



Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

**Esquemas cognitivos e crenças mal-adaptativos da
personalidade: elaboração de um instrumento de avaliação**

Alexandre José de Souza Peres

Brasília, DF

2008

Universidade de Brasília

Instituto de Psicologia

Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

**Esquemas cognitivos e crenças mal-adaptativos da personalidade:
elaboração de um instrumento de avaliação**

Alexandre José de Souza Peres

Brasília, DF

2008

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

**Esquemas cognitivos e crenças mal-adaptativos da personalidade:
elaboração de um instrumento de avaliação**

Alexandre José de Souza Peres

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações
como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre
em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações.**

Orientador: Professor Luiz Pasquali, Docteur

Brasília, DF

2008

Esquemas cognitivos e crenças mal-adaptativos da personalidade: elaboração de um instrumento de avaliação

Dissertação defendida e aprovada pela banca examinadora constituída por:

Professor Luiz Pasquali, Docteur
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília
Presidente

Professor Doutor Bartholomeu Tôrres Tróccoli
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília
Membro

Professor Doutor Jacob Arie Laros
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília
Membro

Dedicatória

À Renata, pelo carinho e dedicação.

Agradecimentos

Ao meu pai, minha mãe, irmãs e irmão pelo apoio. Aos meus sobrinhos, tios e primos pela alegria. Ao Fred. Aos meus grandes colegas e amigos da graduação e do movimento estudantil, especialmente Lúcia, Charlie, Getúlio, Frank, Teresa, Samira, Giuliano, Karla e Jimmy.

Ao Professor Pasquali, pelo grande exemplo e sábio pragmatismo. Sinto-me muito orgulhoso de ter sido seu orientando. A todos os meus professores do Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Pelo apoio, compreensão, empenho e entusiasmo, à Professora Renata, Professor Dárcio e Professor Luiz Avelino.

Aos meus colegas do Ministério do Desenvolvimento Social, especialmente Carolina, por seu apoio.

Ao meu auxiliar de pesquisa, Clécio, e aos meus alunos da disciplina de Técnicas de Exame Psicológico, da Universidade de Brasília - durante meu estágio supervisionado em docência no ensino superior.

À direção e professores do Colégio Alto Paranaíba, em Carmo do Paranaíba, Minas Gerais, e à direção e alunos da Universidade do Estado de Goiás em Campos Belos, Goiás. À todas as pessoas que participaram do estudo.

A todos vocês, meus agradecimentos.

Sumário

Lista de Tabelas	x
Lista de Quadros	xi
Lista de Figuras	xii
Resumo	xiii
Abstract	xiv
Introdução	1
Desenvolvimento da Terapia Cognitiva e da Teoria Cognitiva das Psicopatologias	6
O Modelo Cognitivo das Psicopatologias	11
Esquemas e Crenças	12
A Hipótese da Especificidade Cognitiva	14
Teoria Cognitiva da Personalidade e dos Transtornos da Personalidade	16
Transtorno da Personalidade Dependente	18
Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva	23
Transtorno da Personalidade Histriônica	26
Avaliação da personalidade na Terapia Cognitiva	29
Importância de Identificar Esquemas e Crenças Mal-adaptativos	36
Objetivo Geral	39
Objetivos Específicos	39
Hipóteses	39
Método	40
Construção do instrumento de medida	40
Delimitação do objeto psicológico e atributos a serem medidos pelo instrumento	40
Definição Constitutiva	41
Definição Operacional dos Construtos	41

Definição operacional dos esquemas mal-adaptativos da personalidade dependente ...	41
Definição operacional dos esquemas mal-adaptativos da personalidade obsessivo-compulsiva	42
Definição operacional dos esquemas mal-adaptativos da personalidade histriônica	42
Elaboração dos Itens	43
Análise Teórica dos Itens	43
Estudo Piloto	44
Validação do Instrumento	45
Método	45
Amostra	45
Instrumentos	45
Procedimentos	47
Resultados	49
Análise Exploratória dos Dados	49
Fatorabilidade da matriz das correlações dos itens do QECP	49
Análise Exploratória da Estrutura do QECP	50
A extração e a rotação dos componentes	51
Análise da Estrutura de Três Componentes	52
Consistência Interna dos Três Componentes	55
Interpretação dos Componentes	56
Componente 1: Personalidade Dependente	56
Componente 2 –Personalidade Obsessivo-Compulsiva	57
Componente 3 –Personalidade Histriônica	58
Análise da Validade Convergente	59
Discussão e Conclusão	63
Limitações do Estudo	68
Agenda de Pesquisa	68

Referências Bibliográficas	70
Anexos	78
Anexo 1 – Personality Belief Questionnaire	79
Anexo 2 – Personality Disorder Belief Questionnaire	80
Anexo 3 – Instrumento utilizado no estudo piloto	81
Anexo 4 – Questionário de Esquemas e Crenças da Personalidade (QECP)	82

Lista de Tabelas

Tabela 1. Amostra da pesquisa	46
Tabela 2. Autovalores iniciais e critérios de Harmam e Kaiser para extração de fatores ou componentes	50
Tabela 3. Matriz das correlações entre os componentes extraídos	52
Tabela 4. Itens complexos e itens com carga fatorial inferiores a 0,30	52
Tabela 5. Matriz <i>Pattern</i> do Componente 1	53
Tabela 6. Matriz <i>Pattern</i> do Componente 2	54
Tabela 7. Matriz <i>Pattern</i> do Componente 3	55
Tabela 8. Correlação de Pearson entre os Fatores do IFP e os Componentes do QECP	61

