



UC/FPCE\_2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Esquemas Precoces Mal-Adaptativos na Adolescência:  
Em torno do modelo de organização esquemática e dos  
esquemas associados ao comportamento anti-  
social**

Cláudia Cristina da Costa Pinto (claudiaccpinto@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, sub-área de especialização Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde, sob a orientação do Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo

## **Esquemas Precoces Mal-Adaptativos na Adolescência: Em torno do modelo de organização esquemática e dos Esquemas associados ao Comportamento Anti-Social**

### **Resumo**

Constituem o presente trabalho duas investigações realizadas, no âmbito da análise e avaliação dos Esquemas Precoces Mal-adaptativos em adolescentes. As quais são aqui apresentadas no formato de artigo científico.

No primeiro estudo através de uma AFC, foi testada a qualidade de dois modelos teóricos, o original elaborado por Young e um modelo de organização esquemática alternativo, que consideramos mais representativo do funcionamento esquemático, desenvolvido a partir da experiência clínica com adultos e adolescentes (Rijo et al., 2007). O estudo foi realizado com os dados do Questionário de Esquemas para Adolescentes- QEA (Santos, Rijo, & Pinto Gouveia, 2009), de uma amostra de adolescentes (N=1140). Os resultados mostraram um melhor ajustamento ( $\chi^2(134)=5233.05$ ,  $p<0.001$ ) para um modelo no qual os esquemas são diferenciados qualitativamente, em primários, secundário e processo/ atitudes disfuncionais

O segundo estudo consistiu numa análise de uma eventual associação entre a presença destes esquemas precoces mal-adaptativos e o comportamento anti-social, em adolescentes. Para esta análise foram utilizados os dados do QEA, de uma amostra geral (n= 297) composta por três grupos diferenciados um grupo Não Clínico n=100), um grupo com Perturbação de Oposição (n=97) e um grupo com Perturbação de Conduta (n=100). Verificou-se que, os esquemas Isolamento Social, Privação Emocional, Grandiosidade, Fracasso, Defeito e Dependência emergem associados ao comportamento anti-social nos adolescentes, de modo estatisticamente significativo. Ambos os estudos mostram a pertinência de estudos desta natureza, bem como as importantes implicações para a prática clínica e programas de intervenção que estes possuem.

Palavras-chave: Esquemas Precoces Mal-Adaptativos, Adolescência, Comportamento Anti-Social, Modelo teórico de organização esquemática.

## **Early Maladaptative Schema in Adolescence: Regarding the schematic organization model and Schema associated to Antisocial Behaviour**

### **Abstract**

The present work is composed by two investigations completed in the scope of analysis and evaluation of Early Maladaptative Schema in adolescence. Those are here presented in the form of scientific paper.

In the first study, through an AFC, was tested the quality of two theoretical models, the original designed by Young and an alternative schematic organization model, found most representative of the schematic operation, developed from the clinical experience with adults and adolescents (Rijo et al., 2007). The study was conducted with the Young Schema Questionnaire – QEA data (Santos & Rijo, 2009), from an adolescents sample (N=1140). The results showed a better adjustment ( $\chi^2_{(134)}=5233.05$ ,  $p<0.001$ ) to a model in which the schemes are qualitatively set apart in primary, secondary and dysfunctional process/ attitudes.

The second study consisted on an analysis of a possible association between the presence of these early maladaptative schemas and the antisocial behaviour in adolescents. For this analysis were used the QEA data, of a general sample (n= 297) composed by three distinct groups: a Non Clinical Group (n=100), an Oppositional Disorder group (n=97) and a Conduct Disorder group (n=100). It was found that, in particular, the *Social Undesirability*, *Emotional Deprivation*, *Entitlement*, *Failure*, *Defectiveness* and *Dependence* schemas emerge associated to antisocial behaviour in adolescents, in a statistically significant way. Both studies stress the importance of this sort of investigations, as well as relevant consequences to the clinical practice and intervention programs they hold.

**Keywords:** Early Maladaptative Schema; Adolescence, Antisocial Behaviour, Schematic organization model.

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Daniel Rijo, pela generosidade com que partilha os seus conhecimentos. Pelo olhar crítico e pela exigência, que vieram sempre acompanhados por uma enorme paciência e boa disposição. Obrigada sobretudo pelo entusiasmo com que ensina e nos faz querer sempre aprender mais.

À Professora Doutora Mariana Moura-Ramos pelo contributo no desenho das investigações realizadas. Especialmente pelo trabalho realizado no primeiro artigo, a quem com toda a justiça este também pertence. E pelo esforço de me acompanhar na saga estatística desta dissertação.

À Carolina pela preciosa ajuda e cujo empenho e contributo foram fundamentais, para a realização deste trabalho.

Ao Nélio, pela disponibilidade para ajudar, pela simpatia e dicas importantes e pertinentes, que em muito facilitaram o trabalho.

Aos meus colegas de percurso, Ana Afonso, Bia, Daniela, Luísa e João. Que see fosse a escolher, não teriam sido outros. Obrigada por tudo...

A todos os meus amigos que apesar das ausências estiveram sempre disponíveis para mim, porque sei que são para sempre ... na verdadeira dimensão da palavra amizade. Em particular ao Nuno que foi incansável e é um ser humano precioso, à Inês, à Salomé, à Filipa e a todos os outros que aqui ficam por referir, mas de quem não me esqueço.

Ao meu pai que apesar de toda a adversidade que enfrenta, esteve sempre disponível e com uma palavra de incentivo quando foi necessário.

E principalmente à minha Ana ... obrigada.

## Índice

Introdução	1
<b>I. Enquadramento conceptual</b>	2
1. O constructo de esquema na Terapia Cognitiva	2
2. A Terapia Focada nos Esquemas	3
2.1 Esquemas Precoces Mal-Adaptativos: origem e características	3
2.2 Domínios e Esquemas Precoces Mal-Adaptativos	4
2.3 Processos Esquemáticos	7
3. Avaliação dos Esquemas Precoces Mal-Adaptativos	8
4. Avaliação de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos em Crianças e Adolescentes	9
5. Esquemas Precoces Mal-Adaptativos e Comportamento Anti-Social	10
<b>II. Objectivos</b>	11
<b>III. Metodologia</b>	12
<b>IV. Resultados</b>	12
4.1 <b>Artigo I:</b> Análise Factorial Confirmatória de um Modelo de Organização Esquemática	13
Introdução	
Metodologia	
Resultados	
Discussão	
Referências bibliográficas	
4.2 <b>Artigo II:</b> Esquemas Precoces Mal-Adaptativos associados ao Comportamento Anti-Social em Adolescentes	29
Introdução	
Metodologia	
Resultados	
Discussão	
Referências bibliográficas	
<b>V. Discussão</b>	43
<b>VI. Conclusões</b>	46
<b>Bibliografia</b>	47

## Introdução

Partindo do constructo de esquema, conceito basilar da Terapia Cognitiva que o define como representação estável do conhecimento, que o indivíduo faz de si do mundo e dos outros (Beck, 1993; Beck, Emery & Alford, 1999; Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Beck, Freeman, & Associates, 1990; Beck, Rush, Rush, Shaw, & Emery, 1979). Young desenvolveu o constructo de Esquema Precoce Mal-adaptativo. Elemento fundamental na análise e compreensão da psicopatologia em adultos, em especial das Perturbações da Personalidade (Young, 1990; Greenwald & Young, 1998; Young & Lindemann, 1992; Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Similar ao esquema de Beck, Young define os EPM como padrões cognitivos e emocionais auto-lesivos e persistentes, com diferentes níveis de activação, cuja origem e desenvolvimento ocorre precocemente na vida do indivíduo. Resultantes da interacção entre o temperamento da criança e a exposição contínua a experiências nocivas, que dão origem padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais futuros e que incluem emoções, cognições, memórias e sensações corporais (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young, et al., 2003).

Actualmente o modelo teórico de Young consagra a existência de 18 EPM e cinco domínios de ordem superior, que agrupam os respectivos EPM pela sua temática comum. Apesar de submetido a várias reformulações, o modelo teórico continua a considerar todos os EPM numa mesma dimensionalidade, atribuindo-lhes a mesma influência na vida do indivíduo. O que cada vez mais se mostra questionável, face aos diversos estudos, os quais com base no Questionário de Esquemas de Young- YSQ, têm apresentado dificuldades em validar a totalidade do modelo, em particular a estrutura de domínios de ordem superior (Calvete, Estévez, López de Arroyabe, & Ruiz, 2005; Cecero, Joshua, & Gillie, 2004; Cui, Lin, & Oei, 2010; Hoffart et al., 2005; Kriston, Schäfer, von Wolff, Härter & Hölzel, 2012; Lee, Taylor & Dunn, 1999; Muris, 2006; Saritas, & Gençöz, 2011; Schmidt, Joiner, Young, & Telch 1995; Stallard, 2007). Com base nestes dados, bem como nos da prática clínica, a ideia de um modelo teórico que considere os EPM de um modo diferenciado qualitativamente ganha consistência. Nomeadamente compreendendo que uns esquemas são primários, outros secundários e outros ainda que em vez de esquemas em si mesmos, sejam definidos como atitudes disfuncionais, de evitamento e compensação, dos esquemas nucleares.

Importa assim avaliar a qualidade de um modelo desta natureza, que poderá contribuir para trazer maior clareza ao campo da psicopatologia e da prática clínica, tornando-a possivelmente mais eficaz. Propósito do primeiro estudo realizado e aqui apresentado, sob o formato de artigo científico.

Verificando igualmente que a o estudo dos EPM está amplamente realizado na população adulta, importa também perceber se este constructo pode ser igualmente nocivo e associado à psicopatologia, em faixas etárias

mais jovens. Uma vez que vários estudos têm mostrado fortes evidências da sua presença nestas idades (Bernstein, 2008; Calvete, 2007; 2008; Calvete & Orue, 2010; Cooper & Tiffin, 2006; Lewis, 2005; Lumley & Harkness, 2007; Muris, 2006; Richardson, 2005). Nesse sentido o Questionário de Esquemas da Adolescentes- QEA, apresenta-se como um instrumento com boas capacidades psicométricas, para avaliar a presença de EPM em adolescentes (Santos, 2009). E se estes constructos são mais prevalentes em adolescentes com patologia, nomeadamente com comportamento anti-social, como alguns estudos têm posto em evidência (Bernstein, 2008; Calvete, 2007; 2008; Lewis, 2005; Rijo et al., 2007; Tremblay & Dozois, 2009). Considerando que determinados EPM constituem um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbação de comportamento na adolescência, a sua avaliação precoce permitiria delimitar intervenções mais eficazes, que se querem cada vez mais preventivas (Rijo et al., 2007).

## **I – Enquadramento Conceptual**

### **1. O constructo de Esquema na Terapia Cognitiva**

Os modelos mais recentes, acerca do funcionamento do sistema cognitivo sublinham a importância do processamento de informação em diferentes níveis, que vai desde operações mentais mais básicas e simples, a um funcionamento complexo e de nível superior em que os distintos níveis se interrelacionam e influenciam reciprocamente. De acordo com estes modelos, o nosso sistema cognitivo realiza o processamento de informação de modo serial ou paralelo e em dois níveis qualitativamente diferenciados. Nomeadamente um processamento automático, que é rápido, inconsciente, que não exige muita atenção e esforço, e que portanto pode ocorrer em paralelo sem perda de eficácia e um processamento estratégico, que implica um nível consciente, controlado, intencional e requer esforço (Williams, Watts, MacLeod, & Mathews, 1997).

Partindo da constatação do complexo funcionamento cognitivo, que opera a diferentes níveis, o paradigma do processamento de informação permite perceber que a informação disponível no meio é selecionada (através dos mecanismos atencionais), processada, atribuído um significado, codificada, armazenada e recuperada de distintas formas e comporta diferentes componentes cognitivas, emocionais e motivacionais. Com base nos pressupostos deste paradigma, a psicologia cognitiva debruçou-se sobre a análise e compreensão dos mecanismos subjacentes responsáveis pelas cognições, emoções e comportamentos dos indivíduos, considerando que subjacente ao processamento da informação está a acção de estruturas ou esquemas cognitivos (Beck et al., 1979; Beck, et al., 1985; Beck et al., 1990; Beck, 1993; Safran & Segal, 1990).

Elementos hierarquicamente nucleares da cognição humana responsáveis pela selecção no meio, da informação a ser interpretada, codificada, armazenada e posteriormente evocada. Os esquemas desenvolvem-se através da interacção do indivíduo com o meio, possuem um

carácter relativamente estável e duradouro simplificam o ambiente em que o indivíduo se insere, fulcrais e com uma função claramente adaptativa, facilitam o pensamento e a acção, ao auxiliar a identificar e classificar rapidamente estímulos e preencher lacunas na informação apreendida. Enquanto representações estáveis do conhecimento que o sujeito faz acerca de si, dos outros e do mundo, os esquemas orientam o processamento da informação na construção interna de significados (Beck et al., 1979; Beck et al., 1985; Beck, et al., 1990; Beck, et al., 1999).

É no âmbito da Terapia Cognitiva e particularmente no modelo da psicopatologia de Beck (1976; Beck; et al., 1979; Beck et al., 1985; Beck et al., 1990) que o constructo de Esquema adquire maior proeminência, ao desempenhar um papel central no desenvolvimento, manutenção e recaída das perturbações psicológicas. Atendendo que a informação é seleccionada no meio em consonância com o conteúdo do esquema activado, quando este não possui relevância para o contexto em causa, será responsável por distorções, enviesamentos e erros cognitivos. A esta dimensão ideacional negativa junta-se uma componente afectiva congruente. A hipervalência de um esquema, com conteúdos idiossincráticos, facilmente activado por um vasto número de estímulos, embora desadequado para a situação, em detrimento de outros mais adaptativos, é característico de diversos quadros psicopatológicos, pautados por enviesamentos sistemáticos no processamento de informação (Beck et al., 1979; Beck et al., 1985; Beck et al., 1990).

Neste contexto a intervenção terapêutica visa identificar os esquemas disfuncionais que impossibilitam a vivência de experiências que os refutem, com uma acção focalizada ao nível das crenças, distorções cognitivas e pensamentos automáticos negativos. Apesar de extremamente eficaz com as perturbações do Eixo I, o modelo terapêutico de Beck apresenta claras limitações na intervenção na patologia crónica e severa, como as Perturbações da Personalidade, que em virtude das suas características específicas como a apresentação difusa dos problemas, acentuadas dificuldades interpessoais, rigidez e evitamentos de vária ordem, se apresentam resistentes à terapia cognitiva breve que se centra numa intervenção focalizada ao nível das crenças, distorções cognitivas e pensamentos automáticos (Rijo, 2009).

## **2. A Terapia Focada nos Esquemas**

Partindo da Terapia Cognitiva, Young desenvolveu a Terapia Focada nos Esquemas a qual considera que uma intervenção eficaz deverá atingir um nível mais profundo da cognição ou seja, os Esquemas Precoces Mal-Adaptativos (Greenwald & Young, 1998; Young, 1990; Young & Klosko, 1994; Young, Klosko & Weishaar, 2003; Young & Lindemann, 1992).

### **2.1 Esquemas Precoces Mal-Adaptativos: origem e características**

Esquemas Precoces Mal-Adaptativos, segundo Young (1990) *“referem-se a temas extremamente estáveis e duradouros que se desenvolvem*



*durante a infância e são elaborados através da vida do indivíduo e são disfuncionais num grau significativo”* (p.9). De modo semelhante à conceptualização de esquema de Beck, Young define os EPM como padrões cognitivos e emocionais auto-lesivos e persistentes, com diferentes níveis de activação, e cuja origem e desenvolvimento ocorre durante a infância e adolescência, consequência da interacção entre o temperamento da criança e a exposição contínua a experiências nocivas, cujo impacto cumulativo origina padrões cognitivos e comportamentais disfuncionais futuros e que incluem emoções, cognições, memórias e sensações corporais (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young, et al., 2003).

Os esquemas derivam de um conjunto de cinco necessidades emocionais primárias e universais, nomeadamente a vinculação segura, a autonomia, a liberdade de expressar necessidades e emoções; a espontaneidade e prazer e finalmente a existência de limites realistas e auto-controlo, quando a interacção entre o temperamento da criança e o ambiente familiar e social são óptimos, proporcionam à criança um desenvolvimento saudável nestes cinco domínios. Contudo, quando tal não ocorre e a criança é sujeita a sucessivas experiências nocivas no seu quotidiano, particularmente com as figuras de vinculação primária, fica mais vulnerável ao desenvolvimento de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos que se perpetuam ao longo da vida, determinando e guiando o seu funcionamento cognitivo, emocional, comportamental e interpessoal, de um modo marcadamente disfuncional (Young et al., 2003).

São quatro os tipos de experiências precoces, que Young (1990; Young et al., 2003) enuncia como contributos principais para o desenvolvimento destes esquemas, respetivamente a frustração tóxica de necessidades, em que o meio da criança não lhe proporciona estabilidade, compreensão e amor, traumatização ou vitimização, autonomia com ausência de limites realistas e por último a internalização seletiva ou identificação com outros significativos, ou seja, o processo no qual a criança de um modo seletivo identifica e assimila, alguns dos comportamentos, emoções, pensamentos e experiências dos seus cuidadores, que sendo disfuncionais darão origem a EPM.

## **2.2 Domínios e Esquemas Precoces Mal-Adaptativos**

A actual taxonomia do modelo de Young (1990; Young & Lindemann, 1992; Greenwald & Young, 1998; Young et al., 2003) comporta 18 EPM, agrupados em cinco domínios/dimensões mais gerais, sucintamente apresentados e caracterizados na Tabela 1..

**Tabela 1. Domínios e Esquemas Precoces Mal-Adaptativos (Adaptado de Young, 2003)**

### **Distanciamento e Rejeição**

***Expectativa de que, as necessidades de segurança, estabilidade, apoio, cuidados, empatia, partilha de sentimentos, aceitação e respeito não serão satisfeitas de modo consistente.***

1. *Abandono / Instabilidade.*

---

Crença de que os outros significativos não continuarão a fornecer suporte emocional, afiliação e protecção.

2. *Desconfiança / Abuso*

Expectativa de que os outros o irão magoar, abusar dele, humilhá-lo, traí-lo, mentir-lhe ou aproveitar-se dele.

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: privação de Apoio e Cuidados, privação de Empatia e privação de Protecção.

