha = .852$), Desconfiança/Abuso ($\alpha = .865$), Isolamento Social/Alienação ($\alpha = .895$), Defeito/Vergonha ($\alpha = .920$), Fracasso ($\alpha = .928$), Dependência/Incompetência Funcional ($\alpha = .792$), Vulnerabilidade ao Mal e à Doença ($\alpha = .789$), Padrões Excessivos de Realização/Hipercrítico ($\alpha = .758$).

3.3.2. Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores, Revisto

— IAECA-R

O Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores, versão revista (IAECA-R; Rijo & Pinto Gouveia, 2006) foi concebido para avaliar 9 dos 18 Esquemas Maladaptativos

Precoces (EMP) postulados por Young (Young, 1990; Young, Klosko, & Weishaar, 2003), nomeadamente os EMP de Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha, Fracasso, Dependência/Incompetência Funcional, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Padrões Excessivos de Realização/Hiper-criticismo. Estes 9 EMP foram seleccionados por se tratar dos EMP que mais frequentemente se associam a níveis elevados de psicopatologia.

Trata-se de uma versão revista e aumentada em relação ao IAECA (Rijo & Pinto Gouveia, 1999; Rijo, 2000), com uma nova selecção de itens para cada EMP a partir do YSQ-S3 (Young, 2005), maior número de cenários activadores para cada esquema e uma grelha de avaliação de 12 emoções associadas aos esquemas com escalas de resposta que permitem avaliar a intensidade das emoções evocadas aquando do exercício de activação dos esquemas (por oposição à escala dicotómica do IAECA original).

Assim, nas instruções do IAECA-R, é pedido ao sujeito que leia atentamente as descrições dos cenários e que escolha aquele que se aproxima mais de algo pelo qual já tenha passado (independentemente de se tratar de um cenário de infância ou de um cenário actual). Em seguida, o indivíduo deve imaginar-se a viver o cenário que escolheu, da forma mais realista possível. Se já viveu uma situação semelhante de que se recorde na altura, deve utilizar antes esta. Caso contrário, poderá imaginar-se numa das situações descritas no questionário. Deve assinalar a situação escolhida, bem como o grau em que esta se assemelha a experiências que já viveu ou está a viver (para tal, é fornecida uma escala analógica de 1 a 7). Em seguida, é pedido ao indivíduo que responda às afirmações apresentadas (itens do Questionário de Esquemas de Young para cada EMP), decidindo até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa, procurando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação escolhida. Para esta resposta, é fornecida uma escala na folha de instruções, idêntica à escala de resposta utilizada no YSQ-S3 (Young & Brown, 1990; Young, 1991). Por fim, o sujeito deve ainda assinalar, numa lista de 10 emoções, qual o grau em que sentiu cada uma delas aquando da imaginação da situação que escolheu.

Ainda que o IAECA-R faça uso do mesmo conjunto de itens que o YSQ-S3 na avaliação dos 9 EMP que lhes são comuns, devido à metodologia de activação utilizada neste novo instrumento, os itens encontram-se obrigatoriamente seriados por blocos. Para tentar ultrapassar possíveis críticas a este formato de apresentação dos itens, para cada EMP foram acrescentados aos 5 itens específicos dois itens "falsos", isto é, dois outros itens retirados dos itens que no YSQ-S3 avaliam os restantes 9 EMP que não constam do IAECA-R. Esta estratégia permitirá testar se, a existir verdadeiramente um efeito activador, este efeito é específico ou inespecífico.

Os estudos realizados com a primeira versão deste instrumento (Rijo, 2000) mostraram uma maior sensibilidade do IAECA na discriminação entre indivíduos da população geral, doentes do Eixo I e doentes com perturbações da personalidade, por comparação ao YSQ-L (Young & Brown, 1990) de 205 itens. Na maioria dos 7 EMP incluídos nessa versão, quando comparada a avaliação dos EMP entre o IAECA e o YSQ-L, ficou também demonstrado que os sujeitos com maior grau de semelhança entre os cenários activadores e situações reais de vida apresentavam scores incrementados quando avaliados pelo IAECA, por comparação aos obtidos com o YSQ-L. Tratando-se de estudos exploratórios, o IAECA não foi submetido a nenhum estudo de validação em amostras de tamanho adequado.

O desenvolvimento do IAECA-R e a validação do mesmo é um dos objectivos desta dissertação, pelos que os resultados dos estudos de validação e a consistência interna da escala são apresentados no Capítulo 5, numa amostra da população geral e numa amostra clínica.

4. Tratamento estatístico dos dados

No tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao software MPlus 3.12 (Muthén & Muthén, 2001) para os estudos de análise factorial confirmatória e às versões 16.0 e 17.0 do SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para as estatísticas descritivas e inferenciais.

Nos estudos descritivos das amostras e das emoções associadas aos esquemas, foram usadas estatísticas descritivas, incluindo quadros de frequências e de percentagens. Para comparação dos grupos em variáveis de natureza categorial, utilizou-se o teste do χ^2 . Para comparações inter e intragrupos, foram usados testes t de Student para amostras independentes e dependentes, respectivamente. Nas comparações entre três grupos, foi utilizada a análise da variância (Oneway ANOVA). Os estudos de associação entre variáveis, nomeadamente os estudos acerca da validade convergente do YSQ-S3 (Capítulo 4) e do IAECA-R (Capítulo 5), bem como os estudos da estabilidade temporal de ambas as escalas, foram realizados através de correlações de Pearson. Estas foram também utilizadas no Capítulo 6, nos estudos de associação entre graus de semelhança, EMP e intensidade da activação emocional.

Nos estudos da dimensionalidade das escalas foram utilizadas duas técnicas distintas. As análises factoriais confirmatórias foram realizadas utilizando o WLSMSV (Weighted least square parameter using a diagonal weight matrix with robust errors and means), uma vez que os nossos indicadores ou variáveis observadas podiam ser consideradas variáveis ordinais com seis pontos de resposta, sendo a variável latente que cada um desses indicadores marca uma variável contínua (Muthén & Muthén, 2001). Nos estudos factoriais exploratórios, realizaram-se Análises de Componentes Principais seguidas de rotação Varimax (estudos incluídos no Capítulo 5).

Para estudar a associação de emoções específicas a cada um dos 9 EMP do IAECA-R, optou-se pela regressão linear múltipla standard porque permite, por um lado, analisar a variância comum de todas as 11 emoções negativas com cada um dos EMP e, por outro lado, considera todas as emoções ao mesmo nível, ou seja, como variáveis da mesma natureza e importância.

Finalmente, nos estudos do Capítulo 7, que testam as diferenças na pontuação obtida para cada EMP nos dois instrumentos de avaliação, em função do grupo de semelhança dos sujeitos (alta e baixa semelhança entre o cenário activador endossado e situações reais de vida), recorreu-se a uma metodologia multivariada de medidas repetidas, que testa o efeito questionário, o efeito grupo de semelhança e a interacção entre ambos.

Capítulo 4

**Estudos de validação da versão portuguesa do
Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3)**

Capítulo 4

Estudos de validação da versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3)

1. Introdução
2. Procedimentos e amostra
3. Especificação do instrumento
4. Análise factorial confirmatória
5. Estudo das propriedades dos itens e consistência interna
6. Validade convergente
7. Poder discriminativo do YSQ-S3
8. Estabilidade temporal do YSQ-S3
9. Síntese dos resultados

Capítulo 4

Estudos de validação da versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3)

1. Introdução

Os estudos descritos neste capítulo foram realizados com o objectivo de validar a versão portuguesa do Questionários de Esquemas de Young, 3ª edição revista (YSQ-S3; Young, 2005, traduzido e adaptado para português por Pinto Gouveia, Rijo e Salvador).

Como foi descrito no Capítulo 2, existiram várias versões deste instrumento, sem que o autor fixasse uma versão definitiva. A primeira versão do questionário era constituída por 123 itens (Young & Brown, 1990; Young, 1991) para avaliar 15 EMP, tendo ainda existido uma versão de 205 itens destinada a avaliar 18 EMP (Young & Brown, 1990), da qual se extraiu uma versão curta de 75 itens. A maioria dos estudos de validação realizados utilizou uma destas duas últimas versões. É ainda de referir que, em qualquer uma destas versões, o número de itens destinados a avaliar cada um dos EMP era variável. Estas características do questionário não só dificultaram os estudos de natureza factorial, como levaram muitos dos autores a preferir a versão mais curta do YSQ em detrimento da longa, que possuía um número exageradamente grande de itens. Para além disso, os itens encontravam-se agrupados por esquema, questão que levantou algumas críticas ao questionário em diversos encontros científicos. Neste sentido, e apesar de serem ainda estas as versões disponíveis no site de referência para a Terapia Focada nos Esquemas (www.schematherapy.com), o autor decidiu realizar uma versão para investigação do referido questionário, misturando os itens dos vários EMP ao longo do instrumento e seleccionando os itens que se tinham comportado de forma mais robusta nos estudos de validação do instrumento realizados em diferentes línguas e culturas. Assim, em 2002, Young disponibilizou para investigação o *Young Schema Questionnaire* RE2R (2ª edição revista e “aleatorizada”¹). O YSQ-RE2R avalia então 15 EMP cuja validade tinha sido anteriormente estabelecida (Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha, Fracasso, Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade

1 Na realidade, embora esta versão seja, no original, designada como aleatorizada (*randomized*), os itens estão apenas sequenciados segundo uma ordem pré-definida que desagrupa os anteriores blocos de itens correspondentes a cada esquema. Não se trata, portanto, de uma verdadeira distribuição aleatória dos itens, o que se mantém para as versões posteriores do instrumento.

ao Mal e à Doença, Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido, Subjugação, Auto-Sacrifício, Inibição Emocional, Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, Grandiosidade, Auto-Controlo/Auto-Disciplina Insuficientes), acrescidos de três novos EMP que surgiram nesta altura na reformulação do modelo e que não constavam das versões anteriores do questionário, a saber: procura de aprovação/reconhecimento, negativismo/pessimismo e auto-punição. Tendo em conta que três dos 18 EMP avaliados pelo YSQ-RE2R não tinham recebido confirmação empírica, o questionário fica então “desequilibrado” sendo que os restantes 15 esquemas eram avaliados cada um por 5 itens e os novos três eram avaliados por um número maior de itens (12 itens para o EMP de Procura de Aprovação/Reconhecimento, 11 itens para o EMP de Negativismo/Pessimismo e 14 itens para o EMP de Auto-punição). Tivemos acesso a esta versão de investigação que estudámos numa amostra alargada da população normal (Pinto Gouveia, Rijo, Robalo, Castilho, Fonseca *et al.*, 2005; Pinto Gouveia, Rijo, Robalo, Salvador, Castilho, *et al.*, 2005).

Por fim, em 2005 é-nos fornecida uma versão final do YSQ (YSQ-S3²) (ver anexo 4). Esta versão avalia os 18 EMP já contidos na versão anterior do questionário mas, desta vez, com o mesmo número de itens por esquema, procurando assim um instrumento mais parcimonioso em que os itens se encontram misturados ao longo do questionário, num total de 90. No 1º encontro anual da *International Society for Schema Therapy*, que decorreu em Estocolmo em Abril de 2006, tivemos oportunidade de integrar um grupo de trabalho constituído por investigadores nesta área oriundos de diversos países. Neste grupo ficou estabelecida uma recomendação: estudar o YSQ nesta última versão, abandonando versões anteriores sempre que fosse possível, comprometendo-se o autor a deixar esta versão como a definitiva de modo a permitir acumular um corpo considerável de investigação com a mesma versão do questionário. Foi também estabelecido que, nesta fase da investigação com o YSQ-S3, deveriam preferir-se estudos sobre a natureza factorial da escala de natureza confirmatória, em detrimento de análises factoriais exploratórias. Esta recomendação baseia-se em dois critérios. Por um lado, o grupo de trabalho considerou existir já um número considerável de estudos factoriais exploratórios que sustentam o modelo teórico proposto de 18 EMP. Por outro lado, todos os investigadores encontram dificuldades em obter uma estrutura factorial empírica que confirme totalmente a teoricamente proposta, utilizando a análise factorial exploratória como técnica estatística (tendo em conta a extensão da matriz factorial, a quantidade de itens do questionário — variáveis observadas — e porque se torna difícil obter amostras clínicas de dimensão aceitável para realizar estes estudos).

É ainda importante recordar que o YSQ tem sido bastante utilizado em contexto clínico, e não apenas por psicoterapeutas com formação em terapia focada nos esquemas. Por todos estes motivos, torna-se pertinente um estudo rigoroso das características psicométricas do instrumento, com destaque para a estrutura factorial do mesmo que, por outras palavras, é também um estudo da validade de construto do modelo teórico ao qual este questionário tem estado tão intimamente ligado nas diversas reformulações do mesmo (sobretudo no que diz respeito à taxonomia dos EMP).

O principal objectivo dos estudos apresentados neste capítulo é a validação da versão

² Na sigla YSQ-S3, o termo “S3” indica que se trata da terceira versão do questionário, referindo-se o “S” ao facto de os itens seleccionados poderem ser itens *standardizados* (*standardized*)

portuguesa do YSQ-S3, numa amostra alargada da população geral. Seguem-se as recomendações do grupo de trabalho internacional referido acima na escolha da metodologia estatística. Para além dos estudos acerca da dimensionalidade da escala, apresentam-se também os estudos da consistência interna da escala e das propriedades dos itens, estudos acerca da validade convergente do YSQ-S3, do poder discriminativo face à psicopatologia e ainda estudos acerca da estabilidade temporal da escala.

2. Procedimentos e amostra

2.1. Preparação da versão portuguesa do YSQ-S3

Para a validação da versão portuguesa do YSQ-S3, foram analisados todos os 90 itens que constituem o questionário, uma vez que estes já faziam parte de versões anteriores do mesmo. Procurou-se depurar a formulação dos mesmos de modo a, por um lado, os tornar o mais fiéis possíveis aos originais em língua inglesa e, por outro lado, manter uma formulação em língua portuguesa o mais próxima possível do português corrente e coloquial. Foi realizada uma retroversão da versão portuguesa do instrumento por um tradutor bilingue independente, a qual foi depois revista com o autor do original para evitar que questões culturais e de semântica comprometessem o comportamento dos itens na versão em vernáculo.

2.2. Protocolo de investigação

Todos os participantes foram informados dos objectivos da investigação, tomando conhecimento dos mesmos através da leitura de um texto de consentimento informado (Anexo 1). Nos casos em que o preenchimento do protocolo de investigação foi realizado em grupo, os participantes receberam também uma breve explicação dos objectivos do estudo e da garantia de confidencialidade e anonimato no tratamento dos dados.

Dos sujeitos da amostra da população geral ($n=1226$), 859 preencheram um protocolo de investigação constituído pelo Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3; Young, 2005), pelo Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), pelo Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI; Derogatis, 1982) e ainda pela Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS 21, Lovibond & Lovibond, 1995). Os restantes 330 sujeitos preencheram apenas o YSQ-S3.

Os 115 sujeitos da amostra clínica (52 com perturbações do Eixo I do DSM IV e 63 com Perturbações da Personalidade), preencheram um protocolo idêntico ao dos indivíduos da amostra da população geral.

2.3. Amostra

Foi constituída uma amostra alargada de 1226 indivíduos da população normal que permitisse realizar com segurança um estudo factorial confirmatório (tomando como regra a proporção de 10 sujeitos por variável como o tamanho mínimo aceitável para garantir a estabilidade da solução testada). A amostra foi recolhida ao longo dos anos de 2007 e

2008, e contou com o apoio de vários estudantes do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, bem como de duas bolsistas do projecto de investigação *Estruturas cognitivas nucleares, psicopatologia sintomática e perturbações da personalidade* (POCI/PSI/60954/2004), sediado no CINEICC. Para além de sujeitos estudantes de diversas licenciaturas da Universidade de Coimbra, preencheram também o protocolo de investigação adultos recrutados pelos estudantes do Mestrado Integrado bem como trabalhadores de diversas instituições e empresas da Região Centro.

Foram excluídos da amostra todos os indivíduos que responderam afirmativamente à questão “Frequentou algum psicólogo ou psiquiatra ou tomou psicofármacos receitados por um médico nos últimos dois anos?”. Foram posteriormente excluídos da amostra todos os protocolos cujos questionários ou estavam mal preenchidos por não compreensão ou não obediência às instruções, ou apresentavam itens não respondidos. Feito este escrutínio, a amostra final do estudo ficou constituída por 1226 (100.00%) indivíduos da população geral, com uma média de 26.17 anos de idade e de 13.76 anos de escolaridade completados. 300 (24.47%) sujeitos são do sexo masculino, enquanto 926 (75.53%) são do sexo feminino. Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos é solteiro (954; 77.81%) ou casado (221; 18.03%) e quanto ao estatuto socioprofissional, a maioria é estudante (780; 63.62%), sendo o segundo mais prevalente o estatuto socioprofissional médio (321; 26.18%). As características gerais da amostra da população geral estão apresentadas no Quadro 4.1.

Quadro 4.1. Características da amostra (n = 1226; 100.00%)

		M	DP
Idade		26.17	10.72
Anos de Escolaridade		13.76	2.43
Sexo		N	%
	Masculino	300	24.47
	Feminino	926	75.53
Estado Civil	Solteiro	954	77.81
	Casado	221	18.03
	Divorciado	36	2.94
	Viúvo	4	.32
	União de facto	11	.90
Estatuto-Socioprofissional	Baixo	46	3.75
	Médio	321	26.18
	Alto	79	6.44
	Estudante	780	63.62

A amostra clínica de 115 doentes foi recolhida entre 2006 e 2009, em vários serviços de saúde mental da região de Coimbra e também em consultórios privados de psicoterapeutas. É constituída por 115 doentes, sendo que destes, 52 apresentam como principal diagnóstico uma perturbação do Eixo I do DSM IV e os restantes 63 apresentam como principal diagnóstico e alvo de intervenção clínica uma perturbação da personalidade do Eixo II do DSM IV (podendo, evidentemente, apresentar perturbações sintomáticas comórbidas). A média das idades dos sujeitos é de 29.61 anos. Quanto à escolaridade, a média de anos de escolaridade concluídos é de 13.50. A maioria dos sujeitos é do sexo feminino (80; 69.57%) sendo apenas 35 (30.43%) indivíduos do sexo masculino. Quanto ao estado civil, predominam os indivíduos solteiros (72; 62.61%), seguidos dos indivíduos casados (35; 30.43%). Quanto ao estatuto socioprofissional, 37 (32.17%) indivíduos são estudantes, 33 (28.70%) pertencem a um estatuto socioprofissional baixo, 28 (24.35%) pertencem a um estatuto médio e, por fim, 17 (14.78%) indivíduos pertencem a um estatuto socioprofissional elevado. Esta amostra é também utilizada no Capítulo 5 num maior número de estudos, pelo que as características da mesma se encontram descritas no Quadro 5.3 desse capítulo.

2.4. Tratamento estatístico dos dados

No tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao *software* MPlus 3.12 (Muthén & Muthén, 2001) para os estudos de análise factorial confirmatória e as versões 16.0 e 17.0 do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para as estatísticas descritivas e inferenciais.

Tendo como objectivo compreender de forma mais aprofundada a estrutura factorial subjacente aos instrumentos de medida psicológica, avançou-se para a construção de um modelo explicativo de cada um dos referidos construtos. Esta opção fundamenta-se por ser possível identificar um modelo teórico devidamente estabelecido subjacente à construção dos instrumentos e que é passível de ser submetido a uma Análise Factorial Confirmatória (Byrne, 2006). O referido procedimento foi realizado utilizando o WLSMV (*Weighted least square parameter using a diagonal weight matrix with robust errors and means*), uma vez que os nossos indicadores ou variáveis observadas, podiam ser consideradas variáveis ordinais com seis pontos de resposta, sendo a variável latente que cada um desses indicadores marca uma variável contínua (Muthén & Muthén, 2001).

Na análise do ajustamento global do modelo, que consiste em verificar se o modelo proposto se afasta ou aproxima da matriz de dados recolhidos, ou seja, se é uma explicação adequada ou fraca do construto, tem-se por base o teste de χ^2 . Como resultado desta prova estatística, pretende-se obter um valor que seja o mais reduzido possível, o que nos permitiria afirmar que o modelo proposto não difere dos dados testados e, assim, aceitar a hipótese subjacente ao teste (hipótese nula). Para além deste indicador, optou-se também por três outros, com vista ao apoio na tomada de decisão relativa à qualidade do modelo: o CFI (*Comparative Fit Index*), o TLI (*Tucker and Lewis Index*) e o RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*), por se assumir que estas medidas seriam as adequadas dentro de um conjunto bastante extenso de indicadores que se encontram disponíveis (Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003).

Na análise do ajustamento local do modelo, ou seja, das saturações factoriais dos itens nos factores e dos valores de R2 (contributo da variância de cada item para o modelo imposto), pretende-se perceber se os parâmetros estimados de forma ótima são interpretáveis do ponto de vista daquilo que se conhece do construto e da relação entre as variáveis. Assim, espera-se que as saturações factoriais sejam estatisticamente significativas e que R2 possibilite a compreensão acerca da importância de cada item para o factor que marca.

3. Especificação do instrumento

O instrumento original, como foi anteriormente descrito (Cf. Cap. 3), é constituído por 90 itens, apresentados de forma não consecutiva no questionário, sendo que o respondente deve endossar o grau em que cada um dos itens o descreve ou se aplica a si, utilizando uma escala de resposta de 1 a 6 graus (desde “Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo” até “Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo”). O conjunto dos itens avalia os 18 EMP teoricamente propostos e a média dos *scores* endossados (5 itens para cada EMP) traduz o grau em que o indivíduo declara possuir determinado EMP. No Quadro 4.2, são apresentados os factores (EMP) do YSQ-S3.

Quadro 4.2. Factores do YSQ-S3

F1 - Privação Emocional	F10 - Subjugação
F2 - Abandono	F11 - Auto-sacrifício
F3 - Desconfiança/Abuso	F12 - Inibição Emocional
F4 - Isolamento social/Alienação	F13 - Padrões Excessivos de Realização/ Hiper-criticismo
F5 – Defeito/Vergonha	F14 - Grandiosidade
F6 - Fracasso	F15 – Auto-Controlo/Auto-disciplina Insuficientes
F7 - Dependência/Incompetência Funcional	F16 - Procura de Aprovação/Reconhecimento
F8 - Vulnerabilidade ao mal e à doença	F17 - Pessimismo
F9 - Emaranhamento/Eu subdesenvolvido	F18 - Auto-punição

4. Análise factorial confirmatória

O YSQ-S3 considera 18 factores correlacionados entre si e marcados por cinco variáveis observadas definidas a partir do modelo teórico subjacente à construção do instrumento.

Após correr o modelo tal como indicado na especificação pictográfica (cf. Figura 4.1), observou-se que alguns itens estavam expressivamente associados a outros factores para além daquele onde foram definidos inicialmente. Assim, na análise dos índices de modi-

ficação, era sugerido o estabelecimento destes itens como marcadores de vários dos factores do modelo (*loadings* cruzados). Perante esta sugestão, assumiu-se que estes itens não se revelavam discriminativos da variável latente a que pertenciam e deveriam marcar e, nesse sentido, não seriam uma mais-valia para o modelo. Deste modo, eliminaram-se passo a passo 6 itens: do Factor 18, o item 90 (*Sou uma má pessoa que merece ser castigada*), do Factor 13, o item 49 (*Devo estar à altura de todas as minhas responsabilidades e funções*), do Factor 16 o item 52 (*Sinto-me pouco importante, a não ser que receba muita atenção dos outros*), do Factor 8 o item 62 (*Preocupa-me perder todo o dinheiro que tenho e ficar muito pobre ou na miséria*), do Factor 2 o item 74 (*Por vezes, a preocupação que tenho com o facto de as pessoas me poderem deixar é tão grande, que acabo por as deixar*) e, mais uma vez do Factor 13, o item 31 (*Esforço-me por fazer o melhor; não me contento com ser suficientemente bom*).

O modelo final testado possui assim 18 factores e 84 variáveis observadas (tal como se pode observar na Figura 4.1.). No quadro 4.3. estão descritas as correlações entre os factores que, por motivos práticos, não se incluíram na especificação pictográfica do modelo.

Quadro 4.3. Correlações entre factores do YSQ-S3

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17	F18	
F2	.473																		
F3	.704																		
F4	.833	.544	.820																
F5	.850	.508	.757	.921															
F6	.653	.522	.614	.719	.825														
F7	.716	.594	.715	.812	.866	.920													
F8	.569	.678	.741	.653	.660	.627	.732												
F9	.533	.619	.616	.577	.641	.555	.731	.729											
F10	.737	.642	.790	.825	.867	.744	.905	.771	.834										
F11	.470	.608	.632	.456	.411	.435	.413	.575	.574	.606									
F12	.653	.454	.692	.709	.689	.552	.637	.565	.527	.714	.494								
F13	.485	.545	.719	.623	.681	.479	.480	.614	.500	.599	.683	.595							
F14	.586	.574	.803	.656	.559	.471	.607	.669	.649	.694	.607	.607	.885						
F15	.655	.585	.723	.762	.729	.759	.859	.714	.633	.822	.463	.648	.631	.900					
F16	.337	.637	.579	.442	.365	.404	.469	.502	.476	.533	.504	.404	.694	.757	.648				
F17	.594	.723	.800	.672	.672	.655	.708	.922	.648	.753	.590	.624	.756	.717	.765	.636			
F18	.437	.576	.604	.478	.439	.490	.465	.585	.473	.535	.568	.435	.765	.534	.489	.512	.733		

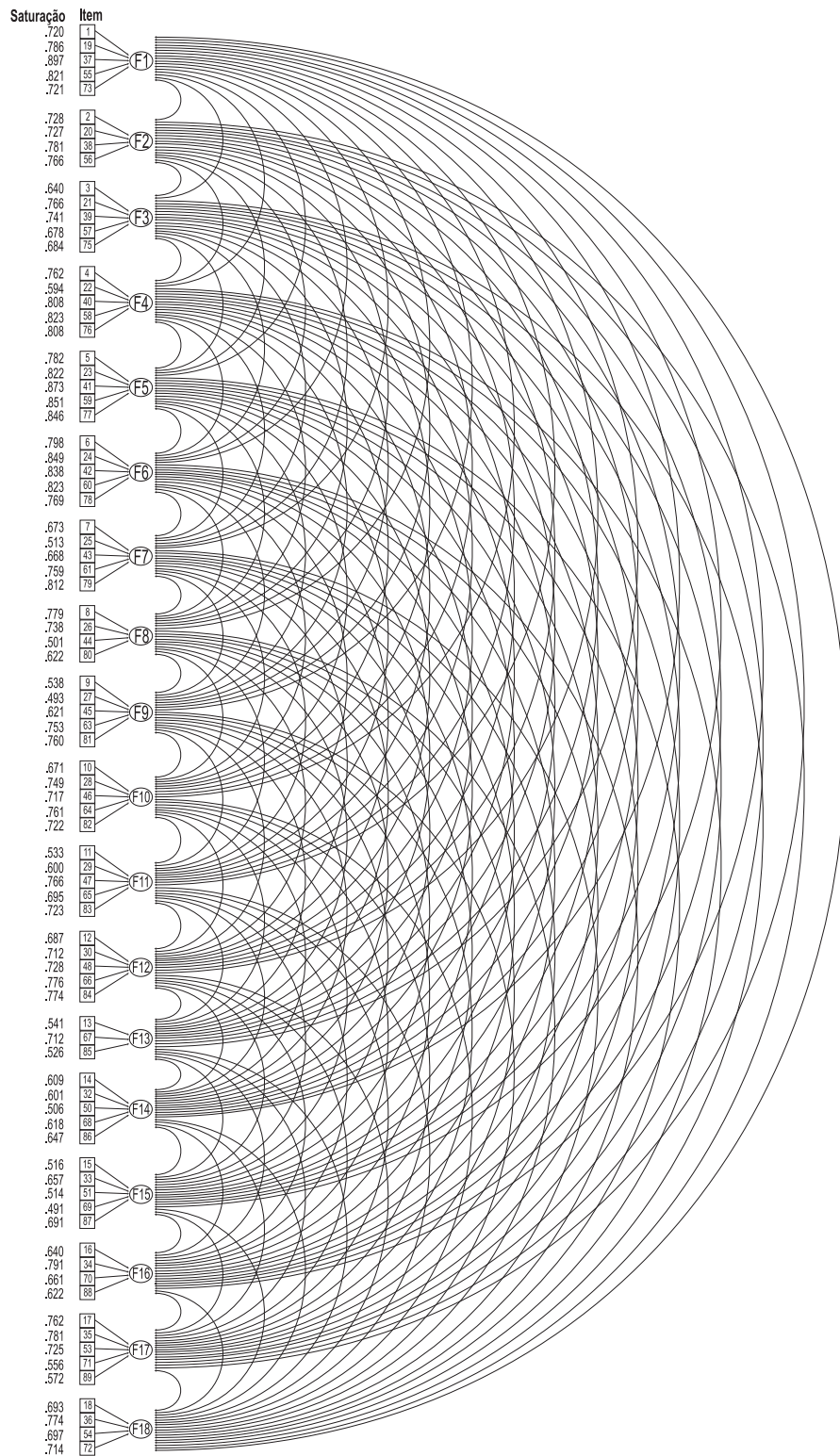


Figura 4.1. Especificação pictográfica do modelo estimado para o YSQ-S3 de 18 factores.

Os índices de ajustamento do modelo estão descritos no Quadro 4.4. O teste de χ^2 , que é o teste formal ao ajustamento do modelo, apresentando um valor relativamente reduzido tendo em consideração o número de itens que compõem o modelo e o tamanho da amostra, revela-se, como seria de esperar, estatisticamente significativo. Contribui certamente para isto o facto de o χ^2 ser uma estatística fortemente dependente do tamanho da amostra. Com vista a ultrapassar esta limitação, analisam-se também outros indicadores do ajustamento global. Estes indicadores permitem afirmar que o modelo imposto é aceitável.

No que diz respeito ao CFI, este situa-se abaixo do ponto de corte recomendado ($\geq .95$), o que pode ser justificado pela forte influência amostral deste indicador, baseado na medida do teste de χ^2 . Relativamente ao TLI, este assume o valor preciso do ponto de corte e o RMSEA situa-se abaixo do ponto de corte (são considerados aceitáveis valores inferiores a .08).

Quadro 4.4. Indicadores do ajustamento global

χ^2	15157.588
Sig.	.000
CFI	.868
TLI	.970
RMSEA (Raiz quadrada média do erro de aproximação)	.061

Quanto ao ajustamento local, todas as saturações factoriais são estatisticamente significativas e possuem valores apropriados na marcação do factor. Os valores de R^2 revelaram a qualidade dos itens na estimação do modelo (Quadro 4.5).

Quadro 4.5. Factores e saturações factoriais dos respectivos itens (continua na página seguinte)

Factor	Saturação factorial	R^2	Factor	Saturação factorial	R^2
Privação Emocional			Subjugação		
1	.702	.492	10	.671	.450
19	.786	.618	28	.749	.562
37	.897	.805	46	.717	.513
55	.821	.673	64	.761	.579
73	.721	.520	82	.722	.521
Abandono			Auto-sacrifício		
2	.728	.531	11	.533	.285
20	.727	.528	29	.600	.360
38	.781	.610	47	.766	.586
56	.766	.586	65	.695	.483
			83	.723	.522

Factor	Saturação factorial	R ²	Factor	Saturação factorial	R ²
Desconfiança/ Abuso			Inibição Emocional		
3	.640	.409	12	.687	.472
21	.766	.587	32	.712	.507
39	.741	.549	48	.728	.530
57	.678	.460	66	.776	.603
75	.684	.468	84	.774	.599
Isolamento Social/ Alienação			Padrões Excessivos de Realização		
4	.762	.580	13	.541	.293
22	.594	.353	67	.712	.508
50	.808	.652	85	.526	.277
58	.823	.678			
76	.808	.652			
Defeito			Grandiosidade		
5	.782	.611	14	.609	.371
23	.822	.676	32	.601	.361
41	.873	.762	50	.506	.256
59	.851	.724	68	.618	.382
77	.846	.716	86	.647	.418
			Auto-Controlo/ Disciplina Insuficientes		
Fracasso			15	.516	.266
6	.798	.638	3	.657	.432
24	.849	.721	51	.514	.264
42	.838	.703	69	.491	.241
60	.823	.678	87	.691	.478
73	.769	.592			
Dependência/ Incompetência Funcional	P		Procura de Aprovação/ Reconhecimento		
7	.673	.453	16	.640	.410
25	.513	.263	34	.791	.626
43	.668	.446	70	.661	.437
61	.759	.576	88	.622	.387
79	.812	.659			
Vulnerabilidade ao mal e à doença			Pessimismo		
8	.779	.607	17	.762	.581
26	.738	.544	35	.781	.610
44	.501	.251	53	.725	.526
80	.622	.387	71	.556	.309
			89	.572	.327
Emaranhamento/ Eu subdesenvolvido			Punitividade		
9	.538	.290	18	.693	.480
27	.493	.243	36	.774	.598
45	.621	.386	54	.697	.486
63	.753	.567	72	.714	.509
81	.760	.578			

Tendo em conta a análise dos níveis de ajustamento global (cf. Quadro 4.4) e local (cf. Quadro 4.5), podemos concluir que o modelo testado é adequado.

Testou-se igualmente um modelo considerando os 5 factores de 2ª ordem propostos teoricamente (Cf. Capítulo 1). Constatou-se que os níveis de ajustamento eram idênticos aos apresentados no modelo em que se considera a independência dos factores, pelo que se optou por apresentar os resultados da análise factorial confirmatória apenas deste último.

5. Estudo das propriedades dos itens e consistência interna

As correlações item-total do YSQ-S3, para os 84 itens que constituem os factores testados na AFC (Ver Fig. 4.1), são na grande maioria moderadas, sendo a mais baixa de .330 para o item 11 e a mais elevada de .615 para o item 17. O α de Cronbach do total da escala com os 84 itens é de .967; quando calculado removendo cada um dos itens de cada vez, mantém-se sempre em .964 ou .963, não sendo incrementado pela remoção de nenhum dos 84 itens que constituem o instrumento. Trata-se, portanto, de uma escala com elevada consistência interna.

Os Quadros 4.6. a 4.23. sintetizam as propriedades dos itens, descrevendo, para cada factor empírico, os itens que o constituem, a média e o desvio-padrão desse mesmo item, bem como a correlação corrigida entre o item e o total do factor em que se insere. Na última coluna de cada quadro, apresenta-se o α de Cronbach do total do factor se o item em causa fosse removido. O α de Cronbach do factor é indicado no título do respectivo quadro, entre parêntesis.

Quadro 4.6. Propriedades dos itens do Factor 1-Privação Emocional ($\alpha = .819$)

Item	M	DP	r	α
1	1.59	1.09	.589	.789
19	1.44	.98	.569	.796
37	1.86	1.29	.650	.771
55	1.87	1.27	.690	.757
73	1.81	1.17	.563	.796

A subescala de Privação Emocional apresenta um coeficiente α muito bom, e nenhum dos itens incrementaria a consistência interna da mesma se fosse removido. As correlações entre os cinco itens que constituem a escala e o total do factor variam entre .563 e .690.

Quadro 4.7. Propriedades dos itens do Factor 2- Abandono ($\alpha = .809$)

Item	M	DP	r	α
2	2.56	1.46	.605	.771
20	2.91	1.54	.635	.758
38	2.75	1.56	.678	.736
56	2.91	1.47	.590	.778

A subescala de Abandono, constituída por 4 itens, apresenta um valor muito bom de consistência interna, que também não é incrementado pela remoção dos itens que a constituem. As correlações item-total também se revelaram adequadas (variando entre .590 e .678).

Quadro 4.8. Propriedades dos itens do Factor 3- Desconfiança/Abuso ($\alpha = .780$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
3	1.96	1.05	.531	.747
21	1.88	1.10	.508	.752
39	2.23	1.33	.526	.748
57	2.61	1.37	.612	.717
75	2.13	1.23	.602	.721

A subescala de Desconfiança/Abuso revelou possuir boa consistência interna ($\alpha = .780$), não incrementada pela remoção de itens e as correlações item-total variam entre .508 e .612.

Quadro 4.9. Propriedades dos itens do Factor 4- Isolamento social/Alienação ($\alpha = .814$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
4	1.63	1.03	.573	.774
22	2.41	1.39	.454	.821
40	1.73	1.19	.666	.743
58	1.86	1.11	.662	.746
76	1.81	1.08	.644	.753

A subescala de Isolamento social/Alienação apresenta uma consistência interna muito boa ($\alpha = .814$) e as correlações entre os itens e o total da escala variam entre .454 e .666. O item 22 faria subir ligeiramente a consistência interna da escala. No entanto, e porque esse incremento é ligeiro e a consistência da subescala elevada, decidiu-se manter o item na estrutura factorial procurando respeitar o agrupamento teórico dos itens, bem como os resultados encontrados noutros estudos.

Quadro 4.10. Propriedades dos itens do Factor 5- Defeito/Vergonha ($\alpha = .856$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
5	1.53	.95	.669	.825
23	1.56	.99	.697	.817
41	1.40	.89	.686	.821
59	1.54	1.05	.666	.827
77	1.49	.90	.631	.834

A subescala de Defeito/Vergonha revelou possuir uma consistência interna muito boa ($\alpha = .856$), não afectada pela remoção de nenhum dos itens que a constituem. As correlações item-total são adequadas, variando entre .631 para o item 77 e .697 para o item 23.

Quadro 4.11. Propriedades dos itens do Factor 6- Fracasso ($\alpha = .861$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
6	1.79	1.01	.681	.831
24	1.46	.85	.604	.850
42	1.82	1.07	.736	.816
60	1.76	1.02	.697	.827
78	1.80	1.07	.683	.831

A subescala do Fracasso revelou possuir muito boa consistência interna ($\alpha = .861$), igualmente não afectada pela remoção de nenhum dos itens que a integram. As correlações item-total são altas para todos os itens que constituem esta subescala.

Quadro 4.12. Propriedades dos itens do Factor 7- Dependência/Incompetência funcional ($\alpha = .717$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
7	1.52	.82	.492	.637
25	2.09	1.28	.325	.725
43	1.49	.84	.437	.655
61	1.57	.91	.555	.606
79	1.73	1.08	.531	.609

A subescala de Dependência/Incompetência funcional apresenta um α de .717, considerado bom e que apenas seria incrementado pela remoção do item 25. Tal como aconteceu para a subescala de Isolamento social/Alienação (cf. Quadro 4.9.), foi decidido manter o item na escala pelos mesmos motivos. As correlações item-total do factor são moderadas.

Quadro 4.13. Propriedades dos itens do Factor 8-Vulnerabilidade ao mal e à doença ($\alpha = .677$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
8	1.89	1.14	.450	.613
26	1.93	1.21	.532	.558
44	2.04	1.28	.376	.661
80	2.02	1.30	.474	.596

A subescala de Vulnerabilidade ao mal e à doença é constituída por 4 itens e apresenta um α aceitável ($\alpha = .677$). Nenhum dos itens faria incrementar a consistência interna deste factor se fosse removido e as correlações item-total são moderadas, sendo a mais baixa a do item 44 ($r = .376$).

Quadro 4.14. Propriedades dos itens do Factor 9- Emaranhamento/Eu subdesenvolvido ($\alpha = .682$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
9	2.02	1.35	.422	.622
27	2.52	1.41	.408	.632
45	1.95	1.25	.414	.623
63	1.62	.99	.425	.623
81	1.67	1.02	.489	.598

A subescala do factor Emaranhamento/Eu subdesenvolvido apresenta igualmente um valor de α satisfatório (.682), não afectado pela remoção de itens. As correlações item-total são todas moderadas.

Quadro 4.15. Propriedades dos itens do Factor 10- Subjugação ($\alpha = .777$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
10	1.78	1.08	.477	.751
28	1.80	1.07	.609	.704
46	1.74	1.03	.581	.715
64	1.48	.85	.588	.719
82	2.01	1.17	.484	.752

O valor do α de Cronbach para a subescala de subjugação é bom ($\alpha = .777$) e não seria incrementado pela remoção de itens. As correlações item-total variam entre .484 para o item 82 e .609 para o item 28.

Quadro 4.16. Propriedades dos itens do Factor 11- Auto-sacrifício ($\alpha = .770$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
11	2.62	1.39	.452	.758
29	3.05	1.34	.530	.730
47	2.43	1.28	.569	.717
65	2.77	1.35	.557	.721
83	2.48	1.30	.596	.708

Na subescala de Auto-Sacrifício, o α é de .770, não afectado pela remoção de nenhum dos itens. Os valores das correlações item-total podem ser considerados moderados.

Quadro 4.17. Propriedades dos itens do Factor 12-Inibição Emocional ($\alpha = .810$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
12	2.24	1.34	.611	.769
30	2.42	1.35	.589	.776
48	1.96	1.23	.572	.781
66	1.99	1.26	.562	.784
84	2.32	1.34	.652	.756

A consistência interna da subescala do Factor 12-Inibição Emocional possui um valor de α de .810. Os itens apresentam correlações com o total da subescala que variam entre .562 e .652 e a remoção de nenhum deles afectaria a consistência interna da escala.

Quadro 4.18. Propriedades dos itens do Factor 13- Padrões Excessivos de Realização/Hiper criticismo ($\alpha = .571$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
13	2.26	1.35	.343	.522
67	2.77	1.40	.466	.330
85	3.06	1.45	.335	.540

Dos 18 factores do YSQ-S3, o Factor 13-Padrões Excessivos de Realização/Hiper criticismo é o único que apresenta um α de Cronbach inferior a .6, ainda que próximo deste valor ($\alpha = .571$). É de referir que esta subescala é a única constituída apenas por três itens, como resultado dos procedimentos decorrentes do estudo confirmatório da estrutura factorial do questionário. Embora a remoção de nenhum dos itens fizesse incrementar o valor do α de Cronbach da subescala, as correlações item-total são baixas por comparação com o com as características dos itens das restantes subescalas.

Quadro 4.19. Propriedades dos itens do Factor 14-Grandiosidade ($\alpha = .674$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
14	2.62	1.37	.418	.620
32	1.81	1.12	.424	.619
50	3.53	1.44	.398	.632
68	2.13	1.27	.423	.617
86	2.16	1.19	.462	.601

A subescala de Grandiosidade apresenta uma consistência interna satisfatória ($\alpha = .674$), bem como correlações moderadas entre os itens e o total da mesma.

Quadro 4.20. Propriedades dos itens do Factor 15-Auto-controlo/Auto-disciplina Insuficientes ($\alpha = .658$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
15	2.01	1.18	.426	.597
33	2.21	1.17	.380	.618
51	2.43	1.25	.431	.595
69	2.49	1.27	.398	.612
87	1.94	1.08	.417	.603

Na subescala de Auto-controlo/Auto-disciplina Insuficientes, o valor de α é de .658, valor aceitável e não incrementado pela remoção de itens. As correlações item-total, revelaram ser moderadas.

Quadro 4.21. Propriedades dos itens do Factor 16-Procura de aprovação/Reconhecimento ($\alpha = .714$)

Item	M	DP	r	α
16	1.84	1.12	.403	.709
34	2.53	1.33	.502	.656
70	3.19	1.34	.559	.619
88	3.38	1.38	.557	.620

A subescala de Procura de aprovação/Reconhecimento revela possuir boa consistência interna ($\alpha = .714$), não afectada pela remoção de itens. As correlações item-total podem ser consideradas moderadas e variam entre .403 e .557.

Quadro 4.22. Propriedades dos itens do Factor 17-Pessimismo ($\alpha = .755$)

Item	M	DP	r	α
17	2.37	1.31	.562	.686
35	2.06	1.27	.545	.693
53	2.34	1.28	.594	.676
71	2.62	1.48	.432	.735
89	2.98	1.53	.459	.727

À semelhança das anteriores, a subescala do Factor 17-Pessimismo apresenta igualmente boa consistência interna ($\alpha = .755$) e o valor de α não é afectado pela remoção de nenhum dos itens. As correlações item-total da subescala são moderadas para todos os itens.

Quadro 4.23. Propriedades dos itens do Factor 18-Auto-punição ($\alpha = .765$)

Item	M	DP	r	α
18	2.44	1.37	.587	.691
36	2.95	1.39	.427	.778
54	2.61	1.28	.670	.648
72	2.40	1.30	.574	.698

A subescala de Auto-Punição apresenta também boa consistência interna ($\alpha = .765$), que seria ligeiramente incrementada se fosse removido o item 36. No entanto, e pelos motivos anteriormente apontados, tal como aconteceu nas subescalas do Factor 4-Isolamento social/Alienação (cf. Quadro 4.9.) e do Factor 7-Dependência/Incompetência (cf. Quadro 4.12.), o item foi mantido na subescala. As correlações item-total variam entre .427, precisamente para o item 36, e .670 para o item 54. De facto, mesmo com estes 4 itens, o valor de *alfa de Cronbach* mantém-se adequado.

De uma maneira geral, os 18 factores que constituem o YSQ-S3 apresentam boa ou muito boa consistência interna, avaliada através do α de Cronbach. A única subescala com

um *alfa de Cronbach* inferior a .6, é a do Factor 13-Padrões Excessivos de Realização/ Hipercriticismo, valor que pode ser considerado aceitável por se tratar do único factor constituído apenas por 3 itens. Todos os restantes 17 factores revelaram possuir boa ou muito boa consistência interna. O Quadro 4.24 sintetiza os resultados para os estudos de consistência interna da escala, apresentando o número de itens que constituem cada um dos factores empíricos, as estatísticas descritivas e os coeficientes *alfa* dos factores e do total da escala. O *alpha de Cronbach* do total da escala (.967) é excelente.

Quadro 4.24. Estatísticas descritivas e α de Cronbach para os factores e o total da escala (n= 1226)

Factor	nº itens	M	DP	α
F1 Privação Emocional	5	1.71	.89	.819
F2 Abandono	4	2.78	1.20	.809
F3 Desconfiança/ Abuso	5	2.16	.89	.780
F4 Isolamento Social/ Alienação	5	1.89	.88	.814
F5 Defeito	5	1.50	.76	.856
F6 Fracasso	5	1.73	.81	.861
F7 Dependência/Incompetência funcional	5	1.68	.67	.717
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	4	1.97	.88	.677
F9 Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	5	1.95	.80	.682
F10 Subjugação	5	1.76	.76	.777
F11 Auto-sacrifício	5	2.67	.96	.770
F12 Inibição Emocional	5	2.19	.98	.810
F13 Padrões Excessivos de Realização/ Hipercriticismo	3	2.70	1.03	.571
F14 Grandiosidade	5	2.45	.84	.674
F15 Auto-Controlo/Auto-disciplina insuficientes	5	2.22	.77	.658
F16 Procura de Aprovação/ Reconhecimento	4	2.74	.95	.714
F17 Pessimismo	5	2.47	.97	.755
F18 Auto-punição	4	2.60	1.02	.765
Total YSQ (84 itens)	84	180.40	51.35	.967

No Quadro 4.25. são representadas as correlações entre os 18 factores empíricos e o total (84 itens) do YSQ-S3.

As correlações dos factores com o total da escala são consideravelmente elevadas, sendo que a única inferior a .6 ocorre para o factor 16 (Procura de aprovação/Reconhecimento). As correlações mais elevadas ocorrem para o factor 3 (Desconfiança/Abuso) e para o factor 10 (Subjugação), ambas de .794.

Quadro 4.25. Correlações entre os 18 factores empíricos e o total (84 itens) do YSQ-S3

Factor	r
F1 Privação Emocional	.683
F2 Abandono	.676
F3 Desconfiança/ Abuso	..794
F4 Isolamento Social/ Alienação	.759
F5 Defeito	.722
F6 Fracasso	.690
F7 Dependência/Incompetência funcional	.722
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.697
F9 Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	.622
F10 Subjugação	.794
F11 Auto-sacrifício	.614
F12 Inibição Emocional	.672
F13 Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	.607
F14 Grandiosidade	.692
F15 Auto-Controlo/Auto-disciplina insuficientes	.698
F16 Procura de Aprovação/Reconhecimento	.582
F17 Pessimismo	.791
F18 Auto-punição	.619
Total YSQ (84 itens)	1.000

6. Validade convergente

Neste ponto, apresentam-se os resultados dos estudos que analisaram a relação entre EMP e psicopatologia. Foram utilizadas escalas e instrumentos de auto-resposta que permitissem obter medidas de dimensões importantes da psicopatologia sintomática, nomeadamente ansiedade e depressão. Este conjunto de indicadores permitirá avaliar padrões de associação específicos entre determinados EMP e certas dimensões de psicopatologia.

Todos estes estudos foram realizados numa amostra alargada de indivíduos da população geral (n= 859) e numa amostra clínica (n= 115). É ainda de referir que, para facilidade de compreensão e de leitura dos resultados, para cada um dos estudos realizados, os quadros apresentam os coeficientes de correlação para a amostra da população geral e para a amostra clínica, permitindo a comparação da grandeza das associações entre as variáveis nas duas amostras. No caso das associações entre EMP e as subescalas do BSI, tendo em conta o elevado número de variáveis destes estudos, apresentam-se em primeiro lugar os resultados do estudo com sujeitos da população geral, seguidos dos obtidos na amostra de sujeitos com psicopatologia.

O Quadro 4.26. apresenta as correlações entre os factores e total do YSQ-S3 e a pontuação do BDI em ambas as amostras.

Quadro 4.26. Correlações entre o total e factores do YSQ-S3 e o total do BDI, na amostra da população geral (n= 859) e na amostra clínica (n= 115).

YSQ-S3 – Factores e Total	BDI Total	
	Pop. Geral (N= 859)	Amostra Clínica (N= 115)
F1 Privação Emocional	.457**	.405**
F2 Abandono	.448**	.519**
F3 Desconfiança/Abuso	.479**	.437**
F4 Isolamento Social/Alienação	.497**	.489**
F5 Defeito	.458**	.580**
F6 Fracasso	.441**	.507**
F7 Dependência/Incompetência Funcional	.421**	.602**
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.436**	.612**
F9 Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	.380**	.361**
F10 Subjugação	.468**	.670**
F11 Auto-sacrifício	.343**	.401**
F12 Inibição Emocional	.382**	.193
F13 Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	.302**	.291**
F14 Grandiosidade	.284**	.286**
F15 Auto-controlo/Auto-disciplina Insuficientes	.398**	.441**
F16 Procura de Aprovação/Reconhecimento	.221**	.366**
F17 Pessimismo	.507**	.634**
F18 Auto-punição	.328**	.567**
Total YSQ-S3	.580**	.707**

** $p < .01$, * $p < .05$

Como pode ler-se no quadro 4.26, as correlações entre o total e os factores do YSQ-S3 e as pontuações obtidas no BDI são todas significativas (à excepção da correlação com o F12 Inibição Emocional, na amostra de doentes), e no sentido esperado da associação, correspondendo maiores níveis de pontuação no BDI a maior endosso nos EMP. De uma maneira geral, há predominância de correlações moderadas na amostra da população geral, que tendem a assumir valores mais elevados na amostra clínica. O total do YSQ-S3 assume correlações expressivas com o total do BDI (.580 na amostra da população geral e .707 na amostra clínica).

Quanto aos 18 EMP, verifica-se que os oito primeiros (Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito, Fracasso, Dependência/Incompetência Funcional, Vulnerabilidade ao mal e à doença), bem como os EMP de Subjugação e Pessimismo são os que apresentam maior associação com o total do BDI. Na amostra clínica, o EMP de Auto-punição destaca-se também pela grandeza da associação com o total do BDI ($r = .567$).

Ao analisarmos a grandeza da associação entre EMP e depressão, tal como é medida pelo BDI, na amostra clínica verificamos que as associações mais fortes ocorrem com os EMP de Subjugação, Pessimismo, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Dependência/Incompetência Funcional, Defeito, Auto-punição, Abandono e Fracasso (todas superiores a .5).

Quadro 4.27. Correlações entre o total e factores do YSQ-S3 e as subescalas da EADS 21, na amostra da população geral (n= 859) e na amostra clínica (n= 115)

YSQ-S3 – Factores e Total	EADS Ansiedade		EADS Depressão		EADS Stress	
	Pop. Geral	Am. Clínica	Pop. Geral	Am. Clínica	Pop. Geral	Am. Clínica
	(N= 859)	(N= 115)	(N= 859)	(N= 115)	(N= 859)	(N= 115)
F1 Privação Emocional	.321**	.251**	.482**	.387**	.357**	.315**
F2 Abandono	.319**	.357**	.404**	.488**	.452**	.441**
F3 Desconfiança/Abuso	.377**	.407**	.455**	.528**	.440**	.418**
F4 Isolamento Social/Alienação	.384**	.197*	.558**	.476**	.441**	.408**
F5 Defeito	.355**	.199*	.542**	.429**	.350**	.357**
F6 Fracasso	.291**	.183	.483**	.448**	.344**	.293**
F7 Dependência/Incompetência Funcional	.330**	.383**	.462**	.543**	.363**	.429**
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.399**	.573**	.412**	.596**	.405**	.454**
F9 Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	.334**	.279**	.334**	.369**	.348**	.287**
F10 Subjugação	.393**	.487**	.484**	.586**	.399**	.483**
F11 Auto-sacrifício	.270**	.455**	.290**	.413**	.344**	.335**
F12 Inibição Emocional	.278**	.039	.343**	.199*	.308**	.188*
F13 Padrões Excessivos de Realização	.203**	.215*	.273**	.268**	.308**	.288**
F14 Grandiosidade	.284**	.352**	.286**	.365**	.324**	.403**
F15 Auto-controlo/Auto-disciplina Insuficientes	.303**	.378**	.398**	.521**	.338**	.445**
F16 Procura de Aprovação/Reconhecimento	.135**	.408**	.207**	.370**	.277**	.422**
F17 Pessimismo	.379**	.465**	.471**	.631**	.484**	.529**
F18 Auto-punição	.271**	.348**	.325**	.549**	.321**	.423**
Total YSQ-S3	.452**	.487**	.579**	.688**	.533**	.577**

** $p < .01$, * $p < .05$

É de salientar que os EMP que revelam maior incremento na grandeza da associação à depressão, quando comparamos os valores obtidos na amostra da população geral com os obtidos na amostra clínica, são EMP com conteúdo claramente depressiogenico. No entanto, os EMP de Pessimismo e de Auto-punição podem ter esta associação incrementada pelo facto de os mesmos conterem itens que descrevem, respectivamente, uma tendência para uma visão negativa do futuro e atitudes de culpabilização e atribuições internas e estáveis para o fracasso. Ambas as temáticas são por demais conhecidas como presentes nos estados de humor depressivo (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979).

O Quadro 4.27. descreve os valores das correlações entre os factores e total do YSQ-S3 e as subescalas de Ansiedade, Depressão e Stress da EADS 21, na amostra da população geral e na amostra clínica.

O total e factores do YSQ-S3 correlacionam-se com qualquer uma das dimensões da EADS 21 no sentido esperado da relação, sendo que a quase totalidade das correlações é estatisticamente significativa. A maior associação do total do YSQ-S3 é, em ambas as amostras, com a dimensão Depressão, seguida do Stress e, por último, da Ansiedade.

No que diz respeito à subescala de depressão da EADS 21, as correlações obedecem a um padrão idêntico ao obtido com o total do BDI. Ou seja, as correlações mais elevadas tendem a ocorrer nos primeiros 8 EMP, e também nos EMP de Pessimismo e Auto-punição, cujos itens podem sobrepor-se ao conteúdo típico de cognições depressivas. Para além destes, na amostra clínica surgem ainda os EMP de Subjugação e de Auto-Controlo/Auto-disciplina Insuficientes como possuindo associações superiores a .5 com a dimensão Depressão da EADS 21.

As associações de maior grandeza com a subescala de Stress da EADS 21 são as dos EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação e Pessimismo e tendem a destacar-se em ambas as amostras.

Em relação à associação com a subescala de Ansiedade da EADS 21, as correlações obtidas para a amostra da população geral são mais baixas que as referentes às subescalas de Depressão e de Stress. Nas correlações calculadas para a amostra clínica, é possível destacar associações mais fortes entre o total desta subescala e os EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Subjugação, Auto-sacrifício, Pessimismo e Desconfiança/Abuso.

Da leitura do Quadro 4.27, pode concluir-se que as correlações são praticamente todas estatisticamente significativas e no sentido esperado da relação. As mais expressivas revelam um padrão diferenciado de associação entre determinados EMP e as dimensões da EADS 21. Para além disso, constata-se que as associações mais expressivas entre as variáveis tendem a ocorrer na amostra clínica.

É também curioso constatar que, em relação às dimensões Depressão e Stress, as associações mais expressivas tendem novamente a ocorrer para as primeiras 8 subescalas do YSQ-S3 e são mais fracas nas restantes (à excepção da subescala de Pessimismo que apresenta valores também elevados de correlação com as dimensões da EADS 21). Estes dados parecem sugerir que nem todos os EMP se associam com a mesma intensidade à psicopatologia, sendo que alguns dos EMP podem estar associados a manifestações mais específicas ou pontuais de sofrimento e outros a níveis mais abrangentes. Por outro lado, o EMP de Pessimismo, descrevendo mais uma atitude de desespero perante o futuro, espelhará mais a visão negativa que os doentes tendem a desenvolver e, por isso, apresenta associações mais fortes com as dimensões da EADS 21.

O Quadro 4.28 apresenta as correlações entre os factores e o total do YSQ-S3 e o Índice Global de Severidade do BSI nas duas amostras.

Quadro 4.28. Correlações entre o total e factores do YSQ-S3 e o Índice Global de Severidade (IGS) do BSI, na amostra da população geral (n= 859) e na amostra clínica (n= 115).