Lista de Quadros

Quadro 1. Crenças e estratégias básicas associadas aos transtornos da personalidade....	18
Quadro 2. Descrição do Transtorno da Personalidade Dependente a partir do SWAP- 21 200 feita por uma amostra estadunidense de psicólogos clínicos e psiquiatras	21
Quadro 3. Conteúdo (crenças) dos esquemas característicos do Transtorno da 22 Personalidade Dependente	22
Quadro 4. Descrição do Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva a partir 24 do SWAP-200 feita por uma amostra estadunidense de psicólogos clínicos e psiquiatras	24
Quadro 5. Conteúdo (crenças) dos esquemas característicos do Transtorno da 25 Personalidade Obsessivo-Compulsiva	25
Quadro 6. Descrição do Transtorno da Personalidade Histriônica a partir do SWAP- 27 200 feita por uma amostra estadunidense de psicólogos clínicos e psiquiatras	27
Quadro 7. Conteúdo (crenças) dos esquemas característicos do Transtorno da 29 Personalidade Histriônica	29
Quadro 8. Descrição dos Fatores do Inventário Fatorial da Personalidade	47
Quadro 9. Algumas correlações esperadas entre componentes do QECP e fatores do 60 IFP	60

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Scree plot</i> da matriz das correlações do QECP	51
Figura 2. Distribuição das respostas no Componente 1 – Personalidade Dependente ..	57
Figura 3. Distribuição das respostas no Componente 2 – Personalidade Obsessivo-Compulsiva	58
Figura 4. Distribuição das respostas no Componente 3 – Personalidade Histriônica ...	59

Resumo

A teoria cognitiva da psicopatologia postula que cada transtorno mental é caracterizado por um conjunto específico de esquemas mal-adaptativos. Este estudo levantou e testou a hipótese de que os esquemas idiossincráticos dos transtornos da personalidade também se distribuem em uma estrutura fatorial em amostras não-clínicas. Para tanto, foi construído um questionário de avaliação dos esquemas mal-adaptativos (QECP) teoricamente relacionados aos transtornos das personalidades dependente, obsessivo-compulsiva e histriônica. A estrutura fatorial encontrada se assemelha à teoria. Os índices de confiabilidade variaram entre 0,81 e 0,91. A análise de correlação de Pearson entre os componentes QECP e dos fatores do Inventário Fatorial da Personalidade, apresentaram evidências para validade convergente do questionário. Os resultados apontaram evidências de que os esquemas avaliados desempenham alguma função na personalidade dos indivíduos, independente de um diagnóstico de transtorno da personalidade. Novos estudos com amostras mais abrangentes e instrumentos que avaliem os esquemas relacionados a todos os transtornos da personalidade são necessários.

Palavras-chave: personalidade; transtornos da personalidade; esquemas da personalidade; crenças da personalidade; terapia cognitiva.

Abstract

The cognitive theory of psychopathology posits that each mental disorder is characterized by a specific set of maladaptive schemata. This study raised and tested the hypothesis that the personality disorders schemata can also be distributed in a factor structure in non-clinical samples. A questionnaire for assessing maladaptive schemata theoretically related to the dependent, obsessive-compulsive and histrionic personality disorders was elaborated. Component analysis supported the existence of three hypothesized set of schemata, which were similar to the theory. Reliability indices ranged between 0.81 and 0.91. Analysis using Pearson correlations between QECP's components and *Inventário Fatorial da Personalidade* (Personality Factorial Inventory) showed evidences of convergent validity of the questionnaire. Evidences that schemata assessed by QECP plays a role in the personality of subjects, regardless of a personality disorder diagnostic were found. Further studies with instruments that assess the schemata related to all of the personality disorders and more comprehensive samples and are necessary.

Keywords: personality; personality disorders; personality schemata; personality beliefs; cognitive therapy.

INTRODUÇÃO

A terapia cognitiva é uma das abordagens psicoterápicas mais extensivamente pesquisadas em todo o mundo (Butler, Chapman, Forman & A. Beck, 2006). Seus princípios teóricos e diretrizes terapêuticas vêm sendo sistematicamente aplicados, de forma eficaz e demonstrável, em uma ampla extensão de transtornos psicológicos e em populações clínicas de todas as idades e em vários contextos (A. Beck, 1991, 1993, 2005, 2006; J. Beck, 1997; Butler e cols., 2006; Freeman & Dattilio, 1998; Friedberg & McClure, 2004; Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark, 1997; Young, 2003).

A abordagem cognitiva tem como princípios uma teoria abrangente da personalidade e da psicopatologia que busca se articular adequadamente com suas diretrizes psicoterápicas, além do desenvolvimento constante de estudos empíricos que fundamentem a teoria e que testem a eficácia da psicoterapia (A. Beck, 1991, 1993, 2005, 2006).

A terapia cognitiva desenvolveu-se a partir do achado de que o processamento de estímulos externos e internos em indivíduos com transtornos psicológicos apresenta vieses e distorções. Além disso, pessoas com problemas psicológicos tendem a associar significados e emoções hiperbólicos às suas experiências (A. Beck, 2006).

