



UC/FPCE\_2009

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA):  
Estudos de validação numa amostra de adolescentes  
da população normal**

Laura Filipa Seiça Matias Santos (e-mail: Laurita\_filipa@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e Saúde  
(Área de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais  
nas Perturbações Psicológicas e Saúde) sob a orientação de Doutor  
José Augusto Veiga Pinto Gouveia



## **Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA): Estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal**

### **Resumo**

O presente estudo pretende desenvolver e disponibilizar um questionário para avaliar esquemas, análogo ao Questionário de Esquemas de Young, contudo, por sua vez, destinado à população adolescente (12 aos 18 anos) – Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA). Assim, realizou-se uma análise factorial do QEA numa amostra geral de adolescentes ( $n=877$ ) e explorou-se as suas características psicométricas, na mesma amostra geral e em dois grupos clínicos: Adolescentes com Problemas Disciplinares ( $n=52$ ) e Adolescentes com Perturbação de Conduta ( $n=52$ ). O modelo factorial emergente revelou-se coerente com as dimensões teóricas propostas por Young, sendo extraídos 18 factores que se sobrepõem aos 18 Esquemas Precoces Mal-adaptativos postulados na Teoria Focada nos Esquemas, sendo eles, o Isolamento social/Alienação, Emaranhamento, Padrões excessivos/rígidos de realização, Privação Emocional, Abandono, Auto-punição, Auto-sacrifício, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Inibição Emocional, Subjugação ao grupo, Grandiosidade, Fracasso, Dependência/Incompetência funcional, Defeito/Incapacidade de ser amado, Procura de aprovação/Reconhecimento, Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes e Pessimismo. Foi de igual modo realizada uma análise factorial de segunda ordem que revelou três dimensões: Menos valia e desligamento, Ligação excessiva e Vulnerabilidade pessoal, e por último Auto-Engrandecimento. Estas dimensões revelaram-se diferentes das encontradas em estudos realizados com adultos. Os resultados obtidos sugeram que o QEA se revelou um instrumento adequado do ponto de vista psicométrico, com um nível muito bom de consistência interna ( $\alpha > .93$ ) e um nível de estabilidade temporal adequado ( $r=.84$ ), sendo um instrumento útil para uso em contexto clínico ou de investigação.

Palavras-chave: Esquemas Precoces Mal-adaptativos, Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA), Estudo Psicométrico, Análise Factorial, Perturbação de Conduta.

## **Schema Questionnaire for Adolescents: Validation studies in a large sample drawn from a normal adolescent population**

### **Abstract**

The present study intends to develop a version of Young Schema Questionnaire to evaluate adolescent (12 to 18 years old) schemas – Schema Questionnaire for Adolescents. We performed a factor analysis of the developed questionnaire using a sample drawn from a normal adolescent population (n=877), and we explored its psychometric properties using the same sample and also two clinical groups: Adolescents with Disciplinary Problems (n=52) and Adolescents with Conduct Disorders (n=52). The emergent factorial model was consistent with the dimensions theoretically proposed by Young: Social Isolation/Alienation, Enmeshment, Unrelenting Standards, Emotional Deprivation, Abandonment, Punitiveness, Self-sacrifice, Vulnerability to Harm and Illness, Emotional Inhibition, Group Subjugation, Entitlement, Failure, Dependence/Incompetence, Defectiveness, Approval-Seeking, Insufficient self-control and Pessimism. We conducted a high order factor analysis that revealed three dimensions: Inferiority and Disconnection, Over connection and Personal Vulnerability and, finally, Self-Entitlement. These dimensions differed from those found in studies conducted with adult samples. The Schema Questionnaire for Adolescents proved to be a psychometrically sound measure, with high internal consistency ( $\alpha >.93$ ) and stability over time, appropriate for use in the clinical or research context.

**Key Words:** Early maladaptive schemas, Schema Questionnaire for Adolescents, psychometric studies, factor structure, Conduct Disorder.

## **Agradecimentos**

A realização deste projecto de investigação exigiu a intervenção de várias pessoas e instituições. Gostaria, assim, de expressar o meu sincero e reconhecido agradecimento a todos aqueles que tornaram possível a sua realização.

Ao Mestre Daniel Rijo pela orientação, prontidão com que respondeu às minhas solicitações, apoio científico e incentivo à prossecução da presente dissertação de mestrado.

Ao meu Pai, pelo empenho, dedicação e ajuda conseguida que possibilitou a realização deste projecto de investigação. Á minha Mãe, pelas horas passadas a agrafar os infindáveis protocolos, e a ambos, pelo apoio e confiança em mim depositada.

À Marta e ao João que estiveram bem próximos deste projecto. Nunca vou esquecer do primeiro dia de recolha de dados em Pombal, nem da primeira deslocação ao Porto. Agradeço pelo companheirismo, conhecimentos e paciência partilhada.

Á Câmara Municipal de Pombal, na pessoa dos Vereadores Fernando Parreira e Michäel António, pela disponibilidade e ajudas conseguidas.

À Quilate, pelo material fornecido.

Ao Centro de Desenvolvimento Humano e Consulta Psicológica – *Caminhos*, nomeadamente, às psicólogas Teresa Mendes e Andreia Azevedo, pela atenção, disponibilidade e ajuda fornecida no processo de recolha de dados.

Aos responsáveis das Escolas pela permissão da recolha de dados, e por terem colaborado, prontamente, na realização da presente investigação, especificamente, à Escola Secundária de Pombal, Escola EB1 Gualdim Pais, Escola Básica Integrada EB I Afonso de Paiva, Colégio João de Barros, Instituto D. João V, Instituto de Almalaguês, Escola Tecnológica Artística Profissional de Pombal e Externato Liceal de Albergaria dos Doze.

Aos professores, que cederam o precioso tempo destinado a várias aulas, para efectuar a recolha de dados em contexto de sala de aula.

Aos corajosos amigos – Carla, Andreia, Maria João, Maria e Dinis – que se disponibilizaram para nos acompanhar às escolas e colaborar na administração dos questionários, permitindo uma consecução eficaz dos procedimentos determinados.

Aos Centros Educativos, dos Olivais em Coimbra e Santo António no Porto, pertencentes à Direcção Geral de Reinserção Social, e aos respectivos Técnicos que colaboraram na recolha de dados, nomeadamente Dr<sup>a</sup>. Conceição Dixe que sempre valorizou o trabalho de investigação realizado.

Às colegas estagiárias do Centro Educativo dos Olivais, Goreti, Maria João e Liliana que se prestaram, gentilmente, a ajudar na recolha de dados.

À amiga e assessora Gisel, pelas noites passadas em frente ao computador a inserir dados e a corrigir erros.

À Ana pela preciosa ajuda no aperfeiçoamento do inglês e procedimentos estatísticos.

Ao Hugo, pela companhia e ajuda nas longas horas de inserção de dados, e principalmente, pelo carinho, paciência e compreensão em horas de maior *stress*.

A todos os amigos e colegas por acreditarem em mim e no meu trabalho, incentivando-me a nunca desistir.

À família que curiosamente acompanhou todo o meu percurso académico.

E por último, mas sem os quais não seria possível realizar este trabalho, a todos os adolescentes que participaram nesta investigação.

## Índice

<b>Introdução.....</b>	<b>1</b>
<b>I – Enquadramento conceptual.....</b>	<b>2</b>
1.1 O conceito de Esquema.....	2
1.2 O conceito de Esquema no contexto das Terapias Cognitivas...3	
1.2.1 Teoria Cognitiva-Interpessoal de Safran e Segal.....4	
1.2.2 Terapia Cognitiva de Beck.....5	
1.3 Terapia Focada nos Esquemas (TFE).....7	
1.3.1 Origem e Domínios dos Esquemas Precoces Mal-adaptativos.....9	
1.3.2 Estilos de Coping Mal-adaptativos: Processos de um Esquema.....11	
1.3.3 Avaliação esquemática: Young Schema Questionnaire....13	
1.3.3.1 Descrição do YSQ.....13	
1.3.3.2 Estudos empíricos efectuados com o YSQ.....14	
1.3.4 Instrumentos de avaliação esquemática para crianças e adolescentes.....18	
1.3.5 Relação entre Esquemas Precoces Mal-adaptativos e Psicopatologia: Estudos empíricos.....20	
1.3.5.1 Estudos realizados com adolescentes: EPM e Perturbação de Conduta.....22	
<b>II – Objectivos.....</b>	<b>23</b>
<b>III – Metodologia.....</b>	<b>24</b>
3.1 Participantes.....	24
3.2 Instrumentos.....	25
3.3 Procedimentos.....	31
<b>IV – Resultados.....</b>	<b>32</b>
4.1 Estudo I: Estudos psicométricos e dimensionalidade do QEA.....32	
4.1.1 Dimensionalidade do QEA.....32	
4.1.2 Consistência interna.....38	
4.1.3 Estudo das propriedades dos itens.....39	
4.2 Estudo II: Estudos Psicométricos.....40	
4.2.1 Validade Convergente.....40	
4.2.1.1 Amostra geral.....40	
4.2.1.2 Amostras clínicas: Perturbações de Externalização46	
4.2.2 Estabilidade temporal.....48	
4.2.3 Poder discriminativo.....50	
4.3 Estudo III: Sensibilidade do QEA à mudança terapêutica.....52	
<b>V – Discussão.....</b>	<b>53</b>
<b>IV – Conclusões.....</b>	<b>59</b>

**Bibliografia.....60**

**Anexos.....68**



## Introdução

Esquemas são estruturas cognitivas de atribuição de significado, que se desenvolvem durante a infância ou adolescência, sendo elaborados ao longo da vida do indivíduo. Estes medeiam e organizam a informação a partir das experiências de vida dos sujeitos e servindo de guias do processamento da informação, permitem a eficiência do pensamento e da acção. Porém, podem da mesma forma, contribuir também para distorções da informação e criação de padrões cognitivos disfuncionais (Pinto-Gouveia & Rijo, 2001). Este conceito adquiriu um papel central tanto na Psicologia Cognitiva experimental como na prática da Terapia Cognitiva, alcançando uma ampla elaboração com Terapia Focada nos Esquemas de Young (Anastopoulos et al., 2003).

A referida teoria postula que os Esquemas Precoces Mal-Adaptativos (EPM) derivam de aprendizagens associadas a experiências infantis relacionadas com vinculação e criticismo, que na altura se manifestam adaptativos. Contudo, mais tarde na vida adulta, são apontados como estando na base do desenvolvimento e manutenção de psicopatologia (Young, 1990, 1999; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Embora a Terapia Cognitiva tenha direccionado a sua atenção para o papel das experiências precoces e para as interacções sociais no desenvolvimento e manutenção dos esquemas, constituindo-se como pressupostos centrais na Terapia Focada nos Esquemas, foram poucos os estudos realizados no sentido de aplicar este modelo em crianças e adolescentes, de modo a substanciar aspectos chave do modelo de base (Anastopoulos et al., 2003; Stallard, 2007).

Com o intuito de avaliar os 18 esquemas postulados teoricamente, Young desenvolveu o Questionário de Esquemas, destinado à população adulta que revelou boas qualidades psicométricas (Lanchenal-Chevallet et al., 2006; Lee et al., 1999; Rijkeboer et al., 2005; Schmidt et al., 1995; Waller et al., 2001; Welburn et al., 2002). Posto isto, revela-se importante o desenvolvimento de um método estandardizado de avaliação dos EPM's patentes nas camadas mais jovens para fornecer suporte empírico ao modelo subjacente. Tal instrumento pode promover o conhecimento acerca da natureza e desenvolvimento dos esquemas cognitivos quer adaptativos, quer mal adaptativos em crianças e adolescentes. Para além da sua utilidade na área da Investigação, poderá se apresentar também, como um instrumento útil na avaliação clínica e na avaliação dos ganhos clínicos, contribuindo, de igual modo, para a prevenção e intervenção em sujeitos mais novos, cujos padrões disfuncionais são menos rígidos e, assim, reduzir a vulnerabilidade apresentada na idade adulta (Stallard & Rayner, 2005).

Noutros países, autores como Simons e Free (2000, *cit. in* Stallard & Rayner, 2005), Stallard e Rayner (2005) e Rusinek e Hautekeete (1999 *cit. in* Rusinek, 2004) conduziram estudos de validação de questionários neste sentido, contudo trabalharam com a versão de 15 esquemas e os resultados apresentaram algumas limitações psicométricas. Tendo em conta esta contextualização, este estudo visa construir e disponibilizar uma versão

reduzida do questionário de esquemas de Young, adaptada para Adolescentes dos 12 aos 18 anos, com itens construídos relativamente a aspectos desenvolvimentais da população a que se destina, de modo a facilitar a sua compreensão, adesão e otimização de resultados. Para isso, explorou-se a estrutura factorial e as propriedades psicométricas do questionário desenvolvido – QEA, de modo a fornecer uma medida empiricamente validada e compreensiva do constructo de EPM para a população em causa.

No seu seguimento, dado que o trabalho efectuado ao longo do estágio curricular foi especificamente dirigido para adolescentes institucionalizados devido a comportamento socialmente desviante, surgiu o interesse em testar se as temáticas patentes, que orientam o processamento da informação que por sua vez mantêm os problemas destes jovens, correspondem aos mesmos EPM encontrados por Bernstein em adultos anti-sociais e postulados por Rijo et al. como mais prevalentes em adolescentes com comportamento anti-social. Esta temática revela-se tanto mais relevante, uma vez que a Perturbação de Conduta tem sido encontrada na literatura como uma forte preditora para o diagnóstico de Perturbação Anti-Social da Personalidade (Myers, Stewart & Brown, 1998), bem como para o consumo de drogas (Levy et al., 1999) e abuso de álcool (Brown et al., 1996 *cit. in* Lewis, 2005). Assim, a identificação dos esquemas em idade precoce poderia ser útil para um trabalho de prevenção no âmbito de psicopatologia da personalidade, ou de certa forma facilitado, uma vez que os níveis de rigidez apresentados não seriam tão elevados como na idade adulta.

## I – Enquadramento conceptual

### 1.1 O conceito de Esquema

O conceito de esquema é recorrente em distintos campos de estudo (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Nos campos da Filosofia, Psicologia e Psiquiatria, este conceito encontra-se imbuído na assumpção da centralidade da cognição na experiência humana, ostenta uma longa e rica história, podendo esta herança ser traçada até aos primórdios da Filosofia Clássica Grega (Mahoney, 1993). Chrysippus (279-206 A.C), filósofo estóico, apresentou princípios de lógica sob forma de inferência esquemática (Nussbaum, 1994 *cit. in* Young, Klosko & Weishaar, 2003), tal como Cícero e Séneca que sustentavam que o self e o mundo pessoal interno determinam o comportamento (Ellis & Bernard, 1985). Também Epictetus já declarava que *as pessoas são perturbadas não pelos acontecimentos, mas pela perspectiva que tem deles*, sendo posteriormente parafraseado por Shakespeare em *Hamlet: There's nothing either good or bad but thinking makes it so* (*cit. in* Ellis & Bernard, 1985). Mais tarde, no século XVIII, Kant defendeu que a percepção e a memória resultavam da experiência sensorial externa, mediada e transformada por estruturas cognitivas internas

(Pace, 1988), instituindo a ideia de estruturas organizativas da experiência subjectiva (Kant, 1781, *cit. in* Mandler, 1985) e, consequentemente, uma concepção mais activa da mente (Mahoney, 1993).

Especificadamente, dentro da vasta área da Psicologia, o conceito de esquema também designado como estrutura cognitiva, institui um dos construtos teóricos mais utilizados pelos investigadores para explicar o comportamento humano, quer relativamente ao comportamento associado à psicopatologia (Rijo, 2000), quer à área mais ligada ao desenvolvimento cognitivo, mais comumente associada a Piaget. Este autor definiu esquema como *estrutura ou organização das acções, as quais se transferem ou generalizam no momento da repetição da acção, em circunstâncias semelhantes ou análogas* (Piaget & Inhelder, 1995, p.13), que o sujeito constrói em interacção permanente com o meio e que utiliza para conhecer, pensar e raciocinar sobre a realidade (Lourenço, 2005).

Dentro da Psicologia Cognitiva, a introdução do referido conceito deve-se a Bartlett (1932, *cit. in* Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997), sendo perspectivado como os alicerces da memória a longo prazo (James et al., 2004), serve como um plano cognitivo abstracto que guia a interpretação de informação e resolução de problemas (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Mais recentemente, o mesmo termo tem sido progressivamente recorrente, tanto na Psicologia Social como na Psicologia Clínica, para explicar temas que vão desde a compreensão de traços de personalidade até à vulnerabilidade da depressão (Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997).

## 1.2 O conceito de Esquema no contexto das Terapias Cognitivas

No domínio da Terapia Cognitiva, os esquemas são conceptualizados como a unidade básica responsável pela atribuição interna de significado (Beck, 1996), isto é, são estruturas nas quais a informação se encontra internamente organizada e representada (Rijo, 2000). Este conceito geral é denominado de formas distintas consoante os diversos autores, acrescentando pequenas especificidades: **Crenças irracionais** caracterizadas como absolutas, incondicionais e imperativas que impossibilitam o indivíduo de atingir os seus objectivos e ser feliz (Ellis & Bernard, 1985); **Esquemas interpessoais** que se referem a uma *representação genérica de interacções Eu-Outros, a qual é separada da experiência interpessoal* (Safran & Segal, 1990, p. 66); **Esquemas Cognitivos** designados como *estruturas que filtram, codificam e avaliam os estímulos aos quais o organismo é submetido... Com base na matriz de esquemas, o indivíduo consegue orientar-se em relação ao tempo e espaço e categorizar e interpretar experiências de maneira significativa* (Beck, 1976; Beck, Emery & Greenberg, 1985; Beck, Freeman & Associates, 1990; Young, Beck & Weinberger, 1993; Clark, Beck & Alford, 1999); e **Esquemas Precoces Mal-adaptativos** refere-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* (Young, 1990, p.9; Young, 2003, p.15). Este último conceito é

um tema central para o presente estudo, sendo desenvolvido em pormenor posteriormente. Os conceitos de Beck e de Safran e Segal são consistentes e importantes para o desenvolvimento do conceito que pretendo explorar, portanto será relevante articulá-los sucintamente.

### **1.2.1 Teoria Cognitiva-Interpessoal de Safran e Segal**

Segundo a Teoria Cognitiva-Interpessoal de Safran e Segal (1990), os esquemas interpessoais são conceptualizados como representações cognitivas generalizadas de interações com os outros que se desenvolveram, inicialmente, a partir de padrões de interacção com figuras de vinculação, dado que é com base nesta relação que a criança irá formar representações de si, dos outros e do mundo, em termos cognitivos e afectivos, adquirindo, conseqüentemente, um padrão comportamental que reflecte a sua singularidade no contexto interpessoal em que foi inserido e que permite prever interacções futuras com outros significativos e, assim, maximizar a probabilidade de manter a relação interpessoal (Hill & Safran, 1994 *cit. in* McBride, Farvolden & Swallow, 2007; Reeve, Thomas & Safran, 1993). Aceitando o pressuposto de que o *self* se desenvolve num contexto interpessoal, assume-se, também, que o auto-conhecimento se constrói a partir da representação cognitiva de eventos interpessoais (Rijo).

Dentro da Teoria Interpessoal, um outro conceito chave é o Ciclo Cognitivo-Interpessoal através do qual se mantêm os esquemas interpessoais. Este conceito encontra-se subjacente ao princípio da complementaridade, que sustenta que comportamentos interpessoais específicos tendem a suscitar outros comportamentos interpessoais específicos nos outros, sendo muito difícil não fornecer *feedback* face ao comportamento dos outros. Pois, mesmo que não seja de forma verbal, grande parte da comunicação interpessoal ocorre a um nível paralinguístico, sendo este tipo de comunicação tão subtil que muito frequentemente nem damos conta que a estamos a transmitir (Kiesler, 1988, *cit. in* Safran & Segal, 1990). Assim, estabelece-se um Ciclo Cognitivo-Interpessoal, que no caso das pessoas psicologicamente saudáveis, estas apresentam esquemas interpessoais que predizem a ligação interpessoal como possível de ser conseguida e que permitem à pessoa agir de forma variada, adaptando o seu comportamento à situação, e adoptando estratégias de *coping* variadas sem pôr em risco essas ligações (Rijo). Por contraste, pessoas psicologicamente menos saudáveis têm uma maior dificuldade em adaptar o seu comportamento à situação, apresentam um repertório comportamental mais restrito, e os seus padrões de percepção, relação e pensamento acerca do ambiente e de si são caracterizados pela inflexibilidade e estabilidade (Reeve, Thomas & Safran, 1993). Segundo Carson (1982, *cit. in* Rijo), o comportamento mal-adaptativo persiste por longos períodos, isto porque se baseia em percepções, expectativas ou construções de características dos outros que tendem a ser confirmadas pelas conseqüências interpessoais do comportamento emitido. A ideia base patente nesta formulação é a de que as expectativas funcionam como profecias auto-realizadoras que influenciam o

meio. Em suma, os ciclos cognitivo-interpessoais mal-adaptativos são, portanto, mantidos e perpetuados pela tentativa da própria pessoa em lidar com o problema tal como o vê, ou seja, por processos cognitivos e interpessoais. (Safran & Segal, 1990).

### **1.2.2 Terapia Cognitiva de Beck**

Aaron Beck é contemplado como o autor que deu maior contributo para o desenvolvimento de teorias clínicas baseadas no conceito de esquema (Beck, 1976; Beck, et al., 1979; Beck, Emery & Greenberg, 1985). O autor caracterizou o conceito, como desempenhando um papel central na organização do pensamento, tal como na sua estabilidade e consistência ao longo do tempo (Marzillier, 1986), sob o ponto de vista clínico, no desenvolvimento, manutenção e recaída das perturbações psicológicas (Beck, 1976). O modelo cognitivo de psicopatologia e emoção por ele desenvolvido, tem assim por base a assumpção de que o processamento de informação ou a atribuição de significado exerce influência sobre toda a experiência quer emocional, quer comportamental, assumindo a actividade cognitiva como fulcral para a adaptação e sobrevivência humana (Clark, Beck & Alford, 1999), ostentando como função básica a construção pessoal da realidade. Aqui as crenças inseridas em estruturas mais ou menos estáveis denominadas esquemas, são consideradas os alicerces de todo este processo dado que o limitam, conduzem e organizam, possuem uma função adaptativa na organização de experiências em padrões de significado, reduzindo assim a complexidade do ambiente e tornando eficaz o pensamento e possível a acção (Beck, Freeman & Associates, 1990; Mandler, 1984 *cit. in* Pace, 1988).

A teoria Cognitiva salienta duas importantes características dos esquemas: a estrutura e o conteúdo. Na taxonomia desenvolvida por Ingram e Kendall (1986 *cit. in* Lochman et. al, 2003), os autores consideram estrutura a forma como a informação está internamente organizada, podendo-se atender a características como grau de complexidade, flexibilidade, permeabilidade, nível de abstracção e valência; por conteúdo, a informação que está armazenada no sistema de processamento de informação que pode compreender representações internas ou crenças extraídas a partir de dados ou experiências derivados do sistema de processamento de informação, isto é, atitudes e ideias acerca de si e do mundo à sua volta. Este conteúdo, ou crença, é crucial para determinar o tipo e a intensidade da resposta emocional através da representação simbólica das situações ou dos estímulos (Beck, 1971 *cit. in* Clark, Beck & Alford, 1999). Quando o esquema está activado, seleccionada informação congruente com a informação nele contida, e o seu processamento é efectuado também de acordo com esse conteúdo, ao passo que informação não congruente é ignorada (Taylor & Croker, 1981, *cit. in* Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997). Para além deste componente ideacional, o esquema contém também um componente afectivo, ao envolver valências afectivas associadas com o domínio do esquema, cada um destes componentes influenciando-se

mutuamente (Turk & Speers, 1983 *cit. in* Rijo, 2000). Isto é, uma interpretação negativa de um evento está ligada a um afecto congruente com essa interpretação (Beck, Freeman & Associates, 1990).

Contudo, este mesmo procedimento, pode converter-se em vulnerabilidade cognitiva, sobretudo se o esquema activo já não for relevante para dar sentido à situação em causa, mas mesmo assim, continuar a controlar o processamento de informação, gerando a erros, distorções e enviesamentos (Mandler, 1985). Esta frequente activação de um esquema em detrimento de outros que seriam “mais adaptativos”, é próprio de um esquema que se diz estar hipervalente, isto é, o esquema apresenta um limiar de activação baixo, sendo fácil e rapidamente activado por um amplo número de estímulos ambientais, e uma vez activado domina o processamento de cognitivo do estágio inicial até ao final, estabelecendo ligações com esquemas associados, possuindo uma resistência à sua desactivação (Beck, Freeman & Associates, 1990; Clark, Beck & Alford, 1999). Este tipo de funcionamento descrito é assumido pela teoria cognitiva como característico de determinados estados psicopatológicos, dado que estão excessivamente activos esquemas com conteúdos idiossincráticos específicos, altamente personalizados e inapropriados para a situação, embutem uma certa selectividade e restringem o processamento da informação em detrimento de activação de outros esquemas mais adaptativos, estabelecendo-se assim, um enviesamento ou erros sistemáticos no processamento da informação (Beck, Emery & Greenberg, 1985; Beck, Freeman & Associates, 1990), assim distorcem a realidade e torna-la congruente com o esquema, mantendo assim a sintomatologia (Marzillier, 1986).

Em suma, os esquemas tem um papel fulcral no modelo de Beck, visto que são eles que fornecem o padrão de organização cognitiva (Kovacs & Beck, 1978 *cit. in* Marzillier, 1986), caracterizam-se como representações estáveis do conhecimento que o sujeito faz acerca de si próprio, dos outros e do mundo que orientam o processamento da informação (Beck, et al. 1979; Beck, Emery & Greenberg, 1985, Beck, Freeman & Associates, 1990), sendo a partir delas que se explica a origem e manutenção das perturbações emocionais e da personalidade. Assim impõe-se como o objectivo central do processo terapêutico identificar, testar e corrigir conceptualizações distorcidas e crenças disfuncionais que estão na base da sintomatologia (Beck, 1976; Beck et al., 1979; Williams, Watts, MacLeod & Mathews, 1997).

Em particular nas Perturbações da Personalidade, definidas segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais — DSM IV - TR (APA, 2002), como *um padrão estável de experiência interna e de comportamento que se afasta marcadamente do esperado para o indivíduo numa dada cultura, é global e inflexível, tem início na adolescência ou no início da idade adulta, é estável ao longo do tempo e origina sofrimento ou incapacidade* (p. 685), a terapia Cognitiva de Beck propõe-se a alterar as crenças disfuncionais destes doentes. Sugerindo teoricamente, que estas se desenvolvem como resposta a acontecimentos stressores ocorridos durante a infância (Beck, 1967, *cit. in* Ingram, 2003), mais precisamente, resultando da

interacção entre a predisposição genética do indivíduo (temperamento) e a exposição a influências externas indesejadas e a eventos traumáticos específicos, apresentam uma estabilidade comportamental, sendo mantidos através de estratégias interpessoais utilizadas tipicamente por estes doentes nas suas relações com as outras pessoas. Estas crenças demarcam-se assim da normalidade por serem mais proeminentes, pronunciadas, mais difíceis de controlar e de modificar, visto que são evocadas num maior número de situações, conduzindo a atitudes e comportamentos disfuncionais excessivamente generalizados, rígidas, inflexíveis, imperativos e resistentes à mudança. Ao contrário das crenças que estão associadas à Perturbação de teor afectivo e de ansiedade, que sendo menos estáveis, estão sujeitas a uma melhora mais rápida (Beck, Freeman & Associates, 1990).

Embora a terapia cognitiva de Beck seja considerada, como altamente sistemática e estruturada (Marzillier, 1986), as suas limitações tornaram-se evidentes à medida que esta se expandia em direcção ao tratamento de perturbações crónicas da personalidade (Beck et al., 1979; Young & Behary, 1998). Assim, Young tendo por base a sua experiência clínica com estes doentes (Young, 1994 *cit. in* Theiler, 2005) e sob influência do movimento construtivista (Mahoney, 1993) e das duas teorias atrás mencionadas, desenvolveu a Terapia Focada nos Esquemas. O presente modelo não pretende ser uma teoria compreensiva de psicopatologia, mas antes ser um modelo integrador, consolidado com a pretensão de expandir a terapia Beckiana atrás referida, para a obtenção de uma melhor compreensão e tratamento das Perturbações da Personalidade (Young, 1990, 2003; Young & Lindemann, 1992; McGinn & Young, 1996; Young & Behary, 1998).