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.

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.***

---

6. *Dependência / Incompetência*

Crença de que se é incapaz de exercer as responsabilidades do dia-a-dia de uma forma competente, sem a ajuda dos outros.

7. *Vulnerabilidade ao mal e à doença*

Medo exagerado, persistente e inapropriado de que uma catástrofe ocasional possa ocorrer e que se sente incapaz de evitar ou de se defender.

8. *Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido*

Proximidade e envolvimento emocional excessivo com um ou vários "outros" significativos, comprometendo a própria autonomia e um desenvolvimento social normal.

9. *Fracasso*

Crença de que se fracassou, que se irá inevitavelmente fracassar ou se é fundamentalmente inadequado face aos seus pares, em áreas de realização pessoal.

---

**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.***

---

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 social. Controlando o comportamento dos outros de acordo com os seus próprios desejos, sem empatia ou preocupação para com as necessidades ou sentimentos destes.

11. *Auto-Disciplina e Auto-Controlo Insuficientes*

Recusa ou intensa dificuldade em exercer auto-controlo e tolerância à frustração suficiente para atingir os seus objectivos pessoais, ou para reprimir a expressão excessiva das suas emoções e impulsos.

### **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.***

---

#### **12. Subjugação**

Excessiva supressão das próprias necessidades e desejos com vista a agradar aos outros normalmente para evitar encolerização, retaliação ou abandono.

#### **13. Auto-Sacrifício**

Focus excessivo na satisfação voluntária das necessidades dos outros, em detrimento da sua própria gratificação. Várias vezes resulta de uma sensibilidade aguda à dor dos outros.

#### **14. Procura de Aprovação/Procura de Reconhecimento**

Ênfase excessiva na obtenção de aprovação, reconhecimento ou atenção por parte dos outros. O sentido de estima do indivíduo depende, primariamente, mais das reacções dos outros do que das suas inclinações naturais.

---

### **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.***

---

#### **15. Negativismo/Pessimismo**

Focalização dominante nos aspectos negativos da vida e minimização dos aspectos positivos. Ou ainda uma expectativa exagerada de que as coisas irão correr mal ou de que os aspectos da vida que parecem estar a correr bem irão desabar a qualquer altura.

#### **16. Inibição Emocional**

Inibição excessiva da espontaneidade das acções ou sentimentos, com vista a criar um sentido de segurança, evitar cometer erros, ser desaprovado pelos outros ou perder o controlo dos seus próprios impulsos.

#### **17. Padrões Excessivos/Hipercriticismo**

A crença de que se tem de atingir padrões internalizados de comportamento e desempenho muito elevados, normalmente para evitar críticas. Habitualmente traduz-se em hipercriticismo para consigo próprio e para com os outros.

#### **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.

---

Recentemente Young e colaboradores (2003) consideraram que os esquemas possuem diferentes níveis de severidade e predominância, diferenciando-os em incondicionais e condicionais. Justificam esta distinção afirmando que há esquemas que se mostram mais nucleares, que se desenvolvem mais cedo, refletem crenças nucleares e rígidas, acerca do Eu e dos outros, portanto são mais severos e com um baixo limiar de activação, que pelas suas características aumentam a vulnerabilidade à psicopatologia e

portanto são considerados incondicionais. Por sua vez os condicionais desenvolvem-se mais tarde, muitas vezes como tentativa de diminuir o sofrimento e as consequências negativas dos esquemas incondicionais, essencialmente manifestam-se através de padrões de comportamento.

### **2.3 Processos Esquemáticos**

De acordo com a Terapia Focada nos Esquemas, os EPM são padrões profundamente embrenhados e centrais para o “sentido do Eu”, portanto familiares e confortáveis para o indivíduo, na sua maioria incondicionais e automáticos, são percebidos como irrefutáveis e extremamente resistentes à mudança, dado que se referem a temas fulcrais da vida do indivíduo como a intimidade e a autonomia. E que em prol da sua validade são desenvolvidos uma série de processos esquemáticos, de modo a que os esquemas se auto-perpetuem, o que dificulta o desafio e modificação esquemática, o que consequentemente se assume estar associado à psicopatologia e a comportamentos mal-adaptativos (Greenwald & Young, 1998; Young, 1990; Young, et al., 2003).

Os processos esquemáticos de Manutenção, Evitamento e Compensação referem-se à influência que os EPM têm sobre o comportamento do indivíduo, visto que funcionam como estratégias comportamentais, cognitivas e emocionais que possibilitam a manutenção da validade do esquema e o evitamento de experiências e emoções dolorosas associadas à activação esquemática, que eventualmente os poderiam infirmar (Young, 1990; Young, et al., 2003).

O processo de manutenção esquemática está associado a mecanismos que reforçam o esquema, como é o caso das distorções cognitivas já anteriormente conceptualizadas por Beck e colaboradores (1979) e de comportamentos auto-derrotistas como a seleção mal-adaptativa de um parceiro. Dado que os EPM despoletam elevados níveis de emoções negativas como a raiva, ansiedade, tristeza ou culpa quando activados, é usual os indivíduos desenvolverem estratégias cognitivas, emocionais e comportamentais para evitar esta activação esquemática. Assim, o evitamento esquemático traduz-se no evitamento das situações e contextos em que esta activação ocorreria na tentativa de não experienciar as emoções associadas ao esquema e, a nível cognitivo no evitamento de pensamentos relacionados com a temática do esquema em causa (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992). Por ultimo o processo de compensação esquemática constitui o mecanismo pelo qual o individuo sobrecompensa o seu esquema, ou seja, numa tentativa de o desafiar ele desenvolve um esquema oposto ao seu esquema primário, o que se traduz na adopção de comportamentos e estilos cognitivos antagónicos aos preditos pelo esquema nuclear. O que aparentemente parece ser uma estratégia benéfica mostra-se contraproducente na medida em que o esquema nuclear subjacente permanece com um limiar de activação baixo, despoletando emoções e comportamentos desajustados para o contexto.

Deste modo entende-se que, os Esquemas Precoces Mal-Adaptativos são, de um modo marcadamente disfuncional, capazes de interferir com

necessidades centrais para a auto-expressão, autonomia, relações interpessoais, validação social ou integração no grupo (Rijo, 2009).

### 3. Avaliação dos Esquemas Precoces Mal-Adaptativos

Young e colaboradores desenvolveram o questionário de esquemas (YSQ) destinado à avaliação dos EPM na população adulta, que foi tendo várias versões. Recentemente foi disponibilizada uma nova versão constituída por 90 itens aleatorizados (YSQ-S3, adaptado por Pinto Gouveia, Rijo e Salvador, 2005) que avaliam os 18 EPM do atual modelo teórico, com uma proporção de 5 itens por cada EMP, numa escala de seis pontos tipo *Lykert*, em que o somatório de cada EPM dá uma medida geral do grau de disfunção esquemática (Rijo, 2009).

As várias investigações têm vindo a demonstrar uma maior incidência de EPM em populações clínicas comparativamente com não-clínicas, como seria espectável de acordo com os pressupostos teóricos (Baranoff, Oei, Cho & Kwon 2006; Schmidt et al., 1995; Lee et al., 1999; Rijkeboer & van dan Berg, 2006; Waller, Meyer & Ohanian, 2001; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract & Jordan, 2002).

Tem sido evidente a dificuldade de corroborar a totalidade do modelo de Young e colaboradores (2003) de 18 EPM agrupados em cinco domínios, é precisamente esta estrutura de cinco domínios que reúne menos consenso e pouco suporte empírico, como demonstram os vários estudos (Calvete, et al., 2005; Cecero et al., 2004; Cui et al., 2010; Hoffart et al., 2005; Lee et al., 1999; Muris, 2006; Saritas & Gençoz, 2011; Schmidt et al., 1995; Stallard, 2007; Soygut, Karaosmanoglu, Çakir, 2008; Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel, & Bögels, 2010)

Recentemente Kriston, Schäfer, von Wolff, Härter e Hölzel, (2012) analisaram as capacidades psicométricas da versão alemã do YSQ-SF3, utilizando uma análise factorial confirmatória, concluindo que estatisticamente não há apoio para o modelo com os 18 EPM agrupados em dimensões de segunda ordem. Com o propósito de investigar a origem da variabilidade na estrutura de dimensões de ordem superior, reportada por diversos estudos, os autores utilizaram ainda uma simulação Monte Carlo, com base no modelo de quatro dimensões de Hoffart e colaboradores (2005). Assim, verificaram que na sua maioria os modelos de ordem superior testados, apresentam um ajustamento aceitável, concluindo, que dado que vários modelos com diferente número de domínios são verossímeis, dificilmente existirá uma “verdadeira” estrutura de domínios de ordem superior e que a variabilidade encontrada parece dever-se mais a outras variáveis, do que a variáveis de ordem clínica, pelo que uma estrutura de ordem superior será dispensável do modelo teórico (Kriston et al., 2012).

#### 4. Avaliação de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos em Crianças e Adolescentes

Teoricamente a TFE preconiza que os Esquemas Precoces Mal-Adaptativos têm a sua origem e desenvolvimento durante a infância (Young, 1990; Young et al., 2003) e que a adolescência é um período especialmente sujeito aos efeitos patológicos das experiências negativas (Lumley & Harkness, 2007; Muris, 2006) e à elaboração de esquemas precoces mal-adaptativos (Young, 1990; Young et al., 2003).

Contudo ainda são escassos instrumentos e estudos adequados às características desenvolvimentais das populações mais novas. Sublinha-se que instrumentos desta natureza, ao identificarem precocemente a origem e desenvolvimento dos EPM, permitem a nível clínico delinear intervenções com carácter preventivo, reduzindo a vulnerabilidade de psicopatologia associada aos EPM, na idade adulta (Stallard & Rayner, 2005). Um primeiro instrumento baseado no YSQ, de avaliação de esquemas em crianças dos 8 aos 12 anos de idade, com 44 itens foi elaborado por Simons e Free (2000 citado por, Stallard & Rayner, 2005), o *Children's Schemas Questionnaire* (CSQ). Contudo a análise fatorial que extraiu 14 fatores em que 10 estavam relacionados com os designados por Young, apenas 5 EPM apresentaram correlações significativas com o YSQ. Destaca-se ainda, o *Schema Questionnaire for Children* (SQC) desenvolvido por Stallard e Rayner (2005), um questionário de 15 itens, para avaliar os 15 EPM do modelo teórico de Young, em sujeitos com idade entre os 11 e 16 anos. Cujo estudo de validação realizado com uma amostra de 46 crianças com uma média de idades de 12.91 utilizado o SQC e o YSQ-S, obteve correlações positivas em 10 dos 15 EPM e, uma boa consistência interna ( $\alpha = .82$ ) do SQC. Apesar de fornecer bons indicadores da presença dos EPM teorizados por Young em fases precoces da vida, este estudo comporta importantes limitações, como o fato do SQC possuir apenas um item por esquema, o que não possibilita captar a complexidade de cada EPM, bem como, não permite a sua análise estrutural inviabilizando a identificação individual de cada EPM na infância (Rijkeboer & de Boo, 2010).

Pretendendo colmatar estas limitações, um outro instrumento baseado na taxonomia de 15 EPM de Young foi desenvolvido por Rijkeboer & de Boo (2010) o *Schema Inventory for Children* cujas propriedades psicometricas foram investigadas recorrendo a uma vasta amostra (N=579) entre os 8-13 anos de idade. Inicialmente com 75 itens, numa proporção de cinco itens por esquema, numa escala tipo *Likert* de quatro pontos ficou reduzida a 40 itens, sendo que os 35 excluídos apresentaram uma fraca correlação com o respetivo fator. Os autores concluíram que um modelo de 11 fatores é o que se apresenta mais robusto e que, em parte é possível identificar em crianças os mesmos esquemas que estão presentes em adolescentes e adultos. Assim, oito dos quinze fatores teóricos emergiram, bem como três novos, fruto da combinação dos sete não identificados. Nomeadamente, os EPM Privação Emocional e Isolamento Social deram origem a um novo fator designado Solidão, o segundo intitulado Vulnerabilidade resultou da junção de Abandono e Vulnerabilidade ao Mal e



à Doença e por fim, o terceiro novo fator que emergiu foi a Submissão junção dos EPM Dependência, Subjugação e Inibição Emocional (Rijkeboer & de Boo, 2010). Apuraram ainda que, na sua maioria os esquemas nas crianças são bons indicadores de psicopatologia. Concretamente verificaram uma forte associação entre a agressividade e os EPM de Defeito, Abuso/Desconfiança, Grandiosidade e Auto-Controlo Insuficiente, sendo que estes últimos três também surgem associados a traços de agressividade em adolescentes e adultos, nos estudos de Tremblay & Dozois (2009). De destacar a forte relação positiva entre os esquemas de Emaranhamento e Auto-sacrifício com afectividade positiva, o que vai no sentido oposto ao proposto pela teoria de Young, mas esperado, dado que em virtude da faixa etária desta população estes esquemas não poderão ser considerados maladaptativos (Rijkeboer & de Boo, 2010).

Destaca-se ainda o Questionário de Esquemas para Adolescentes - QEA (Santos, Rijo & Pinto-Gouveia, 2009) um questionário de auto-resposta para adolescentes dos 12 aos 18 anos, inicialmente com uma versão de 90 itens baseada na versão portuguesa do YSQ-S3 (Pinto Gouveia, Rijo, & Salvador, 2005) posteriormente reduzida a 54 itens, com o propósito de avaliar os 18 EPM propostos por Young. O estudo de validação do QEA (Santos, 2009) mostrou que este oferece uma medida de auto-resposta válida, para avaliar o constructo de Esquema Precoce Mal-Adaptativo, nesta população. Com um nível de consistência interna, para o total da escala muito bom ( $\alpha = .93$ ) e uma estabilidade temporal elevada ( $r = .84$ ). O que assim constitui mais um contributo na avaliação de EPM em populações mais jovens, fundamental para uma consequente intervenção

## **5. Esquemas Precoces Mal-adaptativos e comportamento anti-social**

Apesar de Young na TFE estabelecer apenas, a relação entre esquemas precoces mal-adaptativos e o desenvolvimento de psicopatologia em adultos (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young et al., 2003) vários estudos (Bernstein, 2008; Calvete, 2007; 2008; Calvete & Orue, 2010; Cooper & Tiffin, 2006; Lewis, 2005; Lumley & Harkness, 2007; Muris, 2006; Richardson, 2005) têm vindo a mostrar que a presença de esquemas precoces mal-adaptativos em populações adolescentes também se encontra associada ao desenvolvimento de psicopatologia, nomeadamente, à perturbação do comportamento, o que evidencia a pertinência da sua análise.

Especialmente as perturbações de comportament aparecem associadas a esta etapa da vida do sujeito. E se eventualmente em muitos casos tende a desaparecer, noutros evolui para formas de marcada psicopatologia, como a criminalidade (Fonseca, 2000). Neste sentido vários modelos teóricos têm sido desenvolvidos com o propósito de compreender a génese destes comportamentos desviantes e de que modo se deve intervir na sua resolução. Consideramos particularmente relevante o Modelo de Processamento de Informação Social (Crick & Dodge, 1994; Dodge & Schwartz, 1997; Huesmann & Guerra, 1997; Tremblay & Dozois, 2009) o qual defende que a resposta agressiva a um estímulo social resulta de enviesamentos e

distorções sistemáticos, em diversas fases do processamento da informação social, o que conduz a uma escolha inadequada da resposta comportamental exibida.

Destaca-se igualmente o trabalho do Programa *Gerar Percursos Sociais* (GPS), desenvolvido por, Rijo e colaboradores (2007) que visa a prevenção e reabilitação psicossocial de jovens em risco ou já com comportamentos desviantes. E que da vasta experiência, no âmbito do programa constatam que, no desenvolvimento destes indivíduos, as áreas mais afectadas parecem ser os domínios de aceitação pelos outros, ligação aos outros e aquisição de regras e limites, tal como foram definidos por Young (1990). Precisamente os que agrupam os EPM constitutivos do auto-conceito e se centram em conteúdos de Abandono; Desconfiança/ Abuso; Privação Emocional; Defeito; Indesejabilidade/ Isolamento Social; Fracasso; Limites Indefinidos/Grandiosidade; Auto -Disciplina e Auto -Controlo Insuficientes, os quais apresentam uma maior prevalência nestas populações. Neste sentido, os estudos sugerem que a formação de determinados EPM constitui um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbação de comportamento, em faixas etárias mais jovens, como a adolescência (Rijo et al., 2007), o que remete para a necessidade de uma avaliação precoce, visando uma intervenção mais eficaz porque não apenas remediativa, mas, sobretudo, preventiva.

Importa ainda referir que, mesmo perante os resultados de vários estudos, a resposta a quais os EPM relevantes na compreensão dos problemas de comportamento em adolescentes, permanece em aberto.

## II - Objectivos

A presente dissertação possui como principal objectivo testar a pertinência de um novo modelo de organização esquemática, para os 18 EPM postulados por Young como presentes na psicopatologia. Adicionalmente estudar-se-ão quais os EPM mais associados ao Comportamento Anti-social, a partir da proposta teórica de Rijo e colaboradores (2007). Com vista à pressecução destes objectivos, realizaram-se dois estudos, os quais foram elaborados e são aqui apresentados, sobre o formato de artigo científico.

Assim o primeiro artigo consiste na realização de uma avaliação da qualidade de ajustamento de dois modelos, um primeiro modelo que consiste no modelo teórico original de Young. E um segundo que consiste num modelo de organização esquemática alternativo, que diferencia qualitativamente os EPM. Com vista a esclarecer qual o modelo que apresenta melhor ajustamento para uma amostra de adolescentes (N=1140), com idades entre os 12 e os 18 anos. Cujos dados provenientes do Questionário de Esquemas para Adolescentes, serão submetidos a uma análise factorial confirmatória.

O segundo artigo compreende um estudo realizado numa amostra com três grupos distintos de adolescentes, um grupo não-clínico (n=100); um grupo com Perturbação de Conduta (n=97) e um último com Perturbação de



Conduta (n=100). Apoiado na literatura que identifica determinados EPM como mais prevalentes em adolescentes com comportamento anti-social. Pretendemos verificar se os dados provenientes do QEA, desta amostra permitem discriminar os três grupos quanto aos EPM endossados.