A noção de esquemas cognitivos é central para a terapia e teoria cognitivas (E. Lopes, R. Lopes & Lobato, 2006). A teoria considera que a personalidade é formada por valores centrais (esquemas cognitivos) que se desenvolvem bem cedo na vida do indivíduo como resultado da relação de determinismo recíproco entre o ambiente, as características e o comportamento do indivíduo (Bandura, 1996, 2001; A. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1982; A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck e cols., 2005; Cervone, 2000; Freeman & Dattilio, 1998; Friedberg & McClure, 2004; Funder, 2001).

Os esquemas são estruturas cognitivas organizadas categóricamente e hierarquicamente. Eles caracterizam um sistema de processamento de informações que modula a recepção e a resposta aos estímulos externos e internos. Por meio deles, os indivíduos elaboram, selecionam e codificam ativamente as informações, interpretando os eventos que acontecem a si e aos outros. Os esquemas precedem, selecionam e acionam estratégias comportamentais relevantes e moldam profundamente o funcionamento emocional e comportamental dos indivíduos (A. Beck, Rush & cols., 1982; A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005; Freeman & Dattilio, 1998; Friedberg & McClure, 2004; Young, 2003).

Os esquemas auxiliam a entender e a organizar o mundo e, considerando o grande número de estímulos simultâneos apresentados a todo instante aos indivíduos, representam formas econômicas de processamento de informações. Embora afetem as reações emocionais e comportamentais dos indivíduos, os esquemas não necessariamente causam dificuldades emocionais ou comportamentais (Greenberg & A. Beck, 1989; Padesky, 1994).

Por outro lado, os esquemas parecem desempenhar um papel fundamental na manutenção das psicopatologias, juntamente a outras raízes etiológicas. Informações consistentes com os esquemas existentes são elaboradas e codificadas, enquanto informações incompatíveis são ignoradas ou esquecidas (Greenberg & A. Beck, 1989; Padesky, 1994).

Ao modular o processamento de informações, os esquemas mal-adaptativos não permitem às pessoas notar ou desafiar informações contraditórias àquelas regras normativas mantidas por eles. Em consequência, ocorre uma distorção sistemática na seleção e codificação de informações e interpretação de quaisquer experiências, provocando uma tendência de cometer uma série de erros cognitivos (A. Beck, 1991, 1993, 2005, 2006; Hawton e cols. 1997; Freeman & Dattilio, 1998; Padesky, 1994; Lopes e cols., 2006).

Subjacentes aos vieses e distorções interpretativas nas psicopatologias, estão crenças mal-adaptativas incorporadas aos esquemas cognitivos. Ao serem ativados por eventos externos (como eventos estressores ou drogas, por exemplo), os esquemas mal-adaptativos tendem a enviesar o processamento de informações, produzindo o conteúdo cognitivo típico de cada transtorno psicológico (A. Beck, 1993, 2005, 2006; Lopes e cols., 2006).

Disso, conclui-se que as psicopatologias são padrões afetivos e cognitivos caracterizados por esquemas idiossincráticos, com variações estabelecidas pela história de vida e características individuais. Os indivíduos são influenciados por esses esquemas mal-adaptativos na organização da percepção do mundo, de si mesmo e de seu futuro, além de sua adaptação às mudanças da vida. Assim, vivenciam reações emocionais exageradas e se engajam em comportamentos também mal-adaptativos (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005).

Nos pacientes com transtornos da personalidade, as crenças mal-adaptativas são consideradas supergeneralizadas, inflexíveis, imperativas e resistentes a mudanças. Considera-se que essas estruturas cognitivas têm conteúdo idiossincrático ainda mais

personalizado que é ativado durante esses transtornos psicológicos, tornando-se hipervalentes. Quando hipervalentes, esses esquemas com conteúdo específico passam a orientar todo o processamento de informações, induzindo a um viés sistemático nos processos cognitivos e assim inibindo outros esquemas mais adaptativos, adequados ou realísticos (Greenberg & A. Beck, 1989; A. Beck & Freeman, 1993; Padesky, 1994; A. Beck, Freeman & Davis, 2005).

Os esquemas idiossincráticos de cada transtorno da personalidade atuam como nas síndromes sintomáticas (depressão e ansiedade, por exemplo), porém, em uma base mais contínua, sendo ativados não só durante as síndromes sintomáticas, mas ao longo da vida do indivíduo, fazendo parte do processamento habitual de informações. O limiar de ativação desses esquemas é baixo e, assim, eles são ativados facilmente e superam esquemas mais adequados ou adaptativos.

Da mesma forma, nos transtornos da personalidade, certos padrões de comportamento apresentam-se superdesenvolvidos, enquanto outros são subdesenvolvidos. Essas estratégias “superdesenvolvidas podem ser derivativos ou compensações de um tipo específico de auto-conceito e uma resposta a determinadas experiências desenvolvimentais” (A. Beck, Freeman & Davis, 2005, p. 45).

A partir da configuração dessas estratégias é possível distinguir entre os perfis cognitivos específicos de cada um dos transtornos da personalidade. Esses perfis podem ser reflexos das estratégias comportamentais adotadas pelos pacientes e constituem a forma como ocorre o processamento da informação (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005).

De acordo com A. Beck, Freeman e Davis (2005), essas estratégias são estabelecidas e mantidas com objetivos de adaptação evolutiva. Segundo os autores, os protótipos dos padrões de personalidade podem estar relacionados à herança filogenética, mais especificamente a estratégias de base evolutiva, que de alguma forma foram determinadas geneticamente para exercer funções relacionadas à sobrevivência e à reprodução, favorecidas pelos processos de seleção natural.