### **1.3 Terapia Focada nos Esquemas (TFE)**

A Terapia Focada nos Esquemas (TFE), postulada por Young (McGinn & Young, 1996; Young, 1990, 2003; Young & Lindemann, 1992; Young & Behary, 1998; Young, Klosko e Weishaar, 2003) possui um carácter integrador, ao abranger não só técnicas cognitivas, mas igualmente, técnicas comportamentais, emocionais, e interpessoais provenientes de outras escolas da psicoterapia, como por exemplo, a Gestalt therapy e a Psicoterapia Dinâmica. Esta característica concede-lhe uma maior capacidade de compreensão clínica das Perturbações da Personalidade, possibilitando uma abordagem terapêutica mais completa e eficaz (Rijo, 2000). Desta forma a TFE tenta dar resposta às limitações da terapia cognitiva de curto prazo - que se direcciona, principalmente, para uma intervenção ao nível dos pensamentos automáticos, distorções cognitivas e crenças, nestes doentes cujas características mais marcadas são: apresentação difusa dos problemas, rigidez, evitamentos de vários tipos e acentuadas dificuldades interpessoais. Muito dificilmente estas características permitem realizar uma intervenção eficaz a curto prazo ao nível desses fenómenos cognitivos, sendo necessário, então, recorrer a uma intervenção que atribua uma maior ênfase a um nível mais profundo da cognição, os Esquemas Precoces Mal-adaptativos (EPM) (Young, 2003).

Como já foi referido anteriormente, **Esquemas Precoces Mal-adaptativos** referem-se a temas extremamente estáveis e duradouros que se desenvolvem durante a infância e são elaborados através da vida do indivíduo e são disfuncionais num grau significativo (Young, 1990, p.9; Young, 2003, p.15), encontrando-se associados a comportamentos mal-adaptativos e à psicopatologia (Young, 1990; Theiler, 2005). Tal como o conceito definido por Beck, o EPM também influencia a selecção e a interpretação da informação, possui nível de activação, armazena cognições e afectos, servindo, desta forma, como modelos para o processamento da experiência posterior (Riso & McBride, 2007). Este conceito contempla uma vertente afectiva mais marcada do que o conceito, anteriormente, definido por Beck, que confere uma maior ênfase à cognição em si (Lewis, 2005). Assim, os EPM são definidos tendo em conta várias características:

- a. São crenças incondicionais acerca do Eu em relação ao ambiente, sendo tomados como verdades, *a priori*, implícitas e aceites naturalmente, influenciando, desta forma o processamento de novas experiências (Young, 2003; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Comparativamente às crenças condicionais são mais rígidos e percebidos como irrefutáveis, sendo que, uma vez activados, o indivíduo admite que só poderá adiar ou ocultar o seu resultado (Young, 2003; Young & Lindemann, 1992). Segundo Guidano e Liotti (1983), *A irrefutabilidade da estrutura profunda é, portanto, uma necessidade... real. Para nós, como indivíduos, o nosso autoconhecimento tácito é uma parte constitutiva de nós próprios, sem nenhuma alternativa real* (p.67).
- b. Originam-se muito cedo na vida, durante o período da infância ou adolescência, baseando-se em representações do ambiente do indivíduo. Contudo, a sua natureza disfuncional apenas se torna saliente mais tarde, quando o indivíduo continua a perpetuar o esquema nas suas relações com os outros (Young, Klosko & Weishaar, 2003);
- c. São Autoperpetuadores, logo muito mais resistentes à mudança (Young, 2003), permanecendo por toda a vida, a não ser que sejam objecto de intervenção terapêutica. Uma vez que se desenvolvem muito cedo na vida de um indivíduo constituem, geralmente, o núcleo do auto-conceito e da concepção ambiental do mesmo, sendo assim, padrões profundamente embrenhados, nucleares para o “sentido do Eu” (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992). Desta forma, os EPM são confortáveis e familiares para o indivíduo, verificando-se que, quando surge informação contrária ao mesmo, esta é distorcida com a finalidade de manter a validade esquemática, pois a ameaça de mudança é muito perturbadora para a organização cognitiva. Assim, são realizados automaticamente pelo indivíduo determinados mecanismos no sentido de manter o esquema intacto (Guidano & Liotti, 1983; Young, 2003; Young, Klosko & Weishaar, 2003).
- d. São estruturas disfuncionais que geram de forma significativa e recorrente (*idem*) níveis elevados de afecto disruptivo,



consequências auto-derrotistas, e/ou dano significativo para os outros (Young, 1990).

- e. São dimensionais, ou seja, tem diferentes níveis de severidade e difusão. Quanto mais severo/rígido o esquema for, maior é o número de situações que o activa (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Situações essas associadas a acontecimentos ambientais relevantes para o esquema específico, sendo acompanhados por um alto nível de activação emocional (Young, 2003).
- f. Podem interferir de forma significativa em necessidades centrais para a auto-expressão, autonomia, ligação interpessoal, validação social ou integração social, no estabelecimento de limites na relação com os outros (McGinn & Young, 1996; Young, 1990; Young & Lindemann, 1992;).

### **1.3.1 Origem e Domínios dos Esquemas Precoces Mal-adaptativos**

Com vista obtenção de um desenvolvimento psicologicamente saudável, postula-se que um indivíduo carece alcançar, de forma adaptativa, de um conjunto universal de cinco necessidades emocionais, sendo elas: vinculação segura, que inclui segurança, conexão, estabilidade e aceitação; autonomia, competência e sentido de identidade; liberdade para expressão necessidades e emoções; espontaneidade e prazer; e limites realistas e auto-controlo. No entanto, a interacção contínua, nos primeiros anos de vida, entre o temperamento inato da criança, que a submete, selectivamente, a determinadas circunstâncias de vida, e experiências disfuncionais, associadas a estilos parentais e influências sociais a que a criança está exposta, muitas vezes bloqueiam a satisfação destas necessidades (Young, 2003; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Tal como autores desenvolvimentais, como Bowlby e Ainsworth, também Young segue a lógica de que uma vinculação disfuncional com a mãe ou figura que presta cuidados, conduz a um estilo de comportamento disfuncional e a um sentido mal-adaptativo do *self* na criança que se perpetua na vida adulta, voltando a dar-se uma maior ênfase ao papel da família nuclear na psicopatologia (Young, 1990, 1999; Young, Klosko e Weishaar, 2003).

Young, Klosko e Weishaar (2003) apontam quatro tipos de experiências precoces nocivas que facilitam o desenvolvimento destes esquemas, sendo elas: a frustração de necessidades, quando o meio da criança carece de níveis adequados de estabilidade, compreensão e amor; traumatização ou vitimização; superprotecção, autonomia sem estabelecimento de limites; e, internalização selectiva ou identificação com outros significativos, quando a criança se identifica, internaliza e perpetua as experiências, pensamentos, sentimentos e comportamentos dos pais quando estes são disfuncionais. Em suma, o desenvolvimento dos EPM deve-se então à interacção entre o temperamento inato da criança e a exposição precoce a padrões contínuos de experiências nocivas do quotidiano no seio da família nuclear, que proporciona a não satisfação das necessidades básicas de desenvolvimento, perturbando, desta forma, o funcionamento da

criança em determinados domínios de vida (Young, 2003).

Inicialmente, Young defendia a existência de 16 EPM's primários agrupados em seis domínios de funcionamento, sendo eles: instabilidade e desligamento, autonomia deteriorada, indesejabilidade, auto-expressão restringida, gratificação restringida e limites deteriorados (Rijo, 2000; Stein & Young, 1992). Actualmente, após sucessivas alterações na descrição e número de EPM, o modelo postula a existência de 18 EPM distribuídos em cinco domínios, correspondentes às necessidades desenvolvimentais nucleares não atendidas ao longo da infância (McGinn & Young, 1996; Young, 2003; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Esta taxonomia é composta por 13 esquemas incondicionais e 5 esquemas condicionais. Na sua generalidade, os esquemas incondicionais são aqueles que se desenvolvem mais cedo na vida, sendo definidos como crenças e sentimentos tácitos acerca de si, dos outros e do mundo (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Estes distinguem-se dos esquemas condicionais pela sua rigidez e resistência à mudança, sendo esta demasiado ameaçadora para o sistema conceptual do *Self* (Guidano & Liotti, 1983). Os esquemas condicionais, por seu turno, desenvolvem-se mais tarde, normalmente, como tentativa de compensar os esquemas incondicionais, sendo assim, considerados esquemas secundários (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

**Quadro 1. Esquemas Precoces Mal-adaptativos e os Domínios de esquema associados  
(Adaptado de Young, 1999)**

<b>Domínios e respectivos Esquemas Precoces Mal-adaptativos</b>
<p><b>Distanciamento e Rejeição</b></p> <p>1. Abandono: descreve a crença de que os outros significativos na vida do mesmo irão falhar a fornecer suporte e amor ou que irão fornecer suporte de forma inconsistente.</p> <p>2. Desconfiança/Abuso: refere-se à expectativa de que os outros o irão magoar, humilhar ou abusar, de forma intencional, tanto física como emocionalmente.</p> <p>3. Privação Emocional: refere-se à expectativa de que as necessidades nucleares do próprio não serão atendidas, adequadamente, por parte de outros significativos.</p> <p>4. Defeito/Incapacidade de ser amado: descreve o sentimento constante de que se é fundamentalmente diferente dos outros, inferior ou sem valor, sentimento de vergonha perante as inadequações internas percebidas do próprio.</p> <p>5. Isolamento Social/Alienação: descreve o sentimento de se sentir isolado do resto do mundo, diferente das outras pessoas, ou colocado de parte pelos outros.</p>
<p><b>Autonomia e Desempenho Deteriorados</b></p> <p>6. Dependência/Incompetência: refere-se à crença de se que não se está apto para lidar sozinho com situações diárias de forma responsável e competente, sem assistência de outros.</p> <p>7. Vulnerabilidade ao Mal e à Doença: envolve medo, persistente ou desapropriado, relativo à eminência de uma catástrofe, envolvendo a falta de confiança perante a capacidade de defesa do próprio.</p> <p>8. Emaranhamento: descreve a proximidade excessiva com outros significativos em detrimento da própria autonomia ou desenvolvimento social normal, envolvendo a crença de que necessita de depender dos outros para sobreviver ou ser feliz.</p> <p>9. Fracasso: envolve a crença de que se fracassou, se irá, inevitavelmente, fracassar ou de que se é inadequado comparativamente aos outros.</p>

---

#### **Limites Deteriorados**

10. Grandiosidade/Superioridade: descreve a crença de que se é superior aos outros, e assim, deve ter direitos e privilégios especiais, fazer o que lhe apetece sem ter em consideração os pensamentos e sentimentos das outras pessoas.

11. Auto-controlo e disciplina Insuficientes: refere-se a uma dominante recusa ou dificuldade em exercer auto-controlo na tentativa de alcançar objectivos pessoais, baixa tolerância à frustração e tendência para ser impulsivo

---

#### **Influência nos outros**

12. Subjugação: envolve a percepção de que os desejos, opiniões e sentimentos do próprio não são importantes, havendo uma excessiva supressão das necessidades do mesmo no sentido de agradar aos outros e, assim, evitar o abandono e a retaliação.

13. Auto-Sacrifício: envolve ênfase excessiva no atendimento das necessidades dos outros em detrimento das suas próprias gratificações.

14. Procura de Aprovação/Reconhecimento: refere-se à necessidade de ganhar aprovação ou reconhecimento por parte dos outros para desenvolver uma imagem segura de si.

---

#### **Sobrevigilância e Inibição**

15. Pessimismo/Preocupação: foco dominante nos aspectos negativos da vida e negligência dos aspectos positivos da mesma.

16. Inibição Emocional: descreve a inibição excessiva da espontaneidade das acções ou das emoções, tanto positivas como negativas, no sentido de evitar perder o controlo, cometer erros, ou desaprovação por parte dos outros.

17. Padrões Excessivos e Rígidos de Realização: refere-se à crença de que se tem de atingir elevados padrões internos de realização, geralmente, sob a forma de perfeccionismo ou preocupação com regras e competência, com o objectivo de evitar críticas externas.

18. Auto-Punição: refere-se à crença de que se deve ser castigado e punido pelos erros cometidos.

---

### **1.3.2 Estilos de Coping Mal-adaptativos: Processos de um Esquema**

Devido ao facto dos pensamentos, sentimentos, impulsos e memórias associadas aos EPM serem fonte de stress e angústia para o próprio e para os outros, é típico o indivíduo desenvolver determinadas estratégias ou processos - estilos mal-adaptativos de coping-, como tentativa de lidar e de se adaptar aos seus esquemas. Por norma, estes são adaptativos na infância – aquando o seu desenvolvimento -, sendo um mecanismo saudável nesse contexto. Contudo, com o passar do tempo e em diferentes contextos e condições, a manutenção desses mesmos processos torna-se disfuncional, pois impedem a vivência de experiências desconfirmatórias do EPM, contribuindo para o seu reforço, e por conseguinte, sua a perpetuação (Young, Klosko & Weishaar, 2003). Assim, estes processos apresentam como principais funções a manutenção da validade do esquema, visto que a sua mudança é demasiado ameaçadora e, ao mesmo tempo, o evitamento de experienciar emoções dolorosas associadas à activação esquemática (McGinn & Young, 1996; Rijo, 2000; Young & Behary, 1998).

Young dissocia estes processos do esquema. A resposta

comportamental do indivíduo ao esquema, não faz parte desse mesmo esquema, mas da resposta de coping ao mesmo, podendo esses processos se manifestar, para além do funcionamento comportamental, também dentro da esfera cognitiva e do domínio afectivo, não sendo, no entanto, intrínsecos ao esquema (Young, 2003; Young, Klosko & Weishaar, 2003). O motivo desta distinção reside no facto de cada indivíduo recorrer a diferentes estilos de coping, em diferentes situações e em distintas fases da vida para lidar com um mesmo esquema. Isto é, enquanto o esquema se mantém estável ao longo do tempo, pelo contrário, o estilo de coping utilizado vai variando. Sendo usados diferentes tipos de coping, por diferentes indivíduos, para um mesmo tipo de esquema, são idiossincráticos (Young, Klosko & Weishaar, 2003).

#### a. *Processos de Manutenção do Esquema*

Processo através do qual os EPMS são reforçados, estabelecendo a explicação da rigidez e resistência à mudança característica das perturbações da personalidade (Young, 1990, 2003; McGinn & Young, 1996). Referem-se ao um nível cognitivo, às distorções cognitivas descritas por Beck (1976), sendo as mais comuns a magnificação/ minimização, abstracção selectiva, sobregeneralização, inferência arbitrária, personalização, pensamento absolutista e catastrofização. Num nível comportamental, corresponde a padrões de comportamento auto-derrotistas, à escolha mal-adaptativa do parceiro (Young, 2003) e à tendência para desenvolver ciclos cognitivos-interpessoais disfuncionais, uma vez que estes esquemas se encontram fortemente ligados à relação com outros, encontrando uma certa correspondência com o conceito de Safran e Segal (1990) atrás mencionado. Este processo pode ser interpretado como se o doente se rendesse ao esquema, deixando-o sem esperança de mudança (Young & Behary, 1998; Young, 2003).

#### b. *Processos de Evitamento do Esquema*

Como já foi referido, a activação de um EPM implica a experiência de um elevado nível de afecto negativo associado. Para tal, o indivíduo desenvolve processos voluntários e automáticos, na tentativa de evitar activar o esquema e despoletar a intensidade emocional a ele associado, o que pode ser explicado em termo de condicionamento aversivo (Young & Behary, 1998; Young, 2003).

São três os tipos de evitamento que se podem verificar, podendo ocorrer ou não em simultâneo. O *evitamento cognitivo* acontece quando o indivíduo tenta bloquear pensamentos ou imagens que podem activar o esquema, exemplos deste processo podem ser a despersonalização e o comportamento compulsivo. O *evitamento emocional*, é outro tipo de mecanismo, em que o indivíduo tenta não experienciar emoções ligadas ao esquema. Por último, o *evitamento comportamental*, em que o indivíduo tende evitar situações ou circunstâncias de vida que possam desencadear activação esquemática, quando extremado pode acarretar isolamento social, agorafobia ou incapacidade de assumir qualquer responsabilidade familiar ou profissional. Estes processos evitam que a validade esquemática possa ser posta em causa, e assim, ser refutada (Young, 2003).

#### c. *Processos de compensação de esquema*

Quando um indivíduo sobre-compensa um esquema, tenta combatê-lo adoptando pensamentos, sentimentos e comportamentos que vão no sentido oposto ao esquema (Young, Klosko & Weishaar, 2003). A compensação oferece uma alternativa à dor desencadeada pelo esquema, podendo ser funcional até certa medida, contudo em última análise, torna-se contraproducente, reforçando o esquema primário (Young, 1990; Young & Behary, 1998; Young, Klosko & Weishaar, 2003). Dado que, este processo envolve, habitualmente, a incapacidade de reconhecer a vulnerabilidade subjacente, deixando assim, o indivíduo incapaz de lidar com a dor evocada aquando uma falha da compensação e conseguinte activação do esquema (Young, 2003).

### **1.3.3 Avaliação esquemática: Young Schema Questionnaire**

Na prática a Terapia focada nos Esquemas (TFE) pode ser dividida em duas fases principais: avaliação, onde se pretende identificar e activar os esquemas pertinentes; para posteriormente se passar à fase seguinte, a mudança esquemática (McGinn & Young, 1996; Young & Behary, 1998). A avaliação referente à saliência dos EPM apresenta bastante relevância clínica, dado que, uma vez identificados os esquemas pertinentes, poderá ser traçada a intervenção no sentido de reduzir distorções cognitivas, e assim, por conseguinte, alterar o padrão de comportamento disfuncional e a sintomatologia associada (Welburn et al., 2002). Na base de todo este processo, a aplicação do Questionário de Esquemas (Young Schema Questionnaire, YSQ; Young, 1990) conquista um papel fulcral na avaliação e identificação dos EPM.

#### *1.3.3.1 Descrição do YSQ*

O YSQ é um instrumento de auto-resposta que pretende avaliar EPM. É composto por 205 itens numa versão longa, possuindo uma versão reduzida de 75 itens, e mais recentemente uma versão de 90 itens (Cazassa & Oliveira, 2008). A primeira versão do YSQ de 205 itens foi publicada em 1990 por Young e Brown, com a finalidade de medir os 16 esquemas. Em 1994 foi publicada uma segunda edição revista, e posteriormente, em 1998 para uma segunda edição da versão curta (YSQ-S; Young, 1998) que mede 15 esquemas (o pessimismo foi excluído) (Stopa & Waters, 2005; Theiler, 2005). Esta versão foi desenvolvida com o objectivo de superar alguns limites imputados à versão longa, nomeadamente, o tempo consumido tanto no âmbito clínico, como de investigação. Assim, Young pretendeu proporcionar um questionário mais curto, mas que apresentasse a mesma utilidade e relevância clínica na avaliação de EPM (Specht, 2005).

Nas várias versões disponíveis deste questionário cada item reflecte um pensamento, sentimento ou comportamento que corresponde a um esquema em particular. É comum a todas as versões, a apresentação dos itens segundo uma escala tipo Lykert de seis pontos. Assim, para cada EPM é apresentado um conjunto de afirmações, variando o número das mesmas

consoante a versão, às quais é dada uma escala que varia desde 1 a 6, onde 1 refere ser “Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo” e 6 é “ Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo”. A média da pontuação de cada grupo de itens constitui a medida da saliência do EPM em particular. O somatório de cada EPM ou escala fornece uma medida geral do nível de disfunção esquemática (Rijo, 2000; Specht, 2005).

### 1.3.3.2 Estudos empíricos efectuados com o YSQ

Foram realizados vários estudos preliminares de validação da versão longa deste questionário. Neste âmbito, Schmidt, Joiner, Young, and Telch (1995) realizaram um conjunto de três estudos, com uma amostra clínica e duas de estudantes, para avaliar as propriedades psicométricas do questionário em causa. A amostra normal de estudantes ( $n=1129$ ) foi dividida em duas, a amostra 1 ( $n=575$ ) e a amostra 2 ( $n=554$ ). Schmidt et al. (1995) efectuaram uma análise dos componentes principais na primeira amostra que revelou 17 factores, incluindo 15 dos 16 factores hipotetizados teoricamente por Young (Indesejabilidade Social não emergiu, ao invés surgiram dois factores novos, Preocupações Monetárias e Medo de Perder o Controlo). Na segunda amostra de estudantes, os resultados da análise factorial apontaram 13 dos 17 factores concernentes à primeira análise, emergindo apenas 12 dos 16 esquemas teorizados (não foram identificados como factores independentes a Indesejabilidade Social, Isolamento Social, Subjugação e Grandiosidade, ao invés emergiram separadamente em subescalas conceptuais semelhantes, surgindo uma escala nova o Medo de Perder o Controlo). As duas amostras foram combinadas para produzir os factores de segunda ordem, emergindo três factores que condensam os cinco inicialmente formulados por Young (Young, 1990), rotulados pelos autores do estudo como (1) Distanciamento (Abandono, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defeito, Inibição Emocional, Medo de Perder o Controlo) (2) Ligação Excessiva (Dependência/ Incompetência funcional, Emaranhamento e Vulnerabilidade) (3) Padrões Exagerados (Padrões Excessivos de Realização, Auto-Sacrifício). O Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes apresentou uma carga elevada em cada um destes factores. A escala revelou uma boa consistência interna, variando os coeficientes encontrados para cada sub-escala entre .83 (Emaranhamento) a .96 (Defeito) e estabilidade teste-reteste ( $r=.76$ ). Na amostra clínica ( $n=187$ ), análise factorial realizada fez emergir 15 dos 16 esquemas hipotetizados por Young, explicando 53,7% da variância total, sendo, uma vez mais, excluído o factor de Indesejabilidade Social.

Num terceiro estudo efectuado por Schmidt et al. (1995), os autores sugeriram que o YSQ apresenta bons níveis de validade convergente e divergente com medidas de auto-estima, depressão, *distress* psicológico e traços concernentes às perturbações de personalidade. Assim, foram encontradas validades convergentes do YSQ com medidas de *distress*, como o Beck Depression Inventory (BDI), Dysfunctional Attitude Scale (DAS), com as pontuações de ansiedade e depressão no The Hopkins Symptom

Checklist (HSCL-90), e com o *score* global do Personality Diagnostic Questionnaire-Revised (PDQ-R). Em termos de validade divergente, esta foi encontrada com medidas de traços positivos como a auto-estima no Rosenberg Self Esteem Questionnaire. Os resultados indicam que os EPM's no YSQ estão positivamente correlacionados com medidas de depressão, atitudes disfuncionais, comportamentos auto-derrotistas e afecto negativo. Contrariamente, a versão longa do YSQ está negativamente correlacionada com auto-estima e afecto positivo. Resumindo, o YSQ apresenta relações significativas como medidas de sintomatologia tanto ao nível de perturbações de Eixo I como de Eixo II. Estes resultados sugerem que poderá ser imputada aos EPM uma proporção significativa de variância nas psicopatologias medida pelos inventários assinalados. Os autores deste estudo assinalaram também a existência de divergência nos EPM associados a diversas medidas de depressão e ansiedade, isto é, sugere-se que cada perturbação tem associado um padrão cognitivo esquemático específico.

Num outro estudo factorial, Lee, Taylor, & Dunn, (1999) pretenderam replicar os resultados obtidos no estudo supra mencionado, com uma amostra clínica australiana mais ampla ( $n=433$ ). Emergiram 16 factores primários que contribuem para 60% da variância total, 14 dos quais correspondem aos 16 esquemas teoricamente postulados por Young, e mais um factor denominado de Medo de Perder o Controlo, os mesmos 14 obtidos por Schmidt et al. na sua amostra clínica. Tal como no estudo anterior, a escala de Indesejabilidade Social e agora também a Inibição Emocional não surgiram como factores independentes. Foram encontrados quatro factores de segunda ordem: (1) Autonomia deteriorada, (2) Desconexão, (3) Limites deteriorados e (4) Controlo excessivo. Comparando os doentes dos dois eixos diagnóstico, os doentes do Eixo II obtiveram pontuações mais elevadas que os de Eixo I, revelando-se estas diferenças significativas em 14 das 16 sub-escalas, sendo as excepções os EPM's de Vulnerabilidade e Subjugação. De modo geral, este estudo revelou que o YSQ possui uma consistência interna satisfatória e que a estrutura factorial primária se revelou estável para amostras clínicas de dois países diferentes e para sujeitos com diagnósticos distintos.

Estes estudos foram igualmente realizados noutros países. Na população clínica e não clínica holandesa ( $n=334$ ) Rijkeboer et al. (2005) testaram a estabilidade temporal e poder discriminativo do YSQ. Os resultados apontaram para a existência de coeficientes de estabilidade adequados e, no que concerne ao poder discriminativo, o YSQ manifestou possuir sensibilidade na detecção da presença e ausência de psicopatologia. No mesmo sentido, para estudar o impacto cultural na dimensão da estrutura factorial e das propriedades psicométricas do presente questionário, Baranoff et al. (2006 *cit. in* Cazassa & Oliveira, 2008), aplicaram o YSQ-S a 833 estudantes coreanos (divididos em dois grupos) e 271 estudantes australianos. Realizaram-se análises factoriais com o grupo A (sul-coreanos) que determinaram a estrutura factorial primária, sendo os grupos B (sul-coreanos) e C (australianos) utilizados para a análise factorial confirmatória. Os resultados evidenciaram níveis muito bons de consistência interna para todas as sub-escalas em ambas as culturas ( $\alpha = .94$  e  $.96$ ). Quanto à análise

exploratória e à análise confirmatória, 13 das 15 subescalas avaliadas com o instrumento de Young emergiram no primeiro grupo e foram confirmadas no segundo, sugerindo que a versão coreana do YSQ possui estrutura factorial similar à versão australiana.

Nos estudos de aferição do YSQ-S (123 itens) para a população portuguesa, Pinto Gouveia, Robalo, Cunha e Fonseca (1997 *cit. in* Rijo, 2000), realizaram um estudo com uma amostra de 289 indivíduos da população geral, que revelou 14 factores responsáveis pela explicação de 49,67% da variância total, encontrando uma boa consistência interna, validade e estabilidade teste-reteste. Num outro estudo, Pinto Gouveia, Castilho, Galhardo e Cunha (2006) com um grupo clínico de Perturbações de Ansiedade verificaram coeficientes alfa para os 13 EPM (à excepção do esquema de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença) entre .71 e .95 que vão ao encontro das definições propostas por Young, com a existência de uma associação forte entre EPM e níveis elevados de psicopatologia.

Em França, Lanchenal-Chevallet et al. (2006) avaliaram as propriedades psicométricas do YSQ-S na versão francesa numa amostra não clínica (n=263). Os resultados da análise factorial revelaram 14 factores que demonstram possuir uma consistência interna moderada a boa. Treze dos 14 factores são concernentes aos factores teóricos, à excepção da Grandiosidade e Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes que não surgiram como factores independentes. Também em Espanha, num estudo conduzido por Calvete et al. (2007 *cit. in* Cazassa & Oliveira, 2008), foi aplicado o YSQ-S a 407 estudantes, com o objectivo de estudar a estrutura factorial da versão espanhola do instrumento em causa e, de igual forma, examinar a existência de associação entre pensamentos automáticos e sintomas de perturbações afectivas com os esquemas cognitivos. Os resultados encontrados forneceram suporte para a validação da versão espanhola do questionário com a manutenção da estrutura factorial organizada em 15 esquemas, o que sugere segundo os autores, o carácter universal do instrumento criado por Young, sendo este sensível para discriminar problemas de ordem psicológica em diferentes culturas. Estas conclusões corroboram as observações de Young, quando abordada a noção relativa às necessidades essenciais do ser humano serem universais. Estes estudos confirmaram também a boa consistência interna do YSQ, demonstrando que a sua estrutura factorial apresenta estabilidade em diversas amostras clínicas, diagnósticos e países, demonstrando assim a validade inter-cultural do YSQ.

Relativamente ao poder discriminativo geral do YSQ, Lee et al. (1999) realizaram *t-test* nas várias sub-escalas do YSQ, encontrando médias significativamente elevadas para a maior parte dos factores replicados em doentes com perturbações da personalidade, comparativamente a doentes com perturbações do Eixo I. Neste intuito, outros estudos foram realizados relativamente a outras perturbações em específico, como perturbações alimentares (Waller, Meyer, & Ohanian, 2001) e Depressão (Harris & Curtin, 2002). Os resultados parecem indicar um bom poder discriminativo do YSQ para estas perturbações em particular em comparação a grupos não clínicos.

Waller et al. (2001) conduziram um estudo que utilizou os mesmos 15



factores encontrados por Schmidt et. al (1995), num amostra de bulímicas (n=60) e um grupo de controlo (n=60), sendo replicada a mesma estrutura do estudo supra citado. O estudo de Waller et al. (2001) revelou níveis bastante elevados em termos de consistência interna, tanto para o grupo bulímico ( $\alpha=.96$ ), como para o grupo de controlo ( $\alpha=.97$ ), sendo que cada sub-escala apresentou uma consistência de .80 em ambos os grupos. Estes resultados sugerem assim que o YSQ-L permite discriminar o grupo clínico do grupo de controlo, tanto ao nível do *score* global, como ao nível dos valores encontrados nas sub-escalas, sendo que o grupo experimental revelou pontuações elevadas ao nível do EPM de Defeito, e níveis baixos de Grandiosidade e Auto-controlo/Auto-disciplina Insuficientes, comparativamente ao grupo de controlo. Neste mesmo estudo, Waller et al. (2001) extraíram os cinco itens mais relevantes que tiveram saturações mais elevadas em cada sub-escala e mantiveram-nos numa versão curta do YSQ. Concluíram que os resultados evidenciaram níveis muito similares de consistência interna ( $\alpha=.96$ ,  $\alpha=.92$ ) para as duas versões do instrumento. Demonstraram ainda, padrões semelhantes na correlação bivariada e nas análises discriminantes, tendo ambas as versões resultados muito semelhantes e significativos, não se revelando uma superior à outra.