### **III - Metodologia**

Uma vez que este trabalho está organizado sob a forma de dois artigos, a caracterização pormenorizada dos respectivos participantes, instrumentos e procedimentos, nomeadamente de investigação e estatísticos encontra-se no corpo dos artigos. Pelo que se remete para os mesmos a sua consulta.

### **IV - Resultados**

Os resultados obtidos em ambos os estudos realizados encontram-se devidamente apresentados no corpo dos dois artigos que compõe este trabalho.

## **Análise Factorial Confirmatória de um Modelo de Organização Esquemática**

Cláudia Pinto<sup>1</sup>, Daniel Rijo<sup>2</sup>  
Universidade de Coimbra

---

<sup>1</sup> Mestranda em Psicologia Clínica- Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde. [claudiaccpinto@gmail.com](mailto:claudiaccpinto@gmail.com)

<sup>2</sup> Professor Auxiliar e Investigador do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra. [drijo@fpce.uc.pt](mailto:drijo@fpce.uc.pt)

## Resumo

Elaborado e difundido no âmbito da Terapia Focada nos Esquemas o actual modelo conceptual que lhe subjaz, composto por 18 EPM agrupados em cinco dimensões de ordem superior, tem vindo a ser cada vez mais questionado. Tendo por instrumento o YSQ, nas suas diferentes versões, especificamente desenvolvido por Young para avaliar o constructo em causa, os estudos têm mostrado relativo consenso para uma estrutura de 18 EPM, mas muito mais divergentes no número de dimensões de ordem superior. Estudos recentes têm mesmo questionado a viabilidade de uma estrutura com dimensões de segunda ordem. A própria prática clínica em adultos e adolescentes tem demonstrado que esta organização esquemática é questionável. E que eventualmente os esquemas serão melhor compreendidos numa estrutura que os diferencie qualitativamente.

Com base nestas evidências, através de uma AFC, foi testada a qualidade de ambos os modelos, o original elaborado por Young e um modelo de organização esquemática alternativo, que consideramos mais representativo do funcionamento esquemático desenvolvido a partir da experiência clínica com adultos e adolescentes. O estudo foi realizado com os dados do Questionário de Esquemas para Adolescentes- QEA (Santos, Rijo & Pinto-Gouveia, 2009) de uma amostra de adolescentes (N=1140). Os resultados mostraram um melhor ajustamento ( $\chi^2(134)=5233.05$ ,  $p<0.001$ ) para um modelo no qual os esquemas são diferenciados qualitativamente, em primários, secundário e processo/ atitudes disfuncionais.

Os resultados alcançados abrem caminho para uma nova conceptualização da organização dos esquemas com importantes repercussões para a prática clínica. Contudo impõe-se a realização de futuros estudos, nomeadamente com adultos, que permitam testar de modo mais consistente a qualidade do modelo proposto aqui e que foi comparado com a organização teórica original dos esquemas.

**Palavras-Chave:** Esquemas Precoces Mal-Adaptativos; Modelo de organização esquemática; Adolescentes; Questionário de Esquemas para Adolescentes.

## Abstract

Developed and spread in the scope of Schema-Focused Therapy, the current conceptual model behind, composed by 18 EMS grouped in five higher order dimensions, has been increasingly questioned. With the YSQ as tool, in its different versions, specifically developed by Young to evaluate the concerned construct, the studies have shown a relative consensus to an 18 EMS structure, but much more diverse regarding higher order dimensions number. Recent studies have yet questioned the viability of a structure with second order dimensions. The clinical practice itself, in adults and adolescents, has demonstrated that this schematic organization is questionable. Also demonstrates that schemes will be better understood in a structure that distinguishes them qualitatively.

Based on these evidences, through a CFA, the quality of both models was tested, the original developed by Young and an alternative schematic organization model, found most representative of the schematic operation, developed from the clinical experience with adults and adolescents. The study was conducted with the Schema Questionnaire for Adolescents – QEA data (Santos & Rijo, 2009), of an adolescents sample (N=1140). The results showed a better fit ( $\chi^2(134)=5233.05$ ,  $p<0.001$ ) to a model in which the schemes are qualitatively set apart in primary, secondary and dysfunctional process/ attitudes.

The reached results pave the way to a new schematic organization conceptualization, with main consequences to clinical practice. However, future empirical research seems necessary, in particular with adults that allow testing in a more reliable way the hereby proposed model quality and that was compared to the schemes original theoretical organization

**Keywords:** Early Maladaptative Schema; Schematic organization model; Adolescence; Schema Questionnaire for Adolescents.

## Introdução

Conceptualizados por Young (1990) como “*temas extremamente estáveis e duradouros que se desenvolvem durante a infância e são elaborados através da vida do indivíduo e são disfuncionais num grau significativo*” (p.9) no seio da Terapia Focada nos Esquemas, os Esquemas Precoces Mal-adaptativos consistem em padrões cognitivos e emocionais auto-lesivos e persistentes com diferentes níveis de activação e cuja origem e desenvolvimento ocorre durante a infância e adolescência. Consequentes da interacção entre o temperamento da criança e a exposição contínua a experiências nocivas, cujo impacto cumulativo origina padrões cognitivos emocionais e comportamentais disfuncionais futuros e que incluem emoções, cognições, memórias e sensações corporais (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

O constructo tem sido particularmente relevante no estudo da psicopatologia na população adulta. Cujas investigações têm vindo a revelar uma relação significativa entre a presença de EPM e o desenvolvimento e manutenção de quadros psicopatológicos (Ball & Cecero, 2001; Castille et al., 2007; Jovev & Jackson, 2004; Lawrence, Allen, & Chanen, 2011; Schmidt, Joiner, Young & Telch, 1995; Pinto Gouveia, Castilho, Galhardo, & Cunha, 2006; Waller, Meyer, & Ohanian, 2001; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract, & Jordan, 2002).

Contudo, vários autores têm vindo a apontar a adolescência como um período particularmente sensível aos efeitos nefastos das experiências negativas e à consequente elaboração de esquemas disfuncionais, com fortes repercussões não apenas na idade adulta, mas também nestas faixas mais jovens. O que tem suscitado um crescente interesse no campo da investigação pelo estudo da origem, manutenção e influência destas estruturas cognitivas disfuncionais em indivíduos mais novos (Bernstein, Arnoud, & Vos, 2007; Cooper & Tiffin, 2006; Cui, Lin, & Oei, 2010; Lawrence et al., 2011; Lewis, 2005; Lumley & Harkness, 2007; Muris, 2006; Richardson, 2005; Santos, 2009; Saritas & Gençöz, 2011; Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel & Bogels 2010). E particularmente no contexto das perturbações externalizantes, como os comportamentos anti-sociais (Calvete, 2007; 2008; Calvete & Orue, 2010; Bernstein, 2008; Lewis, 2005; Rijo et al., 2007; Tremblay & Dozois, 2009).

Após sucessivas revisões, o actual modelo teórico preconiza a existência de 18 esquemas precoces mal-adaptativos organizados em cinco dimensões de ordem superior.

Com vista à sua avaliação foi desenvolvido o Questionário de Esquemas de Young (Young Schema Questionnaire, YSQ; Young, 1990), um questionário de auto-resposta que na versão mais recente, o YSQ-S3 (adaptado para a população portuguesa por Pinto Gouveia, Salvador, & Rijo, 2005) é constituído por 90 itens, com uma proporção de 5 itens por factor, numa escala de 6 pontos tipo *Likert*. Relativamente à dimensionalidade da escala do YSQ, os resultados reportados pelos vários estudos variam entre 13 (Cecero, Joshua, & Gillie, 2004; Lachenal-Chevallet, Mauchand, Cottraux, Bouvard & Martin, 2006), 14 (Cui et al., 2010) 15

(Schmidt et al., 1995; Lee, Taylor, & Dunn, 1999; Waller et al., 2001; Welburn et al., 2002) e 16 (Rijkeboer & van dan Berg, 2006) factores identificados, para um modelo teórico de 16 EPM.

Para o actual modelo com uma estrutura de 18 EPM e cinco dimensões de ordem superior, os estudos com o YSQ-S3 são mais concordantes no que se refere à estrutura de 18 factores (Trip, 2006; Hawke & Provencher, 2012; Rijo, 2009) mas pouco consensuais no que se refere aos domínios da estrutura de ordem superior existentes. Verifica-se que a maioria dos estudos identifica três (Calvete, Estevés, López de Arrobaya & Ruiz, 2005; Cui et al., 2010; Muris, 2006; Saritas & Gençöz, 2011; Schmidt et al., 1995;) a quatro domínios (Cecero et al., 2004; Hoffart et al., 2005; Lee et al., 1999; Stallard, 2007). E nos estudos que reportam uma estrutura de cinco domínios, estes não se sobrepõem aos conceptualizados por Young (Soygut, Karaosmanoglu, & Çakir, 2008; Van Vlierberghe et al., 2010).

Em crianças e adolescentes, globalmente o que ainda se encontra são escassos estudos com instrumentos desenvolvidos para estas faixas etárias. Destaque para o *Children's Schemas Questionnaire* (CSQ), questionário baseado no YSQ, para crianças dos 8 aos 12 anos com 44 itens de Simons e Free (2000 citado por, Stallard & Rayner, 2005), em que a análise fatorial extraiu 14 factores, 10 dos quais relacionados com os designados por Young, mas apenas 5 EPM apresentaram correlações significativas com o YSQ. Posteriormente Stallard e Rayner (2005) elaboraram o *Schema Questionnaire for Children* (SQC) um questionário com 15 itens para avaliar os 15 EPM do modelo teórico de Young para indivíduos dos 11 aos 16 anos de idade. Os estudos de validação do instrumento obtiveram correlações positivas para 10 dos 15 EPM. Rijkeboer e de Boo (2010) desenvolveram o *Schema Inventory for Children* baseado na taxonomia de 15 EPM com 40 itens. Os resultados dos estudos de validação mostraram que um modelo de 11 factores é o que se apresenta mais robusto e onde, em parte, é possível identificar em crianças os mesmos esquemas que estão presentes em adolescentes e adultos.

Destaca-se ainda o Questionário de Esquemas para Adolescentes - QEA (Santos et al., 2009) um questionário de auto-resposta para adolescentes dos 12 aos 18 anos, inicialmente com uma versão de 90 itens baseada na versão portuguesa do YSQ-S3 (Pinto Gouveia, Salvador, & Rijo, 2005) posteriormente reduzida a 54 itens, para avaliar os 18 EPM. Os estudos da dimensionalidade do instrumento corroboraram a estrutura de 18 factores, coerentes com o modelo teórico, mas a análise de segunda ordem revelou apenas três dimensões.

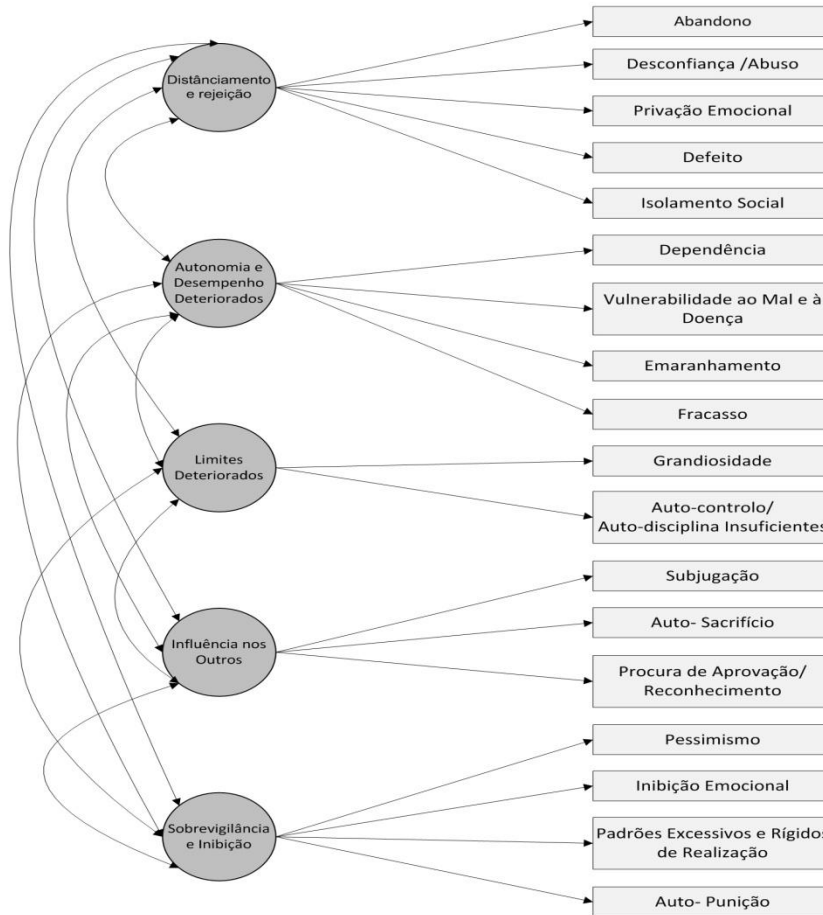
Assim verifica-se uma tendência para uma maior concordância na estrutura dos factores de primeira ordem do modelo teórico, mas muito menor para a sua organização em domínios de ordem superior. Esta constatação deu origem a um estudo recente de Kriston, Schäfer, von Wolff, Härter e Hölzel (2012), com a versão alemã do YSQ-S3 em que a análise factorial confirmatória mostrou que um modelo de primeira ordem de 18 factores correlacionados entre si apresenta um bom ajustamento. Contudo, uma análise de factores de segunda ordem não encontrou suporte levando os autores a concluir que estatisticamente não há apoio para o modelo com os 18 EPM agrupados em dimensões de ordem superior. Pelo que uma estrutura de ordem superior será dispensável do modelo teórico (Kriston et al., 2012).

Constatando assim, que estudos prévios falham na confirmação da estrutura original do modelo teórico de Young que considera todos os 18 EPM, de Abandono, Desconfiança /Abuso, Privação Emocional, Pessimismo, Auto-Punição, Dependência, Emaranhamento, Auto-Sacrifício, Subjugação, Vulnerabilidade ao mal e à doença, Defeito, Fracasso, Grandiosidade, Procura de Aprovação/Reconhecimento e Padrões Excessivos/Rígidos de Realização, Isolamento Social, Inibição Emocional e Auto-Controlo/Disciplina insuficientes numa mesma dimensão e agrupados em cinco domínios de ordem superior denominados Distanciamento e Rejeição, Autonomia e Desempenho Deteriorados, Limites Deteriorados, Influência nos outros e

Sobrevigilância e Inibição, conforme apresentado na Figura 1.

E que muito embora o autor tenha sugerido a distinção dos esquemas em incondicionais e condicionais, esta nunca originou qualquer reformulação do seu modelo teórico.

**Figura 1.** Especificação Pictórica do Modelo Teórico de Young (Adaptado de Young,

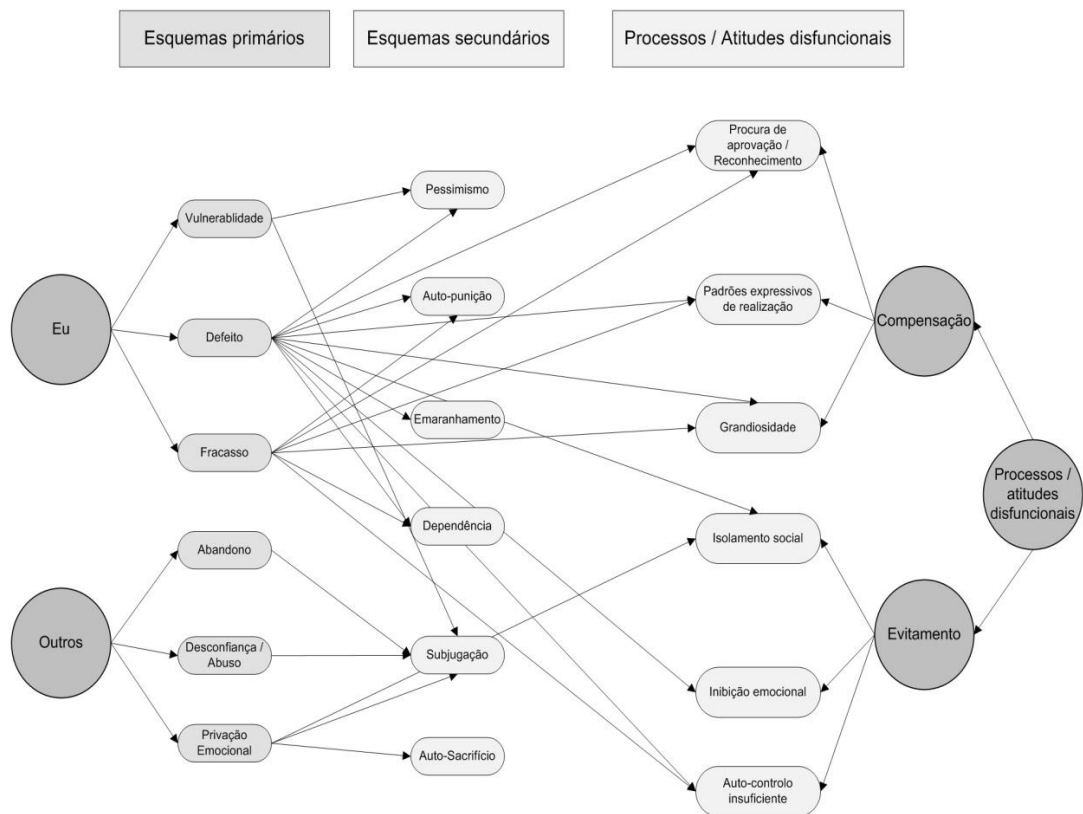


Por sua vez, a própria prática clínica, quer com adultos quer com adolescentes, mostra frequentemente que determinados esquemas disfuncionais tendem a formar-se cedo na vida e a constituírem o núcleo do auto-conceito do indivíduo, com crenças referentes ao EU que se centram em conteúdos como a Vulnerabilidade, o Defeito e o Fracasso, e crenças acerca dos Outros, em que as temáticas são a Desconfiança e Abuso, o Abandono e a Privação Emocional. E que outros são mais bem conceptualizados como esquemas secundários ou associados, como parece ser o caso do Pessimismo, Auto-Punição, Dependência, Emaranhamento, Auto-Sacrifício e Subjugação. Julga-se ainda que estes esquemas secundários funcionam como meios de manutenção dos esquemas primários. Exemplificando: um indivíduo que endosse o EPM de abandono, habitualmente acredita que os outros significativos na sua vida irão eventualmente falhar e deixar de lhe dar suporte e amor; o esquema de Defeito acredita que é inferior aos outros ou sem valor. Verifica-se que este tipo de crenças disfuncionais pode ser mantido por um esquema de pessimismo associado, que se traduz num foco excessivo nos aspectos negativos da vida

negligenciando os positivos. De modo similar constata-se que indivíduos que possuam o esquema de Fracasso têm uma visão de si como um inadequado comparativamente aos outros e que a tendem a manter através de esquemas de Dependência e de Emaranhamento que globalmente traduzem uma falta de autonomia do individuo face a outros significantes. Com base nesta concepção entende-se que os esquemas primários são desenvolvidos precocemente fruto de experiências nocivas. Estes formam a base do auto-conceito do indivíduo e é através deles que toda a informação apreendida será processada e atribuído um significado congruente com o mesmo. Salienta-se que os esquemas primários de Defeito e de Fracasso, que traduzem crenças acerca do Eu são os mais prevalentes em clínica e que se considera estarem fortemente correlacionados com outros esquemas secundários que tendo origem nos primários, passam a ser fonte de manutenção dos mesmos.