De acordo com essa teoria, o papel da história evolutiva na formação dos padrões de pensamento, sentimento e ação estão relacionados à adoção de estratégias etológicas. Assim, considera-se que programas cognitivo-afetivo-motivacionais muito antigos na história evolutiva do homem possam exercer influência nos processos cognitivos, nos afetos e na motivação (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005).

Essas estratégias, como a predação e a competitividade, que foram úteis durante a

evolução da espécie humana, não necessariamente se adaptam à cultura atual, aos objetivos pessoais e às normas grupais. A adoção de uma estratégia considerada mal-adaptativa para a sociedade atual pode levar, junto a outros fatores, ao desenvolvimento do que classificamos de transtorno da personalidade e conseqüentemente está relacionada a todo o processamento cognitivo psicopatológico explicado anteriormente (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005).

Cabe ressaltar que esse processo não é típico somente dos transtornos da personalidade. Segundo A. Beck, Freeman & Davis (2005), esse mesmo processo ocorre com transtornos sintomáticos, como depressão e ansiedade, e também está relacionado às características da personalidade dos indivíduos. Qualquer indivíduo pode vir a adotar uma estratégia mal-adaptativa vez ou outra, no entanto, nas psicopatologias isso ocorre de forma sistemática, como derivativos de estratégias primitivas, expressos de forma hiperbólica.

Young (2003) relaciona a origem dos esquemas mal-adaptativos também a temas extremamente estáveis e duradouros, desenvolvidos durante a infância e elaborados ao longo da vida, recorrentes e disfuncionais em um grau significativo, ativados por acontecimentos ambientais relevantes e ligados a altos níveis de afeto quando ativados.

A partir de trabalho clínico e teórico, Beck & Freeman (1993) descreveram esquemas prototípicos específicos de nove transtornos da personalidade: evitativa, dependente, passivo-agressiva, obsessivo-compulsiva, anti-social, narcisista, histriônica, esquizóide e paranóide. Os autores propuseram uma lista com esquemas cognitivos relacionados a cada transtorno, obtidos através de semelhanças entre pacientes com o mesmo tipo de transtorno.

A partir dessa proposição surgiu o interesse em avaliar sistematicamente a existência de esquemas específicos para cada transtorno da personalidade. Posteriormente, outros estudos identificaram esquemas característicos do transtorno limítrofe de personalidade (Arntz, Dietzel & Dreessen, 1999; A. Beck, Butler, Brown, Dahlsgaard & J. Beck, 2001). Young (2003) também sugeriu a existência de cinco domínios de esquemas, compostos por 18 esquemas iniciais mal-adaptativos como dimensões fundamentais da patologia da personalidade.

Dessa forma, como meio de avaliar os grupos idiossincráticos de crenças disfuncionais de cada transtorno da personalidade, começaram a ser desenvolvidos instrumentos com o objetivo clínico de traçar perfis cognitivos e testar a hipótese do conteúdo idiossincrático de cada transtorno da personalidade.

O desenvolvimento de instrumentos com essa finalidade ainda se encontra em fase de estudos em alguns países e, no Brasil, pouca ou nenhuma pesquisa é ou foi feita com esse objetivo. Os instrumentos já elaborados são o *Thoughts Questionnaire* (Nelson-Gray, 1991, citado em Nelson-Gray, Huprich, Kissling, & Ketchum, 2004), o *Personality Belief Questionnaire* (A. Beck & J. S. Beck, 1995), o *Young Schema Questionnaire* em suas formas longa e curta (Young, 2003a, 2003b) e o *Personality Disorder Belief Questionnaire* (Dressen, Arntz & Weertman, 2004). Deles, nenhum foi adaptado e validado para a realidade brasileira até o momento (Conselho Federal de Psicologia, 2008).

Considerando que o principal objeto de intervenção da terapia cognitiva são os esquemas cognitivos mal-adaptativos, o acesso às informações possibilitadas por esses instrumentos é de grande valia para os processos de psicodiagnóstico e avaliação psicológica e para conceituação de casos e tomada de decisões clínicas.

Uma vez identificados, os esquemas cognitivos mal-adaptativos revelam temas conceituais que articulam a história de desenvolvimento do indivíduo à estratégias compensatórias, reações disfuncionais e situações atuais dos pacientes (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005).

Nesse contexto, este estudo estabeleceu como objetivo geral elaborar e validar em uma amostra não-clínica um instrumento de medida para avaliação de crenças mal-adaptativas da personalidade dependente, histriônica e obsessivo-compulsiva, a partir da teoria cognitiva da personalidade e da psicopatologia da personalidade e de instrumentos já construídos com o mesmo objetivo.

Assim, espera-se contribuir para suprir a demanda por um instrumento válido de avaliação da personalidade na abordagem cognitiva e explorar a hipótese de que os esquemas cognitivos específicos dos transtornos da personalidade também se distribuem em uma estrutura fatorial em amostras não-clínicas.

Desenvolvimento da Terapia Cognitiva e da Teoria Cognitiva das Psicopatologias

A partir da formulação inicial de um modelo cognitivo da depressão feita por A. Beck (A. Beck, 1963, 1964; A. Beck e cols., 1982), a terapia cognitiva desenvolveu-se e hoje é considerada como a abordagem de crescimento mais rápido e uma das mais intensamente pesquisadas em todo o mundo (Prochaska & Narcross, 2003, conforme citado em A. Beck, 2005; A. Beck, 2006; Butler e cols., 2006).