Com a mesma finalidade, Stopa et al. (2001) ao comparar as duas formas do YSQ verificaram que ambas apresentam níveis aceitáveis de consistência interna, à excepção do esquema de Vulnerabilidade ao mal, dado que essa sub-escala envolve diferentes tipos de mal na forma curta. Os resultados encontrados sugerem que os resultados das duas formas são muito semelhantes em doentes de ambos os sexos. Também Hoffart et al. (2005) procuraram estudar a análise factorial confirmatória do YSQ a partir da aplicação da forma longa e breve numa amostra composta por doentes psiquiátricos (n = 888) e numa amostra não clínica (n = 149). Os resultados indicaram que, em ambas as formas – longa e curta, o YSQ confirmou os 15 EPM propostos por Young. Considerando a população clínica, este estudo reproduziu os mesmos resultados dos estudos efectuados por Schmidt *et al.*, e por Lee *et al.* A análise factorial confirmatória apontou para um modelo de quatro domínios (Desconexão, Autonomia Deteriorada, Padrões Exagerados e Limites Deteriorados). As escalas correspondentes aos 15 factores obtiveram níveis satisfatórios de consistência interna.

Welburn et al. (2002) num estudo factorial realizado com o YSQ na sua versão curta numa amostra clínica (n=203) aponta, igualmente, para a existência de uma boa consistência interna para cada sub-escala, sendo encontrados os 15 factores, o que sugere uma boa validade de constructo. Verificou-se também uma correspondência entre as sub-escalas deste questionário com as sub-escalas do BSI, o que permite reforçar a relevância clínica e de investigação do mesmo. No mesmo sentido, Glaser et al. (2002) pretenderam testar a validade de constructo numa amostra clínica (n=141). Os resultados confirmaram a existência de relações estatisticamente significativas entre as 15 subescalas do YSQ-S, à excepção do EPM de Grandiosidade, e cada medida de sintomatologia geral. Verificou-se a existência de uma relação com aspectos de *distress* psicológico medidos pelo BSI. Os resultados apontam para uma validade de constructo semelhante à

obtida no YSQ-L por Schmidt et al. (1995).

No presente estudo, a versão utilizada para o desenvolvimento do QEA foi o YSQ-S3. Como foi atrás referido, este é constituído por 90 itens que pretendem avaliar os 18 EPM postulados teoricamente, tal como as versões anteriores, também esta apresenta uma escala cotada de 1 a 6. Neste âmbito, realizou-se recentemente em Portugal um estudo para estudar a análise factorial confirmatória numa amostra de 1226 indivíduos. Os resultados apontam bons indicadores para uma estrutura factorial de 18 factores correlacionados entre si, sendo eliminados apenas 6 dos 90 itens originais. A Qualidade do ajustamento aponta para um modelo aceitável (Rijo & Pinto Gouveia, 2008).

Na Roménia, um estudo efectuado com esta versão do YSQ por Trip (2006) (n=160) encontrou também uma consistência interna muito boa ( $\alpha=.96$ ) e coeficientes de Cronbach para cada sub-escala que variam entre .68 e .96. Verificou-se também uma boa validade discriminante e preditora com medidas de ansiedade. De igual forma na Turquia, Soygüt, Karaosmanoglu e Çakir (2008) pretenderam estabelecer as qualidades psicométricas do mesmo instrumento recorrendo a uma amostra de 1071 estudantes universitários e 68 sujeitos clínicos. A análise dos componentes principais revelou 14 factores, uma análise de 2ª ordem fez emergir 5 domínios, sendo eles Autonomia Deteriorada (Emaranhamento/Dependência, Abandono, Fracasso, Pessimismo e Vulnerabilidade ao Mal), Desconexão (Privação Emocional, Inibição Emocional, Isolamento social/Desconfiança e Defeito), Padrões excessivos (Padrões excessivos e Procura de aprovação), Limites deteriorados (Grandiosidade/ Auto-controlo insuficiente) e Orientação para o outro (Auto-sacrifício e Auto-punição). A estabilidade teste-reteste variou entre  $r=.66$  e  $r=.83$ , e os coeficientes de consistência interna variaram de  $\alpha=.63$  e  $\alpha=.80$ , os domínios revelaram consistência entre  $\alpha=.53$  e  $\alpha=.81$ , o que sugere um nível médio de consistência interna. Relativamente à validade convergente evidenciaram-se coeficientes estatisticamente significativos com sintomas psicológicos medidos pelo SCL-90-R.

De um modo geral, os resultados dos estudos apontam para a existência de níveis adequados de consistência interna do YSQ, sendo observada uma sensibilidade satisfatória para as três versões mencionadas do presente questionário, facto este, que aponta para a possibilidade do instrumento predizer a presença ou a ausência de psicopatologia e, nesse sentido, ratificar os pressupostos teorizados por Young. Assim, pode-se demonstrar que o YSQ pode ser tomado como um promissor instrumento disponível para os profissionais da saúde mental para a utilização clínica ou no âmbito da investigação científica (Cazassa & Oliveira, 2008).

### **1.3.4 Instrumentos de avaliação esquemática para crianças e adolescentes**

Uma vez que o YSQ demonstra estar bem estabelecido empiricamente na avaliação de EPM em adultos, e dada a importância, teoricamente,

Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA):  
Estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal  
Laura Santos (e-mail:Laurita\_Filipa@hotmail.com) 2009

atribuída às experiências precoces vividas na infância e adolescência na influência de psicopatologia futura, seria igualmente relevante desenvolver um método estandardizado de avaliação dos EPM's, mais simples e curto, para avaliar os EPM's patentes nas camadas mais jovens de modo a cobrir e dar continuidade ao suporte empírico do modelo subjacente. Dado que, apesar da TFE estar bem estabelecida empiricamente, é pouca a investigação que se debruçou em aspectos chave do modelo com crianças e adolescentes, para determinar a presença de EPM's nestas idades precoces, quais os esquemas condicionais e incondicionais patentes e a estabilidade e dominância dos mesmos, como é preconizado no modelo (Stallard, 2007). Tal instrumento poderia promover o conhecimento acerca da natureza, tipo e desenvolvimento dos esquemas cognitivos adaptativos e mal adaptativos em crianças e adolescentes. Podendo se revelar útil na avaliação clínica e na avaliação da mudança clínica, e de igual modo, contribuiria para a prevenção e intervenção em sujeitos mais novos, cujos padrões disfuncionais são menos rígidos e mais responsivos à mudança, reduzindo, assim, a vulnerabilidade apresentada na idade adulta (Stallard & Rayner, 2005).

Neste sentido, foi construído um questionário de esquemas para crianças dos 8 aos 12 anos, o Children's Schema Questionnaire (CSQ), por Simons & Free (2000, *cit. in* Stallard & Rayner, 2005), tendo por base o Questionário de Esquemas de Young (YSQ). O CSQ é constituído por 44 itens, que foram previamente apresentados em balões de pensamento de banda desenhada a 166 crianças. A análise factorial permitiu extrair 14 factores, dos quais apenas 10 se relacionam com os propostos teoricamente por Young. As correlações obtidas entre os EPM's avaliados pelo CSQ e os do YSQ foram baixas, sendo que apenas 5 apresentaram uma correlação significativa.

Noutro estudo, Stallard & Rayner (2005) desenvolveram um outro questionário para avaliar esquemas – Schema Questionnaire for Children (SQC), constituído por 15 itens, designados para avaliar cada um dos 15 EPM's propostos por Young, para a faixa etária de 11 a 16 anos. No estudo de validação do mesmo foram passados o SQC e o YSQ-S a 47 alunos da referida faixa etária, sendo obtidas correlações significativas para 10 dos 15 esquemas, contudo algumas foram moderadas. Os esquemas de Subjugação e Auto-sacrifício apresentaram correlações aproximadamente significativas, enquanto os esquemas de Abandono, Emaranhamento e Auto-controlo Insuficiente não revelaram correlações significativas. O SQC revelou uma consistência interna boa ( $\alpha=.82$ ). Num outro estudo realizado com este mesmo instrumento, Stallard (2007) pretendeu verificar a estabilidade dos EPM's em crianças, sendo o SQC (apenas os 12 itens significativos no estudo anterior) preenchido em dois momentos com 6 meses de intervalo por 77 crianças com idades compreendidas entre os 9 e os 10 anos, pertencendo 46 delas à amostra comunitária e 53 de grupo clínico. Os resultados apontam para a existência de correlações significativas durante um período de 6 meses em 8 dos 12 EPM's avaliados. Evidenciou-se também a distinção entre esquemas condicionais (4 dos 12, onde apenas a subjugação obteve correlações significativas) e incondicionais (8 dos 12, apenas a Privação Emocional não se manifestou significativa). Na comparação dos dois grupos

verificaram-se diferenças significativas em 10 dos 12 itens e no *score* total. Os dois itens onde não se verificaram diferenças dizem respeito aos esquemas de Padrões Rígidos/ Excessivos de Realização e de Grandiosidade. Em termos de diferenças significativas entre género e idade, apenas se verificou que as crianças mais velhas pontuaram mais no esquema de Grandiosidade e que as Raparigas pontuaram mais no esquema de Isolamento Social. Foram igualmente extraídos 4 factores de segunda ordem que se revelaram diferentes dos encontrados com amostras de adultos, sendo eles, neste caso, a Vulnerabilidade Pessoal (Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Privação Emocional, Fracasso e Desconfiança/Abuso), Inferioridade (Subjugação e Grandiosidade), Realização Pessoal (Padrões Excessivo e Rígidos de Realização) e Necessidade de Protecção (Dependência/Incompetência Funcional). Contudo, o facto de restringir a avaliação a único item por esquema poderá não reflectir as múltiplas dimensões características do constructo proposto por Young, perdendo a sua complexidade, outras limitações apontadas dizem respeito ao tamanho reduzido das amostras e a pequena amplitude de idades, não contemplando um número significativo de adolescentes.

Num outro trabalho, Rusinek e Hautekeete (1999 *cit. in* Rusinek, 2004) adaptaram o YSQ para crianças dos 11 aos 15 anos de idade (n=1070), denominando-o de Inventário de Esquemas Precoces para Crianças (l'Inventaire des Schémas Précoces pour Enfants, ISPE), instrumento que pretende medir 13 esquemas, sendo eles o Defeito, Privação Emocional, Isolamento, Auto-controlo Insuficiente, Desconfiança, Auto-Sacrifício, Padrões Excessivos, Abandono, Emaranhamento, Vulnerabilidade, Dependência, Inibição Emocional e Medo de Perder o Controlo. Através deste questionário o autor realizou alguns estudos para estabelecer diferenças entre os esquemas salientes em crianças com Perturbação de Ansiedade de Separação, bem como outras Perturbações de Ansiedade.

### **1.3.5 Relação entre Esquemas Precoces Mal-adaptativos e Psicopatologia: Estudos empíricos**

No domínio da teoria das Perturbações da Personalidade, segundo Millon (1990) e Millon e Davis (1996), cada tipo de perturbação encontra-se associada a um padrão cognitivo na percepção, interpretação e representação realizada acerca de si e do mundo. Esta afirmação entrecruza-se com o conceito de EPM de Young, atrás referido. Embora a formulação de EPM não tenha sido desenvolvida para corresponder directamente a uma perturbação em específico, estes esquemas definem estruturas nucleares presentes em diversos padrões de Perturbações da Personalidade (Young & Behary, 1998). Este conceito de esquema é também integrado, segundo a psicopatologia do desenvolvimento, na compreensão da etiologia e manutenção das Perturbações do Comportamento (Dodge, 1993), que se impõem como um preditor significativo e independente para a Perturbação da Personalidade Anti-social, e outras Perturbações da Personalidade do grupo B (Helgeland et. al., 2005; Kasen et al., 1999; Simonoff et al., 2004).

A investigação neste domínio tem salientado a existência de uma relação significativa entre EPM's e a psicopatologia em geral, assim, como já foi atrás mencionado, verificam-se relações entre determinados EPM's e sintomatologia depressiva e ansiógena (Schmidt, Joiner, Young, & Telch, 1995; Welburn, Cristine, Dagg, Pontefract, & Jordan, 2002; Young, Weinberger & Beck, 2001) e Perturbações Alimentares (Waller, Meyer, & Ohanian, 2001). Embora teoricamente, Beck e Young tenham proposto uma associação entre perturbações da personalidade e EPM (Beck, et al., 1990; Young, 1999), não são muitos os estudos que se dedicaram a testar empiricamente qual a relação existente entre o conteúdo esquemático e cada perturbação da personalidade (Jovev & Jackson, 2004). Para esta finalidade, Nordahl et al. (2005), num estudo realizado com uma amostra clínica ( $n=82$ ), encontraram diferenças significativas entre 12 dos 15 EPM's, entre Perturbações do Eixo I para Perturbações do Eixo II, o que aponta para que pelo menos 12 dos EPM possam ser considerados um aspecto válido das perturbações da personalidade. Anteriormente, Petrocelli et al. (2001), numa amostra clínica ( $n=129$ ), através de análises discriminantes realizadas com o YSQ-S, encontraram associados às Perturbações Evitante, Anti-social e Borderline da Personalidade os seguintes esquemas de Abandono, Privação Emocional, Isolamento Social/Alienação, pertencentes ao domínio Rejeição/desconexão e o EPM de Padrões Excessivos/ Rígidos de Realização.

Também Specht (2003 *cit. in* Specht, 2005) num estudo para verificar a consistência interna e validade de critério no YSQ-S, em relação a vários grupos diagnóstico como Perturbação Borderline da Personalidade, Perturbação Anti-social da Personalidade e Depressão, encontrou bons níveis de consistência interna ( $\alpha=0,88$ ) para as sub-escalas, revelando, igualmente, correlações significativas com psicopatologia. O mesmo autor, realizou, de igual forma, análises para determinar em que medida o YSQ-S poderia discriminar os diferentes diagnósticos abordados com base no conteúdo esquemático. Especificamente, os EPM's de Abandono e Subjugação parecem prever a Perturbação da Personalidade Borderline, EPM de Defeito a Depressão, e neste estudo nenhum esquema em específico se associou de forma isolada à Perturbação Anti-social.

Relativamente a esta última, Ball e Cecero (2001) num estudo correlacional com indivíduos toxicod dependentes ( $n=41$ ), entre domínios de esquemas avaliados através do YSQ, e severidade das perturbações da personalidade, encontraram que essa estava associada ao Esquema de Desconfiança/Abuso, Inibição Emocional e Vulnerabilidade ao Mal; e ao contrário do que seria esperado, não encontraram correlação entre a mesma e os esquemas de Grandiosidade e Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes.

Bernstein (2002) conceptualizou a origem e manutenção da Perturbação Anti-social da Personalidade, através de esquemas como o de Abuso, pela percepção que estes indivíduos apresentam do mundo como um lugar potencialmente perigoso e hostil, sendo a melhor maneira de evitar ser uma vítima deste, assumir um papel de agressor, ao manipular, intimidar e explorar os outros, encontrando-se subjacente a este comportamento o EPM

de Grandiosidade, associado à baixa tolerância à frustração fomentada pelo EPM de Auto-controlo e Limites Insuficientes. Esta faceta apresenta a função de compensar a visão destes indivíduos como inferiores (EPM de Defeito) e excluídos socialmente (Isolamento/Alienação Social).

#### *1.3.5.1 Estudos realizados adolescentes: EPM e Perturbação de Conduta*

Os estudos supra mencionados debruçaram-se no estudo da relação entre EPM e Perturbações de Personalidade em adultos; com crianças e adolescentes, a investigação no âmbito da Teoria dos Esquemas é limitada (Reinecke, Dattilio & Freeman, 2003 *cit. in* Stallard, 2007). Beckley (2002 *cit. in* Stallard, 2007) administrou o YSQ-S numa amostra não clínica de adolescentes entre os 11 e os 16 anos de idade, encontrando uma estrutura factorial semelhante às obtidas com adultos. Estes resultados fornecem evidências da existência de EPM em adolescentes, contudo não fornecem comprovativos acerca da permanência e estabilidade dos mesmos nesta população, do mesmo modo, o *score* total do YSQ-S apenas se manifestou moderadamente associado a níveis elevados de psicopatologia, não se encontrando nenhuma relação entre EPM e uma perturbação em específico.

Neste sentido, Lewis (2005) realizou um estudo para averiguar a referida relação numa população clínica adolescente ( $n=103$ ). Encontrou resultados que indicam que a Perturbação de Conduta se encontra positivamente relacionada com o EPM de Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes, bem como com o EPM de Inibição Emocional. Ao contrário do que se esperava, não foram encontradas relações com os EPM pertencentes ao domínio Rejeição/Desconexão, no entanto, segundo os autores este resultado poderá estar associado aos níveis de defesas característicos destes indivíduos.

Ainda relativamente a esta perturbação, mas mais especificamente em agressores sexuais adolescentes, Richardson (2005) administrou o YSQ a uma amostra de 54 agressores britânicos. Ao diferenciar o grupo clínico do grupo não clínico encontrou que o primeiro obtinha pontuações mais elevadas para os EPM's de Inibição Emocional, Isolamento Social/Alienação e Desconfiança/Abuso. Cooper e Tiffin (2006) afirmam que os EPM's mais comuns entre jovens que apresentam traços de psicopatia são a Grandiosidade e a Desconfiança/Abuso. Neste mesmo sentido, Calvete (2008) juntamente com Barry (2007 *cit. in* Calvete, 2008) provaram que a crença de que se é superior aos outros e que de merece privilégios especiais assume-se como um importante preditor de comportamentos agressivos e delinquentes em adolescentes na comunidade. Esta dimensão revela-se semelhante ao EPM de Grandiosidade proposto por Young (1990).

Num estudo holandês, realizado por Bernstein et. al (2008), foram obtidos resultados preliminares que sugerem que indivíduos com comportamento anti-social e com psicopatologia da personalidade respeitante ao grupo B, segundo o DSM-IV-R, apresentam como EPM's mais prevalentes os seguintes: Abandono, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defeito/Incapacidade de ser amado, Isolamento Social/Alienação, Fracasso, Grandiosidade e Auto-Controlo/Auto-Disciplina

Insuficientes. Da mesma forma, em Portugal, os pressupostos subjacentes ao programa *Gerar Percursos Sociais* (GPS) de Rijo et al. (2007), destinado à prevenção secundária e reabilitação psicossocial de jovens em risco ou que apresentem comportamentos desviantes, apontam, igualmente, para a hipótese de se tratarem dos mesmos esquemas acima referidos pelo estudo de Bernstein, os mais associados aos padrões esquemáticos mais prevalentes em jovens adultos com comportamento anti-social.

## II - Objectivos

Os objectivos gerais deste estudo situam-se tanto a um nível metodológico como, de igual modo, a um nível teórico. O principal objectivo diz respeito ao desenvolvimento e validação de uma versão reduzida do questionário de esquemas de Young, efectuada a partir do questionário de Young com 90 itens aleatorizados – YSQ-S3. O novo instrumento pretende avaliar Esquemas Precoces Mal-Adaptativos em Adolescentes dos 12 aos 18 anos, com itens construídos relativamente a aspectos desenvolvimentais da população a que se destina, de modo a facilitar a sua compreensão, adesão e optimização de resultados. Para este efeito, pretende-se também estudar as características psicométricas do mesmo instrumento e testar a estrutura factorial proposta por Young, no âmbito do modelo teórico da Terapia Focada nos Esquemas (TFE), numa amostra grande de adolescentes sem psicopatologia.

Adicionalmente, pretendemos estudar o poder discriminativo, comparando adolescentes normais com adolescentes que apresentam problemas de comportamento. Relacionado com este objectivo e com a temática desenvolvida em contexto de estágio curricular, propomo-nos também a testar as hipóteses defendidas por Bernstein e Rijo et. al, concernentes aos EPM's associados ao comportamento anti-social. Isto é, testar se os EPM Abandono, Privação Emocional, Isolamento Social/Alienação, Desconfiança/Abuso, Fracasso, Defeito/Incapacidade de ser amado, Grandiosidade e Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes encontrados por Bernstein em adultos anti-sociais e postulados por Rijo et al. como mais prevalentes em adolescentes com comportamento anti-social são diferentes dos desta população. Ainda, adjuvado ao trabalho conduzido ao longo do estágio curricular, propõe-se avaliar a sensibilidade do QEA à mudança terapêutica numa amostra de adolescentes institucionalizados com comportamento desviante sujeitos ao programa GPS de Rijo et al. (2007), caracterizado como um programa de grupo que se destina à prevenção secundária e reabilitação psicossocial de jovens com comportamentos desviantes, apresentando subjacente o modelo cognitivo. Esta intervenção apresenta como objectivo último a flexibilização e reestruturação de crenças disfuncionais acerca de si e dos outros, reservando um módulo para trabalhar os EPM acima mencionos, que se supõe estar mais associados ao Comportamento anti-social

Assim, espera-se que os resultados do presente estudo revelem diferenças significativas no total do QEA, comparando adolescentes normais

com adolescentes com patologia do comportamento e que os adolescentes com patologia severa do comportamento (Perturbação de Conduta) se distingam dos adolescentes com Problemas Disciplinares e dos adolescentes sem Perturbação de Comportamento nos EPM's de Abandono, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defeito/Incapacidade de ser amado, Isolamento Social/Alienação, Fracasso, Grandiosidade, Auto-Controlo/Auto-disciplina Insuficientes. Espera-se, de igual forma, que o QEA se revele sensível à mudança terapêutica.

### III - Metodologia

#### 3.1 Participantes

No presente estudo participaram 981 adolescentes, com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, pertencentes a vários distritos do país, que se encontram divididos por 3 amostras mutuamente exclusivas, sendo elas denominadas de amostra Geral, Perturbação de Conduta e Problemas Disciplinares.

**Quadro 2. Descrição das amostras**

	Geral (n=877)		Problemas Disciplinares (n=52)		Perturbação de Conduta (n=52)	
	M	DP	M	DP	M	DP
<b>Idade</b>	14.84	1.86	14.48	1.146	15.67	1.2
<b>Anos de Escolaridade</b>	8.30	1.68	7.46	1.038	5.52	1.515
<b>Reprovações</b>	0.27	0.568	.81	.908	3.04	1.343
	N	%	n	%	n	%
<b>Sexo</b>						
Masculino	389	44.4	44	84.6	52	100
Feminino	488	55.6	8	15.4	0	0
<b>Nível Sócio-Económico</b>						
Baixo	597	68.1	38	73.1	48	92.3
Médio	251	28.6	14	26.9	4	7.7
Alto	29	3.3	0	0	0	0

A amostra geral, ou não clínica foi recolhida em escolas de ensino regular da região centro do país, nomeadamente Leiria, Castelo Branco e Coimbra, sendo uma pequena parte recolhida junto a uma amostra de conveniência. A amostra constitui-se por 877 sujeitos, 389 do sexo masculino (44,4%) e 488 do sexo feminino (55,6%), sendo a média etária de 14,84 anos. Ao nível de anos de escolaridade, os indivíduos distribuem-se entre o 7º ano do ensino básico e 1º ano do ensino superior (M=8.30, DP=1.679). Os critérios de exclusão de participantes para esta amostra



prederam-se com o facto de possuir idade inferior a 12 anos ou superior a 18 anos; o indivíduo ter recebido, anteriormente, qualquer tipo de acompanhamento, quer psicoterapêutico, quer psiquiátrico, ou possuir um diagnóstico psicopatológico; estar sob posologia de psicofármacos; ser sinalizado por professores como alunos problemáticos; e, ter registo de problemas com as autoridades policiais. Esta amostra servirá particularmente para atender ao objectivo principal do presente estudo: análise factorial exploratória e características psicométricas do Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA).

Os sujeitos que constituem a amostra de Problemas Disciplinares resultaram de uma triagem a partir da amostra geral, sendo constituída por aqueles alunos sinalizados pelos respectivos professores através do preenchimento de uma *checklist* composta pelos critérios de diagnóstico 313.81 Perturbação de Oposição [F91.3] do DSM-IV-TR. Esta amostra é constituída por um total de 52 sujeitos: 44 do sexo masculino (84,6%) e 8 do sexo feminino (15,4%), com idades compreendidas entre 12 e 17 anos, cuja media etária corresponde a 14.48. Relativamente à escolaridade, esta varia entre 6 a 11 anos de escolaridade completos (M=7.46, DP=1.038) e uma média de 0.81 reprovações.

A amostra denominada por Perturbação de Conduta integra adolescentes institucionalizados em Centros Educativos sob Medida Tutelar Educativa - devido a comportamento socialmente desviante-, sendo esta obtida junto do Centro Educativo dos Olivais em Coimbra e no Centro Educativo de Santo António no Porto, pertencentes à Direcção-Geral de Reinserção Social. Deste modo, os 52 sujeitos que constituem esta amostra pertencem exclusivamente ao sexo masculino, com idades que variam entre 13 a 18 anos, sendo a média etária de 15.67 anos. O nível médio de anos de escolaridade completos é inferior às duas amostras anteriores (M=5.52, DP=1.515), as reprovações são retratadas, neste sentido, também com um valor médio superior (M=3.04, DP=1.343). Dado que os centros em questão acolhem jovens de todo o país, nesta amostra não se pode controlar esta variável em particular, constatando-se que a maioria provém da grande Lisboa (61.5%).

Na finalidade de estudar a validade convergente do questionário desenvolvido com outras escalas numa amostra clínica mais alargada, optou-se por agregar as duas últimas amostras referidas, numa só amostra, denominada de Patologia do Comportamento (n=104).

### 3.2 Instrumentos

*QEA – Questionário de Esquemas para Adolescentes* (L. Santos, D. Rijo e J. Pinto Gouveia, 2009)

Este instrumento apresenta-se como um questionário de auto-resposta para adolescentes dos 12 aos 18 anos, sendo constituído por 54 itens aleatorizados que pretendem avaliar os 18 EPM's propostos teoricamente por Young, no âmbito da Terapia Focada nos Esquemas. As sub-escalas contempladas são: Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso,

Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA):  
Estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal  
Laura Santos (e-mail:Laurita\_Filipa@hotmail.com) 2009

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, Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes, Procura de Aprovação/Reconhecimento, Pessimismo e Auto-punição.

O questionário em causa resultou de uma simplificação dos itens da versão portuguesa do YSQ-S3 (2006), sendo estes adaptados de acordo com as idiossincrasias da população-alvo, considerando assim as situações de vida mais características da mesma. Do mesmo modo, foram igualmente ajustadas as respectivas instruções e escala de resposta.

Para cada EPM é apresentado, de forma aleatória, um conjunto de 3 afirmações, às quais é dada uma escala de 1 a 6, desde “Não tem nada a ver com o que acontece ou aconteceu comigo” até “É exactamente o que acontece ou aconteceu comigo”. A média da pontuação de cada grupo de itens constitui a medida da saliência de um EPM em particular. Exemplos de itens do QEA são, por exemplo, para o EPM de Fracasso, “Na escola, não sou tão inteligente como a maior parte dos meus colegas”; para o EPM de Abandono, “Preocupo-me muito com a possibilidade de perder as pessoas de quem mais gosto e preciso”; e para o EPM de Vulnerabilidade ao mal e à doença, “Preocupa-me perder tudo o que tenho e ficar sem nada”.

As características psicométricas deste instrumento irão ser alvo do presente estudo, encontrando-se apresentadas na sessão reservada aos resultados.

***IAECA-CA – Inventário de Avaliação de Esquemas por Cenários Activadores - Comportamento Anti-Social*** (M. Capinha, D. Rijo e J. Pinto Gouveia, 2009)

O IAECA-CA é um instrumento de auto-resposta, adaptado a partir do IAECA (1999); IAECA-R (2006), para avaliar os 8 EPM que se supõem presentes em adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e 18 anos com condutas anti-sociais, tendo em vista as idiossincrasias desta mesma população. Os seus itens são coincidentes com os do QEA (90 itens) mas apenas são apresentados após a apresentação de cenários activadores que pretendem promover a activação esquemática para que, deste modo, aumente o auto-conhecimento acerca do próprio funcionamento e se contornem processos de evitamento e compensação. No final existe ainda uma listagem de emoções eventualmente associadas ao esquema em avaliação, que os sujeitos têm de quantificar, de 0 (menos intenso) a 9 (mais intenso).

As características psicométricas deste instrumento foram alvo de estudo por Marta Capinha ao longo do presente ano, sendo encontrados os seguintes factores e respectivas consistências internas: F1 Fracasso ( $\alpha=.91$ ), F2 Privação Emocional ( $\alpha=.90$ ), F3 Isolamento Social ( $\alpha=.91$ ), F4 Defeito ( $\alpha=.89$ ), F5 Desconfiança/Abuso ( $\alpha=.85$ ), F6 Abandono ( $\alpha=.85$ ), F7 Auto-controlo insuficiente ( $\alpha=.81$ ) e F8 Grandiosidade ( $\alpha=.75$ ).