YSQ-S3 –Factores e Total	BSI - IGS	
	Pop. Geral (N= 859)	Am. Clínica (N= 115)
F1 Privação Emocional	.471**	.415**
F2 Abandono	.430**	.461**
F3 Desconfiança/Abuso	.501**	.545**
F4 Isolamento Social/Alienação	.528**	.473**
F5 Defeito	.554**	.380**
F6 Fracasso	.484**	.380**
F7 Dependência/Incompetência Funcional	.501**	.496**
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.521**	.624**
F9 Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	.391**	.376**
F10 Subjugação	.537**	.587**
F11 Auto-sacrifício	.342**	.397**
F12 Inibição Emocional	.403**	.170
F13 Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	.349**	.320**
F14 Grandiosidade	.406**	.312**
F15 Auto-controlo/Auto-disciplina Insuficientes	.456**	.408**
F16 Procura de Aprovação/Reconhecimento	.233**	.324**
F17 Pessimismo	.506**	.656**
F18 Auto-punição	.304**	.520**
Total YSQ-S3	.643**	.655**

** $p < .01$, * $p < .05$

O total do YSQ-S3 apresenta um valor de correlação da mesma ordem de grandeza com o IGS em ambas as amostras ($r = .643$ na amostra da população geral e $r = .655$ na amostra clínica). No que diz respeito às correlações dos 18 factores com o IGS, as associações mais expressivas ocorrem para os EMP de Pessimismo, Vulnerabilidade ao mal e à doença, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação e Subjugação em ambas as amostras. Na amostra da população geral destacam-se ainda as associações entre o IGS e os EMP de Defeito e Fracasso; na amostra clínica assume ainda um valor considerável a associação com o EMP de Auto-punição. Em suma, com excepção da subescala de Pessimismo e da subescala de Subjugação, mantém-se a tendência para se encontrar maior associação entre um indicador de psicopatologia geral e as primeiras 8 subescalas do YSQ-S3, tal como se tinha verificado nas associações com as outras medidas de psicopatologia já estudadas.

O Quadro 4.29 apresenta as correlações entre o total e factores do YSQ-S3 e as dimensões da psicopatologia do BSI, na amostra da população geral e o Quadro 4.30. apresenta os mesmos estudos na amostra clínica.

Quadro 4.29. Correlações entre o total e factores do YSQ-S3 e as dimensões do BSI, na amostra da população geral (n= 859)

YSQ-S3 – Factores e Total	Somat	O-C	SI	Dep	Ans	Host	Ans Fób	Id Par	Psicot
F1 Privação Emocional	.334**	.386**	.425**	.509**	.377**	.358**	.346**	.414**	.475**
F2 Abandono	.270**	.355**	.420**	.436**	.373**	.314**	.348**	.384**	.433**
F3 Desconfiança/ Abuso	.314**	.400**	.482**	.455**	.426**	.406**	.381**	.568**	.486**
F4 Isolamento Social/ Alienação	.329**	.428**	.520**	.554**	.414**	.409**	.416**	.494**	.553**
F5 Defeito	.378**	.460**	.541**	.575**	.437**	.404**	.474**	.450**	.590**
F6 Fracasso	.307**	.469**	.495**	.514**	.366**	.332**	.391**	.358**	.500**
F7 Dependência/ Incompetência Funcional	.335**	.483**	.490**	.478**	.415**	.349**	.440**	.399**	.499**
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.396**	.445**	.439**	.464**	.479**	.402**	.417**	.447**	.472**
F9 Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	.311**	.350**	.328**	.329**	.346**	.266**	.342**	.370**	.373**
F10 Subjugação	.358**	.463**	.533**	.505**	.431**	.401**	.456**	.493**	.536**
F11 Auto-sacrifício	.260**	.292**	.310**	.298**	.301**	.243**	.232**	.371**	.293**
F12 Inibição Emocional	.261**	.367**	.377**	.372**	.332**	.324**	.312**	.402**	.398**
F13 Padrões Excessivos de Realização/ Hipercriticismo	.185**	.303**	.328**	.315**	.331**	.288**	.224**	.383**	.345**
F14 Grandiosidade	.232**	.303**	.401**	.355**	.357**	.387**	.330**	.440**	.405**
F15 Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes	.284**	.438**	.428**	.434**	.383**	.398**	.346**	.371**	.459**
F16 Procura de Aprovação/ Reconhecimento	.074*	.189**	.282**	.221**	.193**	.236**	.174**	.259**	.244**
F17 Pessimismo	.323**	.450**	.466**	.484**	.439**	.388**	.370**	.465**	.503**
F18 Auto-punição	.200**	.267**	.268**	.276**	.254**	.233**	.195**	.319**	.323**
Total YSQ-S3	.418**	.555**	.612**	.615**	.540**	.499**	.502**	.603**	.640**

** $p < .01$, * $p < .05$ Legenda: Som = Somatização, O-C = Obsessão-Compulsão, SI = Sensibilidade Interpessoal, Dep = Depressão, Ans = Ansiedade, Host = Hostilidade, Ans Fób = Ansiedade Fóbica, Id Par = Ideação Paranóide, Psic = psicoticismo

As correlações apresentadas no Quadro 4.29 são todas significativas e no sentido esperado da relação entre as variáveis. O total do YSQ-S3 apresenta correlações que variam entre .418 e .640 as dimensões do BSI, sendo as associações mais fortes com as dimensões de Psicoticismo, Depressão, Sensibilidade Interpessoal, Ideação Paranóide e Obsessão-Compulsão, por ordem decrescente de grandeza das correlações.

Do conjunto das correlações, cabe destacar alguns padrões de associação mais expressivos, bem como associações mais específicas entre determinados EMP e dimensões do BSI. Tal como nos estudos anteriores, os EMP que tendem a estar associados de forma expressiva a um maior número de dimensões do BSI são novamente os 8 primeiros factores.

Com a dimensão Somatização, embora com valores moderados, destacam-se as associações aos EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e de Subjugação. A dimensão Obsessão-Compulsão tende a associar-se com valores de correlação mais elevados com um maior número de subescalas do YSQ-S3 (para além das oito primeiras, também se

destaca a associação com as subescalas de Subjugação e Pessimismo). Da mesma forma, o padrão de associação para as dimensões de Sensibilidade Interpessoal e de Depressão do BSI evidencia correlações mais elevadas com as primeiras 8 subescalas do YSQ-S3. No entanto, para além destas associações, em relação à Sensibilidade Interpessoal destacam-se ainda as associações com os EMP de Pessimismo, Auto-Controlo/Auto-Disciplina Insuficientes e, curiosamente, Grandiosidade. Para além dos 8 EMP já referidos, com a dimensão Ansiedade surge também o EMP de Pessimismo que apresenta um $r = .484$. A escala de Ansiedade do BSI revela um padrão mais selectivo de associações de maior valor, destacando-se as correlações com os EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Pessimismo e Defeito.

Para a dimensão Hostilidade do BSI, embora com correlações de valor moderado, destacam-se como mais salientes as associações com os EMP de Isolamento Social/ Alienação, Desconfiança/Abuso, Defeito, e Subjugação. Com correlações dentro da mesma ordem de valores, as associações mais destacadas para a dimensão Ansiedade Fóbica são com os EMP de Defeito, Subjugação, Dependência/ Incompetência Funcional, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Isolamento Social/ Alienação, por ordem decrescente da grandeza das associações. A dimensão de Ideação Paranóide apresenta uma associação maior com o EMP de Desconfiança/Abuso, seguida de associações expressivas com os EMP de Isolamento Social/Alienação, Subjugação e Defeito. O Psicoticismo apresenta um padrão de associações mais fortes com um maior número de subescalas do YSQ-S3, sendo que as correlações de maior valor ocorrem com os EMP de Defeito, Fracasso e Isolamento Social/Alienação.

No Quadro 4.30. são apresentadas as correlações entre as mesmas variáveis mas, neste caso, realizadas na amostra clínica.

As correlações do total do YSQ-S3 com as dimensões do BSI na amostra clínica são mais fortes que as encontradas na amostra da população geral. Todas assumem valores moderados a bons, sendo a mais baixa com a Ansiedade Fóbica e a mais elevada com a Sensibilidade Interpessoal. Estas diferenças na associação do total do YSQ-S3 com as subescalas reflectem claramente que determinadas dimensões do BSI estão associadas a um pequeno número de EMP, enquanto outras tendem a associar-se a um maior número de subescalas do YSQ-S3.

No que diz respeito às associações entre factores de ambas as escalas, na amostra clínica parecem existir associações mais específicas entre os EMP e as dimensões do BSI, por comparação às encontradas na amostra da população geral. À semelhança do que aconteceu nesta última, na amostra clínica também o EMP de Pessimismo tende para correlações expressivas e consideravelmente elevadas com a maioria das dimensões do BSI.

Com a dimensão Somatização, as associações mais fortes ocorrem para os EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Subjugação, tal como tinha sido encontrado na amostra da população geral. A dimensão Obsessão-Compulsão apresenta correlações mais elevadas com os EMP de Pessimismo, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Desconfiança/Abuso. A dimensão Sensibilidade Interpessoal parece associar-se com correlações mais elevadas a um maior número de subescalas do YSQ-S3, tal como aconteceu na amostra da população geral. Naturalmente que aqui as correlações são mais elevadas

Quadro 4.30. Correlações entre o total e factores do YSQ-S3 e as dimensões do BSI, na amostra clínica (n= 115)

YSQ-S3 – Factores e Total	Som	O-C	SI	Depr	Ans	Host	Ans Fób	Id Par	Psicot
F1 Privação Emocional	.242**	.320**	.456**	.510**	.254**	.292**	.165	.346**	.472**
F2 Abandono	.284**	.326**	.525**	.481**	.368**	.316**	.302**	.415**	.410**
F3 Desconfiança/Abuso	.316**	.500**	.591**	.566**	.368**	.351**	.255**	.625**	.559**
F4 Isolamento Social/Alienação	.144	.426**	.640**	.573**	.318**	.258**	.172	.475**	.535**
F5 Defeito	.106	.295**	.494**	.451**	.252**	.191*	.127	.302**	.453**
F6 Fracasso	.127	.376**	.504**	.412**	.224*	.217*	.173	.302**	.417**
F7 Dependência/Incompetência funcional	.296**	.427**	.525**	.452**	.394**	.329**	.369**	.433**	.531**
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.523**	.535**	.508**	.519**	.539**	.511**	.482**	.516**	.542**
F9 Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	.282**	.326**	.351**	.386**	.272**	.218*	.140	.409**	.361**
F10 Subjugação	.402**	.436**	.610**	.578**	.450**	.382**	.260**	.538**	.615**
F11 Auto-sacrifício	.354**	.318**	.382**	.363**	.350**	.254**	.189*	.368**	.339**
F12 Inibição Emocional	.036	.160	.272**	.229*	.034	.088	.063	.218*	.247**
F13 Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	.095	.266**	.322**	.318**	.364**	.230*	.083	.317**	.292**
F14 Grandiosidade	.161	.246*	.243**	.254**	.265**	.278**	.167	.401**	.305**
F15 Auto-Controlo/Auto-disciplina insuficientes	.306**	.408**	.303**	.398**	.334**	.347**	.232*	.328**	.384**
F16 Procura de Aprovação/Reconhecimento	.131	.256**	.351**	.282**	.349**	.264**	.174	.287**	.311**
F17 Pessimismo	.391**	.579**	.629**	.643**	.525**	.520**	.359**	.599**	.603**
F18 Auto-punição	.279**	.413**	.527**	.555**	.388**	.397**	.170	.474**	.478**
Total YSQ-S3	.369**	.558**	.705**	.680**	.494**	.450**	.321**	.617**	.668**

** $p < .01$, * $p < .05$ Legenda: Som = Somatização, O-C = Obsessão-Compulsão, SI = Sensibilidade Inter-pessoal, Dep = Depressão, Ans = Ansiedade, Host = Hostilidade, Ans Fób = Ansiedade Fóbica, Id Par = Ideação Paranóide, Psic = Psicoticismo

das e destacam-se como de maior grandeza as que ocorrem com os EMP de Isolamento Social/Alienação e de Subjugação, para além do EMP de Pessimismo (todas elas superiores a .600). A dimensão Depressão do BSI mantém também um padrão de associações elevadas com um maior número de subescalas do YSQ-S3, nomeadamente as de Pessimismo, Subjugação, Isolamento Social/Alienação, Desconfiança/Abuso, Auto-punição, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Privação Emocional (correlações superiores

a .5). Para as subescalas de Ansiedade e de Hostilidade do BSI, as associações mais expressivas ocorrem com os EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Pessimismo. A Ansiedade Fóbica associa-se com um menor número de EMP, tal como seria de esperar e, de entre as correlações significativas, a mais elevada é com o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença. Para a Ideação Paranoide, a maior correlação é com o EMP de Desconfiança/Abuso ($r = .625$), sendo que se destacam também como elevadas as correlações com os EMP de Pessimismo, Subjugação, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e ainda Isolamento Social/Alienação. Por fim, a dimensão Psicoticismo apresenta maiores associações com 6 subescalas do YSQ-S3: Subjugação, Pessimismo, Desconfiança/Abuso, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Isolamento Social/Alienação e Dependência/Incompetência Funcional.

7. Poder discriminativo do YSQ-S3

O Quadro 4.31 apresenta as estatísticas descritivas e sintetiza os resultados das análises de variância (*One-way ANOVA*) nos três grupos de comparação, para o total e factores do YSQ-S3. Trata-se de um grupo de 76 indivíduos da população geral, sem psicopatologia, de um grupo de 52 doentes com pelo menos um diagnóstico do Eixo I (realizado através de entrevista de avaliação estruturada – SCID I) e de um grupo de 63 doentes com pelo menos uma perturbação da personalidade do Eixo II do DSM IV como principal diagnóstico (igualmente confirmado por entrevista clínica estruturada – SCID II). Os grupos não se distinguem na variável idade ($F_{(2,188)} = 2.836$; $p = .061$) nem na variável anos de escolaridade ($F_{(2,188)} = 1.807$; $p = .167$). Nas restantes variáveis demográficas, os três grupos também não se distinguem na distribuição por sexo ($\chi^2_{(2, N=191)} = .410$; $p = .815$), nem na distribuição por estado civil ($\chi^2_{(8, N=191)} = 11.588$; $p = .171$). A única diferença entre os grupos (para um $p < .05$) ocorre na distribuição por estatuto socioprofissional, em que existe maior prevalência de estudantes nos grupos clínicos por comparação ao grupo de indivíduos da população geral ($\chi^2_{(6, N=191)} = 13.477$; $p = .036$).

Como pode ler-se no Quadro 4.31, existe uma tendência clara no sentido das médias dos indivíduos da população geral serem inferiores às dos indivíduos com psicopatologia do Eixo I, as quais, por sua vez, são também inferiores às dos indivíduos com perturbações da personalidade. Esta relação existe, quer para o total do questionário, quer para cada um dos factores específicos.

Na última coluna do quadro estão representados os resultados dos testes *post hoc* em cada uma das comparações realizadas. Nos casos em que existia homogeneidade da variância (factores 11, 13, 14, 17, 18 e total do YSQ-S3) foram considerados os valores do teste de *Tukey* como procedimento *post hoc*; quando tal se não verificou, foram assumidos os valores do teste de *Games Howell* (Howell, 2007).

O total do YSQ-S3 revela-se capaz de distinguir os três grupos, no sentido esperado das médias das pontuações. A mesma diferença estatisticamente significativa encontra-se para os factores F1-Privação Emocional, F4 – Isolamento Social/Alienação, F5-Defeito/Vergonha, F6-Fracasso, F8-Vulnerabilidade ao mal e à doença, F16,-Procura de aprovação/Reconhecimento e F17-Pessimismo. No factor F18-Auto-punição, os indivíduos da população geral não se distinguem dos doentes do Eixo I, mas ambos se distinguem dos

doentes do Eixo II. Em todos os restantes factores, os indivíduos da população geral obtêm valores médios significativamente inferiores aos dos indivíduos com psicopatologia.

Quadro 4.31. ANOVAS do total e factores do YSQ-S3

Factor	P Geral (N= 76)		Eixo I (N= 52)		Eixo II (N= 63)		F	p	Post Hoc*
	M	DP	M	DP	M	DP			
F1 Privação Emocional	1.44	.53	2.17	1.04	2.97	1.36	40.018	.000	N < I < II
F2 Abandono	2.31	.95	3.51	1.21	3.92	1.37	35.943	.000	N < I, II
F3 Desconfiança/ Abuso	1.79	.65	2.86	1.18	3.31	1.32	38.223	.000	N < I, II
F4 Isolamento Social/ Alienação	1.60	.66	2.67	1.40	3.81	1.33	65.614	.000	N < I < II
F5 Defeito	1.18	.39	2.08	1.23	3.02	1.59	44.803	.000	N < I < II
F6 Fracasso	1.36	.43	2.15	1.21	2.81	1.45	31.350	.000	N < I < II
F7 Dependência/Incompetência funcional	1.39	.47	2.02	.88	2.43	1.04	29.494	.000	N < I, II
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	1.87	.91	2.37	1.10	2.88	1.21	15.606	.000	N < I < II
F9 Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	1.70	.75	2.30	.95	2.71	1.27	17.848	.000	N < I, II
F10 Subjugação	1.52	.58	2.50	1.12	3.00	1.15	43.098	.000	N < I, II
F11 Auto-sacrifício	2.52	.90	3.13	1.06	3.30	1.06	11.736	.000	N < I, II
F12 Inibição Emocional	1.92	.84	2.77	1.28	3.13	1.21	22.080	.000	N < I, II
F13 Padrões Excessivos de Realização/ Hipercriticismo	2.71	1.12	3.52	1.21	3.88	1.19	18.441	.000	N < I, II
F14 Grandiosidade	2.18	.88	2.69	.88	2.98	.86	15.126	.000	N < I, II
F15 Auto-Controlo/ Auto-disciplina insuficientes	1.89	.78	2.72	1.08	3.08	1.03	28.850	.000	N < I, II
F16 Procura de Aprovação/ Reconhecimento	2.42	.92	3.06	1.24	3.66	1.08	23.028	.000	N < I < II
F17 Pessimismo	2.43	1.11	3.08	1.27	4.00	1.20	30.351	.000	N < I < II
F18 Auto-punição	2.52	1.14	3.03	1.24	3.71	1.23	16.848	.000	N, I < II
Total YSQ-S3 (84 itens)	159.12	42.64	225.00	65.14	271.08	62.97	66.012	.000	N < I < II

*População Geral = N, Eixo I = I, Eixo II = II

8. Estabilidade temporal do YSQ-S3

A estabilidade temporal do YSQ-S3 foi estudada através das correlações de *Pearson* (Quadro 4.32) e do teste *t de Student* (Quadro 4.33). Foi utilizada uma amostra da população geral, maioritariamente constituída por estudantes.

A correlação teste-reteste do total da escala é de .862 e as referentes aos 18 factores são todas elevadas, sendo a mais baixa de .687 para o Factor 10-Subjugação e a mais elevada de .905 para o Factor 4-Isolamento Social/Alienação.

Quadro 4.32. Estabilidade temporal através da correlação de *Pearson* para o YSQ-S3 (total e factores) numa amostra da população geral (n= 66)

Factor	r
F1 Privação Emocional	.821**
F2 Abandono	.833**
F3 Desconfiança/Abuso	.829**
F4 Isolamento Social/Alienação	.905**
F5 Defeito	.770**
F6 Fracasso	.793**
F7 Dependência/Incompetência funcional	.700**
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.790**
F9 Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	.732**
F10 Subjugação	.687**
F11 Auto-sacrifício	.834**
F12 Inibição Emocional	.847**
F13 Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	.725**
F14 Grandiosidade	.692**
F15 Auto-Controlo/Auto-disciplina insuficientes	.705**
F16 Procura de Aprovação/Reconhecimento	.826**
F17 Pessimismo	.761**
F18 Auto-punição	.697**
Total YSQ (84 itens)	.862**

** $p < .001$

Avaliando a estabilidade temporal do YSQ-S3 através do teste *t de Student* para amostras dependentes, verificamos que 13 dos 18 factores apresentam valores inferiores no teste cuja diferença é estatisticamente significativa. Assim sendo, naturalmente que essas diferenças se reflectem no total da escala. Apenas não foram encontradas diferenças para os factores F1-Privação Emocional, F5 Defeito, F7 Dependência/Incompetência funcional, F12 Inibição Emocional e F15 Auto-Controlo/Auto-disciplina insuficientes. Estes resultados não devem, no entanto, ser considerados definitivos e este estudo deve ser repetido numa amostra não constituída por estudantes, antes de se retirarem conclusões definitivas quanto à estabilidade da escala. Uma hipótese explicativa destas diferenças pode ser a de que para este estudo, procurando garantir o emparelhamento dos sujeitos, recorremos a turmas de estudantes em dias de prova escrita de avaliação. A situação de avaliação escolar pode ter condicionado, pelo menos em parte, os resultados encontrados, uma vez que os EMP são activados por situações relevantes para o conteúdo dos mesmos e provas de avaliação de diferentes graus de dificuldade ou exigência, percebidas pelos estudantes de forma diversa, podem ter desencadeado padrões de resposta diferenciados em ambos os momentos. Neste sentido, a estabilidade temporal da escala deve ser estudada no futuro com uma amostra não exclusivamente consti-

tuída por estudantes e devem evitar-se contextos de recolha de dados que possam interagir com as variáveis em estudo. Naturalmente que o teste *t* de comparação das médias nos dois momentos, uma vez que retira a variabilidade inter-grupo, aumenta a probabilidade de se encontrarem diferenças entre as médias. É, portanto, uma medida mais fina por comparação à correlação.

Quadro 4.33. Teste-reteste através do teste *t* de Student para amostras dependentes (total e factores do YSQ-S3), numa amostra da população geral (n= 66)

Factor	Teste		Reteste		t	p
	M	DP	M	DP		
F1 Privação Emocional	1.59	.66	1.55	.63	.829	.410
F2 Abandono	2.87	1.16	2.50	1.08	4.634	.000
F3 Desconfiança/ Abuso	2.38	.93	2.03	.81	5.463	.000
F4 Isolamento Social/ Alienação	2.25	1.12	2.08	.94	2.818	.006
F5 Defeito	1.57	.76	1.46	.59	1.822	.073
F6 Fracasso	1.87	.92	1.64	.71	3.400	.001
F7 Dependência/Incompetência funcional	1.88	.77	1.77	.69	1.554	.125
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	2.14	.96	1.84	.78	4.081	.000
F9 Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	1.98	.71	1.77	.63	3.557	.001
F10 Subjugação	1.84	.80	1.68	.66	2.132	.037
F11 Auto-sacrifício	2.56	.81	2.36	.79	3.473	.001
F12 Inibição Emocional	2.14	.97	2.08	1.04	.962	.339
F13 Padrões Excessivos de Realização/ Hipercriticismo	2.67	1.07	2.44	.90	2.465	.016
F14 Grandiosidade	2.49	.84	2.17	.79	4.050	.000
F15 Auto-Controlo/Auto-disciplina insuficientes	2.31	.76	2.16	.88	1.889	.063
F16 Procura de Aprovação/ Reconhecimento	2.82	.95	2.48	1.02	4.637	.000
F17 Pessimismo	2.65	.99	2.11	.79	6.764	.000
F18 Auto-punição	2.76	.99	2.36	.95	4.310	.000
Total YSQ-S3 (84 itens)	187.83	50.41	170.17	45.97	5.589	.000

9. Síntese dos resultados

Os estudos apresentados neste capítulo pretendiam validar a versão portuguesa do YSQ-S3, numa amostra da população geral. A estrutura factorial da escala foi confirmada na análise factorial confirmatória, realizada numa amostra de 1226 indivíduos da população geral. Os indicadores de ajustamento local do modelo testado foram adequados para as 84 variáveis que entraram na análise, revelando todas saturações factoriais significativas e de valor apropriado na marcação do respectivo factor. Em consequência do bom ajustamento do modelo, os factores testados aproximam-se praticamente todos dos teoricamente propostos e revelaram possuir bons coeficientes de consistência interna.

Os estudos acerca da validade convergente do YSQ-S3, mostraram associações significativas e fortes entre os diversos indicadores de psicopatologia geral e o total do YSQ-S3. Uma análise mais detalhada da grandeza das associações encontradas permitiu destacar alguns padrões específicos de associação entre alguns dos EMP avaliados pelo YSQ-S3 e dimensões específicas de psicopatologia, nomeadamente as do BSI. O YSQ-S3 revelou discriminar bem entre indivíduos da população geral, indivíduos com psicopatologia do Eixo I e indivíduos com psicopatologia do Eixo II. Finalmente, a escala revelou possuir bons indicadores de estabilidade temporal quando a mesma é estudada através da correlação de *Pearson*, mas mostrou alguma debilidade a este nível quando se estuda a estabilidade temporal através de comparações *t de Student*, possivelmente relacionada, por um lado, com a natureza desta estatística e, por outro, com a forma como a amostra para este estudo foi recolhida.

Capítulo 5

Estudos de validação do Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Revisto (IAECA-R)

Capítulo 5

Estudos de validação do Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Revisto (IAECA-R)

1. Introdução
2. Preparação da versão revista do IAECA
3. Procedimentos e amostras
4. Especificação do instrumento
5. Estudos da validade de construto do IAECA-R
6. Validade convergente
7. Poder discriminativo do IAECA-R
8. Estabilidade temporal do IAECA-R
9. Síntese dos resultados

Capítulo 5

Estudos de validação do Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Revisto (IAECA-R)

1. Introdução

O Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores, versão revista (IAECA-R; Rijo & Pinto Gouveia, 2006) foi concebido para avaliar 9 dos 18 Esquemas Maladaptativos Precoces (EMP) postulados por Young (Young, 1990; Young, Klosko, & Weishaar, 2003), nomeadamente os EMP de Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha, Fracasso, Dependência/Incompetência Funcional, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo (Cf. Capítulo 1). Estes 9 EMP foram seleccionados por se tratar dos EMP que mais frequentemente se associam a níveis elevados de psicopatologia, tal como temos encontrado na nossa experiência clínica. Curiosamente, os estudos da validade convergente do YSQ-S3 apresentados no Capítulo 4 revelaram também que 8 destes 9 EMP são os que tendem a apresentar associações mais fortes com as várias dimensões de psicopatologia estudadas.

Como referimos anteriormente, aquando da descrição dos instrumentos utilizados nos diversos estudos, trata-se de uma versão revista e aumentada em relação ao IAECA (Rijo & Pinto Gouveia, 1999; Rijo, 2000), com uma nova selecção de itens para cada EMP a partir do YSQ-S3 (Young, 2005), maior número de cenários activadores para cada esquema e uma grelha de avaliação das emoções associadas aos esquemas com escalas de resposta que permitem avaliar a intensidade das emoções evocadas aquando do exercício de activação (por oposição à escala dicotómica do IAECA original).

Explicitámos no Capítulo 3 que um dos objectivos principais desta dissertação é o desenvolvimento deste novo instrumento de avaliação de EMP, obrigando naturalmente à realização dos estudos de validação do mesmo. Ainda que o IAECA-R faça uso do mesmo conjunto de itens que o YSQ-S3 na avaliação dos 9 EMP que lhes são comuns, devido à metodologia de activação utilizada neste novo instrumento, os itens encontram-se obrigatoriamente seriados por blocos. Ora, esta ordenação dos itens tinha sido uma das críticas anteriormente realizadas a anteriores versões do YSQ. Neste sentido, e para tentar ultrapassar possíveis críticas a este formato de apresentação dos itens, para cada EMP foram acrescentados aos 5 itens específicos dois itens “falsos”, isto é, dois outros

itens retirados dos itens que no YSQ-S3 avaliam os restantes 9 EMP que não constam do IAECA-R. Esta estratégia permitirá testar se, a existir verdadeiramente um efeito activador, este efeito é específico (afectando apenas as respostas aos itens que avaliam o EMP que está a ser activado) ou inespecífico (afectando o padrão de resposta a todos os itens que se encontram seriados, incluindo os falsos). Assim sendo, nos estudos sobre a consistência interna e propriedades dos itens do IAECA-R, são também apresentados resultados das respostas a estes itens.

Neste capítulo, são apresentados os estudos psicométricos e de validação do IAECA-R, mas apenas no que se refere ao estudo dos itens que avaliam os 9 EMP e ao desenvolvimento e validação por peritos dos cenários activadores. Os estudos acerca das emoções associadas aos EMP, tendo em conta a natureza e novidade dos mesmos, serão apresentados num capítulo à parte (Capítulo 6).

Tal como aconteceu em relação ao YSQ-S3, os estudos aqui descritos debruçam-se sobre a validade de construto do IAECA-R, estudando a dimensionalidade da escala, a consistência interna e as propriedades dos itens. Tendo em conta a novidade da metodologia do instrumento, optou-se por uma técnica estatística diferente da usada para o YSQ-S3, como se explica no ponto 5 deste capítulo. Para além destes estudos, apresentam-se também resultados referentes à validade convergente, sensibilidade na discriminação de tipos de psicopatologia e estabilidade temporal do IAECA-R. Os estudos apresentados foram realizados numa amostra alargada da população geral (n= 447) e distinta da utilizada para a validação do YSQ-S3, e também numa amostra clínica de 115 indivíduos.

2. Preparação da versão revista do IAECA

2.1. Desenvolvimento e validação dos cenários

Descreve-se, neste ponto, o modo como foram desenvolvidos os 29 cenários activadores que integram o IAECA-R, bem como o estudo de validação facial dos mesmos, realizado numa amostra de peritos em Terapia Focada nos Esquemas.

2.1.1. Desenvolvimento dos cenários activadores

Para cada EMP, foram desenvolvidos 3 ou 4 cenários activadores, num total de 29. Estes cenários foram escritos no sentido de descreverem situações protótipo, teoricamente associadas ao EMP avaliado. A principal fonte de onde derivámos os conteúdos dos cenários foi a obra *Reinventing your life* (Young & Klosko, 1994), complementada pelo livro *Schema Therapy, a practitioner's guide* (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), por serem aqueles em que as possíveis origens de cada um dos EMP avaliados são mais detalhadamente explicitadas. O número de cenários varia entre 3 e 4 consoante o EMP em causa, precisamente porque, nalguns deles, as situações que os originam podem ser mais diversificadas e procurou-se que os cenários englobassem a generalidade das possíveis origens dos EMP. Em cada EMP avaliado, os primeiros cenários referem-se sempre a situações que terão ocorrido nos primeiros anos de vida e que estão relacionadas com figuras de vinculação significativas (pais, irmãos...) ou experiências estruturantes (aceitação pelo grupo, desempenho escolar). Depois da apresentação dos cenários da infância, o últi-

mo cenário activador de cada EMP descreve sempre uma situação na vida actual, isto é, considerando a experiência do indivíduo enquanto adulto. Com esta estratégia, procurou-se ultrapassar possíveis enviesamentos na evocação de memórias de infância emocionalmente significativas e assim, caso existissem, possíveis evitamentos da activação do EMP em causa (ver anexo 9).

Após a leitura dos diversos cenários apresentados para cada EMP avaliado, o sujeito deve escolher aquele que mais se aproxima da sua experiência real de vida (seja na infância ou no momento presente) e identificar o grau de semelhança entre o cenário escolhido e a situação ou situações reais de vida de que se recordou durante a leitura do mesmo. Para tal, assinala o grau de semelhança numa escala de 1 (*Nenhuma semelhança com o que me aconteceu ou acontece*) a 7 (*Total semelhança com o que me aconteceu ou acontece*).

2.1.2. Validação dos cenários activadores por peritos

Os novos cenários do IAECA-R foram desenvolvidos pelos autores do IAECA-R e discutidos com Jeffrey Young em 2006. Assim, foram sendo revistos na versão portuguesa e em língua inglesa em simultâneo. Fixada a versão final dos mesmos, foi desenvolvido um instrumento de identificação dos cenários por peritos. Neste instrumento (Anexo 8 - *Scenarios Validation Questionnaire for Experts*), a ordem de apresentação dos 29 cenários foi aleatorizada e para cada cenário é apresentada uma lista com os 9 EMP constantes do IAECA. Ao perito foi pedido que assinalasse o EMP que identificasse como o mais especificamente relacionado com cada um dos cenários.

Em Maio de 2006, foi enviado um e-mail aos membros fundadores da *International Society for Schema Therapy*, todos psicoterapeutas com formação em Terapia Focada nos Esquemas e, portanto, técnicos e investigadores bastante familiarizados com o modelo teórico dos EMP. Responderam ao questionário 22 indivíduos, sendo que dois deles foram excluídos do tratamento de dados, um porque revelou não compreender as instruções indicando múltiplas respostas para cada EMP e outro porque possuía menos de 2 anos de experiência com o modelo. Com estes procedimentos, procurou-se testar de forma mais robusta a validade facial dos cenários.

Responderam a este questionário clínicos e investigadores suíços (4), britânicos (3), americanos (3), turcos (3), alemães (2), australianos (2), austríacos (1), canadianos (1) e argentinos (1). Estes respondentes têm uma média de idades de 43.65 anos e 8.85 anos em média de experiência profissional com o modelo. 11 (55%) dos indivíduos são do sexo feminino e 9 (45%) do sexo masculino, sendo que 16 (80%) deles têm como formação de base a Psicologia e os restantes 4 (20%) são psiquiatras. A maioria trabalha em clínica privada (11; 55%), sendo que os restantes trabalham em unidades de saúde mental especializadas (5; 25%) e em contextos forenses de reabilitação (4; 20%).

O Quadro 5.1 apresenta as frequências absolutas e a percentagem de respostas que identificaram correctamente o EMP relacionado com cada um dos cenários do IAECA-R.

Quadro 5.1. Frequências e percentagens de concordância na identificação dos EMP relacionados com os cenários por peritos (n= 20; 100%).

Cenários para cada EMP	N	%
Privação Emocional		
1	16	80
2	18	90
3	15	75
Abandono		
1	16	80
2	20	100
3	19	95
Desconfiança/ Abuso		
1	10	50
2	12	60
3	18	90
4	19	95
Isolamento Social/ Alienação		
1	14	70
2	19	95
3	3	15
Defeito		
1	16	80
2	10	50
3	17	85
Fracasso		
1	16	80
2	12	60
3	20	100
Dependência/ Incompetência		
1	20	100
2	19	95
3	19	95
Vulnerabilidade ao mal/ à doença		
1	19	95
2	18	90
3	19	95
Padrões Excessivos de Realização		
1	14	70
2	18	90
3	19	95
4	17	85

Como pode deduzir-se pela leitura dos dados do Quadro 5.1, 21 dos 29 cenários apresentam elevadas percentagens (acima de 80%) de acertos correctos no EMP com que se re-

lacionam. O único cenário que veio a revelar-se problemático foi o Cenário 3 do EMP de Isolamento Social/Alienação, em que apenas 3 (15%) respondentes o relacionam com o respectivo EMP. 13 (65%) dos respondentes identificam-no como sendo um cenário relacionado com o EMP de Defeito/Vergonha e os restantes 4 (20%) como estando relacionado com o EMP de Fracasso. Dois outros Cenários obtiveram também percentagens de acertos moderadas: o cenário 1 do EMP de Desconfiança/Abuso e o cenário 2 do EMP de Defeito. Para o primeiro destes, 10 (50%) dos respondentes identificam-no correctamente, enquanto 6 (30%) referem estar relacionado com o EMP de Defeito, 2 (10%) com o EMP de Privação Emocional e os restantes 2 (10%) com o EMP de Abandono. No caso do Cenário 2 do EMP de Defeito, também é correctamente identificado por 10 (50%) dos respondentes, sendo que 6 (30%) dos restantes o relacionam com o EMP de Fracasso, 3 (15%) com o EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo e 1 (5%) com o EMP de Abandono.

No Anexo 10 são apresentados os quadros com as frequências e percentagens de todas as respostas na identificação dos EMP relacionados com os cenários do IAECA-R por ritos, explicitando a informação sintetizada no Quadro 5.1.

2.2. Selecção dos itens

Como foi referido na introdução deste capítulo, o IAECA-R avalia 9 EMP e utiliza para cada um deles os mesmos 5 itens que constam do YSQ-S3. Difere deste último, uma vez que aqui os itens se encontram agrupados. Esta necessidade de agrupar os itens relacionados com cada EMP específico tornou-se inevitável devido aos procedimentos de activação emocional a partir da leitura de cenários e à avaliação subsequente das emoções associadas a cada EMP. É este o motivo pelo qual se acrescentou a cada conjunto de 5 itens, dois itens “falsos”.

3. Procedimentos e amostras

3.1. Procedimentos de recolha e tratamento de dados

Todos os participantes foram informados dos objectivos da investigação, tomando conhecimento dos mesmos através da leitura de um texto de consentimento informado (Anexo 1) e/ou através de uma breve explicação nos casos em que o preenchimento do protocolo de investigação foi realizado em grupo (neste caso, apenas na recolha de parte da amostra da população geral).

Dos sujeitos da amostra da população geral (n= 447), juntamente com o IAECA-R, 60 indivíduos preencheram também o Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961), e o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI, Derogatis, 1982), e 45 indivíduos preencheram ainda a Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS 21, Lovibond & Lovibond, 1995).

Os 115 indivíduos da amostra clínica (52 com perturbações do Eixo I do DSM IV e 63 com Perturbações da Personalidade) preencheram o IAECA-R, sendo que 96 indivíduos preencheram igualmente a EADS 21 e 50 preencheram também o BDI e o BSI. Em ambas as amostras, os questionários foram respondidos consecutivamente, sendo sempre o IAECA-R o primeiro a ser preenchido.

No tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao *software* SPSS 16.0 e SPSS 17.0 pa-

ra estatística descritiva, inferencial e para os estudos de análise factorial. Utilizou-se ainda o *software* MPlus 3.12 (Muthén & Muthén, 2001) para os estudos de análise factorial confirmatória apresentados no Anexo 11.

3.2. Amostras

Foi constituída uma amostra alargada de 447 indivíduos da população normal que permitisse realizar os estudos de validação do IAECA-R, nomeadamente os estudos da dimensionalidade do inventário. A amostra foi recolhida em 2008 e 2009 e contou com o apoio de vários estudantes do Mestrado Integrado em Psicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, de duas bolsistas do projecto de investigação POCI/PSI/60954/2004, sediado no CINEICC, e de vários psicólogos que permitiram uma recolha de amostra em várias regiões do país. Para além de sujeitos estudantes de diversas licenciaturas da Universidade de Coimbra, preencheram também o protocolo de investigação adultos recrutados pelos estudantes do Mestrado Integrado bem como trabalhadores de instituições e empresas dos distritos de Lisboa, Coimbra, Setúbal, Beja e Faro.

Quadro 5.2. Características da amostra da população geral (n = 447; 100%)

		M	DP
Idade		27.75	10.17
Anos de Escolaridade		14.39	2,78
		N	%
Sexo	Masculino	110	24.61
	Feminino	337	75.39
Estado Civil	Solteiro	331	74.05
	Casado	101	22.60
	Divorciado	10	2.24
	Viúvo	1	.22
	União de facto	4	.89
Estatuto Socioprofissional	Baixo	46	10.29
	Médio	144	32.21
	Alto	22	4.92
	Estudante	235	52.57

Foram excluídos da amostra todos os indivíduos que responderam afirmativamente à questão “Frequentou algum psicólogo ou psiquiatra ou tomou psicofármacos receitados por um médico nos últimos dois anos?”. Foram posteriormente excluídos da amostra todos os protocolos cujos questionários ou estavam mal preenchidos por não compreensão ou não obediência às instruções, ou apresentavam itens não respondidos. Feito este controlo, a amostra final do estudo ficou constituída por 447 indivíduos da população geral, com uma média de 27.75 anos de idade. 110 (24.61%) sujeitos são do sexo mascu-

lino, enquanto 337 (75.39%) são do sexo feminino. Quanto ao estado civil, a maioria dos sujeitos é solteiro (331; 74.05%), sendo o estado civil de casado o segundo mais prevalente (101; 22.60%). Apenas 10 (2.24%) indivíduos são divorciados e dos restantes, 4(0.89%) vivem em união de facto e 1 (0.22%) é viúvo. Quanto ao estatuto socioprofissional, sensivelmente metade dos sujeitos da amostra é estudante (235; 52.57%), sendo o segundo mais prevalente o estatuto socioprofissional médio (144; 32.21%). 46 (10.29%) dos sujeitos pertencem a um estatuto socioprofissional baixo e o menos prevalente é o estatuto socioprofissional alto (22; 4.92%). As características gerais da amostra estão apresentadas no Quadro 5.2.

Como foi descrito no Capítulo 3, a amostra clínica foi recolhida entre 2006 e 2009, em vários serviços de saúde mental da região de Coimbra e também em consultórios privados de psicoterapeutas. É constituída por 115 doentes, sendo que destes, 52 apresentam como principal diagnóstico uma perturbação do Eixo I do DSM IV e os restantes 63 apresentam como principal diagnóstico e alvo de intervenção clínica uma perturbação da personalidade do Eixo II do DSM IV (podendo, evidentemente, apresentar perturbações sintomáticas comórbidas com a perturbação da personalidade). O Quadro 5.3. apresenta as características sócio-demográficas da amostra clínica utilizada nos estudos de validação do IAECA-R. A média das idades dos sujeitos é de 29.61 anos. Quanto à escolaridade, a média de anos de escolaridade concluídos é de 13.50. A maioria dos sujeitos é do sexo feminino (80; 69.57%) sendo apenas 35 (30.43%) indivíduos do sexo masculino. Quanto ao estado civil, predominam os indivíduos solteiros (72; 62.61%), seguidos dos indivíduos casados (35; 30.43%). Quanto ao estatuto socioprofissional, 37 (32.17%) indivíduos são estudantes, 33 (28.70%) pertencem a um estatuto socioprofissional baixo, 28 (24.35%) pertencem a um estatuto médio e, por fim, 17 (14.78%) indivíduos pertencem a um estatuto socioprofissional elevado.

Quadro 5.3. Características da amostra clínica (n = 115; 100%)

		M	DP
Idade		29.61	8.85
Anos de Escolaridade		13.50	3.83
		N	%
Sexo	Masculino	35	30.43
	Feminino	80	69.57
Estado Civil	Solteiro	72	62.61
	Casado	35	30.43
	Divorciado	1	.87
	Viúvo	4	3.48
	União de facto	3	2.61
Estatuto Socioprofissional	Baixo	33	28.70
	Médio	28	24.35
	Alto	17	14.78
	Estudante	37	32.17

4. Especificação do instrumento

O instrumento original, como foi anteriormente descrito, é constituído por 63 itens, destinados a avaliar 9 EMP. Antes de responder a cada conjunto itens, o indivíduo leu uma série de cenários activadores apresentados no questionário, seleccionou o cenário que mais se aproxima de algo que já lhe aconteceu na vida (assinando o grau de semelhança entre o cenário escolhido e a sua experiência real) e realizou um exercício de *imagerie* desse cenário (ou do cenário real de vida, caso tenha sido evocada a memória de algum em particular). Após este exercício, é pedido ao respondente que indique, para cada um dos 7 itens apresentados, o grau em que esse item o descreve ou se aplica a si, utilizando uma escala de resposta de 1 a 6 graus (desde “Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo” até “Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo”). Cada um dos 9 EMP avaliados possui um conjunto de 7 itens, sendo que dois desses são itens estranhos ou falsos, ou seja, avaliam um outro EMP que não o que está a ser avaliado (foram, portanto, seleccionados dos restantes 45 itens do YSQ-S3 que avaliam os 9 EMP não incluídos no IAECA-R). Assim, na realidade, cada um dos 9 EMP incluídos no IAECA-R é avaliado por um conjunto de 5 itens que são os mesmos que no YSQ-S3 avaliam esse mesmo EMP, com a única diferença de estarem apresentados sequencialmente no IAECA-R. A média dos *scores* endossados (nos 5 itens “verdadeiros”) traduz o grau em que o indivíduo declara possuir esse EMP.

É ainda preciso referir que os itens estranhos ou falsos não ocupam sempre a mesma posição relativa em cada bloco de 7 itens. O Quadro 5.4 identifica os EMP avaliados pelo IAECA-R pela ordem em que são apresentados no instrumento, bem como os cinco itens que avaliam cada um dos factores teóricos e os itens falsos correspondentes.

Quadro 5.4. Factores do IAECA-R e respectivos itens

EMP	Itens verdadeiros	Itens falsos
F1 - Privação Emocional	1, 2, 3, 5, 7	4, 6
F2 - Abandono	8, 9, 11, 12, 14	10, 13
F3 - Desconfiança/Abuso	15, 16, 18, 19, 21	17, 20
F4 - Isolamento social/Alienação	22, 23, 25, 26, 28	24, 27
F5 - Defeito/Vergonha	29, 31, 32, 33, 35	30, 34
F6 - Fracasso	36, 37, 39, 40, 42	38, 41
F7 - Dependência/Incompetência Funcional	43, 45, 46, 48, 49	44, 47
F8 - Vulnerabilidade ao mal e à doença	50, 51, 53, 54, 56	52, 55
F9 - Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	57, 58, 60, 61, 63	59, 62

5. Estudos da validade de construto do IAECA-R

Neste ponto apresentam-se os estudos de análise dimensional do IAECA-R, seguidos dos estudos acerca da consistência interna da escala e dos factores, bem como das propriedades dos itens. Tendo em conta o tamanho da amostra da população geral ($n=447$), podemos considerar os resultados apresentados como um estudo de validação da escala. No entanto, e no que se refere à amostra clínica ($n=115$), os estudos devem ser consi-

derados provisórios uma vez que, apesar de os resultados corroborarem os encontrados na amostra da população geral, um estudo definitivo em doentes exigirá uma amostra de maior tamanho.

Dos 63 itens do IAECA-R, naturalmente que apenas os 45 verdadeiros serão incluídos nos estudos da estrutura factorial da escala (5 itens para cada factor). Já nos estudos da consistência interna e das propriedades dos itens, são apresentados dados referentes a todos os itens.

5.1. Validade factorial numa amostra da população geral

Para estudar a estrutura factorial dos itens do IAECA-R, optou-se pela técnica da Análise Factorial Exploratória. De facto, a necessidade de escolher a técnica estatística mais adequada para os estudos da validade de construto do IAECA-R obrigou-nos a alguma reflexão. Por um lado, e tendo em conta que se trata de 45 dos itens já incluídos no YSQ-S3 e da mesma escala de resposta, faria sentido realizar uma análise factorial confirmatória, tal como fizemos relativamente à estrutura factorial do YSQ-S3 (ver Capítulo 4). No entanto, no YSQ-S3 os itens não se encontram sequenciados. Por outro lado, no IAECA-R existe um efeito de activação emocional que antecede a resposta aos itens. Aliás, o próprio instrumento foi desenvolvido com base na suposição de que esta metodologia seria uma forma mais válida de avaliar os EMP por comparação ao método “a frio” do YSQ. Tratando-se dos primeiros estudos de validade de construto do IAECA-R, optámos então pela análise factorial exploratória. Um argumento de natureza estatística suportou também esta decisão. Como refere Kline (1998), ao discutir as vantagens e desvantagens de ambos os métodos, o facto de uma determinada matriz factorial ser confirmada em análises confirmatórias, não significa que essa matriz seja a única que se ajusta aos dados. Outras matrizes poderiam igualmente possuir bons indicadores de ajustamento. Neste sentido, as análises confirmatórias devem ser uma opção quando se trata de corroborar resultados já alcançados por outros métodos e não tanto em estudos que testam pela primeira vez uma determinada estrutura teórica. Neste contexto, decidimos apresentar aqui os resultados dos estudos factoriais exploratórios, por se considerarem não só mais adequados do ponto de vista do teste das hipóteses como também mais adequados a esta fase da investigação em relação ao IAECA-R.

Os 45 itens “verdadeiros” do IAECA-R foram então submetidos a uma Análise de Componentes Principais seguida de rotação *Varimax*, com base nos *eigenvalues* superiores a 1. Emergiu uma solução inicial de 10 factores que explicavam 67.221% da variância total, na qual 40 dos itens surgiram agrupados com saturações factoriais elevadas nos respectivos factores teóricos mas os 5 itens do EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença surgiram divididos em dois factores distintos (o 9º e 10º).

Assim sendo, os 45 itens foram submetidos a nova Análise de Componentes Principais seguida de rotação *Varimax*, forçada a 9 factores. A medida de adequabilidade amostral *Kaiser-Meyer-Olkin* foi de .911 e o teste de esfericidade de *Bartlett* também foi significativo ($\chi^2 = 11695.233, p = .000$), o que revela uma boa adequação da amostra. A solução factorial de 9 valores explica 64.993% da variância total da escala e, tal como pode ler-se na última linha do Quadro 5.5, a percentagem da variância explicada por cada um dos factores é muito equilibrada e divide-se de forma idêntica pelos 9 factores.

Quadro 5.5. Análise de Componentes Principais (Rotação *Varimax*, solução forçada a 9 factores), 64.993% da variância total explicada, na amostra da população geral (n= 447) (continua na página seguinte)

Itens	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	h ²
40	.800									.827
39	.799									.821
42	.790									.729
36	.754									.755
37	.703									.733
31		.795								.748
33		.754								.705
29		.699								.677
35		.681								.645
32		.624								.590
2			.841							.784
1			.824							.740
5			.798							.762
3			.757							.720
7			.648							.526
26				.798						.813
25				.779						.790
28				.749						.751
22				.710						.708
23				.566				.351		.561
11					.800					.751
9					.773					.663
8					.769					.710
12					.737					.678
14					.497					.489
51						.817				.761
56						.782				.692
50						.713				.634
54						.628				.497
53						.570				.430
58							.804			.695
60							.781			.653
57							.717			.590
63							.623			.499
61							.610			.543
21								.784		.692
19								.777		.670
18								.612		.580
16								.570		.511
15								.388		.436
43									.644	.587
46									.619	.484
45									.614	.481
48		.389							.583	.544
49		.353							.567	.592
<i>Eigenvalues</i>	13.188	3.764	2.550	1.994	1.919	1.643	1.580	1.365	1.224	
% variância	8.567	8.173	8.013	7.545	7.342	6.815	6.501	6.437	5.600	

No Quadro 5.5 estão apresentados os factores, as respectivas saturações factoriais, bem como as comunalidades para cada item. Nas últimas linhas apresentam-se os *eigenvalues* de cada factor, bem como a percentagem da variância total explicada pelo mesmo. Os factores que emergiram são exactamente os 9 factores teóricos mas pela seguinte ordem: F1-Fracasso, F2-Defeito/Vergonha, F3-Privação Emocional, F4-Isolamento Social/Alienação, F5-Abandono, F6-Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, F7-Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, F8-Desconfiança/Abuso, F9-Dependência.

Todos os itens saturam nos factores previstos, com cargas factoriais elevadas, à excepção do item 15, que satura no respectivo factor (F8-Desconfiança/Abuso) com uma carga de .388. São também apresentadas todas as saturações factoriais superiores a .350. Os itens número 23, 48 e 49 saturam também acima de .350 noutra factor para além do principal. No entanto, a diferença entre a saturação no factor principal e no segundo é sempre superior a .1, pelo que os itens são mantidos no factor principal (segundo o critério proposto por Floyd & Widaman, 1995).

O Quadro 5.6 apresenta os valores das correlações entre os factores e destes com o total do IAECA-R. Todos os factores estão correlacionados entre si de forma significativa, variando as correlações entre .164 (entre o F9-Dependência e o F7-Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo) e .568 (entre F1-Fracasso e F2-defeito/Vergonha) ($p < .001$). As correlações entre os factores e o total da escala são igualmente significativas e elevadas para todos os factores, sendo a mais baixa de .527, entre o total da escala e o F7-Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo.

Quadro 5.6. Correlações entre os factores e com o total da escala na amostra da população geral (n= 447)

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
F2	.568**								
F3	.407**	.431**							
F4	.545**	.552**	.445**						
F5	.400**	.338**	.280**	.388**					
F6	.338**	.295**	.204**	.327**	.439**				
F7	.130**	.193**	.220**	.273**	.310**	.371**			
F8	.388**	.407**	.363**	.509**	.536**	.434**	.366**		
F9	.552**	.538**	.396**	.444**	.394**	.376**	.164**	.362**	
Total	.703**	.688**	.615**	.745**	.701**	.640**	.527**	.736**	.662**

** $p < .001$; F1-Fracasso, F2-Defeito/Vergonha, F3-Privação Emocional, F4-Isolamento Social/Alienação, F5-Abandono, F6-Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, F7-Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, F8-Desconfiança/Abuso, F9-Dependência.

5.2. Consistência interna da escala e propriedades dos itens na amostra da população geral (n= 447)

O *alfa de Cronbach* do total da escala com os 45 itens é de .938. Quando calculado removendo cada um dos itens de cada vez, não sofre flutuações consideráveis, existindo apenas 3 itens (57, 58 e 60) em que sofre um ligeiro incremento para .939. Trata-se, portanto, de uma escala com elevada consistência interna.

As correlações entre os itens e o total da escala são, na grande maioria, moderadas e boas, sendo as mais baixas de .242 e .299 (as únicas inferiores a .300), respectivamente para os itens 60 e 58 e a mais elevada de .630 para o item 40.

Os Quadros 5.7 a 5.15 apresentam, para cada factor do IAECA-R, as estatísticas descritivas dos itens, bem como a correlação item-total do factor e o *alfa de Cronbach* do factor se o item for removido. Na parte inferior de cada um dos quadros, foram incluídas as mesmas estatísticas para os itens “falsos”, isto é, para os dois itens misturados em cada factor mas que, na realidade são itens que avaliam outros EMP que não os nove avaliados pelo IAECA-R.

Para os itens falsos, o valor da correlação com o total do factor foi calculado incluindo o item falso no factor. Pela mesma lógica, o valor do *alpha de Cronbach* apresentado é o do total da subescala se esse item fosse incluído juntamente com os 5 itens verdadeiros. O que se espera, tendo em conta o modelo de construção da escala, é que os itens falsos não só apresentem correlações muito baixas com o total do factor em que estão inseridos (por comparação à grandeza da associação entre os itens verdadeiros e o total do factor), como se espera também que o *alpha de Cronbach* do total do factor diminua se calculado com base na inclusão dos itens falsos. Assim, para a obtenção dos resultados apresentados nos quadros 5.7 a 5.15, para além do cálculo das correlações item-total e *alfas* removendo itens em cada factor, foram também realizados cálculos incluindo cada um dos itens falsos, mas um de cada vez. A baixa correlação dos itens falsos com o total do factor, bem como o efeito de diminuição do *alfa* da subescala em que se inserem, podem ser tomados como indicadores de que o padrão de resposta dos sujeitos aos itens verdadeiros não contamina a tendência de resposta quando, mesmo sob activação emocional, respondem a itens com um conteúdo irrelevante para o EMP em causa e que supostamente terá sido activado pela leitura dos cenários e exercício de *imagerie*.

Quadro 5.7. Propriedades dos itens do Factor 1-Privação Emocional ($\alpha = .878$)

Item	M	DP	r	α
1	1.74	1.18	.719	.849
2	1.57	1.01	.772	.842
3	1.81	1.20	.723	.848
5	2.05	1.29	.782	.833
7	2.05	1.32	.584	.884
Itens falsos				
4	2.74	1.39	.227	.825
6	2.33	1.31	.343	.847

Para facilidade de comparação dos resultados encontrados na amostra da população geral com os encontrados na amostra clínica, seguimos a ordem teórica dos factores, tal como são apresentados no questionário (Cf. Quadro 5.4), na apresentação dos quadros seguintes.

Como pode ver-se no Quadro 5.7, a consistência interna do Factor 1-Privação Emocional é elevada ($\alpha = .878$). As correlações item-total da subescala para os itens verdadeiros são também altas e nenhum destes itens melhoraria o *alfa* total da escala se retirado. Quanto aos itens falsos, estes apresentam correlações com o total da subescala bem mais fracas que os restantes e o *alfa* do total da escala seria inferior ao real se algum destes itens fosse incluído, embora se mantivesse ainda elevado.

Quadro 5.8. Propriedades dos itens do Factor 2-Abandono ($\alpha = .854$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
8	2.89	1.54	.720	.809
9	3.21	1.53	.667	.824
11	3.20	1.54	.749	.801
12	3.12	1.48	.698	.816
14	1.93	1.24	.505	.861
Itens falsos				
10	1.21	.51	.216	.828
13	2.59	1.27	.264	.824

Também o Factor 2-Abandono apresenta um valor de *alfa* elevado ($\alpha = .854$), havendo correlações elevadas item-total para os itens verdadeiros e baixas para os itens falsos. Quanto ao *alfa* do total da escala se os itens fossem retirados passo a passo, este manter-se-ia estável, sendo ligeiramente incrementado pela remoção do item 14, que é também o que apresenta uma correlação mais baixa item-total. O *alfa* do total da escala tenderia a descer se fosse incluído algum dos itens falsos.

Quadro 5.9. Propriedades dos itens do Factor 3-Desconfiança/Abuso ($\alpha = .803$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
15	2.59	1.35	.491	.794
16	2.11	1.18	.591	.766
18	2.56	1.36	.607	.759
19	2.73	1.41	.623	.753
21	2.40	1.37	.629	.751
Itens falsos				
17	3.60	1.40	.348	.789
20	2.23	1.37	.265	.755

O Factor 3-Desconfiança/Abuso apresenta, tal como os anteriores, um *alfa* total muito bom ($\alpha = .803$), não afectado pela remoção de nenhum dos itens. Quanto aos dois itens falsos, os resultados mostram que obedecem ao padrão esperado (baixa correlação com o total da subescala e diminuição do *alfa* total da escala se fossem incluídos).

Quadro 5.10. Propriedades dos itens do Factor 4-Isolamento Social/Alienação ($\alpha = .886$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
22	2.01	1.27	.763	.853
23	2.48	1.39	.575	.899
25	2.01	1.29	.771	.851
26	2.00	1.24	.798	.845
28	1.92	1.19	.742	.859
Itens falsos				
24	2.53	1.51	.190	.824
27	2.33	1.51	.245	.834

O Factor 4-Isolamento Social/Alienação apresenta um *alfa de Cronbach* de .886, que se manteria inalterado pela remoção dos itens que constituem o factor, à excepção do item 23, que faria subir ligeiramente o valor do *alfa* da subescala. As correlações item-total do factor são superiores a .7, novamente com excepção do item 23. Em relação aos itens falsos, estes apresentam correlações com o total da subescala claramente inferiores às dos itens verdadeiros e fariam diminuir consideravelmente a consistência interna do factor se fossem incluídos na subescala.