Desde seu surgimento, a terapia cognitiva progride continuamente no

desenvolvimento de sua teoria e prática e da análise empírica de ambos. Também conhecida como terapia cognitiva-comportamental, a abordagem cognitiva envolve explorar o significado das experiências dos indivíduos, identificar temas consistentes relacionados aos relatos verbais e aos comportamentos e conectar experiências passadas e presentes (A. Beck, 2005).

Segundo A. Beck (2005), os termos “terapia cognitiva” e “terapia cognitivo-comportamental” são usados como sinônimos frequentemente. O termo terapia cognitivo-comportamental descreve abordagens fundamentadas no modelo cognitivo, abordagens que utilizam conjuntos de técnicas cognitivas e comportamentais e, ainda, abordagens que tentam unir as duas estruturas teóricas.

A terapia comportamental trouxe à terapia cognitiva uma maior atividade do terapeuta, a operacionalização de procedimentos específicos, o estabelecimento de objetivos de curto e longo prazo, a designação de tarefas a serem realizadas pelo paciente em casa e a mensuração de variáveis mediacionais e resultados (A. Beck, 2005).

Neste estudo, por tratarmos quase exclusivamente do modelo cognitivo da personalidade e das psicopatologias, adotaremos o termo “terapia cognitiva”. No entanto, ressaltamos que o termo adotado abrange também estudos referentes ao que muitos pesquisadores denominam de “terapia cognitivo-comportamental”.

Juntamente às terapias psicodinâmicas, a terapia cognitiva é uma das formas mais aplicadas de tratamento dos transtornos da personalidade e as evidências acerca de sua eficácia são crescentes (Perry, Banon & Ianni, 1999; Leichsenring & Leibing, 2003; Weertman & Arntz, 2007).

A. Beck (2005) apontou que a metodologia de pesquisa para desenvolver e avaliar essa nova abordagem envolveu várias etapas. A principal delas se caracterizou pela tentativa de identificar elementos cognitivos idiossincráticos nas diversas psicopatologias a partir de dados clínicos. As outras etapas consistiram em desenvolver e testar medidas que sistematizassem essas observações clínicas e formular diretrizes para a abordagem psicoterápica.

A revolução cognitiva nas décadas de 1950 e 1960 influenciou fortemente a estrutura teórica da terapia cognitiva (Mahoney, 1977). De acordo com A. Beck (2005) os escritos de Albert Ellis e George Kelly tiveram uma influência especial.

Albert Ellis introduziu uma abordagem psicoterápica abrangente, a qual denominou inicialmente de terapia racional-emotiva, que visava lidar com aspectos emocionais e comportamentais dos distúrbios emocionais, mas principalmente com o estresse e o

pensamento (Ellis, 1994, 1997a, 1997b, 1998). Em muitos aspectos, a abordagem de Ellis se assemelha àquela elaborada inicialmente por A. Beck.

De acordo com a teoria de Ellis (1994), os problemas psicológicos surgem a partir de percepções incorretas e crenças enganosas relacionadas às formas como os indivíduos percebem as coisas; a partir de reações emocionais inadequadas (ou mínimas ou exageradas); e a partir de padrões comportamentais disfuncionais, que dispõem os indivíduos a manter respostas mal-adaptativas mesmo conhecendo evidências que as contrariam.

A teoria reacional-emotiva (Ellis, 1994, 1997a, 1997b, 1998) também dá uma grande ênfase em grupos de crenças (às quais Ellis classificou como irracionais) dos indivíduos, que englobam atitudes, expectativas e regras pessoais, que são considerados causas frequentes dos problemas psicológicos. O objetivo da abordagem também é a modificação ou reformulação dessas crenças mal-adaptativas em crenças mais sensíveis, realísticas e úteis, denominadas por Ellis de racionais.

A teoria de George Kelly (1991, 1955) foi denominada de psicologia dos construtos pessoais (*psychology of personal constructs*). O postulado básico dessa teoria construtivista é a de que os processos individuais são psicologicamente canalizados pelas formas como os indivíduos antecipam eventos, ou seja, o comportamento é visto mais como antecipatório do que como reativo.

De acordo com Vicent (1984a, 1984b), a teoria de Kelly enfatiza a capacidade dos indivíduos em construir o mundo, e não simplesmente em responder a ele, uma vez que o mundo só pode ser conhecido a partir de nossas construções acerca dele. Essas construções ou representações do mundo, chamadas de construtos, constituem a forma como o interpretamos. Assim, segundo essa teoria, as pessoas só podem conhecer o mundo a partir de seus construtos que, por isso, são relativos.

A teoria de Kelly (1991, 1955) estabelece que as pessoas se diferenciam umas das outras pela forma como explicam os eventos, ou seja, por seus construtos. Os construtos pessoais são únicos, uma vez que cada ser humano apresenta uma forma única de dar sentido às suas experiências, considerando suas pré-concepções e expectativas. Além disso, cada pessoa desenvolve um sistema de construtos e estabelece relações ordinais entre eles.