Na amostra geral do presente estudo o IAECA-CA revelou níveis muito bons de consistência interna ( $\alpha>.90$ ) tanto para o total, como para as

sub-escalas Fracasso, Isolamento Social/Alienação e Privação Emocional, as restantes apresentaram coeficientes bons ( $\alpha > .80$ ), apenas a Grandiosidade se revelou razoável ( $\alpha = .75$ ). Nas outras duas amostras, embora o *alpha* total se tenha mantido muito elevado ( $\alpha > .90$ ), as sub-escalas apresentaram valores ligeiramente mais baixos. Na amostra de Problemas Disciplinares os coeficientes variaram entre níveis razoáveis e bons de .73 para a Grandiosidade a .90 para o Fracasso. Na amostra de indivíduos com Perturbação de Conduta, a sub-escala Grandiosidade obteve um valor de *alpha* inadmissível ( $\alpha = .59$ ) e o Isolamento Social/Alienação fraco ( $\alpha = .69$ ), o Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes e o Fracasso revelaram valores bons ( $\alpha = .81$  e  $.84$ , respectivamente), os restantes foram razoáveis ( $\alpha > .70$ ). A amostra que resultou da junção das duas amostras anteriores – Patologia Comportamental -, revelou um *alpha* total muito elevado ( $\alpha = .93$ ), e as sub-escalas valores aceitáveis e bons variando entre .74 (Isolamento social/Alienação) e .87 (Fracasso), a Grandiosidade revelou-se fraca ( $\alpha = .67$ ) (Field, 2005; Pestana & Gageiro, 2005).

**YSQ-S3 – Questionário de Esquemas de Young** (Young Schema Questionnaire, Young, 2005, traduzido e adaptado por Pinto Gouveia, Rijo e Salvador, 2006)

Este questionário de auto-resposta é constituído por um total de 90 itens que pretendem avaliar a presença de 18 EPM postulados teoricamente no contexto de Terapia Focada nos Esquemas, de Young (McGinn & Young, 1996; Young, 1999; Young, Klosko e Weishaar, 2003). As sub-escalas apresentadas são: Privação Emocional, Abandono, Desconfiança/Abuso, Isolamento Social/Alienação, Defeito/Incapacidade de ser Amado, Fracasso, Dependência/Incompetência funcional, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido, Subjugação, Auto-sacrifício, Inibição Emocional, Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo, Grandiosidade, Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes, Procura de Aprovação/Reconhecimento, Pessimismo e Auto-punição.

Para cada EPM é apresentado, de forma aleatória, um conjunto de 5 afirmações, às quais é dada uma escala de 1 a 6, desde “Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo” até “Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo”. A média da pontuação de cada grupo de itens constitui a medida da saliência de um EPM em particular.

Neste estudo será utilizada a versão portuguesa deste questionário, traduzida e adaptada por Pinto Gouveia, Rijo e Salvador (2006), para a qual foi recentemente estudada a análise factorial confirmatória, numa amostra de 1226 indivíduos da população geral. O estudo em causa apontou bons indicadores para a aceitação de uma estrutura factorial de 18 factores correlacionados entre si, sendo eliminados apenas 6 dos 90 itens originais, apresentando uma qualidade de ajustamento aceitável ( $\chi^2 = 2430.234$ ;  $p = .000$ ) (Rijo & Pinto Gouveia, 2008). Na nossa amostra os valores de consistência interna foram de .96 para o total de escala, sendo que as sub-escalas obtiveram uma consistência interna que oscilou entre boa a razoável, com coeficientes entre .72 (Vulnerabilidade ao Mal e à Doença e a

Grandiosidade) e .87 (Fracasso). As sub-escalas de Dependência/Incompetência funcional ( $\alpha=.57$ ) e Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo ( $\alpha=.51$ ) manifestaram-se inadmissíveis e o Emaranhamento ( $\alpha=.60$ ) e Auto-controlo e auto-disciplina insuficientes fracas ( $\alpha=.60$ ) (Pestana & Gageiro, 2005).

**STAXI - Inventário da Expressão de Ira como Estado e como Traço** (State Trait Anger Expression Inventory, Spielberger, 1988, adaptado para a população portuguesa por D. Silva, R. Campos e N. Prazeres, 1994)

Este instrumento destina-se a indivíduos a partir dos 13 anos de idade, podendo ser administrado individualmente ou em grupo. Contempla 44 itens cotados de 1 a 4 que se dividem em 8 escalas que pretendem obter a medida da emoção da raiva (Martins, 1995). O inventário é constituído por três partes principais: a primeira, *Como me sinto neste momento*, é uma medida do estado da raiva; a segunda, *Como me sinto geralmente*, é uma medida do traço da raiva, contempla duas sub-escalas traço de raiva como temperamento e como reacção; a terceira, *Quando estou zangado(a) ou furioso(a)*, é uma medida da expressão da raiva. Esta última medida encontra-se conceptualizada segundo três componentes: a expressão da raiva em relação a outras pessoas (raiva para fora); a expressão da raiva orientada para o interior como forma de supressão dos sentimentos de raiva (raiva para dentro); diferenças individuais na tentativa de cada sujeito para controlar a expressão da raiva (controlo da raiva). A combinação destas três componentes fornece uma medida total de expressão da raiva (Silva, Campos & Prazeres, 1999).

No estudo original do STAXI foram encontrados 6 factores para os quais são reportadas coeficientes de consistência interna que variam entre .84 a .93 para as Escalas de Estado e Traço de Raiva, .84 e .89 para as duas sub-escalas *Reacção* e *Temperamento* e *alphas* que variam entre .73 a .85 para a escalas de Expressão da Raiva (Spielberger, 1988 *cit. in* Fuqua et. al, 1991). No presente estudo será utilizada a versão portuguesa deste questionário aferida numa amostra de 731 estudantes do ensino secundário e 675 estudantes universitários portugueses, sendo os resultados obtidos apontados como satisfatórios. Para a consistência interna os coeficientes encontrados foram bons para as escalas Estado Raiva e Controlo da Raiva ambos com *alphas* de .88. As restantes escalas manifestaram-se razoáveis, tendendo entre .72 e .75, apenas a sub-escala de Raiva como Traço - *reacção* apresentou um valor fraco ( $\alpha=.65$ ) (Silva, Campos & Prazeres, 1999).

Na nossa amostra geral os valores de consistência interna obtidos foram os seguintes: Raiva como estado .92; Raiva como traço .86; Raiva como traço - *Temperamento* .81; Traço Raiva - *Reacção* .74; na escala de Expressão da Raiva a *Raiva para dentro* obteve .68; *Raiva para fora* .78 e *Controlo da Raiva* .87. Na amostra referente a perturbações de conduta Raiva como estado .90; Raiva como traço .87, com as duas sub-escalas *Temperamento* .85 e *Reacção* .72; e na escala Expressão da Raiva, .61 na dimensão *Raiva para dentro*, .74 para *Raiva para fora* e .87 no Controlo da Raiva.

***Escala de Auto-conceito para Adolescentes*** (Self Perception Profile for Adolescents, S. Harter, 1988 adaptada por F. Peixoto, M. Martins, L. Mata e V. Monteiro, 1996)

Esta escala pretende obter duas medidas, uma relativa à forma como os adolescentes percebem a sua competência em diferentes domínios, e outra relativa à sua auto-estima. Destina-se a adolescentes com idades compreendidas entre os 12 e os 18 anos, podendo ser aplicada individualmente ou em grupo (Peixoto, Martins, Mata & Monteiro, 1996).

A versão original é composta por 2 escalas, que por sua vez são constituídas por 9 sub-escalas, cada uma composta por 5 itens. A versão portuguesa replica a proposta original com 7 factores para os domínios específicos do auto-conceito, contudo reduzido a 4 itens para cada domínio. Assim, este instrumento é constituído por duas escalas: o Perfil de Auto-Percepção e a Escala de Importância. A primeira é composta por 8 subescalas: 7 referentes a domínios específicos do Auto-Conceito (Competência Escolar, Aceitação Social, Competência Atlético, Aparência Física, Atracção Romântica, Comportamento e Amizades Íntimas) e uma para avaliar a Auto-Estima. Para cada sub-escala poderá ser calculada uma média, após a cotação de cada item de 1 a 4 valores, o que possibilita traçar um perfil para cada sujeito. A Escala de Importância é destinada à avaliação da relevância atribuída pelo sujeito aos diferentes domínios considerados (Peixoto, Martins, Mata & Monteiro, 1996).

No presente estudo será utilizada a versão portuguesa validada numa amostra de 746 sujeitos, cujos resultados apontam para coeficientes de consistência interna aceitáveis ( $\alpha$  entre .61 e .83), abrindo-se uma excepção relativamente à sub-escala de Comportamento, que possui um coeficiente menor ( $\alpha=.50$ ), facto este que se assemelha à versão original de Harter (*Idem*).

Na nossa amostra geral os coeficientes de consistência interna dos domínios do Perfil de Auto-percepção são considerados razoáveis e bons, variando entre .71 (Comportamento) e .87 (Aparência Física), apenas o domínio de Competência Escolar revelou um coeficiente fraco ( $\alpha=.68$ ). Na amostra de indivíduos com Perturbação de Conduta, os *alphas* obtidos revelaram-se inferiores, o domínio Atracção Romântica revelou uma consistência inadmissível ( $\alpha=.52$ ) e o domínio Amizades Íntimas obteve um coeficiente bom ( $\alpha=.84$ ), os restantes oscilaram entre fracas com .66 (Aceitação Social) e razoáveis com .76 (Aparência Física) (Pestana & Gageiro, 2005).

### ***YSR – Youth Self-Report*** (Achenbach, 1991)

Este instrumento pretende avaliar as competências sociais e os problemas de comportamento do adolescente tal como são percebidos pelo próprio. Assim, afigura a versão de auto-resposta dos inventários de Achenbach para sujeitos dos 11 aos 18 anos, correspondente ao Child Behavior Checklist (CBCL) para pais, e do Teacher Report Form (TRF) para professores. Divide-se em duas partes. A primeira é constituída por 17 itens referentes a competências, actividades e interesses sociais do sujeito que permitem calcular três índices que possibilitam estimar o nível de adaptação

geral do sujeito - Índice de Actividade, Índice Social e Índice Total de Competências. A segunda parte do instrumento é constituída por 119 itens, dos quais 103 são relativos a problemas específicos de comportamento, e os restantes 16 respeitantes a comportamentos socialmente desejáveis, sendo que estes últimos não entram no resultado total (Fonseca & Monteiro, 1999).

O questionário está construído numa escala de 3 pontos de 0 “nada verdadeiro” a 2 “muitas vezes verdadeiro”. A cotação do instrumento engloba, para além do resultado global de psicopatologia concernente ao somatório dos itens relativos a problemas de comportamento, uma pontuação específica para cada um dos diferentes factores (Fonseca & Monteiro, 1999).

No estudo original encontraram-se 7 factores: Agressividade, Delinquência, Ansiedade/Depressão, Problemas de Pensamento, Problemas de Atenção, Queixas Somáticas e Problemas Sociais. A escala pode-se dividir em duas grandes categorias: problemas de Internalização e de Externalização que demonstram coeficientes de consistência interna bons ( $\alpha > .85$ ) e uma fidelidade teste-reteste satisfatória ( $\rho < .80$ ). Relativamente às sub-escalas, 5 das 7 totais apresentam níveis de consistência internas aceitáveis ( $\alpha > .75$ ) e fidelidade teste-reteste ( $\rho > .60$ ), contudo as subescalas de Problemas Sociais ( $\alpha = .68$ ) e Problemas de Pensamento ( $\alpha = .71$ ) revelam-se menos satisfatórias (Achenbach, 1991 *cit. in* Song et. al, 1994).

A versão portuguesa do YSR divide-se em 6 factores - Comportamento Anti-social, Problemas de Atenção/Hiperactividade, Ansiedade/Depressão, Isolamento, Queixas Somáticas e Problemas de Pensamento -, factores estes que, através de uma análise factorial de segunda ordem, se podem agrupar em dois *clusters*: Problemas de expressão exteriorizada (Atenção/Hiperactividade e Comportamento Anti-social) e Problemas de expressão interiorizada (Queixas Somáticas, Ansiedade/Depressão e de Isolamento). Os factores encontrados só correspondem parcialmente à versão americana, sendo as correlações entre ambas as versões significativas, mas moderadas (Fonseca & Monteiro, 1999). O estudo realizado por Fonseca e Monteiro (1999) numa amostra de 1156 adolescentes e jovens escolarizados sugere que a versão portuguesa do YSR tem qualidades psicométricas satisfatórias e aceitáveis. Todavia, é de apontar que os valores obtidos, nomeadamente, ao nível da fidelidade teste-reteste com um valor de .83 para o *score* global, variando os valores das subescalas de .28 a .89, a consistência interna ( $\alpha$  entre .70 e .80), validades convergente ( $r = .24$ ) e divergente são significativos, mas apenas de forma moderada ou satisfatória, tal como sucede em estudos da população americana.

No nosso estudo os valores encontrados de consistência interna, relativamente à amostra geral, foram de .94 para o *score global*, os coeficiente das subescalas manifestaram-se razoáveis, oscilando entre .71 (Queixas Somáticas) e .80 (Atenção/Hiperactividade), apenas a sub-escala de Isolamento se revelou inadmissível ( $\alpha = .58$ ). Os dois clusters - Problemas de Externalização e Internalização - obtiveram respectivamente  $\alpha$  de .86 e .84. Na amostra de sujeitos com Problemas Disciplinares o *score* global obteve igualmente um *alpha* de .94, as sub-escalas de Isolamento, Problemas de Pensamento e Anti-social com coeficientes fracos ( $\alpha < .70$ ), nas restantes

verificaram-se coeficientes razoáveis ( $\alpha > .70$ ). A dimensão de Externalização obteve .82 e Internalização .87. No que concerne à amostra de indivíduos com Perturbação de Conduta, no total verificou-se um *alpha* de .92, e para as subescalas verificaram-se coeficientes bons para Anti-social, Atenção/Hiperactividade e Ansiedade Depressão ( $\alpha > .80$ ) e coeficientes fracos para o Isolamento, Queixas Somáticas e Problemas de Pensamento ( $\alpha \leq .70$ ). A dimensão de externalização obteve .86 e de Internalização .82. Para a amostra de Patologia Comportamental o valor total revelou-se muito elevado ( $\alpha = .94$ ) e as sub-escalas registaram valores que oscilam aceitáveis e bons, oscilando entre .70 (Isolamento) e .85 (Problemas de expressão Interiorizada) (Field, 2005; Pestana e Gageiro, 2005).

### 3.3 Procedimentos

A recolha de dados juntos dos sujeitos respeitou a ética e deontologia inerentes à investigação, com pedido prévio de autorização juntos aos encarregados de educação ou à Escola responsável, para recolha dos mesmos. No momento de administração foi pedida a colaboração voluntária dos sujeitos, sendo dada uma sucinta explicação oral acerca do teor da investigação, da confidencialidade das respostas e da importância do preenchimento de todos os itens atendendo ao maior nível de rigor possível. A administração foi realizada em contexto de sala de aula na presença da autora, ou colaboradores da mesma, no sentido de garantir o rigor dos procedimentos e compreensão das instruções. Assim, dos 877 indivíduos pertencentes à amostra geral, 593 preencheram, numa primeira passagem o QEA, e passado aproximadamente 10 dias de intervalo, o IAECA-CA. Deste grupo, 45 indivíduos preencheram, posteriormente, passados aproximadamente 3 semanas de intervalo, os mesmos dois testes com fins de reteste. Um outro grupo composto por 148 indivíduos retirados dos 877 sujeitos que compõe amostra geral, preencheram o QEA juntamente com o STAXI, Escala de Auto-conceito para Adolescentes e o YSR, e passado aproximadamente 10 dias preencheram o IAECA-CA. Os restantes 136 sujeitos da amostra geral total preencheram o QEA e após o mesmo intervalo de tempo, atrás indicado, o YSQ-S3. A amostra concernente aos sujeitos sinalizados com Comportamentos problemáticos em sala de aula – adolescentes com Problemas Disciplinares – segue os mesmos procedimentos do grupo maior da amostra geral (1ª passagem QEA – 2ª passagem IAECA-CA), contudo no segundo momento de passagem preencheram por acréscimo o YSR.

No caso dos sujeitos institucionalizados pertencentes à amostra de Perturbação de Conduta, dado o baixo nível de escolaridade e características específicas dos sujeitos em causa (falta de concentração, resistência, baixa tolerância à frustração), o preenchimento foi efectuado, individualmente, em contexto de entrevista com ajuda da autora e outro investigador para garantir o correcto entendimento das instruções, escala de resposta e itens e preenchimento das escalas, sendo dividido em dois momentos de passagem (1ª QEA, Staxi, Auto-conceito e YSR; 2ª IAECA-CA). Dentro desta amostra, 27 sujeitos que participaram num programa de grupo, preencheram

de novo o protocolo estipulado aquando o término do programa de intervenção referido, com o objectivo de testar sensibilidade do QEA à mudança terapêutica.

#### IV - Resultados

Nesta secção procedemos à apresentação dos dados recolhidos, os quais foram introduzidos numa base de dados recorrendo à utilização do programa SPSS para o Windows, versão 14.0.

##### 4.1 Estudo I: Estudo psicométricos e dimensionalidade do QEA

###### 4.1.1 Dimensionalidade do QEA

Com o intuito de estudar a dimensionalidade do QEA, tendo como base a amostra geral do presente estudo, os 90 itens da escala foram submetidos a uma análise de componentes principais. Antes de se proceder à referida análise avaliou-se a adequação dos dados para essa finalidade. Relativamente à dimensão da amostra, os dados revelaram-se adequados, já que obedecem ao critério mínimo sugerido por Nunnally (1978) de pelo menos 5 sujeitos por cada item. No que concerne à qualidade das correlações entre as variáveis recorreu-se ao índice Kaiser-Meyer-Olkin que revelou um valor soberbo ( $KMO=.946$ ), excedendo o valor mínimo recomendado pelo mesmo autor (0.5), e ao teste da esfericidade de Bartlett, que demonstrou significância estatística [ $\chi^2=33722.475$ ,  $p<.001$ ], confirmando-se assim, a factoriabilidade da matriz de correlações e a adequação dos dados (Field, 2005; Pestana & Gageiro, 2005).

O modelo factorial apresentado resulta de sucessivas análises factoriais. Neste processo, optou-se primeiramente por uma solução utilizando o método Varimax, dado ser o método mais conceituado, procedendo-se à extracção de factores segundo o critério dos *eigenvalues* superiores à 1. Esta primeira solução factorial apresentou 19 factores que explicavam 58.69% da variância total, contudo os últimos factores compreendiam uma percentagem muito baixa da variância, dado que no primeiro factor carregaram 12 dos 90 itens. Procurou-se restringir a extracção a 18 e, posteriormente, a 17 factores, de modo a encontrar uma solução simples que explicasse a maior quantidade possível de variância no conjunto dos dados originais, e ao mesmo tempo, facilitasse a interpretação dos mesmos. De seguida, calculou-se a consistência interna da escala e respectivos factores para os 90 itens constitutivos da mesma com a finalidade de se recorrer aos coeficientes *alpha*, eliminando primeiro os itens com valores de *r* item-total  $< .30$ , e numa segunda tentativa removendo-se os itens que faziam subir o *alpha* da sub-escala a que pertenciam quando removidos e o *r* item-total do factor era inferior a  $.30$ . Tentou-se também remover os itens cujas saturações fossem inferiores a  $.40$ , e entre estes, aqueles cujas diferenças entre a saturação noutros factores e no factor



principal fosse inferior a .10. Nenhuma das soluções ensaiadas se revelou satisfatória.

Uma vez que os esquemas, teoricamente, se encontram correlacionados entre si, optou-se por repetir os procedimentos anteriores com um método de rotação oblíqua, assim a Direct Oblimin tornou o modelo um pouco mais claro, e aumentou a interpretabilidade dos factores. Tendo em conta a população a que o instrumento se destina, optou-se por realizar uma análise retirando um item por factor e uma outra retirando dois itens por factor. Os itens removidos foram aqueles itens que se comportavam pior fazendo subir o *alpha* referente à consistência interna da escala quando removidos e o *r* item-total do factor era o mais baixo (Consultar quadros 4-4.19 em anexo).

Tendo em conta as soluções produzidas, optou-se por remover dois itens por factor, com selecção prévia do número de factores a reter de 18. Assim, a solução final encontrada é constituída por 54 itens dispostos em 18 factores que explicam 68.41% da variância total, consoante se pode observar no Quadro 5. Matriz Padrão. A maioria dos itens apresentou saturações elevadas ( $> .40$ ) num só factor, aponta-se apenas como excepção os itens 62, 82 e 39 que saturam também, respectivamente, nos factores 8, 16 e 18. Todavia, decidiu-se manter os referidos itens na análise para reter um número aceitável de itens por factor, de forma a não interferir com a sua interpretabilidade, dado também que através de uma análise de conteúdo do factor onde a saturação do item é mais elevada é possível encontrar-se alguma concordância. De referir ainda que os itens referidos e os itens 79 e 87 apresentaram cargas inferiores a .40, contudo tendo em conta o tamanho considerável da amostra, os valores obtidos podem ser considerados estatisticamente significativos segundo Stevens (1986). De igual modo, alguns autores consideram valores superiores a .30 como relevantes (Field, 2005).

De seguida, procedeu-se a atribuição de um nome a cada factor emergente de acordo com o tema comum dos itens que o constituem, tendo em consideração os nomes propostos teoricamente por Young (1999), dado que, na sua maioria, os itens se agrupam do mesmo modo. Nos casos em que um item de um factor teórico se agrupa de forma diferente num factor empírico, o sentido da interpretação do factor em causa não se altera, aumentando a amplitude da temática subjacente. O Quadro 6 apresenta os factores empíricos e as respectivas designações.

Quadro 5. Matriz Padrão

Item nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	
22	.725																		
58	.706																		
40	.687																		
27	.871																		
45	.789																		
81	.798																		
31	.755																		
13	.719																		
85	.665																		
19	.799																		
73	.705																		
55	.654																		
20	.754																		
38	.748																		
56	.715																		
62	.399																		
72	.827																		
18	.791																		
54	.764																		
29	.771																		
83	.661																		
11	.593																		
26	.737																		
80	.678																		
82	.362																		
75	.707																		
57	.699																		
39	.339																		
12	.812																		
30	.689																		
84	.538																		
46	.834																		
28	.811																		
68	.775																		
32	.692																		
51	.482																		
78	.696																		
60	.825																		
42	.772																		
79	.344																		
25	.734																		
43	.708																		
87	.352																		
5	.804																		
23	.710																		
59	.577																		
88	.867																		
52	.579																		
34	.427																		
15	.493																		
14	.404																		
35	.710																		
17	.633																		
53	.418																		

---

**Quadro 6. Designação e consistência interna dos Factores empíricos**


---

**Factores****F1 Isolamento Social/Alienação ( $\alpha=.80$ )**

22 - Não vejo a vida da mesma forma que os outros; sinto-me afastado das outras pessoas.

58 - Sinto-me isolado e afastado das outras pessoas.

40 - Sinto que não pertenço a grupo nenhum; sou um solitário.

**F2 Emaranhamento ( $\alpha= .78$ )**

27 - Eu e os meus pais somos muito próximos. Sabemos tudo acerca da vida e dos problemas uns dos outros.

45 - Não há segredos lá em casa. Se não contar sempre tudo aos meus pais sinto-me mal com isso. Parece que os estou a trair.

81 - Eu e os meus pais estamos tão ligados que parece que somos a mesma pessoa.

**F3 Padrões excessivos/ rígidos de realização ( $\alpha= .70$ )**

31 - Esforço-me por ser sempre o melhor naquilo que faço, não me chega ser apenas bom.

13 - Tenho que ser o melhor em tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar.

85 - Não me posso desleixar nas coisas que são da minha responsabilidade. Para mim, não há espaço para erros.

**F4 Privação Emocional ( $\alpha= .78$ )**

19 - Não tenho tido pessoas que me dêem carinho, apoio e afecto.

73 - Não tenho tido ninguém ao meu lado que esteja disponível para me dar conselhos e me ajudar a decidir quando não sei o que hei-de fazer.

55 - Não tenho tido ninguém que me ouça com atenção, que me compreenda ou que perceba o que realmente sinto e preciso.

**F5 Abandono ( $\alpha=.78$ )**

20 - Preocupo-me muito com a possibilidade de perder as pessoas de quem gosto e preciso.

38 - Preocupa-me que as pessoas de quem mais gosto me deixem ou me abandonem.

56 - Quando sinto que alguém de quem eu gosto se está a afastar de mim, sinto-me desesperado, com medo de o/a perder.

62 - *Preocupa-me perder tudo o que tenho e ficar sem nada.*

**F6 Auto-punição ( $\alpha= .77$ )**

72 - Não interessa porque é que errei. Se o fiz, é justo que sofra as consequências e seja punido.

18 - Sempre que cometer um erro, mereço ser castigado.

54 - Se não cumprir com os meus deveres, mereço sofrer as consequências.

**F7 Auto-sacrifício ( $\alpha= .64$ )**

29 - Sou uma boa pessoa, porque me preocupo mais com os outros do que comigo próprio.

83 - Dizem-me muitas vezes para me preocupar mais comigo do que com os outros, que faço demais pelos outros.

11 - Sou sempre eu que acabo por tomar conta das pessoas que me são mais chegadas.

**F8 Vulnerabilidade ao Mal e à Doença ( $\alpha= .65$ )**

26 - Sinto que uma desgraça pode atingir-me a qualquer momento (um terramoto, uma doença, etc.).

80 - Preocupa-me vir a ter uma doença grave, apesar do médico dizer que estou bem.

---

82 - *Para que as outras pessoas respeitem os meus sentimentos e os meus direitos, é preciso que eu me esforce muito.*

**F9 Desconfiança/Abuso ( $\alpha = .67$ )**

75 - Habitualmente tento descobrir as segundas intenções dos outros ou o verdadeiro motivo pelo qual fazem certas coisas.

57 - Sinto que sou desconfiado quanto às intenções das outras pessoas.

39 - Mais tarde ou mais cedo, vou acabar por ser traído por alguém.

**F10 Inibição Emocional ( $\alpha = .72$ )**

12 - Custa-me muito mostrar aos outros aquilo que sinto (mesmo sentimentos positivos como o carinho, afecto ou amizade).

30 - Tenho vergonha de mostrar aquilo que sinto às outras pessoas.

84 - As pessoas acham que não sou capaz de dizer ou mostrar o que sinto.

**F11 Subjugação ao grupo ( $\alpha = .73$ )**

46 - No meu grupo nunca sigo a minha vontade, faço sempre aquilo que os outros querem que eu faça.

28 - No meu grupo de amigos, sinto que tenho de fazer tudo o que eles querem, senão, eles podem-se chatear comigo, gozarem-me ou pôr-me de lado.

**F12 Grandiosidade ( $\alpha = .64$ )**

68 - Sinto que mereço tratamento especial: não devia ter que obedecer às regras que as outras pessoas têm que seguir.

32 - Sinto que sou especial (sou melhor). Não devia ser obrigado a aceitar muitas das regras que são impostas aos outros.

51 - *Tenho muita dificuldade em continuar uma tarefa se não tiver logo a recompensa. Coisas que dão muito trabalho não são para mim.*

**F13 Fracasso ( $\alpha = .83$ )**

78 - Na escola, não sou tão inteligente como a maior parte dos meus colegas.

60 - Não sou tão bom na escola como a maioria das pessoas. Os outros fazem tudo melhor do que eu.

42 - Na escola, a maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu.

79 - *Não acredito nas minhas capacidades para resolver problemas que possam aparecer.*

**F14 Dependência/Incompetência funcional ( $\alpha = .61$ )**

25 - Preciso muito da ajuda dos outros para conseguir fazer as coisas do dia-a-dia.

43 - Sou imaturo; não me sei orientar sozinho.

87 - *Tenho muita dificuldade em acabar as coisas que comecei, raramente as consigo levar até ao fim.*

**F15 Defeito/Incapacidade de ser amado ( $\alpha = .77$ )**

5 - Nenhuma pessoa de quem eu goste pode gostar de mim se ficar a conhecer os meus defeitos e pontos fracos.

23 - Ninguém de quem eu gosto vai querer ficar comigo se me conhecer tal como eu sou na realidade.

59 - Sinto que nunca ninguém me vai amar tal como sou na realidade.

**F16 Procura de aprovação/Reconhecimento ( $\alpha = .69$ )**

88 - Para me sentir uma pessoa com valor, tenho que receber muitos elogios dos outros.

52 - Sinto-me pouco importante quando não recebo muita atenção dos outros.

34 - Dá-me mais gozo conquistar algo se isso for uma coisa em que os outros reparam.

**F17 Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes ( $\alpha = .39$ )**

15 - Não tenho força de vontade suficiente para me obrigar a fazer as coisas aborrecidas do dia-a-dia.

14 - *Quando quero alguma coisa dos outros, tenho muita dificuldade em aceitar um "não" como resposta.*

**F18 Pessimismo/Preocupação ( $\alpha = .74$ )**

35 - Quando acontece alguma coisa boa, fico sempre à espera que aconteça algo de mau a seguir.

17 - Mesmo quando as coisas parecem estar a correr bem, tenho sempre a ideia que isso não vai durar muito tempo. "Era sorte a mais".

53 - Todo o cuidado é pouco; quase sempre alguma coisa corre mal.