Fruto da longa experiencia clínica e particularmente da intervenção junto de indivíduos com patologia da personalidade, surge-nos de modo consistente que alguns dos esquemas tendem a surgir como processos compensatórios dos esquemas nucleares ou primários. Tal o caso da Grandiosidade, a Procura de Aprovação/ Reconhecimento e Padrões Excessivos /Rígidos de Realização. Outros ainda traduzam padrões de evitamento de activação destes mesmos esquemas nucleares. É o caso do Isolamento Social, a Inibição Emocional e o Auto-Controlo/Disciplina insuficientes, que na sua globalidade considera-se serem atitudes disfuncionais desenvolvidas para colmatar os efeitos nefastos e a carga emocional negativa dos esquemas primários de Fracasso e Defeito. Com base nestes dados da clínica, propõe-se um modelo alternativo, em que os 18 EPM são diferenciados em Primários, Secundários e Processos /Atitudes Disfuncionais conforme apresentado na Figura 2.

Figura 2. Especificação Pictórica do Modelo de Organização Esquemática proposto





deles melhor descreve a organização esquemática nesta fase de desenvolvimento utilizando como instrumento o QEA, cujos estudos de validação comprovaram as boas capacidades psicométricas (Santos, 2009).

## Metodologia

### *Participantes*

No presente estudo foi utilizada uma amostra criada a partir de outras amostras já existentes, nomeadamente uma amostra proveniente do projecto *Gerar Percursos Sociais* (GPS) de jovens com patologia do comportamento institucionalizados em Centros Educativos sob Medida Tutelar Educativa e uma outra amostra recolhida na população geral sem patologia diagnostica, no âmbito de um trabalho realizado pelos alunos da Unidade Curricular ICCAS, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

A **Amostra Geral** é composta por 1140 sujeitos, 599 do sexo masculino (52.5%) e 541 do sexo feminino (47.5%). Com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, em que a média de idades é de 16.18 (DP=1.35). Apresentam uma média de 8.90 (DP= 2.01) anos completos de escolaridade e uma média de .85 (DP=1.34) de reprovações. Existem 642 indivíduos com nível socio-económico baixo (56.3%), enquanto o de 484 (42.5%) é considerado médio e apenas 14 (1.2%) possuem nível elevado.

A amostra é constituída na sua maioria por indivíduos sem patologia diagnosticada (n=810). Foram igualmente integrados 87 (8.5%) indivíduos com perturbação de oposição e 233 (20.4%) com perturbação de comportamento com o objectivo de introduzir uma maior variabilidade e criar uma amostra mais heterogénea. As características gerais da amostra estão apresentadas no Quadro 1.

**Quadro 1. Características da Amostra (N=1140; 100%)**

	<b>M</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>	16.18	1.35
<b>Anos de Escolaridade</b>	8.90	2.01
<b>Reprovações</b>	.85	1.34
	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	599	52.5
Feminino	541	47.5
<b>Nível Sócio-Económico</b>		
Baixo	642	56.3
Médio	484	42.5
Elevado	14	1.2

### *Instrumentos*

#### *Questionário de Características sócio-demográficas*

O questionário de características sócio-demográficas foi utilizado com o objectivo de recolher dados acerca das variáveis sócio-demográficas da população alvo, nomeadamente a idade, estado civil, anos de escolaridade completos, reprovações e nível sócio-económico.



*QEA- Questionário de Esquemas para Adolescentes* (Santos, Rijo, & Pinto Gouveia, 2009)

Este questionário de auto-resposta constituído por 54 itens aleatorizados destina-se à população adolescente com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade, com o propósito de avaliar os 18 Esquemas Precoces Mal-Adaptativos, teorizados por Young, na Terapia Focada nos Esquemas. E cujas sub-escalas consideradas correspondem à Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento social/Alienação, Defeito/Incapacidade de ser amado, Fracasso, Dependência/Incompetência funcional, Vulnerabilidade ao mal e à doença, Emaranhamento, Subjugação, Auto-sacrifício, Inibição emocional, Padrões excessivos/rígidos de realização, Grandiosidade/Superioridade, Auto-Controlo/Disciplina insuficientes, Procura de aprovação/Reconhecimento, Pessimismo e Auto-punição. Este questionário constitui uma adaptação simplificada da versão portuguesa do YSQ-S3 (Pinto Gouveia, Rijo, & Salvador, 2005), cuja formulação dos itens bem como as instruções e escala de resposta foram ajustadas às características da população alvo.

Inicialmente constituído por 90 itens aleatorizados, dos quais apenas 54 integram os factores da escala. Em que, para cada EMP é apresentado, de forma aleatória, um conjunto de 3 afirmações, às quais é dada uma escala tipo *Likert* de 1 (“Não tem nada a ver com o que acontece ou aconteceu comigo”) a 6 (“É exactamente o que acontece ou aconteceu comigo”) e cuja média de pontuação de cada grupo de itens constitui a medida de saliência de cada EPM em particular.

De acordo com os resultados, do estudo de validação do QEA este oferece uma medida de auto-resposta válida para avaliar o constructo proposto nesta população. Com um nível de consistência interna para o total da escala muito bom ( $\alpha = .93$ ) e uma estabilidade temporal elevada ( $r = .84$ ). Para os diferentes factores os valores de *Alpha* apresentaram-se na sua maioria aceitáveis, oscilando entre .70 para Padrões excessivos/rígidos de Realização e .83 para o Fracasso. Apenas o factor Auto-Controlo/Disciplina Insuficientes apresentou um valor inadmissível ( $\alpha = .39$ ). Uma análise factorial de segunda ordem fez emergir três dimensões: Menos Valia e Desligamento; Ligação Excessiva e Vulnerabilidade Pessoal; e Auto-Engrandecimento, nas quais se agrupam os 18 factores do QEA (Santos, 2009).

Na amostra do presente estudo este instrumento revelou bons valores de consistência interna para o total da escala ( $\alpha = .89$ ). Com valores de *Alpha* para os diferentes factores na sua maioria aceitáveis, destacando-se os bons valores para o Fracasso ( $\alpha = .85$ ) e o Isolamento Social ( $\alpha = .83$ ). Privação Emocional, Abandono e Emaranhamento apresentaram o mesmo valor ( $\alpha = .80$ ). Coeficientes mais fracos apresentaram os factores Auto-sacrifício ( $\alpha = .62$ ) e Vulnerabilidade ao Mal e à Doença ( $\alpha = .60$ ). Também aqui o factor Auto-controlo/Disciplina Insuficientes apresentou um valor inadmissível ( $\alpha = .49$ ).

### ***Procedimentos de Investigação***

Toda a recolha de dados respeitou os princípios éticos e deontológicos com as respectivas autorizações dos encarregados de educação no caso dos menores de idade ou o consentimento informado nos indivíduos com 18 anos e das instituições no caso dos jovens institucionalizados, bem como da DGRS no caso dos jovens em contexto Centro Educativo. Em todos os casos foi explicado o carácter voluntário, confidencial e anónimo da recolha de dados.

### ***Procedimentos Estatísticos***

Para comparar os dois modelos referidos, procedeu-se à realização de uma Análise Factorial Confirmatória (AFC), utilizando a versão 20.0 do AMOS. As análises descritivas foram realizadas utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0.

Dado que as variáveis não apresentavam uma distribuição normal procedeu-se à sua normalização (*square-root*), numa tentativa de diminuir a violação deste pressuposto. Em cada um dos modelos espera-se que cada variável observada (item) pontue exclusivamente no factor que é suposto medir.

Em ambos os modelos testados utilizou-se o método de estimação *maximum likelihood*. Na análise do ajustamento global de cada um dos modelos, teve-se por base o teste do  $\chi^2$  (*Qui-quadrado*), uma vez que este fornece uma medida exacta da discrepância entre o modelo teórico e os dados observados. Devido ao  $\chi^2$  ser um teste moderadamente sensível a desvios na normalidade dos dados e ao tamanho da amostra, analisaram-se igualmente outros indicadores de ajustamento que apoiam a decisão relativa à qualidade do modelo. Nomeadamente o CFI (*Comparative Fit Index*) e o TLI (*Tucker-Lewis Index*) que avaliam a adequabilidade do modelo em relação ao modelo independente e o RMSEA (*Root Mean Square Error of Approximation*) que analisa a discrepância no ajustamento entre as matrizes estimadas e as observadas. Considera-se que um modelo apresenta um bom ajustamento quando o valor do  $\chi^2$  é estatisticamente não significativo ( $p > 0.05$ ) e se os valores do CFI e do TLI forem superiores a 0.90 e do RMSEA inferiores a 0.06. (Hu & Bentler, 1998; Marôco, 2010).

## **Resultados**

Foram testados dois modelos conceptuais: Um Modelo-1 com a estrutura teórica original de Young que pressupõe que a covariância entre os 18 factores de primeira ordem é explicada pela existência de cinco dimensões de ordem superior designados de Distanciamento e Rejeição; Autonomia e Desempenho Deteriorados; Limites Deteriorados, Influência nos outros e Sobrevigilância e Inibição; e um Modelo-2 com uma estrutura conceptual alternativa, com os factores diferenciados em primários, secundários e processos/atitudes disfuncionais e com covariâncias

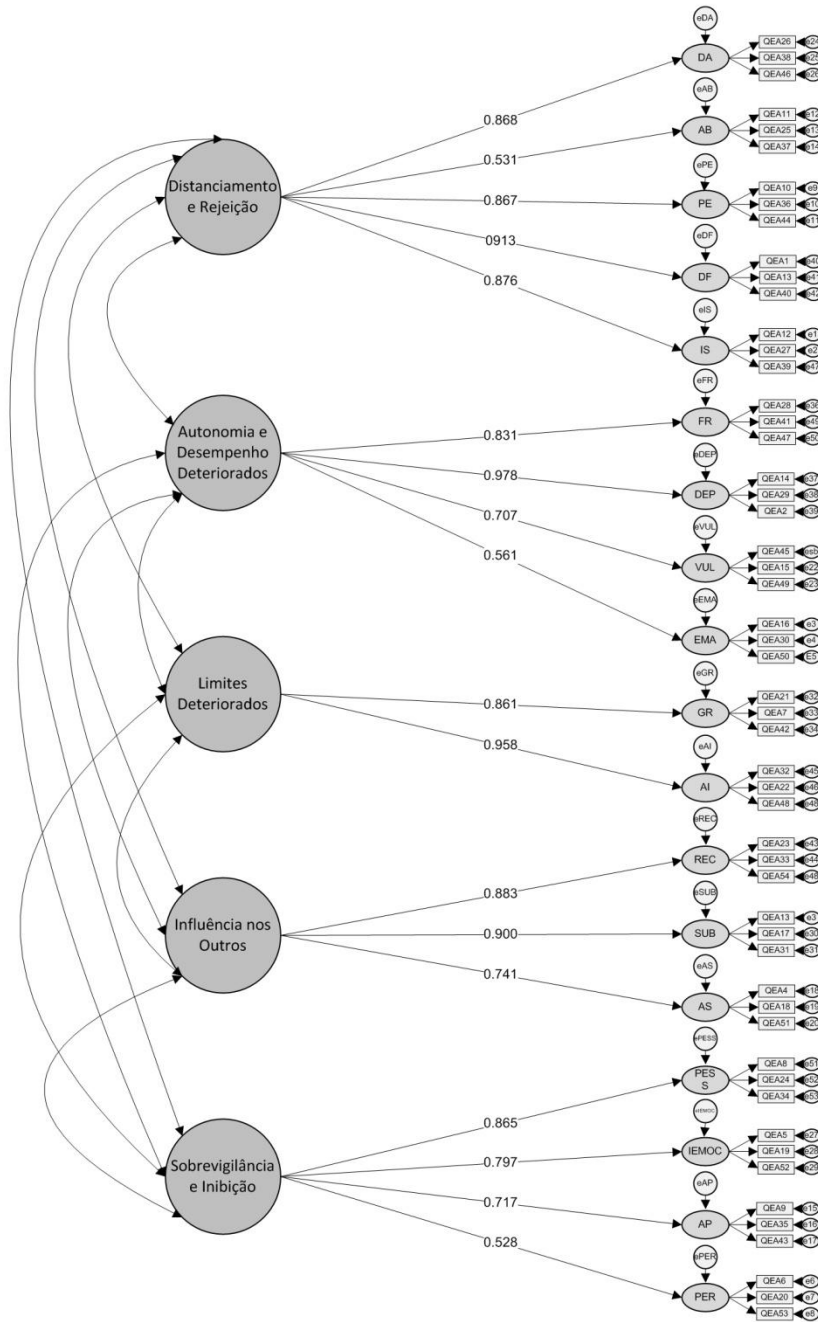
No Quadro 2. estão apresentados os resultados da análise a ambos os modelos. Assim o valor do  $\chi^2$  para o Modelo-1 é significativo ( $\chi^2_{(135)}=6562.55$ ,  $p < 0.001$ ) e os restantes índices de ajustamento do modelo revelam um mau ajustamento do modelo, com CFI=.797; TLI=.786; RMSEA=.058 [intervalo de confiança a 90% =0.057-0.060]. O Modelo-2 apresentou um ajustamento melhor com o valor do  $\chi^2$  significativo ( $\chi^2_{(134)}=5233.05$ ,  $p < 0.001$ ) e os outros índices apresentaram resultados de CFI=.849; TLI=.838; e RMSEA=.051 [intervalo de confiança a 90% = 0.049-0.052].

**Quadro 2. Indicadores do ajustamento global (AFC)**

	$\chi^2$	df	CFI	TLI	RMSEA
<b>Modelo -1</b>	6562,55	135	.797	.786	.058
<b>Modelo -2</b>	5233.05	134	.849	.838	.051

Para os dois modelos avaliados os resultados da análise factorial confirmatória com os valores dos coeficientes de regressão padronizados estimados estão apresentados nas Figuras 3. e 4. Verificou-se ainda que as diferenças entre o Modelo-1 e o Modelo-2 foram estatisticamente significativas ( $\Delta\chi^2_{(1)}=1329.5, p<0.001$ ), sustentando que o nosso modelo embora não apresente índices de ajustamento que se possam considerar bons é o modelo que apresenta melhor ajustamento, sendo portanto preferível ao Modelo-1, cujos índices de ajustamento são mais fracos.

Figura 3. Modelo-1 com os Coeficientes de Regressão Padronizados Estimados.

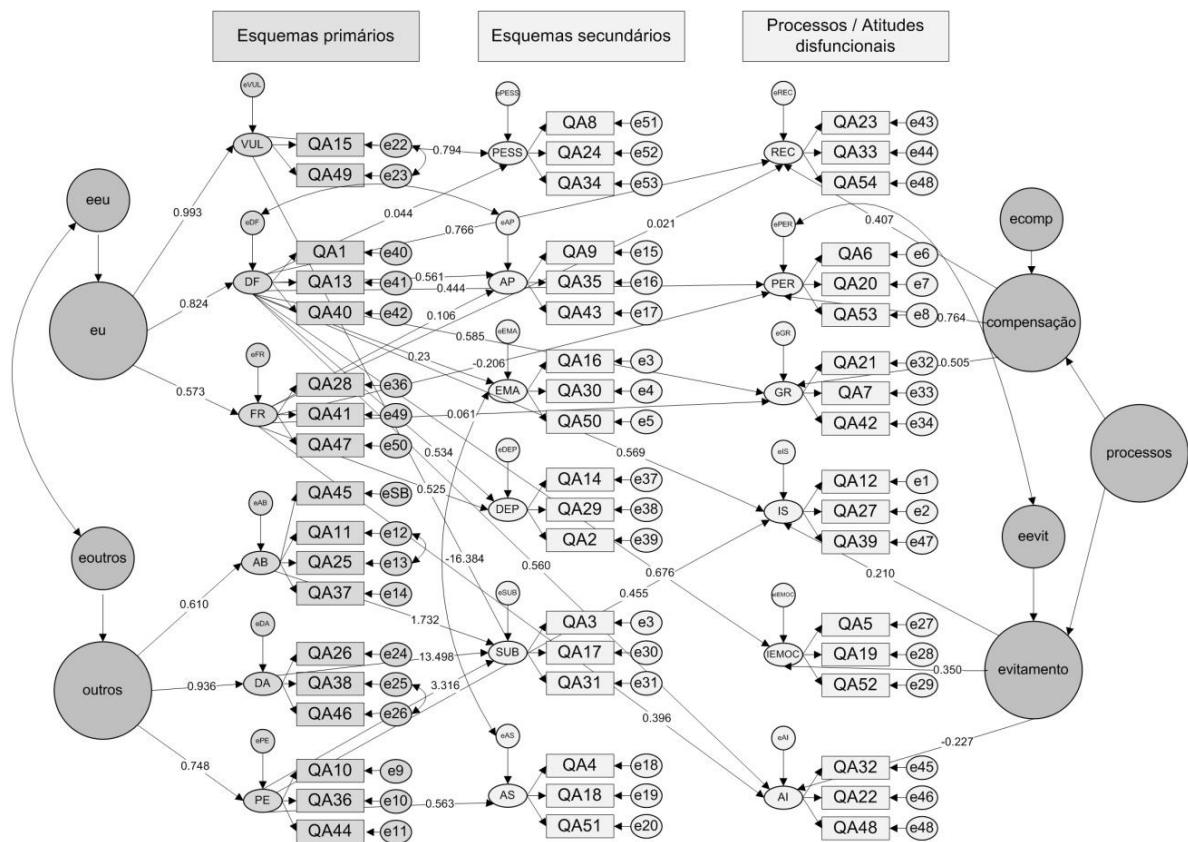


Uma vez que o nosso modelo apresentou um melhor ajustamento, o que segundo os indicadores de qualidade do ajustamento o torna preferível, vamos proceder a uma análise mais detalhada dos resultados obtidos com a análise factorial.