Quadro 5.11. Propriedades dos itens do Factor 5-Defeito/Vergonha ($\alpha = .874$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
29	1.66	1.03	.709	.847
31	1.63	1.02	.750	.836
32	1.45	.92	.639	.862
33	1.46	.91	.742	.839
35	1.45	.92	.680	.853
Itens falsos				
30	1.98	1.12	.236	.823
34	2.38	1.22	.489	.860

Para o Factor 5-Defeito/Vergonha foi obtido um valor de *alfa* de .874, não incrementado pela remoção dos itens, os quais apresentam todas elevadas correlações com o total da subescala. Os dois itens falsos comportam-se de acordo com o padrão teoricamente esperado.

Quadro 5.12. Propriedades dos itens do Factor 6-Fracasso ($\alpha = .924$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
36	1.98	1.15	.800	.907
37	1.61	.97	.772	.913
39	1.98	1.16	.850	.897
40	1.91	1.13	.845	.898
42	1.86	1.14	.750	.917
Itens falsos				
38	2.00	1.31	.282	.873
41	1.74	1.10	.218	.874

O Factor 6-Fracasso é o que apresenta o *alfa* mais elevado ($\alpha = .924$), uma vez que é também o primeiro factor a emergir na solução factorial (Cf. Quadro 5.5). Este valor não seria incrementado pela remoção de nenhum dos 5 itens da subescala, os quais apresentam correlações muito elevadas com o total da subescala. Os itens falsos comportam-se, nestes indicadores, de acordo com o padrão esperado.

Quadro 5.13. Propriedades dos itens do Factor 7- Dependência/Incompetência Funcional ($\alpha = .736$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
43	1.61	.94	.589	.654
45	2.07	1.28	.439	.743
46	1.42	.68	.441	.714
48	1.43	.75	.506	.693
49	1.63	.94	.612	.645
Itens falsos				
44	2.03	1.30	.353	.725
47	1.61	.99	.267	.718

O Factor 7- Dependência/Incompetência Funcional apresenta um *alfa de Cronbach* de .736 e as correlações item-total da subescala variam entre .439 para o item 45 e .612 para o item 49. A inclusão dos itens falsos faria diminuir o *alfa* da subescala, sendo que estes apresentam também correlações item-total consideravelmente inferiores às dos itens verdadeiros do factor.

Quadro 5.14. Propriedades dos itens do Factor 8-Vulnerabilidade ao mal e à doença ($\alpha = .815$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
50	2.33	1.30	.588	.783
51	2.22	1.28	.708	.749
53	2.18	1.33	.508	.806
54	2.53	1.47	.538	.800
56	2.42	1.43	.694	.750
Itens falsos				
52	2.25	1.29	.305	.794
55	2.15	1.26	.371	.806

Também o Factor 8-Vulnerabilidade ao mal e à doença apresenta um padrão idêntico aos anteriores, com um *alfa* de .815, não incrementado pela remoção de nenhum dos itens da subescala. As correlações item-total do factor variam entre moderadas e boas. Quanto aos itens falsos, repete-se também o padrão esperado.

Quadro 5.15. Propriedades dos itens do Factor 9-Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo ($\alpha = .796$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
57	2.70	1.43	.557	.763
58	3.59	1.45	.650	.733
60	4.23	1.33	.618	.745
61	3.64	1.50	.540	.768
63	3.40	1.54	.524	.775
Itens falsos				
59	2.58	1.32	.510	.812
62	1.94	1.20	.262	.775

Por fim, o Factor 9-Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo apresenta um *alfa* de .796, igualmente não incrementado pela remoção de nenhum dos itens que o constituem. As correlações item-total variam entre .524 para o item 63 e .650 para o item 58. Quanto aos itens falsos, o item 62 revela possuir uma correlação baixa (.262) com o total do factor se fosse incluído no mesmo e, por outro lado, baixaria a consistência interna da subescala. No entanto, o item 59 revela possuir uma correlação de .510 com o total do factor e a sua inclusão na subescala faria incrementar o *alfa de Cronbach* da mesma. De facto, o item 59 do IAECA-R (*Tenho imenso trabalho para conseguir que os meus sentimentos sejam tidos em consideração e os meus direitos sejam respeitados*) é um item proveniente da subescala de Subjugação do YSQ-S3. No YSQ-S3 (Cf. Capítulo 4, Quadro 4.3), a subescala de Subjugação possui uma correlação de .599 com a subescala de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, o que pode tornar compreensível os resultados apresentados no Quadro 5.15.

Como pode ler-se nos quadros 5.7 a 5.15, todas as subescalas do IAECA-R possuem boa consistência interna. Por outro lado, todos os itens falsos são itens que apresentam correlações muito baixas com o factor em que estão incluídos e que fariam diminuir consideravelmente o *alfa de Cronbach* do mesmo (sendo a única excepção um dos itens do factor 9, como foi apontado acima). Estes dados suportam a especificidade da metodologia de activação emocional utilizada no IAECA-R. Ou seja, com a leitura dos cenários e o exercício de *imagerie* não se obtém um efeito activador generalizado capaz de incrementar o endosso de auto-afirmações negativas de uma forma generalizada, mas antes um efeito activador específico, visível no padrão de resposta aos itens relacionados com o EMP em causa mas não no padrão de resposta aos itens estranhos.

O Quadro 5.16 sintetiza os resultados dos estudos de consistência interna da escala, apresentando as estatísticas descritivas e os *alfas de Cronbach* das subescalas e do total do IAECA-R.

Quadro 5.16. Descritivas e alfas de Cronbach das subescalas e do total do IAECA-R, na amostra da população geral

Factores empíricos	M	DP	α
F1. Fracasso	1.87	.97	.924
F2. Defeito/Vergonha	1.53	.78	.874
F3. Privação Emocional	1.84	.99	.878
F4. Isolamento Social/Alienação	2.09	1.06	.886
F5. Abandono	2.87	1.17	.854
F6. Vulnerabilidade ao mal e à doença	2.34	1.03	.815
F7. Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	3.51	1.07	.796
F8. Desconfiança/Abuso	2.48	1.00	.803
F9. Dependência/Incompetência Funcional	1.63	.66	.736
Total IAECA-R	100.76	29.17	.938

5.3 Estudo exploratório da estrutura factorial numa amostra clínica

Uma vez estabelecida a validade factorial da escala numa amostra de 447 indivíduos da população geral (obedecendo, portanto, a uma proporção de 10 sujeitos por item), faria sentido testar se a estrutura factorial se mantém numa amostra constituída por doentes. Estando disponível a amostra de 115 indivíduos com psicopatologia dos Eixos I e II do DSM IV (Cf. Quadro 5.3), faria sentido realizar um estudo da dimensionalidade da escala nesta amostra. Sal guarde-se, no entanto, que este estudo apenas tem sentido como um estudo exploratório e que surge na sequência do apresentado na amostra da população geral. De facto, e embora os autores diverjam quanto à proporção necessária de sujeitos em relação ao número de itens das escalas, é evidente que uma amostra de 115 indivíduos contém apenas 2,55 sujeitos por cada item do IAECA-R. Trata-se, portanto, de um número reduzido de sujeitos, muito próximo do mínimo aceitável para um estudo desta natureza.

Sendo assim, e com o objectivo de estudar a dimensionalidade da escala nas duas amostras, os 45 itens do IAECA-R foram então submetidos a uma Análise de Componentes Principais seguida de rotação *Varimax*, com base nos *eigenvalues* superiores a 1. A medida de adequabilidade amostral *Kaiser-Meyer-Olkin* foi de .882 e o teste de esfericidade de *Bartlett* também foi significativo ($\chi^2 = 4445.519$, $p = .000$), o que revela uma boa adequação da amostra.

Emergiu uma solução inicial de 9 factores que explicavam 75.432% da variância total, na qual 44 dos 45 itens surgiram agrupados com saturações factoriais elevadas nos respectivos factores teóricos. Apenas o item 49, teoricamente incluído no Factor 9, apresenta uma saturação factorial superior no Factor 1 (.595) àquela que apresenta no Factor 9 (.504), se bem que os valores são próximos um do outro (Quadro 5.17).

Quadro 5.17 Análise de Componentes Principais (Rotação *Varimax* com base nos *eigenvalues* superiores a 1), 75,432% da variância total explicada, na amostra clínica (n= 115)

Itens	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	h ²
40	.879									.902
39	.852									.911
42	.835									.819
36	.798									.842
37	.729									.807
49	.595								.504	.757
29		.807								.838
31		.750								.847
35		.698								.738
33	.350	.677								.829
32	.402	.657								.743
19			.847							.789
21			.745							.671
18			.671							.715
16			.634							.714
15			.632							.674
1				.869						.854
2				.867						.836
5				.832						.782
7				.795						.681
3		.450		.539						.757
26					.765					.854
25					.763					.812
28					.729					.824
23					.678					.735
22	.407	.417			.589					.772
9						.834				.818
8						.772				.734
11						.751				.744
12						.700				.709
14		.395				.500				.620
58							.857			.834
60							.807			.728
57							.727			.698
61							.671			.625
63							.669			.623
51								.834		.847
50								.785		.791
56								.774		.667
54								.674		.674
53			.460					.516		.567
43									.680	.769
45									.666	.617
46	.516								.540	.697
48	.433								.532	.679
<i>Eigenvalues</i>	17.153	3.568	2.964	2.599	1.922	1.734	1.547	1.295	1.162	
% Variância	12.560	9.497	8.602	8.420	8.362	7.674	7.643	7.564	5.111	

No Quadro 5.17 estão apresentados os factores, as respectivas saturações factoriais, bem como as comunalidades para cada item. Nas últimas linhas apresentam-se os *eigenvalues* de cada factor, bem como a percentagem da variância total explicada pelo mesmo. Os factores emergiram pela seguinte ordem: F1-Fracasso, F2-Defeito/Vergonha, F3- Desconfiança/Abuso, F4- Privação Emocional, F5- Isolamento Social/Alienação, F6- Abandono, F7- Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, F8- Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, F9- Dependência/Incompetência Funcional. Curiosamente, a ordem dos factores é muito idêntica à obtida na amostra da população geral, sendo a alteração mais evidente a do EMP de Desconfiança/Abuso que tinha emergido em 8º na amostra da população geral e emergiu como o 3º factor no estudo com a amostra clínica, passando a explicar maior proporção da variância total.

Como pode verificar-se no Quadro 5.17, 9 dos 45 itens possuem saturações factoriais em mais do que um factor (estão apresentadas todas as saturações factoriais superiores a .350). Em 5 desses nove itens, as diferenças entre a saturação no respectivo factor e a saturação num outro factor é superior a .1; no entanto, para os restantes 4, tal não acontece. O Factor 1-Fracasso, que explica uma parcela maior (12,560%) da variância total da escala por comparação aos restantes, tende naturalmente a possuir mais itens dos restantes factores com saturações significativas. Trata-se também do factor que apresenta mais elevadas correlações com os restantes 8 factores, como pode ler-se no Quadro 5.18.

O Quadro 5.18 apresenta as correlações entre os factores e entre estes e o total do IAECA-R na amostra clínica.

Quadro 5.18. Correlações entre os factores e com o total da escala na amostra clínica (n= 115)

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9
F2	.713**								
F3	.544**	.592**							
F4	.470**	.632**	.576**						
F5	.698**	.750**	.630**	.601**					
F6	.550**	.629**	.694**	.590**	.666**				
F7	.394**	.447**	.527**	.403**	.540**	.504**			
F8	.523**	.464**	.609**	.432**	.495**	.603**	.461**		
F9	.705**	.669**	.590**	.468**	.658**	.592**	.434**	.565**	
Total	.795**	.842**	.818**	.738**	.865**	.828**	.659**	.727**	.793**

** $p < .000$; F1-Fracasso, F2-Defeito/Vergonha, F3-Desconfiança/Abuso, F4-Privação Emocional, F5-Isolamento Social/Alienação, F6-Abandono, F7-Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, F8-Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, F9-Dependência/Incompetência Funcional

Tal como tinha acontecido na amostra da população geral, as correlações entre os factores entre estes e o total da escala são todas significativas. Na amostra clínica, quer as associações entre os factores, quer as associações entre estes e o total da escala, são mais elevadas que as encontradas na amostra da população geral. A maior associação regista-se entre o Factor 1-Fracasso e o Factor 2-Defeito/Vergonha (.713), seguida da associação do Factor 1 com o Factor 9-Dependência/Incompetência Funcional (.705) e do Factor 1 com o Factor 5- Isolamento Social/Alienação (.698). De facto, a presença destes três EMP em simultâneo é frequentemente observada na prática clínica.

5.4. Consistência interna da escala e propriedades dos itens na amostra clínica (n=115)

O *alfa de Cronbach* do total da escala com os 45 itens é de .961. Quando calculado removendo cada um dos itens de cada vez, não sofre flutuações consideráveis, existindo apenas 3 itens (7, 58 e 60) em que sofre um ligeiro incremento para .962. Trata-se, portanto, de uma escala com elevada consistência interna.

As correlações entre os itens e o total da escala são, na grande maioria, elevadas, sendo a única inferior a .3 a do item 60 ($r = .271$). As correlações mais elevadas registam-se para o item 31 ($r = .733$), o item 22 ($r = .700$) e o item 16 ($r = .681$).

Os Quadros 5.19 a 5.27 apresentam, para cada factor do IAECA-R, as estatísticas descritivas dos itens, bem como a correlação item-total do factor e o α do factor se o item for removido. Na parte inferior de cada um dos quadros, à semelhança dos resultados apresentados para o estudo na amostra da população geral, foram incluídas as mesmas estatísticas para os itens “falsos”. Para facilidade de comparação dos resultados encontrados na amostra da população geral com os encontrados na amostra clínica, seguimos a ordem teórica dos factores, tal como são apresentados no questionário (Cf. Quadro 5.4). Os quadros devem ser lidos da mesma forma, tendo em atenção que os itens falsos foram introduzidos um de cada vez e que os valores de *alfa* do factor apresentados para estes itens são os obtidos para o total da subescala se esse item fosse adicionado aos 5 itens verdadeiros (esperando-se, assim, que o *alfa* da subescala diminua se os itens falsos forem incluídos no cálculo).

Quadro 5.19. Propriedades dos itens do Factor 1- Privação Emocional ($\alpha = .901$)

Item	M	DP	r	α
1	2.90	1.78	.849	.857
2	2.69	1.70	.825	.863
3	3.24	1.80	.666	.898
5	3.28	1.83	.795	.869
7	2.66	1.53	.641	.901
Itens falsos				
4	3.30	1.77	.346	.869
6	2.62	1.47	.138	.850

Refira-se ainda que, tendo em conta a natureza destes estudos na amostra clínica, bem como as saturações factoriais em mais que um factor apresentadas no Quadro 5.17, os estudos das propriedades dos itens e da consistência interna dos factores foram realizados agrupando todos os itens no respectivo factor teórico (que, apenas num caso não corresponde totalmente ao empírico).

O *alfa de Cronbach* desta subescala é excelente e não sofre incremento se retirado qualquer dos itens que a constituem, os quais apresentam correlações elevadas com o total. Os itens falsos, tal como seria de esperar, apresentam correlações bastante inferiores com o total da subescala se fossem incluídos na mesma e fariam diminuir consideravelmente o *alfa* total.

Quadro 5.20. Propriedades dos itens do Factor 2-Abandono ($\alpha = .876$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
8	3.90	1.60	.733	.844
9	3.97	1.62	.777	.833
11	4.25	1.52	.731	.845
12	4.23	1.47	.707	.851
14	3.01	1.69	.599	.878
Itens falsos				
10	1.59	1.04	.362	.859
13	3.12	1.53	.228	.834

Para a subescala de Abandono foi igualmente obtido um valor de *alfa de Cronbach* elevado, que não seria consideravelmente incrementado pela retirada de itens. As correlações item-total da subescala são altas e os dois itens falsos comportam-se de acordo com o teoricamente previsto.

Quadro 5.21. Propriedades dos itens do Factor 3-Desconfiança/Abuso ($\alpha = .888$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
15	3.42	1.62	.724	.865
16	3.35	1.67	.728	.864
18	3.71	1.70	.744	.860
19	3.64	1.63	.758	.857
21	3.21	1.66	.689	.873
Itens falsos				
17	4.15	1.52	.316	.859
20	2.90	1.58	.335	.860

No que diz respeito à subescala de Desconfiança/Abuso, mantém-se o padrão anterior, ou seja, boa consistência interna da subescala, não incrementada pela remoção de nenhum dos itens verdadeiros, cujas correlações com o total da escala são o dobro das encontradas em relação aos itens falsos.

Quadro 5.22. Propriedades dos itens do Factor 4- Isolamento Social/Alienação ($\alpha = .928$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
22	3.46	1.79	.761	.921
23	3.70	1.60	.788	.916
25	3.71	1.78	.822	.909
26	3.79	1.78	.857	.902
28	3.41	1.77	.827	.908
Itens falsos				
24	3.24	1.76	.439	.903
27	3.00	1.73	.107	.863

O valor de *alfa* da subescala de Isolamento Social/Alienação é excelente ($\alpha = .928$) e os itens possuem todas correlações elevadas com o total da subescala. Os itens falsos comportam-se de acordo com o teoricamente esperado.

Quadro 5.23. Propriedades dos itens do Factor 5- Defeito/Vergonha ($\alpha = .931$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
29	2.93	1.72	.859	.907
31	3.02	1.64	.879	.903
32	2.45	1.62	.758	.925
33	2.77	1.86	.838	.911
35	2.71	1.64	.757	.926
Itens falsos				
30	2.83	1.54	.352	.899
34	3.59	1.68	.618	.924

O valor de *alfa de Cronbach* da subescala de Defeito/Vergonha é excelente ($\alpha = .931$) e não sofre incremento pela remoção dos itens, cujas correlações item-total são elevadas, como seria de esperar. Quanto aos itens falsos, o item 30 apresenta uma correlação item-total bastante inferior à dos itens verdadeiros e faria diminuir o *alfa* total da escala se fosse incluído na mesma. Já o item falso 34 apresenta uma correlação mais forte com o total da escala e afectaria pouco a consistência interna se fosse incluído na subescala. Este item (*Todo o cuidado é pouco; quase sempre alguma coisa corre mal*), originalmente um item da subescala de Pessimismo no YSQ-S3 (Cf. Capítulo 4) pode de facto ter assumido, numa amostra clínica em que os sujeitos endossam maiores pontuações em todos os EMP, um significado mais vasto que aquele que o autor pretendeu dar-lhe na formulação original ao ser inserido numa subescala de Defeito/Vergonha.

Quadro 5.24. Propriedades dos itens do Factor 6-Fracasso ($\alpha = .957$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
36	3.03	1.73	.883	.946
37	2.66	1.68	.821	.956
39	2.96	1.77	.929	.938
40	2.76	1.71	.916	.941
42	2.77	1.80	.850	.952
Itens falsos				
38	2.53	1.58	.262	.913
41	2.37	1.57	.233	.910

A subescala de Fracasso, tratando-se do factor empírico que emergiu como factor 1, apresenta o valor de consistência interna mais elevado ($\alpha = .957$). Este valor não é incrementado pela remoção de nenhum dos itens da subescala, que apresentam correlações item-total muito elevadas. Ambos os itens falsos se comportam de acordo com o padrão dominante também nos outros factores (baixa correlação com o total da escala, fazendo diminuir a consistência interna da mesma se fossem incluídos).

Quadro 5.25. Propriedades dos itens do Factor F7-Dependência/Incompetência Funcional ($\alpha = .827$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
43	2.51	1.52	.669	.779
45	2.90	1.59	.477	.837
46	2.10	1.30	.657	.786
48	1.99	1.27	.636	.792
49	2.72	1.63	.713	.765
Itens falsos				
44	3.04	1.62	.372	.811
47	1.70	1.16	.228	.798

O *alfa de Cronbach* da subescala de Dependência/Incompetência Funcional é de .827. Seria apenas ligeiramente incrementado pela remoção do item 45, mas não de forma que justificasse a remoção do item uma vez que o valor do *alfa* se manteria elevado. Todos os restantes itens se comportam de acordo com o padrão esperado.

Quadro 5.26. Propriedades dos itens do Factor F8-Vulnerabilidade ao Mal e à Doença ($\alpha = .865$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
50	3.31	1.65	.761	.819
51	3.17	1.71	.822	.802
53	2.50	1.55	.545	.869
54	3.09	1.80	.688	.837
56	3.03	1.72	.628	.852
Itens falsos				
52	3.08	1.40	.278	.837
55	3.49	1.64	.597	.874

Em relação à subescala de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, o *alfa* total encontrado é de .865 e este valor não sofre incremento significativo pela remoção dos itens verdadeiros que integram esta subescala. Já no que se refere aos itens falsos, o item 55 (*Sinto-me pouco importante, a não ser que receba muita atenção dos outros*), originalmente um item da subescala de Procura de Aprovação/Reconhecimento no YSQ-S3 apresenta uma correlação consideravelmente elevada com a subescala e faria incrementar ligeiramente o *alfa* da mesma se fosse nela incluído. Embora semanticamente este item não tenha uma relação evidente com os restantes itens da subescala de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e, portanto, não seja fácil explicar os resultados obtidos, nos estudos de análise factorial confirmatória realizados com o YSQ-S3 e apresentados no Capítulo 4, este foi um dos itens que não se revelou discriminativo da variável latente a que pertencia e, em consequência, foi eliminado da análise.

Quadro 5.27. Propriedades dos itens do Factor F9-Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo ($\alpha = .850$)

Item	M	DP	<i>r</i>	α
57	3.55	1.53	.684	.814
58	4.13	1.45	.772	.789
60	4.77	1.23	.643	.826
61	4.52	1.48	.628	.829
63	4.16	1.47	.592	.838
Itens falsos				
59	3.50	1.47	.563	.858
62	2.48	1.43	.371	.832

Por fim, o valor de *alfa de Cronbach* da subescala de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo é elevado, tal como os valores das demais ($\alpha = .850$). Este valor não é incrementado pela remoção dos itens da escala, que apresentam também correlações item-total muito expressivas. Quanto aos itens falsos, o item 62 comporta-se como esperado mas o item 59 (*Tenho imenso trabalho para conseguir que os meus sentimentos sejam tidos em consideração e os meus direitos sejam respeitados*), apresenta uma correlação significativamente elevada com o total da subescala, provocando mesmo um ligeiro incremento no *alfa* se fosse incluído na mesma. Ora, este item, pertencente à subescala de Subjugação do YSQ-S3, parece ter alguma semelhança de conteúdo com os itens da subescala de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, nomeadamente na segunda parte da afirmação (*Tenho imenso trabalho ... e os meus direitos sejam respeitados*) e, a ser assim, pode ter sido endossada de forma congruente com o endosso dos itens verdadeiros, o que explicaria a correlação item-total encontrada. Outra explicação alternativa prende-se com o facto de os indivíduos que pontuam alto no EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo serem mais exigentes com os outros e consigo próprios e, portanto, poderem ter uma consciência maior de quando os seus direitos não são totalmente respeitados ou os seus sentimentos tidos em consideração e, por isso, endossaram também este item “falso” na mesma intensidade com que endossaram os verdadeiros.

Quadro 5.28. Descritivas e *alfas de Cronbach* das subescalas e do total do IAECA-R, na amostra clínica

Factores e Total	M	DP	α
F1 Fracasso	2.29	1.49	.957
F2 Defeito	2.17	1.42	.931
F3 Desconfiança/Abuso	2.87	1.45	.888
F4 Privação Emocional	2.33	1.42	.901
F5 Isolamento Social/Alienação	2.83	1.63	.928
F6 Abandono	3.17	1.44	.876
F7 Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	3.85	1.25	.850
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	2.61	1.31	.865
F9 Dependência/Incompetência Funcional	2.01	1.07	.827
IAECA R Total	120.46	49.20	.961

O Quadro 5.28 apresenta as médias e desvios-padrão dos factores e total da escala encontrados na amostra clínica, resumindo, na última coluna, os resultados da consistência interna da escala anteriormente apresentados. Como pode ver-se, os *alfas* de *Cronbach* são muito elevados, quer para o total, quer para as subescalas do IAECA-R. Comparativamente aos encontrados na amostra da população geral (Cf. Quadro 5.16), são também mais elevados.

6. Validade convergente

Neste ponto, apresentam-se os resultados dos estudos que analisaram a relação entre os 9 EMP e o total do IAECA-R e diversas medidas de psicopatologia. Foram utilizadas escalas e instrumentos de auto-resposta que permitissem obter medidas de dimensões importantes da psicopatologia sintomática, nomeadamente ansiedade e depressão. Este conjunto de indicadores permitirá avaliar padrões de associação específicos entre determinados EMP e certas dimensões de psicopatologia, à semelhança dos estudos apresentados no Capítulo 4 para o YSQ-S3. Refira-se que, apesar de serem utilizadas as mesmas escalas para avaliar psicopatologia sintomática, elas foram preenchidas juntamente com o IAECA-R.

No quadro 5.29, estão apresentadas as correlações entre os factores e o total do IAECA-R com a pontuação obtida no BDI, para 60 indivíduos da amostra da população geral e 50 indivíduos da amostra clínica. A correlação entre o total da pontuação no IAECA-R e o total do BDI é elevada em ambas as amostras. Como seria de esperar, a maioria das subescalas do IAECA-R revela uma associação significativa e expressiva com o total do BDI. No entanto, é curioso que a associação entre a subescala de Privação Emocional e o total do BDI apenas é significativa na amostra da população geral. Também se verificou que a subescala de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo não alcançou significância estatística na correlação com o total do BDI em nenhuma das amostras.

Quadro 5.29. Correlações entre o total e factores do IAECA-R e o total do BDI, na amostra da população geral (n= 60) e na amostra clínica (n= 50)

IAECA R –Factores e Total	BDI Total	
	Pop. Geral (n= 60)	Am. Clínica (n= 50)
F1 Privação Emocional	.596**	.259
F2 Abandono	.501**	.625**
F3 Desconfiança/Abuso	.468**	.573**
F4 Isolamento Social/Alienação	.613**	.565**
F5 Defeito/Vergonha	.534**	.569**
F6 Fracasso	.649**	.567**
F7 Dependência/Incompetência Funcional	.503**	.500**
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.632**	.607**
F9 Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	.047	.205
Total IAECA-R	.701**	.692**

** $p < .01$, * $p < .05$

No Quadro 5.30 são apresentadas as correlações entre os factores e o total do IAECA-R com as três subescalas da EADS 21: Ansiedade, Depressão e Stress. O total do IAECA-R correlaciona-se sempre de forma significativa e expressiva com as dimensões da EADS 21. Na amostra da população geral, a associação mais forte é com a dimensão Stress, enquanto na amostra clínica, a associação mais forte é com a dimensão Depressão.

Quanto aos factores do IAECA-R, associam-se todos de forma significativa com a dimensão Depressão da EADS 21 na amostra clínica, sendo as correlações moderadas na maioria dos casos. Os EMP mais fortemente associados à dimensão Ansiedade são os EMP de Abandono, Defeito/Vergonha e Vulnerabilidade ao Mal e à Doença na amostra normal e os EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Desconfiança/Abuso e Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo na amostra clínica. Quanto à dimensão Stress, está mais fortemente associada aos EMP de Desconfiança/Abuso, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Abandono em ambas as amostras. Curiosamente, nas dimensões Ansiedade e Stress da EADS 21 encontram-se associações mais fortes com as subescalas do IAECA-R na amostra da população geral por comparação às encontradas na amostra clínica.

Quadro 5.30. Correlações entre o total e factores do IAECA-R e as subescalas da EADS 21, na amostra da população geral (n= 45) e na amostra clínica (n= 96)

IAECA R – Factores e Total	EADS Ansiedade		EADS Depressão		EADS Stress	
	Pop. Geral	Am. Clínica	Pop. Geral	Am. Clínica	Pop. Geral	Am. Clínica
	(n= 45)	(n= 96)	(n= 45)	(n= 96)	(n= 45)	(n= 96)
F1 Privação Emocional	-.009	.155	.140	.349**	.112	.180
F2 Abandono	.582**	.370**	.437**	.461**	.612**	.332**
F3 Desconfiança/Abuso	.437**	.400**	.446**	.505**	.642**	.429**
F4 Isolamento Social/Alienação	.198	.096	.308*	.351**	.320*	.124
F5 Defeito/Vergonha	.448**	.181	.435**	.384**	.380*	.246*
F6 Fracasso	.374*	.182	.285	.407**	.398**	.189
F7 Dependência/Incompetência Funcional	.126	.279**	.207	.382**	.095	.288**
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.479**	.472**	.500**	.473**	.621**	.360**
F9 Padrões Excessivos de Realização/ Hipercriticismo	.385**	.316**	.432**	.362**	.530**	.272**
Total IAECA-R	.487**	.367**	.506**	.572**	.603**	.368**

** $p < .01$, * $p < .05$

O Quadro 5.31 apresenta as correlações do IAECA-R (total e factores) com o Índice Global de Severidade do BSI, tomado como um indicador global de psicopatologia sintomática. O total do IAECA-R apresenta uma correlação de .517 com o IGS na amostra da população geral, valor que se encontra incrementado para .684 na amostra clínica. As associações entre as subescalas do IAECA-R e o IGS são praticamente todas significativas, assumindo maior expressão na amostra clínica para a maioria das subescalas. As associações mais

fortes ocorrem entre o IGS e os EMP de Defeito/Vergonha, Isolamento Social/Alienação e Fracasso na amostra da população geral. Na amostra clínica, as associações mais fortes com o IGS ocorrem para as subescalas de Desconfiança/Abuso, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Dependência/Incompetência Funcional e Fracasso do IAECA-R. É de salientar que não é significativa a correlação entre o EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo e o IGS na amostra da população geral mas a mesma associação torna-se significativa na amostra clínica. Curiosamente, o EMP de Privação Emocional encontra-se significativamente associado ao IGS na amostra da população geral mas não na amostra clínica.

Quadro 5.31. Correlações entre o total e factores do IAECA-R e o IGS do BSI, na amostra da população geral (n= 60) e na amostra clínica (n= 50).

IAECA R –Factores e Total	BSI-IGS	
	Pop. Geral (n= 60)	Am. Clínica (n= 50)
F1 Privação Emocional	.336**	.156
F2 Abandono	.378**	.507**
F3 Desconfiança/Abuso	.412**	.683**
F4 Isolamento Social/Alienação	.506**	.438**
F5 Defeito/Vergonha	.519**	.461**
F6 Fracasso	.473**	.607**
F7 Dependência/Incompetência Funcional	.336**	.610**
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.425**	.635**
F9 Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	-.042	.347*
Total IAECA-R	.517**	.684**

** $p < .01$, * $p < .05$

Quadro 5.32. Correlações entre o total e factores do IAECA-R e as dimensões do BSI, na amostra da população geral (n= 60)

IAECA R - Total e Factores	Ans								
	Som	O-C	SI	Dep	Ans	Host	Fób	Id Par	Psic
F1 Privação Emocional	.100	.280*	.249	.503**	.297*	.141	.185	.218	.408**
F2 Abandono	.201	.096	.345**	.550**	.380**	.223	.173	.272*	.382**
F3 Desconfiança/Abuso	.181	.182	.380**	.409**	.394**	.438**	.221	.499**	.354**
F4 Isolamento Social/Alienação	.349**	.288*	.433**	.556**	.513**	.326*	.319*	.294*	.551**
F5 Defeito/Vergonha	.419**	.363**	.400**	.482**	.538**	.261*	.452**	.275*	.513**
F6 Fracasso	.326*	.181	.432**	.516**	.479**	.367**	.317*	.341**	.441**
F7 Dependência/Incompetência funcional	.233	.168	.335**	.351**	.279*	.239	.261*	.267*	.253
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.220	.134	.275*	.536**	.478**	.307*	.292*	.393**	.393**
F9 Padrões Excessivos de Realização	-.181	.043	-.004	-.049	-.059	-.028	.030	.058	-.141
Total IAECA	.279*	.268*	.437**	.600**	.513**	.348**	.344**	.403**	.491**

** $p < .01$, * $p < .05$ Legenda: Som = Somatização, O-C = Obsessão-Compulsão, SI = Sensibilidade Interpessoal, Dep = Depressão, Ans = Ansiedade, Host = Hostilidade, Ans Fób = Ansiedade Fóbica, Id Par = Ideação Paranóide, Psic = psicoticismo

Os Quadros 5.32 e 5.33 descrevem as correlações entre o total e factores do IAECA-R e as dimensões específicas ou subescalas do BSI. No primeiro quadro são apresentadas as correlações obtidas na amostra de 60 indivíduos da população geral e, no segundo, as obtidas com os 50 indivíduos da amostra clínica.

Na amostra da população geral, o total do IAECA-R apresenta correlações significativas com todas as dimensões do BSI, como seria de esperar. As associações mais fortes registam-se com as dimensões Depressão, Ansiedade, Sensibilidade Interpessoal e Psicoticismo, não só para o total como para a maioria das subescalas do IAECA-R. A subescala de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, cujas correlações com as dimensões do BSI não são significativas, constitui uma excepção. Os EMP que se associam a um maior número de dimensões do BSI são os EMP de Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha e Fracasso.

Importa ainda destacar alguns padrões de associação mais específicos. Assim, a dimensão Sensibilidade Interpessoal encontra-se mais fortemente associada aos EMP de Isolamento Social/Alienação, Fracasso e Defeito/Vergonha. Estes três EMP são também os mais fortemente associados à dimensão Ansiedade do BSI, seguidos do EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença. Com as dimensões de Hostilidade e de Ideação Paranoide, o EMP mais fortemente associado é, como seria de esperar, o de Desconfiança/Abuso. Os EMP mais fortemente associados à dimensão Psicoticismo são, por ordem decrescente de grandeza, os EMP de Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha, Fracasso e Privação Emocional.

O Quadro 5.33 apresenta os mesmos estudos correlacionais, mas realizados em 50 sujeitos da amostra clínica. Como pode ver-se, as correlações são praticamente todas significativas, com excepção das existentes entre as dimensões do BSI e o EMP de Privação Emocional. Tendem também a assumir valores mais elevados na generalidade dos pares de variáveis.

Quadro 5.33. Correlações entre o total e factores do IAECA-R e as dimensões do BSI, na amostra clínica (n= 50).

IAECA R - Total e Factores	Ans									
	Som	O-C	SI	Dep	Ans	Host	Fób	Id Par	Psic	
F1 Privação Emocional	.013	.135	.214	.207	.003	.203	-.038	.242	.202	
F2 Abandono	.319*	.454**	.539**	.574**	.326*	.449**	.371**	.456**	.482**	
F3 Desconfiança/Abuso	.465**	.621**	.745**	.686**	.445**	.625**	.310*	.768**	.710**	
F4 Isolamento Social/Alienação	.206	.368*	.506**	.549**	.288*	.346*	.137	.479**	.572**	
F5 Defeito/Vergonha	.297*	.300*	.515**	.492**	.352*	.449**	.151	.475**	.570**	
F6 Fracasso	.471**	.453**	.688**	.634**	.430**	.515**	.363*	.610**	.631**	
F7 Dependência/Incompetência funcional	.440**	.442**	.615**	.631**	.469**	.590**	.322*	.556**	.654**	
F8 Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	.531**	.530**	.589**	.622**	.453**	.613**	.436**	.610**	.581**	
F9 Padrões Excessivos de Realização	.266	.380**	.341*	.303*	.345*	.333*	.099	.298*	.273	
Total IAECA	.459**	.566**	.746**	.728**	.470**	.629**	.331*	.701**	.722**	

** $p < .01$, * $p < .05$ Legenda: Som = Somatização, O-C = Obsessão-Compulsão, SI = Sensibilidade Interpessoal, Dep = Depressão, Ans = Ansiedade, Host = Hostilidade, Ans Fób = Ansiedade Fóbica, Id Par = Ideação Paranoide, Psic = psicoticismo

No que respeita ao total do IAECA-R, as associações com as dimensões específicas do BSI são todas significativas e elevadas, sendo a mais baixa de .331, com a dimensão Ansiedade Fóbica, o que está de acordo com o teoricamente previsto, se tivermos em conta que esta dimensão inclui itens que avaliam comportamentos fóbicos severos mas que tendem a ser situacionalmente determinados, por oposição às restantes que avaliam dimensões de funcionamento do indivíduo mais associáveis à auto-representação e, portanto, a construtos do tipo dos EMP.

Tal como seria de esperar, por comparação ao encontrado na amostra de indivíduos da população geral, na amostra clínica as associações são mais fortes e estatisticamente significativas em maior número. Nesta amostra, os EMP que se associam de forma mais expressiva a um maior número de dimensões do BSI são os EMP de Fracasso, Desconfiança/Abuso, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Dependência/Incompetência Funcional. As dimensões do BSI que se associam de forma expressiva a um maior número de EMP avaliados pelo IAECA-R são também em maior número que na amostra da população geral.

Cabe aqui salientar associações mais específicas entre dimensões do BSI e determinados EMP. Assim, à dimensão Somatização, o EMP mais fortemente associado é o de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença. A dimensão Obsessão-Compulsão associa-se de forma mais expressiva aos EMP de Desconfiança/Abuso e de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença. A Sensibilidade Interpessoal apresenta correlações mais elevadas com os EMP de Desconfiança/Abuso, Fracasso e Dependência/Incompetência Funcional. Para a dimensão Depressão, os EMP mais fortemente associados são os de Desconfiança/Abuso, Fracasso, Dependência/Incompetência Funcional e Vulnerabilidade ao Mal e à Doença. A dimensão Ansiedade do BSI associa-se mais fortemente com os EMP de Dependência/Incompetência Funcional e Vulnerabilidade ao Mal e à Doença enquanto o EMP mais associado à dimensão Hostilidade é, tal como expectável, o de Desconfiança/Abuso. Na dimensão Ansiedade Fóbica, surge apenas o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença como o único com uma correlação superior a .4. A mais forte associação com a dimensão Ideação Paranóide é a do EMP de Desconfiança/Abuso. A dimensão Psicoticismo associa-se com correlações de força idêntica a várias das subescalas do IAECA-R, à excepção dos factores Privação Emocional e Padrões Excessivos de Realização, com os quais não possui correlações estatisticamente significativas.

7. Poder discriminativo do IAECA-R

O Quadro 5.34 apresenta as estatísticas descritivas e sintetiza os resultados das ANOVAS nos três grupos em comparação. Trata-se de um grupo de 76 indivíduos da população geral, sem psicopatologia, de um grupo de 52 doentes com pelo menos um diagnóstico do Eixo I (realizado através de entrevista de avaliação estruturada – SCID I) e de um grupo de doentes com pelo menos uma perturbação da personalidade do Eixo II do DSM IV como principal diagnóstico (igualmente confirmado por entrevista clínica estruturada – SCID II). Os grupos não se distinguem na variável idade ($F_{(2,188)} = 2.836; p = .061$) nem na variável anos de escolaridade ($F_{(2,188)} = 1.807; p = .167$). Nas restantes variáveis demográficas, os três grupos também não se distinguem na distribuição por sexo ($\chi^2_{(2, N=191)} = .410; p = .815$), nem na distribuição por estado civil ($\chi^2_{(8, N=191)} = 11.588; p = .171$). A única diferença entre os grupos (para um $p < .05$) ocorre na distribuição por estatuto socioprofissional, em que existe maior prevalência de estudantes nos grupos clínicos por comparação ao grupo de indivíduos da população geral ($\chi^2_{(6, N=191)} = 13.477; p = .036$).

Como pode ler-se no Quadro 5.34, existe uma tendência clara no sentido de as médias dos indivíduos da população geral serem inferiores às dos indivíduos com psicopatologia do Eixo I, as quais, por sua vez, são também inferiores às dos indivíduos com perturbações da personalidade. Esta relação existe quer para o total do questionário, quer para cada um dos factores específicos, tal como já aconteceu com o YSQ-S3 (Cf. Capítulo 4).

Na última coluna do quadro estão representados os resultados dos testes post hoc em cada uma das comparações realizadas. Nos casos em que existia homogeneidade da variância (unicamente no Factor 9) foram lidos os testes post hoc de *Tukey*; quando tal se não verificou, foram lidos os testes post hoc de *Games Howell*.

Quadro 5.34. ANOVAS do total e factores do IAECA-R nos três grupos

Factor	P Geral (N= 76)		Eixo I (N= 52)		Eixo II (N= 63)		F	p	Post Hoc*
	M	DP	M	DP	M	DP			
F1 Privação Emocional	1.38	.60	2.41	1.26	3.40	1.48	54.550	.000	N < I < II
F2 Abandono	2.10	.89	3.37	1.20	4.04	1.35	56.208	.000	N < I,II
F3 Desconfiança/Abuso	1.97	1.02	3.17	1.33	3.75	1.36	37.373	.000	N < I < II
F4 Isolamento Social/Alienação	1.65	.89	3.02	1.49	4.10	1.41	66.494	.000	N < I < II
F5 Defeito/Vergonha	1.25	.53	2.34	1.29	3.14	1.58	44.928	.000	N < I < II
F6 Fracasso	1.46	.73	2.44	1.46	3.16	1.66	30.069	.000	N < I < II
F7 Dependência/Incompetência funcional	1.36	.52	2.20	.98	2.65	1.21	35.318	.000	N < I,II
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	1.98	.95	2.61	1.21	3.36	1.39	23.410	.000	N < I < II
F9 Padrões Excessivos/Hipercriticismo	3.29	1.20	4.03	1.16	4.38	1.10	16.334	.000	N < I,II
Total IAECA-R	82.24	24.16	129.19	41.10	159.98	43.56	80.623	.000	N < I < II

* N = População Geral, I = Eixo I, II = Eixo II

O total do IAECA-R revela-se capaz de distinguir os três grupos, no sentido esperado das médias das pontuações. A mesma diferença estatisticamente significativa encontra-se para os factores F1-Privação Emocional, F3-Desconfiança/Abuso, F4 – Isolamento Social/Alienação, F5-Defeito/Vergonha, F6-Fracasso e F8-Vulnerabilidade ao mal e à doença. Nos restantes factores (F2-Abandono, F7-Dependência/Incompetência funcional e F9 Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo), os indivíduos da população geral distinguem-se dos indivíduos com psicopatologia, mas estes não se distinguem entre si de forma estatisticamente significativa. Por comparação com os resultados encontrados para o YSQ-S3 (Cf. Quadro 4.31, no Capítulo 4), a sensibilidade das subescalas é idêntica na discriminação dos grupos em comparação, havendo uma melhoria no F3-Desconfiança/Abuso, que se revelou mais sensível no IAECA-R.

8. Estabilidade temporal do IAECA-R

O Quadro 5.35 apresenta as correlações de *Pearson* para o IAECA-R total e factores numa amostra da população geral (41 estudantes), obtida num intervalo de 21 dias entre o teste e o reteste. As correlações são todas significativas e elevadas, à excepção da correlação teste-reteste para a subescala de Privação Emocional que não é significativa.

Quadro 5.35. Estabilidade temporal através da correlação de Pearson para o IAECA-R (total e factores) numa amostra da população geral (n= 41)

Factor	r
F1 Privação Emocional	.246
F2 Abandono	.623**
F3 Desconfiança/ Abuso	.649**
F4 Isolamento Social/ Alienação	.623**
F5 Defeito	.574**
F6 Fracasso	.803**
F7 Dependência/Incompetência funcional	.548**
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	.577**
F9 Padrões Excessivos de Realização/ Hipercriticismo	.710**
Total IAECA-R	.631**

** $p < .001$

No Quadro 5.36 estão apresentadas as comparações t para amostras dependentes entre as médias do total e factores do IAECA-R no teste e no reteste na mesma amostra.

Quadro 5.36. Teste-reteste através do teste t de Student para amostras dependentes (total e factores do IAECA-R), numa amostra da população geral (n= 41)

Factor	Teste		Reteste		t	p
	M	DP	M	DP		
F1 Privação Emocional	2.01	1.15	1.56	.70	2.410	.021
F2 Abandono	3.25	1.18	2.68	1.01	3.829	.000
F3 Desconfiança/Abuso	2.78	1.09	2.32	.96	3.363	.002
F4 Isolamento Social/Alienação	2.53	1.24	1.93	.95	3.897	.000
F5 Defeito/Vergonha	1.81	.92	1.61	.86	1.560	.127
F6 Fracasso	2.37	1.05	1.98	.99	3.841	.000
F7 Dependência/Incompetência funcional	1.92	.75	1.64	.66	2.637	.012
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	2.40	.92	2.11	.88	2.228	.032
F9 Padrões Excessivos/Hipercriticismo	3.44	.97	3.44	.98	.000	1.000
Total IAECA-R	112.44	32.29	96.29	28.93	3.906	.000

À excepção das subescalas de Defeito/Vergonha e de Padrões Excessivos/Hipercriticismo, em que não existem diferenças entre as médias do teste e do reteste, nas 7 subescalas restantes, as diferenças são estatisticamente significativas. Naturalmente que se reflectem também no total da escala, que apresenta também diferenças significativas entre o teste e o reteste. Curiosamente, as médias do Factor 9 são exactamente as mesmas em ambas as passagens do teste. Este dado levou-nos a reflectir acerca da estabilidade tem-

poral da escala. De facto, para obtenção de dados para este estudo, e de modo a facilitar o emparelhamento dos questionários dos mesmos indivíduos, aqueles foram preenchidos em contexto de sala de aula, no final da realização de dois testes de avaliação a diferentes unidades curriculares. É possível que este factor que não foi controlado possa ter interferido nas respostas dos sujeitos, uma vez que a situação de avaliação é por si só uma situação potencialmente activadora de EMP. Consideramos assim que os dados apresentados em relação à estabilidade temporal do IAECA-R devem ser revistos e calculados a partir de uma amostra mais diversificada de sujeitos (não unicamente constituída por estudantes); neste caso, os questionários devem ser preenchidos em situações consideradas mais neutras quanto ao possível efeito activador dos EMP. Será também relevante estudar a estabilidade temporal da escala numa amostra clínica e comparar os resultados com os encontrados em amostras da população geral.

9. Síntese dos resultados

O principal objectivo dos estudos apresentados neste capítulo era o de validar o IAECA-R numa amostra da população geral com tamanho adequado para garantir a validade dos resultados, nomeadamente em relação a duas das variáveis incluídas neste inventário: os cenários activadores e os itens das subescalas dos 9 EMP. A grande maioria dos cenários foi validada no seu conteúdo, tendo-se obtido percentagens de concordância bastante elevadas. Quanto à dimensionalidade da escala, foi realizado um estudo de validade factorial do IAECA-R, numa amostra de tamanho adequado da população geral, e a estrutura factorial foi corroborada numa amostra clínica de menor tamanho. O conjunto dos resultados permite concluir que a escala possui muito boa validade factorial. O IAECA-R revelou possuir muito boa consistência interna em ambas as amostras, quer no total, quer em cada uma das 9 subescalas que o constituem. Nestes estudos, foi também possível verificar que o possível incremento no endosso de itens quando os EMP são avaliados pelo IAECA-R (Cf. Capítulo 7), não contamina o padrão de resposta aos itens falsos (inseridos como itens de controlo nas subescalas). Salvo poucas excepções, o padrão de comportamento dos itens falsos manteve-se equivalente em ambas as amostras.

Os estudos de validade convergente com diversas medidas de psicopatologia permitiram verificar que surgem associações estatisticamente significativas entre o total da escala e as diversas dimensões de psicopatologia estudadas e os dados evidenciaram que determinados EMP parecem estar associados a formas mais abrangentes de psicopatologia, enquanto outros possuem associações mais expressivas com dimensões mais específicas do funcionamento mental.

A sensibilidade do IAECA-R (total e subescalas) na discriminação entre grupos de psicopatologia foi estabelecida, mostrando-se a maioria das subescalas capazes de discriminar indivíduos sem perturbações mentais de doentes com psicopatologia sintomática e estes dois grupos de doentes com perturbações da personalidade. Por fim, e tal como já tinha acontecido em relação ao YSQ-S3, a estabilidade temporal do IAECA-R no total da escala e em 8 das 9 subescalas é boa quando estudada pela correlação de *Pearson* mas, quando avaliada a partir de comparações *t de Student* para amostras dependentes, revelou debilidades. A selecção da amostra, bem como as circunstâncias de recolha dos dados para este estudo, poderão ter contribuído para os resultados encontrados.

Capítulo 6

Emoções associadas aos EMP

Capítulo 6

Emoções associadas aos EMP

1. Introdução
2. Estudo da associação entre grau de semelhança com cenários activadores, EMP e intensidade da resposta emocional
3. Estudo da intensidade da activação emocional em função do grau de semelhança endossado no cenário escolhido
4. Estudos descritivos das emoções activadas pelos cenários de cada EMP
5. Estudos das emoções específicas associadas aos EMP
6. Síntese dos resultados

Capítulo 6

Emoções associadas aos EMP

1. Introdução

O principal objectivo dos estudos apresentados neste capítulo é o de explorar a ligação entre EMP e emoções. Como foi descrito no Capítulo 3, aquando da descrição dos instrumentos utilizados nos diversos estudos, o IAECA-R foi concebido para avaliar 9 EMP “a quente”. No Capítulo 2, discutindo o método de avaliação de EMP por questionários de auto-resposta, apelando ao auto-conhecimento declarativo do sujeito, salientaram-se as limitações de tais métodos, apontando também a incongruência entre a definição do construto de EMP (de natureza tácita) e o tipo de instrumento concebido para avaliar esse mesmo construto. A ideia original de desenvolver um instrumento como o IAECA surgiu precisamente da constatação de tais limitações e incongruências. Para além disso, a clínica mostra regularmente que muitos doentes pontuam muito pouco em determinados EMP cuja existência e predominância são evidentes pelo tipo de distorções que o doente faz no processamento de informação relacionada com esses mesmos EMP. De acordo com o modelo da TFE, esse não endosso de um EMP que se possui pode ser devido a processos de evitamento e/ou de compensação que são utilizados pelo sujeito para lidar com tais EMP e com o sofrimento que é evocado quando esses EMP são activados (Young, 1990; Young Klosko & Weishaar, 2003). Ao incluirmos uma metodologia de activação emocional (operacionalizada na leitura, selecção e imaginação de um cenário de vida relacionado com o EMP que vai ser avaliado), espera-se promover um efeito de activação desse EMP (caso o indivíduo o possua, como é evidente). Com esse efeito, pode esperar-se maior acesso consciente ao EMP e, em consequência, esperam-se *scores* nos itens que avaliam esse EMP mais verosímeis e realistas. A ter existido activação do EMP pela metodologia utilizada no IAECA-R, espera-se que ocorra a experiência de determinadas emoções (negativas) associadas a esse mesmo EMP.

No Capítulo 5, apresentámos os estudos de validação dos cenários incluídos no IAECA-R, bem como das subescalas de itens que avaliam os 9 EMP. Neste capítulo debruçamo-nos especificamente sobre os efeitos da activação emocional e o padrão de emoções associadas a cada um desses mesmos EMP.

A escala de emoções, que é respondida em relação aos estados emocionais activados em cada exercício de *imagerie*, apresenta 12 emoções: Ansiedade/Medo, Vazio, Culpa,

Solidão, Vergonha, Repugnância/Nojo, Alegria, Raiva, Tristeza, Ciúme, Humilhação e Inveja. O indivíduo responde a cada uma destas emoções indicando, numa escala de 0 (*Não senti*) a 9 (*Senti muitíssimo*) pontos, o grau em que avalia ter experimentado cada um destes estados emocionais.

Assim, os estudos aqui incluídos, sendo os primeiros existentes acerca deste tópico, devem ser entendidos como estudos exploratórios que, testando algumas hipóteses derivadas do modelo da TFE e subjacentes à construção do IAECA-R, utilizam diversas metodologias de modo a explorar a relação entre EMP e emoções.

O primeiro estudo, de natureza correlacional, aborda a associação entre as três variáveis avaliadas pelo IAECA-R: grau de semelhança com cenários activadores, EMP e intensidade da resposta emocional evocada. O segundo estudo compara grupos de baixa e alta semelhança entre situações de vida e o cenário activador escolhido quanto à intensidade da activação emocional (emoções negativas) experimentada em cada um dos exercícios de *imagerie*. O terceiro estudo, de natureza descritiva, inclui todas as emoções das escalas do IAECA-R e apresenta, apenas para os indivíduos com grau de semelhança elevado entre o cenário escolhido e situações reais de vida, as médias da intensidade endossada para cada uma das emoções, para cada um dos 9 EMP. Estes três estudos foram realizados numa amostra da população geral (n= 447) e numa amostra clínica (n= 115), de modo a poderem ser comparados os resultados alcançados em ambas. Finalmente, o 4º estudo apresentado testa a existência de padrões específicos de associação entre determinadas emoções e cada um dos 9 EMP avaliados pelo IAECA-R. Espera-se encontrar diferenças claras entre as emoções activadas para cada EMP, quer no que respeita à variedade de emoções quer no que se refere à natureza das mesmas. Este estudo, como se explica adiante, foi realizado numa amostra mista, que inclui indivíduos da população geral e os 115 doentes da amostra clínica já descrita nos Capítulos 4 e 5.

2. Estudo da associação entre grau de semelhança com cenários activadores, EMP e intensidade da resposta emocional

Para estudar a associação entre as três variáveis que o IAECA-R permite avaliar para cada EMP, foram realizados estudos de natureza correlacional, procurando verificar se existe um padrão típico ou não da grandeza das associações entre grau de semelhança do cenário escolhido com situações reais de vida, pontuação nos itens do EMP e intensidade da activação emocional negativa experimentada em cada exercício de *imagerie*. O grau de semelhança endossado em relação aos cenários de cada EMP pode variar entre 1 e 7. A medida do EMP foi obtida a partir da média das respostas aos cinco itens verdadeiros que o avaliam. Para obtenção de um índice de intensidade emocional negativa, somaram-se as intensidades endossadas nas 11 emoções negativas apresentadas na escala de emoções do IAECA-R (retirando-se o endosso referente à alegria que, como se compreende, não tem uma valência negativa). A intensidade das emoções foi respondida numa escala de 10 pontos, desde 0 (*Não senti*) a 9 (*Senti muito*).

Estes estudos foram realizados na amostra de 447 indivíduos da população geral e na amostra clínica de 115 doentes utilizadas nos estudos de validação do IAECA-R e apresentadas respectivamente nos quadros 5.2 e 5.3 do Capítulo 5.

Os Quadros 6.1. a 6.9. apresentam, para cada um dos 9 EMP avaliados pelo IAECA-R, as correlações entre o valor do grau de semelhança, a média dos itens que avaliam esse EMP e a intensidade da activação emocional negativa experimentada pelo sujeito aquando do exercício de imaginação do cenário activador. Em cada um dos quadros, foram incluídas as correlações obtidas na amostra da população geral e na amostra clínica de modo a possibilitar uma leitura comparativa entre os valores obtidos em ambas.

Como pode ver-se nos quadros que se seguem, em todos os estudos as correlações obtidas entre as três variáveis são significativas e sempre no sentido esperado da associação. Verifica-se também que, seja qual for o par de variáveis em causa, as correlações obtidas na amostra clínica são sempre mais elevadas que as obtidas na amostra da população geral. A única excepção ocorre para o par EMP-Grau de Semelhança referente ao EMP de Dependência/Incompetência Funcional (Quadro 6.7).

Quadro 6.1. Correlações entre grau de semelhança com cenário activador, EMP e Intensidade da activação emocional para o EMP de Privação Emocional

	População Geral (n= 447)		Amostra Clínica (n= 115)	
	Grau Semelh.	EMP	Grau Semelh.	EMP
EMP	.412**		.517**	
Total emoções	.319**	.401**	.476**	.427**

** $p < .001$

No EMP de Privação Emocional, as correlações são moderadas entre as variáveis, observando-se uma associação mais forte entre a média do EMP e o valor do grau de semelhança endossado em relação ao cenário escolhido, em ambas as amostras. Correlações mais fracas entre determinado EMP e o total das intensidades endossadas para as emoções negativas podem ter duas interpretações. Podem significar a fraca associação nas tendências de respostas em ambas as variáveis (ou seja, a maior endosso do EMP não corresponderia maior intensidade de activação emocional negativa e vice versa). Mas também podem significar que determinados EMP se associam a um maior número de emoções negativas e outros não. No caso dos segundos, o somatório da intensidade endossada nas emoções negativas representa com menos fidelidade (portanto, com maior erro) a intensidade da activação emocional experimentada. Por outras palavras, se apenas uma emoção negativa for desencadeada com suficiente intensidade, valores residuais endossados nas restantes 10 influenciam o somatório das intensidades das emoções negativas de forma mais significativa (aleatória), por comparação a quando duas, três ou mais emoções são experimentadas com alguma intensidade (em que é menor o número de emoções com intensidades residuais a acrescentar valor ao somatório).

Quadro 6.2. Correlações entre grau de semelhança com cenário activador, EMP e Intensidade da activação emocional para o EMP de Abandono

	População Geral (n= 447)		Amostra Clínica (n= 115)	
	Grau Semelh.	EMP	Grau Semelh.	EMP
EMP	.347**		.430**	
Total emoções	.377**	.511**	.453**	.567**

** $p < .001$

Para o EMP de Abandono, a associação mais expressiva é entre o total das emoções negativas e a média obtida nos itens que avaliam esse mesmo EMP. Aliás, em ambas as amostras esta é a associação mais forte por comparação aos outros pares de variáveis, sendo que todas as correlações são mais elevadas na amostra clínica que na amostra da população geral.