Entre outros diversos aspectos formais e classificações dos construtos, cabe ressaltar que eles não são considerados necessariamente verbais, uma vez que antes mesmo que se possa expressar por rótulos verbais, ao discriminar um estímulo já se separou os

eventos por suas similaridades e diferenças (Kelly, 1991, 1955).

Kelly (1991, 1955) apontou que uma das principais contribuições de sua teoria foi o desenvolvimento de formas de prever como uma pessoa irá se comportar, a partir da análise dos construtos pessoais dos indivíduos e de seus opostos como formas de comportamentos em potencial. Ainda, na teoria da psicologia dos construtos pessoais, a psicopatologia é vista como uma construção pessoal qualquer, mas que é usada repetidamente mesmo que consistentemente invalidada pela realidade.

Na terapia cognitiva, o modelo da psicopatologia foi baseado, originalmente, no modelo de processamento de informações. Na psicopatologia, o processamento de estímulos internos ou externos é enviesado e, por isso, as codificações e interpretações das experiências dos indivíduos são sistematicamente distorcidas. Esse viés no processamento de informações leva a uma variedade de erros cognitivos, como abstração seletiva, supergeneralização e personalização (A. Beck, 2005).

Essas interpretações distorcidas se organizam em estruturas cognitivas, denominado de esquemas, que por sua vez são compostos por crenças e pensamentos automáticos. Quando ativados, eles influenciam o processamento de informações, enviesando-o e produzindo o conteúdo cognitivo específico de cada transtorno psicológico (A. Beck, 2005).

Em artigos retrospectivos sobre a terapia cognitiva, A. Beck (1991, 2006) narrou as observações e formulações iniciais feitas por ele e seus colaboradores que subsidiariam a teoria cognitiva das psicopatologias e da personalidade.

Após sua formação no *Philadelphia Psychoanalytic Institute*, A. Beck estava interessado em validar os construtos teóricos da psicanálise de forma a torná-los mais aceitáveis para a comunidade científica. Para tanto, decidiu focar seus esforços na depressão, transtorno considerado por ele como o mais comum em sua prática na clínica psicanalítica. Suas primeiras observações, na década de 1960, ocorreram durante tratamento psicodinâmico com pacientes deprimidos, tendo como base a análise de sonhos, verbalizações e associações livres (A. Beck, 1991, 2006).

De acordo com A. Beck (2006), a teoria psicanalítica, à época, caracterizava a depressão como uma raiva inconsciente e inaceitável contra pessoas próximas. Essa raiva seria reprimida (por ser direcionada a pessoas próximas) e então redirecionada ao *self*. Assim, para validar esse construto, A. Beck esperava poder encontrar essa hostilidade por meio da análise do conteúdo de sonhos de pacientes deprimidos e de pacientes não-deprimidos. No entanto, deparou-se com uma descoberta que contrariava a formulação

psicanalítica. A hostilidade estava mais presente no conteúdo dos sonhos dos pacientes não-deprimidos do que nos sonhos dos pacientes deprimidos.

Ao reexaminar os sonhos dos pacientes deprimidos, A. Beck encontrou o que chamou de uma anomalia. Nos sonhos, esses pacientes não se apresentavam hostis, mas rejeitados, abandonados ou frustrados - como vítimas das circunstâncias ou de outras pessoas. Inconformado com seus achados, A. Beck formulou e testou sem sucesso a hipótese de que os sonhos na verdade expressariam uma necessidade de sofrimento derivada da culpa pela hostilidade inconsciente. Além disso, os pacientes descreviam suas experiências e eles próprios da mesma forma como apareciam nos sonhos (A. Beck, 2006).

A. Beck formulou outra hipótese, a de que havia uma continuidade entre a ideação consciente e os conteúdos dos sonhos e que, dessa forma, não havia ali um trabalho de forças inconscientes, mas um processo básico no qual os pacientes viam a si mesmos de uma forma negativista. Segundo ele, não havia necessidade de ir mais fundo no inconsciente para buscar explicações (A. Beck, 2006).

Um modelo baseado nas representações internas dos pacientes de si mesmos, das suas experiências e do seu futuro dava conta não somente dos sonhos, mas também dos sintomas. Se os pacientes enxergam a si mesmos como imperfeitos e incompetentes, seu futuro sem esperanças e sua vida como cheia de problemas impossíveis de serem superados; então, é inevitável que eles se sintam tristes, sejam autocríticos, desistam e pensem no suicídio como uma saída de uma dor implacável. (A. Beck, 2006, p. 1139-1140).

A partir desses achados, A. Beck identificou tipos específicos de pensamentos, os quais os pacientes não percebiam claramente e não relatavam nas associações livres. Esses pensamentos pareciam ocupar um lugar periférico no consciente e, de fato, a menos que os pacientes fossem direcionados, não eram capazes de notá-los. Apesar disso, A. Beck creditou a esses pensamentos um papel importante na vida psíquica de seus pacientes. Eles apareciam rápida e automaticamente, eram plenamente plausíveis para os indivíduos e não se sujeitavam à vontade ou a algum outro controle consciente (A. Beck, 1991, 2006).

Por outro lado, os pacientes eram capazes de notar com clareza afetos desagradáveis que sempre sucediam ao que A. Beck denominou, em princípio, de pensamentos automáticos (cognições). A percepção desses afetos ocorria mesmo quando os pacientes não notavam ou notavam apenas parcialmente os pensamentos automáticos precedentes (A. Beck, 1991, 2006).