Assim, após correr o Modelo-2 tal como indicado na especificação pictórica, apresentada na Figura 2., observaram-se sete correlações estatisticamente significativas entre erros, que não estavam previstas teoricamente. Nomeadamente, eEu versus eOutros ( $\phi=.638$ ;  $p<0.05$ ); eEmaranhamento versus eAuto- sacrifício ( $\phi=.470$ ;  $p<0.05$ ); eDefeito versus eAuto- punição ( $\phi=.179$  ;  $p<0.05$ ); eEvitamento versus ePadrões Excessivo e Rígidos de Realização ( $\phi=.126$ ;  $p<0.05$ ); e12 versus e13 ( $\phi=.486$ ;  $p<0.05$ ); e22 versus e23 ( $\phi=.695$ ;  $p<0.05$ ); e e25 versus e26 ( $\phi=.479$ ;  $p<0.05$ ). Contudo consideramos que embora não previstas, estas correlações têm justificação teórica e assim foram integradas na reespecificação do modelo, conforme se pode verificar na Figura 4..

Na análise efectuada, nem todos os coeficientes de regressão estimados possuem significância estatística, contrariamente ao previsto teoricamente. Nomeadamente o Defeito versus o Emaranhamento, novamente o Defeito versus o Pessimismo; o Fracasso versus a Grandiosidade e o Fracasso versus a Procura de Aprovação e Reconhecimento. Optamos por manter o modelo como previsto, uma vez que a nível dos pressupostos teóricos do mesmo, já anteriormente apresentados, consideramos que são congruentes com o modelo teórico e de base e se justificam.

Figura 4. Modelo-2 com os Coeficientes de Regressão Padronizados Estimados.



## Discussão

Constatando a falta de consenso no que se refere ao modelo teórico original defendido por Young, em que os 18 Esquemas Precoces Mal-adaptativos agrupados em cinco domínios de ordem superior, tem vindo a ser cada vez mais questionado através de diferentes estudos. Consideramos que eventualmente esta não constitui a melhor conceptualização da organização esquemática, como de resto o revela um estudo recente de Kriston et al. (2012), no qual os resultados sustentam que estatisticamente não há apoio para o modelo com os 18 EPM agrupados em dimensões de ordem superior. Pelo que, esta estrutura de ordem superior será dispensável do modelo teórico (Kriston et al., 2012).

O modelo original de Young coloca os 18 EPM todos ao mesmo nível e apesar da distinção em esquemas incondicionais e condicionais, esta não se repercute na avaliação dos esquemas e na conceptualização da sua acção. Os dados provenientes dos diferentes estudos, mas sobretudo da prática clínica, têm sugerido que os esquemas não se encontram todos ao mesmo nível. Que portanto, serão diferenciáveis qualitativamente, uma vez que alguns parecem mais nucleares formando-se precocemente e sendo constituintes do auto-conceito do indivíduo, enquanto outros parecem ser menos centrais e funcionarem mais como esquemas de manutenção dos nucleares ou então, como atitudes disfuncionais relativamente a estes. Concretamente hipotetiza-se que seis serão esquemas primários e mais nucleares, em que três se agrupam em Crenças acerca do Eu, nomeadamente o Fracasso, o Defeito e a Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, e outros três em Crenças acerca dos Outros respectivamente os esquemas de Abandono, Desconfiança/Abuso e o de Privação Emocional. Estes esquemas mostram-se correlacionados com os designados esquemas secundários, que se considera serem formas de manutenção esquemática dos primeiros. Designadamente o Pessimismo, a Auto-Punição, a Dependência, o Emaranhamento, a Subjugação e o Auto-Sacrifício. Por sua vez os esquemas Inibição Emocional, Isolamento Social e Auto-Controlo/Disciplina Insuficientes são melhor conceptualizados como atitudes resultantes de padrões de evitamento do esquema, enquanto que os esquemas de Padrões Excessivos de Realização, Procura de Aprovação/Reconhecimento e Grandiosidade surgem melhor compreendidos enquanto processos que traduzem compensação esquemática, dos esquemas primários de Fracasso e Defeito.

Realizou-se assim um teste da qualidade de ajustamento ao modelo teórico original de Young e ao modelo clínico por nós hipotetizado, com vista a comparar ambos os modelos e verificar o que apresenta melhor ajustamento e que desta forma será preferível estatisticamente. Os resultados da análise factorial confirmatória mostraram que nenhum dos modelos apresenta um ajustamento que se possa considerar bom. Contudo o modelo alternativo por nós conceptualizado apresentou um melhor ajustamento, o que o torna preferível ao modelo original de Young.

No modelo por nós proposto estabeleceram-se sete correlações entre erros que não estavam previstas inicialmente no modelo. Concretamente consideramos que as covariâncias entre os erros dos itens, poderão ser resultante da semelhança de conteúdo entre esses pares de itens que expressam uma visão pessoal marcadamente negativa, como é exemplo o item 12 “*não vejo a vida da mesma forma que os outros; sinto-me afastado das outras pessoas*” e o item 13 “*ninguém de quem eu gosto vai querer ficar comigo se me conhecer tal como eu sou na realidade*”. Esta semelhança poderá no caso dos adolescentes gerar confusão na interpretação dos itens uma vez que à partida estes ainda possuem um leque reduzido de experiências negativas quando comparados com adultos. Parece que esta situação ocorre igualmente no que diz respeito aos factores e salienta-se que de acordo com o nosso modelo, a Auto – punição é



considerado um esquema secundário que actuará para a manutenção do esquema primário de Defeito. Logo, os conteúdos semânticos serão similares. As crenças acerca do Eu e as crenças acerca dos Outros também aparecem correlacionadas o que não surpreende, uma vez que ambos englobam os esquemas primários. Consideramos que estas correlações traduzem a grande similitude entre os conteúdos dos factores, e no seu conjunto os factores avaliados pelo instrumento remetem para as crenças e atitudes disfuncionais dos indivíduos, o que por vezes pode tornar os limites entre si ténues.

Uma análise dos coeficientes de regressão estimados mostrou que, nem todas as variâncias estimadas possuem significância estatística. Nomeadamente o Defeito cujo conteúdo se baseia na crença de que se é inferior ou sem valor, não surge associado de modo estatisticamente significativo com o Emaranhamento e o Pessimismo como esperado teoricamente. Contudo a prática clínica tem fornecido suporte a esta associação, na qual se constata que indivíduos que apresentam um auto-conceito centrado em temas de defeito tendem a apresentar falta de autonomia e a focarem-se demasiado nos aspectos negativos da vida, o que consequentemente mantém a crença nuclear, de que não se é inferior. De modo similar, embora estatisticamente não apresente significância, a associação do factor Fracasso com a Grandiosidade e a Procura de aprovação/reconhecimento, tem sido constatada na clínica. Onde se constata que muitas atitudes que traduzem crenças de que se é especial e superior aos outros ou denotam uma necessidade excessiva de ganhar aprovação ou reconhecimento por parte dos outros, constituem estratégias compensatórias de um esquema nuclear subjacente de fracasso que o individuo procura combater, adoptando pensamentos, sentimentos e comportamentos, que vão no sentido oposto. E embora Young considere a existência destes processos, dissocia-os do esquema, defendendo que estes mecanismos não fazem parte do mesmo, sendo apenas respostas de *coping* ao mesmo (Young et al., 2003). O modelo por nós proposto apresenta uma perspectiva diferente, uma vez que considera que alguns esquemas funcionam essencialmente como processos de manutenção, evitamento e compensação esquemática e portanto não são esquemas nucleares na mesma dimensão que o são os esquemas primários.

Importa ainda considerar algumas limitações do nosso estudo, nomeadamente devido à inovação do modelo proposto sobre a organização dos esquemas precoces mal-adaptativos. Impõe-se a necessidade de confirmar o modelo, realizando mais estudos com análise factorial confirmatória. Uma vez que o modelo clínico proposto foi validado para uma amostra de adolescentes, maioritariamente sem patologia diagnosticada, e relativamente homogénea, os resultados provavelmente não são tão expressivos como eventualmente seriam com uma amostra adulta, devido à provável baixa variância nas respostas dos sujeitos. Apesar do procedimento da AFC, permitir determinar uma estrutura factorial, que tendencialmente, se mantém consistente com outras amostras estudadas, no nosso caso consideramos que as diferenças intrínsecas às etapas desenvolvimentais, dos indivíduos adolescentes e adultos, provavelmente constituem uma influência para os resultados. Uma vez que a investigação e a própria prática clínica tendem a mostrar que os esquemas em adultos são marcadamente rígidos e persistentes e que se assume estarem associados a comportamentos mal-adaptativos e à psicopatologia (Young, 1990; Young et al., 2003; Rijo, 2009). Parece-nos que a aplicação deste modelo a dados de amostras adultas, permitiria obter resultados mais expressivos e robustos.

No entanto e apesar das referidas limitações, consideramos que este modelo, pelo seu carácter inovador, e uma vez que não se conhecem anteriores propostas deste género, constitui um bom contributo para a futura investigação dos EPM e principalmente que se apresenta com potencialidades para auxiliar e incrementar a qualidade da prática clínica, uma vez que permite estruturar a intervenção e estipular prioridades distintas.

## Referências Bibliográficas

- 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.
- Bernstein, D., Arnoud, 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(2), 169-183.
- Bernstein, D. (2008, Outubro). *Agreement of raters in identifying schema modes from videotapes of therapy sessions*. Comunicação apresentada no 3rd Annual Meeting of International Society of Schema Therapy, Coimbra, Portugal.
- Calvete, E. (2007). Justification of violence beliefs and social problem solving as mediators between maltreatment and behavior problems in adolescents. *The Spanish Journal of Psychology* 10, 131-140.
- Calvete, E. (2008). Justification of Violence and Grandiosity Schemas as Predictors of Antisocial Behavior in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1083-1095.
- 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.
- Calvete, E., & Orue, I. (2010). Cognitive Schemas and Aggressive Behavior in Adolescents: The Mediating Role of Social Information Processing. *The Spanish Journal of Psychology*, 13, 190-201.
- 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.
- Cecero, J. J., Joshua, D. N., & Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of Schema Therapy: Toward the construct validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire – Research Version (EMSQR). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 344-357.
- Cooper, S., & Tiffin, P. (2006). Psychological assessment and treatment of adolescent offenders with psychopathic personality traits. *Education and child psychology*, 23, 62-74.
- Cui, L., Lin, W., & Oei, T.P., (2010). Factor Structure and Psychometric Properties of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Chinese Undergraduate Students. *Journal Mental Health Addiction*, 9, 645-655.
- Hawke, L. D., & Provencher, D. M. (2012). The Canadian French Young Schema Questionnaire: Confirmatory Factor Analysis and Validation in Clinical and Nonclinical Samples. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 44(1), 40-49.
- Hoffard, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, J. A., et al. (2005). 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.
- Hu L, & Bentler, PM. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychology Methods*, 3, 424-453.
- Jovev, M., & Jackson, H.J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18 (5), 467-478.
- Kriston, L., Schäfer, J., von Wolff, A., Härter, M. & Hölzel L.P. (2012) The Latent Factor Structure of Young's Early Maladaptive Schemas: Are Schemas Organized into Domains? *Journal of Clinical Psychology*, 68 (6), 684-698.

- 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.
- Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2011). A Study of Maladaptive Schemas and Borderline Personality Disorder in Young People. *Cognitive Therapy and Research*, 35, 30-39.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657.
- 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.
- Lewis, J. A. (2005). Early maladaptive schemas and dysfunction in adolescence: An investigation of the moderating effects of coping styles. Dissertação de Doutoramento em Filosofia apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade de Fordham.
- Muris, P. (2006). Maladaptive Schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviors, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 405-413.
- Marôco, J. (2010). Análise de Equações Estruturais Fundamentos Teóricos. Software e Aplicações. Report Number, Lda. Pero Pinheiro.
- Pinto Gouveia, J., Rijo, D., Matos, M. & Dinis, A. (2008, Outubro). *A confirmatory factor structure study of the YSQ-S3 in a large portuguese sample*. Comunicação apresentada no 3rd Annual Meeting of International Society of Schema Therapy, Coimbra, Portugal.
- Pinto Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584.
- Pinto Gouveia, J., Salvador, M. C., & Rijo, D. (2005). *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.
- Richardson, G. (2005). Early maladaptive schemas in a sample of British adolescent sexual abusers: implications for therapy. *Journal of sexual aggression*, 11, 259-276.
- Rijkeboer, M. M., Bergh, H., & 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. & de Boo, G. M. (2010). Early maladaptive Schemas in Children: Development and validation of the schema inventory for Children. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41, 102-109.
- Rijo, D. (2009). *Esquemas Mal-Adaptativos Precoces: Validação do conceito e dos métodos de avaliação*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- 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: Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento social desviante*. Ponta Delgada: Equal.
- Santos, L. (2009). Questionários de esquemas para adolescentes (QEA): estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Santos, L., Rijo, D., & Pinto-Gouveia, J. (2009). *Questionário de Esquemas para Adolescentes-QEA*. Não Publicado.
- Saritas, D., & Gençöz, T., (2011). Psychometric Properties of “Young Schema Questionnaire- Short



- Form3” in a Turkish Adolescent Sample. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11(1), 83-96.
- 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 measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.
- Stallard, P. (2007). Early maladaptive schemas in children: Stability and differences between a community and a clinic referred sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 10-18.
- Stallard, P., & Rayner, R. (2005). The development and preliminary evaluation of a Schema Questionnaire for children (SQC). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 217-224.
- Soygut, G., Karaosmanoglu, A., & Çakir, Z. (2008). Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish Young Schema Questionnaire – Short Form – 3. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20(1), 75-84.
- 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.
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A. & Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores?. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15, 253-272.
- Trip, S. (2006). The Romanian version of Young Schema Questionnaire – Short Form 3 (YSQ-S3). *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6 (2), 172-181.
- Tremblay, P. F., & Dozois, D. J. A. (2009). Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences* 46, 569-574. doi: 10.1016/j.paid.2008.12.009.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S., (2010). Maladaptive Schemas and Psychopathology in Adolescence: On the Utility of Young’s Schemas Theory in Youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 316-332.
- 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*, 25(2), 137-147.
- Wellburn, K., Cristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire – Short Form: Factor analysis and the relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (4), 519-530.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003) *Schema therapy. A practitioner’s guide*. New York: The Guilford Press.
- Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international quarterly*, 6 (1), 11-23.

## **Esquemas Precoces Mal-Adaptativos associados ao Comportamento Anti-Social em Adolescentes**

Cláudia Pinto<sup>1</sup>, Daniel Rijo<sup>2</sup>

Universidade de Coimbra

---

<sup>1</sup> Mestranda em Psicologia Clínica- Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde. [claudiaccpinto@gmail.com](mailto:claudiaccpinto@gmail.com)

<sup>2</sup> Professor Auxiliar e Investigador do Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra. [drijo@fpce.uc.pt](mailto:drijo@fpce.uc.pt)

## Resumo

O estudo do comportamento anti-social em adolescentes tem-se direccionado cada vez mais para a análise da importância das variáveis cognitivas, parecendo serem estas em grande parte as responsáveis pela sua génese e manutenção. Nomeadamente, o constructo de Esquema Precoce Mal-Adaptativo, desenvolvido à luz da Terapia Focada nos Esquemas (Young, 1990), já amplamente estudado em adultos, particularmente em contexto de psicopatologia, surge cada vez mais integrado nos modelos teóricos que estruturam as intervenções terapêuticas e junto dos jovens com comportamentos anti-sociais. Como é exemplo o programa *Gerar Percursos Sociais* - GPS, de prevenção e reabilitação psicossocial para jovens com ou em risco de comportamento desviante (Rijo & Sousa, 2004; Rijo et al., 2007).

O principal objectivo deste estudo é analisar uma eventual associação entre a presença destes esquemas precoces mal-adaptativos e o comportamento anti-social, em adolescentes. A amostra geral integra 297 indivíduos da população portuguesa, na qual se distinguem três grupos diferenciados, a saber um Grupo Não Clínico (n=100), um grupo de Perturbação de Oposição (n=97) e um grupo de Perturbação de Conduta (n=100), com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade. É utilizado como instrumento de avaliação o Questionário de Esquemas para Adolescentes – QEA (Santos, 2009).

Esperava-se que adolescentes com patologia do comportamento endossassem mais esquemas precoces mal-adaptativos quando comparados com adolescentes sem patologia diagnosticada. Tendo-se verificado que particularmente os esquemas Isolamento Social, Privação Emocional, Grandiosidade, Fracasso, Defeito e Dependência emergem associados ao comportamento anti-social nos adolescentes de modo estatisticamente significativo. Estes resultados sublinham a necessidade das intervenções de natureza cognitiva com adolescentes com perturbação de comportamento se focarem nestes factores. Do mesmo modo que fundamentam a necessidade de desenvolver e investir em programas interventivos estruturados.

**Palavras-Chave:** Comportamento Anti-social; Esquemas Precoces Mal-Adaptativos; Adolescência; Patologia do Comportamento.

## Abstract

The study of antisocial behaviour in adolescents has been increasingly directed towards the analysis of the cognitive variable's importance, which seems to be largely responsible for their genesis and maintenance. In particular, the construct of Early Maladaptive Schema, developed at the scope of Schema-Focused Therapy (Young, 1990), already widely studied in adults, mainly in the context of psychopathology, appears increasingly integrated in theoretical models, which structure therapeutic interventions, among the young with antisocial behaviours. As an example the program *Gerar Percursos Sociais* - GPS (Rijo & Sousa, 2004; Rijo et al., 2007) for prevention and psychosocial rehabilitation for youth with or at risk of deviant behavior

The main goal of this study is to analyze a possible association between the presence of these early maladaptive schemas and the antisocial behaviour in adolescents. The overall sample includes 297 Portuguese individuals, in which three differentiate groups distinguish, a Non Clinical Group (n=100), an Oppositional Disorder group (n=97) and a Conduct Disorder group (n=100), with ages between 12 and 18 years old. It was used the Young Schema Questionnaire – QEA (Santos, 2009) as evaluation tool.