Quadro 6.3. Correlações entre grau de semelhança com cenário activador, EMP e Intensidade da activação emocional para o EMP de Desconfiança/Abuso

	População Geral (n= 447)		Amostra Clínica (n= 115)	
	Grau Semelh.	EMP	Grau Semelh.	EMP
EMP	.410**		.472**	
Total emoções	.310**	.429**	.553**	.559**

** $p < .001$

À semelhança do que aconteceu para o EMP de Abandono, também no de Desconfiança/Abuso se encontram correlações mais elevadas entre o total das intensidades das emoções negativas e a pontuação no EMP. Esta tendência observa-se em ambas as amostras.

Quadro 6.4. Correlações entre grau de semelhança com cenário activador, EMP e Intensidade da activação emocional para o EMP de Isolamento Social/Alienação

	População Geral (n= 447)		Amostra Clínica n= 115)	
	Grau Semelh.	EMP	Grau Semelh.	EMP
EMP	.513**		.601**	
Total emoções	.395**	.509**	.572**	.708**

** $p < .001$

O EMP de Isolamento Social/Alienação apresenta correlações mais elevadas entre todos os pares de variáveis, por comparação com o que acontece na generalidade dos outros EMP. São, naturalmente, mais elevadas na amostra clínica que na amostra da população geral e a associação mais forte ocorre entre o EMP e o total das intensidades das emoções negativas. Na amostra clínica, esta associação assume ainda maior expressividade ($r = .708$).

Quadro 6.5. Correlações entre grau de semelhança com cenário activador, EMP e Intensidade da activação emocional para o EMP de Defeito/Vergonha

	População Geral (n= 447)		Amostra Clínica (n= 115)	
	Grau Semelh.	EMP	Grau Semelh.	EMP
EMP	.367**		.657**	
Total emoções	.381**	.397**	.566**	.670**

** $p < .001$

No EMP de Defeito/Vergonha, encontramos o mesmo padrão que nos EMP anteriores, sendo que as associações da amostra clínica se mostram consistentemente mais elevadas e são praticamente o dobro das encontradas na amostra da população geral.

Quadro 6.6. Correlações entre grau de semelhança com cenário activador, EMP e Intensidade da activação emocional para o EMP de Fracasso

	População Geral (n= 447)		Amostra Clínica (n= 115)	
	Grau Semelh.	EMP	Grau Semelh.	EMP
EMP	.425**		.505**	
Total emoções	.388**	.508**	.454**	.681**

** $p < .001$

Para o EMP de Fracasso encontramos o mesmo padrão na proporção das associações, destacando-se a associação mais elevada entre EMP e total das intensidades de activação emocional em ambas as amostras.

Quadro 6.7. Correlações entre grau de semelhança com cenário activador, EMP e Intensidade da activação emocional para o EMP de Dependência/Incompetência Funcional

	População Geral (n= 447)		Amostra Clínica (n= 115)	
	Grau Semelh.	EMP	Grau Semelh.	EMP
EMP	.406**		.340**	
Total emoções	.274**	.467**	.367**	.606**

** $p < .001$

No EMP de Dependência/Incompetência Funcional mantém-se como mais forte a associação do EMP com o total das emoções. Curiosamente, a associação entre o *score* do EMP e o grau de semelhança é mais elevada na amostra da população geral que na amostra clínica.

Quadro 6.8. Correlações entre grau de semelhança com cenário activador, EMP e Intensidade da activação emocional para o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença

	População Geral (n= 447)		Amostra Clínica (n= 115)	
	Grau Semelh.	EMP	Grau Semelh.	EMP
EMP	.381**		.472**	
Total emoções	.220**	.434**	.253**	.571**

** $p < .001$

Os dados referentes ao EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença comportam-se de

acordo com o padrão habitual, embora as associações encontradas sejam de menor valor que nos EMP anteriores.

Quadro 6.9. Correlações entre grau de semelhança com cenário activador, EMP e Intensidade da activação emocional para o EMP de Padrões excessivos de realização/Hipercriticismo

	População Geral (n= 447)		Amostra Clínica (n= 115)	
	Grau Semelh.	EMP	Grau Semelh.	EMP
EMP	.465**		.534**	
Total emoções	.143**	.200**	.221**	.361**

** $p < .001$

Por fim, em relação ao EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, as associações mais fortes ocorrem entre os *scores* do EMP e o grau de semelhança endossado no cenário escolhido e não entre o *score* do EMP e o total das emoções, como nos restantes casos. Mantém-se a tendência para associações mais fortes na amostra clínica.

Em suma, registam-se, em todos os pares de associações, correlações positivas e estatisticamente significativas. Portanto, a maior grau de semelhança com situações de vida endossado no cenário escolhido, corresponde maior pontuação no EMP em causa e maior intensidade de emoções negativas experimentadas. A força ou grandeza das correlações é sempre maior nas obtidas na amostra clínica o que pode indicar uma maior associação entre as variáveis nesta amostra e/ou resultar de uma menor variabilidade nas respostas entre os doentes. À excepção do que acontece no EMP de Privação Emocional e no EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, nos restantes 7 EMP, a correlação de maior valor ocorre sempre entre o EMP em causa e o total das intensidades das emoções negativas experimentadas pelo indivíduo.

3. Estudo da intensidade da activação emocional em função do grau de semelhança endossado no cenário escolhido

O estudo aqui apresentado pretende testar a hipótese de que os indivíduos que endossaram um grau de semelhança elevado entre o cenário que escolheram e as situações reais que recordam ter vivido experimentam maior activação emocional negativa comparativamente aos indivíduos que endossaram um grau de semelhança baixo para o cenário escolhido.

Uma vez que a escala de graus de semelhança varia entre 1 (*Nenhuma semelhança com o que me aconteceu ou acontece*) a 7 (*Total semelhança com o que me aconteceu ou acontece*), foram constituídos grupos de baixa e alta semelhança para os cenários. Indivíduos que indicaram 1, 2 ou 3 são incluídos nos grupos de baixa semelhança e indivíduos que indicaram 5, 6 ou 7 nos de alta semelhança. Ficaram de fora destes estudos os indivíduos que indicaram 4 nesta escala. Assim sendo, em cada par de comparações apresentadas nos quadros 6.10 e 6.11, os tamanhos dos grupos são variáveis e estão devidamente identificados. Optou-se por este procedimento em detrimento da formação dos grupos a

partir da mediana, uma vez que o objectivo não era o de formar amostras de comparação de tamanho idêntico mas sim em função da grandeza da variável grau de semelhança.

O Quadro 6.10 apresenta as comparações entre os grupos no que diz respeito à intensidade das emoções negativas experimentadas na amostra da população geral e o Quadro 6.11 apresenta as mesmas comparações na amostra clínica. Nos testes *t de Student*, teve-se em consideração a homogeneidade da variância em cada uma das comparações realizadas e, nos casos em que não existia homogeneidade de variância nos dois grupos, adoptou-se a correcção ao procedimento disponibilizada pelo *software*.

Quadro 6.10. Comparações entre grupos de baixa e alta semelhança com cenários activadores, na intensidade de activação emocional experimentada em cada EMP, na amostra da população geral (n= 447)

Factor	Baixa Semelhança			Alta Semelhança			t	p
	N	M	DP	N	M	DP		
F1 Privação Emocional	266	26.23	18.07	114	37.60	18.29	-5.600	.000
F2 Abandono	319	23.59	17.45	75	40.60	18.37	-7.519	.000
F3 Desconfiança/Abuso	275	21.13	17.14	119	31.66	18.88	-5.431	.000
F4 Isolamento Social/Alienação	277	22.45	19.42	109	40.54	20.35	-8.129	.000
F5 Defeito/Vergonha	276	20.62	18.93	106	37.76	19.83	-7.823	.000
F6 Fracasso	353	21.88	18.67	46	42.28	23.86	-5.581	.000
F7 Dependência/Incompetência funcional	297	14.05	15.95	78	25.22	18.88	-4.795	.000
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	300	17.03	15.60	77	23.62	18.11	-3.196	.002
F9 Padrões Excessivos/Hipercriticismo	181	17.97	15.75	167	21.44	15.90	-2.048	.041

Como pode ler-se no Quadro 6.10, em todas as comparações realizadas, a média do somatório das intensidades endossadas nas 11 emoções negativas é sempre superior nos grupos dos indivíduos com alta semelhança entre o cenário activador e situações reais de vida. As diferenças são todas estatisticamente significativas.

Quadro 6.11. Comparações entre grupos de baixa e alta semelhança com cenários activadores, na intensidade de activação emocional experimentada em cada EMP, na amostra clínica (n= 115)

Factor	Baixa Semelhança			Alta Semelhança			t	p
	N	M	DP	N	M	DP		
F1 Privação Emocional	32	41.28	22.46	73	52.84	23.84	-2.326	.022
F2 Abandono	50	31.90	21.38	45	53.56	26.23	-4.428	.000
F3 Desconfiança/Abuso	44	28.86	24.21	55	56.64	20.76	-6.142	.000
F4 Isolamento Social/Alienação	33	30.09	27.78	59	60.80	22.36	-5.783	.000
F5 Defeito/Vergonha	40	28.15	21.27	59	55.25	25.21	-5.584	.000
F6 Fracasso	62	31.60	22.62	36	56.28	24.34	-5.064	.000
F7 Dependência/Incompetência funcional	51	23.88	25.30	43	45.12	26.02	-4.001	.000
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença	45	26.42	23.08	49	37.80	24.72	-2.300	.024
F9 Padrões Excessivos/Hipercriticismo	31	27.10	21.20	73	39.34	26.38	-2.288	.024

Na amostra clínica, observa-se um padrão igual ao encontrado na amostra da população geral, com médias mais elevadas no grupo de alta semelhança e todas as comparações alcançando significância estatística. Mesmo no EMP de Padrões Excessivos de Realização, a diferença acentua-se em relação à que tinha sido encontrada na amostra da população geral.

Um dado curioso mas relevante, se tivermos em conta os pressupostos da metodologia do IAECA-R, é o de que, devido à forma como os grupos de comparação foram formados, na amostra da população geral os grupos de alta semelhança são sempre constituídos por um número claramente menor que os grupos de baixa semelhança, que incluem a maior parte dos sujeitos da amostra nas várias comparações. Na amostra clínica, utilizando o mesmo procedimento de distribuição dos sujeitos pelos grupos, não ocorre esta tendência, acontecendo que os grupos são de tamanho idêntico ou tende a existir maior número de sujeitos no grupo de alta semelhança.

Os dados encontrados suportam não só a escolha realizada da metodologia do IAECA-R como vão de encontro à ideia de que os indivíduos com psicopatologia terão tido situações de vida mais nocivas e/ou em maior quantidade, necessárias à formação dos EMP.

4. Estudos descritivos das emoções activadas pelos cenários de cada EMP

Estudadas as associações entre intensidade da activação emocional, grau de semelhança endossado e total endossado para o EMP em causa, tendo em conta os resultados do estudo anterior, no qual os indivíduos com maior grau de semelhança com situações reais de vida possuem maior activação emocional aquando do exercício de imaginação do cenário escolhido, importa perceber, de forma mais específica, a relação entre cada um dos EMP e determinadas emoções.

Uma hipótese explicativa dos resultados encontrados nos estudos correlacionais apresentados anteriormente neste capítulo, nomeadamente no que se refere às diferenças na grandeza da associação encontrada entre total de activação emocional nas emoções associadas a determinado EMP e o *score* endossado nesse mesmo EMP, pode ser a de que a cada esquema poderão estar associados diferentes padrões de activação emocional. Por exemplo, determinado EMP pode tender a espoletar um padrão de activação emocional em que um maior número de emoções seja experimentado, enquanto outro EMP pode tender a estar associado apenas a uma ou duas emoções. Se assim acontecer, é natural que, estudando um total indiferenciado de emoções, estejamos a introduzir erro nos estudos de associação entre estas variáveis.

Os estudos apresentados neste ponto visam precisamente a investigação do padrão específico de emoções associadas a cada esquema. Uma vez que não existe investigação sobre este tópico, importa apresentar de forma o mais neutra possível os dados observados. Assim, para cada EMP avaliado pelo IAECA-R, apresentamos as médias das frequências absolutas com que os indivíduos com alto grau de semelhança para cada esquema endossaram cada uma das 12 emoções avaliadas (incluindo a alegria). Com este procedimento, ou seja, analisando apenas as respostas dos indivíduos com grau de semelhança com cenários activadores elevado, espera-se a obtenção de um padrão de emoções mais específico e de mais fácil leitura.

Para cada EMP, são apresentados gráficos descritivos para a amostra da população geral e para a amostra clínica. Uma vez que os tamanhos dos grupos de alta semelhança dos cenários variam de EMP para EMP, na legenda de cada gráfico inclui-se o número de sujeitos.

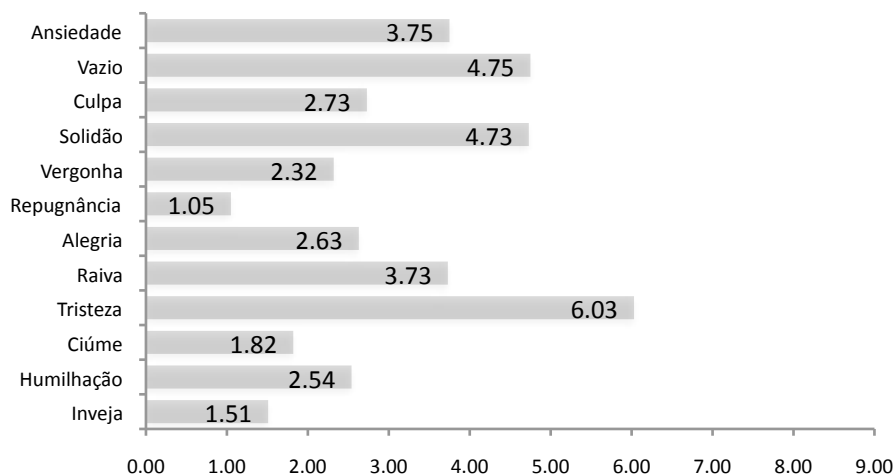


Gráfico 6.1. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Privação Emocional na amostra da população geral (n= 114)

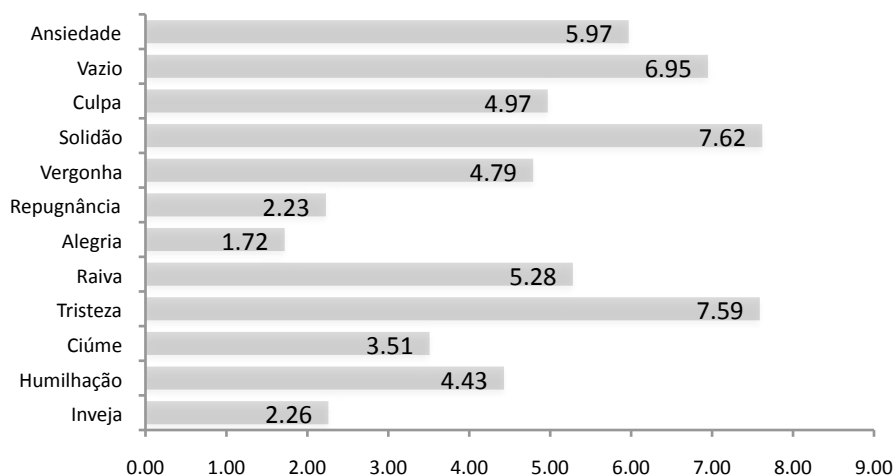


Gráfico 6.2. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Privação Emocional na amostra da população clínica (n= 61)

Em ambas as amostras apresentadas nos Gráficos 6.1 e 6.2, as emoções endossadas com médias de intensidade mais elevadas são a tristeza, a solidão e o vazio. Na amostra da população geral, a solidão e o vazio surgem com médias de intensidade idênticas, enquan-

to na amostra clínica a tristeza e a solidão se encontram próximas, seguidas depois pelo vazio. Nestes indivíduos, a ansiedade é também endossada com intensidade que se destaca das restantes emoções. Refira-se que, tal como sucede em relação à intensidade das emoções nos restantes EMP, os sujeitos da amostra clínica, mesmo tendo endossado idênticos valores na escala de semelhança, apresentam médias de intensidade das emoções experienciadas superiores às dos indivíduos da população geral.

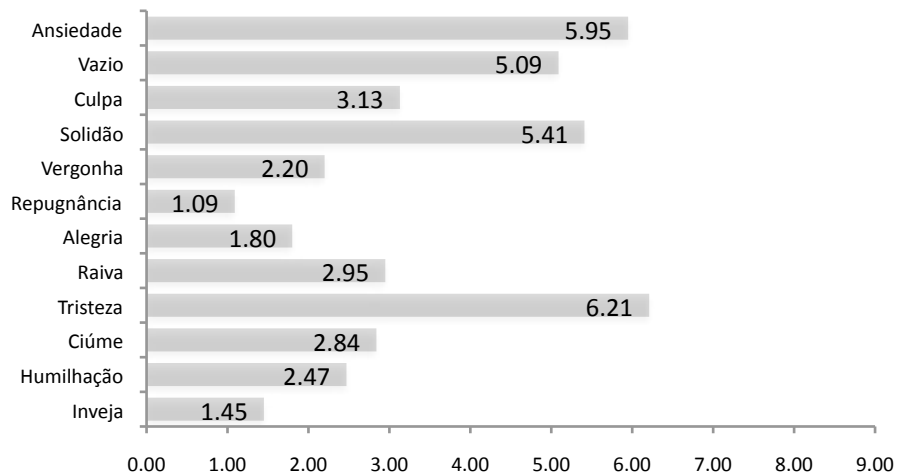


Gráfico 6.3. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Abandono na amostra da população geral (n= 75)

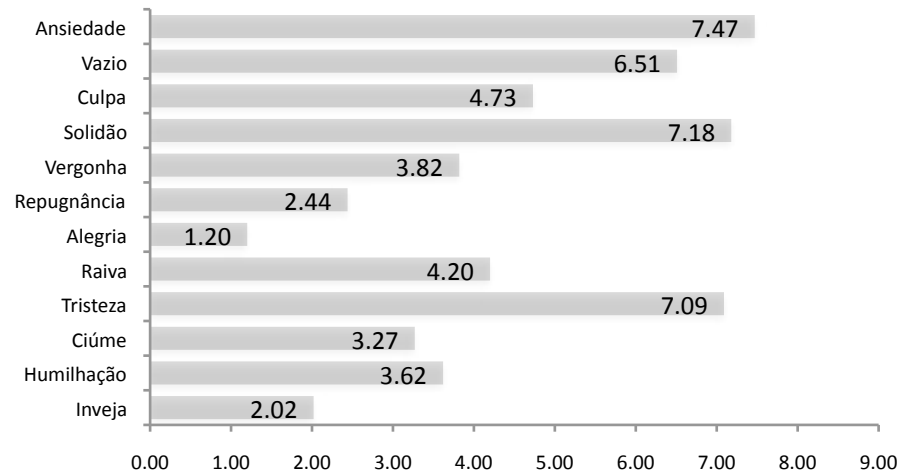


Gráfico 6.4. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Abandono na amostra clínica (n= 45)

Também para as emoções associadas ao EMP de Abandono se encontra um padrão comum nas duas amostras em relação às emoções assinaladas como mais intensamente

sentidas. Assim, destacam-se como endossadas com maior intensidade a tristeza, a ansiedade, a solidão e o vazio. Como pode verificar-se nos Gráficos 6.3 e 6.4, estas quatro emoções são endossadas com médias de intensidades muito superiores às restantes emoções.

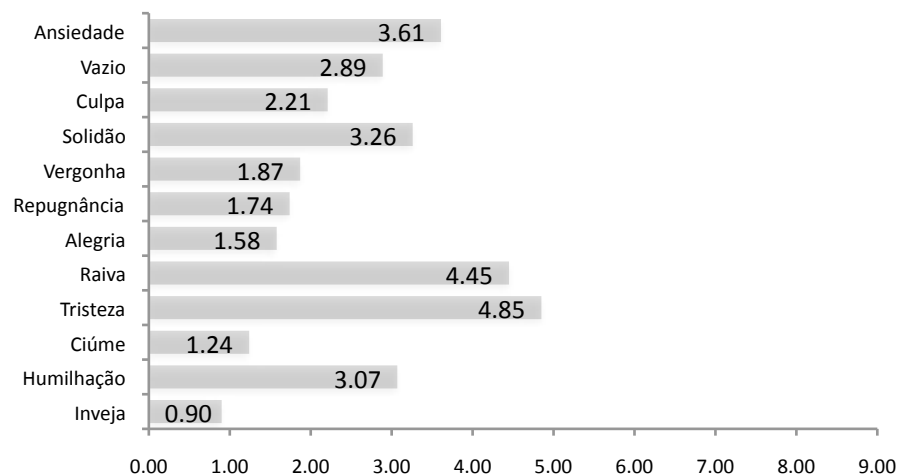


Gráfico 6.5. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Desconfiança/Abuso na amostra da população geral (n= 119)

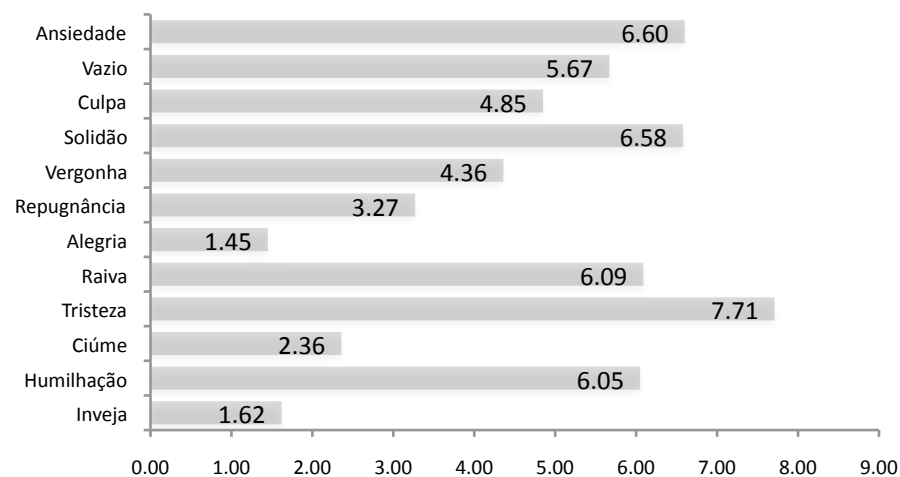


Gráfico 6.6. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Desconfiança/Abuso na amostra clínica (n= 55)

Na amostra da população geral, as emoções com médias de intensidade mais elevadas são, em primeiro lugar a tristeza, seguida da raiva e da ansiedade. Já na amostra clínica, surgindo a tristeza com uma média mais elevada, em segundo lugar, com valores médios de intensidade muito próximos, surgem a ansiedade e a solidão e obtêm ainda médias elevadas de intensidade a raiva e a humilhação. Estes dados apontam para uma especificidade destas últimas na associação ao EMP de Desconfiança/Abuso. No entanto, surpreendeu-nos o facto de não ter surgido a repugnância/nojo como uma das emoções sentidas com maior intensidade, uma vez que a tínhamos incluído na escala de emoções precisamente por se pensar associada à vivência do abuso. Este dado curioso levou-nos a explorar de forma mais precisa o endosso desta emoção nas respostas relacionadas com este EMP. De facto, segundo os pressupostos teóricos (Young, 1990; Young & Klosko, 1994; Young, Klosko, & Weishaar, 2003), o EMP de abuso pode resultar de experiências de abuso físico, psicológico ou sexual (Cf. Capítulo 1). No IAECA-R (Cf. Anexo 9, pág. 5), os cenários desenvolvidos para este EMP dizem respeito, o primeiro à experiência do abuso psicológico, o segundo ao abuso físico e o terceiro ao abuso sexual. O quarto cenário apresentado refere-se à vivência de abuso psicológico na idade adulta. Explorámos então as emoções mais fortemente endossadas pelos indivíduos em função do cenário escolhido. Curiosamente, quando se separam os indivíduos do grupo de alta semelhança em função do cenário que escolheram como mais próximo da sua situação de vida, nos indivíduos que escolheram o cenário de abuso sexual (20 indivíduos do grupo da população geral e 11 do grupo clínico), a repugnância/nojo surge como a 3ª emoção com maior intensidade, a seguir à tristeza e à raiva; na amostra clínica, os 11 indivíduos que escolheram este cenário endossam a repugnância/nojo como a segunda emoção mais fortemente sentida, imediatamente a seguir à ansiedade. Os gráficos referentes às médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Desconfiança/Abuso em função do cenário escolhido encontram-se no Anexo 12.

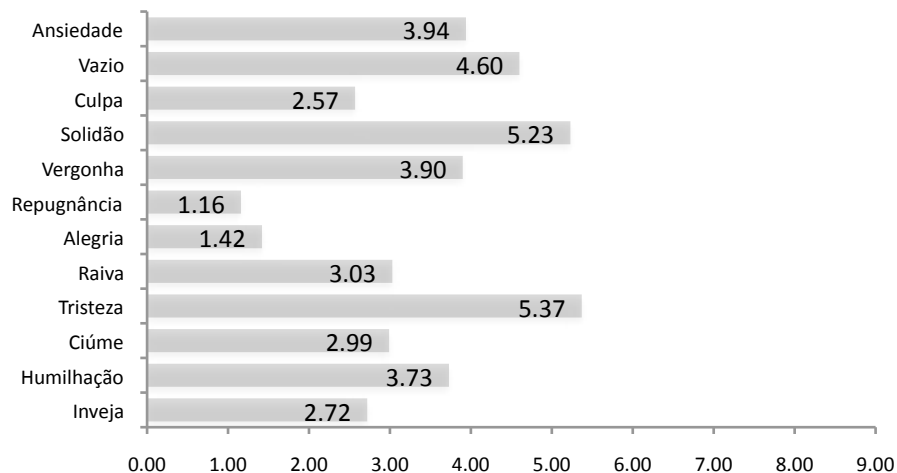


Gráfico 6.7. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Isolamento Social/Alienação na amostra da população geral (n= 109)

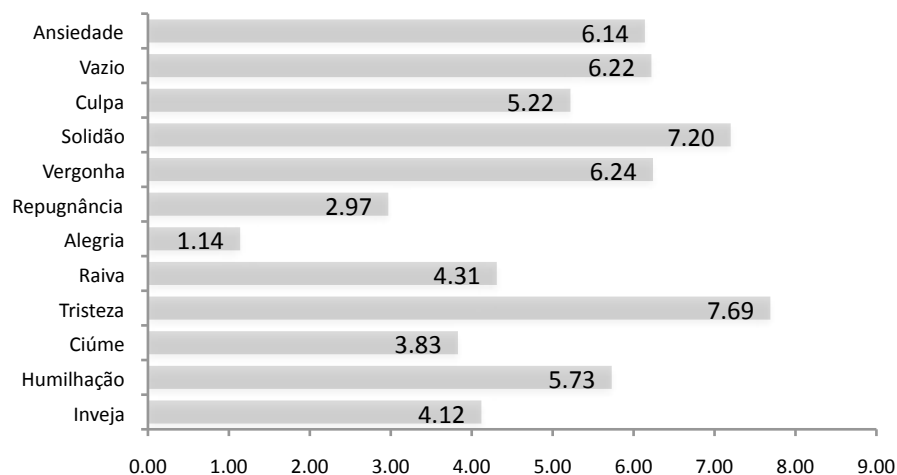


Gráfico 6.8. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Isolamento Social/Alienação na amostra clínica (n= 59)

Em relação às emoções mais fortemente sentidas como relacionadas com o EMP de Isolamento Social/Alienação, o grupo de indivíduos da população geral endossa mais intensamente a tristeza, a solidão e o vazio, enquanto o grupo clínico endossa mais intensamente um maior número de emoções: tristeza, solidão, vergonha, vazio e ansiedade. As médias das intensidades são sempre mais elevadas nas respostas dos indivíduos com psicopatologia, tal como seria de esperar.

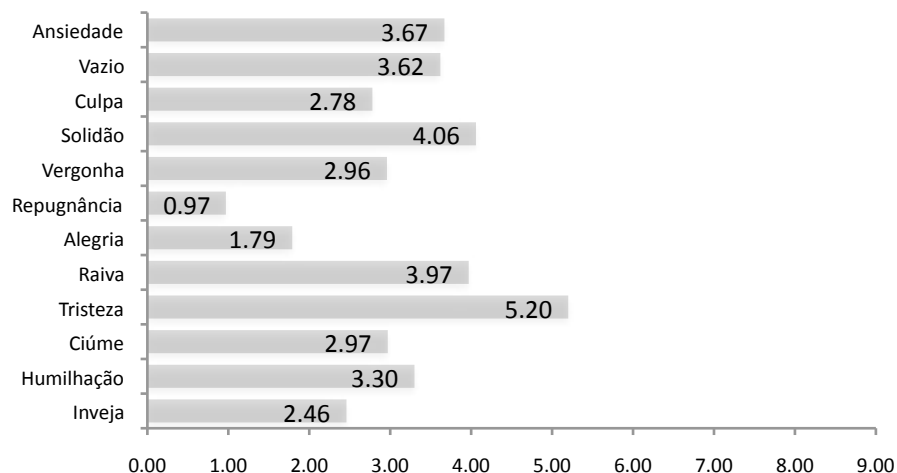


Gráfico 6.9. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Defeito/Vergonha na amostra da população geral (n= 106)

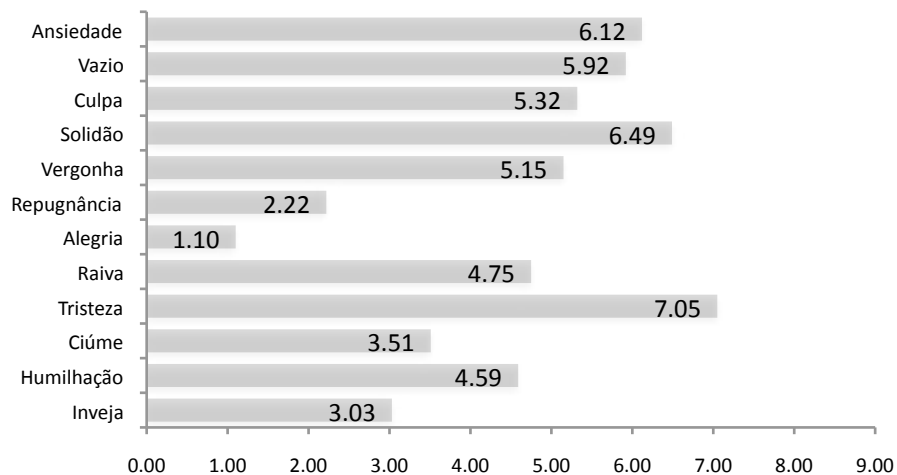


Gráfico 6.10. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Defeito/Vergonha na amostra clínica (n= 59)

No que diz respeito às emoções associadas ao EMP de Defeito/Vergonha, enquanto no grupo da população geral surgem com maiores médias de intensidade a tristeza, a solidão e a raiva, por ordem de grandeza das médias, no grupo clínico surge a tristeza também em primeiro lugar, seguida da solidão, da ansiedade e do vazio.

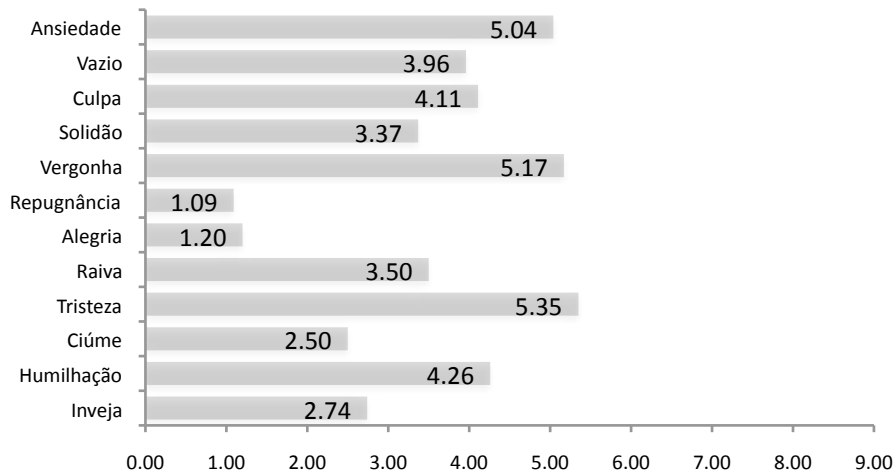


Gráfico 6.11. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Fracasso na amostra da população geral (n= 46)

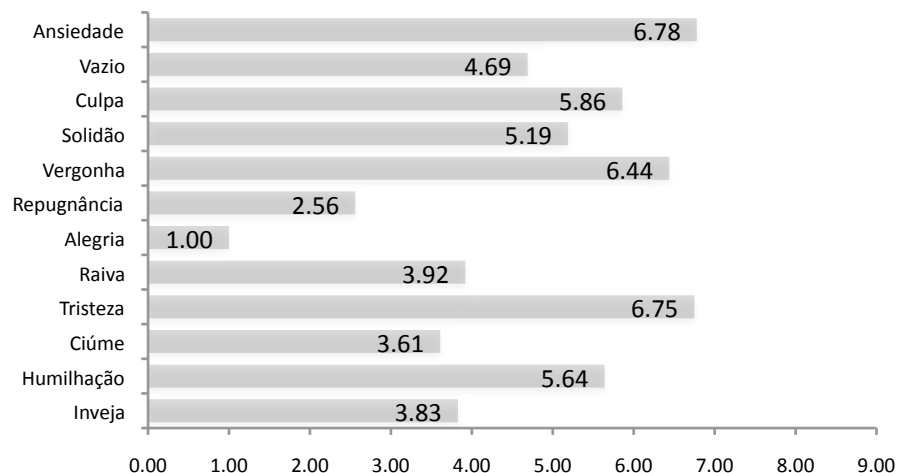


Gráfico 6.12. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Fracasso na amostra clínica (n= 36)

O padrão de emoções associado ao EMP de Fracasso permite destacar intensidades médias elevadas num maior número de emoções do que as destacadas para os EMP já descritos. Assim, no gráfico 6.11, pode ver-se que os indivíduos da população geral endossam como mais intensas a tristeza, a vergonha, a ansiedade e a humilhação, enquanto os indivíduos da amostra clínica (Gráfico 6.12) endossam como mais intensas a ansiedade, a tristeza, a vergonha, a culpa e a humilhação. Os seja, as emoções mais fortemente sentidas em ambos os grupos são idênticas.

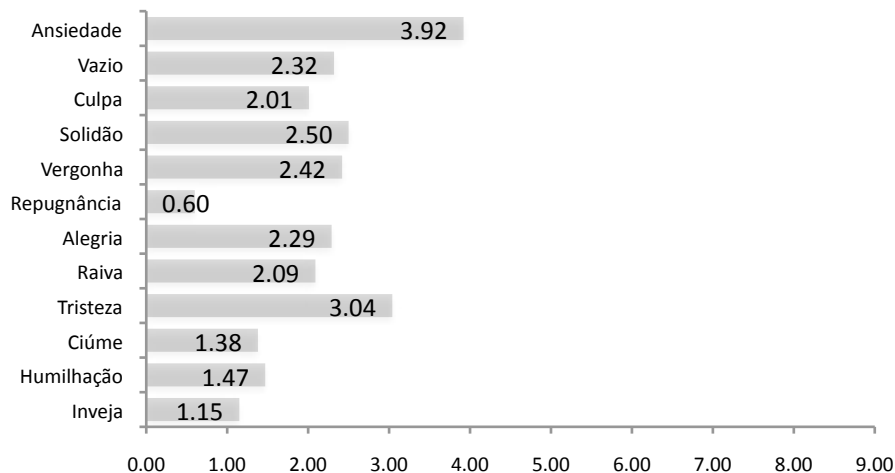


Gráfico 6.13. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Dependência/Incompetência Funcional na amostra da população geral (n= 78)

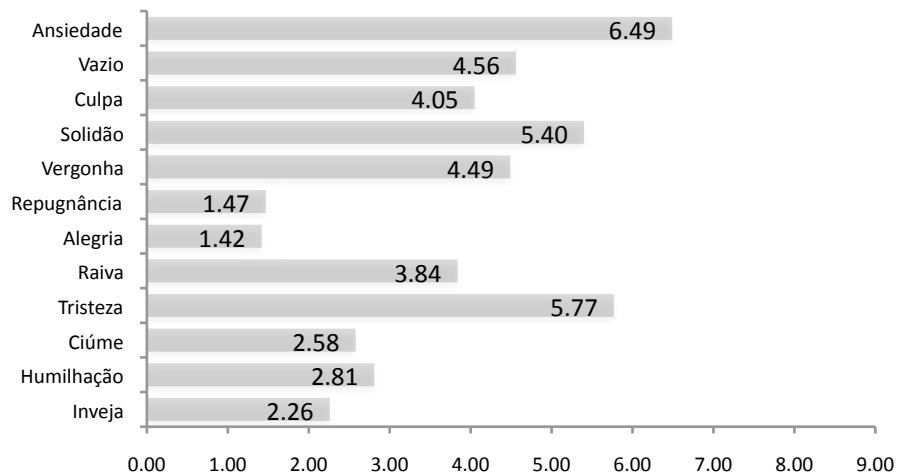


Gráfico 6.14. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Dependência/Incompetência Funcional na amostra clínica (n= 43)

Em relação ao EMP de Dependência/Incompetência Funcional, a ansiedade e a tristeza surgem em ambos os grupos como as mais intensamente espoletadas, sendo que no grupo clínico se destaca ainda a média da intensidade da solidão.

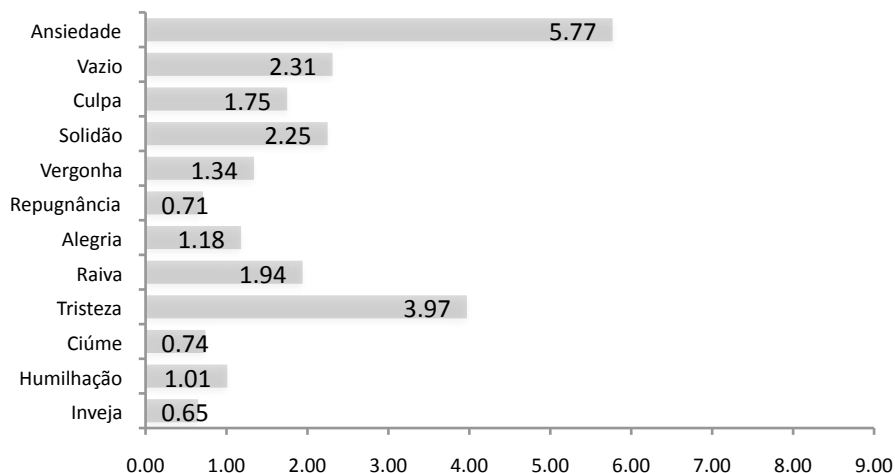


Gráfico 6.15. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença na amostra da população geral (n= 77)

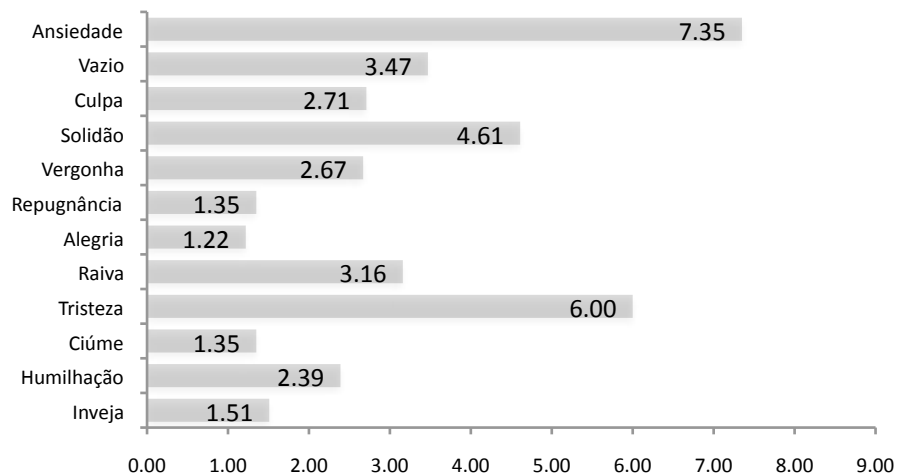


Gráfico 6.16. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença na amostra clínica (n= 49)

Relativamente ao padrão de emoções mais fortemente associadas ao EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, ele parece idêntico ao descrito para o EMP de Dependência/Incompetência Funcional no que diz respeito às emoções mais fortemente endossadas: ansiedade e tristeza no grupo da população geral e ansiedade, tristeza e solidão no grupo clínico. No entanto, se compararmos os Gráficos 6.15 e 6.16 com, respectivamente, os gráficos 6.13 e 6.14, verifica-se que nos primeiros as emoções assinaladas como mais intensamente sentidas se destacam mais das restantes, que são endossadas com valores muito menores.

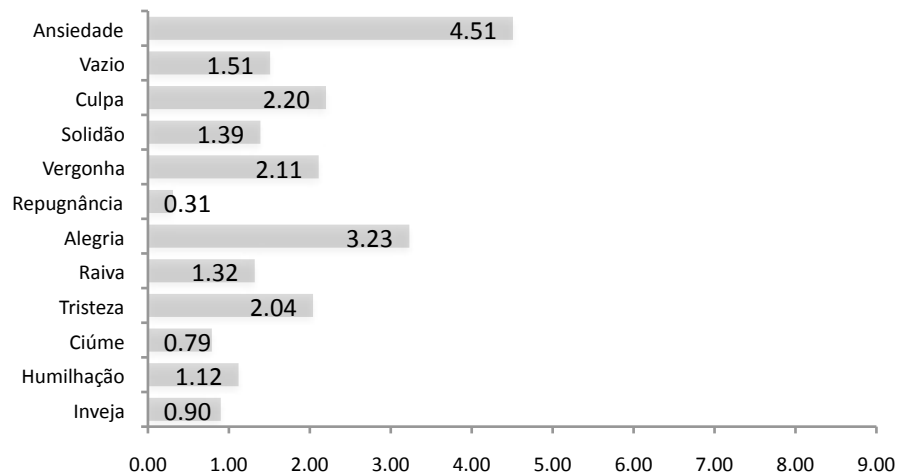


Gráfico 6.17. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo na amostra da população geral (n= 167)

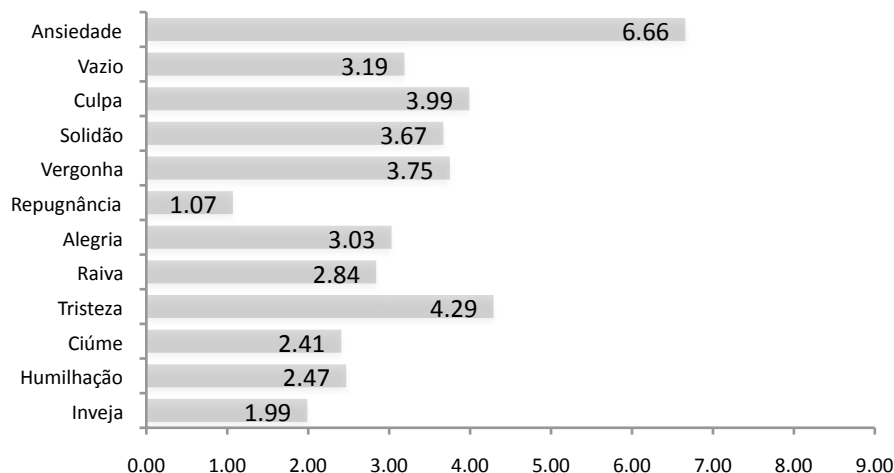


Gráfico 6.18. Médias das intensidades das emoções associadas ao EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo na amostra clínica (n= 73)

Nos Gráficos 6.17 e 6.18 pode verificar-se que ao EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo se associa como mais intensamente sentida a ansiedade e que os valores médios de intensidade nesta emoção a distinguem claramente das restantes. Curiosamente, enquanto na amostra clínica ainda surge a intensidade da tristeza com algum destaque, na amostra da população geral destaca-se a intensidade endossada para a alegria por comparação ao que acontece com as restantes emoções. A alegria foi inserida na lista de emoções como forma de validar as respostas nesta escala, ou seja, esperando que os indivíduos que endossassem níveis elevados de emoções negativas não pontuassem na alegria. De facto, esse é o padrão nas respostas dos indivíduos da amostra clínica. Curiosamente, para os indivíduos da população geral, nalguns EMP ela surge endossada com alguma intensidade. No caso do EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, é evidente que a média de intensidade alcançada não é residual. Uma possível explicação para estes dados pode estar relacionada com o facto de este EMP em particular poder ser relativamente funcional até um certo ponto mas tornar-se motivo de sofrimento se alcançar um nível de funcionamento rígido e patológico.

Em suma, os resultados dos estudos apresentados neste ponto, acerca das emoções associadas aos EMP, permitem concluir que, mesmo para indivíduos que endossam sempre um elevado grau de semelhança entre o cenário escolhido e situações reais de vida, há diferenças na intensidade com que experimentam as emoções negativas associadas a cada um dos EMP. Estas diferenças são sempre no sentido de os indivíduos do grupo clínico endossarem emoções negativas como mais intensas que os indivíduos da população geral. No entanto, são mais quantitativas do que qualitativas uma vez que, de um modo geral, as emoções que se destacam como as mais intensamente experimentadas em relação a cada EMP são idênticas, quer se trate de um grupo ou de outro. Outro aspecto importante destes estudos descritivos prende-se com o facto de a determinados EMP parecer estar associado um maior número de emoções negativas e a outros estar associado um padrão mais específico de uma ou duas emoções negativas. Surgiram dois da-

dos curiosos nestes estudos: a associação da repugnância/nojo ao EMP de Desconfiança/Abuso mas apenas quando o cenário escolhido se prende com abuso sexual e o endosso da alegria como emoção associada aos EMP de Dependência/Incompetência Funcional e de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo apenas pelos indivíduos do grupo da população geral.

Os resultados obtidos nestes estudos descritivos levaram-nos a tentar estudar o padrão de emoções negativas associadas aos EMP de uma forma mais específica e mais criteriosa. São estes os estudos apresentados no ponto seguinte.

5. Estudos das emoções específicas associadas aos EMP

Os estudos apresentados neste ponto visam explicar de forma mais completa o padrão de emoções especificamente associadas a cada EMP. Isto é, nos estudos descritivos anteriormente apresentados, pudemos constatar que existem padrões diferentes de emoções associadas aos vários EMP (de entre os 9 incluídos no IAECA-R) e que determinados EMP tendem a estar associados a *clusters* de emoções negativas, enquanto outros parecem estar mais associados à experiência de uma única emoção. Para realizar os estudos apresentados neste ponto, recorreu-se a estatísticas de regressão linear simples, tomando cada um dos EMP como variável critério e as 11 emoções negativas avaliadas em cada um deles como variáveis preditoras.

Os estudos de regressão baseiam-se em estudos correlacionais. Em última análise, trata-se de estudos de associação entre preditores e um critério. Uma vez que são estudos baseados na correlação, a atribuição da existência de relações de causalidade entre as variáveis só pode ser realizada quando teoricamente essa relação se justifica (o que não é forçosamente o pressuposto no nosso caso). De facto, o recurso à regressão justifica-se aqui porque se trata de realizar estudos de padrões de associação específicos entre emoções e EMP, mais complexos do que a simples correlação permite estudar.

O objectivo específico destes estudos é estudar a variância comum partilhada entre cada uma das 11 emoções negativas avaliadas para cada um dos 9 EMP do IAECA-R, considerando que todas as 11 poderão estar presentes em simultâneo, embora com diferentes intensidades, tal como demonstrado nos estudos descritivos anteriormente apresentados. Optou-se pela regressão linear múltipla *standard* porque permite, por um lado, analisar a variância comum de todas as 11 emoções negativas com cada um dos EMP e, por outro lado, considera todas as emoções ao mesmo nível, ou seja, como variáveis da mesma natureza e importância. Para estes estudos, retirou-se das análises a emoção “alegria”, uma vez que esta, sendo a única emoção avaliada com valência positiva, absorveria uma percentagem de variância importante à compreensão do padrão de emoções associadas a cada EMP, que se espera seja unicamente constituído por emoções negativas, pelo menos a partir de um certo grau de endosso, como sucede nos indivíduos da amostra clínica e é demonstrado pelos estudos descritivos anteriormente apresentados.

Todos os estudos apresentados neste ponto foram realizados com uma amostra de 191 indivíduos, que inclui 76 indivíduos da população geral, 52 doentes com psicopatologia do Eixo I e 63 doentes com patologia do Eixo II do DSM IV. O objectivo da constituição

desta amostra foi não só o de garantir a variabilidade nas respostas dos sujeitos a cada uma das emoções nos nove conjuntos relacionados com cada EMP, como também obter uma amostra de tamanho aceitável para os estudos em causa, atendendo ao número de variáveis que entram como preditores em cada estudo.

Para facilidade da leitura e compreensão dos resultados, em relação às emoções associadas a cada um dos 9 EMP são sempre apresentados três quadros distintos. O primeiro contém as estatísticas descritivas das variáveis do estudo. O segundo, apresenta o sumário do modelo de regressão múltipla *standard* e o terceiro os coeficientes de regressão.

5.1. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Privação Emocional

No Quadro 6.12 podem ler-se os valores das médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Como pode ver-se no Quadro 6.13, o modelo composto pelos 11 preditores explica 44.7% da variância do critério EMP de Privação Emocional. Este valor é estatisticamente significativo ($F_{(11,177)} = 13.131, p = .000$).

Quadro 6.12. Médias e desvios-padrão do critério EMP de Privação Emocional e preditores

Critério	M	DP
EMP Privação Emocional	2.33	1.42
Preditores		
Ansiedade	4.19	3.24
Vazio	4.30	3.28
Culpa	3.05	2.95
Solidão	4.61	3.45
Vergonha	3.12	3.15
Repugnância	1.34	2.22
Raiva	3.36	3.08
Tristeza	5.23	3.19
Ciúme	2.19	2.88
Humilhação	2.60	3.10
Inveja	1.44	2.21

Quadro 6.13. Sumário do modelo de regressão múltipla *standard* para o EMP de Privação Emocional

	R	R ²	F	p
Modelo Global	.668	.447	13.131	.000

Na análise dos coeficientes de regressão (Quadro 6.14), verifica-se que apenas é estatisticamente significativo o preditor Solidão.

Quadro 6.14. Coeficientes de regressão da regressão múltipla *standard* para o EMP de Privação Emocional

Preditores	β	t	p
Ansiedade	-.076	-.901	.369
Vazio	.048	.432	.667
Culpa	.105	1.104	.271
Solidão	.403	3.272	.001
Vergonha	-.004	-.044	.965
Repugnância	.122	1.543	.125
Raiva	.010	.115	.909
Tristeza	.188	1.606	.110
Ciúme	-.124	-1.612	.109
Humilhação	.017	.195	.846
Inveja	.026	.338	.736

5.2. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Abandono

No Quadro 6.15 podem ler-se os valores das médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Como se constata no Quadro 6.16, o modelo composto pelos 11 preditores explica 55.9% da variância do critério EMP de Abandono. Este valor é estatisticamente significativo ($F_{(11,177)} = 20.600, p = .000$).

Quadro 6.15. Médias e desvios-padrão do critério EMP de Abandono e preditores

Critério	M	DP
EMP Abandono	3.17	1.44
Preditores		
Ansiedade	4.94	3.33
Vazio	3.70	3.22
Culpa	2.87	2.90
Solidão	4.34	3.44
Vergonha	1.97	2.85
Repugnância	1.01	2.09
Raiva	2.70	2.96
Tristeza	5.02	3.20
Ciúme	2.01	2.92
Humilhação	1.80	2.90
Inveja	1.08	2.10

Quadro 6.16. Sumário do modelo de regressão múltipla *standard* para o EMP de Abandono

	R	R ²	F	p
Modelo Global	.747	.559	20.600	.000

Na análise dos coeficientes de regressão (Quadro 6.17), verifica-se que são estatisticamente significativos os preditores Solidão e Ansiedade. Por ordem de grandeza dos coeficientes de regressão *standardizados*, constata-se que a Solidão tem um peso ligeiramente superior ao da Ansiedade.

Quadro 6.17. Coeficientes de regressão da regressão múltipla *standard* para o EMP de Abandono

Preditores	β	t	p
Ansiedade	.331	3.133	.002
Vazio	-.013	-.140	.889
Culpa	.060	.698	.486
Solidão	.374	3.295	.001
Vergonha	.074	.822	.412
Repugnância	.043	.551	.582
Raiva	-.021	-.254	.800
Tristeza	.001	.012	.990
Ciúme	-.046	-.646	.519
Humilhação	-.016	-.185	.853
Inveja	.049	.725	.469

5.3. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Desconfiança/Abuso

No Quadro 6.18 podem ler-se os valores das médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Como pode ler-se no Quadro 6.19, o modelo composto pelos 11 preditores explica 51.9% da variância do critério EMP de Desconfiança/Abuso. Este valor é estatisticamente significativo ($F_{(11,177)} = 17.534, p = .000$).

Quadro 6.18. Médias e desvios-padrão do critério EMP de Desconfiança/Abuso e preditores

Critério	M	DP
EMP Desconfiança/Abuso	2.87	1.45
Preditores		
Ansiedade	4.17	3.30
Vazio	3.21	3.25
Culpa	2.98	3.09
Solidão	3.85	3.33
Vergonha	2.54	2.99
Repugnância	1.83	2.77
Raiva	3.90	3.21
Tristeza	4.97	3.19
Ciúme	1.51	2.49
Humilhação	3.26	3.27
Inveja	1.10	2.01

Quadro 6.19. Sumário do modelo de regressão múltipla *standard* para o EMP de Desconfiança/Abuso

	R	R ²	F	p
Modelo Global	.720	.519	17.534	.000

Na análise dos coeficientes de regressão (Quadro 6.20), verifica-se que são estatisticamente significativos os preditores Solidão e Humilhação, sendo que a Solidão possui um coeficiente de regressão *standardizado* de grandeza superior.

Quadro 6.20. Coeficientes de regressão da regressão múltipla *standard* para o EMP de Desconfiança/Abuso

Preditores	β	t	p
Ansiedade	.055	.624	.534
Vazio	-.091	-.091	.927
Culpa	-.012	-.129	.898
Solidão	.365	3.655	.000
Vergonha	.028	.289	.773
Repugnância	.042	.548	.585
Raiva	.076	.876	.382
Tristeza	.041	.373	.709
Ciúme	.127	1.779	.077
Humilhação	.203	2.364	.019
Inveja	-.050	-.710	.478

5.4. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Isolamento Social/Alienação

No Quadro 6.21 podem ler-se os valores das médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Como pode verificar-se no Quadro 6.22, o modelo composto pelos 11 preditores explica 68.9% da variância do EMP de Isolamento Social/Alienação, valor que é estatisticamente significativo ($F_{(11,177)} = 35.859, p = .000$).

Quadro 6.21. Médias e desvios-padrão do critério EMP de Isolamento Social/Alienação e preditores

Critério	M	DP
EMP Isolamento Social/Alienação	2.83	1.63
Preditores		
Ansiedade	3.79	3.20
Vazio	3.72	3.28
Culpa	2.83	3.20
Solidão	4.45	3.43
Vergonha	3.71	3.48
Repugnância	1.40	2.60
Raiva	2.87	3.05
Tristeza	4.79	3.32
Ciúme	2.29	2.87
Humilhação	3.46	3.48
Inveja	2.41	2.91

Quadro 6.22. Sumário do modelo de regressão múltipla *standard* para o EMP de Isolamento Social/Alienação

	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>F</i>	<i>p</i>
Modelo Global	.830	.689	35.859	.000

Na análise dos coeficientes de regressão (Quadro 6.23), verifica-se que são estatisticamente significativos os preditores Solidão, Culpa e Inveja. Por ordem de grandeza dos coeficientes de regressão *standardizados*, verifica-se que a Solidão é o preditor com maior peso, seguida da Culpa e da Inveja.

Quadro 6.23. Coeficientes de regressão da regressão múltipla *standard* para o EMP de Isolamento Social/Alienação

Preditores	β	<i>t</i>	<i>p</i>
Ansiedade	-.043	-.578	.564
Vazio	.142	1.498	.136
Culpa	.236	3.168	.002
Solidão	.428	4.299	.000
Vergonha	.030	.374	.709
Repugnância	.066	1.041	.299
Raiva	.052	.814	.417
Tristeza	.029	.291	.771
Ciúme	-.116	-1.722	.087
Humilhação	-.073	-.847	.398
Inveja	.156	2.272	.024

5.5. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Defeito/Vergonha

No Quadro 6.24 apresentam-se os valores das médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Como pode ler-se no Quadro 6.25, o modelo composto pelos 11 preditores explica 54.4% da variância do critério EMP de Defeito/Vergonha. Este valor é estatisticamente significativo ($F_{(11,177)} = 19.311, p = .000$).

Quadro 6.24. Médias e desvios-padrão do critério EMP de Defeito/Vergonha e preditores

Critério	<i>M</i>	<i>DP</i>
EMP Defeito/Vergonha	2.17	1.43
Preditores		
Ansiedade	3.97	3.22
Vazio	3.26	3.38
Culpa	2.81	3.12
Solidão	3.69	3.32
Vergonha	2.85	3.16
Repugnância	1.09	2.19
Raiva	2.70	2.96
Tristeza	4.40	3.34
Ciúme	2.19	2.89
Humilhação	2.62	3.20
Inveja	1.70	2.56

Quadro 6.25. Sumário do modelo de regressão múltipla *standard* para o EMP de Defeito/Vergonha

	R	R ²	F	p
Modelo Global	.738	.544	19.311	.000

Na análise dos coeficientes de regressão (Quadro 6.26), verifica-se que são estatisticamente significativos os preditores Vergonha e Inveja. Por ordem de grandeza dos coeficientes de regressão *standardizados*, verifica-se que a Vergonha é o preditor com maior peso.