Os itens que se encontram em formato itálico dizem respeito aos itens que emergiram em factores diferentes dos teóricos.

Os factores do QEA correlacionaram-se positivamente entre si, constatando-se, por um lado, uma convergência dos aspectos avaliados; por outro lado, o carácter moderado e por vezes fraco destas correlações confirma a divergência entre as várias dimensões, em termos das características relacionais que as descrevem. O Emaranhamento destacou-se por ser o único factor a não revelar correlações significativas com vários outros factores do QEA, nomeadamente, os Factores Grandiosidade, Fracasso, Dependência/Incompetência funcional, Defeito/Incapacidade de ser amado, Procura de aprovação/Reconhecimento e Auto-punição. O Quadro 7, referente às correlações existentes entre os factores empíricos do QEA, encontra-se em anexo devido à grande dimensão, dada a existência de 18 factores.

A partir destes factores, realizou-se também uma análise de segunda ordem, uma vez que os factores se encontram correlacionados entre si, o índice Kaiser-Meyer-Olkin revelou um valor soberbo de .914, excedendo o valor mínimo recomendado pelo mesmo autor (0.5) e o teste da esfericidade de Bartlett demonstrou significância estatística [ $\chi^2=5663.803$ ,  $p<.001$ ]. A análise dos componentes principais foi realizada com uma rotação Varimax com selecção de *eigenvalues* superiores a um, de forma a otimizar a estrutura factorial, emergindo 3 factores de segunda ordem que explicam 53% da variância total. Tal como na análise atrás descrita, também para esta foram realizadas diferentes análises exploratórias para chegar aquela mais satisfatória, sendo que as análises forçadas a 4 e 5 factores de segunda ordem agruparam os factores primários de forma não interpretável. Os 3 factores que resultaram desta análise foram denominados pelos autores, atendendo aos factores de primeira ordem, como F1 Menos Valia e Desligamento, F2 Ligação Excessiva e Vulnerabilidade Pessoal, e por último F3 Auto-engrandecimento, encontrando-se sintetizados no quadro abaixo apresentado. O factor Desconfiança/Abuso foi o único a carregar em dois factores de segunda ordem.

**Quadro 8. Matriz de componentes rodadas para os factores de 2ª ordem**

	1	2	3
F15 Defeito/Incapacidade de ser amado	.751		
F1 Isolamento Social/Alienação	.743		
F13 Fracasso	.731		
F4 Privação Emocional	.700		
F10 Inibição Emocional	.613		
F18 Pessimismo	.594		
F11 Subjugação	.570		
F14 Dependência/Incompetência funcional	.534		
F9 Desconfiança/Abuso	.515	.409	
F2 Emaranhamento		.656	
F6 Auto-punição		.640	
F7 Auto-sacrifício		.631	
F5 Abandono		.597	
F8 Vulnerabilidade ao Mal e à Doença		.579	
F12 Grandiosidade			.762
F16 Procura de Aprovação/Reconhecimento			.691
F17 Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes			.666
F3 Padrões excessivos/rígidos de realização			.647

1 – Menos valia e desligamento; 2 – Ligação Excessiva e Vulnerabilidade Pessoal;  
3 – Auto-engrandecimento

#### 4.1.2 Consistência interna

Como já foi apresentado num quadro anterior, o coeficiente de consistência encontrado para o total do QEA revelou um valor muito bom ( $\alpha=.93$ ). Para os factores, os valores de *alpha* encontrados foram na sua maioria aceitáveis, variando entre .70 (Padrões excessivos/rígidos de realização) e .83 (Fracasso), aponta-se como excepção os Factores Auto-sacrifício, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Desconfiança/Abuso, Grandiosidade, Dependência/Incompetência funcional e Procura de Aprovação/Reconhecimento que revelaram coeficientes fracos ( $\alpha<.70$ ). Salva-se o Factor Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes que apresentou um valor inadmissível ( $\alpha=.39$ ) (Field, 2005; Pestana & Gageiro, 2005).

Nas outras amostras patenteadas neste estudo, embora os valores de *alpha* para o total se tenham mantido bastante elevados ( $\alpha>.90$ ), os coeficientes *alpha* revelaram-se maioritariamente inferiores aos apresentados para a amostra geral, sendo que os Factores Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Grandiosidade, Dependência/Incompetência funcional, Procura de Aprovação/Reconhecimento e Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes revelaram mesmo valores inadmissíveis de consistência interna ( $\alpha<.60$ ). Essas mesmas amostras revelaram coeficientes aceitáveis para os Factores Emaranhamento, Auto-punição, Inibição Emocional, Fracasso e Pessimismo ( $\alpha>.70$ ). Os restantes factores obtiveram *alphas* que oscilaram entre aceitáveis e fracos.

**Quadro 9. Coeficientes de consistência interna dos factores empíricos do QEA para as várias amostras do presente estudo**

Sub-escalas	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$	$\alpha$
	G (n=877)	PD (n=52)	PC (n=52)	Pat. Comp. (n=102)
F1 Isolamento Social/Alienação	.800	.729	.635	.677
F2 Emaranhamento	.777	.710	.800	.768
F3 Padrões excessivos/rígidos de realização	.700	.630	.712	.676
F4 Privação Emocional	.781	.672	.619	.642
F5 Abandono	.781	.806	.670	.740
F6 Auto-punição	.772	.753	.815	.792
F7 Auto-sacrifício	.636	.377	.516	.455
F8 Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	.648	.330	.520	.463
F9 Desconfiança/Abuso	.665	.719	.635	.673
F10 Inibição Emocional	.724	.822	.742	.777
F11 Subjugação	.725	.174	.857	.565
F12 Grandiosidade	.638	.466	.222	.320
F13 Fracasso	.831	.758	.810	.790
F14 Dependência/Incompetência funcional	.607	.545	.549	.545
F15 Defeito/Incapacidade de ser amado	.769	.766	.639	.713
F16 Procura de Aprovação/Reconhecimento	.690	.295	.515	.421
F17 Auto-controlo/ Auto-disciplina insuficientes	.394	.451	.455	.457
F18 Pessimismo	.744	.769	.747	.773
Total	.930	.937	.933	.935

G=Geral; PD=Problemas Disciplinares; PC=Perturbação de Conduta; Pat. Comp.= Patologia comportamental

#### 4.1.3. Estudo das propriedades dos itens

Os itens do QEA possuem correlações item-total superiores a .30, à excepção dos itens 13, 31 e 81 que apresentam correlações inferiores a .30 e os itens 27 e 45 inferiores a .20, contudo o *alpha* total da escala não sofre um incremento considerável que justifique a remoção dos itens referidos. De igual modo, os mesmos itens apresentam correlações elevadas com o total do factor onde emergiram ( $r > .50$ ) (Field, 2005). Dada a existência de um número elevado de factores. Por questões de espaço, os quadros a eles correspondentes foram remetidos para consulta em anexo (Quadros 10-10.18). Em baixo, apresenta-se o Quadro 11 que exhibe as correlações, médias e desvios padrões entre cada factor empírico e o total do QEA.

**Quadro 11. Estatísticas descritivas, correlações e  $\alpha$  de Cronbach para os factores e o total da escala (n=877)**

Factor	nº itens	M	DP	r	$\alpha$
F1 Isolamento Social/ Alienação	3	1.73	1.020	.635	.800
F2 Emaranhamento	3	2.84	1.320	.216	.777
F3 Padrões Excessivos/Rígidos de Realização	3	2.69	1.209	.395	.700
F4 Privação Emocional	3	1.75	1.044	.570	.781

Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA):  
Estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal  
Laura Santos (e-mail:Laurita\_Filipa@hotmail.com) 2009

F5 Abandono	4	3.57	1.352	.666	.781
F6 Auto-punição	3	2.75	1.243	.500	.772
F7 Auto-sacrifício	3	2.75	1.075	.528	.636
F8 Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	3	2.36	1.144	.664	.648
F9 Desconfiança/Abuso	3	2.68	1.192	.712	.665
F10 Inibição Emocional	3	2.64	1.248	.653	.724
F11 Subjugação ao grupo	2	1.66	.960	.585	.725
F12 Grandiosidade	3	1.72	.837	.508	.638
F13 Fracasso	4	2.04	1.049	.631	.831
F14 Dependência/Incompetência funcional	3	1.71	.749	.570	.607
F15 Defeito/Incapacidade de ser amado	3	1.73	.960	.633	.769
F16 Procura de Aprovação/ Reconhecimento	3	2.40	1.131	.659	.690
F17 Auto-Controlo/Auto-disciplina insuficientes	2	2.47	1.163	.496	.394
F18 Pessimismo	3	2.59	1.205	.701	.744
Total QEA	54	127.67	34.528	1.000	.930

## 4.2 Estudo 2: Estudos Psicométricos

### 4.2.1 Validade Convergente

#### 4.2.1.1 Amostra geral

A validade convergente, de constructo do QEA foi estudada através de coeficientes de correlações de Pearson entre o total da escala em causa e os valores totais do YSQ-S3, IAECA-CA e YSR, bem como entre os factores empíricos do QEA e as sub-escalas de todos os questionários constituintes do presente protocolo (YSQ-S3, IAECA-CA, STAXI, Escala de Auto-conceito para Adolescentes e YSR). Dado o grande leque de correlações encontradas, optou-se por destacar apenas aquelas com maior relevância para cada um destes instrumentos, na finalidade de evitar tornar a análise demasiado exasutiva.

Como se pode constatar no Quadro 12 as correlações encontradas relativamente aos totais foram altas entre o QEA e o YSQ-S3, bem como com o IAECA-CA como era previsto, dado avaliarem a mesma temática, revelando-se moderada com o YSR (Field, 2005).

**Quadro 12. Correlações entre o total do QEA e o total do YSQ-S3, IAECA-CA e YSR**

	YSQ-S3	IAECA-CA	YSR
<b>QEA Total</b>	.785(**)	.682(**)	.442(**)

\*\*. $p < .001$

#### *QEA e YSQ-S3*

Uma vez que o QEA foi construído a partir do YSQ-S3, sendo que os

Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA):  
Estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal  
Laura Santos (e-mail:Laurita\_Filipa@hotmail.com) 2009



dois instrumentos avaliam o mesmo constructo, podem-se verificar correlações elevadas ( $r > .50$ ) entre as sub-escalas do QEA correspondentes às do YSQ-S3, à excepção do Factor Emaranhamento que apresenta uma correlação média com a sub-escala análoga do YSQ-S3 ( $r = .382$ ,  $p < .001$ ) (Field, 2005).

**Quadro 13. Correlações entre os factores empíricos do QEA e as sub-escalas correspondentes do YSQ-S3, na amostra geral (n=136)**

Factores	YSQ-S3
F1 Isolamento Social/Alienação	.749(**)
F2 Emaranhamento	.382(**)
F3 Padrões excessivos/ rígidos de realização	.658(**)
F4 Privação Emocional	.711(**)
F5 Abandono	.628(**)
F6 Auto-punição	.582(**)
F7 Auto-sacrifício	.702(**)
F8 Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	.663(**)
F9 Desconfiança/Abuso	.713(**)
F10 Inibição Emocional	.646(**)
F11 Subjugação	.505(**)
F12 Grandiosidade/Superioridade	.516(**)
F13 Fracasso	.755(**)
F14 Dependência/Incompetência funcional	.551(**)
F15 Defeito/Incapacidade de ser amado	.591(**)
F16 Procura de aprovação/Reconhecimento	.737(**)
F17 Auto-controlo e Auto-disciplina insuficientes	.555(**)
F18 Pessimismo/Preocupação	.635(**)

\*\*  $p < .01$

#### *QEA e IAECA-CA*

Como seria esperado, dado estarmos perante questionários que avaliam o mesmo constructo, contudo através de uma metodologia diferente, as sub-escalas do QEA correspondentes às do IAECA-CA apresentam correlações superiores a .30. Os factores Isolamento Social/Alienação, Privação Emocional, Abandono, Fracasso, Defeito e Desconfiança/Abuso de ambos os instrumentos apresentam correlações altas entre si ( $r > .50$ ). Os factores de Grandiosidade e Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes correlacionaram-se com os seus correspondentes de forma moderada ( $r > .30$ ) (Field, 2005).

**Quadro 14. Correlações entre os factores empíricos do QEA e factores empíricos do IAECA-CA, na amostra geral (n=704) e na amostra de Adolescentes com Patologia Comportamental (n=102).**

Factores QEA	IAECA-CA	
	Geral (n=704)	Patologia Comportamental (n=102)
F1 Isolamento Social/Alienação	.578(**)	.521(**)
F4 Privação Emocional	.549(**)	.481(**)
F5 Abandono	.604(**)	.573(**)
F9 Desconfiança/Abuso	.622(**)	.589(**)
F12 Grandiosidade/Superioridade	.498(**)	.399(**)
F13 Fracasso	.691(**)	.492(**)

Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA):  
Estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal  
Laura Santos (e-mail:Laurita\_Filipa@hotmail.com) 2009

F15 Defeito/Incapacidade de ser amado	.620(**)	.418(**)
F17 Auto-controlo e Auto-disciplina insuficientes	.399(**)	.446(**)

\*\*  $p < .01$

#### *QEA e STAXI*

O QEA total correlacionou-se de forma moderada com todas as sub-escalas do STAXI ( $r > .30$ ), à excepção da sub-escala Expressão de Raiva – *Raiva para fora* ( $r = .287$ ) e Controlo da Raiva com a qual não se associou (Field, 2005). Esta sub-escala do STAXI (Controlo da Raiva) apenas manifestou correlações significativas, embora muito fracas e negativas, com os Factores de Grandiosidade e de Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes. Por sua vez, os Factores Fracasso e Emaranhamento não se correlacionaram significativamente com nenhuma das sub-escalas do STAXI.

As correlações significativas encontradas entre estes dois instrumentos variaram entre  $r = .163$  e  $r = .463$ , sendo maioritariamente de intensidade fraca ou muito fraca. Apenas 5 dos 18 factores empíricos do QEA se correlacionaram moderadamente com as sub-escalas do STAXI. O factor Desconfiança/Abuso e o factor Grandiosidade foram os que apresentaram mais correlações com as sub-escalas deste questionário, sendo que ambas revelaram correlações moderadas com Traço de Raiva, Traço de Raiva – *temperamento*, contudo o primeiro factor mencionado, apresentou-se relacionado com a Expressão de Raiva para dentro; e o segundo factor como Expressão de Raiva para fora. O Quadro 15 resume a correlações obtidas.

#### *QEA e YSR*

O total do QEA obteve correlações moderadas com a maioria das sub-escalas do YSR ( $r > .30$ ), à excepção da sub-escala Queixas Somáticas com a qual as correlações se revelaram muito baixas ( $r = .199$ ,  $p < .05$ ). De salientar que o QEA total se associou de forma elevada com a sub-escala de Ansiedade/Depressão ( $r = .502$ ,  $p < .001$ ) (Field, 2005).

As correlações encontradas entre as sub-escalas dos dois instrumentos são na sua maioria significativas, mas de intensidade moderada e baixa, variando de  $r = .164$  e  $r = .557$ . Apenas o Factor Emaranhamento não apresenta correlações significativas com nenhuma das sub-escalas do YSR. A única sub-escala do YSR que se correlacionou de forma moderada ( $r > .40$ ) com factores empíricos do QEA foi a Ansiedade/Depressão, especificamente com os factores Privação Emocional, Subjugação, Fracasso, Dependência/Incompetência funcional, Defeito/Incapacidade de ser amado, Pessimismo e Isolamento social/Alienação. Este último correlaciona-se moderadamente também com a sub-escala de Isolamento do YSR, como seria esperado dado avaliarem a mesma temática. Relativamente aos dois *clusters* do YSR: Problemas de Externalização e Problemas de Internalização, o primeiro correlaciona-se de forma moderada com o Factor Grandiosidade ( $r = .417$ ,  $p < .001$ ) e o segundo revelou correlações da mesma intensidade com os factores Isolamento Social/Alienação, Desconfiança/Abuso, Dependência/Incompetência funcional e Defeito/Incapacidade de ser amado (Pestana & Gageiro, 2005).

Quadro 15. Correlações entre o total e factores empíricos do QEA e as sub-escalas do STAXI, na amostra geral (n=146) e na amostra de Adolescentes com Perturbação de Conduta (n=52)

	Estado Raiva		Traço Raiva		Traço Raiva - Temperamento		Traço Raiva - Reacção		Expressão de Raiva para dentro		Expressão de Raiva para fora		Expressão de Raiva - Controlo Raiva	
	G (n=146)	PC (n=52)	G (n=146)	PC (n=52)	G (n=146)	PC (n=52)	G (n=146)	PC (n=52)	G (n=146)	PC (n=52)	G (n=146)	PC (n=52)	G (n=146)	PC (n=52)
F1 IS	.422(**)	NS	.270(**)	.391(**)	.292(**)	NS	.181(*)	.400(**)	.382(**)	.403(**)	.246(**)	NS	NS	NS
F2 EMA	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	.388(**)
F3 PER	.176(*)	NS	.288(**)	.455(**)	.338(*)	NS	.358(**)	.491(**)	.179(*)	.370(*)	.225(**)	NS	NS	NS
F4 PE	.376(**)	NS	.184(*)	.279(*)	.193(*)	NS	.169(*)	NS	.380(**)	NS	.180(*)	NS	NS	NS
F5 AB	.166(*)	NS	NS	.276(*)	NS	NS	NS	.320(*)	.208(*)	.208(*)	NS	NS	NS	NS
F6 AP	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	.189(*)	NS	NS	NS	NS	NS
F7 AS	.167(*)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	.196(*)	NS	NS	NS	NS	NS
F8 VUL	.184(*)	NS	.220(**)	.300(*)	.163(*)	NS	.244(**)	.369(**)	.214(**)	NS	.188(*)	NS	NS	NS
F9 DA	.397(**)	.313(*)	.422(**)	.495(**)	.331(**)	.408(**)	.403(**)	.467(**)	.463(**)	.404(**)	.299(**)	.276(*)	NS	NS
F10 IEMOC	NS	NS	.222(**)	NS	.169(*)	NS	.220(**)	.294(*)	.359(**)	.377(**)	NS	NS	NS	NS
F11 SUB	.311(**)	NS	.259(**)	NS	.230(**)	NS	.252(**)	NS	.347(**)	NS	.227(**)	NS	NS	NS
F12 GR	.308(**)	NS	.453(**)	.623(**)	.412(**)	.568(**)	.375(**)	.533(**)	NS	NS	.441(**)	.402(**)	-.196(*)	-.331(*)
F13 FR	NS	NS	NS	.327(*)	NS	.290(*)	NS	NS	NS	NS	NS	.411(**)	NS	NS
F14 DEP	NS	NS	.232(**)	.356(**)	.210(*)	NS	.198(*)	.386(**)	.215(**)	NS	NS	NS	NS	NS
F15 DF	.313(**)	NS	.331(**)	.291(*)	.282(**)	NS	.288(**)	.332(*)	.359(**)	NS	.314(**)	NS	NS	NS
F16 REC	.367(**)	NS	.413(**)	.528(**)	.304(**)	.340(*)	.429(**)	.573(**)	.364(**)	NS	.320(**)	.351(*)	NS	NS
F17 AI	NS	NS	.312(**)	.518(**)	.197(*)	.494(**)	.383(**)	.341(*)	.259(**)	.283(*)	NS	.465(**)	-.167(*)	-.286(*)
F18 PESS	.304(**)	.307(*)	.387(**)	.482(**)	.311(**)	.393(**)	.399(**)	.438(**)	.403(**)	NS	.252(**)	NS	NS	NS
QEA Total	.347(**)	NS	.378(**)	.512(**)	.306(**)	.404(**)	.363(**)	.499(**)	.416(**)	.362(**)	.287(**)	NS	NS	NS

\*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ , NS. Correlação não significativa

G – Amostra geral; PC – Amostra de adolescentes com Perturbação de Conduta

Factores empíricos do QEA: F1 IS – Isolamento Social/Alienação; F2 EMA – Embaralhamento; F3 PER – Padrões Rígidos/Excessivos de realização; F4 PE – Privação Emocional; F5 AB – Abandono; F6 AP – Auto-punição; F7 AS – Auto-sacrifício; F8 VUL – Vulnerabilidade ao Mal e Doença; F9 DA – Desconfiança/Abuso; F10 IEMOC – Inibição Emocional; F11 SUB – Subjugação; F12 GR – Grandiosidade; F13 FR – Fracasso; F14 DEP – Dependência/Incompetência funcional; F15 DF – Defeito/Incapacidade de ser amado; F16 REC – Procura de Aprovação/Reconhecimento; F17 AI – Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes; F18 PESS – Pessimismo.

Quadro 16. Correlações entre o total e factores empíricos do QEA e as sub-escalas do YSR, na amostra geral (n=148) na amostra de Adolescentes com Patologia Comportamental (n=104)

	Anti-social		Prob. Atenção/ Hiperactividade		Ansiedade/ Depressão		Isolamento		Queixas Somáticas		Problemas de Pensamento		Problemas de Externalização		Problemas de Internalização	
	G (n=148)	Pat. Comp (n=104)	G (n=148)	Pat. Comp (n=104)	G (n=148)	Pat. Comp (n=104)	G (n=148)	Pat. Comp (n=104)	G (n=148)	Pat. Comp (n=104)	G (n=148)	Pat. Comp (n=104)	G (n=148)	Pat. Comp (n=104)	G (n=148)	Pat. Comp (n=104)
F1 IS	.338(**)	NS	.312(**)	.313(**)	.557(**)	.575(**)	.420(**)	.446(**)	.268(**)	.265(**)	.271(**)	.340(**)	.357(**)	.248(*)	.518(**)	.548(**)
F2 EMA	NS	-.198(*)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
F3 PER	.179(*)	.219(*)	.213(**)	.429(**)	NS	.304(**)	NS	.308(**)	NS	.293(**)	NS	.394(**)	.219(**)	.377(**)	NS	.378(**)
F4 PE	.263(**)	.201(*)	.168(*)	.311(**)	.442(**)	.398(**)	.250(**)	.260(**)	.225(**)	NS	NS	.338(**)	.231(**)	.298(**)	.385(**)	.358(**)
F5 AB	NS	NS	NS	.280(**)	.194(*)	.323(**)	.230(**)	.365(**)	NS	.250(*)	NS	.312(**)	NS	NS	.196(*)	.394(**)
F6 AP	.213(**)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	.219(*)	NS	NS	NS	.205(*)	.186(*)	NS	NS	NS
F7 AS	NS	NS	.184(*)	.255(**)	.164(*)	.205(*)	NS	.388(**)	.197(*)	.208(*)	.185(*)	.386(**)	NS	.223(*)	.212(**)	.325(**)
F8 VUL	.273(**)	NS	.363(**)	.310(**)	.396(**)	.331(**)	.331(**)	.253(**)	NS	.258(**)	.336(**)	.334(**)	.357(**)	.236(*)	.367(**)	.355(**)
F9 DA	.242(**)	.263(**)	.302(**)	.455(**)	.399(**)	.516(**)	.391(**)	.522(**)	.191(*)	NS	.231(**)	.468(**)	.304(**)	.418(**)	.404(**)	.483(**)
F10 IEMOC	NS	NS	NS	.227(*)	.318(**)	.442(**)	.314(**)	.515(**)	NS	.260(**)	NS	.476(**)	NS	NS	.275(**)	.514(*)
F11 SUB	.244(**)	NS	.291(**)	.221(*)	.419(**)	.340(**)	.258(**)	NS	NS	NS	NS	NS	.298(**)	NS	.339(**)	.215(*)
F12 GR	.352(**)	.262(**)	.399(**)	.388(**)	.272(**)	.280(**)	.190(*)	NS	NS	.224(*)	.190(*)	.253(**)	.417(**)	.378(**)	.222(**)	.266(**)
F13 FR	.237(**)	.249(*)	NS	.342(**)	.404(**)	.321(**)	.199(*)	.221(*)	NS	.222(*)	NS	.241(*)	.214(**)	.344(**)	.295(**)	.323(**)
F14 DEP	.252(**)	.272(**)	.225(**)	.359(**)	.478(**)	.531(**)	.287(**)	.452(**)	.206(*)	.322(**)	.209(*)	.390(**)	.261(**)	.366(**)	.407(**)	.552(**)
F15 DF	.286(**)	NS	.284(**)	NS	.545(**)	.418(**)	.359(**)	NS	.196(*)	NS	.232(**)	.255(**)	.314(**)	NS	.460(**)	.330(**)
F16 REC	.285(**)	NS	.274(**)	.406(**)	.319(**)	.266(**)	.263(**)	.211(*)	NS	.212(*)	NS	.263(**)	.307(**)	.336(**)	.275(**)	.290(**)
F17 AI	NS	.365(**)	NS	.452(**)	.262(**)	.356(**)	.251(**)	.322(**)	NS	.289(**)	NS	.359(**)	NS	.475(**)	.246(**)	.407(**)
F18 PESS	.294(**)	.295(**)	.275(**)	.381(**)	.403(**)	.404(**)	.376(**)	.440(**)	.171(*)	NS	.278(**)	.395(**)	.313(**)	.393(**)	.392(**)	.388(**)
QEA Total	.329(**)	.206(*)	.341(**)	.480(**)	.502(**)	.525(**)	.405(**)	.501(**)	.199(*)	.314(**)	.255(**)	.496(**)	.370(**)	.400(**)	.459(**)	.566(**)

\*\*  $p < .01$ , \*  $p < .05$ , NS. Correlação não significativa

G – Amostra geral; Pat. Comp. – Amostra Patologia comportamental

Factores empíricos do QEA: F1 IS – Isolamento Social/Alienação; F2 EMA – Ematramento; F3 PER – Padrões Rígidos/Excessivos de realização; F4 PE – Privação Emocional; F5 AB – Abandono; F6 AP – Auto-punição; F7 AS – Auto-sacrifício; F8 VUL – Vulnerabilidade ao Mal e à Doença; F9 DA – Desconfiança/Abuso; F10 IEMOC – Inibição Emocional; F11 SUB – Subjugação; F12 GR – Grandiosidade; F13 FR – Fracasso; F14 DEP – Dependência/Incompetência funcional; F15 DF – Defeito/Incapacidade de ser amado; F16 REC – Procura de Aprovação/Reconhecimento; F17 AI – Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes; F18 PESS – Pessimismo.

Quadro 17. Correlações entre o total e factores empíricos do QEA e os domínios da Escala de Auto-conceito para Adolescentes do Perfil de Auto-percepção, na amostra geral (n=145) e na amostra de Adolescentes com Perturbação de Conduta (n=52)

	Competência Escolar			Aceleração Social			Competência Atlética			Aparência Física			Atração Romântica			Comportamento			Amizades Íntimas			Auto-estima		
	G (n=145)	PC (n=52)	PC (n=52)	G (n=145)	PC (n=52)	PC (n=52)	G (n=145)	PC (n=52)	PC (n=52)	G (n=145)	PC (n=52)	PC (n=52)	G (n=145)	PC (n=52)	PC (n=52)	G (n=145)	PC (n=52)	PC (n=52)	G (n=145)	PC (n=52)	PC (n=52)	G (n=145)	PC (n=52)	PC (n=52)
F1 IS	-.297(**)	NS	NS	-.499(**)	NS	NS	-.182(*)	NS	NS	-.298(**)	NS	NS	-.328(**)	NS	NS	-.190(*)	NS	NS	-.208(*)	NS	NS	-.366(**)	NS	NS
F2 EMA	NS	NS	NS	.195(*)	NS	NS	.213(**)	NS	NS	.166(*)	NS	NS	.365(**)	NS	NS	.198(*)	NS	NS	.198(*)	NS	NS	.198(*)	NS	NS
F3 PER	.227(**)	NS	NS	NS	NS	NS	.271(**)	.276(*)	.197(*)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
F4 PE	-.169(*)	NS	NS	-.427(**)	NS	NS	NS	NS	-.336(**)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-.196(*)	NS	NS	-.460(**)	NS	-.280(*)
F5 AB	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	.279(*)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
F6 AP	-.191(*)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	.337(*)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
F7 AS	NS	.332(*)	NS	.172(*)	NS	NS	.208(*)	.458(**)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
F8 VUL	-.199(*)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
F9 DA	NS	NS	NS	-.308(**)	NS	NS	NS	NS	-.177(*)	NS	NS	NS	-.225(**)	NS	NS	-.217(**)	NS	NS	NS	NS	NS	-.340(**)	NS	NS
F10 IEMOC	-.211(*)	NS	NS	-.252(**)	NS	NS	NS	NS	-.210(*)	NS	NS	NS	-.334(**)	NS	NS	-.164(*)	NS	NS	NS	NS	NS	-.280(**)	NS	NS
F11 SUB	NS	NS	NS	-.263(**)	NS	NS	NS	NS	-.279(**)	NS	NS	NS	-.346(**)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-.368(**)	NS	NS
F12 GR	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
F13 FR	-.605(**)	-.503(**)	NS	-.296(**)	-.307(*)	NS	-.184(*)	NS	-.208(*)	NS	NS	NS	-.179(*)	NS	NS	-.352(**)	NS	NS	NS	NS	NS	-.425(**)	NS	NS
F14 DEP	-.302(**)	-.380(**)	NS	-.254(**)	-.311(*)	NS	-.177(*)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-.399(**)	NS	NS	NS	NS	NS	-.341(**)	NS	-.329(*)
F15 DF	-.233(**)	-.334(*)	NS	-.487(**)	-.453(**)	NS	-.251(**)	NS	-.379(**)	-.276(*)	NS	NS	-.426(**)	NS	NS	-.208(*)	NS	NS	NS	NS	NS	-.416(**)	NS	NS
F16 REC	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-.181(*)	NS	NS	NS	-.175(*)	NS	NS	-.263(**)	NS	NS	NS	NS	NS	-.242(**)	NS	NS
F17 AI	NS	-.288(*)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-.228(**)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
F18 PESS	-.201(*)	NS	NS	-.295(**)	NS	NS	NS	.337(*)	NS	NS	NS	NS	-.270(**)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS
QEA total	-.252(**)	NS	NS	-.277(**)	NS	NS	.283(*)	NS	NS	-.186(*)	NS	NS	-.275(**)	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	NS	-.346(**)	NS	NS

\*\* p < .01, \* p < .05, NS. Correlação não significativa

G – Amostra geral, PC – Amostra de adolescentes com Perturbação de Conduta

Factores empíricos do QEA: F1 IS – Isolamento Social/Alienação; F2 EMA – Embaralhamento; F3 PER – Padrões Rígidos/Excessivos de realização; F4 PE – Privação Emocional; F5 AB – Abandono; F6 AP – Auto-punição; F7 AS – Auto-sacrifício; F8 VUL – Vulnerabilidade ao Mal à Doença; F9 DA – Desconfiança/Abuso; F10 IEMOC – Inibição Emocional; F11 SUB – Subjugação; F12 GR – Grandiosidade; F13 FR – Fracasso; F14 DEP – Dependência/Incompetência funcional; F15 DF – Defeito/Incapacidade de ser amado; F16 REC – Procura de Aprovação/Reconhecimento; F17 AI – Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes; F18 PESS – Pessimismo.