It was expected that adolescents with behavior pathology would endorse more early maladaptive schemas, when compared to adolescents without pathology diagnosed. It was found that, in particular, the *Social Undesirability*, *Emotional Deprivation*, *Entitlement*, *Failure, Defectiveness* and *Dependence* schemas emerge associated to antisocial behaviour in adolescents, in a statistically significant way. These results stress the need of cognitive interventions among adolescents with behaviour disorder, to focus on these factors. Also fundament the need to develop and invest in structured intervention programs

*Keywords:* Antisocial Behaviour; Early Maladaptive Schema; Adolescence; Behaviour Pathology

### Introdução

De um modo genérico o constructo de comportamento anti-social remete para padrões estáveis e crónicos de desrespeito pelos direitos dos outros e de violação das normas sociais aceites pela comunidade do indivíduo, habitualmente, com início na infância, ou na adolescência precoce e com uma forte continuidade na idade adulta (Fonseca, 2000). A severidade e estabilidade das suas características remetem para o desenvolvimento de quadros patológicos como a Perturbação de Oposição, a Perturbação de Comportamento e de um modo mais extremo, a Perturbação de Personalidade Anti-social. Na sua maioria, os indivíduos anti-sociais apresentam comportamentos como agressividade, desobediência, oposição, baixo controle dos impulsos e roubos, entre outros (Patterson, Reid, & Dishion, 1992). A gravidade desta perturbação parece estar associada a uma trajectória de início precoce, que tende a persistir ao longo da vida, assumindo uma verdadeira forma de patologia (Moffitt & Caspi, 2000). Contudo, é na adolescência que a manifestação de comportamentos anti-sociais tem o seu período por excelência, sendo mesmo tida como comum e normativa desta fase, reflexo das grandes mudanças e processos de maturação vividos (Lahey & Waldman, 2004). Alguns autores afirmam que quando limitado a esta fase o comportamento anti-social é menos grave e tende a desaparecer naturalmente (Dishion & Patterson, 2006; Moffitt & Caspi, 2000; Patterson & Yoerger, 2002; Tremblay & Dozois, 2009).

Para além das diferentes formas que pode assumir, também a génese do comportamento anti-social remete para uma multiplicidade de factores relacionados entre si, os quais podem ser de ordem individual, familiar e sócio-cultural. Estes potenciam-se entre si e influenciam, precoce e globalmente, o desenvolvimento do indivíduo (Fonseca, 2000; Patterson, Capaldi, & Bank, 1991).

Actualmente é dado particular relevo às variáveis cognitivas, as quais se acredita possuírem um papel de mediação preponderante entre as experiências do indivíduo e o desenvolvimento de um padrão de comportamento anti-social (Crick & Dodge, 1994; Calvete, 2007; 2008; Calvete & Orue, 2010; Dodge & Schwartz 1997; Huesmann & Guerra, 1997).

Com base nos pressupostos da terapia cognitiva (Beck, 1993; Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Beck, Freeman, & Associates, 1990; Beck, Rush, Rush, Shaw, & Emery, 1979; Safran & Segal, 1990), são os esquemas cognitivos, elementos relativamente estáveis e duradouros que se desenvolvem na interacção do indivíduo com o meio, os responsáveis pela selecção no meio, da informação a ser interpretada, codificada, armazenada e, posteriormente, evocada, e que, de um modo adaptativo, simplificam o ambiente em que o indivíduo se insere, facilitando o pensamento e a acção. Contudo, quando disfuncionais, estes esquemas geram

enviesamentos no processamento de informação, que conduzem a interpretações distorcidas dos acontecimentos, despoletando emoções negativas ou desajustadas e consequentes comportamentos e estratégias interpessoais disfuncionais (Rijo et al., 2007; Rijo & Sousa, 2004).

Especificamente, no que concerne à problemática do comportamento anti-social, o Modelo de Processamento de Informação Social (Crick & Dodge, 1994; Dodge & Schwartz, 1997; Huesmann & Guerra, 1997; Tremblay & Dozois, 2009) defende que a resposta agressiva a um estímulo social resulta de enviesamentos e distorções sistemáticos em diversas fases do processamento da informação social, o que conduz a uma escolha inadequada da resposta comportamental exibida.

De acordo com os resultados de um estudo de Calvete e Orue (2010), parece ser característico, nos jovens agressivos, uma hipervigilância e atenção selectiva para pistas de hostilidade, bem como, uma interpretação enviesada na atribuição de intenções hostis às acções dos outros, bem como, dificuldade em seleccionar objectivos não-hostis, que resulta na elaboração e selecção de respostas agressivas. Outros estudos revelaram ainda, que a associação de processos emocionais, a este conjunto de operações mentais, parece aumentar a probabilidade de selecção de comportamentos agressivos, uma vez que, a par da hostilidade das intenções, são atribuídas emoções positivas (como orgulho e satisfação) aos outros, o que irá despoletar emoções negativas no adolescente, como raiva e consequente selecção de respostas agressivas. O mesmo estudo reporta, ainda, que o Processamento de Informação Social medeia a relação entre os esquemas de Abuso e Grandiosidade e os comportamentos agressivos em adolescentes, sendo esta mediação mais intensa no caso da agressividade reactiva. Paralelamente mostra que a crença de que se possui um estatuto especial superior aos outros e a justificação da violência são mais relevantes na agressividade proactiva, enquanto o esquema de abuso está mais associado à agressividade reactiva (Calvete & Orue, 2010).

Muito embora Young, na TFE, estabeleça, apenas a relação entre esquemas precoces mal-adaptativos e o desenvolvimento de psicopatologia, em adultos (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young, Beck & Weinberger, 1993; Young, Klosko & Weishaar, 2003), vários estudos (Bernstein, 2008; Calvete, 2007; 2008; Calvete & Orue, 2010; Cooper & Tiffin, 2006; Lewis, 2005; Lumley & Harkness, 2007; Muris, 2006; Richardson, 2005) têm vindo a mostrar que a presença de esquemas precoces mal-adaptativos em populações adolescentes também se encontra associada ao desenvolvimento de psicopatologia, nomeadamente, à perturbação do comportamento, o que evidencia a pertinência da sua análise. Designadamente, Van Vlierberghe, Braet, Bosmans, Rosseel e Bogels (2010), num estudo realizado, verificaram a saliência dos esquemas de Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Fracasso, Emaranhamento, Subjugação e Auto-Sacrifício em adolescentes com psicopatologia diagnosticada, comparativamente com adolescentes normais.

Alguns estudos têm posto em evidência que determinados esquemas precoces mal-adaptativos estão significativamente associados à agressão e comportamento anti-social (Bernstein, 2008; Calvete, 2007; 2008; Lewis, 2005; Rijo et al., 2007; Tremblay & Dozois, 2009). Lewis (2005) realizou um estudo para averiguar a relação entre EMP e personalidade anti-social, numa amostra clínica de adolescentes. Os resultados indicam que a perturbação de comportamento está positivamente relacionada com os esquemas de Auto-controlo/Disciplina insuficientes e Inibição Emocional. Contrariamente ao expectável, os esquemas do domínio Rejeição /Desconexão não se mostraram prevalentes nestes indivíduos.

Tremblay e Dozois (2009) realizaram um estudo com uma amostra de 847 sujeitos com uma média de 18.5 anos de idade com o intuito de avaliar a correlação entre EPM e o constructo

de Agressividade em quatro escalas. Os resultados mostraram uma correlação significativa entre a agressividade física, em 9 dos 15 EPM, teorizados por Young, especialmente com Desconfiança, Grandiosidade e Privação Emocional, enquanto a agressividade verbal está significativamente correlacionada com os EPM de Grandiosidade, Desconfiança e Auto-Controlo Insuficiente. Por sua vez, a escala de hostilidade apresentou correlações positivas com os esquemas de Desconfiança, Isolamento Social, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, e Abandono. A escala de Raiva apresentou correlações idênticas às da Hostilidade mas com uma magnitude inferior. Utilizando um procedimento de análise da regressão múltipla, concluíram, ainda que os EMP se associam, de forma significativa e positiva, com a Agressividade, sendo que os preditores mais fortes da agressividade foram os EMP de Desconfiança, Grandiosidade, Auto-Controlo Insuficiente, Isolamento Social. Note-se que este último não era esperado.

Rijo e colaboradores (2007) reportam, fruto da experiência clínica junto de adolescentes com perturbação de conduta, no âmbito do programa *Gerar Percursos Sociais* (GPS), que no desenvolvimento destes indivíduos as áreas mais afectadas parecem ser os domínios de aceitação pelos outros, ligação aos outros e aquisição de regras e limites, tal como foram definidos por Young (1990). Precisamente os que agrupam os EPM constitutivos do auto-conceito e se centram em conteúdos de Abandono; Desconfiança/ Abuso; Privação Emocional; Defeito; Indesejabilidade/ Isolamento Social; Fracasso; Limites Indefinidos/Grandiosidade; Auto-Disciplina e Auto-Controlo Insuficientes, os quais apresentam uma maior prevalência nestas populações. Precisamente os mesmo oito EMP em que os resultados da investigação de Bernstein (2008) apresenta como mais salientes, em adolescentes com comportamentos anti-sociais. Da mesma forma, também no estudo de Cooper e Tiffin (2006) os EPM de Desconfiança /Abuso; Isolamento Social; Inibição Emocional e Grandiosidade emergem como mais associados a adolescentes com Perturbação de Conduta. Assim, os estudos sugerem que a formação de determinados EPM constitui um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbação de comportamento em faixas etárias mais jovens como a adolescência (Rijo et al., 2007), o que remete para a necessidade de uma avaliação precoce visando uma intervenção mais eficaz porque não apenas remediativa, mas, sobretudo, preventiva.

Neste sentido, foi desenvolvido por Capinha, Rijo, e Pinto Gouveia (2009) o Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Comportamento Anti-Social (IAECA-CA), um instrumento com o objectivo de avaliar Esquemas Mal-adaptativos Precoces (EMP), bem como, a experiência emocional que lhes está associada, em adolescentes com conduta anti-social. O estudo de validação da escala mostrou que este possui boas capacidades psicométricas para avaliar o constructo nesta população (Capinha, 2009). Salienta-se, ainda, o Questionário de Esquemas para Adolescentes-QEA desenvolvido por Santos, Rijo, e Pinto Gouveia (2009) um instrumento de auto-resposta, adaptação para adolescentes da versão portuguesa do YSQ-S para avaliar os 18 Esquemas Precoces Mal-Adaptativos, teorizados por Young. Sendo este o instrumento principal utilizado no presente estudo, os resultados da sua validação serão apresentados mais à frente.

No seguimento dos instrumentos que têm sido desenvolvidos e das investigações realizadas, o presente estudo pretende analisar a associação entre a presença de esquemas precoces mal-adaptativos e o comportamento anti-social, em adolescentes. Nomeadamente se é possível discriminar um maior endosso de EPM em adolescentes com problemas de comportamento do que em adolescentes da população geral, ou seja sem patologia diagnosticada.



## Metodologia

### *Participantes*

A amostra utilizada no presente estudo foi extraída de uma amostra maior constituída no âmbito de um trabalho realizado pelos alunos da Unidade Curricular de Intervenções Cognitivo-Comportamentais no Comportamento Anti-Social (ICCCAS), nos anos lectivos 2010/2011 e 2011/2012, do Mestrado Integrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade de Coimbra e do Projecto *Gerar Percursos Sociais* (GPS), com adolescentes institucionalizados em Centros Educativos sob Medida Tutelar Educativa.

Foi utilizada uma Amostra Global composta por 297 sujeitos, composta por 188 (63.3%) indivíduos do sexo masculino e 109 (36.7%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade, em que a média de idades é de 15.03 (DP=1.311). Apresenta, ainda, uma média de 7.53 (DP= 1.722) anos de escolaridade concluídos com sucesso e uma média de 1.27 (DP=1.263) de reprovações. A análise do nível sócio-económico mostra que 78.5% (n=233) da amostra provém de agregados familiares com um nível baixo, 20.9% (n=62) tem um nível sócio-económico considerado médio e com um nível elevado apenas .7% (n=2).

Sendo que esta amostra é constituída por três grupos mutuamente exclusivos, denominados de Grupo Não Clínico, Grupo com Perturbação de Oposição e Grupo com Perturbação de Conduta. O grupo não clínico é composto por 100 indivíduos, 50 (50%) do sexo masculino e 50 (50%) do sexo feminino, em que a média de idades é de 15.06 (DP=.908). Apresenta ainda uma média de 8.57 (DP= 1.112) anos de escolaridade concluídos com sucesso, e uma média de .31 (DP=.615) de reprovações. A análise do nível sócio-económico mostra que 48% (n=48) da amostra provém de agregados familiares com um nível baixo e 52% (n=52). O grupo com Perturbação de Oposição tem 97 indivíduos, 65 do sexo masculino (67%) e 32 do sexo feminino (33%). A média de idades é de 15.11 (DP=1.64) e possuem, em média, 7.55 anos de escolaridade (DP=1.71) e uma média de 1.45 reprovações (DP=1.14). O nível sócio-económico mostra que 93.8% (n=91) da amostra provém de agregados familiares com um nível baixo, 4.1% (n=4) tem um nível sócio-económico considerado médio e com um nível elevado apenas 2.1% (n=2). O grupo com Perturbação de Conduta é composto por 100 indivíduos, 50 (50%) do sexo masculino e 50 (50%) do sexo feminino. A média de idades é de 14.92 (DP=1.300). Apresenta, ainda uma média de 6.46 (DP= 1.598) anos de escolaridade concluídos com sucesso e uma média de 2.05 (DP=1.250) de reprovações. A análise do nível sócio-económico mostra que 94% (n=94) da amostra provém de agregados familiares com um nível baixo e 6% (n=6).

A comparação entre os três grupos revelou não existirem diferenças estatisticamente significativas no que respeita à idade ( $F= .573$ ,  $p < .001$ ). Verificaram-se diferenças nas variáveis Anos de escolaridade concluídos com sucesso ( $F= 49.943$ ,  $p < .001$ ) e Número de reprovações ( $F= 72.654$ ,  $p < .001$ ) pelo que foram lidos os testes *post hoc* de *Games Howell*. Assim na variável Anos de Escolaridade concluídos com sucesso, a diferença das médias dos três grupos é estatisticamente significativa, o que também acontece com a variável Número de reprovações, em que as diferenças entre os grupos não clínico, com PO e com PC são todas estatisticamente significativas. Contudo, estas diferenças eram esperadas, dado que são fruto das características intrínsecas à própria etiologia do comportamento desviante, sendo, portanto, aceitável que os grupos difiram entre si.

Para as variáveis Sexo ( $\chi^2 (2,297) = 12.239$ ;  $p=.002$ ) e Nível Sócio-económico ( $\chi^2 (2, 297) = 91.989$ ;  $p=.000$ ) os grupos distinguem-se na distribuição. Com menor número de indivíduos do sexo feminino no grupo com Perturbação de Conduta e nos grupos com

Perturbação de Oposição e com Perturbação de Conduta a quase totalidade dos indivíduos tem um nível socio-económico baixo, enquanto o grupo não-clínico apresenta uma distribuição mais igualitária pelos níveis baixo e médio.

**Quadro 1. Características Sócio Demográficas dos Grupos da Amostra**

	Grupo Não Clínico (n=100)		Grupo Perturbação Oposição (n= 97)		Grupo Perturbação Conduta (n=100)	
	M	DP	M	DP	M	DP
<b>Idade</b>	15.06	.908	15.11	1.639	14.92	1.30
<b>Anos de Esc c/ sucesso</b>	8.57	1.112	7.55	1.708	6.46	1.598
<b>Reprovações</b>	.31	.615	1.45	1.137	2.05	1.250
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>						
<b>Masculino</b>	50	50.0	65	67.0	73	73.0
<b>Feminino</b>	50	50.0	32	33.0	27	27.0
<b>Nível Sócio-Económico</b>						
<b>Baixo</b>	48	48.0	91	93.8	94	94.0
<b>Médio</b>	52	52.0	4	4.1	6	6.0
<b>Elevado</b>		0	2	2.1	0	0

### *Instrumentos*

#### *Questionário de Características Sócio-demográficas*

O questionário de características Sócio-demográficas foi utilizado com o objectivo de recolher dados acerca das variáveis Sócio-demográficas da população alvo, nomeadamente, sexo, idade, anos de escolaridade completos, reprovações e nível sócio-económico.

*QEA- Questionário de Esquemas para Adolescentes* (Santos, Rijo & Pinto Gouveia, 2009)

Este questionário de auto-resposta, constituído por 54 itens aleatorizados, destina-se à população adolescente com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos de idade. Com o propósito de avaliar os 18 Esquemas Precoces Mal-Adaptativos teorizados por Young na Terapia Focada nos Esquemas e cujas sub-escalas consideradas correspondem à Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento social/Alienação, Defeito/Incapacidade de ser amado, Fracasso, Dependência/Incompetência funcional, Vulnerabilidade ao mal e à doença, Emaranhamento, Subjugação, Auto-sacrifício, Inibição emocional, Padrões excessivos/rígidos de realização, Grandiosidade/Superioridade, Auto-controlo/Disciplina insuficientes, Procura de aprovação/ Reconhecimento, Pessimismo e Auto-punição. Este questionário constitui uma adaptação simplificada da versão portuguesa do YSQ-S3 adaptada por Pinto - Gouveia, Rijo, e Salvador (2005), cuja formulação dos itens, bem como as instruções e escala de resposta, foram ajustadas às características da população alvo. Inicialmente constituído por 90 itens aleatorizados, dos quais apenas 54 integram os factores da escala. Em que, para cada EMP é apresentado de forma aleatória, um conjunto de 3 afirmações, às quais é dada uma escala tipo *Likert* de 1 (“Não tem nada a ver com o que acontece ou aconteceu comigo”) a 6 (“É exactamente o que acontece ou acontece ou aconteceu comigo”) e cuja média de pontuação de cada grupo de itens constitui a medida de saliência de cada EPM em particular.