Quadro 6.26. Coeficientes de regressão da regressão múltipla *standard* para o EMP de Defeito/Vergonha

Preditores	β	t	p
Ansiedade	-.003	-.029	.977
Vazio	.147	1.418	.158
Culpa	.134	1.344	.181
Solidão	.198	1.741	.083
Vergonha	.237	2.731	.007
Repugnância	.082	1.131	.259
Raiva	.092	1.226	.222
Tristeza	.034	.299	.765
Ciúme	-.059	-.700	.485
Humilhação	-.155	-1.807	.072
Inveja	.179	1.972	.050

5.6. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Fracasso

O Quadro 6.27 apresenta os valores das médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Como pode ler-se no Quadro 6.28, o modelo composto pelos 11 preditores explica 62.1% da variância do critério EMP de Fracasso. Este valor é estatisticamente significativo ($F_{(11,177)} = 26.383, p = .000$).

Quadro 6.27. Médias e desvios-padrão do critério EMP de Fracasso e preditores

Critério	M	DP
EMP Fracasso	2.29	1.49
Preditores		
Ansiedade	4.14	3.16
Vazio	2.36	2.89
Culpa	3.11	2.29
Solidão	2.58	2.97
Vergonha	3.81	3.30
Repugnância	1.05	2.25
Raiva	2.59	2.89
Tristeza	4.12	3.18
Ciúme	1.87	2.76
Humilhação	3.11	3.32
Inveja	1.97	2.77

Quadro 6.28. Sumário do modelo de regressão múltipla *standard* para o factor F6-Fracasso

	R	R ²	F	p
Modelo Global	.788	.621	23.383	.000

Na análise dos coeficientes de regressão (Quadro 6.29), verifica-se que são estatisticamente significativos os preditores Vazio, Tristeza e Inveja. Por ordem de grandeza dos coeficientes de regressão *standardizados*, verificamos que a Inveja é o preditor com maior peso, seguido da Tristeza e do Vazio.

Quadro 6.29. Coeficientes de regressão da regressão múltipla *standard* para o EMP de Fracasso

Preditores	β	t	p
Ansiedade	-.139	-1.646	.102
Vazio	.211	2.639	.009
Culpa	.070	.814	.417
Solidão	.149	1.886	.061
Vergonha	.151	1.442	.151
Repugnância	.076	1.079	.282
Raiva	-.073	-.995	.321
Tristeza	.303	3.008	.003
Ciúme	-.075	-.926	.356
Humilhação	-.063	-.700	.485
Inveja	.326	3.862	.000

5.7. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Dependência/Incompetência Funcional

No Quadro 6.30 podem ler-se os valores das médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Como pode ler-se no Quadro 6.31, o modelo composto pelos 11 preditores explica 56.2% da variância do critério EMP de Dependência/Incompetência Funcional, sendo este valor estatisticamente significativo ($F_{(11,177)} = 20.548, p = .000$).

Quadro 6.30. Médias e desvios-padrão do critério EMP de Dependência/Incompetência Funcional e preditores

Critério	M	DP
EMP Dependência/Incompetência Funcional	2.01	1.08
Preditores		
Ansiedade	3.89	3.25
Vazio	2.13	2.80
Culpa	1.95	2.69
Solidão	2.77	3.13
Vergonha	2.14	2.87
Repugnância	.76	1.87
Raiva	2.06	2.71
Tristeza	3.21	3.14
Ciúme	1.27	2.32
Humilhação	1.40	2.49
Inveja	1.13	2.15

Quadro 6.31. Sumário do modelo de regressão múltipla *standard* para o EMP de Dependência/Incompetência Funcional

	R	R ²	F	p
Modelo Global	.750	.562	20.548	.000

Na análise dos coeficientes de regressão (Quadro 6.32), verifica-se que são estatisticamente significativos os preditores Ciúme, Humilhação e Vergonha. Por ordem de grandeza dos coeficientes de regressão *standardizados*, o Ciúme é o preditor com maior peso, seguido da Humilhação e da Vergonha. No entanto, o coeficiente de regressão do Ciúme é negativo, ou seja, a maior pontuação no EMP de Dependência/Incompetência Funcional corresponde maior ausência de ciúme.

Quadro 6.32. Coeficientes de regressão da regressão múltipla *standard* para o EMP de Dependência/Incompetência Funcional

Preditores	β	t	p
Ansiedade	.346	4.083	.000
Vazio	.110	1.090	.277
Culpa	.038	.412	.681
Solidão	-.006	-.057	.954
Vergonha	.191	2.172	.031
Repugnância	.008	.105	.916
Raiva	-.144	-1.643	.102
Tristeza	.181	1.663	.098
Ciúme	-.291	-3.636	.000
Humilhação	.239	2.458	.015
Inveja	.152	1.785	.076

5.8. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença

No Quadro 6.33 podem ler-se os valores das médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Como pode ler-se no Quadro 6.34, o modelo composto pelos 11 preditores explica 58.6% da variância do critério EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença. Este valor é estatisticamente significativo ($F_{(11,177)} = 22.948, p = .000$).

Quadro 6.33. Médias e desvios-padrão do critério EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e preditores

Critério	M	DP
EMP Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	2.61	1.32
Preditores		
Ansiedade	4.85	3.10
Vazio	2.07	2.68
Culpa	1.68	2.52
Solidão	2.48	2.96
Vergonha	1.79	2.58
Repugnância	.71	1.71
Raiva	1.88	2.70
Tristeza	3.77	3.17
Ciúme	.96	2.02
Humilhação	1.27	2.37
Inveja	1.02	2.12

Quadro 6.34. Sumário do modelo de regressão múltipla *standard* para o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença

	R	R ²	F	p
Modelo Global	.766	.586	22.948	.000

Na análise dos coeficientes de regressão (Quadro 6.14), verifica-se que são estatisticamente significativos os preditores Ansiedade, Humilhação e Repugnância. Por ordem de grandeza dos coeficientes de regressão *standardizados*, percebe-se que a Ansiedade é o preditor com maior peso, seguido da Humilhação e da Repugnância/Nojo.

Quadro 6.35. Coeficientes de regressão da regressão múltipla *standard* para o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença

Preditores	β	t	p
Ansiedade	.654	8.419	.000
Vazio	-.016	-.215	.830
Culpa	.006	.075	.940
Solidão	.097	1.197	.233
Vergonha	-.093	-1.145	.254
Repugnância	.213	2.843	.005
Raiva	-.020	-.244	.807
Tristeza	-.057	-.639	.524
Ciúme	-.109	-1.428	.155
Humilhação	.307	3.679	.000
Inveja	-.143	-1.831	.069

5.9. Estudo da regressão das emoções sobre o EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hiper criticismo

No Quadro 6.36 podem ler-se os valores das médias e desvios-padrão das variáveis em estudo. Como pode ler-se no Quadro 6.37, o modelo composto pelos 11 preditores explica 34.7% da variância do critério EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hiper criticismo. Este valor é estatisticamente significativo ($F_{(11,177)} = 8.590, p = .000$).

Quadro 6.36. Médias e desvios-padrão do critério EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hiper criticismo e preditores

Critério	M	DP
EMP Padrões Excessivos de Realização/Hiper criticismo	3.86	1.25
Preditores		
Ansiedade	4.81	3.14
Vazio	1.99	2.71
Culpa	2.47	2.99
Solidão	2.27	2.88
Vergonha	2.45	2.98
Repugnância	.68	1.80
Raiva	2.02	2.73
Tristeza	3.03	3.04
Ciúme	1.48	2.55
Humilhação	1.59	2.59
Inveja	1.24	2.27

Quadro 7.37. Sumário do modelo de regressão múltipla *standard* para o EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo

	<i>R</i>	<i>R</i> ²	F	p
Modelo Global	.589	.347	8.590	.000

Na análise dos coeficientes de regressão (Quadro 6.38), verifica-se que apenas é estatisticamente significativo o preditor Ansiedade.

Quadro 6.38. Coeficientes de regressão da regressão múltipla *standard* para o EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo

Preditores	β	t	p
Ansiedade	.481	6.168	.000
Vazio	.070	.632	.528
Culpa	.194	1.762	.080
Solidão	.025	.237	.813
Vergonha	-.133	-1.347	.180
Repugnância	-.023	-.233	.816
Raiva	-.147	-1.293	.198
Tristeza	-.103	-.938	.350
Ciúme	.003	.023	.981
Humilhação	.188	1.656	.100
Inveja	.093	.775	.439

5.10. Resumo dos estudos acerca das emoções específicas associadas aos EMP

O objectivo específico dos estudos apresentados neste ponto era o de identificar padrões específicos de associação entre determinadas emoções e cada um dos 9 EMP avaliados no IAECA-R. Seguindo a mesma metodologia em cada um dos estudos, encontramos padrões de associação congruentes não só com a conceptualização teórica do modelo da TFE, mas também com o observado na clínica. Curiosamente, uma escala de emoções tão simples como a do IAECA-R permitiu, a partir das respostas acerca da intensidade da activação emocional de cada uma das 11 emoções negativas e recorrendo regressão linear múltipla *standard* para analisar a variância comum de todas as 11 emoções negativas com cada um dos EMP, encontrar padrões de associação específicos. O Quadro 6.39 resume os estudos apresentados neste ponto, indicando quais as emoções que se identificaram como preditores de cada um dos 9 EMP.

Quadro 6.39. Emoções associadas aos EMP

Factor	Emoções Associadas
F1 Privação Emocional	Solidão
F2 Abandono	Solidão, Ansiedade
F3 Desconfiança/Abuso	Solidão, Humilhação
F4 Isolamento Social/Alienação	Solidão, Culpa, Inveja
F5 Defeito/Vergonha	Vergonha, Inveja
F6 Fracasso	Inveja, Tristeza, Vazio
F7 Dependência/Incompetência Funcional	Ciúme*, Humilhação, Vergonha
F8 Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	Ansiedade, Humilhação, Repugnância
F9 Padrões Excessivos/Hipercriticismo	Ansiedade

* Coeficiente de regressão negativo

6. Síntese dos resultados

Os estudos apresentados neste capítulo obedecem a um objectivo comum: estudar quais as emoções que se associam a cada um dos 9 EMP avaliados no IAECA-R. Tendo presente a natureza inovadora e exploratória destes estudos, optou-se por começar com estudos mais gerais (de natureza correlacional e descritiva) para então, em função dos resultados destes, conceber estudos mais específicos e de natureza inferencial. Assim, este capítulo inclui um primeiro estudo realizado numa amostra da população geral e numa amostra clínica acerca da associação entre as três variáveis distintas incluídas no IAECA-R: grau de semelhança, EMP e intensidade de emoções negativas. Estes estudos, realizados para cada um dos EMP permitiram concluir que a maior grau de semelhança com situações de vida endossado no cenário escolhido, corresponde maior pontuação no EMP em causa e maior intensidade de emoções negativas experimentadas. A força ou grandeza das correlações é sempre maior nas obtidas na amostra clínica e, à excepção do que acontece no EMP de Privação Emocional e no EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, nos restantes 7 EMP, a correlação de maior valor ocorre sempre entre o EMP em causa e o total das intensidades das emoções negativas experimentadas pelo indivíduo.

Os resultados do segundo estudo evidenciaram de forma muito clara que os grupos de alta semelhança activam emoções negativas em maior grau (maior intensidade e ou quantidade de emoções) e, assim, contribuem para validar a metodologia de activação emocional desenvolvida para o IAECA-R. Por outro lado, a distribuição dos indivíduos nas duas amostras por grupos de semelhança suporta também a ideia de que os indivíduos com psicopatologia terão tido situações de vida mais nocivas e/ou em maior quantidade, necessárias à formação dos EMP.

De seguida, estudaram-se as emoções mais intensamente endossadas para cada EMP. Os resultados permitem concluir que os indivíduos do grupo clínico endossam emoções negativas de forma mais intensa que os indivíduos da população geral. No entanto, estas diferenças são mais quantitativas do que qualitativas uma vez que, de um modo geral, as

emoções que se destacam como as mais intensamente experimentadas em relação a cada EMP são idênticas, quer se trate de um grupo ou de outro. Outro aspecto importante destes estudos descritivos prende-se com o facto de a determinados EMP parecer estar associado um maior número de emoções negativas e a outros estar associado um padrão mais específico de uma ou duas emoções negativas.

Surgiram dois dados curiosos nestes estudos: a associação da repugnância/nojo ao EMP de Desconfiança/Abuso, mas apenas quando o cenário escolhido se prende com abuso sexual e o endosso da alegria como emoção associada aos EMP de Dependência/Incompetência Funcional e de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo apenas pelos indivíduos do grupo da população geral.

Tais resultados conduziram, quase naturalmente, ao conjunto dos últimos estudos, que procuraram identificar padrões específicos de associação entre determinadas emoções e cada um dos 9 EMP avaliados no IAECA-R. Utilizando a regressão linear múltipla *standard* para analisar a variância comum de todas as 11 emoções negativas com cada um dos EMP, foi possível identificar as emoções que se comportaram como preditores estatisticamente significativos da variância dos *scores* de cada um dos 9 EMP. Os resultados destes últimos estudos são congruentes não só com a conceptualização teórica da TFE, como também com o observado na clínica.

Capítulo 7

O “frio” e o “quente” na avaliação de EMP:
YSQ-S3 *versus* IAECA-R

Capítulo 7

O “frio” e o “quente” na avaliação de EMP: YSQ-S3 *versus* IAECA-R

1. Introdução
2. Desenho dos estudos
3. Amostra
4. Resultados
5. Síntese dos resultados

Capítulo 7

O “frio” e o “quente” na avaliação de EMP: YSQ-S3 *versus* IAECA-R

1. Introdução

O principal objectivo dos estudos apresentados neste capítulo é o de comparar os dois métodos de avaliação de EMP – YSQ-S3 e IAECA-R – na avaliação dos 9 EMP comuns a ambos os questionários. Ao fazer esta comparação, pretende-se testar a hipótese básica subjacente ao desenvolvimento do novo instrumento de avaliação de EMP – IAECA-R: existem diferenças na avaliação a “frio” e a “quente” de EMP, sendo que, quando avaliados a “quente”, indivíduos que possuam um determinado EMP devem incrementar o endosso desse mesmo EMP.

No Capítulo 4, foram apresentados os estudos de validação da versão portuguesa do YSQ-S3 e confirmou-se a dimensionalidade da escala numa larga amostra da população geral. No Capítulo 5, apresentaram-se os estudos de validação do IAECA-R, referentes aos itens que avaliam os EMP, bem como a validação dos cenários activadores usados no instrumento. No Capítulo 6, apresentaram-se estudos que confirmam a existência de maior activação emocional negativa quando um determinado EMP é activado, isto é, quando um indivíduo relata possuir mais situações de vida geradoras desse mesmo EMP. Estudaram-se também padrões de associação entre emoções e EMP. Os estudos apresentados nos Capítulos 5 e 6 podem ser entendidos como estudos de validade de construto, quer do próprio conceito de EMP, quer do IAECA-R como método de avaliação de EMP.

Tendo realizado todos estes os estudos, torna-se então necessário comparar ambos os métodos quanto à sua capacidade de avaliar o construto que se propõem avaliar: EMP. São estes os estudos apresentados neste capítulo. Uma vez que o IAECA-R inclui apenas 9 das 18 subescalas do YSQ-S3, naturalmente que as comparações foram realizadas apenas para as 9 subescalas comuns a ambos os questionários.

Como salientámos no Capítulo 2, aquando da discussão acerca das limitações dos métodos de auto-resposta na avaliação de um construto como o de EMP (ou de qualquer outro construto da mesma natureza), existem sérias dúvidas acerca da possibilidade da avaliação por auto-endosso de itens apelando ao auto-conhecimento declarativo ser

adequada para a avaliação de estruturas cognitivas nucleares. Também referimos as recorrentes incongruências encontradas no trabalho clínico entre as respostas dos doentes ao YSQ e o resultado das formulações de caso feita a partir de métodos inferenciais de avaliação dos EMP na entrevista clínica e na relação terapêutica. Uma limitação grande da investigação nesta área, bem como da intervenção clínica, é a que resulta directamente da inexistência de métodos fidedignos de avaliação de esquemas nucleares. O desenvolvimento do IAECA (e posteriormente da versão revista) pretende ser um contributo no sentido de minorar esta dificuldade.

Mais especificamente, para que o IAECA-R se revele mais válido na avaliação de EMP, prevê-se que:

- Um indivíduo que possua determinado EMP deve pontuar mais nos itens que avaliam esse mesmo EMP quando a avaliação é precedida de um efeito activador do esquema;
- Um indivíduo que não possua determinado EMP, deve obter pontuações idênticas, independentemente de a avaliação desse EMP ser ou não precedida de um efeito activador do esquema.

2. Desenho dos estudos

O efeito activador utilizado, como já foi descrito, consiste na leitura de um conjunto de cenários activadores e na realização de um exercício de *imagerie*, com o objectivo de aumentar o acesso a memórias relacionadas com o conteúdo do EMP em causa, provocar activação emocional congruente e, assim, facilitar o acesso ao reconhecimento do EMP (caso ele exista), através da diminuição dos processos de evitamento e/ou compensação que possam estar presentes. De acordo com o modelo conceptual dos EMP e a definição apresentada por Young (1990), a activação do EMP pode ser feita de diversas formas (Cf. Cap. 1 e 2), mas espera-se que ocorra activação apenas para quem possui esse mesmo esquema. Sendo assim, o grau de semelhança entre o cenário escolhido e situações reais de vida que cada indivíduo endossou foi a variável utilizada para formar grupos de comparação. Testa-se assim a hipótese de que, tendo existido a experiência das situações relacionadas com determinado EMP, é mais provável que esse mesmo EMP se forme.

À semelhança do que fizemos nos estudos acerca da intensidade das emoções negativas, e uma vez que a escala de graus de semelhança varia entre 1 (*Nenhuma semelhança com o que me aconteceu ou acontece*) a 7 (*Total semelhança com o que me aconteceu ou acontece*), foram constituídos grupos de baixa e alta semelhança para os cenários. Indivíduos que indicaram 1, 2 ou 3 são incluídos nos grupos de baixa semelhança e indivíduos que indicaram 5,6 ou 7 nos de alta semelhança. Ficaram de fora destes estudos os indivíduos que indicaram 4 nesta escala. Assim sendo, em cada par de comparações apresentadas neste capítulo, os tamanhos dos grupos são variáveis e estão devidamente identificados. Optou-se por este procedimento em detrimento da formação dos grupos a partir da mediana, uma vez que o objectivo não era o de formar amostras de comparação de tamanho idêntico mas sim em função do valor do grau de semelhança.

Tomaram-se como *scores* de cada EMP, em ambos os questionários, a média dos 5 itens

que avaliam cada um dos EMP, uma vez que os itens são exactamente os mesmos nos dois instrumentos e que os resultados sobre a dimensionalidade do IAECA-R (Cf. Capítulo 2) corroboraram totalmente a estrutura factorial da escala (tendo também em conta que a análise factorial confirmatória do YSQ-S3 manteve, nos 9 EMP aqui estudados, praticamente todos os itens, à Excepção do EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo).

Todos os indivíduos que integraram a amostra do estudo preencheram o YSQ-S3 e o IAECA-R em dias distintos, com um intervalo médio de uma semana, tendo em conta que ambos os instrumentos partilham itens. Procurando controlar possíveis efeitos de aprendizagem ou de sequenciação nos resultados destes estudos, a ordem de preenchimento destes questionários foi invertida em cerca de metade dos sujeitos.

Assim sendo, um outro efeito a estudar é a comparação intra-sujeitos, nas médias das pontuações alcançadas em cada EMP em ambos os questionários, esperando-se que um mesmo EMP obtenha uma média mais elevada quando avaliado pelo IAECA-R (a “quente”), por comparação à obtida quando avaliado pelo YSQ-S3 (a “frio”). A este efeito, chamaremos o efeito “questionário”.

No entanto, se se verificar a hipótese que acabámos de enunciar em todos os EMP e para os dois grupos de semelhança anteriormente descritos, estaríamos na presença de um enviesamento no endosso dos itens que poderia ser atribuído ao efeito de activação de emoções negativas despoletado pela leitura dos cenários. Isto é, perante a leitura de cenários de vida nocivos, todos os indivíduos tenderiam a identificar-se mais com afirmações auto-descritivas, também elas negativas e congruentes com os estados emocionais desencadeados pela leitura dos cenários. A ser assim, não estaríamos a activar estruturas cognitivas nucleares mas apenas a induzir humor negativo que levaria a um incremento nas respostas aos itens. Portanto, o que importa testar não são ambos os efeitos por separado (efeito grau de semelhança e efeito questionário) mas sim a interacção entre ambos, isto é, testar se as diferenças no sentido de os *scores* dos EMP serem mais elevados quando avaliados a “quente” ocorrem *apenas* para o grupo de “alta semelhança”.

Para testar ambos os efeitos em simultâneo, bem como a interacção entre eles, recorreu-se a uma metodologia multivariada de medidas repetidas. Todos os estudos apresentados utilizam esta metodologia e, para além dos quadros com as estatísticas descritivas e inferenciais, apresenta-se para cada estudo um gráfico que ilustra os resultados obtidos.

Para garantir que as diferenças encontradas nos estudos que se seguem não possam ser atribuídas a flutuações do humor entre o preenchimento do primeiro questionário e o segundo, realizaram-se, para cada EMP, estudos com um desenho idêntico aos incluídos neste capítulo, em que se compararam diferenças no total do BDI entre o primeiro e o segundo momentos de avaliação dos EMP. De facto, quer aquando do preenchimento do YSQ-S3, quer aquando do preenchimento do IAECA-R, os indivíduos desta amostra preencheram também o BDI

Para cada estudo, utilizaram-se os mesmos grupos de graus de semelhança dos estudos que se seguem. O que se testou foi então o efeito questionário (BDI 1 e BDI 2) por grupo de grau de semelhança. Em nenhuma das 9 comparações foi significativo nem o efei-

to Questionário, nem o efeito interacção Questionário X Grau de Semelhança. Por outras palavras, os indivíduos do grupo de alta semelhança possuem valores de depressão mais elevados que os do grupos de baixa semelhança, tal como seria de esperar. No entanto, nem nos de alta semelhança, nem dos de baixa semelhança existem diferenças nos totais dos BDI preenchidos conjuntamente com os dois questionários de esquemas. Em cada conjunto de comparações, foram tidos em conta os pressupostos de aplicação da técnica estatística, em especial a existência de esfericidade que, por existir em todos os casos, não foi realizada qualquer correcção ao valor da estatística F (Howell, 2007).

3. Amostra

Os estudos apresentados no ponto 4 foram realizados com uma amostra de 191 indivíduos, que inclui 76 indivíduos da população geral, 52 doentes com psicopatologia do Eixo I e 63 doentes com patologia do Eixo II do DSM IV. O objectivo da constituição desta amostra foi não só o de garantir a variabilidade nas respostas dos sujeitos, quer nos EMP, quer nos graus de semelhança, como também obter uma amostra de tamanho aceitável para os estudos em causa, atendendo a que um certo número de sujeitos é excluído em cada um dos estudos devido à estratégia de constituição dos grupos de semelhança dos cenários.

4. Resultados

Em cada dos nove estudos de comparação que se apresentam neste ponto, os grupos de alta semelhança entre os cenários activadores e situações reais de vida obtiveram sempre pontuações superiores em cada um dos EMP, por comparação aos indivíduos dos grupos de baixa semelhança. Estas diferenças são estatisticamente significativas, tal como seria de esperar. Assim, nos estudos seguintes, apresentam-se as estatísticas descritivas relativas às pontuações obtidas em ambos os métodos de avaliação de EMP por grupo de semelhança.

4.1. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de *Privação Emocional* nos grupos de semelhança com cenários activadores

Como pode ler-se no Quadro 7.1, os indivíduos do grupo de semelhança baixa obtêm médias idênticas na avaliação do EMP de Privação Emocional, quer seja utilizado o YSQ-S3 (M= 1.67), quer seja utilizado o IAECA-R (1.62). Pelo contrário, nos indivíduos do grupo de alta semelhança, a média do EMP de Privação Emocional é de 3.29 quando avaliado pelo IAECA-R e de 2.84 quando avaliado pelo YSQ-S3. Como pode ler-se no Quadro 7.2, tanto o efeito Questionário como o efeito Interacção entre este e os grupos de grau de semelhança, são significativos.

Quadro 7.1. Descritivas para o EMP de Privação Emocional, avaliado pelos dois questionários nos dois grupos de graus de semelhança com cenários activadores

		Grau de Semelhança			
		Baixa (N= 96)		Alta (N= 74)	
Questionário		M	DP	M	DP
	YSQ-S3	1.67	.91	2.84	1.27
	IAECA-R	1.62	.99	3.29	1.41

Quadro 7.2. Estatísticas multivariadas de análise intra-sujeitos e inter-grupos para o EMP de Privação Emocional

Efeitos	F	p
Questionário	8.829	.003
Questionário X Grau Semelhança	13.521	.000

O Gráfico 7.1 permite representar visualmente o *scores* obtidos neste EMP pelos indivíduos dos dois grupos, usando os dois questionários. Estes resultados corroboram as hipóteses acima descritas.

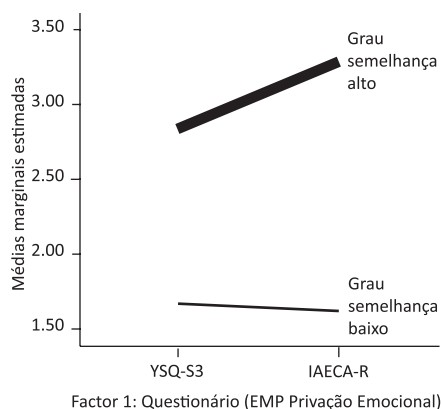


Gráfico 7.1. Médias dos sujeitos nos dois questionários, por grupo de semelhança, para o EMP de Privação Emocional

4.2. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de *Abandono* nos grupos de semelhança dos cenários activadores

Como pode ler-se no Quadro 7.3, os indivíduos do grupo de semelhança baixa obtêm médias idênticas na avaliação do EMP de Abandono, quer seja utilizado o YSQ-S3 ($M = 2.51$), quer seja utilizado o IAECA-R ($M = 2.54$). Pelo contrário, nos indivíduos do grupo de alta semelhança, a média do EMP de Privação Emocional é de 3.90 quando avaliado pelo YSQ-S3 e de 4.38 quando avaliado pelo IAECA-R. Como pode ler-se no Quadro 7.4, tanto o efeito Questionário como o efeito Interação deste com os grupos de grau de semelhança, são significativos.

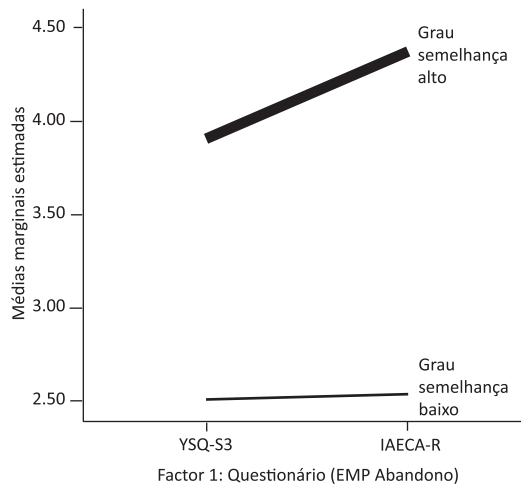
Quadro 7.3. Descritivas para o EMP de Abandono, avaliado pelos dois questionários nos dois grupos de graus de semelhança com cenários activadores

		Grau de Semelhança			
		Baixa (N= 118)		Alta (N= 49)	
Questionário		M	DP	M	DP
YSQ-S3		2.51	1.17	3.90	1.29
	IAECA-R	2.54	1.26	4.38	1.13

Quadro 7.4. Estatísticas multivariadas de análise intra-sujeitos e inter-grupos para o EMP de Abandono

Efeitos	F	p
Questionário	10.721	.001
Questionário X Grau Semelhança	8.183	.005

No Gráfico 7.2, estão representados graficamente os resultados obtidos para o EMP de Abandono que, tal como no de Privação Emocional, corroboram as hipóteses anteriormente definidas.

**Gráfico 7.2. Médias dos sujeitos nos dois questionários, por grupo de semelhança, para o EMP de Abandono**

4.3. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de *Desconfiança/Abuso* nos grupos de semelhança com cenários activadores

No Quadro 7.5, estão representadas as estatísticas descritivas para o EMP de Desconfiança/Abuso. Os indivíduos do grupo de semelhança baixa obtêm 2.04 de média do *score* para este EMP quando se utiliza o YSQ-S3 e 2.21 se se utilizar o IAECA-R; nos indivíduos do grupo de alta semelhança, a média do EMP de Desconfiança/Abuso é de 3.41 quando avaliado pelo YSQ-S3 e de 3.80 quando avaliado pelo IAECA-R. Como pode ler-se no Quadro 7.6, o efeito Questionário é significativo, no sentido esperado, isto é, maiores pontuações no IAECA-R que no YSQ-S3. No entanto, o efeito Interação Questionário X Grupos de Semelhança não atinge significância estatística apesar de estar próximo do limiar para um $p = .05$.

Quadro 7.5. Descritivas para o EMP de Desconfiança/Abuso, avaliado pelos dois questionários nos dois grupos de graus de semelhança com cenários activadores

Questionário		Grau de Semelhança			
		Baixa (N= 102)		Alta (N= 66)	
		M	DP	M	DP
Questionário	YSQ-S3	2.04	.99	3.41	1.23
	IAECA-R	2.21	1.27	3.80	1.26

Quadro 7.6. Estatísticas multivariadas de análise intra-sujeitos e inter-grupos para o EMP de Desconfiança/Abuso

Efeitos	F	p
Questionário	21.528	.000
QuestionárioXGrau Semelhança	3.625	.059

O Gráfico 7.3. evidencia a tendência dos resultados encontrados.

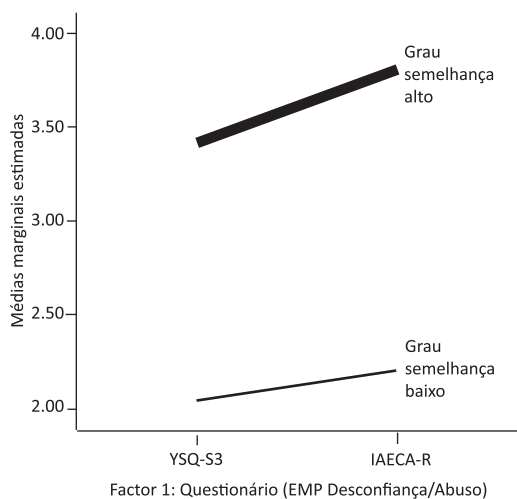


Gráfico 7.3. Médias dos sujeitos nos dois questionários, por grupo de semelhança, para o EMP de Desconfiança/Abuso

4.4. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de *Isolamento Social/Alienação* nos grupos de semelhança com cenários activadores

No Quadro 7.7, estão representadas as estatísticas descritivas para o EMP de Isolamento Social/Alienação. Os indivíduos do grupo de semelhança baixa obtêm 1.74 de média do *score* para este EMP quando se utiliza o YSQ-S3 e 1.82 quando utilizado o IAECA-R; nos indivíduos do grupo de alta semelhança, a média do EMP de Isolamento Social/Alienação é de 3.79 quando avaliado pelo YSQ-S3 e de 4.14 quando avaliado pelo IAECA-R. Como pode ler-se no Quadro 7.8, o efeito Questionário é significativo, no sentido esperado, isto é, maiores pontuações no IAECA-R que no YSQ-S3. No entanto, o efeito Interação Questionário X Grupos de Semelhança não atinge significância estatística.

Quadro 7.7. Descritivas para o EMP de Isolamento Social/Alienação, avaliado pelos dois questionários nos dois grupos de graus de semelhança com cenários activadores

		Grau de Semelhança			
		Baixa (N= 95)		Alta (N= 67)	
Questionário		M	DP	M	DP
Questionário	YSQ-S3	1.74	.92	3.79	1.38
	IAECA-R	1.82	1.09	4.14	1.43

Quadro 7.8. Estatísticas multivariadas de análise intra-sujeitos e inter-grupos para o EMP de Isolamento Social/Alienação

Efeitos	F	p
Questionário	9.280	.003
QuestionárioXGrau Semelhança	3.470	.064

O Gráfico 7.4. evidencia os resultados encontrados.

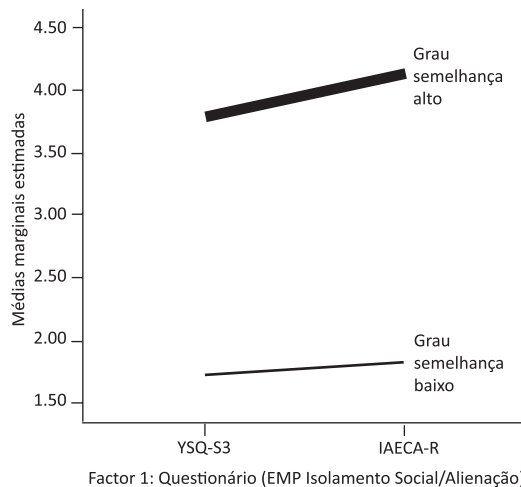


Gráfico 7.4. Médias dos sujeitos nos dois questionários, por grupo de semelhança, para o EMP de Isolamento Social/Alienação

4.5. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de *Defeito/Vergonha* nos grupos de semelhança com cenários activadores

Como pode ler-se no Quadro 7.9, os indivíduos do grupo de semelhança baixa obtêm médias idênticas na avaliação do EMP de Defeito/Vergonha, quer seja utilizado o YSQ-S3 (M= 1.41), quer seja utilizado o IAECA-R (M= 1.43). Pelo contrário, nos indivíduos do grupo de alta semelhança, a média deste EMP é de 3.08 quando avaliado pelo YSQ-S3 e de 3.37 quando avaliado pelo IAECA-R. Como pode ler-se no Quadro 7.10, tanto o efeito Questionário como o efeito Interação deste com os grupos de grau de semelhança, são significativos.

Quadro 7.9. Descritivas para o EMP de Defeito/Vergonha, avaliado pelos dois questionários nos dois grupos de graus de semelhança com cenários activadores

		Grau de Semelhança			
		Baixa (N= 102)		Alta (N= 69)	
		M	DP	M	DP
Questionário	YSQ-S3	1.41	.86	3.08	1.50
	IAECA-R	1.43	.75	3.37	1.52

Quadro 7.10. Estatísticas multivariadas de análise intra-sujeitos e inter-grupos para o EMP de Defeito/Vergonha

Efeitos	F	p
Questionário	7.892	.006
QuestionárioXGrau Semelhança	5.985	.015

O Gráfico 7.5 ilustra as diferenças encontradas no grupo de alta semelhança.

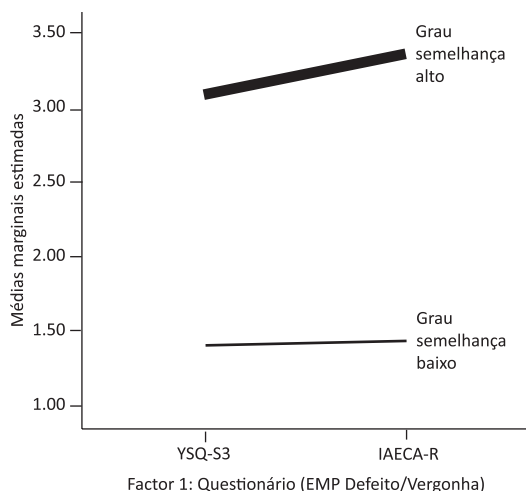


Gráfico 7.5. Médias dos sujeitos nos dois questionários, por grupo de semelhança, para o EMP de Defeito/Vergonha

4.6. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de *Fracasso* nos grupos de semelhança com cenários activadores

Como pode ler-se no Quadro 7.11, os indivíduos do grupo de semelhança baixa obtêm médias idênticas na avaliação do EMP de *Fracasso*, quer seja utilizado o YSQ-S3 ($M=1.70$), quer seja utilizado o IAECA-R ($M=1.77$). Pelo contrário, nos indivíduos do grupo de alta semelhança, a média deste EMP é de 2.98 quando avaliado pelo YSQ-S3 e de 3.63 quando avaliado pelo IAECA-R. Como pode ler-se no Quadro 7.12, tanto o efeito Questionário como o efeito Interação deste com os grupos de grau de semelhança, são significativos.

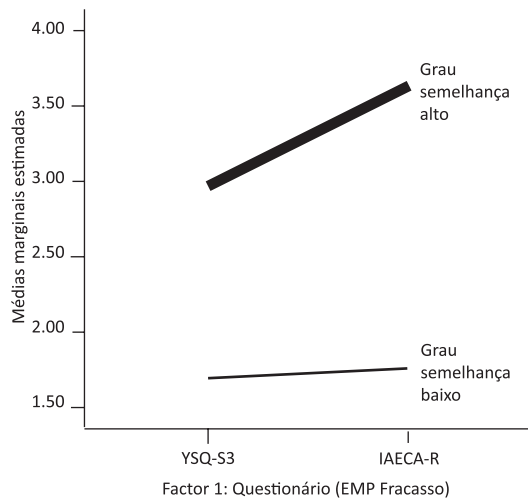
Quadro 7.11. Descritivas para o EMP de *Fracasso*, avaliado pelos dois questionários nos dois grupos de graus de semelhança com cenários activadores

Questionário		Grau de Semelhança			
		Baixa (N= 129)		Alta (N= 42)	
		M	DP	M	DP
YSQ-S3		1.70	.93	2.98	1.54
	IAECA-R	1.77	1.03	3.63	1.66

Quadro 7.12. Estatísticas multivariadas de análise intra-sujeitos e inter-grupos para o EMP de Fracasso

Efeitos	F	p
Questionário	20.330	.000
QuestionárioXGrau Semelhança	13.361	.000

O Gráfico 7.6 mostra as diferenças testadas que, mais uma vez, suportam as hipóteses teoricamente enunciadas na introdução deste capítulo.

**Gráfico 7.6. Médias dos sujeitos nos dois questionários, por grupo de semelhança, para o EMP de Fracasso**

4.7. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de *Dependência/Incompetência Funcional* nos grupos de semelhança com cenários activadores

No Quadro 7.13 estão representadas as médias obtidas para o EMP de Dependência/Incompetência Funcional nos dois grupos de semelhança. Verifica-se que os indivíduos do grupo de semelhança baixa obtêm médias idênticas na avaliação deste EMP, quer seja utilizado o YSQ-S3 ($M = 1.65$), quer seja utilizado o IAECA-R ($M = 1.69$). Pelo contrário, nos indivíduos do grupo de alta semelhança, a média deste EMP é de 2.35 quando avaliado pelo YSQ-S3 e de 2.74 quando avaliado pelo IAECA-R. Como pode ler-se no Quadro 7.14, tanto o efeito Questionário como o efeito Interação deste com os grupos de grau de semelhança, são significativos.

Quadro 7.13. Descritivas para o EMP de Dependência/Incompetência Funcional, avaliado pelos dois questionários nos dois grupos de graus de semelhança com cenários activadores

		Grau de Semelhança			
		Baixa (N= 116)		Alta (N= 48)	
Questionário		M	DP	M	DP
	YSQ-S3	1.65	.74	2.35	1.05
	IAECA-R	1.69	.91	2.74	1.19

Quadro 7.14. Estatísticas multivariadas de análise intra-sujeitos e inter-grupos para o EMP de Dependência/Incompetência Funcional

Efeitos	F	p
Questionário	10.458	.001
QuestionárioXGrau Semelhança	7.218	.008

O Gráfico 7.7 evidencia os resultados obtidos nas comparações para o EMP de Dependência/Incompetência Funcional

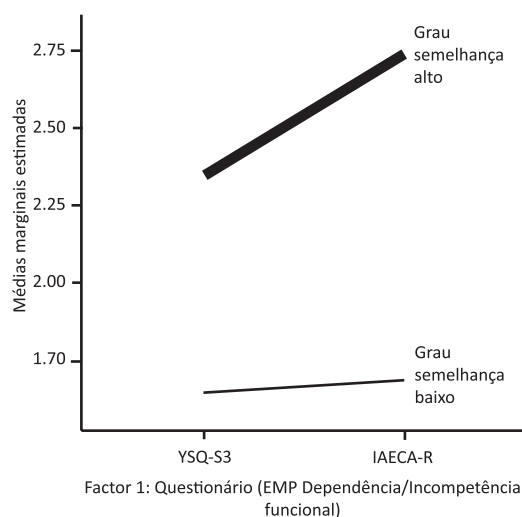


Gráfico 7.7. Médias dos sujeitos nos dois questionários, por grupo de semelhança, para o EMP de Dependência/Incompetência Funcional

4.8. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença nos grupos de semelhança com cenários activadores

No Quadro 7.15 estão representadas as médias obtidas para o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença nos dois grupos de semelhança. Os indivíduos do grupo de semelhança baixa têm uma média de 2.26 quando este EMP é avaliado pelo YSQ-S3, que diminui para 2.04 quando se utiliza o IAECA-R para o avaliar. Nos indivíduos do grupo de alta semelhança, a média deste EMP é de 3.16 quando avaliado pelo YSQ-S3 e aumenta para 3.53 se utilizado o IAECA-R. Da leitura do Quadro 7.16, constata-se que o efeito Questionário não é significativo (isto é, as médias da totalidade dos sujeitos não se distinguem, quer seja utilizado o YSQ-S3 ou o IAECA-R na avaliação deste EMP). Curiosamente, o efeito de Interação Questionário X Grau de Semelhança é estatisticamente significativo, uma vez que as médias dos sujeitos do grupo de alta semelhança são maiores se utilizado o IAECA-R e, nos sujeitos do grupo de baixa semelhança ocorre a tendência inversa.

Quadro 7.15. Descritivas para o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, avaliado pelos dois questionários nos dois grupos de graus de semelhança com cenários activadores

		Grau de Semelhança			
		Baixa (N= 105)		Alta (N= 58)	
Questionário		M	DP	M	DP
	YSQ-S3	2.26	1.00	3.16	1.29
	IAECA-R	2.04	.96	3.53	1.34

Quadro 7.16. Estatísticas multivariadas de análise intra-sujeitos e inter-grupos para o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença

Efeitos	F	p
Questionário	1.956	.164
Questionário X Grau Semelhança	27.310	.000

O Gráfico 7.8 ilustra os resultados obtidos para o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença. Ao analisarmos o gráfico, torna-se claro que o efeito Questionário não foi significativo porque a comparação, ao ser baseada numa medida de tendência central, como é a média, faz com que as variações distintas dos dois grupos de semelhança nos dois questionários sejam anuladas e o teste perde sensibilidade para estes efeitos. Pelo contrário, ao testar o efeito Interação Questionário X Grupos de Semelhança, tornam-se evidentes as variações distintas das médias nos dois grupos de grau de semelhança.

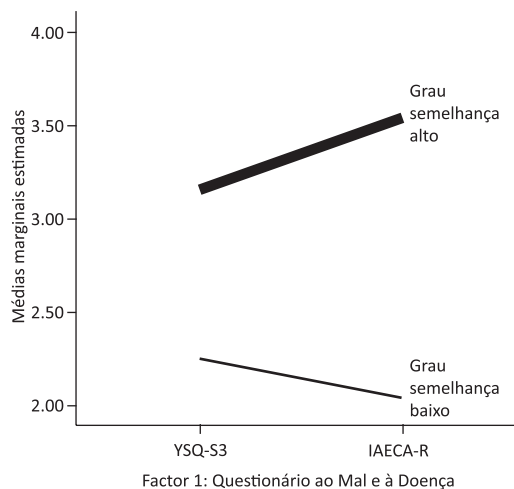


Gráfico 7.8. Médias dos sujeitos nos dois questionários, por grupo de semelhança, para o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença

4.9. Comparação do YSQ-S3 e do IAECA-R na avaliação do EMP de Padrões Rígidos de Realização/Hipercriticismo nos grupos de semelhança com cenários activadores

No Quadro 7.17 estão representadas as médias obtidas para o EMP de Padrões Rígidos de Realização/Hipercriticismo nos dois grupos de semelhança. Os indivíduos do grupo de se-

melhança baixa têm uma média de 3.22 quando este EMP é avaliado pelo YSQ-S3, que diminui para 3.10 quando se utiliza o IAECA-R. No grupo de alta semelhança, a média deste EMP é de 4.19 quando avaliado pelo YSQ-S3 e aumenta para 4.48 se utilizado o IAECA-R. Da leitura do Quadro 7.18, constata-se que o efeito Questionário não é significativo mas o efeito de Interação Questionário X Grau de Semelhança é estatisticamente significativo, uma vez que as médias dos sujeitos do grupo de alta semelhança são maiores se utilizado o IAECA-R e, nos sujeitos do grupo de baixa semelhança, ocorre a tendência inversa.

Quadro 7.17. Descritivas para o EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, avaliado pelos dois questionários nos dois grupos de graus de semelhança com cenários activadores

		Grau de Semelhança			
		Baixa (N= 74)		Alta (N= 94)	
		M	DP	M	DP
Questionário	YSQ-S3	3.22	1.10	4.19	.93
	IAECA-R	3.10	1.15	4.48	1.01

Quadro 7.18. Estatísticas multivariadas de análise intra-sujeitos e inter-grupos para o EMP de Padrões Rígidos de Realização/Hipercriticismo

Efeitos	F	p
Questionário	2.310	.130
Questionário X Grau Semelhança	12.362	.001

O Gráfico 7.9 evidencia os resultados obtidos para o EMP de Padrões Rígidos de Realização/Hipercriticismo, que, tal como os obtidos para o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, vão de encontro ao previsto nas hipóteses enunciadas na introdução deste capítulo.

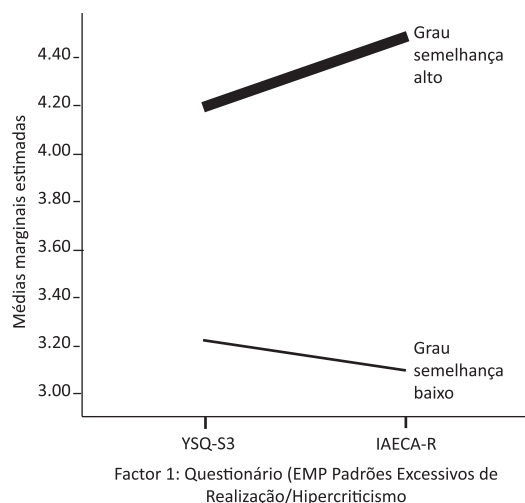


Gráfico 7.9. Médias dos sujeitos nos dois questionários, por grupo de semelhança, para o EMP de Padrões Rígidos de Realização/Hipercriticismo

5. Síntese dos resultados

Os estudos apresentados neste capítulo surgem na sequência dos incluídos nos capítulos anteriores e visam testar alguns dos pressupostos básicos da conceptualização teórica do construto de EMP: (1) se a leitura e imaginação do cenário relacionado com o conteúdo do EMP de facto funcionarem como estratégias de activação dos EMP, então haverá um incremento nas pontuações dos EMP quando avaliados pelo IAECA-R em relação às obtidas quando avaliados pelo YSQ-S3; no entanto, (2) tal incremento deve poder atribuir-se às diferenças nos *scores* de cada EMP dos indivíduos com alta semelhança entre os cenários activadores apresentados e situações reais da sua vida, uma vez que os indivíduos que não terão tido experiências desse tipo (ou que as tiveram de facto mas em pouca quantidade, baixa frequência, pouco duradouras...), não deveriam endossar o EMP com *scores* elevados quer se trate de avaliá-lo através do YSQ-S3 (a “frio”), quer através do IAECA-R (a “quente”).

De facto, em 7 dos 9 EMP estudados, o efeito de Interação Questionário X Grupo de Semelhança foi estatisticamente significativo. Os dados descritivos, bem como os gráficos ilustram que as diferenças se encontraram no grupo de alta semelhança nestas 7 comparações e foi sempre o *score* do IAECA-R que se revelou superior ao do YSQ-S3. Nas duas comparações em que o efeito de Interação não atingiu significância estatística (EMP de Desconfiança/Abuso e EMP de Isolamento Social/Alienação), é importante referir que os níveis de significância dos efeitos de interação se encontram próximos do limiar de significância ($p = .059$ para o EMP de Desconfiança/Abuso e $p = .064$ para o EMP de Isolamento Social/Alienação). Um dado curioso ocorreu ainda em relação aos dois últimos EMP estudados. Para o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e para o EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, foi significativo o efeito de Interação Questionário X Grupo de Semelhança, sem que o efeito questionário tivesse sido estatisticamente significativo. Uma vez que os testes de comparação se baseiam numa medida de tendência central como é a média, como já salientámos anteriormente, devido às variações das médias em sentidos opostos nos grupos de semelhança, o teste do efeito Questionário revela não existirem diferenças para a totalidade dos sujeitos mas o teste do efeito de Interação Questionário X Grupo de Semelhança permite identificar tais diferenças de variação das médias dentro dos grupos de comparação. Em suma, os resultados encontrados nos diversos estudos corroboram as hipóteses anteriormente enunciadas.

Estes mesmos resultados podem ser entendidos como indicadores da existência real de um efeito de activação que é específico para cada esquema (validação indirecta dos cenários escolhidos e da estratégia de *imagerie* utilizada) e, assim, entendidos, indicam que uma metodologia de avaliação de EMP a “quente” deve ser preferível, na medida em que toma em consideração a natureza e características do construto de EMP e procura adequar o método a essas mesmas características.

Capítulo 8

Discussão dos resultados

Capítulo 8

Discussão dos resultados

O principal objectivo da dissertação *Esquemas Mal-Adaptativos Precoces, Validação do conceito e dos métodos de avaliação* é, como o título indica, contribuir para a validação do construto de Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMP; Young, 1990), validando e comparando entre si duas metodologias de avaliação de EMP – a avaliação a “frio” do YSQ-S3 (Young, 2005), com a avaliação a “quente” do IAECA-R (Rijo & Pinto Gouveia, 2006).

Para além das hipóteses testadas e dos resultados dos estudos realizados, esta dissertação contemplou também dois objectivos de ordem prática e de interesse para a clínica da Terapia Focada nos Esquemas: a validação da versão portuguesa do YSQ-S3 e o desenvolvimento e validação de uma metodologia válida de avaliação de EMP que, tendo em conta a natureza e processos esquemáticos associados aos EMP, permitisse uma identificação mais fiável dos esquemas nucleares subjacentes à psicopatologia dos doentes – o IAECA-R.

A validação da versão portuguesa do YSQ-S3 era uma necessidade há muito sentida e não foi um objectivo alcançado mais cedo, também em parte porque o autor da versão original apenas a disponibilizou em 2005. Na realidade, diversos estudos tinham sido realizados com anteriores versões do instrumento mas nunca os resultados tinham sido tão robustos, uma vez que as versões anteriores apresentavam várias limitações (apresentação sequenciada dos itens, número diferenciado de itens para cada factor, instabilidade da estrutura teórica proposta de versão para versão) (Pinto Gouveia, Robalo, Cunha & Fonseca, 1997; Pinto Gouveia, Rijo, Robalo, Salvador, Castilho, Ferreira & Fonseca, 2005; Pinto Gouveia, Rijo, Robalo, Castilho, Fonseca, Salvador, Ferreira & Duarte, 2005). A disponibilização desta versão de 90 itens permitirá avançar a investigação nesta área e contribui para que estudos que relacionem os EMP com outras variáveis possam ser realizados com maior rigor.

Quando ao desenvolvimento do IAECA-R, um primeiro balanço global dos resultados permite afirmar que se trata de um instrumento promissor quanto ao uso em contexto clínico de avaliação de doentes para intervenção em Terapia Focada nos Esquemas e, na investigação, permitirá introduzir variáveis até aqui praticamente ausentes dos estudos sobre os EMP, fazendo todo o sentido que estejam presentes: relação entre EMP e situações de vida e relação entre EMP e activação emocional. Na clínica, o IAECA-R forne-

ce informação importante que permitirá ao terapeuta uma avaliação mais direccionada da história de vida do indivíduo, poupando tempo de consulta na formulação de hipóteses acerca da relação entre experiências precoces e EMP. Por outro lado, o preenchimento de um instrumento como o IAECA-R, permite que o doente se aperceba da sequência *cenários precoces — EMP — activação emocional negativa*, facilitando desta forma a compreensão do modelo de leitura dos seus problemas e o fornecimento do racional por parte do técnico.

Por uma questão prática, e tendo em conta a diversidade dos estudos que decidimos agrupar nos Capítulos 4 a 7, de seguida são sumariados e discutidos os principais resultados encontrados nos diversos conjuntos de estudos em pontos separados que correspondem à sequência da apresentação. Comentam-se também as limitações encontradas nas investigações, bem como as implicações para a investigação do modelo e prática da TFE. Quando adequado, propõem-se linhas de investigação a realizar no futuro, em consequência dos resultados alcançados.

1. Estudos de validação da versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young (YSQ-S3)

Os estudos apresentados no Capítulo 4, pretendiam validar a versão portuguesa do YSQ-S3, numa amostra da população geral. A estrutura factorial da escala foi confirmada através de um procedimento de AFC, realizada numa amostra de 1226 indivíduos da população geral (de tamanho suficiente para garantir a validade dos resultados obtidos). Procurando ultrapassar algumas das limitações apontadas aos diversos estudos de validação de versões prévias do YSQ (que referimos no ponto 3.4. do Capítulo 2), procurou-se que uma grande parte da amostra dos estudos de validação fosse constituída por indivíduos adultos não estudantes.

O tamanho adequado da amostra permitiu alcançar uma proporção de 14.59 sujeitos por variável, sendo esta a maior proporção de todos os estudos até hoje realizados com outras versões deste instrumento. Tal *ratio* permitiria resultados mais robustos. No entanto, o tamanho amostral influenciou alguns dos indicadores do ajustamento global do modelo testado. Permitiu confirmá-lo, uma vez que se utilizaram vários índices de ajustamento, precisamente para tentar contornar a influência que o tamanho da amostra possui nos testes de χ^2 e nos indicadores influenciados por esta estatística.

O procedimento estatístico obrigou ainda à retirada de 6 dos 90 itens da escala, por apresentarem *loadings* cruzados, que ficou então com 84 itens distribuídos por 18 factores. Os indicadores de ajustamento local do modelo testado foram adequados para as 84 variáveis que entraram na análise, revelando todas saturações factoriais significativas e de valor apropriado na marcação do respectivo factor.

Em consequência do bom ajustamento do modelo, os factores testados aproximam-se praticamente todos dos teoricamente propostos e revelaram possuir bons coeficientes de consistência interna (com excepção do factor 13. Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, apenas constituído por 3 itens). É possível que os itens deste factor, que emergiu em todos os estudos de dimensionalidade do YSQ (Schmidt, Joiner, Young &

Telch, 1995; Lee, Taylor & Dunn, 1999; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract & Jordan, 2002; Baranoff, Oei, Kwon & Cho, 2006; Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard & Martin, 2006; Cecero, Nelson & Gillie, 2004; Calvete, Estevez, Lopez de Arroyabe & Ruiz, 2005; Hoffart, Sexton, Hedley, Wang, Holthe *et al.*, 2006; Rijkeboer & Bergh, 2006), tenham tido este comportamento por se tratar de uma amostra não clínica. Curiosamente, os mesmos itens revelam saturações adequadas no devido factor quando preenchidos no IAECA-R (Cf. Resultados das AFE nas amostras clínica e não clínica apresentados no Capítulo 5, bem como o Anexo 11).

A ser possível recolher, no futuro, uma amostra clínica de tamanho adequado (pelo menos 900 sujeitos), seria interessante testar a estrutura factorial do YSQ-S3 nesta amostra. É possível que, numa amostra de sujeitos com psicopatologia, esses itens se revelem mais discriminativos dos factores teóricos a que pertencem e possam entrar no modelo a testar. É também possível que, numa amostra clínica de tamanho adequado, onde prevaleça maior número de doentes com psicopatologia da personalidade, não seja necessária a retirada de itens. Os estudos realizados com amostras clínicas são poucos e apresentam limitações. No entanto, os dados disponíveis apontam no sentido de emergirem estruturas mais robustas nestas amostras, tendo em conta que os doentes não só endossam mais intensamente os itens, como fazem aumentar a variabilidade de cada uma das variáveis (Schmidt *et al.*, 1995; Lee, Taylor & Dunn, 1999).

Os estudos acerca da validade convergente do YSQ-S3, realizados com diversos instrumentos, que fornecem indicadores globais e dimensões específicas de psicopatologia sintomática, mostraram associações significativas e fortes entre os diversos indicadores de psicopatologia geral e o total do YSQ-S3. Uma análise mais detalhada da grandeza das associações encontradas permitiu destacar alguns padrões específicos de associação entre alguns dos EMP avaliados pelo YSQ-S3 e dimensões específicas de psicopatologia, nomeadamente as do BSI. Estes estudos foram realizados numa amostra alargada da população geral e também numa amostra de 115 doentes com psicopatologia do Eixo I e do Eixo II do DSM IV. Os resultados mostraram claramente uma tendência de determinados EMP para se associarem mais consistentemente à ansiedade, depressão e psicopatologia geral, enquanto outros parecem estar associados a dimensões mais específicas, tais como a ideação paranóide, a hostilidade ou a somatização. A grandeza das associações encontradas, bem como o sentido das mesmas, foram idênticos aos encontrados noutros estudos (Leung, Waller & Thomas, 1999; Ball e Cecero, 2001; Petrocelli *et al.*, 2001a; Petrocelli, Glaser, Calhoun & Campbell, 2001b; Cecero & Young, 2001; Harris & Curtin, 2002; Baker & Beech, 2004; Brotchie *et al.*, 2004; Jovev & Jackson, 2004; Mason, Platts & Tyson, 2005; Turner, Rose & Cooper, 2005; Pinto Gouveia, Castilho, Galhardo & Cunha, 2006; Castille *et al.*, 2007).