A probabilidade de relatar essas cognições era baixa nas associações livres. Mas, os pacientes aprendiam prontamente a focar sua atenção nesses pensamentos automáticos quando o terapeuta (ou os próprios pacientes) apontava mudanças no afeto ou usava alguma técnica de sondagem cognitiva (como a pergunta “O que você está pensando neste exato momento?”). Quando a atenção dos pacientes era direcionada, eles começavam a relatar várias dessas cognições, especialmente em resposta à sondagem cognitiva (A. Beck, 1991).

Diante dessas observações sobre os pensamentos automáticos, A. Beck supôs que teria se deparado com outro nível de consciência, talvez análogo, segundo ele, ao fenômeno descrito na psicanálise como “pré-consciente”. Esse nível de consciência seria mais relevante internamente, ou seja, estava mais relacionado a um sistema de comunicação interno (o que as pessoas falavam consigo mesmas) e a um sistema de automonitoramento do que a um sistema de comunicação usual externo (com outras pessoas) (A. Beck, 2006).

De acordo com A. Beck (1991), a visão negativista permeava processos como autoavaliação, atribuições causais, expectativas, inferências e memória. Também se manifestava por meio da autoestima baixa, autocríticas, culpas, previsões e interpretações negativistas e memórias desagradáveis (A. Beck, 1991).

Diante do pensamento negativista regular na depressão, A. Beck conjecturou a presença de uma mudança cognitiva negativista, de tal forma que informações positivas relevantes para o indivíduo são filtradas (bloqueio cognitivo), enquanto informações negativistas relevantes são prontamente admitidas (A. Beck, 1991, 2006).

Os pacientes deprimidos tendiam a interpretar negativamente situações ambíguas, quando uma interpretação positiva era mais apropriada. Eles também bloqueavam ou rotulavam como negativas experiências que outras pessoas considerariam positivas, bem como magnificavam suas próprias experiências desagradáveis. Soma-se aos pensamentos automáticos uma série de outras cognições que A. Beck denominou de erros no pensamento (ou erros característicos no processamento de informações): abstração seletiva, supergeneralização, pensamento dicotômico e exagero (dos aspectos negativos de suas experiências) (A. Beck, 1991, 2006; Hawton e cols., 1997; Freeman & Dattilio, 1998).

Ainda, A. Beck descobriu que os temas negativistas pareciam ser universais em todos os tipos ou subtipos de depressão: reativa, endógena, bipolar ou orgânica. Além disso, eles apareciam sempre que uma sintomatologia depressiva estava presente, mesmo nos casos em que o diagnóstico primário não fosse de depressão (A. Beck, 1991). Isso está

relacionado ao fato de os esquemas cognitivos e crenças mal-adaptativos envolvidos na depressão também tornarem os sujeitos vulneráveis a eventos de vida específicos.

Posteriormente, em observações feitas em pacientes mais severamente deprimidos, A. Beck notou que essas cognições ocupavam uma posição dominante na consciência, ao contrário da suposição anterior de que eram periféricos. A articulação dessas cognições trouxe à tona temas negativistas, como privação, doenças ou fracasso. Agrupadas, as cognições formavam uma categoria de interpretação negativista acerca do *self*, do ambiente e do futuro, denominada de tríade cognitiva da depressão (A. Beck, 1991, 2006).

O Modelo Cognitivo das Psicopatologias

De acordo com o modelo cognitivo das psicopatologias, as diferenças entre os transtornos estão no conteúdo dos esquemas e crenças mal-adaptativos e nas interpretações enviesadas associadas a cada transtorno. Enquanto na depressão os esquemas mal-adaptativos estão relacionados a uma visão negativista, por exemplo, na ansiedade estão relacionados à vulnerabilidade e ao medo de ameaças físicas ou psicológicas (A. Beck, 1976, conforme citado em Clark, A. Beck & Brown, 1989).

Os significados atribuídos aos eventos a partir da visão e temas negativistas idiossincráticos descobertos por meio de observações de pacientes deprimidos estão relacionados a questões sociais vitais, como fracasso e sucesso, aceitação e rejeição, respeito ou desdém (A. Beck, 1991).

Diversos modelos teóricos cognitivos de psicopatologias foram propostos e todos davam destaque ao papel fundamental da mediação cognitiva nas respostas comportamentais e afetivas. Os modelos diferenciam-se no que diz respeito à explicação dada a essa mediação (Clark e cols., 1989).

As abordagens psicoterápicas cognitivas pressupõem que fatores cognitivos específicos estão fortemente relacionados à etiologia, curso e tratamento dos transtornos psicológicos. Ainda, diversas pesquisas apontam que as variáveis cognitivas são importantes determinantes das disfunções emocionais (Ingram, Kendall, Smith, Donnel, & Ronan, 1987).

De acordo com Ingram e Kendall (1986, conforme citado em Clark e cols., 1989) as variáveis cognitivas podem ser divididas, em sua maioria, em termos de estrutura e conteúdo, operação e produto do sistema de processamento de informações. Variáveis de estrutura e conteúdo referem-se, respectivamente, a forma de organização interna das

informações (esquemas ou redes associativas, por exemplo) e aos conteúdos armazenados nessas estruturas. As variáveis de operação referem-se aos processos envolvidos no sistema de processamento de informações, enquanto produtos são as variáveis resultantes desses processos (pensamentos automáticos, crenças e imagens, por exemplo).