### *QEA e Perfil de Auto-percepção da Escala de Auto-conceito para Adolescentes*

Esta escala destina-se à avaliação de um constructo positivo, o auto-conceito, optando-se assim por realizar com a mesma, a validade divergente do instrumento em estudo. Posto isto, como se pode observar no Quadro 17 atrás apresentado, as correlações obtidas foram no sentido esperado, inverso ao constructo medido pelo QEA, à excepção de dois Factores o Emaranhamento e o Padrões Excessivos/Rígidos de Realização que se associaram positivamente, embora com uma intensidade fraca com os domínios Aceitação Social, Competência Atlética, Atração Romântica e Auto-estima, no caso do primeiro factor referido, e no segundo com a Competência escolar, Atlética e Aparência Física. Os domínios Competência Atlética, Aparência Física e Amizades Íntimas apresentam correlações significativas, apenas com aproximadamente metade dos factores empíricos do QEA. Os restantes domínios apresentam correlações negativas significativas com a maioria dos factores apresentados, embora fracas. De salientar como as mais elevadas, a correlação encontrada entre o domínio de Competência Escolar com o Factor Fracasso ( $r = -.605, p < .001$ ) e entre o domínio Aceitação Social e o Factor Isolamento Social/Alienação ( $r = -.499, p < .001$ ). A Auto-estima associou-se de forma negativa e moderada com o QEA Total e com os factores de Isolamento Social, Privação Emocional, Desconfiança/Abuso, Subjugação, Fracasso, Dependência/Incompetência Funcional e Defeito/Incapacidade de ser amado (Field, 2005).

#### *4.2.1.2 Amostras clínicas: Perturbação de Externalização*

Para estudar a validade convergente com as amostras correspondentes a problemáticas de comportamento, optou-se por agrupar a amostra de Perturbação de Conduta e Problemas Disciplinares numa amostra mais ampla, intitulada Patologia Comportamental ( $n=104$ ), para os questionários comuns a ambas, neste caso o IEACE-CA e o YRS. E estudar a convergência com os constructos avaliados pelo STAXI e Auto-conceito somente na amostra de adolescentes institucionalizados. Assim, para os totais, as correlações encontradas entre o QEA e IAECA-CA, bem como com o YSR, revelaram-se elevadas ( $r > .50, p < .001$ ), como se pode verificar no quadro abaixo apresentado (Field, 2005).

**Quadro 18. Correlações entre o total do QEA e o total do IAECA-CA e do YSR na amostra adolescentes com Patologia Comportamental**

	IAECA-CA	YSR
QEA total	.649(**)	.552(**)

\*\*. $p < .001$

#### *QEA e IAECA-CA*

Como se pode observar no Quadro 14 apresentado no tópico anterior, tal como na amostra geral, também nesta, foi possível verificar que os

Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA):  
Estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal  
Laura Santos (e-mail:Laurita\_Filipa@hotmail.com) 2009

Factores empíricos do QEA se correlacionaram de forma moderada ou elevada com os seus correspondentes avaliados com uma metodologia que implica de activação emocional do IAECA-CA (Field, 2005).

#### *QEA e YSR*

Como se pode observar no Quadro 16 atrás apresentado, o total do QEA associou-se de forma moderada ( $r > .30$ ) com as sub-escalas do YSR, à excepção da sub-escala Anti-social ( $r = .206$ ,  $p < .05$ ). De salientar as associações elevadas do QEA total com as sub-escalas com uma vertente mais de internalização ( $r > .50$ ) (Field, 2005).

A maioria dos Factores do QEA revelaram correlações significativas com as sub-escalas do YSR, apenas os Factor Emaranhamento, Auto-punição, Subjugação e Defeito/Incapacidade de ser amado revelaram poucas relações significativas, sendo essas maioritariamente baixas. De salientar que o Emaranhamento apenas se correlacionou, de forma negativa e baixa, com a sub-escala Anti-social ( $r = -.199$ ,  $p < .05$ ). Esta sub-escala do YSR, por sua vez, ao contrário do que seria esperado, também não se associou de forma significativa com vários factores do QEA, sendo a única correlação moderada encontrada com o Factor Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes ( $r = .365$ ,  $p < .001$ ). Outra sub-escala a se correlacionar de forma moderada com um único factor do QEA, neste caso Dependência/Incompetência funcional ( $r = .322$ ,  $p < .01$ ), foi Queixas Somáticas. As restantes sub-escalas correlacionaram-se de forma moderada ( $r > .30$ ) com uma grande parte dos factores do QEA, mesmo a sub-escala de Problemas de Pensamento que na amostra geral apresentou poucas associações significativas. De intensidade elevada ( $r > .50$ ) foram encontradas correlações entre a sub-escala Ansiedade/Depressão e os factores Isolamento social/Alienação, Desconfiança/Abuso e Dependência/Incompetência funcional; e a sub-escala Isolamento e os factores Desconfiança/Abuso e Inibição Emocional. Nas correlações respeitantes aos *clusters*, salienta-se a existência de associações mais fortes entre o *cluster* de Problemas de Internalização, que apresenta correlações elevadas com os factores de Isolamento social/Alienação, Inibição Emocional e Dependência/Incompetência funcional ( $r > .50$ ); comparativamente ao *cluster* Problemas de Externalização, que apenas revelou correlações de intensidade moderada ( $r > .30$ ) com Padrões Excessivos/Rígidos de Realização, Desconfiança/Abuso, Grandiosidade, Fracasso, Dependência/Incompetência funcional, Procura de Aprovação/Reconhecimento, Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes e Pessimismo (Field, 2005).

#### *QEA e STAXI*

As correlações significativas encontradas foram em menor número comparativamente à amostra geral, tanto para o total como para as sub-escalas, contudo possuem maior endosso. Para o QEA Total encontraram-se associações moderadas com as sub-escalas de Traço Raiva - *Temperamento e Reacção*-, e com Expressão de Raiva - *Raiva para dentro* ( $r > .30$ ) e correlações altas com Traço Raiva ( $r = .512$ ,  $p < .001$ ) (Field, 2005).

A sub-escala Expressão - *Controlo da Raiva* apenas apresentou

correlações significativas com os factores de Emaranhamento ( $r=.388$ ,  $p<.01$ ), Grandiosidade e Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes, sendo estas duas últimas, em sentido inverso. Para a sub-escala Estado Raiva também se verificaram apenas duas correlações significativas, ambas de intensidade moderada ( $r>.30$ ), com os factores de Desconfiança/Abuso e Pessimismo. As três sub-escalas que enquadram Traço Raiva correlacionaram-se de forma moderada com vários factores do QEA, associando-se de forma elevada ( $r>.50$ ) com o factor Grandiosidade, o factor Procura de Aprovação/Reconhecimento e Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes. Nas sub-escalas de Expressão da Raiva foram encontradas correlações moderadas entre a Expressão de Raiva – *Raiva para dentro* e os factores Isolamento social/Alienação, Padrões excessivos/rígidos de realização, Desconfiança/Abuso e Inibição Emocional, e entre a Expressão de Raiva – *Raiva para fora* e os factores Grandiosidade, Fracasso, Procura de Aprovação/Reconhecimento e Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes (Field, 2005). As correlações obtidas encontram-se resumidas no Quadro 15 atrás exposto.

#### *QEA e Perfil de Auto-percepção da Escala de Auto-conceito para Adolescentes*

Nesta amostra foram poucas as correlações significativas encontradas entre os constructos em causa, sendo que, também não se correlacionaram maioritariamente de forma negativa, como sucedeu na amostra anterior, tal como se pode constatar no Quadro 17. As correlações encontradas atingem, no entanto, uma maior variabilidade, flutuando entre  $r=-.503$  e  $r=.458$ , sendo na sua maioria de intensidade moderada ( $r>.30$ ). As associações de maior grandeza verificaram-se entre o domínio Competência Escolar e o Factor Fracasso ( $r=-.503$ ,  $p<.001$ ); e domínio Aceitação Social e o Defeito/Incapacidade de ser amado ( $r=-.453$ ,  $p<.01$ ); este factor também com o domínio Amizades Íntimas ( $r=-.406$ ,  $p<.01$ ), todos em sentido inverso, e em sentido directo entre Competência Atlética e Auto-sacrifício ( $r=.458$ ,  $p<.01$ ) (Field, 2005).

#### **4.2.2 Estabilidade temporal**

Com o intuito de melhor avaliar a fiabilidade do questionário em estudo e determinar a possibilidade de generalização dos resultados, foi realizado um teste-reteste com um intervalo médio de 3 semanas entre o preenchimento dos questionários, numa amostra de 45 sujeitos da população geral. No que concerne o total do QEA o valor encontrado revelou uma estabilidade temporal elevada ( $r=.84$ ,  $p<.001$ ;  $t=3.765$ ,  $p>.001$ ). Para os factores da escala, foram encontrados  $r$  teste-reteste moderados e altos, variando os mesmos entre .47 para F11 Subjugação e .83 para F15 Defeito/Incapacidade de ser amado. Todos os factores apresentaram níveis significativos para os valores encontrados, como se pode verificar no quadro a baixo apresentado.



**Quadro 19. Correlações dos factores empíricos entre a primeira e segunda passagem do QEA (3 semanas, n=45)**

<b>Factores</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
F1 Isolamento Social/Alienação	.725	.000
F2 Emaranhamento	.662	.000
F3 Padrões excessivos/ rígidos de realização	.697	.000
F4 Privação Emocional	.549	.000
F5 Abandono	.689	.000
F6 Auto-Punição	.808	.000
F7 Auto-Sacrifício	.800	.000
F8 Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	.714	.000
F9 Desconfiança/Abuso	.735	.000
F10 Inibição Emocional	.781	.001
F11 Subjugação	.470	.000
F12 Grandiosidade/Superioridade	.790	.000
F13 Fracasso	.773	.000
F14 Dependência/Incompetência funcional	.605	.000
F15 Defeito/Incapacidade de ser amado	.827	.000
F16 Procura de aprovação/Reconhecimento	.703	.000
F17 Auto-controlo e Auto-disciplina insuficientes	.701	.000
F18 Pessimismo/Preocupação	.757	.000

Para determinar a existência de diferenças nas duas passagens do instrumento, foram calculados testes *t para amostras emparelhadas* que revelaram que a maioria dos factores não apresenta diferenças estatisticamente significativas para um intervalo de tempo de 3 semanas, o que sugere que os resultados se mantêm estáveis no tempo. Como se pode verificar no Quadro 15, apenas 5 dos 18 factores apresentam diferenças ( $p < .05$ ), sendo eles F2 Emaranhamento, F5 Abandono, F6 Auto-punição, F9 Desconfiança/Abuso e F17 Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes.

**Quadro 20. Teste *t para amostras emparelhadas* – valor de *t* para factores empíricos entre a primeira e segunda passagem do QEA (3 semanas, n=45)**

<b>Factores</b>	<b>1ª Passagem</b>		<b>2ª Passagem</b>		<b>t</b>	<b>Sig.(bi-caudal)</b>
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>		
<b>F1 IS</b>	1.46	.91	1.53	.83	-.768	.447
<b>F2 EMA</b>	2.50	1.19	2.13	1.12	2.611	.012
<b>F3 PER</b>	2.59	1.21	2.53	1.06	.445	.659
<b>F4 PE</b>	1.53	.72	1.38	.63	1.616	.113
<b>F5 AB</b>	3.61	1.36	2.97	1.30	4.084	.000
<b>F6 AP</b>	2.45	1.22	2.19	1.07	2.473	.017
<b>F7 AS</b>	2.85	1.17	2.64	1.03	1.965	.056
<b>F8 VUL</b>	2.01	.83	1.99	.90	.227	.821
<b>F9 DA</b>	2.65	1.18	2.33	.97	2.648	.011
<b>F10 IEMOC</b>	2.54	1.42	2.36	1.28	1.320	.194
<b>F11 SUB</b>	1.46	.71	1.62	.76	-1.469	.149
<b>F12 GR</b>	1.73	.89	1.67	.82	.715	.479
<b>F13 FR</b>	1.75	.81	1.68	.85	.799	.429

Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA):  
Estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal  
Laura Santos (e-mail:Laurita\_Filipa@hotmail.com) 2009

<b>F14 DEP</b>	1.50	.61	1.56	.66	-.703	.486
<b>F15 DF</b>	1.51	.83	1.57	.88	-.789	.434
<b>F16 REC</b>	2.30	1.04	2.14	.93	1.424	.161
<b>F17 AI</b>	2.73	1.39	2.28	.96	3.077	.004
<b>F18 PESS</b>	2.58	1.25	2.33	1.28	1.857	.070

Factores empíricos do QEA: F1 IS – Isolamento Social/Alienação; F2 EMA – Emaranhamento; F3 PER – Padrões Rígidos/Excessivos de realização; F4 PE – Privação Emocional; F5 AB – Abandono; F6 AP – Auto-punição; F7 AS – Auto-sacrifício; F8 VUL – Vulnerabilidade ao Mal e à Doença; F9 DA – Desconfiança/Abuso; F10 IEMOC – Inibição Emocional; F11 SUB – Subjugação; F12 GR – Grandiosidade; F13 FR – Fracasso; F14 DEP – Dependência/Incompetência funcional; F15 DF – Defeito/Incapacidade de ser amado; F16 REC – Procura de Aprovação/Reconhecimento; F17 AI – Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes; F18 PESS – Pessimismo.

### 4.2.3 Poder discriminativo

Para este fim, no intuito de comparar os grupos, tentou-se equiparar os mesmos em termos de sexo, idade, nível sócio-económico e anos de escolaridade completos. Assim, procedeu-se à selecção aleatória de um grupo de elementos do sexo masculino pertencente à amostra geral, cujas variáveis demográficas se equiparassem aproximadamente às características apresentadas pela amostras de Adolescentes com Perturbação de Conduta e com e Problemas Disciplinares. Dado que a amostra Perturbação de Conduta é constituída unicamente por elementos do sexo masculino, pelo facto das instituições onde a recolha de dados se realizou, acolherem exclusivamente rapazes, esta validade irá ser restringida a esse mesmo sexo, no sentido de controlar as diferenças obtidas. Posto isto, na finalidade de verificar se o instrumento em estudo e os respectivos factores apresentam sensibilidade suficiente para distinguir as amostras contempladas, calculou-se uma análise da variância unifactorial (One way ANOVA) e comparações múltiplas *a posteriori*, com base no Tukey e Games-Howeel, consoante o critério da homogeneidade das variâncias, para explorar se existem diferenças entre a amostra geral (n=56), amostra de Problemas Disciplinares (n=43) e amostra Perturbação de Conduta (n=52). Como se pode ver no Quadro 21 abaixo, apenas se conseguiu equiparar as amostras na variável sexo, as restantes variáveis demográficas são de certa forma características das populações, sendo difícil equipará-las.

No entanto, ao comparar os resultados das sub-escalas do YSR, nas 3 amostras, a amostra de adolescentes com Perturbação de Conduta distinguiu-se das restantes nas sub-escalas Anti-social, Ansiedade/Depressão, Problemas de Pensamento e Problemas de Internalização. Esta amostra distingue-se apenas da amostra Geral, no que concerne a Problemas de Externalização (Quadro 22 disponível em anexo).

**Quadro 21. Descrições das amostras, F e qui-quadrado**

	G (n=56)		PD (n=43)		PC (n=52)		F	p
	M	DP	M	DP	M	DP		
<b>Idade</b>	15.79	1.510	14.44	1.098	15.67	1.200	15.273	.000
<b>Anos de Escolaridade</b>	9.09	1.352	7.33	.865	5.52	1.515	102.157	.000
<b>Reprovações</b>	.41	.733	.86	.966	3.04	1.343	95.187	.000
	N	%	n	%	N	%	$\chi^2$	p
<b>Sexo</b>								
Masculino	56	100	43	100	52	100		
Feminino	0	0	0	0	0	0		
<b>Nível Sócio-Económico</b>								
Baixo	42	75.0	33	76.7	48	92.3	6.231	.042
Médio	14	25.0	10	23.3	4	7.7		

G=Geral; PD=Problemas Disciplinares; PC=Perturbação de Conduta; Pat. Comp. =Patologia comportamental

**Quadro 23. Médias, desvios padrão e F e comparações entre os 3 grupos para a solução factorial do QEA obtida na amostra geral**

Factores	G (n=56)		PD (n=43)		PC (n=52)		F	p	Post hoc
	M	DP	M	DP	M	DP			
F1 IS	1.67	.86	1.57	.88	2.05	1.18	3.32	.039	PC> PD*
F2 EMA	2.67	1.14	2.56	1.21	3.10	1.73	2.08	.128	
F3PER	2.89	1.13	2.91	1.37	2.46	1.39	2.04	.134	
F4 PE	1.66	.90	1.95	1.13	2.15	1.24	2.78	.065	
F5 AB	3.31	1.23	3.24	1.42	3.60	1.39	1.00	.370	
F6 AP	2.71	1.12	2.58	1.36	3.02	1.60	1.31	.273	
F7 AS	2.52	.92	2.59	1.06	3.13	1.26	4.94	.008	PC> G*; PC> PD*
F8 VUL	2.32	1.09	2.29	1.04	2.88	1.28	4.36	.014	PC> G*; PC> PD*
F9 DA	2.48	1.15	2.43	1.18	3.13	1.47	4.76	.010	PC> G*; PC> PD*
F10 IEMOC	2.66	1.11	2.28	1.21	2.63	1.44	1.32	.270	
F11 SUB	1.62	.82	1.58	.78	1.36	.89	1.57	.211	
F12 GR	1.90	.86	1.82	.82	1.85	.93	.09	.906	
F13 FR	1.90	.95	2.05	.97	2.23	1.24	1.28	.281	
F14 DEP	1.78	.76	1.66	.70	1.91	.94	1.14	.322	
F15 DF	1.87	1.09	1.79	1.10	1.65	.93	.59	.558	
F16 REC	2.66	.98	2.32	.99	2.05	1.09	4.81	.009	G> PC**
F17 AI	2.55	1.09	2.36	1.31	2.52	1.35	.32	.727	
F18 PESS	2.51	1.14	2.47	1.25	3.28	1.48	6.31	.002	PC> G**; PC> PD*
Total	126.09	32.48	122.72	36.50	136.98	37.52	1.97	.143	

\*\* p<.01; \*\*p<.05

G= amostra geral; PD= Problemas Disciplinares; PC= Perturbação de Conduta.

Factores empíricos do QEA: F1 IS – Isolamento Social/Alienação; F2 EMA – Emaranhamento; F3 PER – Padrões Rígidos/Excessivos de realização; F4 PE – Privação Emocional; F5 AB – Abandono; F6 AP – Auto-punição; F7 AS – Auto-sacrifício; F8 VUL – Vulnerabilidade ao Mal e à Doença; F9 DA –

Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA):  
Estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal  
Laura Santos (e-mail:Laurita\_Filipa@hotmail.com) 2009

Desconfiança/Abuso; F10 IEMOC – Inibição Emocional; F11 SUB – Subjugação; F12 GR – Grandiosidade; F13 FR – Fracasso; F14 DEP – Dependência/Incompetência funcional; F15 DF – Defeito/Incapacidade de ser amado; F16 REC – Procura de Aprovação/Reconhecimento; F17 AI – Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes; F18 PESS – Pessimismo.

Para o instrumento em estudo, embora a amostra de Adolescentes com Perturbação de Conduta apresente na generalidade médias superiores às restantes duas amostras para os factores do QEA, apenas 5 se revelaram significativas (Isolamento social/Alienação, Auto-sacrifício, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Desconfiança/Abuso e Pessimismo). O Factor Procura de Aprovação/Reconhecimento manifestou também diferenças significativas, revelando-se mais elevado na amostra geral relativamente à amostra de Perturbação de Conduta. Relativamente ao total do QEA, embora a média da amostra Perturbação de Conduta seja superior comparativamente à média da amostra geral, as diferenças entre ambas não se revelaram significativas.

#### 4.3 Estudo III: Sensibilidade do QEA à mudança terapêutica

Este objectivo foi estudado a partir de 27 sujeitos da amostra Perturbação de Conduta que frequentaram o Programa *Gerar Percursos Sociais* (GPS) de Rijo et al. (2007). Para esta finalidade procedeu-se à comparação dos dados recolhidos com o QEA em pré e pós tratamento através da realização de testes t para amostras emparelhadas. Para o total do QEA registaram-se diferenças estatisticamente significativas ( $t=2.563$ ,  $p<.05$ ) do valor do pré-teste ( $M=133.19$ ,  $DP=41.68$ ) para o pós-teste ( $M=118.15$ ,  $DP=36.32$ ). No que concerne aos factores obtiveram-se diminuições significativas nos valores médios para 3 dos 8 EPM trabalhados no programa referido – Abandono, Desconfiança/Abuso e Fracasso. Apesar de não ter sido directamente trabalhado o Emaranhamento revelou também diferenças significativas. É possível ainda verificar que o Isolamento Social/Alienação, um outro esquema trabalhado no referido programa, aproximou-se de um valor de significância estatística, sendo que possivelmente, este se revelaria significativo numa amostra maior. Este facto verifica-se, de igual forma, com os EPM Padrões excessivos/rígidos de realização e Inibição Emocional.

**Quadro 24. Teste t para amostras emparelhadas – t para factores empíricos do QEA entre o pré e pós GPS (n=27)**

Factores	Pré GPS		Pós GPS		t	Sig.(bi-caudal)
	M	DP	M	DP		
<b>F1 IS</b>	2.05	1.16	1.63	.80	1.935	.064
<b>F2 EMA</b>	3.01	1.55	2.20	1.23	2.838	.009
<b>F3 PER</b>	2.30	1.40	1.84	.85	1.992	.057
<b>F4 PE</b>	2.14	1.26	2.11	1.50	.083	.934
<b>F5 AB</b>	3.53	1.48	3.03	1.23	2.333	.028

Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA): Estudos de validação numa amostra de adolescentes da população normal  
Laura Santos (e-mail:Laurita\_Filipa@hotmail.com) 2009

<b>F6 AP</b>	2.94	1.76	3.04	1.48	-.369	.715
<b>F7 AS</b>	2.93	1.21	2.79	1.15	.607	.549
<b>F8 VUL</b>	2.91	1.27	2.62	1.38	1.122	.272
<b>F9 DA</b>	2.85	1.40	2.51	1.22	2.314	.029
<b>F10 IEMOC</b>	2.58	1.60	2.06	1.09	1.904	.068
<b>F11 SUB</b>	1.24	.64	1.13	.38	.782	.441
<b>F12 GR</b>	1.99	.88	1.83	1.10	.847	.405
<b>F13 FR</b>	2.16	1.06	1.72	1.03	2.440	.022
<b>F14 DEP</b>	1.90	.96	1.85	.96	.284	.779
<b>F15 DF</b>	1.53	.67	1.64	.89	-.517	.610
<b>F16 REC</b>	2.12	1.17	1.94	1.11	.961	.345
<b>F17 AI</b>	2.56	1.28	2.41	1.47	.530	.601
<b>F18 PESS</b>	3.02	1.45	2.64	1.39	1.707	.100
<b>QEA Total</b>	133.19	41.68	118.15	36.32	2.563	.016

Factores empíricos do QEA: F1 IS – Isolamento Social/Alienação; F2 EMA – Emaranhamento; F3 PER – Padrões Rígidos/Excessivos de realização; F4 PE – Privação Emocional; F5 AB – Abandono; F6 AP – Auto-punição; F7 AS – Auto-sacrifício; F8 VUL – Vulnerabilidade ao Mal e à Doença; F9 DA – Desconfiança/Abuso; F10 IEMOC – Inibição Emocional; F11 SUB – Subjugação; F12 GR – Grandiosidade; F13 FR – Fracasso; F14 DEP – Dependência/Incompetência funcional; F15 DF – Defeito/Incapacidade de ser amado; F16 REC – Procura de Aprovação/Reconhecimento; F17 AI – Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes; F18 PESS – Pessimismo.

## V - Discussão

Os resultados encontrados fornecem um primeiro suporte empírico ao Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA), sugerindo que este oferece uma medida de auto-resposta válida para avaliar o constructo proposto na população a que se destina. O QEA revelou possuir para o total, um nível de consistência interna muito bom ( $\alpha=.93$ ), bem como uma estabilidade temporal elevada ( $r=.84$ ). As sub-escalas revelaram níveis de consistência interna aceitáveis, à excepção do Factor Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes que apresentou um nível inadmissível. Este valor poderá ser uma consequência do facto deste factor ser constituído apenas por dois itens, uma vez que o valor de *alpha* é influenciado pelo número de itens inerentes, aumentando quando estes também aumentam (Field, 2005). Os níveis de estabilidade temporal para as sub-escalas foram todos significativos, oscilando entre moderados e altos, sendo que, apenas os Factores Emaranhamento, Abandono, Auto-punição e Desconfiança/Abuso e Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes revelaram diferenças significativas entre os dois momentos de passagem do instrumento, não se manifestando, assim, estáveis para um período de 3 semanas. À excepção destas 5 sub-escalas pode-se afirmar que os resultados do QEA podem ser generalizáveis. Os níveis de consistência interna encontrados para as amostras clínicas revelaram alguns valores baixos ou mesmo inadmissíveis,

podendo isto, ser uma consequência do facto da estrutura factorial exibida não ser a mais adequada, uma vez que concerne à amostra geral, não sendo extraída especificamente para Problemas de Comportamento, que possivelmente se revelaria diferente. O facto de não se ter efectuado uma análise factorial nas amostras clínicas, confere uma limitação ao presente estudo.

A análise factorial exploratória realizada com os 54 itens revelou uma solução factorial de 18 factores, sobreponíveis aos factores teóricos do YSQ-S3, instrumento a partir do qual foi desenvolvido. Apenas se verificou um agrupamento diferente de alguns itens, sendo que estes vieram verter uma maior amplitude de interpretação aos factores onde emergiram. As correlações encontradas entre os factores entre si foram maioritariamente moderadas, confirmando a validade de constructo do QEA. Relativamente às pequenas nuances de agrupamento de itens, também Lanchenal-Chevallet et al. (2006) encontraram nos estudos de validação do YSQ-S com uma população não clínica em França, uma dependência entre os factores de Grandiosidade e Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes, o que se verificou neste estudo no sentido de união de itens destes mesmos dois esquemas em dois factores, permitindo, no entanto, manter as duas temáticas avaliadas. As diferenças encontradas entre a estrutura factorial que encontramos no nosso estudo e a estrutura factorial do YSQ-S3, poderão ser, de certa forma, devidas a diferentes interpretações resultantes das distintas problemáticas vividas concernentes às fases de desenvolvimento referentes a adolescentes e adultos.

O facto de o QEA possuir os 18 factores correspondentes aos enunciados teoricamente, embute-lhe algum grau de proeminência comparativamente ao *Schema Questionnaire for Children* de Stallard e Rayner (2005) que apenas permite avaliar 10 factores e o *Inventaire des Schémas Précoces pour Enfants* de Rusinek e Hautekeet (1999 cit. in Rusinek, 2004), que por sua vez, avalia também, apenas 13 esquemas. Dado o número maior de EPM avaliados, o número de itens contemplados no QEA, é igualmente superior ao número de itens dos restantes questionários de crianças e adolescentes mencionados. Assim, a redução efectuada a partir de 5 itens por factor, num total de 90 itens constituintes da escala inicialmente proposta, para 3 itens por factor, num total de 54 itens, poderá ser concebida como uma vantagem, num sentido prático. Isto se considerarmos que um questionário constituído por 90 itens se poderia tornar demasiado extenso e maçador, tendo em conta a população a que se destina, e a versão de 54 itens ao revelar características psicometricamente válidas, acresce ao processo de avaliação simplicidade e rapidez.