O YSQ-S3 revelou discriminar bem entre indivíduos normais, indivíduos com psicopatologia do Eixo I e indivíduos com psicopatologia do Eixo II. Todas as subescalas são sensíveis na discriminação entre indivíduos normais e doentes, mas apenas algumas distinguem os doentes entre si (indivíduos com psicopatologia sintomática de indivíduos com perturbações da personalidade). Estes resultados podem reflectir uma maior sensibilidade de algumas das subescalas do YSQ-S3 por comparação a outras, como também podem reflectir a própria natureza da psicopatologia e a ausência de limites claros entre determinadas dimensões da psicopatologia dita sintomática e os traços perturbados da personalidade.

Por outro lado, os indivíduos do grupo do Eixo II também possuem perturbações comórbidas do Eixo I, podendo acontecer que os resultados destes estudos apenas reflectam a natureza e a tendência para a existência de comorbilidade nos indivíduos com perturbações da personalidade e a partilha de vulnerabilidades cognitivas. É ainda de referir que alguns dos factores não possuem os 5 itens das subescalas teoricamente propostas, em função dos resultados da AFC. Neste sentido, estudou-se o poder discriminativo das subescalas utilizando uma estrutura factorial derivada de uma amostra da população geral. A confirmar-se a estrutura teórica numa amostra clínica, é possível que mais subescalas possam ainda ser mais sensíveis à distinção entre diferentes tipos de psicopatologia.

Uma limitação dos subgrupos da amostra clínica obriga a particular cuidado na extrapolação destes resultados. A amostra clínica recolhida é constituída por 115 indivíduos, sendo que 52 doentes apresentam como principal diagnóstico um quadro de psicopatologia do Eixo I e 63 doentes pelo menos uma perturbação do Eixo II do DSM IV. Ora, nos diagnósticos do Eixo I, são mais prevalentes a Perturbação de Pânico com Agorafobia e a Bulimia Nervosa, ambas com 10 doentes (19.23% para cada uma delas), seguidas da Fobia Social generalizada e da Perturbação Depressiva Major, que apresentam frequências idênticas (n=8; 15.38%), sendo a quinta perturbação mais frequente neste grupo a Perturbação Obsessivo-Compulsiva (n=5; 9.62%). Na amostra do Eixo II, a Perturbação da Personalidade mais comum é a Obsessivo-Compulsiva, que constitui o principal diagnóstico do Eixo II para 27 (42.86%) dos doentes deste grupo, seguida da Borderline (n=20; 31.75%) e da Evitante (n=10; 15.9%). Estes dados podem ser consultados nos Quadros 3.1 e 3.2 do Capítulo 3. Como se deduz, trata-se de amostras clínicas de conveniência, que espelham os problemas dos doentes que recorreram à ajuda dos serviços onde foram recolhidas. Não estão representados vários quadros patológicos, sobretudo na amostra do Eixo II, onde apenas 3 Perturbações da Personalidade correspondem a 90.48% das perturbações encontradas. Uma delas é a perturbação de Personalidade de Evitamento (15.87%), que, como se sabe, apresenta aspectos comuns com a Fobia Social generalizada, a terceira perturbação mais frequente no grupo do Eixo I. Por todos estes motivos, decidimos apresentar apenas um estudo da sensibilidade do YSQ-S3 (e também do IAECA-R) com base numa estatística de análise linear da variância, em detrimento do uso de estatísticas mais robustas, como a análise da função discriminante. Esta parece-nos mais adequada se dispusermos de amostras do Eixo II com maior número de diagnósticos representados e em proporções mais equiparadas.

Finalmente, O YSQ-S3 revelou bons indicadores de estabilidade temporal quando a mesma é estudada através da correlação de Pearson, mas revelou alguma debilidade a este nível quando se estuda a estabilidade temporal através de comparações *t de Student*. A amostra utilizada neste estudo foi de 66 indivíduos da população geral, maioritariamente estudantes, e a recolha de dados decorreu em duas situações de avaliação de final de ano escolar, pelo que se torna necessário fazer o estudo da estabilidade temporal da escala numa amostra diversificada e em diferentes condições de preenchimento do questionário. Estes resultados levantam uma questão controversa e que diz respeito à validade de construto dos EMP. Por um lado, espera-se alguma estabilidade, dado tratar-se de estruturas de processamento de informação. Mas é possível que, em indivíduos sem psicopatologia, mesmo que possuam esquemas nucleares com os conteúdos semânticos comuns aos EMP, de facto não possuam verdadeiros EMP (atendendo às características destes esquemas, tal como foram definidas no Capítulo 1). Isto é, é possível que os indivíduos não

doentes endossem um certo grau das crenças que constituem os EMP. Sendo assim, estas crenças são menos incondicionais e, portanto, mais susceptíveis de serem activadas e desactivadas por eventos e situações específicas. Já no caso de indivíduos com psicopatologia, endossando *scores* mais elevados nos EMP, podemos supor que estas crenças revelam maior rigidez e distorção no processamento de informação e que mais facilmente se encontram hipervalentes, dominando a constelação cognitiva do sujeito. Ou seja, serão menos sensíveis à modulação a partir de mudanças ambientais/relacionais. Neste caso, apresentariam maior estabilidade temporal, mesmo quando avaliadas por um teste de comparação de médias. Só um estudo com doentes permitirá testar esta hipótese. O IAECA-R, se preenchido o reteste por um número considerável de sujeitos, permitirá também testar se apenas aqueles que apresentam maior semelhança com cenários activadores mantêm valores médios idênticos no tempo, por oposição aos que endossam menor semelhança com situações de vida (que, por hipótese, apresentariam maiores flutuações no endosso dos EMP). Esta é, certamente, uma hipótese a testar no futuro.

Os estudos aqui apresentados no Capítulo 4 lançam alguns desafios para futuras investigações nesta área. O principal, consiste na necessidade de estudar a dimensionalidade da escala numa amostra alargada de doentes. Tendo em conta o tamanho ideal necessário ($n=900$), teria que organizar-se um estudo multi-cêntrico. A ser possível obter este número de doentes, as limitações apontadas nos estudos acerca do poder discriminativo e da estabilidade temporal, certamente poderiam ser ultrapassadas. Uma amostra desta dimensão permitiria também estudar a associação entre EMP e diferentes quadros psicopatológicos, o que seria particularmente importante em relação às diversas perturbações ou grupos de Perturbações da Personalidade.

2. Estudos de validação do Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Revisto (IAECA-R)

O principal objectivo dos estudos apresentados neste capítulo era o de validar o IAECA-R numa amostra da população geral com tamanho adequado para garantir a validade dos resultados, confirmando a estrutura factorial da escala numa amostra clínica, ainda que esta não tivesse o tamanho ideal.

O termo cognição “quente” tem sido utilizado, sobretudo por Safran e colaboradores (Safran & Greenberg, 1986; Safran, Vallis, Segal & Shaw, 1986; Safran & Segal, 1990), para definir a importância de se avaliar e trabalhar sobretudo as cognições capazes de activar um determinado estado emocional. A importância da activação emocional prende-se com a perspectiva, segundo a qual, quanto mais intensa é a emoção associada a uma determinada cognição, maior probabilidade existe de se tratar de uma cognição nuclear ou relevante para a psicopatologia do doente. Para além disso, há alguma evidência de que a acessibilidade das cognições (o mesmo será dizer, o conhecimento dos próprios esquemas) é incrementada pelos estados emocionais congruentes (Safran & Greenberg, 1986). Por outro lado, Goldfried (1995), alerta para a fraca validade ecológica que é habitual na avaliação de estruturas cognitivas. Tendo em conta a natureza interpessoal dos EMP, estes deveriam ser avaliados após activação por cenários interpessoais (que podem ser remotos — relacionados com a formação do próprio EMP —, ou actuais — cenários interpessoais da vida actual, capazes de activar o EMP). Estas constatações inspiraram a

metodologia utilizada no desenvolvimento do IAECA. Assim, para além dos estudos de validação dos itens, realizou-se em primeiro lugar o estudo de validação dos cenários activadores, utilizando 20 peritos internacionais. A grande maioria dos 27 cenários foi validada no seu conteúdo, tendo-se obtido percentagens de concordância bastante elevadas (à excepção do Cenário 3 do EMP de Isolamento Social/Alienação).

Quanto à dimensionalidade da escala, tendo em conta que o IAECA-R inclui uma nova metodologia de activação de EMP que poderia afectar padrões de resposta aos itens, optou-se por utilizar a análise factorial exploratória como método estatístico de eleição nesta fase dos estudos do instrumento. Foi realizado um estudo de validade factorial do IAECA-R, numa amostra de tamanho adequado da população geral ($n= 447$), e a estrutura factorial foi corroborada numa amostra clínica de menor tamanho ($n= 115$). O conjunto dos resultados permite concluir que a escala possui muito boa validade factorial, tendo em conta que todos os itens emergiram com saturações elevadas nos factores teoricamente previstos, nos estudos com a amostra da população geral, e que, nos estudos com a amostra clínica, a estrutura factorial foi confirmada. A explicação da variância total da escala distribuiu-se muito uniformemente pelos 9 factores na amostra da população geral, o que constitui mais um indicador da robustez do modelo teórico subjacente e apoia a hipótese de, pelos menos estes 9 EMP serem mesmo estruturas cognitivas nucleares de igual importância. Por comparação com os resultados obtidos para o YSQ-S3, nenhum dos itens revelou dificuldades ao nível da sobreposição de cargas factoriais na amostra da população geral. Mesmo quando se utilizou um procedimento de AFC (Cf. Anexo 11), nenhum item teve que ser excluído das análises.

O IAECA-R revelou possuir muito boa consistência interna em ambas as amostras, quer no total, quer em cada uma das 9 subescalas que o constituem. Nestes estudos, foi também possível verificar que o possível incremento no endosso de itens quando os EMP são avaliados pelo IAECA-R (Cf. Capítulo 7), não contamina o padrão de resposta aos itens falsos (inseridos como itens de controlo nas subescalas). Assim sendo, possíveis diferenças entre este instrumento de avaliação e o YSQ-S3 dificilmente poderão ser imputadas ao formato agrupado de apresentação dos itens do IAECA-R. Salvo poucas excepções, o padrão de comportamento dos itens falsos manteve-se equivalente em ambas as amostras.

Os estudos de validade convergente com diversas medidas de psicopatologia permitiram verificar que surgem associações estatisticamente significativas entre o total da escala e as diversas dimensões de psicopatologia estudadas (depressão, ansiedade e stress) ou entre o total do IAECA-R e indicadores globais de severidade da psicopatologia (IGS do BSI). Associações mais específicas entre determinados factores do IAECA-R e certas dimensões de psicopatologia foram observadas em ambas as amostras e de acordo com as relações teoricamente esperadas, ou seja, associações mais fortes em grupos clínicos, tal como acontece com os estudos publicados em relação a versões do YSQ (Leung, Waller & Thomas, 1999; Ball e Cecero, 2001; Petrocelli *et al.*, 2001a; Petrocelli, Glaser, Calhoun & Campbell, 2001b; Cecero & Young, 2001; Harris & Curtin, 2002; Baker & Beech, 2004; Brotchie *et al.*, 2004; Jovev & Jackson, 2004; Mason, Platts & Tyson, 2005; Turner, Rose & Cooper, 2005; Pinto Gouveia, Castilho, Galhardo & Cunha, 2006; Castille *et al.*, 2007). Estes dados evidenciaram que determinados EMP parecem estar associados a formas mais abrangentes de psicopatologia, enquanto outros possuem associações mais expressivas com dimensões mais específicas do funcionamento mental.

A sensibilidade do IAECA-R (total e subescalas) na discriminação entre grupos de psicopatologia foi estabelecida, mostrando-se a maioria das subescalas capazes de discriminar indivíduos sem perturbações mentais de doentes com psicopatologia sintomática e estes dois grupos de doentes com perturbações da personalidade. Quando a pontuação de um EMP avaliado pelo IAECA-R não discrimina entre doentes com psicopatologia destes dois tipos, discrimina sempre indivíduos doentes de normais. Estes dados podem sugerir que alguns EMP podem ter uma associação mais forte com a natureza da psicopatologia da personalidade, enquanto outros não possuem essa relação. Mas também podem ser encarados como resultando da considerável sobreposição que existe entre dimensões de psicopatologia sintomática e da personalidade. Para além disto, é importante recordar que a natureza das perturbações da personalidade leva à existência frequente de comorbilidade com psicopatologia do Eixo I, pelo que doentes de ambos os grupos pontuam de forma idêntica em determinados EMP tal como o fazem em escalas de psicopatologia. As limitações anteriormente apontadas para a amostra clínica utilizada neste estudo, mas em relação ao YSQ-S3, aplicam-se também aqui e foram discutidas acima.

Por fim, e tal como já tinha acontecido em relação ao YSQ-S3, a estabilidade temporal do IAECA-R no total da escala e em 8 das 9 subescalas é boa quando estudada pela correlação de Pearson mas, quando avaliada a partir de comparações *t de Student* para amostras dependentes, revelou debilidades. A selecção da amostra, bem como as circunstâncias de recolha dos dados para este estudo, poderão ter contribuído para os resultados encontrados. Por este motivo, este estudo deve ser revisto e realizado novamente, controlando as possíveis variáveis interferentes. Como foi anteriormente referido, o IAECA-R, se preenchido o reteste por um número considerável de sujeitos, permitirá também testar se apenas aqueles que apresentam maior semelhança com cenários activadores mantêm valores médios idênticos no tempo, por oposição aos que endossam menor semelhança com situações de vida. Este estudo não será difícil de realizar com uma amostra da população geral e deve ser incluído em futuros projectos que investiguem este instrumento.

Os resultados encontrados nos estudos da dimensionalidade dos itens do IAECA-R são muito encorajadores. Por um lado, validam a hipótese de se tratar de uma metodologia mais adequada face à necessidade de avaliar um construto como o de EMP. Por outro lado, mesmo com uma amostra clínica de tamanho inferior ao desejável, a estrutura factorial que emergiu na amostra da população geral mostrou manter-se praticamente inalterada. Futuras investigações, para além de terem como objectivo ultrapassar as limitações dos estudos da estabilidade temporal anteriormente referidas, devem permitir realizar uma AFE numa amostra clínica de tamanho adequado ($n = 225$) e seria interessante corroborar a estrutura factorial que emergiu nestes estudos através de procedimentos de AFC.

Esperamos também que a publicação destes resultados possa entusiasmar outros investigadores a realizarem estudos idênticos noutras línguas. Para tal, está já ultimada a versão em inglês deste instrumento – o *Schema Assessment Inventory through Activating Scenarios, revised*. Os bons resultados alcançados com esta metodologia levaram-nos a desenvolver um novo questionário, o Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores – Comportamento Anti-Social (Capinha, Rijo & Pinto Gouveia, 2009), constituído pelos 8 EMP postulados por Rijo *et al.* (2007) como subjacentes ao Comportamento

Anti-social e que se destina a avaliar estes EMP em adolescentes. Neste momento, estão a ser realizados os estudos de validação numa amostra de 700 adolescentes da população geral sem patologia comportamental, 70 adolescentes com perturbação de oposição e 52 adolescentes com perturbação de conduta (a cumpriram medida tutelar educativa de internamento em Centro Educativo).

3. Estudos acerca das emoções associadas aos EMP

Os estudos apresentados neste capítulo obedecem a um objectivo comum: estudar quais as emoções que se associam a cada um dos 9 EMP avaliados no IAECA-R. Simultaneamente, e porque neste instrumento se associam graus de semelhança com situações reais de vida (endossados para o cenário activador escolhido) com pontuações obtidas nos itens que avaliam os EMP e ainda a intensidade e natureza da activação emocional negativa experimentada aquando do exercício activador, foi necessário realizar também estudos que testassem a existência ou não desse mesmo efeito activador (procurando validar por outra estratégia a própria metodologia do IAECA-R). Estes estudos possuem um carácter inovador, uma vez que tem sido muito pouco estudado o tema da associação entre EMP e emoções negativas associadas (incluindo a intensidade das mesmas). Apenas dois estudos utilizaram situações laboratoriais para avaliar o impacto da indução de estados emocionais nas pontuações dos EMP mas não relacionaram a especificidade da activação emocional com os diversos EMP (Stopa & Waters, 2005; Lobbestael, Arntz, Cima & Chakhssi, 2009). No entanto, é um pressuposto básico do modelo da TFE o de que, activado determinado EMP, é experimentado um nível de activação negativa dolorosa e disruptiva. Aliás, é mesmo esta a suposição que permite teorizar acerca dos processos defensivos de evitamento e de compensação dos EMP.

Tendo presente a natureza inovadora e exploratória destes estudos, optou-se por começar com estudos mais gerais (de natureza correlacional e descritiva) para então, em função dos resultados destes, conceber estudos mais específicos e de natureza inferencial. Assim, este capítulo inclui um primeiro estudo realizado numa amostra da população geral e numa amostra clínica acerca da associação entre as três variáveis distintas incluídas no IAECA-R: graus de semelhança dos cenários com situações de vida, EMP e intensidade de emoções negativas. Estes estudos, realizados para cada um dos 9 EMP, permitiram concluir que, a maior grau de semelhança com situações de vida endossado no cenário escolhido, corresponde maior pontuação no EMP em causa e maior intensidade de emoções negativas experimentadas. A força ou grandeza das correlações é sempre maior nas obtidas na amostra clínica, o que pode indicar uma maior associação entre as variáveis nesta amostra e/ou resultar de uma maior variabilidade nas respostas entre os doentes. À excepção do que acontece no EMP de Privação Emocional e no EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, nos restantes 7 EMP, a correlação de maior valor ocorre sempre entre o EMP em causa e o total da intensidade das emoções negativas experimentadas pelo indivíduo.

Um segundo estudo, também realizado em ambas as amostras de forma independente, comparou, para cada EMP, indivíduos com baixa semelhança com situações reais de vida em relação ao cenário activador endossado, com indivíduos com alta semelhança no mesmo. Os resultados evidenciaram de forma muito clara que os grupos de alta se-

semelhança activam emoções negativas em maior grau (maior intensidade e ou quantidade de emoções) e, assim, contribuem para validar a metodologia de activação emocional desenvolvida para o IAECA-R. Por outro lado, a distribuição dos indivíduos nas duas amostras por grupos de semelhança suporta também a ideia de que os indivíduos com psicopatologia terão tido situações de vida mais nocivas e/ou em maior quantidade, necessárias à formação dos EMP, por comparação com o que acontece nos indivíduos da população geral.

Estabelecidas as grandezas das associações entre as variáveis nos primeiros estudos, e testadas as diferenças na intensidade da activação emocional entre os grupos de semelhança com situações reais de vida nos segundos estudos, importava estudar então a natureza da relação entre EMP e emoções. Este objectivo foi perseguido seguindo duas estratégias distintas.

Num primeiro conjunto de estudos, recorrendo apenas a uma metodologia descritiva, estudaram-se as emoções mais intensamente endossadas para cada EMP. Os resultados permitem concluir que, mesmo para indivíduos que endossam sempre um elevado grau de semelhança entre o cenário escolhido e situações reais de vida, há diferenças na intensidade com que experimentam as emoções negativas associadas a cada um dos EMP. Tais diferenças são sempre no sentido de os indivíduos do grupo clínico endossarem emoções negativas como mais intensas que os indivíduos da população geral. No entanto, estas diferenças são mais quantitativas do que qualitativas, uma vez que, de um modo geral, as emoções que se destacam como as mais intensamente experimentadas em relação a cada EMP são idênticas, quer se trate de um grupo ou de outro. A maior intensidade das emoções endossadas pelo grupo clínico pode também ser visto como indicador de maior disfuncionalidade dos EMP nestes indivíduos (porque mais rígidos e mais salientes, desencadeiam sofrimento mais intenso). Outro aspecto importante destes estudos descritivos prende-se com o facto de a determinados EMP parecer estar associado um maior número de emoções negativas e a outros estar associado um padrão mais específico de uma ou duas emoções negativas.

Surgiram dois dados curiosos nestes estudos: a associação da repugnância/nojo ao EMP de Desconfiança/Abuso, mas apenas quando o cenário escolhido se prende com abuso sexual e o endosso da alegria como emoção associada aos EMP de Dependência/Incompetência Funcional e de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo apenas pelos indivíduos do grupo da população geral.

Tais resultados conduziram, quase naturalmente ao conjunto dos últimos estudos, que procuraram identificar padrões específicos de associação entre determinadas emoções e cada um dos 9 EMP avaliados no IAECA-R. Utilizando a regressão linear múltipla *standard* para analisar a variância comum de todas as 11 emoções negativas com cada um dos EMP, foi possível identificar as emoções que se comportaram como preditores estatisticamente significativos da variância dos *scores* de cada um dos EMP. Assim, como preditor do EMP de Privação Emocional identificou-se a Solidão, como preditores do EMP de Abandono, a Solidão e a Ansiedade, como preditores do EMP de Desconfiança/Abuso, a Solidão e a Humilhação, como preditores do EMP de Isolamento Social/Alienação. Identificaram-se a Solidão, a Culpa e a Inveja; como preditores do EMP de Defeito/Vergonha, surgiram a Vergonha e Inveja; como preditores do EMP de Fracasso, identificaram-se a Inveja, a

Tristeza e o Vazio; como preditores do EMP de Dependência/Incompetência Funcional, o Ciúme (com um coeficiente de regressão negativo), a Humilhação e a Vergonha; como preditores do EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, a Ansiedade, a Humilhação e a Repugnância; por fim, como preditores do EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, a Ansiedade. Os resultados destes últimos estudos, são congruentes não só com a conceptualização teórica da TFE (Young & Klosko, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2003), como também com o observado frequentemente na clínica. Aquilo que o indivíduo recorda, o que sente antes, durante e depois de recordar, bem como a forma como essa recordação se processa, são importantes fontes de informação acerca da relevância e/ou proeminência do esquema em causa. Este tipo de estratégia pode ser particularmente útil para se comprovar ou infirmar a relevância de um esquema anteriormente hipotetizado como nuclear (Rijo & Pinto Gouveia, 1999).

Tratando-se dos primeiros estudos desta natureza, futuras investigações devem confirmar os resultados encontrados. Estes dados permitem também, se corroborados, derivar índices de activação emocional específica de cada EMP, o que pode ser lido (mesmo na clínica) como um indicador da presença e saliência de cada EMP. Trata-se de uma medida complementar à média das respostas aos itens e que pode ser facilmente combinada com aquela, aumentando assim a validade ecológica e de construto da avaliação dos EMP pelo IAECA-R.

Estabelecendo o padrão de emoções específicas que tendem a estar associadas a cada EMP, um estudo interessante a realizar seria testar o efeito mediador dos EMP na relação entre situações traumáticas de vida e activação emocional negativa. Dito de outra forma, é possível derivar do modelo da TFE que, perante o exercício activador, apenas devem desencadear emoções negativas os indivíduos que possuem o EMP originado pelas situações imaginadas. Caso o não possuam, isto é, caso tenham desenvolvido uma versão mais adaptativa do Eu, mesmo que submetidos ao exercício de activação, não deveriam experimentar um nível tão elevado de activação emocional.

4. O “frio” e o “quente” na avaliação de EMP: YSQ-S3 versus IAECA-R

Os estudos apresentados neste capítulo surgem na sequência dos incluídos nos capítulos anteriores e visam testar alguns dos pressupostos básicos da conceptualização teórica do construto de EMP: (1) se a leitura e imaginação do cenário relacionado com o conteúdo do EMP de facto funcionarem como estratégias de activação dos EMP, então haverá um incremento nas pontuações dos EMP quando avaliados pelo IAECA-R em relação às obtidas quando avaliados pelo YSQ-S3; no entanto, (2) tal incremento deve poder atribuir-se às diferenças nos *scores* de cada EMP dos indivíduos com alta semelhança entre os cenários activadores apresentados e situações reais da sua vida, uma vez que os indivíduos que não terão tido experiências desse tipo (ou que as tiveram de facto mas em pouca quantidade, baixa frequência, pouco duradouras...), não deveriam endossar o EMP com *scores* elevados, quer se trate de avaliá-lo através do YSQ-S3 (a “frio”), quer através do IAECA-R (a “quente”).

A confirmarem-se estas hipóteses, os resultados não só validariam o recurso a um instrumento como o IAECA-R, entendendo a metodologia do instrumento como mais apropria-

da ao construto que visa avaliar, como também validam o próprio modelo teórico e a definição de EMP apresentada no Capítulo 1.

De facto, em 7 dos 9 EMP estudados, o efeito de Interação Questionário X Grupo de Semelhança foi estatisticamente significativo. Os dados descritivos, bem como os gráficos apresentados, ilustram que as diferenças se encontraram no grupo de alta semelhança nestas 7 comparações e foi sempre o *score* do IAECA-R que se revelou superior ao do YSQ-S3. Nas duas comparações em que o efeito de Interação não atingiu significância estatística (EMP de Desconfiança/Abuso e EMP de Isolamento Social/Alienação), é importante referir que os níveis de significância dos efeitos de interação se encontram próximos do limiar de significância ($p=.059$ para o EMP de Desconfiança/Abuso e $p=.064$ para o EMP de Isolamento Social/Alienação). Poderíamos colocar a hipótese de estes dois EMP poderem ter um funcionamento distinto dos outros aqui estudados, ou supor que, tratando-se os cenários activadores destes EMP de situações pelas quais todos passámos em maior ou menor intensidade, poder produzir-se um efeito activador mesmo nos indivíduos do grupo de baixa semelhança. No entanto, os níveis de significância obtidos obrigam a alguma ponderação na leitura destes resultados, uma vez que numa outra amostra ou numa amostra maior, a tendência aqui manifestada pode, tal como aconteceu para os outros 7 EMP, tornar-se estatisticamente significativa. Refrira-se ainda que, nestes dois casos, foi significativo o efeito questionário, isto é, as médias de avaliação dos EMP foram sempre maiores quando se utilizou o IAECA-R.

Um dado curioso ocorreu ainda em relação aos dois últimos EMP estudados. Para o EMP de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e para o EMP de Padrões Excessivos de Realização/Hipercrítico, foi significativo o efeito de Interação Questionário X Grupo de Semelhança, sem que o efeito questionário tivesse sido estatisticamente significativo. De facto (os gráficos 4.8 e 4.9 ilustram bem estes dados), nos indivíduos do grupo de baixa semelhança até existe um decréscimo no *score* obtido para estes EMP quando o método de avaliação dos mesmos é o IAECA-R, em comparação com os *scores* obtidos pelo YSQ-S3. Uma possível explicação para este facto pode ser a de que, confrontados com a leitura e imaginação dos cenários activadores, os sujeitos se apercebiam da gravidade daquilo que está a ser avaliado e ganhem maior *insight* acerca do seu grau de vivência da vulnerabilidade e dos padrões de exigência que se colocam/grau em que se avaliam de forma crítica, baixando a pontuação que resulta do endosso dos itens. Uma vez que os testes de comparação se baseiam numa medida de tendência central como é o caso da média, devido às variações das médias em sentidos opostos nos grupos de semelhança, o teste do efeito Questionário revela não existirem diferenças para a totalidade dos sujeitos; mas o teste do efeito de Interação Questionário X Grupo de Semelhança permite identificar tais diferenças de variação das médias dentro dos grupos de comparação. Em suma, os resultados encontrados nos diversos estudos corroboram as hipóteses anteriormente enunciadas de forma clara e consistente.

Futuros estudos devem tentar relacionar estas diferenças encontradas com processos esquemáticos. Por outras palavras, testar a hipótese de, a uma maior diferença na pontuação de um determinado EMP quando avaliado pelos dois métodos de avaliação corresponder maior recurso a estratégias de evitamento e/ou compensação por parte do sujeito.

Estes mesmos resultados podem ser entendidos como indicadores da existência real de um efeito de activação que é específico para cada esquema (validação indirecta dos cenários escolhidos e da estratégia de *imagerie* utilizada) e, assim, entendidos, indicam que uma metodologia de avaliação de EMP a “quente” deve ser preferível, na medida em que toma em consideração a natureza e características do construto de EMP e procura adequar o método a essas mesmas características. É de supor que, quer em termos da validade dos resultados obtidos através do IAECA-R quando usado no contexto da investigação, quer em termos da relevância clínica do seu uso, este instrumento permite avaliar de forma mais precisa o grau em que determinado EMP estará presente e a intensidade do mesmo, como também ultrapassa, pelo menos em parte, as distorções que influenciam a avaliação a “frio” e que decorrem da existência de processos de evitamento (nomeadamente evitamento cognitivo e emocional) e de compensação dos EMP. Por outras palavras, avaliamos o conteúdo do EMP de forma mais precisa enquanto, em simultâneo, ultrapassamos os enviesamentos e distorções imputáveis aos processos de *coping* que o indivíduo utiliza para lidar com os seus próprios EMP.

O IAECA-R possui ainda outras vantagens, quer em contexto de investigação, quer no uso clínico do instrumento. Ao integrar, relativamente a cada EMP, um conjunto de cenários activadores acompanhados de uma escala de grau de semelhança entre estes e situações reais de vida do sujeito, permite estudar, como se constatou nos estudos dos Capítulos 6 e 7 desta dissertação, a ligação entre situações que estiveram na base da formação de cada EMP, o próprio EMP e as emoções a este associadas. Possibilita que, num único instrumento, se abarque de forma pragmática a história de vida do indivíduo, o endosso mais fidedigno dos seus EMP e a qualidade e intensidade da activação emocional associada a cada EMP. Como se deduz, em clínica, torna-se um instrumento muito rico, não só por permitir a recolha de informação acerca destas variáveis de uma forma sistematizada, como por facilitar o fornecimento do racional acerca dos EMP ao próprio doente. A experiência de responder ao IAECA-R, repetindo os mesmos passos 9 vezes, permite aos indivíduos tomar contacto com o modelo teórico de uma forma subtil, podendo o terapeuta aproveitar o próprio instrumento para fazer o doente ganhar *insight* acerca da ligação entre experiência traumática do passado (ou situações activadoras do presente), EMP e emoções negativas específicas. Tudo isto num instrumento que, embora requiera maior tempo de preenchimento, continua a ser um questionário de auto-resposta. A maior limitação do IAECA-R prende-se com o facto de avaliar apenas 9 dos 18 EMP teoricamente propostos. De facto (e os dados dos estudos de validade convergente do YSQ-S3 apresentados no Capítulo 4 parecem confirmar isso mesmo), avalia 9 EMP que se encontram mais frequentemente associados à psicopatologia e concretamente à psicopatologia do Eixo II. No entanto, seria interessante estudar estes mesmos efeitos de comparação entre a avaliação a “frio” e a “quente” para os restantes EMP.

Conclusões

Conclusões

O principal objectivo desta dissertação é contribuir para a validação do construto de Esquemas Mal-Adaptativos Precoces (EMP; Young, 1990). Para tal, supõe que se obtêm bons indicadores de validade de construto dos EMP, indicadores esses que exigem a realização de estudos de validação de duas medidas de esquemas – o YSQ-S3 e o IAECA-R – dando realce ao estudo da dimensionalidade de ambas escalas.

O primeiro conjunto de resultados inclui estudos de validação do *Questionário de Esquemas de Young – S3* (YSQ-S3; Young, 2005), numa amostra de 1226 indivíduos da população geral. Tendo em conta a fase da investigação actual deste instrumento e as recomendações dos investigadores nesta área, optou-se por uma metodologia de análise factorial confirmatória no estudo da dimensionalidade da escala. Os resultados mostraram o bom ajustamento do modelo testado de 18 factores inter-relacionados, tendo sido apenas excluídos 6 dos 90 itens originais. O YSQ-S3 revelou possuir elevada consistência interna para o total ($\alpha = .967$) e subescalas (*alfas* entre $.571$ e $.861$). Foi estabelecida a validade convergente com dimensões de psicopatologia na amostra da população geral e numa amostra de 115 doentes. O YSQ-S3 mostrou-se sensível na discriminação entre indivíduos da população geral, doentes do Eixo I e doentes do Eixo II, revelando também boa estabilidade temporal (correlações *Pearson*).

Para alcançar alguns dos objectivos propostos, foi desenvolvido um novo instrumento de avaliação de EMP: o Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores – Revisto (IAECA-R; Rijo e Pinto Gouveia, 2006). Utilizando exercícios de imaginação de situações relacionadas com os EMP como estratégia de activação, o IAECA-R avalia os EMP de Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Vergonha, Fracasso, Dependência/Incompetência Funcional, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo (utilizando os mesmos itens das subescalas correspondentes do YSQ-S3), bem como as emoções espoletadas nos exercícios de activação de cada EMP. Os 27 cenários activadores utilizados foram alvo de um estudo de validação de conteúdo por 20 peritos internacionais. O estudo da dimensionalidade da escala foi realizado numa amostra de 447 indivíduos da população geral, através duma análise de componentes principais com rotação *varimax*. Uma solução imposta de 9 factores explicou 64.99% da variância total, tendo todos os itens revelado elevadas saturações factoriais nos factores teóricos correspondentes. Esta estrutura factorial foi confirmada numa amostra de 115 doentes, tendo emergido uma estrutura factorial idêntica à da amostra da população geral (75.43% da variância total da escala explicada). O IAECA-R revelou possuir elevada consistência interna, quer para o total ($\alpha =$

.938 na população geral e $\alpha = .961$ na amostra clínica), quer para as subescalas. Foi estudada a validade convergente em ambas as amostras, em relação a diversas medidas de psicopatologia e foi estudado o poder discriminativo do total e subescalas entre indivíduos da população geral, doentes do Eixo I e doentes do Eixo II. O IAECA-R revelou possuir adequada estabilidade temporal (correlações *Pearson*) para o total e subescalas, com excepção da subescala de privação emocional.

Um terceiro conjunto de estudos, apenas possível a partir dos dados obtidos do IAECA-R, constitui a parte mais inovadora do conjunto das investigações realizadas e tem como objectivo estudar a relação entre EMP e emoções associadas. O estudo da associação entre graus de semelhança dos cenários activadores com situações reais de vida, EMP e intensidade da activação emocional negativa em cada uma das subescalas do IAECA-R, revelaram associações no sentido esperado entre estas variáveis, sendo que as maiores correlações foram sempre obtidas na amostra clínica. O estudo da intensidade da activação emocional em função do grau de semelhança endossado para os cenários escolhidos mostrou, em ambas as amostras, que os indivíduos dos grupos de alta semelhança experimentam intensidades de emoções negativas superiores aos dos indivíduos dos grupos de baixa semelhança para todos os EMP. Um estudo descritivo das emoções activadas pelos cenários de cada EMP revelou que existem distintos padrões de emoções específicas associados a cada EMP, comuns a ambas as amostras, mas com maior intensidade de activação emocional na amostra clínica. Estes resultados permitiram ainda realizar novos estudos acerca das emoções específicas associadas aos EMP, entrando os EMP como variável critério e as 11 emoções negativas como preditores em cada uma das equações de regressão. Os resultados permitiram identificar, com base no critério estatístico, qual a emoção ou emoções que mais fortemente se associam a cada EMP. Ficou estabelecido que, enquanto alguns EMP parecem espoletar apenas uma emoção específica, outros tendem a associar-se a um padrão mais diversificado de afecto negativo.

Os últimos estudos realizados comparam a metodologia de avaliação de EMP do YSQ-S3 com a do IAECA-R, em função dos grupos de grau de semelhança entre o cenário escolhido e situações reais de vida. Foram realizados numa amostra mista de 191 indivíduos, incluindo doentes e indivíduos da população geral. Testou-se, em relação a cada um dos 9 EMP, se existiam diferenças na avaliação dos esquemas em função do questionário utilizado, em cada um dos grupos de semelhança. Os resultados mostraram que, em 7 das 9 comparações, as pontuações obtidas pelo IAECA-R são mais elevadas que as resultantes do YSQ-S3, mas apenas para os indivíduos do grupo de alta semelhança com situações de vida. As duas excepções foram as comparações relativas aos EMP de Isolamento Social/Alienação e Desconfiança/Abuso (ainda assim, com valores de p próximos do limiar de significância estatística). Estes estudos sustentam a ideia de que uma metodologia de avaliação de EMP a “quente” é susceptível de incrementar o auto-conhecimento do indivíduo acerca dos seus próprios EMP. Simultaneamente, podem ser lidos como estudos de validade de construto do modelo teórico proposto por Young.

Em síntese, foi validada a estrutura factorial de ambos os instrumentos estudados, explorada a relação entre EMP e emoções negativas (na qualidade e intensidade das mesmas) e testadas características definidoras dos EMP que permitiram, não só o desenvolvimento de um novo instrumento – o IAECA-R, como também validar pressupostos básicos do modelo conceptual da TFE.

Bibliografia

Bibliografia

- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Apóstolo, J. L., Mendes, A. C. e Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (6), 863-871.
- Baker, B. & Beech, A. (2004). Dissociation and Variability of Adult Attachment Dimensions and Early Maladaptive Schemas in Sexual and Violent Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19 (10), 1119-1136.
- Ball, S. A. & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 72-83.
- Baranoff, J., Oei, T. P. S., Cho, S. & Kwon, S. (2006). Factor structure and internal consistency of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Korean and Australian samples. *Journal of Affective Disorder*, 93, 133-140.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Ward, C., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. D. & Associates (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.

- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D., Arntz, A. & Vos M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health* 6, pp. 169–183.
- Brewer, W. F. & Nakamura, G. V. (1984). The nature and function of schemas. In R. S. Wyer, Jr. & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol. I, pp. 119-160). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R. & Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 43, 337–342.
- Byrne, B. (2006). *Structural equation modeling with EQS: Basic concepts, applications and programming* (2nd ed.). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. & Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire – Short Form Structure and Relationship with Automatic Thoughts and Symptoms of Affective Disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21 (2), 90-99.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp.95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI). Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. R. Simões, C. Machado, M. M. Gonçalves e L. S. Almeida (Eds). *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 305-331). Coimbra: Quarteto.
- Castille, K., Prout, M., Marczyk, G., Smidheiser, M., Yoder, S. & Howlett, B. (2007). The Early Maladaptive Schemas of Self-Mutilators: Implications for Therapy. *Journal of Cognitive Therapy: An International Quarterly*, 21 (1), 58-71.
- Cazassa, J. M. (2007). *Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do Young Schema Questionnaire – Short Form*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica apresentada a Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Cecero, J. J. & Young, J. E. (2001). Case of Silvia: A schema focused approach. *Journal of Psychotherapy Integration*, 11(2), 217-229.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D. & Gillie, J. M. (2004). Tools and Tenets of Schema Therapy: Toward the Construct Validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire–Research Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy* 11, 344–357.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Cottraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., Milliery, M., Genouihlc, V., Yao, S. N., Note, B., Mollard, E., Bonasse, F., Gaillard, S., Djamoussian, D., Guillard, C. M., Culem, A., Gueyffier, F. (2009). Cognitive Therapy versus Rogerian Supportive Therapy in Borderline Personality Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 307-316.

- da Motta, C. D., Rijo, D., & Pinto Gouveia, J. (2008a). Inventário de Evitamento de Young-Rygh: Estudos de validação e estrutura factorial numa amostra da população geral. *Psychologica*, 49, 108-137.
- da Motta, C. D., Rijo, D., & Pinto Gouveia, J. (2008b). Inventário de Evitamento de Young-Rygh: Estudos de validação e estrutura factorial numa amostra da população clínica. *Psychologica*, 49, 138-166.
- da Motta, C. D.; Rijo, D. e Pinto Gouveia, J. (*in press*). Inventário de Evitamento Young-Rygh. In Almeida, L., Simões, M. & Gonçalves, M. (Orgs.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal*. Braga: APPORT.
- Derogatis, L. (1982). *Brief Symptom Inventory*. Versão portuguesa de Canavarro, 1996, Manuscrito não publicado.
- DeRubeis, R. J., & Beck, A. T. (1988). Cognitive therapy. In Dobson, K. S. (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: The Guilford Press.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (1985). *Clinical applications of rational-emotive therapy*. New York: Plenum.
- Ellis, A., & Dryden, W. (1987). *The practice of rational-emotive therapy (RET)*. New York: Sringer Publishing Company.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., Williams, J. B. W. (1997). *SCID I, Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo I do DSM-IV*. Lisboa: Climespi. (Versão portuguesa de A. Maia, 2006).
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *SCID II, Entrevista Clínica Estruturada para as Perturbações de Personalidade do Eixo II do DSM-IV*. Lisboa: Climespi. (Versão portuguesa de J. Pinto Gouveia, A. Matos, D. Rijo, P. Castilho e M. Salvador, 1999).
- Floyd, F. J., & Widaman, K. F. (1995). Factor analysis in the development and refinement of clinical assessment instruments. *Psychological Assessment*, 7, 286-299.
- Freeman, A. & Leaf, R. C. (1989). Cognitive therapy applied to personality disorders. In A. Freeman, K. M. Simon, L. E. Beutler, & H. Arkowitz (Eds.). *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Freeman, A., & Jackson, J. T. (1998). Cognitive behavioural treatment of personality disorders. In N. TARRIER, A. Wells, & G. Haddock (Eds.). *Treating complex cases. The cognitive behavioural approach*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., & Simon, K. M. (1990). *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatric*, 63, 649-658.

- Glaser, B.A., Campbell, L.F., Calhoun, G.B., Bates, J.M., & Petrocelli, J.V. (2002). The early maladaptive schema questionnaire- short form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counselling and Development, 35*, 2–13.
- Goldberg, J. O. & Shaw, B. F. (1989). The measurement of cognition in psychopathology: Clinical and research applications. In Freeman, A., Simon, K. M., Beutler, L. E. & Arkowitz, K. (Eds.), *Comprehensive handbook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Goldfried, M. R. (1995). *From cognitive-behavior therapy to psychotherapy integration — An evolving view*. New York: Springer Publishing Company.
- Goldfried, M. R., & Robins, C. (1983). Self-schema, cognitive bias, and the processing of therapeutic experiences. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 2, pp. 33-80). New York: Academic Press.
- Greenwald, M. & Young, J. (1998). Schema-focused therapy: An integrative approach to psychotherapy supervision. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 12*, 109-126.
- Guidano, V. F., & Liotti, G. (1982). *Cognitive processes and emotional disorders: A structural approach to psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Halford, W.K., Bernoth-Doolan, S.S., Eadie, K. (2002). Schemata as Moderators of Clinical Effectiveness of a Comprehensive Cognitive Behavioral Program for Patients With Depression or Anxiety Disorders. *Behavior Modification, 26* (5), 571-593.
- Harris, A.E. & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 405–416.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L.M., Wang, C.E., Holthe, H., Haugum, J.A., Nordahl, H.M., Hovland, O.J., & Holthe, A. (2004). The structure of maladaptive schemas: A confirmatory factor analysis and a psychometric evaluation of factor derived scales. *Cognitive Therapy and Research, 29* (6), 627-644.
- Hoffart, A., Versland, S., & Sexton, H. (2002). Self understanding, empathy, guided discovery and schema beliefs in schema-focused cognitive therapy of personality problems: A process–outcome study. *Cognitive Therapy and Research, 26*, 199–219.
- Howell, D. C. (2007). *Statistical methods for psychology*. USA: Thomson Wadsworth.
- Ingram, R. E. & Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: implications of an information processing perspective. In Ingram, R. E. (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. Orlando: Academic Press.
- James, I. A., Southam, L. & Blackburn, I. M. (2004). Schemas Revisited. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 369-377.
- James, I.A. (2001). Schema therapy: the next generation, but should it carry a health warning? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 401–407.
- Jovev, M. & Jackson, H.J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders, 18* (5), 467-478.

- Kellogg, S. (s.d.). *Schema Therapy: A Gestalt-Oriented Overview*. Retirado de <http://www.g-gej.org/10-1/schematherapy.html> a 12 de Agosto de 2009.
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammem, C. L., & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding the use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research, 11*, 289-299.
- Kline, P. (1998). *The new psychometrics. Science, psychology and measurement*. London & New York: Routledge.
- Lachenal-Chevallet, K., Mauchand, P., Cottraux, J., Bouvard, M. & Martin, R. (2006). Factor Analysis of the Schema Questionnaire – Short Form in a Nonclinical Sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 20* (3), 311-318.
- Landau, R. J. & Goldfried, M. R. (1981). The assessment of schemata: A unifying framework. In Kendall, P. C. & Hollon, S. D. (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. New York: Academic Press.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the schema questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research, 23*, 441–451.
- Leung, N., Waller, G., & Thomas, G. (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women. *Journal of Nervous and Mental Disease, 187*, 736–741.
- Lobbestael, J. (2008). *Lost in fragmentation: Schema modes, childhood trauma, and anger in borderline and antisocial personality disorder*. Tese de doutoramento não publicada. Universidade de Maastricht, Maastricht, Holanda.
- Lobbestael J., Arntz A., & Sieswerda S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 36*, 240-253.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: a clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology, 63*, 76-85.
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behavioral Research and Therapy, 46*, 854-860.
- Lobbestael, J., Arntz, A., Cima, M., & Chakhssi, F. (2009) Effects of induced anger in patients with antisocial personality disorder. *Psychological Medicine, 39*(4), 557-568.
- Mahoney, M. J., & Freeman, A. E. (Eds.), (1985). *Cognition and psychotherapy*. New York: The Plenum Press.
- Mandler, G. (1985). *Cognitive psychology: an essay in cognitive science*. Hillsdale: Erlbaum.
- Markus, H. (1977). Self-schemata and processing information about the self. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 63-78.
- Markus, H. (1990). Unresolved issues of self-representation. *Cognitive Therapy and Research, 14*, 241-253.

- Mason, O., Platts, H., Tyson, M. (2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in a UK clinical population. *Psychology and Psychotherapy* 78, 549-564.
- Mathews, A. (1997). Information-processing biases in emotional disorders. In Clark, D. M., & Fairburn, C. G. (Eds.). *Science and practice of cognitive behaviour therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- McGinn, L. K., & Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Merluzzi, T. V. & Carr, P. A. (1992). Cognitive science and assessment: Paradigmatic and methodological perspectives. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders*. San Diego: Academic Press, Inc.
- Mihaescu, G., Sechaud, M., Cottraux, J., Velardi, A., Heinze, X., Finot, S. C., & Baettig, D. (1997). Le questionnaire des schemas cognitifs de Young: traduction et validation preliminaire. *L'Encephale*, 23 (3), 200-208.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II manual*. Minneapolis. MN: National Computer Systems.
- Muthén, L., & Muthén, B. (2001). *Mplus user's guide: statistical analysis with latent variables*. Los Angeles: Muthén & Muthén.
- Nordahl, H. M., Holthe, H. & Haugum, J. A. (2005). Early Maladaptive Schemas in Patients with or without Personality Disorders: Does Schema Modification Predict Symptomatic Relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Oei, T. P. S. & Baranoff, J. (2007). Young Schema Questionnaire: Review of psychometric and measurement issues. *Australian Journal of Psychology*, 59 (2), 78-86.
- Ottaviani, R., & Beck, A. T. (1988). Cognitive theory of depression. In K. Fiedler, & J. Forgas (Eds.). *Affect, cognition and social behavior*. Toronto: C. J. Hogrefe.
- Pace, T. M. (1988). Schema theory: A framework for research and practice in psychotherapy. *Journal of cognitive psychotherapy: An international Quarterly*, 2, 147-163.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A., & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5 (1), 229-239.
- Peixoto, M. (2009). *Características psicométricas e estrutura factorial da versão portuguesa do Inventário de Compensação de Young (YCI)*. Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B., & Campbell, L. F. (2001a). Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating personality and depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 183-191.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B. & Campbell, L. F. (2001b). Early Maladaptive Schemas of Personality Disorder Subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 546-559.

- Piaget, L. S. & Inhelder, B. (1979). *A psicologia da criança: do nascimento à adolescência*. Lisboa: Morais Editora.
- Pinto Gouveia, J. (1990). *Factores Cognitivos de Vulnerabilidade para a Depressão (Estudo da sua interação com os acontecimentos de vida)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pinto Gouveia, J., Cunha, M., & Robalo, M. (1997). Avaliação de esquemas interpessoais: a versão portuguesa do questionário de esquemas interpessoais de Safran e Hill. *Psicologica, 17*, 105-127.
- Pinto Gouveia, J., Robalo, M., Cunha, M., & Fonseca, L. (1997). *A versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young: características psicométricas e validade*. Comunicação apresentada no *V Latini Dies* (V Congresso de Terapias Comportamentais e Cognitivas dos Países de Línguas Latinas), Cascais, Portugal.
- Pinto Gouveia, J., Salvador, M. C., & Rijo, D. (1990). *Versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young — L*. Coimbra. Não publicado.
- Pinto Gouveia, J., & Rijo, D. (2001). Terapia focada nos Esquemas: Questões Acerca da sua Validação Empírica. *Psicologia*, Vol. XV (2), 309-324.
- Pinto Gouveia, J., Rijo, D., Robalo, M., Salvador, M. C., Castilho, P., Ferreira, C., & Fonseca, L. (2005). *A versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young – versão randomizada (YSQ-RE2R): estudos de validação numa amostra da população normal* (p. 148). XIII Congresso Nazionale AIAMC – IX Congresso Latini Dies abstract book. Milano.
- Pinto Gouveia, J., Rijo, D., Robalo, M., Castilho, P., Fonseca, L., Salvador, M. do C., Ferreira, C., & Duarte, F. (2005). *The portuguese version of the Young's Schema Questionnaire - randomized form (YSQ-RE2R): Validation studies* (pp. 84-85). XXXV Annual Congress of the European Association for Behaviour and Cognitive Therapies Abstract book. Thessaloniki.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy Research, 30*, 571-584.
- Pinto Gouveia, J., Robalo, M., & Cunha, M. (Em preparação). *Características psicométricas da versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young (Versão 123 itens)*.
- Pretzer, J. L. & Beck, A. T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. In J. F. Clarkin & M. F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories of personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Rafaeli, E., Bernstein, D. P., Young, J. E. (in press). *Schema Therapy*. Routhledge.
- Rijkeboer, M. M., van den Bergh, H. & van den Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 36*, 129-144.
- Rijkeboer, M. M., & van den Bergh, H. (2006). Multiple group confirmatory factor of the Young schema questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Cognitive Therapy and Research, 30* (3), 263-278.

- Rijo, D. (2000). *Avaliação de esquemas mal-adaptativos precoces e psicopatologia. Exploração de diferentes metodologias de avaliação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistêmica. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Rijo, D. & Pinto Gouveia (1999). *Inventário de avaliação de esquemas por cenários activadores, (IAECA)*. NEICC, Núcleo de Estudos e de Intervenção Cognitivo-Comportamental.
- Rijo, D. & Pinto Gouveia (2006). *Inventário de avaliação de esquemas por cenários activadores, revisto (IAECA-R)*. CINEICC, Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e de Intervenção Cognitivo-Comportamental.
- Rijo, D., & Sousa, M. N. (2004). Gerar percursos sociais (GPS): um programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento desviante — bases conceptuais, estrutura e conteúdos. *Infância e Juventude*, Instituto de Reinserção Social, 04 (2),33-74.
- Rijo, D., Sousa, M. N., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M. C., Silva, M. J., Ricardo, N., & Massa, S. (2007). *GERAR PERCURSOS SOCIAIS – Um Programa de Prevenção e Reabilitação Psicossocial para Jovens com Comportamento Desviante*. Ponta Delgada: Edição EQUAL/Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social.
- Rummelhart, D. E. (1984). Schemata and the cognitive system. In R. S. Wyer, Jr. & T. K. Srull (Eds.), *Handbook of social cognition* (Vol. 1, pp. 161-189). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rusinek, S., Graziani, P., Servant, D., Hautekeete, M. & Deregnaucourt, I. (2004). Thérapie cognitive et schemas cognitifs: un aspect du paradoxe. *Revue européenne de psychologie appliqué*, 54, 173-177.
- Safran, J. D. & Greenberg, L. S. (1986). Hot cognition and psychotherapy process: An information processing/ecological approach. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 5). Orlando: Academic Press, Inc.
- Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books, Inc.
- Safran, J. D., & McMain, S., (1992). A cognitive-interpersonal approach to the treatment of personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6,59-68.
- Safran, J. D., Vallis, T. M., Segal, Z. V. & Shaw, B. F. (1986). Assessment of core cognitive processes in cognitive therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 10, 509-526.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of structural equation models: Tests of significance and descriptive goodness-of-fit measures. *Methods of Psychological Research Online*, 8(2) , 23-74.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295–321.
- Segal, Z. V. & Shaw, B. F. (1988). Cognitive assessment: issues and methods. In Dobson, K. S. (Ed.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: The Guilford Press.

- Stein, D. J. & Young, J. E. (1992). Schema approach to personality disorders. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders*. San Diego: Academic Press, Inc.
- Stopa, L. & Waters, A. (2005). The effect of mood on responses to the Young Schema Questionnaire: Short form. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 78, 45-57.
- Theiler, S. (2005). *The efficacy of Early Childhood Memories as indicators of current maladaptive schemas and psychological health*. Dissertação de Doutoramento apresentada a School of Social and Behavioural Sciences. Swinburne University of Technology.
- Turk, D. C. & Salovey, P. (1985). Cognitive structures, cognitive processes, and cognitive-behavior modification: I. Client issues. *Cognitive Therapy and Research*, 9, 1-17.
- Turk, D. C. & Speers, M. A. (1983). Cognitive schemata and cognitive processes in cognitive-behavioral interventions: going beyond the information given. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy*, (pp. 1-31). New York: Academic Press.
- Turner, H. M., Rose, K. S. & Cooper, M. J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, 29, 381-387.
- Vaz Serra, A. S., & Pio Abreu, J. L. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I — Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, XX, 623-644.
- Vaz Serra, A. S., & Pio Abreu, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II — Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica*, XX, 713-736.
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 137-147.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., & Pontefract, A. (2000). Schematic change as a result of an intensive group-therapy day-treatment program. *Psychotherapy*, 37, 189-195.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519-530.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. (1991). *Young Schema Questionnaire — Revised*. (Versão Portuguesa de J. Pinto Gouveia, M. C. Salvador, & D. Rijo, 1996).

- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire-S3*. Cognitive Therapy Center of New York. (Versão portuguesa traduzida e adaptada por J. Pinto Gouveia, D. Rijo e M. C. Salvador, 2006).
- Young, J. E., & Brown, G. (1992). *Young Schema Questionnaire - Long Form*. Cognitive Therapy Center of New York. (Versão portuguesa de J. Pinto Gouveia e M. Robalo, 1994).
- Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6,11-23.
- Young, J. E., Beck, A. T., & Weinberger, A. (1993). Depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: Guilford Press.
- Young, J. E. & Klosko, J. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume.
- Young, J. E. & Behary, W. T. (1998). Schema-focused therapy for personality disorders. In N. Tarrow, A. Wells, & G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases — The cognitive behavioural approach*. New York: John Wiley & Sons.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003) *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

Anexos

Anexo 1
Folha de consentimento informado

Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica
pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Projecto de Investigação:

ESQUEMAS MAL-ADAPTATIVOS PRECOCES

Validação do conceito e dos métodos de avaliação

A sua participação na presente investigação permitirá a recolha de dados para um conjunto de estudos acerca da ligação entre emoções e pensamentos nas perturbações do foro mental. Estes estudos contribuirão para uma melhor compreensão da psicopatologia, assim como para melhorias ao nível da avaliação e intervenção psicoterapêuticas. Toda a informação obtida é estritamente confidencial e será apenas utilizada para efeitos de investigação.

Se pretender participar, pede-se que dê o seu consentimento informado e complete todos os questionários (incluindo o questionário sócio-demográfico). Não deixe, por favor, nenhuma questão por responder (dado que isto invalida todas as suas restantes respostas) e tenha atenção que o verso das páginas pode também conter questões. Não existem respostas correctas ou erradas. Apenas pretendemos que responda da forma mais sincera e espontânea possível.

Obrigada pela sua colaboração.

Eu,
no dia / / , aceito participar neste estudo e declaro ter consciência dos objectivos e procedimentos desta recolha de dados.