O estudo de validação do QEA (Santos, 2009) mostrou que este oferece uma medida de auto-resposta válida para avaliar o constructo de Esquema Precoce Mal-Adaptativo nesta população. Com um nível de consistência interna, para o total da escala muito bom ( $\alpha = .93$ ) e uma estabilidade temporal elevada ( $r = .84$ ). Para os diferentes factores, os valores de *Alpha* apresentaram-se na sua maioria aceitáveis, oscilando entre .70 para Padrões excessivos/rígidos de Realização e .83 para o Fracasso. Apenas o factor Auto-controlo/Disciplina Insuficientes apresentou um valor inadmissível ( $\alpha = .39$ ). Para as duas sub-amostras clínicas (Perturbação de Oposição e Perturbação de Comportamento) integrantes no estudo, os valores de consistência interna mantiveram-se elevados ( $\alpha > .90$ ), para o total da escala. Para os diferentes factores, os valores de *Alpha* revelaram-se inferiores aos da amostra geral mas na sua maioria, aceitáveis. Uma análise factorial de segunda ordem viu ainda emergir três dimensões: Menos Valia e Desligamento; Ligação Excessiva e Vulnerabilidade Pessoal; e Auto-engrandecimento nas quais se agrupam os 18 factores do QEA (Santos, 2009).

Para a amostra do nosso estudo, este instrumento revelou bons valores de consistência interna para o total da escala ( $\alpha = .91$ ). Já para os diferentes factores, as consistências internas encontradas revelaram-se adequadas para a maioria dos factores, oscilando de .70 para a Subjugação e .84 para o Fracasso. Os factores Auto-controlo/Disciplina Insuficientes, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Auto-Sacrifício, Dependência e Padrões Excessivos/rígidos de realização apresentaram valores fracos ( $\alpha < .70$ ).

### ***Procedimentos de Investigação***

Toda a recolha de dados respeitou os princípios éticos e deontológicos com as respectivas autorizações dos encarregados de educação no caso dos menores de idade ou o consentimento informado nos indivíduos com 18 anos e das instituições no caso dos jovens institucionalizados, bem como da DGRS no caso dos jovens em contexto Centro Educativo. Em todos os casos foi explicado o carácter voluntário, confidencial e anónimo da recolha de dados.

### ***Procedimentos Estatísticos***

Para efeito de tratamento de dados recorreu-se ao *software* de análise estatística: o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS – versão 20.0). Este foi usado para o cálculo de estatísticas descritivas como frequências, médias e respectivos desvios-padrão, consistência interna da escala e teste do qui-quadrado bem como para a análise univariada da variância (*one-way ANOVA*) e comparações múltiplas *a posteriori* (testes *post-hoc*) *Tuckey*, para as variáveis em que a homogeneidade das variâncias foi garantida e *Games-Howell* quando tal não aconteceu.

## **Resultados**

O Quadro 2. apresenta as estatísticas descritivas e sintetiza os resultados das análises da variância (*One-way ANOVA*) nos três grupos de comparação, para os factores e total do QEA.

Na última coluna do quadro estão representados os resultados dos testes das comparações múltiplas *a posteriori*. Nos factores F1- Isolamento Social, F4- Privação Emocional, F6- Auto-Punição, F12- Grandiosidade, F15- Defeito, e F17- Auto-controlo/Disciplina Insuficientes e total do QEA, dado que não se verificou homogeneidade das variâncias, foram lidos os testes *post hoc* de *Games Howell*. Nos restantes factores como esta foi cumprida, foram lidos os testes *post hoc* de *Tukey*.

**Quadro2. ANOVAS dos factores e do total QEA**

Factores	GNC (n=100)		PO (n=97)		PC (n=100)		F	p	Post hoc
	M	DP	M	DP	M	DP			
F1Iso Social	1.84	.97	2.16	1.20	2.28	1.24	3.933	.021	GNC<PC
F2 Emaranhamento	3.13	1.35	2.60	1.30	2.62	1.28	5.223	.006	GNC>PO, GNC>PC
F3P.RígidosReal.	2.86	1.22	2.71	1.19	2.57	1.08	1.478	.230	
F4Priv.Emocional	1.82	1.01	2.28	1.23	2.37	1.22	6.386	.002	GNC<PO,GNC<PC
F5Abandono	3.94	1.19	3.28	1.42	3.22	1.35	9.072	.000	GNC>PO, GNC>PC
F6 A -punição	2.76	1.02	2.98	1.26	3.03	1.30	1.412	.245	
F7 A -sacrifício	3.39	1.04	3.06	1.28	2.77	1.10	7.282	.001	GNC>PC
F8 Vulnerabilidade	2.51	1.09	2.72	1.26	2.62	1.05	.853	.427	
F9 Desc/ Abuso	2.85	1.20	2.98	1.33	2.92	1.30	.257	.774	
F10 Inibição Emoc.	2.53	1.23	2.85	1.22	2.72	1.20	1.766	.173	
F11 Subjugação	1.78	.94	1.93	1.09	1.95	1.09	.807	.447	
F12 Grandiosidade	1.72	.85	2.55	1.31	2.37	1.05	15.960	.000	GNC<PO, GNC<PC
F13 Fracasso	2.23	1.05	2.50	1.24	2.62	1.23	2.922	.055	GNC<PC
F14 Dependência	1.83	.81	2.21	1.08	2.24	.99	5.718	.004	GNC<PO, GNC<PC
F15 Defeito	1.81	.96	2.31	1.12	2.23	1.22	5.739	.004	GNC<PO, GNC<PC
F16 P. Aprov / Rec.	2.33	.99	2.52	1.19	2.53	1.14	1.024	.360	
F17 A.controlo insuf.	2.50	1.08	2.87	1.44	2.83	1.36	2.296	.102	
F18 Pessimismo	2.66	1.08	2.70	1.16	2.77	1.14	.234	.791	
Total	135.35	32.79	142.59	44.32	141.05	43.77	.874	.418	

GG= Grupo Não Clínico; PO= Perturbação de Oposição; PC= Perturbação de Conduta

Como se pode ler no Quadro 2. há uma propensão geral, quer nos factores, quer no total da escala, para as médias dos grupos com Perturbação de Oposição e com Perturbação de Conduta serem superiores às do grupo não clínico. Assim, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos, para nove dos dezoito factores da escala. Nomeadamente, no factor F1- Isolamento Social no qual como era esperado, o grupo com Perturbação de Conduta pontua mais e distingue-se de modo significativo do grupo não clínico. Nos factores F4-Privação Emocional, F12-Grandiosidade, F14- Dependência e F15- Defeito, o grupo não clínico distingue-se, apresentando valores médios significativamente inferiores aos dos grupos com Perturbação de Oposição e com Perturbação de Conduta. Contudo, nestes factores, estes dois grupos não apresentam diferenças significativas. Em ambos os factores F2- Emaranhamento e F5- Abandono, as médias do grupo não clínico são significativamente superiores às reportadas pelos outros dois grupos, sendo que estes não se distinguem entre si. Também no factor F7- Auto-sacrifício, o grupo não clínico apresenta uma média superior. Contudo, esta só é estatisticamente significativa relativamente à média do grupo de Perturbação de Conduta, que apresenta o resultado mais baixo dos três grupos. Igualmente distintas de modo significativo, mas no sentido contrário, é a diferença nas médias destes dois grupos no factor F13- Fracasso, em que o grupo não clínico apresenta a média mais baixa.

Salienta-se ainda que o factor F12- Grandiosidade regista as médias mais baixas nos três grupos e particularmente no grupo não clínico. E que no sentido oposto, o factor F5-Abandono é o que apresenta os resultados mais elevados para os três grupos, com o grupo não clínico com a média mais elevada.

## Discussão

O objectivo do presente estudo foi procurar discriminar a presença de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos em adolescentes com perturbação do comportamento anti-social. Utilizando como instrumento o Questionário de Esquemas para Adolescentes – QEA (Santos, 2009) avaliou-se a presença de EPM em três grupos distintos de uma amostra de adolescentes.

O nosso estudo evidenciou que o QEA constitui um bom instrumento para avaliar a presença deste tipo de constructo em populações adolescentes. Os resultados obtidos na nossa investigação indicam que é possível distinguir adolescentes com comportamento desviante dos adolescentes sem patologia identificada, no que concerne ao endosso de esquemas precoces mal-adaptativos. Embora se verifique que nem todas as diferenças das médias dos grupos são estatisticamente significativas, as apresentadas pelos grupos de adolescentes com patologia de comportamento são, na sua maioria, superiores às dos adolescentes do grupo não-clínico. Sendo o grupo com Perturbação de Oposição o que pontua mais no total da escala.

Assim, os nossos resultados sugerem que os esquemas constitutivos do auto-conceito prevalentes nos grupos que apresentam patologia do comportamento têm por conteúdo o Isolamento Social, a Privação Emocional, a Grandiosidade, o Fracasso, o Defeito e a Dependência.

Sendo que, cinco destes esquemas (excepção do Isolamento Social) foram igualmente reconhecidos nas investigações e consequentes programas de intervenção terapêutica, de Rijo e colaboradores (2007) e Bernstein (2008) como mais prevalentes em adolescentes com conduta anti-social.

Dos resultados obtidos com a nossa amostra destaca-se a saliência do factor F12 - Grandiosidade, no grupo com Perturbação de Conduta, de acordo com o esperado. Dado que este se traduz numa visão pessoal do indivíduo como sendo especial e superior aos outros, parece-nos

que este constitui mais como mecanismo de compensação de esquemas primários, como o Defeito e o Fracasso, do que como esquema em si mesmo. Hipótese desenvolvida por nós e explorada no âmbito de outra investigação (Pinto & Rijo, 2012) que sugere uma diferenciação qualitativa dos esquemas.

A maior diferença encontrada entre os grupos da amostra diz respeito aos esquemas de Emaranhamento e Abandono nos quais as médias do Grupo não-clínico são substancialmente superiores. Consideramos que, fazendo uma análise do conteúdo semântico dos itens destes factores, constatamos que estes partilham a mesma temática, de ligação aos outros e dos relacionamentos interpessoais. Exemplificando, um dos itens do Abandono “*Preocupo-me muito com a possibilidade de perder as pessoas de quem gosto e preciso*” remete para a importância das pessoas relevantes na vida do indivíduo. O que, no caso dos adolescentes, é muitas vezes interpretado como a possibilidade de ocorrer uma tragédia/acidente que os faça perder a família ou os amigos. Também no factor Emaranhamento, cujo um dos itens afirma “*Eu e os meus pais somos muito próximos. Sabemos tudo acerca da vida e dos problemas uns dos outros*”, é saliente a importância e marcada proximidade, nos relacionamentos familiares, ainda normativa, nesta etapa desenvolvimental. Esta linha de raciocínio será coerente com o contexto de vida/familiar de um adolescente “normal”, mas desenquadrado da realidade dos adolescentes com diagnóstico de perturbação de comportamento da nossa amostra, uma vez que grande parte vive em contexto de instituição e com percursos de vida familiar e relacional marcadamente disfuncionais. Estas considerações estão de acordo com os resultados do estudo de Rijkeboer e de Boo (2010) no qual o Emaranhamento emerge muito associado à afectividade positiva, em crianças com idades compreendidas entre os 8 e 13 anos.

Gostaríamos ainda de sublinhar que a avaliação dos esquemas nucleares é sempre inferencial, feita sobretudo através de questionários auto-referentes que pressupõem uma análise consciente do conteúdo semântico do esquema. Este tipo de avaliação “a frio” nem sempre permite um acesso fidedigno ao esquema endossado. É uma vez que a activação dos EPM contém uma componente emocional marcadamente negativa. Os indivíduos recorrem muitas vezes a mecanismos de evitamento da activação esquemática. O que faz com que os resultados da avaliação nem sempre traduzam a real dimensão do EPM endossado.

Neste sentido, e na linha do que alguns estudos já têm evidenciado (Capinha, 2009; Pinto, 2009; Rijo, 2009), consideramos que uma eventual avaliação “a quente”, na qual ocorre uma activação emocional congruente com o conteúdo esquemático, poderia traduzir resultados mais salientes nos adolescentes com patologia do comportamento. Todavia expressivos e concordantes com grande parte dos estudos e investigação realizados neste âmbito, bem como com programas de intervenção, de que é exemplo o programa de prevenção e reabilitação psicossocial de jovens em risco ou já com comportamentos desviantes *Gerar Percursos Sociais* (Rijo, & Sousa, 2004; Rijo, et al.,2007), consideramos que os resultados do nosso estudo constituem um contributo válido que poderá auxiliar na investigação da problemática dos comportamentos anti-sociais em adolescentes e na importância das estruturas cognitivas disfuncionais na sua génese e manutenção. Consideramos que os resultados do nosso estudo são relevantes e que põe em evidência a importância de se realizarem futuros estudos desta natureza, eventualmente com outros instrumentos de avaliação e noutra tipo de amostras da população adolescente.

Desta forma concluímos que uma análise mais profunda, da relação entre EPM e a psicopatologia em populações adolescentes em estudos futuros é fundamental, uma vez que, os dados são indispensáveis para a criação de novos programas de intervenção ou, para o desenvolvimento e aperfeiçoamento dos já existentes.

## Referências Bibliográficas

- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy. Past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 19- 198.
- 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 (Eds.). (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D., Arnoud, 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(2), 169-183.
- Bernstein, D. (2008, Outubro). *Agreement of raters in identifying schema modes from videotapes of therapy sessions*. Comunicação apresentada no 3rd Annual Meeting of International Society of Schema Therapy, Coimbra, Portugal.
- Calvete, E. (2007). Justification of violence beliefs and social problem solving as mediators between maltreatment and behavior problems in adolescents. *The Spanish Journal of Psychology* 10, 131-140.
- Calvete, E. (2008). Justification of violence and grandiosity schemas as predictors of antisocial behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1083-1095. doi: 10.1007/s10802-008-9229-5.
- Calvete, E., & Orue, I. (2010). Cognitive Schemas and Aggressive Behavior in Adolescents: The Mediating Role of Social Information Processing. *The Spanish Journal of Psychology* 13, 190-1201.
- Capinha, M. (2009). Auto-representações em adolescentes com condutas anti-sociais: Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Comportamento Anti-Social (IAECA-CA). Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, na área Intervenções Cognitivo Comportamentais em Perturbações Psicológicas e Saúde, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Capinha, M., Rijo, D., & Pinto Gouveia, J. (2009) Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Comportamento Anti-Social (IAECA-CA). Não publicado.
- Cooper, S., & Tiffin, P. (2006). Psychological assessment and treatment of adolescent offenders with psychopathic personality traits. *Education and child psychology*, 23, 62-74.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanism in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115 (1), 74-101.
- Dodge, K. A., & Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 171-180). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Dishion, T. J. & Patterson, G. R. (2006). The development and ecology of antisocial behavior in children and adolescents. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental Psychopathology: Risk, disorder and adaptation*, vol 3, (2nd ad, pp.503-541). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Fonseca, A. C. (2000). Comportamentos anti-sociais: uma introdução. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, ano XXXIV, nº1, 2 e 3, 9-36.
- Huesmann, L. R., & Guerra, N. G. (1997). Children's normative beliefs about aggression and aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 408-419.



Lahey, B., & Waldman, I. (2004). Predisposição para problemas de comportamento na infância e na adolescência: análise de um modelo desenvolvimentista. In A. C. Fonseca (Ed.), *Comportamento anti-social e crime: Da infância à idade adulta* (pp. 133-160). Coimbra: Almedina.

Lewis, J. A. (2005). Early maladaptive schemas and dysfunction in adolescence: An investigation of the moderating effects of coping styles. Dissertação de Doutoramento em Filosofia apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade de Fordham. Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657.

Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2000). Comportamento anti-social persistente ao longo da vida e comportamento anti-social limitado à adolescência: os seus preditores e suas etiologias (A. C. Fonseca & F. Cardoso, trads.). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, ano XXXIV, nº1, 2 e 3, 65-106.

Muris, P. (2006). Maladaptive Schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviors, big five personality facts and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 405-413.

Patterson, G. R., Capaldi, D., & Bank, L. (1991). An early starter model for predicting delinquency. In D.J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.). *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 139-168). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Pinto, C., & Rijo, D. (2012). *Análise Factorial Confirmatória de um Modelo de Organização Esquemática*. Estudo realizado no âmbito do projecto *Gerar Percursos Sociais: Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento social desviante*.

Pinto, J. (2009). *Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores-Comportamento Anti-Social (IAECA-CA): Estudos de validação numa amostra de jovens com problemas de comportamento*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Pinto Gouveia, J., Salvador, M. C., & Rijo, D. (2005). *Versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young — L*. Coimbra. Não publicado.

Richardson, G. (2005). Early maladaptive schemas in a sample of British adolescent sexual abusers: implications for therapy. *Journal of sexual aggression*, 11, 259-276.

Rijkeboer, M. M., & de Boo, G. M. (2010). Early maladaptive Schemas in Children: Development and validation of the schema inventory for Children. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 41, 102-109.

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*, 4 (2), 33-74. Lisboa: Instituto de Reinserção Social.

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: Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento social desviante*. Ponta Delgada: Equal.

Rijo, D., (2009). *Esquemas Mal-Adaptativos Precoces: Validação do conceito e dos métodos de avaliação*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.

Santos, L. (2009). Questionário de esquemas para adolescentes (QEA): estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal. Dissertação de mestrado não

publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Santos, L., Rijo, D., & Pinto-Gouveia, J. (2009). *Questionário de Esquemas para Adolescentes- QEA*. Não Publicado.

Tremblay, P. F., & Dozois, D. J. A. (2009). Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences* 46, 569-574. doi: 10.1016/j.paid.2008.12.009

Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S., (2010). Maladaptive Schemas and Psychopathology in Adolescence: On the Utility of Young's Schemas Theory in Youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 316-332.

Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Florida: Professional Resource Exchange, Inc.

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 Barlow, D. H. (Ed.) *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (pp. 240-277). New York: The Guilford Press.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.