Dada a existência de correlações significativas entre os factores, atrás mencionada, optou-se por efectuar uma análise factorial de segunda ordem que fez emergir 3 factores: Menos Valia e Desligamento; Ligação Excessiva e Vulnerabilidade Pessoal; e Auto-engrandecimento, sendo este último constituído por esquemas compensatórios. Estes resultados indicam que os factores do QEA se agruparam de forma distinta comparativamente aos estudos efectuados com adultos com diferentes versões do YSQ (Lee et al., 1999; Schmidt et al., 1995). Porém, no estudo realizado por Soygüt et al.

(2008) com o YSQ-S3, é possível encontrar algumas semelhanças, dado que os factores se agruparam praticamente da mesma forma, distribuindo-se, no entanto, por 5 factores. No presente estudo, os EPM encontram-se concentrados em 3 factores, agrupando assim, os domínios Padrões Excessivos e Limites Deteriorados do estudo turco, no domínio Auto-engrandecimento; bem como os domínios de Autonomia Deteriorada e Orientação para os outros, no presente domínio de Ligação Excessiva e Vulnerabilidade Pessoal. Isto poderá se dever ao facto de estes mesmos esquemas estarem já presentes nestas faixas etárias mais jovens, contudo ainda não tão definidos e rígidos, agrupando-se de uma forma ampla e ténue. A solução factorial de segunda ordem difere igualmente da solução de 4 factores encontrada no estudo de Stallard (2007) com crianças (9/10 anos). Esta discrepância poderá ser devida, para além das diferenças de idade dos sujeitos contemplados em ambos os estudos, também às limitações metodológicas do estudo referido, dado que a mesma análise foi realizada apenas com 12 esquemas, compostos cada um por apenas um item, o que compromete os resultados obtidos devido ao reduzido número de itens contemplados, que se manifesta inferior ao requerido (Nunnally, 1978).

As correlações encontradas com o YSQ-S3 foram elevadas entre os factores correspondentes aos dois instrumentos, à excepção do Emaranhamento, o que sugere que o significado atribuído a cada esquema em adolescentes vai ao encontro do constructo avaliado em adultos. No caso do Factor Emaranhamento, a temática avaliada poderá ser ainda sentida como normativa nesta faixa etária, ou seja, o constructo avaliado pelo esquema poderá não se revelar disfuncional nestas idades, tendo em conta que a fase desenvolvimental esperada ainda não se reverta de grande independência. De salientar que no estudo efectuado por Stallard e Rayner (2005) o mesmo EPM não revelou correlações significativas com a versão curta do YSQ. O facto de o Emaranhamento não obter igualmente correlações significativas com as sub-escalas do YSR e STAXI que medem constructos associados à psicopatologia, acrescido ao facto de se correlacionar de forma positiva, embora fraca, com constructos positivos do Auto-conceito como Aceitação Social, Competência Atlética, Atracção Romântica e Auto-estima, atribui ênfase à justificação apresentada. Ainda neste sentido, o factor Padrões Rígidos/Excessivos de Realização poderá ser conotado como funcional nestas idades, uma vez que se verificaram associações lineares positivas entre este e domínios do Auto-conceito como Competência escolar, Competência atlética e Aparência física; e associações em sentido inverso com o EPM Fracasso, avaliado pelo YSQ-S3. Este facto poderá ser interpretado em termos de inexistência de níveis extremos de rigidez cognitiva e comportamental no que concerne ao constructo avaliado por este factor, o que parece estar relacionado a uma adaptação funcional no âmbito escolar, atlético e físico.

Tal como se verificou com o YSQ-S3, também com o IAECA-CA, as correlações encontradas entre os factores que avaliam a mesma temática é elevada, demonstrando que os resultados do QEA efectivamente medem os constructos teóricos subjacentes. Também no que concerne à validade convergente os resultados revelaram-se teoricamente significativos, uma vez

que o total e os factores do QEA se correlacionaram significativamente de forma positiva com as subescalas do STAXI e do YSR, constatando-se uma convergência dos aspectos avaliados, nomeadamente com sub-escalas que avaliam domínios mais de internalização, como é o caso de Expressão de Raiva – *Raiva para dentro* do STAXI e Ansiedade/Depressão do YSR. Contrariamente, os Factores do QEA correlacionaram-se significativamente de forma negativa com os domínios do Perfil de Auto-percepção da Escala de Auto-conceito para Adolescentes, constatando-se aqui uma divergência dos aspectos avaliados. Desta análise pode-se concluir que a presença elevada de um determinado EPM está associada a níveis maiores de psicopatologia, tanto com problemas de externalização como de internalização, e ao mesmo tempo relacionado a níveis mais baixo de certos domínios do auto-conceito e auto-estima. A força das associações encontradas entre as sub-escalas destes instrumentos, que medem sintomatologia ou constructos associados à mesma, e os factores do QEA foram, contudo, em grande número moderadas e algumas fracas, o que se pode dever ao facto de nenhum destes instrumentos medir a mesma dimensão, sendo assim esperado que não se estabeleçam tantas correlações elevadas por não avaliarem o mesmo constructo.

Nas amostras ditas clínicas, verificou-se a existência de uma correlação mais forte entre o total do QEA e o total do YSR. As associações significativas estabelecidas entre dimensões de psicopatologia e factores do QEA foram em número menor, no entanto, pode-se verificar uma maior variabilidade e endosso comparativamente à amostra geral. Observou-se uma força maior de associação, nomeadamente, no caso dos Factores Isolamento social/Alienação, Desconfiança/Abuso, Grandiosidade, Dependência/Incompetência funcional e Defeito/Incapacidade de ser amado, o que pode indicar que estes EPM são mais nucleares e potencialmente mais nocivos, encontrando-se envolvidos na origem e manutenção de dificuldades e psicopatologia. Neste caso, foram encontradas relações fortes com sub-escalas relativas a Traço Raiva do STAXI e Problemas de Internalização medidos pelo YSR. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Schmidt et al. (1995), constatando-se que o QEA, tal como o YSQ, estão positivamente correlacionados com medidas de internalização, e negativamente correlacionados com medidas de auto-estima.

Por outro lado, as comparações efectuadas entre as várias amostras revelaram que efectivamente os grupos problemáticos demonstram médias mais elevadas comparativamente ao grupo de adolescentes da população geral em grande parte dos factores do QEA, no entanto, estas diferenças apenas se manifestaram significativas no que concerne aos factores Isolamento social/Alienação, Auto-sacrifício, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Desconfiança/Abuso e Pessimismo. O Factor Procura de Aprovação/Reconhecimento manifestou, também diferenças significativas, revelando, no entanto que os adolescentes da população geral apresentam uma necessidade maior de procura de aprovação perante os outros comparativamente aos adolescentes com Perturbação de Conduta.

De acordo com Young e Klosko (1994), os EPM estão presentes na população normal, contudo apresentam-se de forma mais extremada e rígida



nas populações clínicas. No seguimento desta premissa, uma das hipóteses colocadas no presente estudo supõe que os Adolescentes com Perturbação de Conduta se distinguiriam dos Adolescentes ditos normais nos EPM's de Abandono, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defeito/Incapacidade de ser amado, Isolamento Social/Alienação, Fracasso, Grandiosidade, Auto Disciplina/Auto-Controlo Insuficientes, bem como dos Adolescentes com Problemas Disciplinares. Contudo esta hipótese não foi corroborada. Os resultados obtidos apontam que dos 8 esquemas enumerados, apenas a Desconfiança/Abuso permite distinguir os adolescentes com Perturbação de Conduta dos outros dois grupos, distinguindo também o mesmo grupo no EPM de Isolamento social/Alienação, apenas relativamente a adolescentes com Problemas Disciplinares. Os adolescentes da população geral não se distinguiram dos Adolescentes com Problemas Disciplinares em nenhum esquema. No entanto, estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos por Richardson (2005) com agressores sexuais adolescentes, e por Cooper e Tiffin (2006) que encontraram, do mesmo modo, como EPM mais associados a adolescentes com Perturbação de Conduta, os EPM de Desconfiança/Abuso e Isolamento Social/Alienação, para além de Inibição Emocional e Grandiosidade que para as nossas amostras não revelaram valores discriminantes. Para a Perturbação Anti-Social da Personalidade, Ball e Cecero (2001), encontraram que esta se associava ao Esquema de Desconfiança/Abuso, Inibição Emocional e Vulnerabilidade ao Mal. Este último não consiste na lista dos 8 esquemas propostos como estando relacionados com Comportamento Anti-social, mas é igualmente diferenciado nos nossos resultados. Tal como no presente estudo, também no estudo de Ball e Cecero (2001), ao contrário do que seria esperado, não foram encontrados os esquemas de Grandiosidade e Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes.

Com o último estudo efectuado pretendeu-se determinar se o QEA é sensível à mudança terapêutica, neste caso evidenciada pela frequência ao programa de grupo GPS. Como já foi referido, este programa pretende flexibilizar os Esquemas que supõe estar na base e manutenção do Comportamento Anti-social, dedicando sessões especificamente focadas ao trabalho dos Esquemas de Abandono, Privação Emocional, Isolamento social/Alienação, Desconfiança/Abuso, Fracasso, Defeito/Incapacidade de ser amado e Grandiosidade, trabalhando ao longo do programa o EPM Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes. Os resultados obtidos referentes à comparação entre as médias das sub-escalas do pré com pós teste foram significativos apenas para 4 esquemas, três deles especificamente trabalhados no programa GPS, sendo eles, o Abandono, a Desconfiança/Abuso e o Fracasso. Tendo em conta as características destes jovens e o contexto em que se encontram, estes esquemas são aqueles mais visíveis e que não envolvem de forma tão profunda o sentido do Eu, supondo-se que estes não se encontram tão influenciados por processos de evitamento e compensação, sendo portanto, mais facilmente trabalhados e avaliados. Neste sentido, pode-se apresentar, desde já, uma limitação contemplada pelo QEA, sendo ela, o facto de não ponderar na avaliação dos esquemas os possíveis níveis de evitamento e compensação característicos

de diversas psicopatologias, neste caso da Perturbação de Conduta, o que se poderá revelar num obstáculo à avaliação fidedigna do constructo em causa. No entanto, ao comparar os resultados obtidos pelo QEA com outros questionários igualmente aplicados como pré e pós GPS, pode-se verificar que os resultados significativos encontrados, também foram em reduzido número nas restantes escalas (os quadros 25-27 relativos a estes resultados encontram-se para consulta em anexo). Posto isto, a hipótese relativa à sensibilidade do QEA para avaliar a mudança terapêutica foi corroborada.

Importa salientar que, tal como qualquer investigação contempla as suas limitações, também o presente estudo se reveste de algumas, que nomeio em seguida. Uma das limitações prende-se com o facto da recolha de dados ser efectuada exclusivamente com instrumentos de auto-resposta, nomeadamente o próprio QEA. Não se pode assumir que todos os adolescentes revelem insight suficiente acerca dos seus processos de personalidade, comportamentos, pensamentos ou sentimentos para fornecer uma auto-descrição precisa (Westen, 2003). O uso de questionário de auto-resposta na avaliação de esquemas, mesmo que esta seja uma prática comum e útil, apresenta as suas limitações, dado que uma das dificuldades na avaliação dos esquemas impõe-se precisamente pela sua conceptualização como estruturas inconscientes, sendo os questionários baseados na consciência e auto-percepção do indivíduo. Contudo, existem autores que defendem que mesmo este constructo opere fora da consciência do indivíduo, dadas as suas consequências ou impacto ao nível de experiências negativas na sua vida, o sujeito tem consciência desse mesmo padrão (Specht, 2005). A nível psicométrico aponta-se como limitação, o facto de não ter sido efectuada uma análise factorial exploratória do QEA com a amostra clínica, dado que para concepção de tal objectivo, seria necessário uma amostra clínica alargada para manter o critério mínimo sugerido por Nunnally (1978) (pelo menos 5 sujeitos por cada item). Desta forma, as validades convergentes com as amostras referentes a problemas comportamentais foram efectuadas com a estrutura factorial estabelecida com adolescentes da população geral. Prendendo-se com esta limitação, também não foi possível equiparar as três amostras nas variáveis demográficas apresentadas, dado o tamanho reduzido das mesmas, e os critérios de selecção determinados não permitirem controlar essas mesmas variáveis aquando a sua recolha.

Tendo em conta que este estudo foi realizado para analisar as características psicométricas e a dimensionalidade do QEA, instrumento recém desenvolvido, este beneficiaria de certas revisões e mais estudos psicométricos. Assim, os resultados encontrados deverão ser confirmados por outros estudos da mesma natureza, a fim de rever e refinar alguns itens e sub-escalas, nomeadamente o Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes, com o intuito de aumentar o seu nível de consistência interna. A realização de uma análise confirmatória, permitiria validar o modelo factorial subjacente. De igual modo, seria relevante reproduzir a estrutura factorial do instrumento em diversas populações clínicas, para testar se empiricamente se verifica a existência de diferentes estruturas factoriais para as populações normal e clínica, acrescido ao objectivo de potenciar os seus ganhos em

contexto clínico e de investigação.

## VI – Conclusões

Os resultados encontrados fornecem um primeiro suporte empírico ao Questionário de Esquemas para Adolescentes (QEA). O Instrumento é composto por 54 itens que se distribuem por 18 factores, que pretendem avaliar os mesmos 18 esquemas propostos teoricamente por Young, evidenciando-se como um novo instrumento para contexto clínico e de investigação no âmbito da Terapia Focada nos Esquemas. Para além de dar mais um passo no sentido do estabelecimento empírico do modelo proposto por Young, uma vez que comprova a existência na população mais jovem do mesmo número de esquemas presentes em adultos, verificou-se, no entanto, que os Esquemas Emaranhamento e Padrões Excessivos/Rígidos de Realização poderão não se evidenciar como disfuncionais em adolescentes. Distintos dos domínios encontrados com estudos efectuados em adultos, revelaram-se os domínios extraídos através da análise de segunda ordem efectuada, que concentrou os 18 factores do QEA em apenas 3 domínios: Menos Valia e Desligamento; Ligação Excessiva e Vulnerabilidade Pessoal; e Auto-engrandecimento.

O presente estudo disponibiliza um instrumento válido – com um nível de consistência interna muito bom ( $\alpha=.93$ ) e uma estabilidade temporal elevada ( $r=.84$ ) -, simples e rápido para recorrer a avaliação de EPM de forma desenvolvimentalmente adequada à população portuguesa mais jovem. Pode assim revelar-se útil no trabalho clínico, dada a sua implicação clínica subjacente à ideia de que a existência de um padrão elevado de EPM's poderá sinalizar a presença de stress, ansiedade, depressão ou afecto negativo. Premissa comprovada através das associações lineares positivas encontradas entre o QEA e as sub-escalas do YSR e STAXI. Contrariamente, encontrou relações inversas com a Escala de Auto-conceito para Adolescentes, inferindo-se que os EPM avaliados pelo QEA evidenciam-se em sentido oposto a constructos de auto-estima e afecto positivo. Assim, o terapeuta poderá complementar a conceptualização do caso com a avaliação da estrutura esquemática subjacente e formular o plano de intervenção. No seguimento, o QEA permite medir os resultados referentes à implementação do tratamento, uma vez que se corroborou a hipótese relativa à sensibilidade do QEA à mudança terapêutica. Relativamente a este estudo, embora os resultados significativos tenham sido obtidos em apenas 4 sub-escalas, ao comparar os resultados obtidos nas restantes escalas utilizadas igualmente para este propósito pode-se verificar que os resultados foram da mesma grandeza.

Para uma melhor implementação e generalização de resultados, há que salientar a necessidade da realização de estudos futuros que tentem estabelecer uma relação entre EPM e perturbações específicas, com a replicação da estrutura factorial do QEA em várias perturbações e estudos que estabeleçam comparações entre adolescentes da população geral e adolescentes com diferentes psicopatologias. Do mesmo modo, posto que os

resultados relativos ao poder discriminativo não foram no sentido da hipótese formulada, uma vez que os adolescentes com Perturbação de Conduta apenas se distinguiram dos adolescentes pertencentes à população geral nos Esquemas Auto-sacrifício, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Desconfiança/Abuso e Pessimismo e não nos 8 esquemas inicialmente propostos, impõe-se a necessidade de aprofundar igualmente esta questão em estudos posteriores.

### Bibliografia

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais-text review* (4ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Anastopoulos, A.D., Temple, E.P., & Shafter, S.D. (2003). Cognitive approaches to understanding, preventing and treating child and adolescent depression. In M.A. Reinecke & D.A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice* (pp. 358-395). Cambridge: University Press.
- 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.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1996). Beyond belief: A theory of modes, personality and psychopathology. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 1-25). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D.P. (2002). Cognitive therapy of personality disorders in patients histories of emotional abuse or neglect. *Psychiatric Annals*, 32, 618-631.
- Bernstein, D. et al. (2008, Outubro). *Agreement of raters in identifying schema modes from videotapes of therapy sessions*. Comunicação apresentada no 3<sup>rd</sup> Annual Meeting of International Society of Schema

Therapy, Coimbra, Portugal.

- Calvete, E. (2008). Justification of violence and grandiosity schemas as predictors of antisocial behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *36*, 1083-1095.
- Cazassa, M.J., & Oliveira, M.S. (2008). Terapia focada em esquema: conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *35* (5), 187-195.
- 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.
- Dodge, K.A. (1993). Social-cognitive mechanisms in the development of conduct disorder and depression. *Annual Review of Psychology*, *44*, 559-584.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (1985). *Clinical applications of rational-emotive therapy*. New York: Plenum.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage.
- Fonseca, A. C., & Monteiro, C. M. (1999). Um inventário de problemas do comportamento para crianças e adolescentes: O Youth Self-Report de Achenbach (CBCL). *Psychologica*, *21*, 79-96.
- Fuqua, D.R., Leonard, E., Masters, M.A., Smith, R.J., Campbell, J.L., & Fischer, P. (1991). A Structural analysis of the state-trait anger expression inventory. *Educational and Psychological Measurement*, *51*, 439-446.
- Glaser, B.A., Campbell, L.F., Calhoun, G.B., Bates, J.M., & Petrocelli, J.V. (2002). The early maladaptive schema questionnaire-short form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, *35*, 2-13.
- Guidano, V.F., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford.
- Harris, A.E., & Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, *26* (3), 405-416.

- Helgeland, M.I., Kjelsberg, E., & Torgersen, S. (2005). Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 1941–1947.
- Hoffart, A., Sextton, H., Hedley, L.M., Wang, C.E., Holthe, H., Haugum, J.A., Nordahl, H.M., Hovland, O.J., & Holte, A. (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.
- Ingram, R. E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, *27*, 77-88.
- James, A.I., Southam, L., & Blackburn, I.M. (2004). Schemas revised. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *11*, 369-377.
- Jovev, M., & Jackson, H.J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, *18* (5), 467-478.
- Kasen, S., Cohen, P., Skodol, A.E., Johnson, J.G., & Brook, J.S. (1999). Influence of child and adolescent psychiatric disorders on young adult personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1529–1535.
- 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.
- Levy, K.N., Becker, D.F., Grilo, C.M., Mattanah, J.J, Garnet, K.E., Quinlan, D.M., Edell, W.S., & McGlashan, T.H. (1999). Concurrent and predictive validity of the personality disorder diagnosis in adolescent inpatients. *American Journal of Psychiatry*, *156*, 1522-1528.
- 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.
- Lochman, J.E., Magee, T.N., & Pardini, D.A. (2003). Cognitive-behavioral interventions for children with conduct problems. In M.A. Reinecke & D.A. Clark (Eds.), *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice* (pp. 441-476). Cambridge: University Press.
- Lourenço, O. (2005). *Psicologia de desenvolvimento cognitivo: Teoria, dados e implicações* (2ª ed.). Coimbra: Almedina.

- Mahoney, M.J. (1993). Introduction to special section: Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 187-193.
- Mandler, G. (1985). *Cognitive psychology: an essay in cognitive science*. Hillsdale: Erlbaum.
- Martins, F. (1995). STAXI (State Trait Anger Expression Inventory). In L. S. Almeida, M. R. Simões & M. M. Gonçalves (Eds.), *Provas psicológicas em Portugal* (vol. 1, pp.209-221). Braga: Associação dos Psicólogos Portugueses.
- Marzillier, J. (1986). Changes in depressive beliefs: An analysis of Beck's Cognitive Therapy for Depression. In P. C. Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (vol. 5, pp. 89-114). London: Academic Press, Inc
- McBride, C., Farvolden, P., & Swallow, S. R. (2007). Major depressive disorders and cognitive schemas. In L.P. Riso, P.L. Toit, D.J. Stein & J. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 11-39). Washington DC: American Psychological Association.
- McGinn, L. K., & Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182-207). New York: The Guilford Press.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology*. New York: Wiley.
- Millon, T., & Davis, R.D. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Wiley Interscience.
- Mota, C.D., Rijo, D., & Pinto Gouveia, J. (2009). Inventário de Evitamento de Young-Rygh: estudos de validação e estrutura factorial numa amostra da população geral. *Psychologica*, 49, 108-137.
- Myers, M.G., Stewart, D.G., & Brown, S.A. (1998). Progression from Conduct Disorder to Antisocial Personality Disorder following treatment for adolescent substance abuse. *American Journal of Psychiatry*, 155, 479-485.
- Nordahl, H.M., Holthe, H., & Haugum, J.A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predictsymptomatic relief? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Nunnally, J. (1978). *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill.

- Pace, T. M. (1988). Schema theory: A framework for research and practice in psychotherapy. *Journal of cognitive psychotherapy: An International Quarterly*, 2, 147-163.
- Peixoto, F., Martins, M. A., Mata, L., & Monteiro, V. (1996). Adaptação da escala de auto-conceito para adolescentes de Susan Harter para a população portuguesa. In L. S. Almeida, S. Araújo, M. M. Gonçalves, C. Machado & M. R. Simões (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (vol. 4, pp. 531-537). Braga: APPORT.
- Pestana, M.H., & Gageiro, J.N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Petrocelli, J.V., Glaser, B.A., Calhoun, G.B., & Campbell, L.F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 546-559.
- Piaget, J., & Inhelder, B.(1995). *A psicologia da criança* (2ª ed.). Porto: Edições Asa.
- Pinto Gouveia, J., & Rijo, D. (2001). Terapia Focada nos Esquemas: questões acerca da sua validação empírica. *Psicologia*. Vol XV (2), 309-324.
- Pinto Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A., & Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30 (5), 571-584.
- Reeve, J. Inck, A. T., & Safran, J. (1993). Toward an integration of cognitive, interpersonal, and experimental approaches to therapy. In G. Striker & J. Gold (Eds.), *Comprehensive Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 113-122). New York: Plenum Press.
- 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. *A Terapia Cognitivo-Interpessoas de Safran*. Trabalho não publicado. Coimbra: Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação - Universidade de Coimbra.



- Rijo, D. (2000). *Avaliação de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos e Psicopatologia – Exploração de diferentes metodologias de avaliação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Especialização em Psicologia Clínica (Cognitiva, Comportamental e Sistémica) apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Rijo, D., & Pinto Gouveia, J. (2008, Outubro). *A confirmatory factor analysis study of the YSQ-S3 in a large Portuguese sample*. Comunicação apresentada na 3<sup>rd</sup> Annual Meeting of International Society of Schema Therapy, Coimbra, Portugal.
- Rijo, D., Sousa, M. N., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M. C., Silva, M. J., Ricardo, N., & Massa, S. (2007). *GERAR PERCURSOS SOCIAIS – Um Programa de Prevenção e Reabilitação Psicossocial para Jovens com Comportamento Desviante*. Ponta Delgada: EQUAL.
- Riso, P.L., & McBride, C. (2007). Introduction: a return to a focus on cognitive schemas. In L.P. Riso, P.L. Toit, D.J. Stein & J. Young (Eds.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioner guide* (pp. 3-9). Washington DC: American Psychological Association.
- Rusinek, S. (2004). Thérapie orientée schémas après évaluation de modifications sémantiques dans un rappel d'histoire. *Annales Médico Psychologiques*, 162, 189–194.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19 (3), 295-321.
- Silva, D.R., Campos, R., & Prazeres, N. (1999). O Inventário de estado-traço de raiva (STAXI) e sua adaptação para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 34, 55-81.
- Simonoff, E., Elander, J., Holmshaw, J. Pickles, A., Murray, R., & Rutter, M. (2004). Predictors of antisocial personality: Continuities from childhood to adult life. *British Journal of Psychiatry*, 184, 118-127.
- Song, L., Singh, J., & Singer, M. (1994). The Youth Self-Report Inventory: A study of its measurement fidelity. *Psychological Assessment*, 6, 236-245.

- Soygüt, 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*, 1-10.
- Specht, M.W. (2005). *Predictive validity of the implicit association test and young schema questionnaire for borderline personality features: An implicit versus explicit comparison*. Dissertação de Doutorado em Filosofia na área de Psicologia Clínica apresentada à Idaho State University.
- Stallard, P. (2007). Early maladaptive schemas in children: stability and differences between a community and a clinic referred sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14 (1), 10-18.
- Stallard, P., & Rayner, H. (2005). The development and preliminary evaluation of a Schema Questionnaire for children (SQC). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 217-224.
- Stein, D.J., & Young, J.E. (1992). *Cognitive science and clinical disorders*. San Diego, CA: Academic Press, Inc.
- Stevens, J.P. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 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 Young schema questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 15 (3), 253-272.
- Theiler, S. (2005). *The efficacy of Early Childhood Memories as indicators of early maladaptive schemas and psychological health*. Dissertação de Doutorado em Filosofia apresentada Swinburne University of Technology.
- Trip, S. (2006). The Romanian version of Young Schema Questionnaire – Short form 3 (YSQ-S3). *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 6 (2), 173-181.
- 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, 137-147.

- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire—short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (4), 519-530.
- Westen, D., Shedler, J., Durrett, C., Glass, S., & Martens, A. (2003). Personality diagnoses in adolescence: DSM-IV Axis II diagnoses and an empirically derived alternative. *American Journal of Psychiatry*, 160, 952–966.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., MacLeod, C., & Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders* (2<sup>nd</sup> 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.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach* (3<sup>rd</sup> ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada no esquema* (3<sup>a</sup>ed.). São Paulo: Artmed Editora.
- Young, J. E., Beck, A. T., & Weinberger, A. (1993). Depression . In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 240-277). New York: Guilford Press.
- Young, J.E., & Behary, W. T. (1998). Schema-focused therapy for personality disorders. In N. Tarrier, A. Wells, & G. Haddock (Eds.), *Treating complex cases. The cognitive behavioural approach* (pp.341-367). New York: John Wiley & Sons.
- Young, J.E., & Klosko, J.S. (1994). *Reinventing your life*. New York: Plume.
- Young, J.E., Klosko, J.S., & Weishaar, M.E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: Guildford Press.
- Young, J. E., & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 11-23.

## Anexos

**Quadro 3. Coeficientes de consistência interna das Sub-escalas do IAECA-CA nas várias amostras do presente estudo**

Sub-escalas	$\alpha$ geral (n=704)	$\alpha$ Problemas Disciplinares (n=52)	$\alpha$ Perturbação de Conduta (n=52)	$\alpha$ Patologia Comportamental (n=102)
Abandono	.848	.815	.770	.807
Defeito	.880	.855	.758	.814
Fracasso	.907	.897	.837	.873
Desconfiança/Abuso	.835	.826	.745	.795
Isolamento Social/Alienação	.912	.799	.694	.741
Privação Emocional	.901	.880	.781	.838
Grandiosidade	.749	.728	.598	.672
Auto-controlo/ Auto-disciplina insuficientes	.845	.846	.811	.827
Total	.944	.938	.907	.925

**Quadro 3.1. Coeficientes de consistência interna das Sub-escalas do YSQ-S3 na amostra do presente estudo**

Sub-escalas	$\alpha$ geral (n=136)
Privação Emocional	.821
Abandono	.823
Desconfiança/Abuso	.822
Isolamento Social/Alienação	.772
Defeito	.857
Fracasso	.867
Dependência/Incompetência funcional	.567
Vulnerabilidade ao Mal e à Doença	.718
Emaranhamento/Eu subdesenvolvido	.598
Subjugação	.759
Auto-sacrifício	.828
Inibição Emocional	.798
Padrões Excessivos de Realização/Hipercriticismo	.507
Grandiosidade	.746
Auto-controlo/ Auto-disciplina insuficientes	.600
Procura de aprovação/Reconhecimento	.793
Pessimismo	.853
Auto-punição	.822

**Quadro 3.2. Coeficientes de consistência interna das Sub-escalas do STAXI em duas amostras do presente estudo**

<b>Domínios</b>	<b>α geral (n=145)</b>	<b>α Perturbação de Conduta (n=52)</b>
Competência Escolar	.679	.678
Aceitação Social	.772	.659
Competência Atléticoa	.837	.661
Aparência Física	.867	.762
Atração Romântica	.732	.516
Comportamento	.709	.727
Amizades Íntimas	.839	.843
Auto-estima	.760	.687

**Quadro 3.3. Coeficientes de consistência interna dos domínios da Escala de Auto-conceito para Adolescentes do Perfil de Auto-percepção em duas amostras do presente estudo**

<b>Sub-escalas</b>	<b>α geral (n=146)</b>	<b>α Perturbação de Conduta (n=52)</b>
Estado de Raiva	.917	.902
Traço de Raiva	.857	.867
Traço de Raiva - Temperamento	.811	.854
Traço de Raiva - Reacção	.735	.723
Expressão de Raiva para dentro	.675	.608
Expressão de Raiva para fora	.781	.742
Expressão de Controlo da Raiva	.866	.872

**Quadro 3.4. Coeficientes de consistência interna das Sub-escalas do YSR nas várias amostras do presente estudo**

<b>Sub-escalas</b>	<b>α geral (n=148)</b>	<b>α Problemas Disciplinares (n=52)</b>	<b>α Perturbação de Conduta (n=52)</b>	<b>α Patologia Comportamental (n=104)</b>
Anti-social	.773	.693	.831	.789
Problemas de Atenção/Hiperactividade	.803	.776	.807	.791
Ansiedade/Depressão	.763	.776	.805	.801
Isolamento	.582	.605	.631	.703
Queixas Somáticas	.708	.748	.687	.714
Problemas de Pensamento/Esquizóide	.717	.673	.697	.709
Problemas de expressão Exteriorizada	.864	.817	.863	.845
Problemas de expressão Interiorizada	.838	.870	.823	.854
Total	.938	.937	.929	.936

#### Quadro 4. Designação e consistência interna dos Factores teóricos

---

##### Factores

---

##### **Privação Emocional ( $\alpha = .79$ )**

- 1 - Não tenho tido ninguém para cuidar de mim, que partilhe segredos comigo ou que se preocupe mesmo com o que me acontece.
- 37 - Não tenho tido pessoas que me dêem carinho, apoio e afecto.
- 55 - Sinto muitas vezes que não sou uma pessoa especial para ninguém.
- 55 - Não tenho tido ninguém que me ouça com atenção, que me compreenda ou que perceba o que realmente sinto e preciso.
- 73 - Não tenho tido ninguém ao meu lado que esteja disponível para me dar conselhos e me ajudar a decidir quando não sei o que hei-de fazer.