Assinatura do voluntário:

O investigador responsável

Daniel Maria Bugalho Rijo

Anexo 2

SCID I - Entrevista Clínica Estruturada para as
Perturbações do Eixo I do DSM-IV

**ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA AS
PERTURBAÇÕES DO DSM-IV EIXO I**

VERSÃO CLÍNICA

S C I D - I

Caderno de cotação

**Michael B. First, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B. W. Williams, D.S.W.**
tradução de
Ângela Costa Maia, Doutora

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA AS PERTURBAÇÕES DO DSM-IV EIXO I

S C I D - I

VERSÃO CLÍNICA

CADERNO DE COTAÇÃO

**Michael B. First, M.D.
Robert L. Spitzer, M.D.
Miriam Gibbon, M.S.W.
Janet B. W. Williams, D.S.W.**

Biometrics Research Department
New York State Psychiatry Institute
Department of Psychiatry Columbia University
New York, New York

**tradução de
Ângela Costa Maia, Doutora
Universidade do Minho**

Nome do doente _____

Número da Cotação _____ Data da avaliação _____

Clínico _____

Fontes de informação(selecione as que se aplicam) doente
 família/amigos/
 profissional de saúde

DIAGNÓSTICO SUMÁRIO DO SCID-VC

PERTURBAÇÕES DE HUMOR

Actual	Ao longo da vida	
		Perturbação Bipolar I (D4, p.36)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.40 Perturbação Bipolar I, Episódio Mais Recente Hipomaniaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.0x Perturbação Bipolar I, Episódio Maníaco Único
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.4x Perturbação Bipolar I, Episódio Mais Recente Maníaco
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.6x Perturbação Bipolar I, Episódio Mais Recente Misto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.5x Perturbação Bipolar I, Episódio Mais Recente Deprimido
		<i>Escolha o quinto dígito especificador</i>
		- 1 - Ligeira
		- 2 - Moderada
		- 3 - Grave, sem características psicóticas
		- 4 - Grave, com características psicóticas
		- 5 - Em remissão parcial
		- 6 - Em remissão completa
		- 0 - Não especificado
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.7 Perturbação Bipolar I, Episódio Mais Recente Não Especificado
		Outras Perturbações Bipolares
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.89 Perturbação Bipolar II (D9, p.37)
		<i>Escolha o especificador</i>
		— Hipomaniaco
		— Deprimido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	303.13 Perturbação Ciclotímica (D12, p.37)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.80 Perturbação Bipolar Sem Outra Especificação (D12, p.37)
		Perturbação Depressiva Maior (D16, p.38)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.89 Perturbação Depressiva Maior, Episódio Único
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.3x Perturbação Depressiva Maior, Recorrente
		<i>Escolha o quinto dígito especificador</i>
		- 1 - Ligeira
		- 2 - Moderada
		- 3 - Grave, sem características psicóticas
		- 4 - Grave, com características psicóticas
		- 5 - Em remissão parcial
		- 6 - Em remissão completa
		- 0 - Não especificado
		Outras Perturbações Depressivas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.89 Perturbação Distímica (A60, p.23)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	296.89 Perturbação Depressiva Sem Outra Especificação (D19, p.39)

Actual	Ao longo da vida	Outras Perturbações de Humor
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	293.83 Perturbação de Humor secundária a um Estado Físico Geral (A64, p.24) Indique Estado Físico Geral: _____ <i>Escolha o especificador</i> _____ Com características Depressivas _____ Com características semelhantes a um Episódio Depressivo Major _____ Com características Maníacas _____ Com características Mistas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	291.8 Perturbação de Humor Induzida pelo Álcool (A69, p.25) <i>Escolha o especificador</i> _____ Com características Depressivas _____ Com características Maníacas _____ Com características Mistas
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	293.83 Perturbação de Humor Induzida por outras substâncias (A69, p.25) Indique Substância : _____ <i>Escolha o especificador</i> _____ Com características Depressivas _____ Com características Maníacas _____ Com características Mistas

ESQUIZOFRENIA E OUTRAS PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Esquizofrenia (C7, p.29) <i>Escolha o especificador</i> _____ 295.30 Tipo Paranoide (C8, p.30) _____ 295.20 Tipo Catatónico (C9, p.30) _____ 295.10 Tipo Desorganizado (C10, p.30) _____ 295.90 Tipo Indiferenciado (C11, p.30) _____ 295.60 Tipo Residual(C12, p.30)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	295.40 Perturbação Esquizofeniforme (C15, p.30)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	295.70 Perturbação Esquizoafectiva (C20, p.31)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	297.1 Perturbação Delirante (C26, p.32)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	298.8 Perturbação Psicótica Breve (C31, p.33)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	293.81 Perturbação Psicótica devido a Estado Físico Geral Com Delírios (C34, p.34) Indique Estado Físico Geral _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	293.82 Perturbação Psicótica devido a Condição Médica Geral Com alucinações (C34, p.34) Indique Estado Físico Geral _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	291.5 Perturbação Psicótica Induzida pelo Álcool Com Delírios (C38, p.35)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	291.3 Perturbação Psicótica Induzida pelo Álcool Com Alucinações (C38, p.35)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	292.11 Perturbações Psicóticas Induzidas por Outras Substâncias Com Delírios (C38, p.35) Indique Substância _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	292.12 Perturbações Psicóticas Induzidas por Outras Substâncias Com Alucinações(C38, p.39) Indique Substância _____
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	298.9 Perturbações Psicóticas Sem Outra Especificação (C39, p.35)

PERTURBAÇÕES DE USO DE SUBSTÂNCIAS

Actual	Ao longo da vida	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Perturbações de Uso de Álcool
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	303.90 Dependência de Álcool (<i>E15</i> , p.42)
		305.00 Abuso de Álcool (<i>E16</i> , p.42)
		Perturbações de Uso de Outras Substâncias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Dependência de Anfetaminas (<i>E31</i> , p.46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Dependência de Cannabis (<i>E31</i> , p.46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Dependência de Cocaína (<i>E31</i> , p.46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Dependência de Alucinogéneos (<i>E31</i> , p.46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Dependência de Inalantes(<i>E31</i> , p.46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Dependência de Opióides (<i>E31</i> , p.46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Dependência de Feniciclidina(<i>E31</i> , p.46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Dependência de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (<i>E31</i> , p.46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	304.90 Dependência de Outras Substâncias (ou Substâncias Desconhecidas) (<i>E31</i> , p.46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.70 Abuso de Anfetaminas (<i>E32</i> , p. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.20 Abuso de Cannabis (<i>E32</i> , p. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.60 Abuso de Cocaína (<i>E32</i> , p. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.30 Abuso de Alucinogéneos (<i>E32</i> , p. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 Abuso de Inalantes (<i>E32</i> , p. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.50 Abuso de Opiáceos <i>E32</i> , p. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 Abuso de Feniciclidina (<i>E32</i> , p. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.40 Abuso de Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos (<i>E32</i> , p. 46)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	305.90 Uso de Outras Substâncias (Ou de substâncias desconhecidas) (<i>E32</i> , p. 46)

PERTURBAÇÕES DE ANSIEDADE

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.21 Perturbação de Pânico com Agorafobia (<i>F23</i> , p. 49)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.01 Perturbação de Pânico sem Agorafobia (<i>F24</i> , p.49)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.3 Perturbação Obsessivo-compulsiva (<i>F38</i> , p.52)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	309.81 Perturbação Pós Stress traumático (<i>F64</i> , p.56)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	300.0 Perturbação de Ansiedade Sem Outra Especificação (<i>F71</i> , p.60)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	293.84 Perturbação de Ansiedade devida a Estado Físico Geral (<i>F86</i> , p.60)

Indique Estado Físico Geral: _____

Indique o especificador

- _____ Com Ansiedade Generalizada
 _____ Com Ataques de Pânico
 _____ Com Sintomas Obsessivo-compulsivos

Actual Ao longo da vida

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 291.8 | Perturbação de Ansiedade Induzida pelo Álcool (F91, p.62)
<i>Indique o especificador</i>
—— Com ansiedade Generalizada
—— Com ataques de Pânico
—— Com Sintomas Obsessivo-compulsivos
—— Com Sintomas Fóbicos |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 292.89 | Perturbação de Ansiedade Induzida por Outras Substâncias (F91, p.62)
Indique Substância: _____
<i>Indique o especificador</i>
—— Com Ansiedade Generalizada
—— Com Ataques de Pânico
—— Com Sintomas Obsessivo-compulsivos
—— Com Sintomas Fóbicos |

Outras Perturbações de Ansiedade

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 300.22 | Agorafobia sem História de Perturbação de Pânico (F65, p.56) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 300.23 | Fobia Social (F66, p.62) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 300.29 | Fobia Específica (F67, p.5656) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 300.02 | Perturbação de ansiedade Generalizada (F68, p.56) |

PERTURBAÇÕES SOMATOFORMES

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 300.81 | Perturbação de Somatização (F72, p.58) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 300.82 | Perturbação Somatoforme Indiferenciada (F72, p.58) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 300.7 | Hipocondria (F73, p.58) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 300.7 | Perturbação de Dismorfia Corporal (F74, p.58) |

PERTURBAÇÕES ALIMENTARES

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 307.1 | Anorexia Nervosa (F75, p.58) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 307.51 | Bulimia Nervosa (F76, p.58) |

PERTURBAÇÕES DE AJUSTAMENTO

- | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 309.0 | Perturbação de Ajustamento Com Humor Depressivo (F82, p. 59) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 309.24 | Perturbação de Ajustamento com Ansiedade(F82, p. 59) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 309.28 | Perturbação de Ajustamento com Misto de Ansiedade e Humor Depressivo (F82, p. 59) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 309.3 | Perturbação de Ajustamento com Distúrbio de Conduta (F82, p. 59) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 309.4 | Perturbação de Ajustamento com Distúrbio Misto de Emoções e de Conduta (F82, p. 59) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 309.9 | Perturbação de Ajustamento Sem Outra Especificação (F82, p. 59) |

OUTRAS PERTURBAÇÕES DO EIXO I DO DSM-IV

Actual Ao longo da vida

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Código e diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Código e diagnóstico: _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Código e diagnóstico: _____ |

DSM IV EIXO IV: LISTA PSICOSSOCIAL E AMBIENTAL

Verifique:

- Problemas com grupo de suporte primário. *Especifique:* _____

- Problemas relacionados com o meio social. *Especifique:* _____

- Problemas educacionais. *Especifique:* _____

- Problemas ocupacionais. *Especifique:* _____

- Problemas económicos. *Especifique:* _____

- Problemas de acesso aos serviços de cuidados de saúde. *Especifique:* _____

- Problemas relacionados com a interacção com os sistemas legais/crime. *Especifique:* _____

- Outros problemas psicossociais ou ambientais. *Especifique:* _____

Anexo 3

SCID II - Entrevista Clínica Estruturada para as
Perturbações da Personalidade do Eixo II do DSM-IV

**ENTREVISTA
CLÍNICA
ESTRUTURADA
PARA AS
PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE
DO EIXO II DO DSM-IV**

SCID - II

Michael B. First, M. D.
Miriam Gibbon, M. S. W.
Robert L. Spitzer, M. D.
Janet B. W. Williams, D. S. W.
Lorna Smith Benjamin, Ph. D.

Versão Portuguesa Autorizada:
José Pinto Gouveia
Ana Paula Matos
Daniel Rijo
Paula Castilho
Maria do Céu Salvador

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA
PARA AS PERTURBAÇÕES DE PERSONALIDADE
DO EIXO II DO DSM-IV

SCID-II

Michael B. First, M. D.
Miriam Gibbon, M. S. W.
Robert L. Spitzer, M. D.
Janet B. W. Williams, D. S. W.

Biometrics Research Department
New York State Psychiatric Institute
Department of Psychiatry
Columbia University
New York, New York

Lorna Smith Benjamin, Ph. D.

Department of Psychology
University of Utah
Salt Lake City, Utah

Versão portuguesa autorizada:
José Pinto Gouveia, Ana Paula Matos, Daniel Rijo, Paula Castilho, Maria do Céu Salvador

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Universidade de Coimbra

Estudo: _____	Estudo N.º: _____	1
Sujeito: _____	BI N.º: _____	2
Entrevistador: _____	Entrevistador N.º: _____	3
Data da entrevista: _____		4
	Ano Mês Dia	
Fontes de informação:	<input type="checkbox"/> Sujeito	5
(assinalar as utilizadas)	<input type="checkbox"/> Família/amigos/colegas	6
	<input type="checkbox"/> Profissionais de saúde/processo hospitalar/relatório	7
	<input type="checkbox"/> Questionário de Personalidade da SCID-II	8

Editado e verificado por: _____ Data: _____

Anexo 4
YSQ-S3R Young Schema Questionnaire,
3rd Edition, revised

QUESTIONÁRIO DE ESQUEMAS DE YOUNG — YSQ – S3

Jeffrey Young, Ph.D.

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

Nome _____ Idade _____ Data _____

Estado Civil _____ Grau de Instrução _____ Profissão _____

INSTRUÇÕES: Estão indicadas a seguir algumas afirmações que podemos utilizar quando nos queremos descrever. Por favor, leia cada uma das afirmações e decida até que ponto ela se aplica a si, **ao longo do último ano**. Quando tiver dúvidas, responda baseando-se no que **sente** emocionalmente e não no que pensa ser verdade.

Algumas das afirmações referem-se à sua relação com os seus pais ou companheiro(a). Se alguma destas pessoas faleceu, por favor responda a estas questões com base na relação que tinha anteriormente com elas. Se, actualmente, não tem um(a) companheiro(a) mas teve relacionamentos amorosos no passado, por favor responda com base no seu relacionamento amoroso significativo mais recente.

Para responder até que ponto a afirmação o(a) descreve, utilize a escala de resposta abaixo indicada, escolhendo, de entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso. Escreva o número da resposta no respectivo espaço em branco.

ESCALA DE RESPOSTA

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

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

3 = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo

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

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

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

1. ____ Não tenho tido ninguém que cuide de mim, que partilhe comigo a sua vida ou que se preocupe realmente com tudo o que me acontece.
2. ____ Costumo apegar-me demasiado às pessoas que me são mais próximas porque tenho medo que elas me abandonem.
3. ____ Sinto que as pessoas se vão aproveitar de mim.
4. ____ Sou um(a) desajustado(a).
5. ____ Nenhum homem/mulher de quem eu goste pode gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos ou fraquezas.
6. ____ Quase nada do que faço no trabalho (ou na escola) é tão bom como o que os outros são capazes de fazer.
7. ____ Não me sinto capaz de me desenvencilhar sozinho(a) no dia-a-dia.
8. ____ Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de mal está para acontecer.

9. ___ Não tenho sido capaz de me separar dos meus pais, tal como fazem as outras pessoas da minha idade.
10. ___ Sinto que, se fizer o que quero, só vou arranjar sarilhos.
11. ___ Sou sempre eu que acabo por tomar conta das pessoas que me são mais chegadas.
12. ___ Sou demasiado controlado(a) para revelar os meus sentimentos positivos aos outros (por ex., afecto, mostrar que me preocupo).
13. ___ Tenho que ser o(a) melhor em quase tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar.
14. ___ Tenho muita dificuldade em aceitar um "não" por resposta quando quero alguma coisa dos outros.
15. ___ Não sou capaz de me forçar a ter disciplina suficiente para cumprir tarefas rotineiras ou aborrecidas.
16. ___ Ter dinheiro e conhecer pessoas importantes faz-me sentir uma pessoa com valor.
17. ___ Mesmo quando as coisas parecem estar a correr bem, sinto que isso é apenas temporário.
18. ___ Se cometer um erro, mereço ser castigado.
19. ___ Não tenho pessoas que me dêem carinho, apoio e afecto.
20. ___ Preciso tanto dos outros que me preocupo com o facto de os poder perder.
21. ___ Sinto que tenho sempre que me defender na presença dos outros, senão eles magoar-me-ão intencionalmente.
22. ___ Sou fundamentalmente diferente dos outros.
23. ___ Ninguém que me agrada gostaria de ficar comigo depois de me conhecer tal como eu sou na realidade.
24. ___ Sou um(a) incompetente quando se trata de atingir objectivos ou de levar a cabo uma tarefa no trabalho (ou na escola).
25. ___ Considero-me uma pessoa dependente relativamente ao que tenho que fazer no dia-a-dia.
26. ___ Sinto que uma desgraça (natural, criminal, financeira ou médica) pode atingir-me a qualquer momento.
27. ___ Eu e os meus pais temos tendência a envolvermo-nos demasiado na vida e nos problemas uns dos outros.
28. ___ Sinto que não tenho outro remédio senão ceder à vontade dos outros, caso contrário, eles irão retaliar, zangar-se ou rejeitar-me de alguma maneira.
29. ___ Sou uma boa pessoa porque penso mais nos outros do que em mim.
30. ___ Considero embaraçoso exprimir os meus sentimentos aos outros.
31. ___ Esforço-me por fazer o melhor; não me contento com ser suficientemente bom.
32. ___ Sou especial e não devia ser obrigado(a) a aceitar muitas das restrições ou limitações que são impostas aos outros.

33. ___ Se não consigo atingir um objectivo, fico facilmente frustrado(a) e desisto.
34. ___ Aquilo que consigo alcançar tem mais valor para mim se for algo em que os outros reparem.
35. ___ Se algo de bom acontecer, preocupa-me que esteja para acontecer algo de mau a seguir.
36. ___ Se não me esforçar ao máximo, é de esperar que as coisas corram mal.
37. ___ Tenho sentido que não sou uma pessoa especial para ninguém.
38. ___ Preocupa-me que as pessoas a que estou ligado(a) me deixem ou me abandonem.
39. ___ Mais tarde ou mais cedo, acabarei por ser traído(a) por alguém.
40. ___ Sinto que não pertença a grupo nenhum; sou um solitário.
41. ___ Não tenho valor suficiente para merecer o amor, a atenção e o respeito dos outros.
42. ___ A maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu no que diz respeito ao trabalho (ou à escola).
43. ___ Tenho falta de bom senso.
44. ___ Preocupa-me poder ser fisicamente agredido por alguém.
45. ___ É muito difícil, para mim e para os meus pais, termos segredos íntimos que não contamos uns aos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados por isso.
46. ___ Nas minhas relações com os outros deixo que eles me dominem.
47. ___ Estou tão ocupado(a) a fazer coisas para as pessoas de quem gosto que tenho pouco tempo para mim.
48. ___ Para mim é difícil ser caloroso(a) e espontâneo(a) com os outros.
49. ___ Devo de estar à altura de todas as minhas responsabilidades e funções.
50. ___ Detesto ser reprimido(a) ou impedido(a) de fazer o que quero.
51. ___ Tenho muita dificuldade em abdicar de uma recompensa ou prazer imediato, a favor de um objectivo a longo prazo.
52. ___ Sinto-me pouco importante, a não ser que receba muita atenção dos outros.
53. ___ Todo o cuidado é pouco; quase sempre alguma coisa corre mal.
54. ___ Se não fizer bem o que me compete, mereço sofrer as consequências.
55. ___ Não tenho tido ninguém que me ouça atentamente, que me compreenda ou que perceba os meus verdadeiros sentimentos e necessidades.
56. ___ Quando sinto que alguém de quem eu gosto se está a afastar de mim, sinto-me desesperado.
57. ___ Sou bastante desconfiado quanto às intenções das outras pessoas.
58. ___ Sinto-me afastado(a) ou desligado dos outros.
59. ___ Sinto que nunca poderei ser amado por alguém.

60. ___ Não sou tão talentoso(a) no trabalho como a maioria das pessoas.
61. ___ Não se pode confiar no meu julgamento em situações do dia-a-dia.
62. ___ Preocupa-me poder perder todo o dinheiro que tenho e ficar muito pobre ou na miséria.
63. ___ Sinto frequentemente que é como se os meus pais vivessem através de mim — não tenho uma vida própria.
64. ___ Sempre deixei que os outros escolhessem por mim; por isso, não sei realmente aquilo que quero para mim.
65. ___ Tenho sido sempre eu quem ouve os problemas dos outros.
66. ___ Controlo-me tanto que as pessoas pensam que não tenho sentimentos ou que tenho um coração de pedra.
67. ___ Sinto sobre mim uma pressão constante para fazer coisas e atingir objectivos.
68. ___ Sinto que não devia ter que seguir as regras e convenções habituais que as outras pessoas têm que seguir.
69. ___ Não me consigo obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo quando sei que é para o meu bem.
70. ___ Quando faço uma intervenção numa reunião ou quando sou apresentado a alguém num grupo, é importante para mim obter reconhecimento e admiração.
71. ___ Por muito que trabalhe, preocupa-me poder ficar na miséria e perder quase tudo o que possuo.
72. ___ Não interessa porque é que cometi um erro; quando faço algo errado, há que pagar as consequências.
73. ___ Não tenho tido uma pessoa forte ou sensata para me dar bons conselhos e me dizer o que fazer quando não tenho a certeza da atitude que devo tomar.
74. ___ Por vezes, a preocupação que tenho com o facto de as pessoas me poderem deixar é tão grande, que acabo por as afastar.
75. ___ Estou habitualmente à procura de segundas intenções ou do verdadeiro motivo por detrás do comportamento dos outros.
76. ___ Em grupo, sinto sempre que estou de fora.
77. ___ Sou demasiado inaceitável para me poder mostrar tal como sou às outras pessoas ou para deixar que me conheçam bem.
78. ___ No que diz respeito ao trabalho (ou à escola) não sou tão inteligente como a maior parte das pessoas.
79. ___ Não tenho confiança nas minhas capacidades para resolver problemas que surjam no dia-a-dia.
80. ___ Preocupa-me poder estar a desenvolver uma doença grave, ainda que não tenha sido diagnosticado nada de grave pelo médico.

81. ___ Sinto frequentemente que não tenho uma identidade separada da dos meus pais ou companheiro(a).
82. ___ Tenho imenso trabalho para conseguir que os meus sentimentos sejam tidos em consideração e os meus direitos sejam respeitados.
83. ___ As outras pessoas consideram que faço muito pelos outros e não faço o suficiente por mim.
84. ___ As pessoas acham que tenho dificuldade em exprimir o que sinto.
85. ___ Não posso descuidar as minhas obrigações de forma leviana, nem desculpar-me pelos meus erros
86. ___ Sinto que o que tenho para oferecer tem mais valor do que aquilo que os outros têm para dar.
87. ___ Raramente tenho sido capaz de levar as minhas decisões até ao fim.
88. ___ Receber muitos elogios dos outros faz-me sentir uma pessoa que tem valor.
89. ___ Preocupa-me que uma decisão errada possa provocar uma catástrofe.
90. ___ Sou uma pessoa má que merece ser castigada.

© 2005 Jeffrey Young, Ph. D. Special thanks to Gary Brown, Ph.D., Scott Kellogg, Ph.D., Glenn Waller, Ph.D., and the many other therapists and researchers who contributed items and feedback in the development of the YSQ. Unauthorized reproduction without written consent of the author is prohibited. For more information, write: Schema Therapy Institute, 36 West 44th St., Ste. 1007, New York, NY 10036.

Anexo 5
BDI Beck Depression Inventory

ESCALA DE BECK DE AUTO-AVALIAÇÃO DA DEPRESSÃO

(Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961; Versão Portuguesa: Vaz Serra, A. & Pio Abreu, J. L., 1973)

*Isto é um questionário. É constituído por vários grupos de afirmações.
Em cada grupo escolha uma única afirmação. A que melhor descreve a forma como
se sente no momento actual.*

INVENTÁRIO DEPRESSIVO

Não me sinto triste	<input type="checkbox"/>
Ando "neura" ou triste	<input type="checkbox"/>
Sinto-me neura ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo	<input type="checkbox"/>
Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim	<input type="checkbox"/>
Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado	<input type="checkbox"/>
Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro	<input type="checkbox"/>
Sinto-me com medo do futuro	<input type="checkbox"/>
Sinto que não tenho nada a esperar do que surja do futuro	<input type="checkbox"/>
Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas	<input type="checkbox"/>
Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar	<input type="checkbox"/>
Não tenho a sensação de ter fracassado	<input type="checkbox"/>
Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>
Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado	<input type="checkbox"/>
Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos	<input type="checkbox"/>
Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher)	<input type="checkbox"/>
Não me sinto descontente com nada em especial	<input type="checkbox"/>
Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo	<input type="checkbox"/>
Não tenho satisfação com as pessoas que me alegravam antigamente	<input type="checkbox"/>
Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for	<input type="checkbox"/>
Sinto-me descontente com tudo	<input type="checkbox"/>
Não me sinto culpado com nada em particular	<input type="checkbox"/>
Sinto, grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor	<input type="checkbox"/>
Sinto-me bastante culpado	<input type="checkbox"/>
Agora, sinto permanentemente que sou mau e não valho absolutamente nada	<input type="checkbox"/>
Considero que sou mau e não valho absolutamente nada	<input type="checkbox"/>
Não me sinto que esteja a ser vítima de algum castigo	<input type="checkbox"/>
Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal	<input type="checkbox"/>
Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado	<input type="checkbox"/>
Sinto que mereço ser castigado	<input type="checkbox"/>
Quero ser castigado	<input type="checkbox"/>
Não me sinto descontente comigo	<input type="checkbox"/>
Estou desiludido comigo	<input type="checkbox"/>
Não gosto de mim	<input type="checkbox"/>
Estou bastante desgostoso comigo	<input type="checkbox"/>
Odeio-me	<input type="checkbox"/>
Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa	<input type="checkbox"/>
Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros	<input type="checkbox"/>
Culpo-me das minhas próprias faltas	<input type="checkbox"/>
Acuso-me de tudo de mal que acontece	<input type="checkbox"/>

Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo	<input type="checkbox"/>
Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar	<input type="checkbox"/>
Sinto que seria melhor morrer	<input type="checkbox"/>
Creio que seria melhor para a minha família se eu morresse	<input type="checkbox"/>
Tenho planos concretos sob a forma como hei-de por termo à vida	<input type="checkbox"/>
Matar-me-ia se tivesse oportunidade	<input type="checkbox"/>
Actualmente não choro mais do que o costume	<input type="checkbox"/>
Choro agora mais do que o costume	<input type="checkbox"/>
Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo	<input type="checkbox"/>
Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, mesmo quando tenho vontade	<input type="checkbox"/>
Não fico mais irritado do que ficava	<input type="checkbox"/>
Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que ficava	<input type="checkbox"/>
Sinto-me permanentemente irritado	<input type="checkbox"/>
Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente	<input type="checkbox"/>
Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas	<input type="checkbox"/>
Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter	<input type="checkbox"/>
Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas	<input type="checkbox"/>
Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito	<input type="checkbox"/>
Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente	<input type="checkbox"/>
Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões	<input type="checkbox"/>
Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas	<input type="checkbox"/>
Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão	<input type="checkbox"/>
Não acho que tenho pior aspecto do que costumava	<input type="checkbox"/>
Estou aborrecido porque estou a parecer velho e pouco atraente	<input type="checkbox"/>
Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornam pouco atraente ...	<input type="checkbox"/>
Sinto que sou feio ou tenho um aspecto repulsivo	<input type="checkbox"/>
Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente	<input type="checkbox"/>
Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar	<input type="checkbox"/>
Não consigo trabalhar tão bem como de costume	<input type="checkbox"/>
Tenho de dispender um grande esforço para fazer seja o que for	<input type="checkbox"/>
Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja	<input type="checkbox"/>
Consigo dormir tão bem como dantes	<input type="checkbox"/>
Acordo mais cansado de manhã do que era habitual	<input type="checkbox"/>
Acordo cerca de 1-2 horas mais cedo do que é costume e custa-me voltar a adormecer	<input type="checkbox"/>
Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais de cinco horas	<input type="checkbox"/>
Não me sinto mais cansado do que o habitual	<input type="checkbox"/>
Fico cansado com mais facilidade do que antigamente	<input type="checkbox"/>
Fico cansado quando faço seja o que for	<input type="checkbox"/>
Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja	<input type="checkbox"/>
O meu apetite é o mesmo de sempre	<input type="checkbox"/>
O meu apetite não é tão bom como costumava ser	<input type="checkbox"/>
Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente	<input type="checkbox"/>
Perdi por completo todo o apetite que tinha	<input type="checkbox"/>
Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum, ultimamente	<input type="checkbox"/>
Perdi mais de 2,5 quilos de peso	<input type="checkbox"/>
Perdi mais de 5 quilos de peso	<input type="checkbox"/>
Perdi mais de 7,5 quilos de peso	<input type="checkbox"/>
A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual	<input type="checkbox"/>
Sinto-me preocupado com dores e sofrimento, com má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis	<input type="checkbox"/>
Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se me torna difícil pensar noutra coisa	<input type="checkbox"/>
Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto	<input type="checkbox"/>
Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual	<input type="checkbox"/>
Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costumava estar	<input type="checkbox"/>
Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual	<input type="checkbox"/>
Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual	<input type="checkbox"/>

Anexo 6
BSI Bref Symptoms Inventory

BSI

L. R. Derogatis; 1993; Versão: M.C. Canavaro; 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o grau em que cada problema o afectou durante a última semana. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitissi- mas Vezes
1. Nervosismo ou tensão interior.....					
2. Desmaios ou tonturas.....					
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.....					
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.....					
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.....					
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.....					
7. Dores sobre o coração ou no peito.....					
8. Medo na rua ou praça públicas.....					
9. Pensamentos de acabar com a vida.....					
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.....					
11. Perder o apetite.....					
12. Ter um medo súbito sem ter razão para isso.....					
13. Ter impulsos que não se podem controlar.....					
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com outras pessoas.....					
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.....					
16. Sentir-se sozinho.....					
17. Sentir-se triste.....					
18. Não ter interesse por nada.....					
19. Sentir-se atemorizado.....					
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.....					
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.....					
22. Sentir-se inferior aos outros.....					
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago.....					

Em que medida foi afectado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Muitas Vezes	Muitissi- mas Vezes
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.....					
25. Dificuldade em adormecer.....					
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.....					
27. Dificuldade em tomar decisões.....					
28. medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro.....					
29. Sensação de que lhe falta o ar.....					
30. Calafrios ou afrontamentos.....					
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo.....					
32. Sensação de vazio na cabeça.....					
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo.....					
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados.....					
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.....					
36. Ter dificuldade em se encontrar.....					
37. Falta de forças em partes do corpo.....					
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.....					
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.....					
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém.....					
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas.....					
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.....					
43. Sentir-se mal no meio de multidões.....					
44. Grande dificuldade em sentir-se “próximo” de outra pessoa.....					
45. Ter ataques de terror ou pânico.....					
46. Entrar facilmente em discussão.....					
47. Sentir-se nervoso quando tem de ficar sozinho.....					
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.....					
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado ou quieto.....					
50. Sentir que não tem valor.....					
51. A impressão que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.....					
52. Ter sentimentos de culpa.....					
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.....					

Anexo 7
DASS 21 Depression, Anxiety, and Stress Scale

EADS-21
(Lovibond & Lovibond, 1995)

Por favor leia cada uma das afirmações abaixo e assinale 0, 1, 2 ou 3 para indicar quanto cada afirmação se aplicou a si **durante a semana passada**. Não há respostas certas ou erradas. Não leve muito tempo a indicar a sua resposta em cada afirmação.

A classificação é a seguinte:

Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes			
0	1	2	3			
			0	1	2	3
1. Tive dificuldades em me acalmar						
2. Senti a minha boca seca						
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo						
4. Senti dificuldades em respirar						
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas						
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações						
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)						
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa						
9. Preocupe-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula						
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro						
11. Dei por mim a ficar agitado						
12. Senti dificuldade em me relaxar						
13. Senti-me desanimado e melancólico						
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer						
15. Senti-me quase a entrar em pânico						
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada						
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa						
18. Senti que por vezes estava sensível						
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico						
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso						
21. Senti que a vida não tinha sentido						

Anexo 8
IAECA Scenarios Validation Questionnaire for Experts

RESEARCH PROJECT
CORE COGNITIVE STRUCTURES, SYMPTOMATIC PSYCHOPATHOLOGY AND PERSONALITY DISORDERS
(POCI/PSI/60954/2004)

Main Researchers: Rijo, Daniel & Pinto Gouveia, José (University of Coimbra, Portugal)

Name (optional):	
Gender: Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>	Age: _____ years old.
Marital Status: Single <input type="checkbox"/> Married/Living together <input type="checkbox"/> Divorced/Separated <input type="checkbox"/> Widow <input type="checkbox"/>	
Academic Degree:	
Medical Doctor/Psychiatrist <input type="checkbox"/> Psychologist/Psychotherapist <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Specify: _____	
Nationality: _____	E-mail: _____ @ _____
How long do you work with the Schema-Focused Therapy approach? _____ years.	
Which kind of patients do you work with? You can choose more than one option.	
Mood Disorders <input type="checkbox"/>	Eating Disorders <input type="checkbox"/>
Anxiety Disorders <input type="checkbox"/>	Personality Disorders <input type="checkbox"/>
Disorders related with Substance Abuse <input type="checkbox"/>	Other Disorders <input type="checkbox"/> Specify: _____
In which setting do you develop your main activity? Choose the main one.	
Primary Health Care <input type="checkbox"/>	Social Care <input type="checkbox"/>
Specialized Mental Health Units <input type="checkbox"/>	Forensic Settings <input type="checkbox"/>
Private Office <input type="checkbox"/>	Other <input type="checkbox"/> Specify: _____

Instructions

Please read carefully each life scenario presented below.

Then decide **to which** of the nine possible **EMSs that scenario is related to**.

Each scenario was developed to be mainly related to only one among nine EMSs. **Based only on your knowledge of the Young's Schema Model and on your clinical expertise, choose the EMS you think is better related to each specific scenario.**

There is more than one scenario for each of the nine EMSs. You will also find that some of the scenarios refer to early life experiences related to schema development while others refer to present life situations capable of triggering a particular EMS.

After you had answered the questionnaire, please return it to the following e-mail address as an attachment: danielresearch@fpce.uc.pt

Thanks for your collaboration.

- 1- You are at home with your partner and some of yours close friends. They are all discussing a controversial issue and you start to feel ashamed because you don't have the ability to express your opinions as well. You end up staying quiet and taking no part in the conversation. When you try to say something they seem to ignore or criticize it, making you feel that their arguments are better than yours and you know nothing about the matter. Even your partner takes their side and seems to disregard your presence.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 2- After a long day, you come home tired and frustrated because things weren't going well at work. You feel in need of a friendly shoulder to share your problems, someone that understands and supports you. You try to talk to your partner about your feelings but he/she doesn't pay you attention. You feel he/she isn't there to understand and support you.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 3- When you were a child, the teachers organized a holiday camp away from home to celebrate the end of classes. Your classmates were very enthusiastic about the idea and immediately started to do plans. You would also like to go but you became nervous and frightened. You thought about all the dangerous things that could occur in a scenario like that: get lost, accidents, illnesses. Your mother was worried too that something like that could happen to you if you went. Despite your will to go you couldn't deal with your feelings of insecurity. In the end you stayed home.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 4- You were asked by your teacher to write a paper in order to present it in an exposition at school. You were pleased by this idea and immediately started to think about what you were going to write. For several days you spent all your free time concentrated in this task, and even stop playing with your friends, watching TV or doing everything else that was seen as a waste of time. Even though you've worked hard and dedicated much time to do

a good paper, you kept feeling that it was not good enough. You couldn't stop feeling that it wasn't as good as you wished it to be. At the exposition, everybody congratulated you for the excellent work you've done.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 5- You were home alone when someone knocked on the front door. You went to the door and it was an old man, who claimed to be yours family friend. He seemed extremely nice and you let him in to wait for your parents. He started to chat friendly and attempted to physically approach you, showing great interest for you... He started to touch you, forcing you to engage in sexual contact with him.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 6- Your parents used to criticize you all the time, even without a reason. Once, while playing with your friends, you dirty yourself. When you came home, they started yelling at you, saying you were a lazy kid, a useless one and that everybody was smarter than you — you were just a loser who would never become someone in life. Even though you tried to explain yourself, they kept yelling at you and ended up saying you shouldn't have born

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 7- Despite being a good student, you've always felt you should do better and try harder. You have always admired your parents for their success and their perfect way of doing everything. You always feared you would never be as good as them. And because of that you pushed harder by yourself to do things better.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 8- When you were a teen, while the others took part in groups because of their shared interests in fashion, sports, music..., you used to feel really different and believed you had nothing in common with them. You've always been shy; so you used to believe that all others were more popular than you and felt apart from them. You either felt excluded or, when you were with them, it seemed like you weren't there as if you were someone dispensable that no one cares.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 9- You were feeling down because you have had several problems at school. You came home sad and willing to talk to someone and feel supported. You tried to talk with your parents but felt they didn't care about you and dismissed your feelings. They didn't pay attention to you and said you shouldn't worry about what happened. You felt sad and helplessness... they didn't understand what you were feeling.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 10- You were at school and you have done a math test. You've studied a lot but the exercises were difficult and you ended up having a bad mark. The teacher said out loudly that your result was one of the worst. She devalued you in front of all the class because your classmates had better marks. In the playground the other kids made jokes about it and brag themselves. After that the teacher acted like if you weren't capable of understanding the subjects.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

11- You are falling in love by someone of your age. Every time you find her/him you are able to have a nice talk about casual issues. However you fear becoming closer because she/he would know you better and then would walk away. So you must always give a very good impression that, in the end, isn't the actual you. If she/he truly knew you, it was sure she/he would no longer fancy you. And that would be unbearable.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

12- When you were eighteen, you went shopping with a friend to dress you up to attend to a party. You've tried several outfits but couldn't decide which one you liked the better, that fit you better and that you needed the most. The women at the shop insisted you bought a pretty jacket that fit you well. You also liked it but doubted that it might be too ceremonial, and afterwards you wouldn't use it anymore. You wished your mother would be there to help you to decide. You asked your friend's opinion, who also thinks the jacket is a good purchase. However those two opinions weren't enough for you to make a decision. Later you returned to the shop to try it one more time but once again you couldn't form an opinion. So you decided you would have to come back a third time with your mother or an adult of your trust to help you decide for good.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

13- You have been feeling sick for a couple of days. Although the symptoms aren't serious, you can't relax and stop worrying about it. You go to see the doctor who talks about the possibility of you having a heart condition, what could only be confirmed by detailed medical exams. Every time you find yourself in a situation like this you become extremely worried and afraid that it could mean the worst.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 14- Your partner hasn't arrived home yet and he/she usually calls when late. Despite it is only a short delay, you can't help to feel lonely and afraid he/she is moving apart from you. You fear being left alone and believe that, sooner or later, it will end up happening.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 15- Your partner is going away in work for a couple of weeks. You become very anxious for the simple fact that you will have to stay by yourself, having to make all the decisions or solve problems that might occur on your own. You feel insecure and freighted something would come up and you would have to deal with it alone. You fear you can't do things well or do something wrong, because if it happened you couldn't possibly deal with the consequences. You feel totally helpless without the permanent support of your partner.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

- 16- In your childhood, while playing with other children your parents were nearby watching you. You hurt yourself and started to cry. Your friend's parents immediately ran to their kids, thinking that they could also be hurt. They showed a great concern towards them. On the contrary, your parents stood still, called for you and, despite being injured, it was you who had to go to them. They didn't seem to care and told you to go play that the pain would go away.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

17- At work, you and your colleges are asked to write a report concerning an activity you've done. You hesitate accepting the task because you don't believe you can do it properly. Your boss insisted you had to do it and so you tried hard to do your best writing the report. Nonetheless, when everyone is presenting their reports to the boss, you realize yours is more incomplete and weaker. After your bosses review, you conclude your report is the one that has more mistakes and negative remarks.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

18- Your father came home and seemed very annoyed. Despite you've behaved well, he had to find a way to mistreat you and started to pick on you because you weren't studying. He accused you of being lazy and irresponsible, discharging on you all the anger he was feeling. He went on criticizing you unfairly, calling you names and blaming you for his own problems. Your mother was there but she did nothing to defend you.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

19- Despite being a good student, you've always felt you should do better and try harder. You have always admired your parents for their success and their perfect way of doing everything. You always feared you would never be as good as them. And because of that you pushed harder by yourself to do things better.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

20- When you were in the 5th grade, students were told that they would have to choose one among the activities that the school was offering. Even knowing you could change the chosen activity after trying it for a week, you were told to choose one anyway (the one you liked the better). You became very anxious fearing not being able to do the right choice. This is, you find it very difficult to decide what to choose because you don't trust in your ability to make the right decisions. You wish your parents could help you to choose because they are the ones who know what is better for you and because you feel you aren't old enough to choose wisely by yourself.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

21- At school, all the students were invited to participate in a short stories contest. You would like very much to participate but, at the same time, you were afraid of not being capable to write anything good enough for the competition. You tried several times to create a good story and even wrote some handouts. Nevertheless, you kept concluded that none of the stories were good enough for the contest, because you didn't have what it took to write a fine story. In the end, you gave up.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

22- Frequently your friends ask for your help. Whenever they need to do anything they don't hesitate asking for your collaboration and take advantage of your abilities. However, when you need them they usually aren't there for you or they claim have something more important to do. They usually refuse helping you even showing superiority every time you ask them for help. Nonetheless, some even laugh on your back and make negative comments on you with other people. You feel they take advantage on you, they abuse you and, in the end, they end up betraying you.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

23- You were home alone because your mother had gone shopping and your father hadn't arrived from work yet. It was getting late and you started to worry, fearing they had abandoned you and would never come back. At that time, the only thing you could remember of was your mother threatening to leave home when angry with your father. That idea made you feel even worse, lonelier and afraid of never seeing your mother again.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

24- You came home joyful because you've done well at school (or because something had gone well for you) and ran to give the good news to your parents. After listening to you, they didn't seem very enthusiastic and even told you: "It was okay, but you could have done much better!". It was always the same... if it was your brother, certainly they would be proud. They used to compare you, not only to your brother, who was the perfect child to them, but also with others. Anyway, you were always behind everyone else, everybody was superior to you.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

25- You have 15 minutes to present a theme in a meeting at work where all your colleagues will be present. You start to work on this presentation several days in advance. When time comes to start writing you feel your ideas aren't as clear as you wished and that you need to do a better work. You try harder but keep feeling it's not good enough and that you should do it properly. At the end, when you present it, your colleagues congratulate you for the quality of your work.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

26- Your parents had to leave you to someone who could raise you (because they had to emigrate, had a lot of children or because they had a hard job). In spite you understood why they needed to do so, you felt lonely and sad anyway, because you could not be with your own parents.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

27- You missed school because you were having a fever and feeling nauseous. When your mother noticed it, she became scared and worried it could be something serious. She was always very cautious about health issues and any sickness sign. Even the minor one was a reason to go to the doctor, because she thought always the worst. In these situations your mother used to remember cases of people who became ill apparently for no reason, and according to her "is better to be safe than sorry". She immediately took you to the hospital, where you did several medical tests that scared you for the possibility you could have a severe illness.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

28- Your parents accused you of being responsible for the mess and all the dirtiness in the living room. In fact it hadn't been you who did all that mess. However, without giving you time to explain yourself, they started blaming you for not having clean the living room and hit you as punishment. You tried to explain yourself but they didn't seem to care and just kept hitting you unfairly.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

29- When you were a kid, you used to feel different from others because you were fatter than your friends. You tried hard to be as nice as you could so they didn't reject you. Even so, you couldn't help to feel different for being fat. Because of your weight you couldn't be as fast or as good in sports as other kids were. Once, when the teams were being formed, you felt humiliated and rejected because they chose everyone else and left you out. They just told you to watch the game on the bench. You were really excluded.

Please choose among the following EMSs the one you think is best related to this scenario.		
Emotional Deprivation <input type="checkbox"/>	Social Isolation/Alienation <input type="checkbox"/>	Practical Incompetence/Dependence <input type="checkbox"/>
Abandonment <input type="checkbox"/>	Defectiveness/Unlovability <input type="checkbox"/>	Vulnerability to Harm or Illness <input type="checkbox"/>
Mistrust/Abuse <input type="checkbox"/>	Failure to Achieve <input type="checkbox"/>	Unrelenting Standards <input type="checkbox"/>

Thanks!
Daniel Rijo & José Pinto Gouveia

Anexo 9

IAECA-R Inventário de Avaliação de Esquemas por
Cenários Activadores, revisto

IAECA – R

(Daniel Rijo e José Pinto Gouveia, 1999; 2006)

Instruções

Para responder a este questionário, respeite os seguintes passos:

1º São apresentadas breves descrições de episódios que podem já ter ocorrido na sua vida (quando você era mais novo ou no tempo presente). **Leia atentamente cada conjunto de situações apresentadas e escolha aquela que sentir que tem mais a ver consigo ou que se assemelha a algo que já viveu.** Assinale a situação escolhida **marcando uma cruz (X)** no quadrado correspondente.

2º Para a situação escolhida, deve **ainda assinalar o grau em que considera que essa situação se assemelha a experiências que já viveu ou que está a viver.** Para tal, utilize a escala de 1 a 7 apresentada e trace um círculo em redor do valor correspondente.

3º De seguida, feche os olhos e procure imaginar-se o melhor possível nessa situação, como se estivesse agora a vivê-la. Se o episódio apresentado lhe fizer recordar alguma situação da sua vida (mais remota ou mais recente), opte por imaginar a situação de que se recordou, em vez da situação aqui apresentada. **Demore o tempo que for preciso para conseguir imaginar bem a situação como se estivesse a passar por ela no presente e repare nas emoções que possa sentir. É muito importante que faça este exercício de imaginação de forma séria e que se esforce por recordar-se bem dos pormenores da situação.**

4º Logo de imediato, e tentando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação, responda às afirmações que são apresentadas e decida até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa. Quando tiver dificuldade, **responda sempre baseando-se no que realmente sente e não no que racionalmente pensa ser verdade.** Se desejar, pode alterar ligeiramente a frase de maneira a torná-la mais verdadeira para o seu caso.

Para responder até que ponto a afirmação descreve o que sente ou o que pensa de si, **utilize a escala de resposta apresentada nesta página. Escolha, de entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso e escreva depois o número da escala de resposta no respectivo espaço em branco.**

5º Finalmente, a seguir a cada grupo de afirmações, é apresentada uma breve lista de emoções com escalas para assinalar o grau em que sentiu cada uma delas. Assinale, com um círculo, a intensidade com que sentiu cada emoção enquanto estava a imaginar a situação.

NOTA: Não se preocupe em memorizar estes procedimentos porque eles estão repetidos passo-a-passo ao longo do questionário. Terá apenas que seguir atentamente as instruções que lhe são fornecidas.

Pode separar esta folha das restantes para ter mais presente a escala de resposta às afirmações.

ESCALA DE RESPOSTA ÀS AFIRMAÇÕES

- 1** = Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo
- 2** = Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo
- 3** = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo
- 4** = Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo
- 5** = Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo
- 6** = Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo

Obrigado pela colaboração!
Os autores.

IAECA – R

(Daniel Rijo e José Pinto Gouveia, 1999; 2006)

Instruções

Para responder a este questionário, respeite os seguintes passos:

1º São apresentadas breves descrições de episódios que podem já ter ocorrido na sua vida (quando você era mais novo ou no tempo presente). **Leia atentamente cada conjunto de situações apresentadas e escolha aquela que sentir que tem mais a ver consigo ou que se assemelha a algo que já viveu.** Assinale a situação escolhida **marcando uma cruz (X)** no quadrado correspondente.

2º Para a situação escolhida, deve **ainda assinalar o grau em que considera que essa situação se assemelha a experiências que já viveu ou que está a viver.** Para tal, utilize a escala de 1 a 7 apresentada e trace um círculo em redor do valor correspondente.

3º De seguida, feche os olhos e procure imaginar-se o melhor possível nessa situação, como se estivesse agora a vivê-la. Se o episódio apresentado lhe fizer recordar alguma situação da sua vida (mais remota ou mais recente), opte por imaginar a situação de que se recordou, em vez da situação aqui apresentada. **Demore o tempo que for preciso para conseguir imaginar bem a situação como se estivesse a passar por ela no presente e repare nas emoções que possa sentir. É muito importante que faça este exercício de imaginação de forma séria e que se esforce por recordar-se bem dos pormenores da situação.**

4º Logo de imediato, e tentando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação, responda às afirmações que são apresentadas e decida até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa. Quando tiver dificuldade, **responda sempre baseando-se no que realmente sente e não no que racionalmente pensa ser verdade.** Se desejar, pode alterar ligeiramente a frase de maneira a torná-la mais verdadeira para o seu caso.

Para responder até que ponto a afirmação descreve o que sente ou o que pensa de si, **utilize a escala de resposta apresentada nesta página. Escolha, de entre as seis respostas possíveis, aquela que melhor se ajusta ao seu caso e escreva depois o número da escala de resposta no respectivo espaço em branco.**

5º Finalmente, a seguir a cada grupo de afirmações, é apresentada uma breve lista de emoções com escalas para assinalar o grau em que sentiu cada uma delas. Assinale, com um círculo, a intensidade com que sentiu cada emoção enquanto estava a imaginar a situação.

NOTA: Não se preocupe em memorizar estes procedimentos porque eles estão repetidos passo-a-passo ao longo do questionário. Terá apenas que seguir atentamente as instruções que lhe são fornecidas.

Podem separar esta folha das restantes para ter mais presente a escala de resposta às afirmações.

ESCALA DE RESPOSTA ÀS AFIRMAÇÕES

- 1** = Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo
- 2** = Falso na maioria das vezes, isto é, não tem quase nada a ver com o que acontece comigo
- 3** = Ligeiramente mais verdadeiro do que falso, isto é, tem ligeiramente a ver com o que acontece comigo
- 4** = Moderadamente verdadeiro, isto é, tem moderadamente a ver com o que acontece comigo
- 5** = Verdadeiro a maioria das vezes, isto é, tem muito a ver com o que acontece comigo
- 6** = Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo

Obrigado pela colaboração!
Os autores.

Os seus dados pessoais serão mantidos confidenciais.

Nome _____ Idade _____ Data ____ - ____ - ____

Estado Civil _____ Grau de Instrução _____

Anos de escolaridade completos _____ Profissão _____

Grupo I. PE

Leia atentamente cada conjunto de situações apresentadas e escolha aquela que sentir que tem mais a ver consigo ou que se assemelha a algo que já viveu. Assinale a situação escolhida marcando uma cruz (X) no quadrado correspondente.

Quando pequeno(a), você estava a brincar com outras crianças da sua idade, suas amigas. Os vossos pais estavam por perto, a observar-vos. Numa das brincadeiras, você ficou muito magoado(a) e começou a chorar devido à dor. Os pais dos amigos vieram logo a correr ter com os filhos, pensando que eles poderiam também estar magoados. Revelaram grande preocupação com eles e mostraram-se muito interessados em saber se eles estavam bem. Pelo contrário, os seus pais continuaram onde estavam, chamaram por si, você teve que ir ter com eles apesar de estar magoado(a). Eles mal lhe ligaram; disseram-lhe que fosse continuar a brincar que logo lhe passaria a dor.

Você sentia-se em baixo porque tinha tido vários problemas na escola. Chegou triste a casa e tinha vontade de falar com alguém e de se sentir apoiado. Tentou falar disso com os seus pais e sentiu que eles não se preocupavam nem valorizavam o que você estava a sentir. Deram-lhe pouca atenção e disseram-lhe que não ligasse ao que se passava. Você sentiu-se triste e desamparado(a)... Eles não compreendiam o que você estava a sentir...

Você chega a casa após um dia de trabalho, cansado(a) e aborrecido(a) porque as coisas não estão a correr bem. Está a precisar de um ombro amigo com quem compartilhar os seus problemas, que o(a) compreenda e apoie. Tenta falar com a(o) sua(seu) companheira(o) acerca de como se está a sentir mas ela(e) não lhe dá grande atenção. Você sente que ela(e) não está disponível para o(a) tentar compreender e apoiar.

Assinale agora o grau em que considera que a situação que escolheu se assemelha a experiências que já viveu ou que está a viver. Para tal, utilize a escala de 1 a 7 apresentada e trace um círculo em redor do valor correspondente.

1 2 3 4 5 6 7

Nenhuma semelhança
com o que me aconteceu
ou acontece

Total semelhança com o
que me aconteceu ou
acontece

Feche os olhos e procure imaginar-se o melhor possível nessa situação, como se estivesse agora a vivê-la. Se o episódio apresentado lhe fizer recordar alguma situação da sua vida (mais remota ou mais recente), opte por imaginar a situação de que se recordou, em vez da situação aqui apresentada. **Demore o tempo que for preciso para conseguir imaginar bem a situação, como se estivesse a passar por ela no presente, e repare nas emoções que está a sentir. É muito importante que faça este exercício de imaginação de forma séria e que se esforce por recordar-se bem dos pormenores da situação.**

Depois do exercício de imaginação, e tentando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação, responda às afirmações que são apresentadas e decida até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa.

Quando tiver dificuldade, **responda sempre baseando-se no que realmente sente e não no que racionalmente pensa ser verdade**. Se desejar, pode alterar ligeiramente a frase de maneira a torná-la mais verdadeira para o seu caso.

Para responder até que ponto a afirmação descreve o que sente ou o que pensa de si, **utilize a escala de resposta apresentada na folha de instruções (1ª página)**

1. ___ Não tenho tido ninguém que cuide de mim, que partilhe comigo a sua vida ou que se preocupe realmente com tudo o que me acontece.
2. ___ Não tenho pessoas que me dêem carinho, apoio e afecto.
3. ___ Tenho sentido que não sou uma pessoa especial para ninguém.
4. ___ Não interessa porque é que cometi um erro; quando faço algo errado, há que pagar as consequências.
5. ___ Não tenho tido ninguém que me ouça atentamente, que me compreenda ou que perceba os meus verdadeiros sentimentos e necessidades.
6. ___ Sinto que o que tenho para oferecer tem mais valor do que aquilo que os outros têm para dar.
7. ___ Não tenho tido uma pessoa forte ou sensata para me dar bons conselhos e me dizer o que fazer quando não tenho a certeza da atitude que devo tomar.

Assinale agora o grau em que sentiu cada uma das seguintes emoções. Para cada emoção, faça um círculo no número correspondente ao grau de intensidade — De 0 (Não senti) a 9 (senti muitíssimo).

Ansiedade / Medo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Alegria	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vazio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Raiva	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Culpa	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Tristeza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Solidão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Ciúme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vergonha	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Humilhação	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Repugnância / Nojo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Inveja	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Grupo II. AB

Leia atentamente cada conjunto de situações apresentadas e escolha aquela que sentir que tem mais a ver consigo ou que se assemelha a algo que já viveu. Assinale a situação escolhida **marcando uma cruz (X)** no quadrado correspondente.

Os seus pais tiveram que entregá-lo(a) a outra pessoa para que esta o(a) criasse (por terem emigrado, porque terem muitos filhos ou muito trabalho). Embora você compreendesse as razões que tinham levado os seus pais a entregá-lo(a) a outra pessoa, isso não o(a) impedia de se sentir sozinho(a) e triste por não estar com os seus pais.

Você ficou sozinho(a) em casa porque a sua mãe tinha saído para fazer compras e o seu pai ainda não tinha chegado do trabalho. Como tardavam em chegar, começou a ficar aflito(a), com medo que o(a) tivessem abandonado e nunca mais voltassem para junto de si. Nessa altura, só se conseguia lembrar das vezes em que a mãe ameaçava ir-se embora de casa por estar zangada com o pai. Isto fez com que você ficasse ainda pior, sentindo-se muito sozinho(a) e com medo de não voltar a ver a sua mãe.

□ A sua(seu) companheira(o) ainda não chegou a casa e não é costume ela(e) atrasar-se sem avisar. Embora ela(e) não esteja muito atrasada(o), você não consegue deixar de se sentir só e receoso(a) de ela(e) se estar a afastar. Você sente que corre o risco de ficar sozinho(a) e sente que, mais tarde ou mais cedo, isso acabará por acontecer.

Assinale agora o grau em que considera que a situação que escolheu se assemelha a experiências que já viveu ou que está a viver. Para tal, utilize a escala de 1 a 7 apresentada e trace um círculo em redor do valor correspondente.

1 2 3 4 5 6 7

Nenhuma semelhança
com o que me aconteceu ou acontece

Total semelhança com o
que me aconteceu ou acontece

Feche os olhos e procure imaginar-se o melhor possível nessa situação, como se estivesse agora a vivê-la. Se o episódio apresentado lhe fizer recordar alguma situação da sua vida (mais remota ou mais recente), opte por imaginar a situação de que se recordou, em vez da situação aqui apresentada. **Demore o tempo que for preciso para conseguir imaginar bem a situação, como se estivesse a passar por ela no presente, e repare nas emoções que está a sentir. É muito importante que faça este exercício de imaginação de forma séria e que se esforce por recordar-se bem dos pormenores da situação.**

Depois do exercício de imaginação, e tentando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação, responda às afirmações que são apresentadas e decida até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa.

Quando tiver dificuldade, **responda sempre baseando-se no que realmente sente e não no que racionalmente pensa ser verdade.** Se desejar, pode alterar ligeiramente a frase de maneira a torná-la mais verdadeira para o seu caso.

Para responder até que ponto a afirmação descreve o que sente ou o que pensa de si, **utilize a escala de resposta apresentada na folha de instruções (1ª página)**

8. ___ Costumo apegar-me demasiado às pessoas que me são mais próximas porque tenho medo que elas me abandonem.
9. ___ Preciso tanto dos outros que me preocupo com o facto de os poder perder.
10. ___ Sou uma pessoa má que merece ser castigada.
11. ___ Preocupa-me que as pessoas a que estou ligado(a) me deixem ou me abandonem.
12. ___ Quando sinto que alguém de quem eu gosto se está a afastar de mim, sinto-me desesperado.
13. ___ Não me consigo obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo quando sei que é para o meu bem.
14. ___ Por vezes, a preocupação que tenho com o facto de as pessoas me poderem deixar é tão grande, que acabo por as afastar.

Assinale agora o grau em que sentiu cada uma das seguintes emoções. Para cada emoção, faça um círculo no número correspondente ao grau de intensidade — De 0 (Não senti) a 9 (senti muitíssimo).

Ansiedade / Medo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alegria	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vazio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Raiva	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Culpa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Solidão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ciúme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vergonha	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Humilhação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Repugnância / Nojo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Inveja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Grupo III. DA

Leia atentamente cada conjunto de situações apresentadas e escolha aquela que sentir que tem mais a ver consigo ou que se assemelha a algo que já viveu. Assinale a situação escolhida marcando uma cruz (X) no quadrado correspondente.

O seu pai chegou a casa no final do dia e parecia vir irritado. Apesar de você se ter portado bem, ele tinha que arranjar um pretexto para o(a) tratar mal e começou a implicar por você não estar a estudar por ser preguiçoso(a), por ser descuidado(a), aproveitando o mínimo pretexto para descarregar em si toda a irritação. Começou a criticá-lo(a) injustamente chamando-lhe uma série de nomes e responsabilizando-o(a) por todos os problemas da vida dele. A sua mãe estava presente mas nada fez para o(a) defender a si.

Os seus pais acusaram-no(a) de ser o(a) responsável pelo facto da sala estar desarrumada e suja. Na realidade, não tinha sido você que a desarrumou nem que a sujou. No entanto, sem que tivesse tempo de se explicar, começam a culpá-lo(a) por não ter arrumado e limpo a sala e a baterem-lhe como castigo. Você tentava explicar-se mas eles não estavam interessados em ouvi-lo(a). Continuaram a bater-lhe de forma descontrolada e injusta.

Você estava sozinho(a) em casa quando bateram à porta. Foi abrir e era um homem mais velho, que lhe disse ser amigo da sua família e que vos vinha visitar. Parecia extremamente simpático e você deixou-o entrar para esperar pelos seus pais. Ele começou a conversar consigo e tentou aproximar-se fisicamente, mostrando-se muito caloroso e interessado... Começou a tocar-lhe e a acariciá-lo(a), tentando forçá-lo(a) a práticas sexuais.