## V – Discussão

Aquando da sua formulação na Terapia Focada nos Esquemas, o constructo de Esquemas Precoces Mal-adaptativos revelou-se inovador e veio dar resposta a algumas das dificuldades presentes na prática clínica, nomeadamente com doentes difíceis resistentes à mudança e não aderentes ao estímulo terapêutico tradicional das intervenções cognitivo-comportamentais (Young, 1990). Conceptualizado como padrões cognitivos e emocionais disfuncionais, que se desenvolvem fruto de necessidades emocionais básicas não satisfeitas e de experiências precoces nocivas, as quais deixam o indivíduo vulnerável à elaboração deste tipo de esquemas disfuncionais (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young, et al., 2003).

Alvo de algumas reformulações o actual modelo compreende uma estrutura de 18 EPM agrupados em cinco domínios de ordem superior. A par do seu modelo teórico, Young desenvolveu o Questionário de Esquemas de Young- YSQ, instrumento de auto-resposta, para avaliar a presença de EPM em adultos o qual tem acompanhando as alterações teóricas do modelo, com novas versões.

Com base nos dados deste questionário, sucessivos estudos têm avaliado a estrutura teórica defendida por Young, os quais têm revelado resultados pouco consensuais no número de esquemas identificados (Baranoff et al., 2006; Calvete et al., 2005; Cecero et al., 2004; Cui et al., 2010; Hawke & Provencher, 2012; Hoffart et al., 2005; Lachenal-Chevallet et al., 2006; Lee et al., 1999; Rijkeboer & van dan Berg, 2006; Rijo, 2009; Schmidt et al., 1995; Soygut et al., 2009; Trip, 2006; Waller et al., 2001; Welburn et al., 2002). Contudo é no que se refere à estrutura de ordem superior de cinco domínios, que os estudos se mostram mais divergentes e apresentam uma grande variabilidade nos domínios identificados (Calvete, et al., 2005; Cecero et al., 2004; Cui et al., 2010; Hoffart et al., 2005; Lee et al., 1999; Muris, 2006; Saritas & Gençoz, 2011; Schmidt et al., 1995; Stallard, 2007; Soygut et al., 2009; Van Vlierberghe et al., 2010). Salienta-se ainda um estudo recente de Kriston, Schäfer, von Wolff, Härter e Hölzel (2012), no qual os resultados sustentam que estatisticamente não há apoio para o modelo com os 18 EPM, agrupados em dimensões de ordem superior. A revisão destes dados, de facto sustenta melhor a ideia de que não há apoio para uma estrutura de ordem superior, pelo que esta poderá ser dispensável do modelo teórico (Kriston et al., 2012).

Com base nos resultados reportados pelos estudos, bem como pela experiência clínica consideramos que os esquemas não se encontram todos ao mesmo nível, que estes se diferenciam qualitativamente. Especificamente que, seis serão esquemas primários e mais nucleares, três dos quais Crenças acerca do Eu, nomeadamente, o Fracasso, o Defeito e a Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, e outros três Crenças acerca dos Outros respetivamente os esquemas de Abandono, Desconfiança/ Abuso e o de Privação Emocional. Estes esquemas são reforçados e mantidos pela acção de outros seis esquemas, estes secundários. Designadamente o Pessimismo, a Auto-

Punição, a Dependência, o Emaranhamento, a Subjugação e o Auto-Sacrifício. Por sua vez os esquemas Inibição Emocional, Isolamento Social e Auto-Controlo e Disciplina Insuficientes são melhor conceptualizados como atitudes disfuncionais de evitamento da activação de esquemas primários. Os esquemas Padrões Rígidos / Excessivos de Realização, Procura de Aprovação / Reconhecimento e Grandiosidade surgem melhor compreendidos enquanto esquemas compensatórios dos esquemas nucleares ou primários. Estes processos já presentes no modelo original, não são tidos pelo autor como parte do esquema mas são apenas respostas de *coping* ao mesmo (Young et al., 2003). Na clínica observa-se frequentemente que estes são os processos ou atitudes disfuncionais que não permitem ao indivíduo, confrontar-se com o seu esquema nuclear, a própria formulação dos itens que os constituem assim o denota. Exemplificando na Inibição Emocional o item “*Custa-me muito mostrar aos outros aquilo que sinto*”, remete para um evitamento emocional de activação de um esquema primário, ou no caso do esquema de Padrões Rígidos / Excessivos de Realização em que o item “*Tenho que ser o melhor em tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar*” traduz uma atitude compensatória de um esquema oposto como o Fracasso.

Os resultados da nossa análise, a ambos os modelos teóricos evidenciaram que uma explicação desta natureza traduzirá melhor a acção dos EPM. Concretamente, o modelo por nós proposto apresentou um melhor ajustamento, o que o torna preferível ao modelo original de Young. Salienta-se que na prática clínica em que o acesso aos esquemas é sempre inferencial, um modelo teórico que estruture de modo diferenciado os esquemas permite uma intervenção mais focalizada. Nomeadamente ao começar por combater os evitamentos e as compensações e assim inferir os esquemas primários que estes estão a servir, os quais são o verdadeiro núcleo da patologia. Denota-se que é fundamental intervir ao nível de uma mudança esquemática nuclear dado que, os esquemas disfuncionais destes doentes são hipervalentes, originam pensamentos automáticos negativos na maioria das situações, o que se traduz em comportamentos e atitudes disfuncionais excessivamente generalizadas, inflexíveis, imperativas e resistentes à mudança (Rijo, 2009).

Uma vez que os EPM se formam cedo, a sua influência também se começa a fazer notar desde a infância e adolescência do indivíduo, pelo que se mostra importante intervir precocemente. Parecendo que estes estão particularmente associados a algumas patologias na adolescência, como é o caso dos comportamentos anti-sociais, é importante analisar de que modo estes constituem um factor de vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbação de comportamento, em faixas etárias mais jovens, como a adolescência (Rijo et al., 2007). De acordo com alguns estudos e programas de intervenção junto de jovens com patologia do comportamento, como é exemplo o programa *Gerar Percursos Sociais* –GPS (Rijo et al., 2007) as áreas mais afectadas nestes indivíduos parecem ser os domínios de aceitação pelos outros, ligação aos outros e aquisição de regras e limites, tal como foram definidos por Young (1990). Precisamente os que agrupam os EPM constitutivos do auto-conceito e se centram em conteúdos de Abandono;

Desconfiança/ Abuso; Privação Emocional; Defeito; Indesejabilidade/ Isolamento Social; Fracasso; Limites Indefinidos/Grandiosidade; Auto - Disciplina e Auto - Controlo Insuficientes, os quais apresentam uma maior prevalência nestas populações. Também Bernstein (2008) e Cooper e Tiffin (2006) salientam a predominância de alguns destes esquemas em adolescentes.

Neste enquadramento e assumindo que a presença de EPM e a sua associação à patologia não se circunscreve aos adultos, como vários estudos reportam Bernstein, 2008; Calvete, 2007; 2008; Calvete & Orue, 2010; Cooper & Tiffin, 2006; Lewis, 2005; Lumley & Harkness, 2007; Muris, 2006; Richardson, 2005) e que estes estão significativamente associados à agressão e comportamento anti-social (Bernstein, 2008; Calvete, 2007; 2008; Lewis, 2005; Rijo et al., 2007; Tremblay & Dozois, 2009). O nosso segundo estudo teve por propósito discriminar a presença de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos em adolescentes com perturbação do comportamento anti-social, comparando os resultados obtidos no Questionário de Esquemas para Adolescentes – QEA, numa amostra com três grupos de adolescentes.

Os resultados obtidos na nossa investigação indicam que é possível distinguir adolescentes com comportamento desviante dos adolescentes sem patologia identificada, no que concerne ao endosso de esquemas precoces mal-adaptativos. Assim, as médias apresentadas pelo grupo de adolescentes com patologia de comportamento são, na sua maioria, superiores às dos adolescentes do grupo não clínico. Os nossos resultados apresentaram ainda que os esquemas constitutivos do auto-conceito, como prevalentes nos grupos que apresentam patologia do comportamento, os quais têm por conteúdo o Isolamento Social, a Privação Emocional, a Grandiosidade, o Fracasso, o Defeito e a Dependência, o que vai ao encontro do que é reportado por Rijo e colaboradores (2007) na intervenção clínica, no âmbito do GPS. Dos resultados obtidos com a nossa amostra destaca-se a saliência o factor Grandiosidade, no grupo com Perturbação de Conduta, de acordo com o esperado. Que eventualmente consiste numa atitude compensatória de esquemas nucleares, como o Defeito e o Fracasso. Calvete e Orue (2010) num estudo realizado mostraram que, o esquema de Grandiosidade surge como prevalente em adolescentes com comportamentos agressivos. Contudo verificaram que a relação entre os EPM e o comportamento agressivo era mediada pelo Processamento de Informação Social, nomeadamente os resultados sugerem que parece ser característico, nos jovens agressivos, uma hipervigilância e atenção selectiva para pistas de hostilidade, bem como, uma interpretação enviesada na atribuição de intenções hostis às acções dos outros e ainda uma dificuldade em seleccionar objectivos não-hostis, que resulta na elaboração e selecção de respostas agressivas. A relevância do processamento de informação social, na génese, desenvolvimento e manutenção do comportamento anti-social tem sido posta em evidência por sucessivos estudos (Crick & Dodge, 1994; Dodge & Schwartz, 1997; Huesmann & Guerra, 1997; Tremblay & Dozois, 2009) os quais salientam a presença de enviesamentos e distorções sistemáticos, em diversas fases do processamento da informação social, o que irá conduzir a uma escolha

inadequada da resposta comportamental exibida. Estes dados vêm de um modo cada vez mais consistente reforçar a necessidade de uma intervenção devidamente estruturada, a qual foque os diferentes aspectos do indivíduo, não apenas centrada nas variáveis de natureza cognitiva, mas de igual modo nas dimensões emocional e interpessoal, associadas ao processamento e activação dos esquemas dos adolescentes (Capinha, 2009; Pinto, 2009; Rijo, 2009).

Importa ainda referir algumas das limitações que consideramos que ambos os estudos possam conter, nomeadamente no primeiro estudo, sendo este um modelo muito recente, impõem-se a necessidade de o confirmar melhor em futuros estudos, com um outro tipo de amostras. Uma vez que o modelo clínico proposto foi validado para uma amostra de adolescentes, maioritariamente sem patologia diagnosticada, e relativamente homogénea, os resultados provavelmente não são tão expressivos como eventualmente seriam com uma amostra adulta, provavelmente devido à baixa variância nas respostas dos adolescentes. Parece-nos assim importante a aplicação deste modelo, a dados de amostras adultas, nomeadamente através da utilização do YSQ-S3 versão de 90 itens, que cobrirão melhor a multiplicidade dos esquemas e eventualmente obter resultados mais expressivos e robustos.

Relativamente ao segundo estudo consideramos que os resultados poderiam ser mais expressivos se a sua avaliação envolvesse a activação emocional do esquema. Pois este tipo de avaliação a “frio” através de questionários auto-referentes, nem sempre permite um acesso fidedigno ao esquema endossado, uma vez que a activação dos EPM contém uma componente emocional marcadamente negativa e os indivíduos recorrem muitas vezes a mecanismos de evitamento da activação esquemática.

Por último, gostaríamos de salientar que ambos os estudos nos parecem um bom contributo, quer para a investigação, quer para prática clínica.

## VI – Conclusões

Os resultados obtidos com ambos os estudos realizados permitem-nos tirar algumas conclusões gerais sobre a sua relevância para a investigação no domínio da Terapia Focada nos Esquemas de Young.

Assim consideramos que dado o propósito do primeiro estudo, de validar um modelo alternativo da organização esquemática, este reveste-se de um carácter inovador e ambicioso, uma vez que até à data não temos conhecimento de estudos desta natureza e com este objectivo. De acordo com as evidências fornecidas pela experiência clínica um modelo que conceba os EPM de modo diferenciado, é fundamentada. Uma vez que parece cada vez mais evidente que os EPM não se organizam em cinco dimensões de ordem superior, e que a importância de cada um deles na organização cognitiva dos indivíduos com psicopatologia não é a mesma. Assim existem evidências que sugerem que uns esquemas serão primários e

consequentemente mais rígidos e nucleares, e outros tendem a surgir como associados aos primeiros ou secundários ou seja, desenvolvem-se concomitantemente ou posteriormente, já a partir de padrões atitudinais e de comportamentos derivados dos nucleares. Outros ainda traduzem padrões de compensação e atitudes de evitamento dos esquemas primários.

O modelo que aqui foi apresentado e sujeito a avaliação reflecte esta visão, e sendo recente e inovador deverá ser sujeito a futuras avaliações, que possibilitem limar eventuais incongruências ou limitações. O segundo estudo ambicionou dar um contributo válido, para a compreensão do fenómeno dos comportamentos anti-sociais em adolescentes, a partir dos EPM que estes apresentam como mais salientes Esta discriminação será útil no sentido que em poderá tornar compreensível as estes comportamentos desviantes através da análise das crenças disfuncionais que lhe estão subjacentes. E assim intervir de um modo mais focado nas variáveis cognitivas, que de facto são factor causal e de manutenção da patologia do comportamento.

Consideramos que este trabalho reflecte o espírito que se quer na investigação.

### Bibliografia

- 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. (1993). Cognitive therapy. Past, present and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 19- 198.
- 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 (Eds.). (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D. (2008, Outubro). *Agreement of raters in identifying schema modes from videotapes of therapy sessions*. Comunicação apresentada no 3rd Annual Meeting of International Society of Schema Therapy, Coimbra, Portugal.
- Calvete, E. (2007). Justification of violence beliefs and social problem-solving as mediators between maltreatment and behavior problems in adolescents. *The Spanish Journal of Psychology* 10, 131-140.
- Calvete, E. (2008). Justification of Violence and Grandiosity Schemas as Predictors of Antisocial Behavior in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1083-1095.

- 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.
- Calvete, E., & Orue, I. (2010). Cognitive Schemas and Aggressive Behavior in Adolescents: The Mediating Role of Social Information Processing. *The Spanish Journal of Psychology, 13*, 190-201.
- Capinha., M (2009). Auto-representações em adolescentes com condutas anti-sociais: Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Comportamento Anti-Social (IAECA-CA). Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde, na área Intervenções Cognitivo Comportamentais em Perturbações Psicológicas e Saúde, apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Cecero, J. J., Joshua, D. N. & 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.
- Cooper, S., & Tiffin, P. (2006). Psychological assessment and treatment of adolescent offenders with psychopathic personality traits. *Education and child psychology, 23*, 62-74.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanism in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115* (1), 74-101.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanism in children's social adjustment. *Psychological Bulletin, 115* (1), 74-101.
- Cui,L., Lin, W., & Oei, T.P., (2010). Factor Structure and Psychometric Properties of the Young Schema Questionnaire (Short Form) in Chinese Undergraduate Students. *Journal Mental Health Addiction, 9*, 645-655.
- Dodge, K. A. & Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 171-180). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Fonseca, A. C. (2000). Comportamentos anti-sociais: uma introdução. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, ano XXXIV, nº1, 2 e 3, 9-36.
- Greenwald, M. & Young, J. (1998). Schema-focused therapy: An integrative approach to psychotherapy supervision. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 12*, 109-126.
- Hoffard, A., Sexton, H., Hedley, L. M., Wang, C. E., Holthe, H., Haugum, J. A., et al. (2005). 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.



- Huesmann, L. R., & Guerra, N. G. (1997). Children's normative beliefs about aggression and aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 408-419.
- Kriston, L., Schäfer, J., von Wolff, A., Härter, M. & Hölzel L.P. (2012) The Latent Factor Structure of Young's Early Maladaptive Schemas: Are Schemas Organized into Domains? *Journal of Clinical Psychology*, 68 (6), 684-698.
- 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.
- Lewis, J. A. (2005). Early maladaptive schemas and dysfunction in adolescence: An investigation of the moderating effects of coping styles. Dissertação de Doutorado em Filosofia apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade de Fordham.
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 639-657.
- Muris, P. (2006). Maladaptive Schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13, 405-413.
- Pinto, J. (2010). *Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Ativadores- Comportamento Anti-Social (IAECA-CA): Estudos de validação numa amostra de jovens com problemas de comportamento*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Pinto Gouveia, J., Salvador, M. C., & Rijo, D. (2005). *Versão portuguesa do Questionário de Esquemas de Young — L*. Coimbra. Não publicado.
- Richardson, G. (2005). Early maladaptive schemas in a sample of British adolescent sexual abusers: implications for therapy. *Journal of sexual aggression*, 11, 259-276.
- Rijkeboer, M. M., Bergh, H. & 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.
- Rijo, D. (2009). *Esquemas Mal-Adaptativos Precoces: Validação do conceito e dos métodos de avaliação*. Dissertação de Doutorado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- 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: Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento social desviante*. Ponta Delgada: Equal.
- Rijkeboer, M. M. & de Boo, G. M. (2010). Early maladaptive Schemas in Children: Development and validation of the schema inventory for Children. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*,



41, 102-109.

- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Santos, L., Rijo, D., & Pinto-Gouveia, J. (2009). *Questionário de Esquemas para Adolescentes- QEA*. Não Publicado.
- Santos, L. (2009). Questionários de esquemas para adolescents (QEA): estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Saritas, D., & Gençöz, T., (2011). Psychometric Properties of “Young Schema Questionnaire- Short Form3” in a Turkish Adolescent Sample. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 11(1), 83-96.
- 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 measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 295-321.
- Stallard, P. (2007). Early maladaptive schemas in children: Stability and differences between a community and a clinic referred sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 10-18.
- Stallard, P. & Rayner, R. (2005). The development and preliminary evaluation of a Schema Questionnaire for children (SQC). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 217-224.
- Soygut, G., Karaosmanoglu, A., Çakir, Z. (2008). Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish Young Schema Questionnaire – Short Form – 3. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20 (1), 75-84.
- Tremblay, P. F., & Dozois, D. J. A. (2009). Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences* 46, 569-574. doi: 10.1016/j.paid.2008.12.009.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C., Bosmans, G., Rosseel, Y., & Bögels, S., (2010). Maladaptive Schemas and Psychopathology in Adolescence: On the Utility of Young’s Schemas Theory in Youth. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 316-332.
- 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*, 25(2), 137-147.
- Wellburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire – Short Form: Factor analysis and the relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 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. E. & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life: The breakthrough program to end negative behavior and feel great again*. New York, NY: Plume.

Young, J. E. & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An international quarterly*, 6(1), 11-23.

Young, J., Klosko, J., & Weishaar, M. (2003) *Schema therapy. A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.