##### **Abandono ( $\alpha = .78$ )**

- 2 - Costumo apegar-me demasiado às pessoas que me são mais próximas (por exemplo: amigos, familiares, namorado ou namorada) porque tenho medo que eles me abandonem.
- 20 - Preocupo-me muito com a possibilidade de perder as pessoas de quem gosto e preciso.
- 38 - Preocupa-me que as pessoas de quem mais gosto me deixem ou me abandonem.
- 56 - Quando sinto que alguém de quem eu gosto se está a afastar de mim, sinto-me desesperado, com medo de o/a perder.
- 74 - Às vezes, preocupa-me tanto que as pessoas me possam deixar, que acabo por afastá-las de mim.

##### **Desconfiança/Abuso ( $\alpha = .73$ )**

- 3 - Sinto que as pessoas se vão aproveitar de mim.
- 21 - Sinto que tenho sempre que me defender dos outros, senão eles vão magoar-me de propósito.
- 39 - Mais tarde ou mais cedo, vou acabar por ser traído por alguém.
- 57 - Sinto que sou desconfiado quanto às intenções das outras pessoas.
- 75 - Habitualmente tento descobrir as segundas intenções dos outros ou o verdadeiro motivo pelo qual fazem certas coisas.

##### **Isolamento Social/Alienação ( $\alpha = .85$ )**

- 4 - Não me consigo encaixar em lado nenhum; sinto que sou um desadequado.
- 22 - Não vejo a vida da mesma forma que os outros; sinto-me afastado das outras pessoas.
- 40 - Sinto que não pertença a grupo nenhum; sou um solitário.
- 58 - Sinto-me isolado e afastado das outras pessoas.
- 76 - Quando estou em grupo, sinto-me sempre posto de parte.

##### **Defeito/Incapacidade de ser amado ( $\alpha = .81$ )**

- 5 - Nenhuma pessoa de quem eu goste pode gostar de mim se ficar a conhecer os meus defeitos e pontos fracos.
- 23 - Ninguém de quem eu gosto vai querer ficar comigo se me conhecer tal como eu sou na realidade.
- 41 - Não sou suficientemente bom para merecer o amor, a atenção e o respeito dos outros.
- 59 - Sinto que nunca ninguém me vai amar tal como sou na realidade.
- 77 - Tenho demasiados defeitos para me poder mostrar às outras pessoas tal como sou e deixar que me conheçam bem.

##### **Fracasso ( $\alpha = .85$ )**

- 6 - Quase nada do que faço na escola (ou na formação) é tão bom como aquilo que os outros fazem.
- 24 - Sinto que nunca sou capaz de fazer bem um trabalho na escola ou de atingir os objectivos na formação.
- 42 - Na escola, a maioria das pessoas tem mais capacidades do que eu.
- 60 - Não sou tão bom na escola como a maioria das pessoas. Os outros fazem tudo melhor do que eu.
- 78 - Na escola, não sou tão inteligente como a maior parte dos meus colegas.

##### **Dependência/Incompetência funcional ( $\alpha = .68$ )**

- 7 - Sinto que não sou capaz de me desenrascar sozinho nas coisas do dia-a-dia.  
25 - Preciso muito da ajuda dos outros para conseguir fazer as coisas do dia-a-dia.  
43 - Sou imaturo; não me sei orientar sozinho.  
61 - A minha maneira de ver e as minhas opiniões não são para levar a sério, mesmo em situações do dia-a-dia.  
79 - Não acredito nas minhas capacidades para resolver problemas que possam aparecer.

**Vulnerabilidade ao Mal e à Doença ( $\alpha = .71$ )**

- 8 - Ando sempre com a impressão de que alguma coisa de mal está para acontecer a qualquer momento.  
26 - Sinto que uma desgraça pode atingir-me a qualquer momento (um terramoto, uma doença, etc.).  
44 - Preocupa-me que alguém me agrida (por exemplo, me bata, me dê pontapés, etc.).  
62 - Preocupa-me perder tudo o que tenho e ficar sem nada.  
80 - Preocupa-me vir a ter uma doença grave, apesar do médico dizer que estou bem.

**Emaranhamento ( $\alpha = .68$ )**

- 9 - Em comparação com os meus amigos, continuo ainda muito ligado aos meus pais.  
27 - Eu e os meus pais somos muito próximos. Sabemos tudo acerca da vida e dos problemas uns dos outros.  
45 - Não há segredos lá em casa. Se não contar sempre tudo aos meus pais sinto-me mal com isso. Parece que os estou a trair.  
63 - Muitas vezes sinto que tenho de fazer tudo aquilo que os meus pais querem, e não o que realmente gosto. É como se eu não tivesse vida própria  
81 - Eu e os meus pais estamos tão ligados que parece que somos a mesma pessoa.

**Subjugação ( $\alpha = .62$ )**

- 10 - Sinto que, se fizer tudo o que quero, só me vou meter em sarilhos e arranjar problemas.  
28 - No meu grupo de amigos, sinto que tenho de fazer tudo o que eles querem, senão, eles podem-se chatear comigo, gozarem-me ou pôr-me de lado.  
46 - No meu grupo nunca sigo a minha vontade, faço sempre aquilo que os outros querem que eu faça.  
64 - Como sempre deixei que os meus pais e amigos escolhessem por mim, não sei aquilo que eu realmente quero.  
82 - Para que as outras pessoas respeitem os meus sentimentos e os meus direitos, é preciso que eu me esforce muito.

**Auto-sacrifício ( $\alpha = .68$ )**

- 11 - Sou sempre eu que acabo por tomar conta das pessoas que me são mais chegadas.  
29 - Sou uma boa pessoa, porque me preocupo mais com os outros do que comigo próprio.  
47 - Custa-me dizer não aos pedidos dos meus amigos. Por isso, deixo de ter tempo para fazer as coisas de que gosto.  
65 - Quando há chatices, sou sempre eu que estou lá para ouvir e ajudar os meus amigos.  
83 - Dizem-me muitas vezes para me preocupar mais comigo do que com os outros, que faço demais pelos outros.

**Inibição Emocional ( $\alpha = .77$ )**

- 12 - Custa-me muito mostrar aos outros aquilo que sinto (mesmo sentimentos positivos como o carinho, afecto ou amizade).  
30 - Tenho vergonha de mostrar aquilo que sinto às outras pessoas.  
48 - Custa-me agir de forma natural quando estou com outras pessoas.  
66 - Como tento esconder aquilo que sinto, as pessoas pensam que não tenho sentimentos ou que tenho um "coração de pedra".  
84 - As pessoas acham que não sou capaz de dizer ou mostrar o que sinto.

**Padrões excessivos/ rígidos de realização ( $\alpha = .70$ )**

- 13 - Tenho que ser o melhor em tudo o que faço; não aceito ficar em segundo lugar.  
31 - Esforço-me por ser sempre o melhor naquilo que faço, não me chega ser apenas bom.  
49 - Tenho que estar à altura de todas as minhas responsabilidades e obrigações.
-



67 - Preciso de estar sempre a fazer qualquer coisa. Na escola ou noutras actividades não consigo estar sem fazer nada de útil.

85 - Não me posso desleixar nas coisas que são da minha responsabilidade. Para mim, não há espaço para erros.

**Grandiosidade/Superioridade ( $\alpha = .61$ )**

14 - Quando quero alguma coisa dos outros, tenho muita dificuldade em aceitar um "não" como resposta.

32 - Sinto que sou especial (sou melhor). Não devia ser obrigado a aceitar muitas das regras que são impostas aos outros.

50 - Detesto que me impeçam ou que me proibam de fazer aquilo que quero e me apetece.

68 - Sinto que mereço tratamento especial: não devia ter que obedecer às regras que as outras pessoas têm que seguir.

86 - Sinto que o que eu tenho para oferecer é muito melhor do que aquilo que os outros têm para me dar.

**Auto-controlo e Auto-disciplina insuficientes ( $\alpha = .73$ )**

15 - Não tenho força de vontade suficiente para me obrigar a fazer as coisas aborrecidas do dia-a-dia.

33 - Quando não consigo atingir um objectivo facilmente, fico chateado com isso e desisto logo.

51 - Tenho muita dificuldade em continuar uma tarefa se não tiver logo a recompensa. Coisas que dão muito trabalho não são para mim.

69 - Não me consigo obrigar a fazer coisas de que não gosto, mesmo quando sei que é para o meu próprio bem.

87 - Tenho muita dificuldade em acabar as coisas que comecei, raramente as consigo levar até ao fim.

**Procura de aprovação/Reconhecimento ( $\alpha = .73$ )**

16 - Conhecer pessoas importantes e ter coisas caras faz-me sentir uma pessoa com valor.

34 - Dá-me mais gozo conquistar algo se isso for uma coisa em que os outros reparam.

52 - Sinto-me pouco importante quando não recebo muita atenção dos outros.

70 - Quando participo numa aula ou quando conheço alguém, é importante para mim sentir que causei boa impressão.

88 - Para me sentir uma pessoa com valor, tenho que receber muitos elogios dos outros.

**Pessimismo/Preocupação ( $\alpha = .78$ )**

17 - Mesmo quando as coisas parecem estar a correr bem, tenho sempre a ideia que isso não vai durar muito tempo. "Era sorte a mais".

35 - Quando acontece alguma coisa boa, fico sempre à espera que aconteça algo de mau a seguir.

53 - Todo o cuidado é pouco; quase sempre alguma coisa corre mal.

71 - Por mais que me esforce, tenho sempre a ideia que posso perder tudo o que tenho e ficar na miséria.

89 - Tenho medo que uma decisão errada da minha parte possa trazer consequências desastrosas.

**Auto-punição ( $\alpha = .73$ )**

18 - Sempre que cometer um erro, mereço ser castigado.

36 - Se não me esforçar ao máximo e der o meu melhor, é de esperar que as coisas corram mal.

54 - Se não cumprir com os meus deveres, mereço sofrer as consequências.

72 - Não interessa porque é que errei. Se o fiz, é justo que sofra as consequências e seja punido.

90 - Sou uma pessoa má, por isso mereço ser castigado

---

**Quadro 4.1. Privação Emocional – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .79$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
<b>1</b>	<b>.476</b>	<b>.785</b>
19	.559	.762
<b>37</b>	<b>.522</b>	<b>.788</b>
55	.705	.709
73	.675	.726

**Quadro 4.2. Abandono – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .78$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
<b>2</b>	<b>.485</b>	<b>.756</b>
20	.534	.740
38	.652	.697
56	.639	.702
<b>74</b>	<b>.442</b>	<b>.768</b>

**Quadro 4.3 Desconfiança/Abuso – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .73$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
<b>3</b>	<b>.436</b>	<b>.703</b>
<b>21</b>	<b>.459</b>	<b>.693</b>
39	.479	.686
57	.572	.647
75	.508	.675

**Quadro 4.4 Isolamento Social/Alienação – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .85$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
<b>4</b>	<b>.594</b>	<b>.841</b>
22	.683	.819
40	.658	.825
58	.739	.805
<b>76</b>	<b>.665</b>	<b>.823</b>

**Quadro 4.5 Defeito/Incapacidade de ser amado – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .81$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
5	.567	.783
23	.677	.748
<b>41</b>	<b>.517</b>	<b>.796</b>
59	.676	.749
<b>77</b>	<b>.562</b>	<b>.783</b>

**Quadro 4.6. Fracasso – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .86$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
<b>6</b>	<b>.589</b>	<b>.838</b>
<b>24</b>	<b>.593</b>	<b>.839</b>
42	.690	.812
60	.744	.798
78	.701	.809

**Quadro 4.7. Dependência/Incompetência funcional – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .68$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
<b>7</b>	<b>.411</b>	<b>.646</b>
25	.480	.616
43	.477	.623
<b>61</b>	<b>.384</b>	<b>.657</b>
79	.466	.619

**Quadro 4.8. Vulnerabilidade ao Mal e à Doença – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .71$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
<b>8</b>	<b>.439</b>	<b>.671</b>
26	.520	.641
<b>44</b>	<b>.363</b>	<b>.700</b>
62	.463	.663
80	.555	.620

**Quadro 4.9.Emaranhamento – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha= .68$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
<b>9</b>	<b>.441</b>	<b>.621</b>
27	.524	.581
45	.555	.566
<b>63</b>	<b>.058</b>	<b>.762</b>
81	.617	.544

**Quadro 4.10. Subjugação – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha= .62$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
<b>10</b>	<b>.210</b>	<b>.676</b>
28	.458	.518
46	.468	.524
<b>64</b>	<b>.403</b>	<b>.549</b>
82	.408	.539

**Quadro 4.11. Auto-Sacrifício – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha= .68$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
11	.407	.644
29	.521	.593
<b>47</b>	<b>.352</b>	<b>.666</b>
<b>65</b>	<b>.387</b>	<b>.654</b>
83	.519	.592

**Quadro 4.12. Inibição Emocional – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha= .77$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
12	.586	.716
30	.600	.711
<b>48</b>	<b>.441</b>	<b>.764</b>
<b>66</b>	<b>.531</b>	<b>.736</b>
84	.569	.724

**Quadro 4.13. Padrões Excessivos/Rígidos de Realização – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .70$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
13	.450	.655
31	.560	.605
<b>49</b>	<b>.400</b>	<b>.676</b>
<b>67</b>	<b>.359</b>	<b>.693</b>
85	.529	.625

**Quadro 4.14. Grandiosidade/Superioridade – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .61$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
14	.397	.544
32	.471	.520
<b>50</b>	<b>.312</b>	<b>.606</b>
68	.385	.562
<b>86</b>	<b>.350</b>	<b>.568</b>

**Quadro 4.15. Auto-controlo e auto-disciplina insuficientes – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .73$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
15	.525	.673
<b>33</b>	<b>.478</b>	<b>.690</b>
51	.490	.685
<b>69</b>	<b>.467</b>	<b>.695</b>
87	.511	.680

**Quadro 4.16. Procura de Aprovação/Reconhecimento – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .73$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
<b>16</b>	<b>.413</b>	<b>.704</b>
34	.553	.650
52	.453	.691
<b>70</b>	<b>.438</b>	<b>.701</b>
88	.587	.641

**Quadro 4.17. Pessimismo/Preocupação – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .78$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
17	.576	.724
35	.574	.727
53	.609	.714
<b>71</b>	<b>.527</b>	<b>.741</b>
<b>89</b>	<b>.464</b>	<b>.763</b>

**Quadro 4.18. Auto-Punição – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .73$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
18	.604	.629
<b>36</b>	<b>.383</b>	<b>.727</b>
54	.616	.623
72	.585	.638
<b>90</b>	<b>.262</b>	<b>.747</b>

**Quadro 4.19. QEA – Estatísticas item-total e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877)**

Item nº	R item-total	Alfa de Cronbach (removendo item)
1	.360	.955
2	.429	.955
3	.442	.955
4	.444	.955
5	.484	.955
6	.480	.955
7	.375	.955
8	.565	.955
9	.276	.956
10	.351	.955
11	.358	.955
12	.462	.955
13	.271	.956
14	.366	.955
15	.373	.955
16	.320	.955
17	.530	.955
18	.383	.955
19	.356	.955
20	.412	.955
21	.547	.955

22	.546	.955
23	.512	.955
24	.492	.955
25	.413	.955
26	.436	.955
27	.036	.957
28	.517	.955
29	.366	.955
30	.513	.955
31	.253	.956
32	.323	.955
33	.421	.955
34	.407	.955
35	.510	.955
36	.410	.955
37	.603	.955
38	.518	.955
39	.558	.955
40	.475	.955
41	.466	.955
42	.534	.955
43	.404	.955
44	.400	.955
45	.150	.956
46	.498	.955
47	.498	.955
48	.517	.955
49	.267	.956
50	.338	.956
51	.415	.955
52	.563	.955
53	.606	.955
54	.400	.955
55	.508	.955
56	.525	.955
57	.542	.955
58	.539	.955
59	.546	.955
60	.500	.955
61	.457	.955
62	.511	.955
63	.448	.955
64	.471	.955
65	.293	.956
66	.460	.955
67	.269	.956
68	.356	.955
69	.403	.955
70	.368	.955

---

71	.598	.955
72	.344	.955
73	.497	.955
74	.568	.955
75	.486	.955
76	.491	.955
77	.549	.955
78	.472	.955
79	.503	.955
80	.448	.955
81	.184	.956
82	.573	.955
83	.404	.955
84	.522	.955
85	.305	.956
86	.417	.955
87	.437	.955
88	.526	.955
89	.534	.955
90	.351	.955

---



**Quadro 7. Correlações de Pearson com sig. (bi-caudal) entre os factores empíricos do QEA (n=877)**

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8	F9	F10	F11	F12	F13	F14	F15	F16	F17
F2	-.097(**)																
F3	.126(**)	.214(**)															
F4	.593(**)	-.165(**)	.110(**)														
F5	.272(**)	.164(**)	.161(**)	.240(**)													
F6	.193(**)	.267(**)	.286(**)	.174(**)	.308(**)												
F7	.226(**)	.208(**)	.230(**)	.203(**)	.462(**)	.264(**)											
F8	.296(**)	.186(**)	.227(**)	.253(**)	.473(**)	.400(**)	.343(**)										
F9	.451(**)	NS	.239(**)	.413(**)	.480(**)	.303(**)	.387(**)	.445(**)									
F10	.474(**)	.072(*)	.169(**)	.426(**)	.338(**)	.196(**)	.304(**)	.350(**)	.420(**)								
F11	.449(**)	.080(*)	.131(**)	.378(**)	.311(**)	.161(**)	.275(**)	.293(**)	.363(**)	.423(**)							
F12	.293(**)	NS	.327(**)	.260(**)	.163(**)	.117(**)	.120(**)	.304(**)	.339(**)	.281(**)	.319(**)						
F13	.451(**)	NS	NS	.389(**)	.377(**)	.237(**)	.230(**)	.380(**)	.355(**)	.412(**)	.401(**)	.263(**)					
F14	.405(**)	NS	.101(**)	.308(**)	.263(**)	.173(**)	.163(**)	.323(**)	.312(**)	.362(**)	.349(**)	.419(**)	.508(**)				
F15	.556(**)	NS	.072(*)	.497(**)	.327(**)	.189(**)	.205(**)	.354(**)	.402(**)	.492(**)	.433(**)	.258(**)	.521(**)	.380(**)			
F16	.395(**)	NS	.359(**)	.350(**)	.364(**)	.198(**)	.230(**)	.359(**)	.456(**)	.351(**)	.362(**)	.513(**)	.334(**)	.447(**)	.347(**)		
F17	.310(**)	-.079(*)	.229(**)	.310(**)	.247(**)	.103(**)	.098(**)	.231(**)	.343(**)	.296(**)	.291(**)	.433(**)	.239(**)	.394(**)	.325(**)	.485(**)	
F18	.425(**)	NS	.117(**)	.389(**)	.437(**)	.324(**)	.302(**)	.482(**)	.559(**)	.423(**)	.397(**)	.297(**)	.448(**)	.389(**)	.420(**)	.433(**)	.297(**)

\*\* .p < .01, \* .p < .05, NS. Correlação não significativa

Factores empíricos do QEA: F1 – Isolamento Social/Alienação; F2 – Emaranhamento; F3 – Padrões Rígidos/Excessivos de realização; F4 – Privação Emocional; F5 – Abandono; F6 – Auto-punição; F7 – Auto-sacrifício; F8 – Vulnerabilidade ao Mal e Doença; F9 – Desconfiança/Abuso; F10 – Inibição Emocional; F11 – Subjugação; F12 – Grandiosidade; F13 – Fracasso; F14 – Dependência/Incompetência funcional; F15 – Defeito/Incapacidade de ser amado; F16 – Procura de Aprovação/Reconhecimento; F17 – Auto-controlo/Auto-disciplina insuficientes; F18 – Pessimismo.

**Quadro 10. QEA – Estatísticas item-total e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877)**

Item nº	R item-total	Alfa de Cronbach (removendo item)
5	.471	.927
11	.346	.927
12	.455	.926
13	.268	.928
14	.357	.927
15	.352	.927
17	.516	.926
18	.386	.927
19	.348	.927
20	.403	.927
22	.531	.926
23	.498	.926
25	.405	.927
26	.435	.927
27	.047	.930
28	.504	.926
29	.356	.927
30	.509	.926
31	.251	.928
32	.325	.927
34	.398	.927
35	.506	.926
38	.503	.926
39	.548	.926
40	.471	.926
42	.525	.926
43	.390	.927
45	.163	.929
46	.485	.926
51	.401	.927
52	.555	.926
53	.601	.925
54	.405	.927
55	.499	.926
56	.512	.926
57	.534	.926
58	.535	.926
59	.430	.926
60	.481	.926
62	.496	.926
68	.354	.927
72	.341	.927
73	.487	.926
75	.476	.926
78	.457	.926
79	.480	.926

80	.441	.927
81	.202	.928
82	.571	.926
83	.398	.927
84	.514	.926
85	.302	.928
87	.419	.927
88	.511	.926

**Quadro 10.1. F1 Isolamento Social/Alienação – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .80$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
22	.640	.739
58	.688	.691
40	.619	.754

**Quadro 10.2. F2 Emaranhamento – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .78$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
27	.602	.711
45	.610	.702
81	.630	.684

**Quadro 10.3. F3 Padrões Excessivos/Rígidos de Realização – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .70$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
31	.564	.548
13	.532	.590
85	.462	.674

**Quadro 10.4. F4 Privação Emocional – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .78$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
19	.532	.792
73	.694	.625
55	.657	.672

**Quadro 10.5. F5 Abandono – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .78$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
20	.584	.729
38	.636	.701
56	.604	.719
62	.523	.760

**Quadro 10.6 F6 Auto-Punição – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .77$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
72	.606	.692
18	.603	.696
54	.608	.690

**Quadro 10.7. F7 Auto-Sacrifício – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .64$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
29	.494	.469
83	.504	.453
11	.352	.656

**Quadro 10.8. F8 Vulnerabilidade ao Mal e à Doença – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .65$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
26	.497	.500
80	.512	.478
82	.384	.643

**Quadro 10.9. F9 Desconfiança/Abuso – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .67$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
75	.503	.535
57	.517	.516
39	.414	.651

**Quadro 10.10. F10 Inibição Emocional – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .72$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
12	.571	.605
30	.584	.588
84	.488	.702

**Quadro 10.11. F11 Subjugação – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .73$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
46	.574	. <sup>a</sup>
28	.574	. <sup>a</sup>

**Quadro 10.12. F12 Grandiosidade/Superioridade – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .64$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
68	.480	.517
32	.481	.497
51	.412	.622

**Quadro 10.13. F13 Fracasso – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .83$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
78	.711	.762
60	.722	.758
42	.681	.776
79	.529	.839

**Quadro 10.14. F14 Dependência/Incompetência funcional – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .61$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
25	.433	.485
43	.436	.495
87	.405	.553

**Quadro 10.15. F15 Defeito/Incapacidade de ser amado – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .77$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
5	.567	.736
23	.651	.636
59	.618	.687

**Quadro 10.16. F16 Procura de Aprovação/Reconhecimento – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .69$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
88	.573	.521
52	.478	.635
34	.473	.640

**Quadro 10.17. F17 Auto-controlo e auto-disciplina insuficientes – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .39$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
15	.246	. <sup>a</sup>
14	.246	. <sup>a</sup>

**Quadro 10.18. F18 Pessimismo/Preocupação – Estatísticas item-total factor e alfa se o item for retirado para amostra geral (n=877) ( $\alpha = .74$ )**

Item nº	R item-total factor	Alfa de Cronbach (removendo item)
35	.603	.625
17	.564	.672
53	.550	.682

Quadro 22. Médias, desvios padrão e F e comparações entre os 3 grupos para a solução factorial do QEA obtida na amostra geral

Sub-escalas	Geral (n=56)		Problemas Disciplinares (n=43)		Perturbação de Conduta (n=52)		F	p	Post hoc
	M	DP	M	DP	M	DP			
Anti-social	4.59	3.34	5.91	3.61	8.12	5.20	9.89	.000	PC> G**, PC> PD*
Problemas de Atenção/Hiperactividade	7.89	4.23	8.40	4.04	9.17	5.04	1.11	.331	
Ansiedade/Depressão	2.62	3.33	2.86	2.99	4.75	4.06	5.71	.004	PC> G**, PC> PD*
Isolamento	6.09	2.68	4.65	2.65	7.81	3.21	14.47	.000	PC> G>PD**, G> PD*
Queixas Somáticas	2.75	2.85	3.14	3.09	3.37	3.02	.59	.555	
Problemas de Pensamento	1.82	2.12	2.19	2.28	4.17	2.87	13.99	.000	PC> G**, PC> PD**
Problemas de Exteriorização	12.48	7.01	14.30	6.65	17.29	8.80	5.48	.005	PC> G**
Problemas de Internalização	11.46	7.57	10.65	7.47	15.92	7.79	6.95	.001	PC> G**, PC> PD**
Total	40.57	21.84	42.16	20.91	55.27	23.38	6.89	.001	PC> G**, PC> PD*

\*\*  $p < .01$ ; \*\*  $p < .05$

G= amostra geral; PD= Problemas Disciplinares; PC= Perturbação de Conduta.

**Quadro 25. Teste de Sinais de Wilcoxon – Scores Z para sub-escalas do STAXI entre o pré e pós GPS (n=27)**

	Z	Exact Sig.(bi-caudal)
Estado Raiva	-.853 <sup>a</sup>	.414
Traço Raiva	-1.456 <sup>a</sup>	.151
Traço Raiva – <i>Temperamento</i>	-1.475 <sup>a</sup>	.148
Traço Raiva – <i>Reacção</i>	-1.098 <sup>a</sup>	.285
Exp. da Raiva – <i>Raiva para dentro</i>	-1.353 <sup>a</sup>	.183
Exp. da Raiva – <i>Raiva para fora</i>	-.100 <sup>a</sup>	.928
Exp. da Raiva – <i>Controlo da Raiva</i>	-2.150 <sup>a</sup>	.030

<sup>a</sup>. Baseado em *ranks* negativos.

**Quadro 26. Teste t para amostras emparelhadas – t para sub-escalas do YSR entre o pré e pós GPS (n=27)**

	t	Sig.(bi-caudal)
Anti-social	1.275	.213
Problemas de Atenção/Hiperactividade	.660	.515
Ansiedade/Depressão	1.721	.097
Isolamento	1.039	.309
Queixas Somáticas	2.557	.016
Problemas de Pensamento	1.903	.068
Problemas de Exteriorização	1.134	.267
Problemas de Internalização	2.487	.020
YSR Total	2.217	.036

**Quadro 27. Teste t para amostras emparelhadas – t para domínios do Perfil de Auto-percepção da Escala de Auto-conceito para Adolescentes entre o pré e pós GPS (n=27)**

	t	Sig.(bi-caudal)
Competência Escolar	.493	.626
Aceitação Social	2.361	.026
Competência Atlético	.092	.927
Aparência Física	-.695	.493
Atracção Romântica	3.032	.005
Comportamento	-.418	.680
Amizades Íntimas	.416	.681
Auto-estima	.201	.842