Os seus amigos costumam pedir-lhe favores. Sempre que precisam de alguma coisa, não hesitam em pedir-lhe colaboração e tentam aproveitar-se da sua disponibilidade e dos seus conhecimentos. No entanto, quando você precisa deles, ou não estão disponíveis ou têm sempre outra coisa mais importante para fazer. Recusam frequentemente ajudá-lo(a), mostrando-se até arrogantes quando lhes pede alguma coisa. Como se não bastasse, alguns deles ainda o(a) gozam pelas costas, dizendo mal de si a outras pessoas. Você sente que o que eles fazem é aproveitar-se de si, abusar da sua disponibilidade e, no final, acabam por traí-lo(a) pelas costas.

Assinale agora o grau em que considera que a situação que escolheu se assemelha a experiências que já viveu ou que está a viver. Para tal, utilize a escala de 1 a 7 apresentada e trace um círculo em redor do valor correspondente.

1 2 3 4 5 6 7

Nenhuma semelhança
 com o que me aconteceu
 ou acontece

Total semelhança com o
 que me aconteceu ou
 acontece

Feche os olhos e procure imaginar-se o melhor possível nessa situação, como se estivesse agora a vivê-la. Se o episódio apresentado lhe fizer recordar alguma situação da sua vida (mais remota ou mais recente), opte por imaginar a situação de que se recordou, em vez da situação aqui apresentada. **Demore o tempo que for preciso para conseguir imaginar bem a situação, como se estivesse a passar por ela no presente, e repare nas emoções que está a sentir. É muito importante que faça este exercício de imaginação de forma séria e que se esforce por recordar-se bem dos pormenores da situação.**

Depois do exercício de imaginação, e tentando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação, responda às afirmações que são apresentadas e decida até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa.

Quando tiver dificuldade, **responda sempre baseando-se no que realmente sente e não no que racionalmente pensa ser verdade**. Se desejar, pode alterar ligeiramente a frase de maneira a torná-la mais verdadeira para o seu caso.

Para responder até que ponto a afirmação descreve o que sente ou o que pensa de si, **utilize a escala de resposta apresentada na folha de instruções (1ª página)**

15. ___ Sinto que as pessoas se vão aproveitar de mim.
16. ___ Sinto que tenho sempre que me defender na presença dos outros, senão eles magoar-me-ão intencionalmente.
17. ___ Receber muitos elogios dos outros faz-me sentir uma pessoa que tem valor.
18. ___ Mais tarde ou mais cedo, acabarei por ser traído(a) por alguém.
19. ___ Sou bastante desconfiado quanto às intenções das outras pessoas.
20. ___ Não sou capaz de me forçar a ter disciplina suficiente para cumprir tarefas rotineiras ou aborrecidas.
21. ___ Estou habitualmente à procura de segundas intenções ou do verdadeiro motivo por detrás do comportamento dos outros.

Assinale agora o grau em que sentiu cada uma das seguintes emoções. Para cada emoção, faça um círculo no número correspondente ao grau de intensidade — De 0 (Não senti) a 9 (senti muitíssimo).

Ansiedade / Medo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Alegria	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vazio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Raiva	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Culpa	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Tristeza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Solidão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Ciúme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vergonha	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Humilhação	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Repugnância / Nojo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Inveja	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Grupo IV. IS/AL

Leia atentamente cada conjunto de situações apresentadas e escolha aquela que sentir que tem mais a ver consigo ou que se assemelha a algo que já viveu. Assinale a situação escolhida marcando uma cruz (X) no quadrado correspondente.

Quando era criança, porque era um bocado gordo, sentia-se diferente dos outros meninos. Tentava ser simpático para todos, para que não o rejeitassem mas, mesmo assim, não conseguia deixar de se sentir diferente por ser mais gordo. Isso impedia-o de ser tão ágil como os outros ou tão bom nos jogos desportivos. Um dia, quando estavam a escolher equipas para fazer um jogo de futebol, sentiu-se mesmo humilhado e rejeitado porque foram escolhendo todos os colegas e você foi ficando cada vez mais sozinho... Acabou mesmo por ficar excluído e disseram-lhe que ficava como suplente, a assistir ao jogo.

Na adolescência, quando todos pareciam formar grupos em função do estilo de vestir, dos desportos que praticavam, da música de que gostavam, etc., você sentia-se diferente dos outros porque parecia não haver nada em comum que o unisse a eles. Você sempre foi um pouco tímido e introvertido. Por isso, sentia que não era tão popular como os outros, que não sabia falar de tantos assuntos e que não partilhava dos mesmos gostos. Várias vezes se sentiu posto de parte, excluído ou, quando não se isolava, era como se estivesse a mais... como se fosse apenas um adorno, alguém que estava ali e que os outros toleravam, mas que não era importante para nada e podia muito bem ser dispensado que ninguém daria pela sua falta.

Você está em sua casa, reunido com a(o) sua(seu) companheira(o) e com alguns amigos íntimos. Participam todos numa conversa animada mas você sente-se um pouco envergonhado(a) por não ter opiniões tão bem fundamentadas quanto as deles. Acaba por ficar mais calado(a) e mais à margem do convívio. Quando tenta dizer alguma coisa, ou parecem ignorar o que você diz ou então criticam o seu comentário, rindo-se de si e referindo que eles é que têm opiniões bem fundamentadas, enquanto você não percebe do assunto. Até a(o) sua(seu) companheira(o) se colocou do lado dos convidados, parecendo ignorar a sua presença.

Assinale agora o grau em que considera que a situação que escolheu se assemelha a experiências que já viveu ou que está a viver. Para tal, utilize a escala de 1 a 7 apresentada e trace um círculo em redor do valor correspondente.

1	2	3	4	5	6	7
Nenhuma semelhança com o que me aconteceu ou acontece			Total semelhança com o que me aconteceu ou acontece			

Feche os olhos e procure imaginar-se o melhor possível nessa situação, como se estivesse agora a vivê-la. Se o episódio apresentado lhe fizer recordar alguma situação da sua vida (mais remota ou mais recente), opte por imaginar a situação de que se recordou, em vez da situação aqui apresentada. **Demore o tempo que for preciso para conseguir imaginar bem a situação, como se estivesse a passar por ela no presente, e repare nas emoções que está a sentir. É muito importante que faça este exercício de imaginação de forma séria e que se esforce por recordar-se bem dos pormenores da situação.**

Depois do exercício de imaginação, e tentando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação, responda às afirmações que são apresentadas e decida até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa.

Quando tiver dificuldade, **responda sempre baseando-se no que realmente sente e não no que racionalmente pensa ser verdade.** Se desejar, pode alterar ligeiramente a frase de maneira a torná-la mais verdadeira para o seu caso.

Para responder até que ponto a afirmação descreve o que sente ou o que pensa de si, **utilize a escala de resposta apresentada na folha de instruções (1ª página)**

22. ____ Sou um(a) desajustado(a).
23. ____ Sou fundamentalmente diferente dos outros.
24. ____ Por muito que trabalhe, preocupa-me poder ficar na miséria e perder quase tudo o que possuo.
25. ____ Sinto que não pertenço a grupo nenhum; sou um solitário.
26. ____ Sinto-me afastado(a) ou desligado dos outros.
27. ____ Eu e os meus pais temos tendência a envolvermo-nos demasiado na vida e nos problemas uns dos outros.
28. ____ Em grupo, sinto sempre que estou de fora.

Assinale agora o grau em que sentiu cada uma das seguintes emoções. Para cada emoção, faça um círculo no número correspondente ao grau de intensidade — De 0 (Não senti) a 9 (senti muitíssimo).

Ansiedade / Medo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alegria	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vazio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Raiva	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Culpa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Solidão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ciúme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vergonha	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Humilhação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Repugnância / Nojo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Inveja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Grupo V. DV

Leia atentamente cada conjunto de situações apresentadas e escolha aquela que sentir que tem mais a ver consigo ou que se assemelha a algo que já viveu. Assinale a situação escolhida marcando uma cruz (X) no quadrado correspondente.

Os seus pais estavam sempre a criticá-lo(a) por tudo e por nada. Uma vez, a brincar com os amigos, você sujou a roupa. Quando chegou a casa, começaram a gritar consigo, dizendo que você era um(a) descuidado(a), que não sabia fazer nada certo, que até nas brincadeiras os outros eram mais espertos e que você é que era o(a) parvo(a), que nunca conseguiria ser ninguém na vida. Por mais que você se tentasse justificar, eles não paravam de gritar consigo, a ponto de lhe dizerem que mais valia você não ter nascido.

Você chegou a casa contente porque tinha tido uma boa nota num teste (ou porque algo lhe tinha corrido bem) e apressou-se a contá-lo aos seus pais. Eles, depois de terem ouvido o seu relato, não se mostraram muito entusiasmados e ainda lhe disseram: "Não foi mau, mas podias ter feito melhor!". Era sempre assim... Se fosse o seu irmão, teriam certamente ficado mais satisfeitos. Aliás, comparavam-no(a) ao seu irmão que, para eles, era o filho exemplar de que orgulhavam. Você ficava sempre uns degraus abaixo dos outros. As comparações eram constantes mas sempre desfavoráveis para o seu lado. Os outros é que tinham valor.

Você sente que está a ficar apaixonado por uma pessoa da sua idade. Sempre que a encontra, consegue manter uma conversa simpática com ela sobre temas banais ou sobre assuntos do seu dia-a-dia. No entanto,

tem muito receio que ela o(a) possa vir a conhecer mais intimamente e, em consequência disso, afastar-se e deixar de se interessar por si. Sente que tem que dar uma imagem positiva de si que não corresponde aquilo que você é na realidade. Se essa pessoa viesse a conhecê-lo(a) tal como você realmente é, deixaria, de certeza, de gostar de si. E isso seria insuportável.

Assinale agora o grau em que considera que a situação que escolheu se assemelha a experiências que já viveu ou que está a viver. Para tal, utilize a escala de 1 a 7 apresentada e trace um círculo em redor do valor correspondente.

1 2 3 4 5 6 7

Nenhuma semelhança
com o que me aconteceu
ou acontece

Total semelhança com o
que me aconteceu ou
acontece

Feche os olhos e procure imaginar-se o melhor possível nessa situação, como se estivesse agora a vivê-la. Se o episódio apresentado lhe fizer recordar alguma situação da sua vida (mais remota ou mais recente), opte por imaginar a situação de que se recordou, em vez da situação aqui apresentada. **Demore o tempo que for preciso para conseguir imaginar bem a situação, como se estivesse a passar por ela no presente, e repare nas emoções que está a sentir. É muito importante que faça este exercício de imaginação de forma séria e que se esforce por recordar-se bem dos pormenores da situação.**

Depois do exercício de imaginação, e tentando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação, responda às afirmações que são apresentadas e decida até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa.

Quando tiver dificuldade, **responda sempre baseando-se no que realmente sente e não no que racionalmente pensa ser verdade.** Se desejar, pode alterar ligeiramente a frase de maneira a torná-la mais verdadeira para o seu caso.

Para responder até que ponto a afirmação descreve o que sente ou o que pensa de si, **utilize a escala de resposta apresentada na folha de instruções (1ª página)**

29. ___ Nenhum homem/mulher de quem eu goste pode gostar de mim depois de conhecer os meus defeitos ou fraquezas.
30. ___ Tenho muita dificuldade em abdicar de uma recompensa ou prazer imediato, a favor de um objectivo a longo prazo.
31. ___ Ninguém que me agrade gostaria de ficar comigo depois de me conhecer tal como eu sou na realidade.
32. ___ Não tenho valor suficiente para merecer o amor, a atenção e o respeito dos outros.
33. ___ Sinto que nunca poderei ser amado por alguém.
34. ___ Todo o cuidado é pouco; quase sempre alguma coisa corre mal.
35. ___ Sou demasiado inaceitável para me poder mostrar tal como sou às outras pessoas ou para deixar que me conheçam bem.

Assinale agora o grau em que sentiu cada uma das seguintes emoções. Para cada emoção, faça um círculo no número correspondente ao grau de intensidade — De 0 (Não senti) a 9 (senti muitíssimo).

Ansiedade / Medo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Alegria	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vazio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Raiva	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Culpa	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Tristeza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Solidão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Ciúme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vergonha	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Humilhação	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Repugnância / Nojo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Inveja	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Grupo VI. FR

Leia atentamente cada conjunto de situações apresentadas e escolha aquela que sentir que tem mais a ver consigo ou que se assemelha a algo que já viveu. Assinale a situação escolhida **marcando uma cruz (X)** no quadrado correspondente.

Você estava na escola, num dia em que iam fazer uma ficha de avaliação com exercícios de matemática. Você até tinha estudado a matéria mas a ficha era difícil e, quando a professora fez a correção, teve uma nota negativa. A professora comunicou-lhe a nota diante de toda a turma pois foi uma das piores notas. Tratou-o(a) com desprezo diante dos colegas pois eles tiveram quase todas notas melhores que a sua. No recreio, os colegas fizeram questão de salientar que a sua nota era péssima e que as deles é que eram boas. Durante algum tempo, a professora quase não olhava para si, como se você não fosse capaz de entender a matéria que ela dava.

Quando andava na escola, todos os alunos foram convidados a participar voluntariamente num concurso de contos. Você gostaria muito de participar mas, ao mesmo tempo, tinha medo de não conseguir escrever nada que fosse suficientemente interessante para o concurso. Tentou várias vezes inspirar-se para criar uma história à altura. Escreveu até vários rascunhos. Mas acabou sempre por achar que nenhum dos contos era suficientemente bom para ir a concurso pois as suas capacidades não lhe permitiriam nunca escrever um conto que valesse a pena. Acabou por desistir.

No seu trabalho, pedem-lhe a si e aos seus colegas que façam um relatório acerca de uma actividade desenvolvida. Você hesita em aceitar tal tarefa pois acha que não é capaz de fazer um relatório decente. Porque o chefe insiste, acaba por fazer o trabalho e esforça-se seriamente para que saia bem feito. No entanto, quando todos estão a apresentar os relatórios ao chefe, verifica que o seu é o mais incompleto, que os outros têm todos uma apresentação mais cuidada e que, depois da correção do chefe, o seu é o que tem mais erros e mais comentários negativos.

Assinale agora o grau em que considera que a situação que escolheu se assemelha a experiências que já viveu ou que está a viver. Para tal, utilize a escala de 1 a 7 apresentada e trace um círculo em redor do valor correspondente.

	1	2	3	4	5	6	7
	Nenhuma semelhança com o que me aconteceu ou acontece			Total semelhança com o que me aconteceu			

Feche os olhos e procure imaginar-se o melhor possível nessa situação, como se estivesse agora a vivê-la. Se o episódio apresentado lhe fizer recordar alguma situação da sua vida (mais remota ou mais recente), opte por imaginar a situação de que se recordou, em vez da situação aqui apresentada. **Demore o tempo que for preciso para conseguir imaginar bem a situação, como se estivesse a passar por ela no presente, e repare nas emoções que está a sentir. É muito importante que faça este exercício de imaginação de forma séria e que se esforce por recordar-se bem dos pormenores da situação.**

Depois do exercício de imaginação, e tentando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação, responda às afirmações que são apresentadas e decida até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa.

Quando tiver dificuldade, **responda sempre baseando-se no que realmente sente e não no que racionalmente pensa ser verdade**. Se desejar, pode alterar ligeiramente a frase de maneira a torná-la mais verdadeira para o seu caso.

Para responder até que ponto a afirmação descreve o que sente ou o que pensa de si, **utilize a escala de resposta apresentada na folha de instruções (1ª página)**

36. ___ Quase nada do que faço no trabalho (ou na escola) é tão bom como o que os outros são capazes de fazer.
37. ___ Sou um(a) incompetente quando se trata de atingir objectivos ou de levar a cabo uma tarefa no trabalho (ou na escola).
38. ___ Controlo-me tanto que as pessoas pensam que não tenho sentimentos ou que tenho um coração de pedra.
39. ___ A maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu no que diz respeito ao trabalho (ou à escola).
40. ___ Não sou tão talentoso(a) no trabalho como a maioria das pessoas.
41. ___ É muito difícil, para mim e para os meus pais, termos segredos íntimos que não contamos uns aos outros, sem nos sentirmos traídos ou culpados por isso.
42. ___ No que diz respeito ao trabalho (ou à escola) não sou tão inteligente como a maior parte das pessoas.

Assinale agora o grau em que sentiu cada uma das seguintes emoções. Para cada emoção, faça um círculo no número correspondente ao grau de intensidade — De 0 (Não senti) a 9 (senti muitíssimo).

Ansiedade / Medo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Alegria	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vazio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Raiva	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Culpa	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Tristeza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Solidão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Ciúme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vergonha	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Humilhação	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Repugnância / Nojo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Inveja	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Grupo VII. DP/IF

Leia atentamente cada conjunto de situações apresentadas e escolha aquela que sentir que tem mais a ver consigo ou que se assemelha a algo que já viveu. Assinale a situação escolhida marcando uma cruz (X) no quadrado correspondente.

Você frequenta o 5º ano de escolaridade. Avisam os alunos que vão ter que escolher uma das actividades extracurriculares que a escola oferece. Mesmo que possam mudar depois de experimentarem uma semana a actividade escolhida, é-lhe pedido que, nesse dia, escolha uma delas (aquela de que mais gostar). Você fica muito ansioso com isso pois tem medo de errar na escolha. Isto é, tem muita dificuldade em decidir qual a actividade que prefere pois teme não ser capaz de escolher a certa e depois ter que ficar o ano inteiro naquela. Deseja muito que os seus pais o ajudem a escolher porque eles é que sabem o que é melhor para si e você sente que ainda não tem idade para fazer as escolhas certas.

Para ir a uma festa aos 18 anos, foi às compras com uma amiga pois a sua mãe deu-lhe dinheiro para comprar roupa. Já experimentou várias peças de roupa mas não consegue decidir de qual é que gosta mais, qual lhe parece ser a melhor compra e de qual é que precisa mais. A empregada da loja de vestuário insiste em que você traga o casaco que experimentou porque lhe assenta muito bem e é muito bonito. Você também acha que lhe fica bem e gosta do casaco mas teme que possa ser demasiado formal e que depois não o vista muitas vezes. Gostaria que a sua mãe estivesse ali consigo para o ajudar a decidir. Pediu opinião da sua amiga que também acha que o casaco é uma boa compra. No entanto, estas duas opiniões não são suficientes para você conseguir tomar uma decisão. Volta à loja mais tarde para voltar a experimentar o casaco mas não consegue decidir-se. Assim sendo, decidiu que terá que voltar uma terceira vez com a sua mãe ou um adulto da sua confiança que o possa ajudar a decidir de forma definitiva.

O seu companheiro vai ausentar-se por duas semanas, por motivos profissionais. Você fica muito ansiosa perante a simples possibilidade de ter que ficar por sua conta, ter que tomar decisões sozinha ou resolver problemas que possam surgir. Sente-se muito insegura e amedrontada pois tem medo que surja algum problema que a obrigue a ter que tomar decisões sozinha. Tem medo de não ser capaz de fazer bem as coisas, de errar, com todas as consequências que isso possa ter, e de não ser mesmo capaz de enfrentar esse período de tempo sem o apoio constante do seu companheiro. Sente-se completamente desamparada.

Assinale agora o grau em que considera que a situação que escolheu se assemelha a experiências que já viveu ou que está a viver. Para tal, utilize a escala de 1 a 7 apresentada e trace um círculo em redor do valor correspondente.

1	2	3	4	5	6	7
Nenhuma semelhança com o que me aconteceu ou acontece			Total semelhança com o que me aconteceu ou acontece			

Feche os olhos e procure imaginar-se o melhor possível nessa situação, como se estivesse agora a vivê-la. Se o episódio apresentado lhe fizer recordar alguma situação da sua vida (mais remota ou mais recente), opte por imaginar a situação de que se recordou, em vez da situação aqui apresentada. Demore o tempo que for preciso para conseguir imaginar bem a situação, como se estivesse a passar por ela no presente, e repare nas emoções que está a sentir. É muito importante que faça este exercício de imaginação de forma séria e que se esforce por recordar-se bem dos pormenores da situação.

Depois do exercício de imaginação, e tentando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação, responda às afirmações que são apresentadas e decida até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa.

Quando tiver dificuldade, **responda sempre baseando-se no que realmente sente e não no que racionalmente pensa ser verdade**. Se desejar, pode alterar ligeiramente a frase de maneira a torná-la mais verdadeira para o seu caso.

Para responder até que ponto a afirmação descreve o que sente ou o que pensa de si, **utilize a escala de resposta apresentada na folha de instruções (1ª página)**

43. ___ Não me sinto capaz de me desenvencilhar sozinho(a) no dia-a-dia.
44. ___ Sou demasiado controlado(a) para revelar os meus sentimentos positivos aos outros (por ex., afecto, mostrar que me preocupo).
45. ___ Considero-me uma pessoa dependente relativamente ao que tenho que fazer no dia-a-dia.
46. ___ Tenho falta de bom senso.
47. ___ Sou especial e não devia ser obrigado(a) a aceitar muitas das restrições ou limitações que são impostas aos outros.
48. ___ Não se pode confiar no meu julgamento em situações do dia-a-dia.
49. ___ Não tenho confiança nas minhas capacidades para resolver problemas que surjam no dia-a-dia.

Assinale agora o grau em que sentiu cada uma das seguintes emoções. Para cada emoção, faça um círculo no número correspondente ao grau de intensidade — De 0 (Não senti) a 9 (senti muitíssimo).

Ansiedade / Medo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Alegria	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vazio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Raiva	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Culpa	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Tristeza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Solidão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Ciúme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vergonha	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Humilhação	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Repugnância / Nojo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Inveja	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Grupo VIII. VU

Leia atentamente cada conjunto de situações apresentadas e escolha aquela que sentir que tem mais a ver consigo ou que se assemelha a algo que já viveu. Assinale a situação escolhida **marcando uma cruz (X)** no quadrado correspondente.

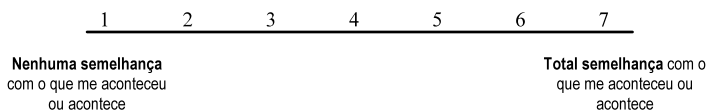
Você estava com febre e com um ligeiro mal-estar que fizeram com que não fosse às aulas. Quando a sua mãe o(a) viu assim, ficou muito assustada e preocupada com medo de poder tratar-se de uma coisa grave. A sua mãe era muito cuidadosa com a saúde e, ao menor sinal, procurava imediatamente um médico, não fosse acontecer o pior. Na sua terra já tinha acontecido várias pessoas adoecerem de um momento para o outro sem se saber porquê e, talvez por isso, a mãe achava que mais valia prevenir que remediar. Levaram-no(a) imediatamente ao médico, e foi submetido(a) a vários exames que o(a) deixaram grandemente assustado(a), com medo de poder ter uma doença grave.

Quando era pequeno, os professores organizaram um acampamento de fim-de-semana longe de casa para comemorar o fim das aulas. Os colegas da sua turma ficaram muito entusiasmados com a ideia e começaram

logo a fazer planos. Você também gostava de ir mas um nervoso miudinho tomou conta de si e o medo falou mais alto. Começou a lembrar-se dos perigos que podia correr numa situação destas: doenças, acidentes, perder-se, etc. A sua mãe também ficou muito preocupada com a possibilidade de lhe acontecer alguma desgraça caso fosse ao acampamento. Apesar da vontade em participar, acabou por não conseguir lidar com os sentimentos de insegurança e decidiu ficar em casa.

Você tem andado a sentir-se mal há já alguns dias. Embora não haja sintomas muito significativos, esse mal-estar incomoda-o(a) e deixa(o) preocupado(a). Vai ao médico, que coloca a hipótese de se tratar de uma doença do foro cardíaco mas só poderá ter a certeza depois de uma série de exames que vai ter que fazer. Sempre que acontece uma situação deste tipo, você fica extremamente preocupado(a) e receoso(a) pois espera sempre o pior.

Assinale agora o grau em que considera que a situação que escolheu se assemelha a experiências que já viveu ou que está a viver. Para tal, utilize a escala de 1 a 7 apresentada e trace um círculo em redor do valor correspondente.



Feche os olhos e procure imaginar-se o melhor possível nessa situação, como se estivesse agora a vivê-la. Se o episódio apresentado lhe fizer recordar alguma situação da sua vida (mais remota ou mais recente), opte por imaginar a situação de que se recordou, em vez da situação aqui apresentada. **Demore o tempo que for preciso para conseguir imaginar bem a situação, como se estivesse a passar por ela no presente, e repare nas emoções que está a sentir. É muito importante que faça este exercício de imaginação de forma séria e que se esforce por recordar-se bem dos pormenores da situação.**

Depois do exercício de imaginação, e tentando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação, responda às afirmações que são apresentadas e decida até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa.

Quando tiver dificuldade, **responda sempre baseando-se no que realmente sente e não no que racionalmente pensa ser verdade.** Se desejar, pode alterar ligeiramente a frase de maneira a torná-la mais verdadeira para o seu caso.

Para responder até que ponto a afirmação descreve o que sente ou o que pensa de si, **utilize a escala de resposta apresentada na folha de instruções (1ª página)**

50. ___ Não consigo deixar de sentir que alguma coisa de mal está para acontecer.
51. ___ Sinto que uma desgraça (natural, criminal, financeira ou médica) pode atingir-me a qualquer momento.
52. ___ Estou tão ocupado(a) a fazer coisas para as pessoas de quem gosto que tenho pouco tempo para mim.
53. ___ Preocupa-me poder ser fisicamente agredido por alguém.
54. ___ Preocupa-me poder perder todo o dinheiro que tenho e ficar muito pobre ou na miséria.
55. ___ Sinto-me pouco importante, a não ser que receba muita atenção dos outros.
56. ___ Preocupa-me poder estar a desenvolver uma doença grave, ainda que não tenha sido diagnosticado nada de grave pelo médico.

Assinale agora o grau em que sentiu cada uma das seguintes emoções. Para cada emoção, faça um círculo no número correspondente ao grau de intensidade — De 0 (Não senti) a 9 (senti muitíssimo).

Ansiedade / Medo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Alegria	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vazio	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Raiva	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Culpa	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Tristeza	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Solidão	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Ciúme	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Vergonha	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Humilhação	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
Repugnância / Nojo	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	Inveja	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Grupo IX. PR

Leia atentamente cada conjunto de situações apresentadas e escolha aquela que sentir que tem mais a ver consigo ou que se assemelha a algo que já viveu. Assinale a situação escolhida marcando uma cruz (X) no quadrado correspondente.

Você era um(a) bom(boa) aluno(a) e, no entanto, sentia sempre que devia fazer melhor, que devia esforçar-se mais. Admirava o seu pai (ou a sua mãe) pelo sucesso que ele(a) tinha e por ele(a) fazer as coisas tão perfeitas. Você sentia receio de não conseguir vir a ser como ele(a). Achava sempre que devia fazer melhor do que o que tinha feito.

Você mostrou aos seus pais um trabalho que tinha estado a fazer para a escola. Depois de terem visto o que você tinha feito, chamaram a atenção para alguns aspectos e disseram-lhe que podia estar mais bem feito, que você tinha que se esforçar por fazer melhor aquele trabalho. Este tipo de comentários "Tens que fazer melhor!" "Podias ter-te aplicado mais!", "Só os primeiros é que contam!" eram constantes sempre que avaliavam o seu desempenho.

A sua professora pediu-lhe que fizesse um trabalho escrito para ser apresentado numa exposição que iam realizar na escola. Você ficou muito interessado(a) e começou imediatamente a pensar no trabalho. Durante vários dias nem foi brincar com os amigos e até comia depressa para não perder tempo. Deixou de ver televisão e dedicou todo o tempo, fora das aulas, à realização desse trabalho. No entanto, e por mais que se esforçasse e preocupasse, sentia que não estava bem feito e que não iria conseguir fazê-lo tão bem quanto gostaria. Quando o trabalho foi exposto, toda a gente o(a) felicitou porque achavam que o trabalho estava muito bem feito.

Você tem 15 minutos para falar sobre um determinado tema numa reunião do seu serviço em que estarão presentes todos os funcionários. Começou já a preparar o que vai dizer há alguns dias. Agora que chegou a altura de passar para o papel as suas ideias, parece-lhe que não estão tão claras como gostaria, que tem que ficar mais interessante. Você esforça-se muito mas continua a sentir que ainda não está suficientemente bem feito e que tem que ficar melhor. Quando, finalmente, faz a apresentação, os seus colegas felicitam-no(a) pela qualidade da sua exposição.

Assinale agora o grau em que considera que a situação que escolheu se assemelha a experiências que já viveu ou que está a viver. Para tal, utilize a escala de 1 a 7 apresentada e trace um círculo em redor do valor correspondente.

1	2	3	4	5	6	7
Nenhuma semelhança com o que me aconteceu ou acontece			Total semelhança com o que me aconteceu ou acontece			

Fechе os olhos e procure imaginar-se o melhor possível nessa situação, como se estivesse agora a vivê-la. Se o episódio apresentado lhe fizer recordar alguma situação da sua vida (mais remota ou mais recente), opte por imaginar a situação de que se recordou, em vez da situação aqui apresentada. Demore o tempo que for preciso para conseguir imaginar bem a situação, como se estivesse a passar por ela no presente, e repare nas emoções que está a sentir. É muito importante que faça este exercício de imaginação de forma séria e que se esforce por recordar-se bem dos pormenores da situação.

Depois do exercício de imaginação, e tentando manter presente o que sentiu enquanto imaginou a situação, responda às afirmações que são apresentadas e decida até que ponto elas descrevem o que sente ou o que pensa.

Quando tiver dificuldade, **responda sempre baseando-se no que realmente sente e não no que racionalmente pensa ser verdade**. Se desejar, pode alterar ligeiramente a frase de maneira a torná-la mais verdadeira para o seu caso.

Para responder até que ponto a afirmação descreve o que sente ou o que pensa de si, **utilize a escala de resposta apresentada na folha de instruções (1ª página)**

57. ___ Tenho que ser o(a) melhor em quase tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar.
58. ___ Esforço-me por fazer o melhor; não me contento com ser suficientemente bom.
59. ___ Tenho imenso trabalho para conseguir que os meus sentimentos sejam tidos em consideração e os meus direitos sejam respeitados.
60. ___ Devo de estar à altura de todas as minhas responsabilidades e funções.
61. ___ Sinto sobre mim uma pressão constante para fazer coisas e atingir objectivos.
62. ___ Sinto frequentemente que não tenho uma identidade separada da dos meus pais ou companheiro(a).
63. ___ Não posso descuidar as minhas obrigações de forma leviana, nem desculpar-me pelos meus erros.

Assinale agora o grau em que sentiu cada uma das seguintes emoções. Para cada emoção, faça um círculo no número correspondente ao grau de intensidade — De 0 (Não senti) a 9 (senti muitíssimo).

Ansiedade / Medo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Alegria	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vazio	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Raiva	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Culpa	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tristeza	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Solidão	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ciúme	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vergonha	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Humilhação	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Repugnância / Nojo	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Inveja	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Anexo 10

Frequências e percentagens das respostas na identificação dos EMP relacionados com os cenários do IAECA-R por peritos

Anexo 10

Frequências e percentagens das respostas na identificação dos EMP relacionados com os cenários do IAECA-R por peritos

Os Quadros 1 a 9 deste anexo apresentam a distribuição das respostas dos peritos pelos EMP relacionados com cada um dos cenários do IAECA. Em cada Quadro são apresentados os EMP identificados como estando relacionados com o cenário em causa.

Quadro 1. Privação emocional (n= 20; 100%)

Cenário EPM	N	%
Privação Emocional 1	16	80
Abandono	1	5
Desconfiança/Abuso	1	5
Defeito	1	5
Dependência/ Incompetência	1	5
Privação Emocional 2	18	90
Abandono	1	5
Isolamento Social/ Alienação	1	5
Privação Emocional 3	15	75
Abandono	4	20
Desconfiança/ Abuso	1	5

Quadro 2. Abandono (n=20; 100%)

Cenário EPM	N	%
Abandono 1	16	80
Privação Emocional	3	15
Defeito	1	5
Abandono 2	20	100
Abandono 3	19	95
Vulnerabilidade ao mal/ à doença	1	5

Quadro 3. Desconfiança/ Abuso (n=20; 100%)

Cenário EPM	N	%
Desconfiança/ Abuso 1	10	50
Defeito	6	30
Privação Emocional	2	10
Abandono	2	10
Desconfiança/Abuso 2	12	60
Defeito	6	30
Privação Emocional	1	5
Abandono	1	5
Desconfiança/ Abuso 3	18	90
Defeito	1	5
Padrões Excessivos de Realização	1	5
Desconfiança/ Abuso 4	19	95
Defeito	1	5

Quadro 4. Isolamento Social/Alienação (n=20; 100%)

Cenário EPM	N	%
Isolamento Social/ Alienação 1	14	70
Defeito	6	30
Isolamento Social/ Alienação 2	19	95
Fracasso	1	5
Isolamento Social/ Alienação 3	3	15
Defeito	13	65
Fracasso	4	20

Quadro 5. Defeito/Vergonha (n=20; 100%)

Cenário EPM	N	%
Defeito 1	16	80
Fracasso	2	10
Desconfiança/ Abuso	1	5
Dependência/ Incompetência	1	5
Defeito 2	10	50
Fracasso	6	30
Padrões Excessivos de Realização	3	15
Abandono	1	5
Defeito 3	17	85
Abandono	2	10
Fracasso	1	5

Quadro 6. Fracasso (n=20; 100%)

Cenário EPM	N	%
Fracasso 1	16	80
Privação Emocional	1	5
Desconfiança/ Abuso	1	5
Isolamento Social/ Alienação	1	5
Dependência/ Incompetência	1	5
Fracasso 2	12	60
Padrões Excessivos de Realização	8	40
Fracasso 3	20	100

Quadro 7. Dependência/Incompetência (n=20; 100%)

Cenário EPM	N	%
Dependência/ Incompetência 1	20	100
Dependência/ Incompetência 2	19	95
Defeito	1	5
Dependência/ Incompetência 3	19	95
Abandono	1	5

Quadro 8. Vulnerabilidade ao mal e à doença (n=20; 100%)

Cenário EPM	N	%
Vulnerabilidade ao mal/ à doença 1	19	95
Dependência/ Incompetência	1	5
Vulnerabilidade ao mal/ à doença 2	18	90
Privação Emocional	1	5
Dependência/ Incompetência	1	5
Vulnerabilidade ao mal/ à doença 3	19	95
Dependência/ Incompetência	1	5

Quadro 9. Padrões Excessivos de Realização (n=20; 100%)

Cenário EPM	N	%
Padrões Excessivos de Realização 1	14	70
Fracasso	5	25
Defeito	1	5
Padrões Excessivos de Realização 2	18	90
Defeito	1	5
Fracasso	1	5
Padrões Excessivos de Realização 3	19	95
Dependência/ Incompetência	1	5
Padrões Excessivos de Realização 4	17	85
Fracasso	2	10
Defeito	1	5

Anexo 11

Relatório da AFC dos itens do IAECA-R numa amostra da população geral (n=447)

Anexo 11

Relatório de resultados da Análise Factorial Confirmatória dos itens do IAECA-R na amostra da população geral (n=447)

1. Tratamento estatístico dos dados

No tratamento estatístico dos dados recorreu-se ao software MPlus 3.12 (Muthén & Muthén, 2001).

Tendo como objectivo compreender de forma mais aprofundada a estrutura factorial subjacente aos instrumentos de medida psicológica, avançou-se para a construção de um modelo explicativo de cada um dos referidos construtos. Esta opção fundamenta-se por ser possível identificar um modelo teórico devidamente estabelecido subjacente à construção dos instrumentos e que é passível de ser submetido a uma Análise Factorial Confirmatória (Byrne, 2006). À semelhança do que foi realizado em relação ao YSQ S3 (Cf. Capítulo 4), o referido procedimento foi realizado utilizando o WLSMV (Weighted least square parameter using a diagonal weight matrix with robust errors and means) uma vez que os nossos indicadores, ou variáveis observadas, podiam ser consideradas variáveis ordinais com seis pontos de resposta, sendo a variável latente que cada um marca uma variável continua (Muthén & Muthén, 2001).

Na análise do ajustamento global do modelo, que consiste em verificar se o modelo proposto se afasta ou aproxima da matriz de dados recolhidos, ou seja, se é uma explicação adequada ou fraca do construto, tem-se por base o teste de χ^2 . Como resultado desta prova estatística, pretende-se obter um valor que seja o mais reduzido possível, o que nos permitiria afirmar que o modelo proposto não difere dos dados testados e, assim, aceitar a hipótese subjacente ao teste. Para além deste indicador, optou-se também por mais três, com vista ao apoio na decisão relativa à qualidade do modelo: o CFI (Comparative Fit Index), o TLI (Tucker and Lewis Index) e o RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation), por se assumir que estas medidas seriam as adequadas dentro de um conjunto bastante extenso de indicadores que se encontram disponíveis (Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003) e procurando, simultaneamente, manter a coerência nos procedimentos de tratamento de dados com os realizados nos estudos de validação factorial do YSQ S3.

Da mesma forma, na análise do ajustamento local do modelo, ou seja, dos loadings dos itens nos factores e dos valores de R², pretende-se perceber se os parâmetros estimados de forma óptima são interpretáveis do ponto de vista daquilo que se conhece do construto e da relação entre as variáveis. Assim, espera-se que os loadings sejam estatisticamente significativos e que R² possibilite a compreensão acerca da importância de cada item para o factor que marca.

2. Especificação do instrumento

O instrumento original, como foi anteriormente descrito (Cf. Capítulos 3 e 5), é constituído por 63 itens, apresentados de forma consecutiva no questionário (por blocos, tendo em conta a metodologia activadora do instrumento), sendo que o respondente deve endossar o grau em que cada um dos itens o descreve ou se aplica a si, utilizando uma escala de resposta de 1 a 6 graus (desde “Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo” até “Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo”). Dos 63 itens seriados no IAECA R, apenas 45 serão incluídos nos estudos de Análise Factorial Confirmatória (5 itens para cada factor), uma vez que os restantes 18 são itens “falsos”, como foi explicitado na descrição do instrumento no Capítulo 5. O conjunto dos 45 itens avalia os 9 EPM teoricamente propostos e a média das pontuações endossadas nos itens de cada EMP traduz o grau em que o indivíduo declara possuir esse mesmo EPM. No Quadro 1, são apresentados os factores (EPM) do IAECA-R.

Quadro 1. Factores do IAECA-R

F1 Privação Emocional
F2 Abandono
F3 Desconfiança/Abuso
F4 Isolamento Social/Alienação
F5 Defeito/Vergonha
F6 Fracasso
F7 Dependência/Incompetência Funcional
F8 Vulnerabilidade ao mal e à doença
F9 Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo

3. Análise factorial confirmatória

O IAECA-R considera 9 factores correlacionados entre si e marcados por cinco variáveis observadas, definidas a partir do modelo teórico subjacente à construção do instrumento (tal como se pode observar na Figura 1, a especificação pictográfica do modelo). No quadro 2 estão descritas as correlações entre os factores que, para uma leitura mais fácil das mesmas, não se incluíram na especificação pictográfica do modelo.

Quadro 2. Correlações entre os factores do IAECA-R

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
F2	.353							
F3	.460	.639						
F4	.540	.464	.622					
F5	.537	.461	.549	.685				
F6	.463	.483	.486	.640	.716			
F7	.511	.508	.501	.591	.746	.720		
F8	.261	.517	.525	.404	.420	.423	.519	
F9	.305	.443	.537	.406	.339	.248	.385	.499

Os índices de ajustamento do modelo revelaram-se bons e estão descritos no Quadro 3. O teste de χ^2 , que é o teste formal ao ajustamento do modelo, revela-se, como seria de esperar, estatisticamente significativo. Contribui certamente para isto o facto de o χ^2 ser uma estatística fortemente dependente do tamanho da amostra. Com vista a ultrapassar esta limitação, analisam-se também outros indicadores do ajustamento global. Estes indicadores permitem afirmar que o modelo imposto é aceitável.

No que diz respeito ao CFI, este situa-se ligeiramente abaixo do ponto de corte recomendado ($\geq .95$), o que pode ser justificado pela forte influência amostral deste indicador, baseado na medida do teste de χ^2 . Relativamente ao TLI, este assume o valor preciso do ponto de corte e o RMSEA situa-se abaixo do ponto de corte (são considerados aceitáveis valores inferiores a .08).

Quadro 3. Ajustamento Global

χ^2	5804.788
Sig.	.000
CFI	.929
TLI	.947
RMSEA (Raiz quadrada média do erro de aproximação)	.079

Quanto ao ajustamento local, todos os loadings são estatisticamente significativos e possuem valores apropriados na marcação do factor. Os valores de R^2 revelaram a qualidade dos itens na estimação do modelo (cf. Quadro 4).

Tendo em conta a análise dos níveis de ajustamento global (cf. Quadro 3) e local (cf. Quadro 4), podemos concluir que o modelo testado é adequado.

Quadro 4. Factores e saturações factoriais dos respectivos itens

Factor/Itens	Saturação factorial	R ²
Privação Emocional		
1	.832	.692
2	.902	.813
3	.891	.795
5	.883	.780
7	.730	.533
Abandono		
8	.790	.625
9	.716	.513
11	.840	.706
12	.804	.646
14	.805	.648
Desconfiança/Abuso		
15	.729	.532
16	.757	.572
18	.774	.600
19	.668	.446
21	.687	.472
Isolamento Social/Alienação		
22	.857	.734
23	.695	.483
25	.880	.774
26	.876	.767
28	.849	.721
Defeito/Vergonha		
29	.890	.792
31	.832	.693
32	.862	.743
33	.866	.750
35	.871	.759
Fracasso		
36	.875	.766
37	.873	.762
39	.913	.833
40	.933	.871
42	.843	.711
Dependência/Incompetência Funcional		
43	.763	.582
45	.600	.360
46	.671	.450
48	.792	.627
49	.852	.726
Vulnerabilidade ao mal e à doença		
50	.846	.716
51	.871	.759
53	.673	.453
54	.620	.384
56	.729	.531
Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo		
57	.674	.454
58	.607	.368
60	.736	.542
61	.672	.452
63	.651	.423

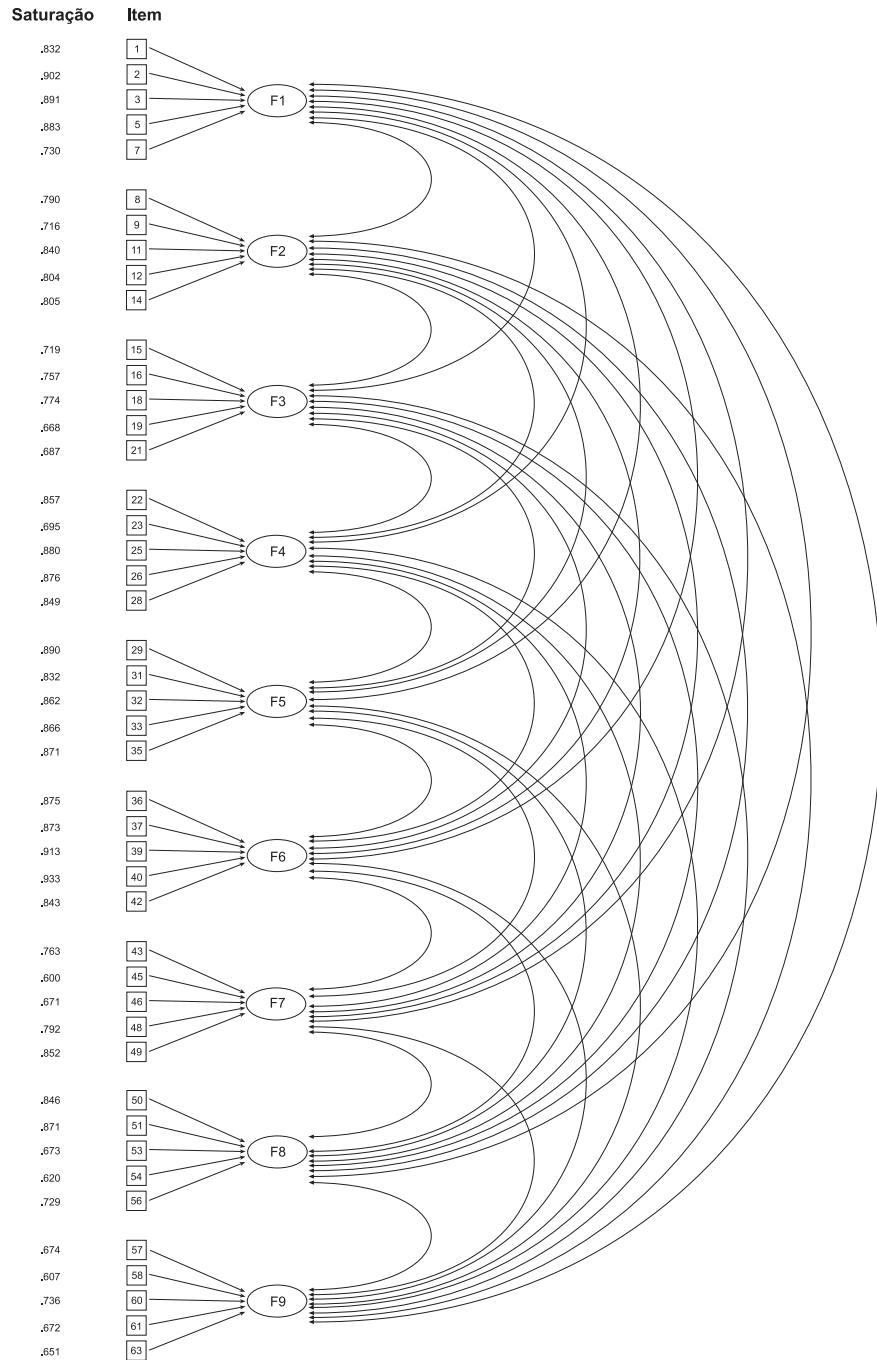


Figura 1. Especificação pictográfica do modelo estimado para IECA-R de 9 factores.

Anexo 12

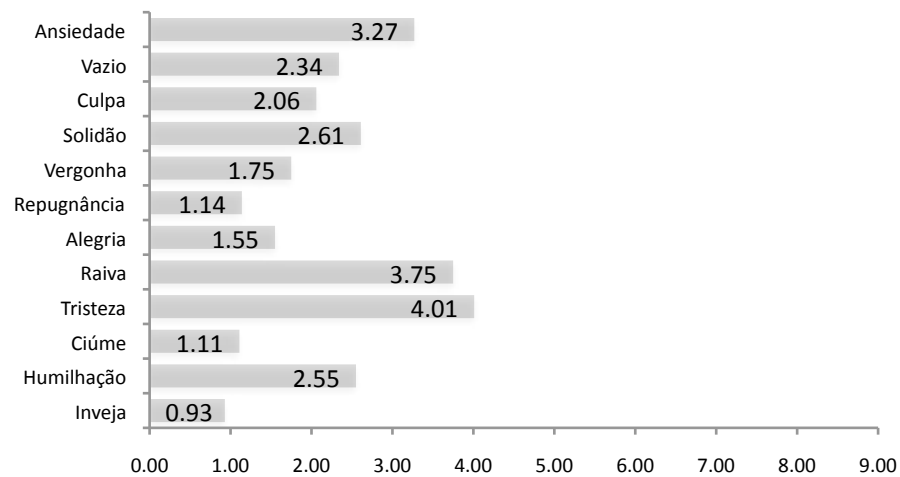
Emoções associadas ao EMP de Desconfiança/Abuso em
função do cenário escolhido

Anexo 12

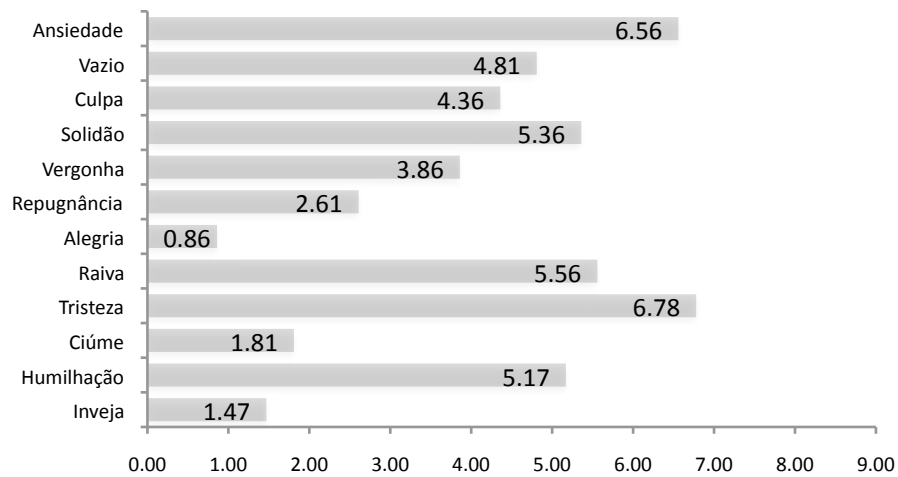
Emoções associadas ao EMP de Desconfiança/Abuso em função do cenário escolhido

Apresentam-se aqui os gráficos com as médias da intensidade endossada em cada uma das doze emoções associadas ao EMP de Desconfiança/Abuso. Os gráficos referem-se aos sujeitos que escolheram, em cada uma das amostras, os diferentes cenários e o primeiro gráfico é sempre o dos indivíduos da população geral, sendo o segundo de cada cenário correspondente aos indivíduos da amostra clínica. O número de sujeitos está indicado no título de cada um dos gráficos

Cenário 1 – Abuso emocional/psicológico

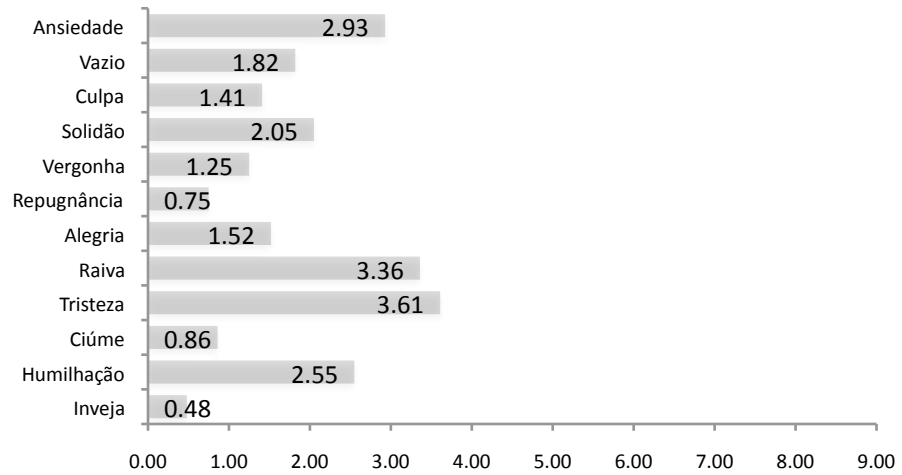


População geral (n=132)

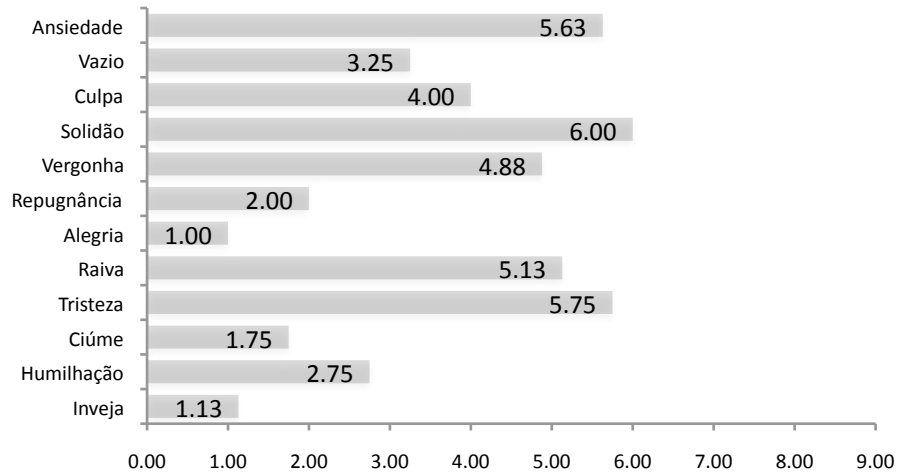


Amostra clínica (n=36)

Cenário 2 – Abuso físico

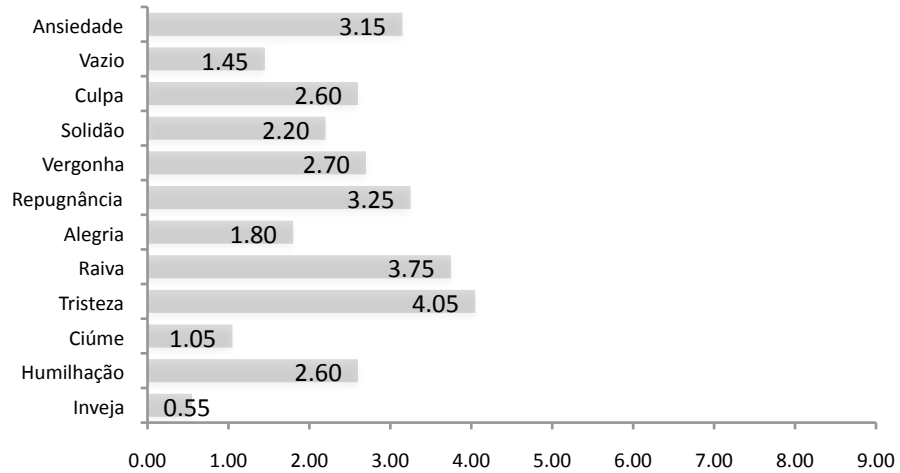


População geral (n=44)

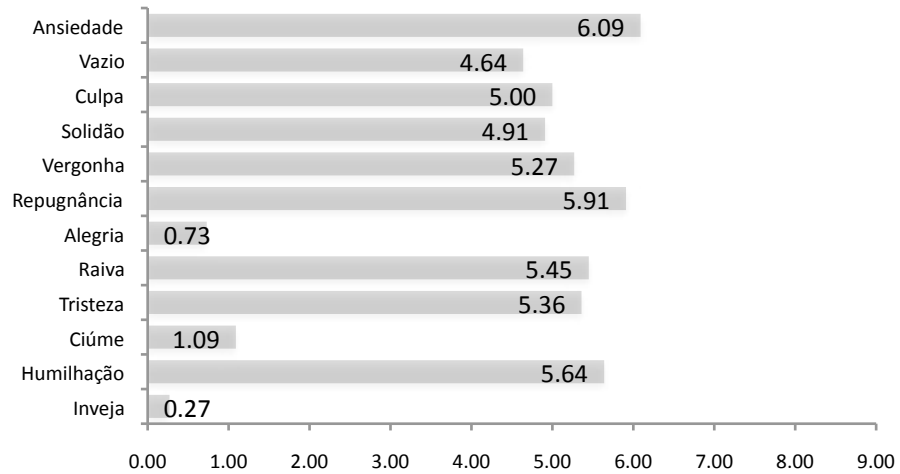


Amostra clínica (n=8)

Cenário 3 – Abuso sexual

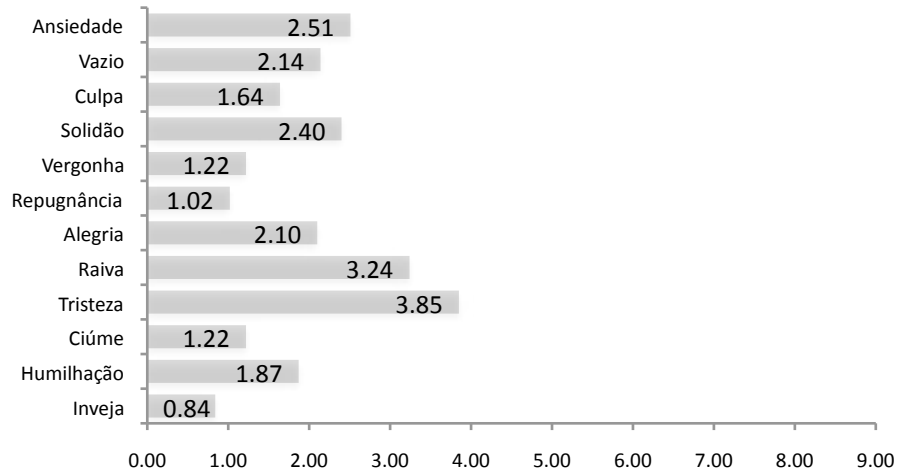


População geral (n=20)

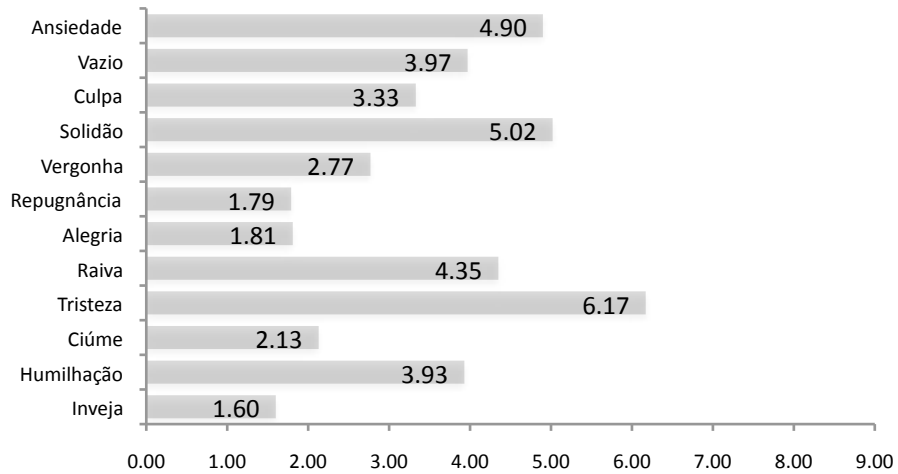


Amostra clínica (n=11)

Cenário 4 – Abuso na idade adulta



População geral (n=251)



Amostra clínica (n=60)