Na visão da terapia cognitiva (A. Beck, 1967, 1976, 1987), a mediação cognitiva envolve a interação das variáveis relacionadas à estrutura, tema, operação e produto num sistema de processamento de informações defectível. Em outras palavras, estruturas funcionais (esquemas) direcionam a seleção, codificação, organização e recuperação (memória) de estímulos (A. Beck e cols., 1982; Clark e cols., 1989).

Esquemas e Crenças

Nas psicopatologias, o sistema de processamento de informações defectível é ativado por estruturas (os esquemas) cognitivas mal-adaptativas. Consequentemente, a consciência é dominada pelos produtos (crenças e imagens) resultantes desse processamento. Desta forma, a atribuição de significados constitui uma rede de símbolos, crenças, suposições, fórmulas e regras conectadas a memórias. Essas crenças são formadas cedo na vida e se encaixam em uma estrutura, denominada de esquema cognitivo, não apenas pelo seu conteúdo, mas pela valência, densidade, flexibilidade e permeabilidade (A. Beck, 1991).

Os esquemas cognitivos existem em um estado latente, considerando a continuidade do conteúdo das crenças a cada recorrência da psicopatologia. Além disso, quando esses esquemas são ativados por alguma experiência, eles precipitam a ocorrência do transtorno. Consequentemente, as interpretações de quaisquer experiências serão feitas de acordo com os esquemas cognitivos correspondentes (A. Beck, 1991).

Os esquemas podem ser caracterizados quanto ao seu conteúdo, que pode estar ligado a relacionamentos pessoais (outras pessoas ou o self) ou impessoais (objetos e tarefas, por exemplo). Podem ser concretos (objetos, por exemplo) ou abstratos (ética e moral, por exemplo). Os esquemas possuem qualidades estruturais como amplitude (estreita, moderada e ampla), flexibilidade ou rigidez (relacionada a sua capacidade de modificação) e densidade (seu papel central na organização cognitiva). Os esquemas também podem ser considerados em termos de sua valência ou nível de ativação (em um *continuum* de latente a hipervalente) (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005). Ainda, os esquemas se organizam de acordo com sua função e conteúdo, por

exemplo: avaliação de si, avaliação dos outros, memórias.

A. T. Beck e cols. (1982) introduziram o conceito de esquemas na terapia cognitiva, creditando sua origem ao trabalho de Piaget (1950). No entanto, segundo Harvey e cols. (1961) (conforme citado em Padesky, 1994), A. T. Beck formulou um novo construto ao definir que esquemas são as estruturas que codificam e avaliam os estímulos submetidos ao organismo, organizando o ambiente em diversas facetas psicologicamente relevantes. É através dos esquemas que os indivíduos são capazes de categorizar e interpretar suas experiências.

Em trabalhos posteriores de A. T. Beck e seus colaboradores definiram esquemas como padrões cognitivos estáveis e regras específicas que orientam o processamento de informações e o comportamento (Beck e cols., 1979, conforme citado em Padesky, 1994; A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005).

Padesky (1994) faz uma diferenciação, que considera clinicamente útil entre esquemas (crenças centrais), suposições adjacentes (crenças condicionais) e pensamentos automáticos. A pesquisadora considera que os dois tipos de crenças são teoricamente similares, conquanto sejam estruturas cognitivamente mais profundas que os pensamentos automáticos.

As crenças fazem com que os indivíduos ignorem e não reconheçam dados contrários a própria crença e que, principalmente, foquem, de modo seletivo, dados que confirmem sua visão (J. Beck, 1997; 2005). De acordo com a formulação cognitiva, os pensamentos automáticos resultam da interação de crenças (pensamentos) e situações simbólicas (imagens).

No entanto, segundo Padesky (1994), a avaliação e modificação de crenças centrais e de crenças condicionais requerem processos terapêuticos diferenciados. Enquanto o trabalho com crenças condicionais pode se beneficiar de estratégias comportamentais, o mesmo não ocorre com as crenças centrais, que devem ser alvo de técnicas cognitivas.

Como já destacado, os esquemas cognitivos fazem parte do desenvolvimento cognitivo normal, como forma de entender e organizar o mundo, agrupando experiências em categorias. Assim, os esquemas não estão necessariamente relacionados a questões patológicas (Padesky, 1994).

As crenças centrais são os esquemas de maior interesse para a clínica cognitiva, já que estão relacionadas intimamente aos estados afetivos e aos padrões comportamentais. Esses esquemas desempenham um papel central na manutenção das psicopatologias e problemas psicológicos (Padesky, 1994), uma vez que determinam a forma como iremos

processar as informações.

Os esquemas são mantidos mesmo quando expostos a evidências que os contradizem, pois provocam a distorção e a censura de informações contraditórias ou simplesmente as interpretam como exceções à regra esquemática e normativa imposta por eles (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005; Padesky, 1994).

A Hipótese da Especificidade Cognitiva

A. Beck (1993), em um artigo retrospectivo que buscava avaliar os desenvolvimentos da terapia cognitiva, apontou que os temas centrais da abordagem cognitiva eram o processamento de informações enviesado que produz comportamentos mal-adaptativos e outros sintomas, além da incorporação da hipótese da especificidade cognitiva dos transtornos psicológicos.

De fato, A. Beck (1993) considerou que a melhor definição da terapia cognitiva é aquela que considera a noção de que a abordagem é a aplicação do modelo cognitivo de um determinado transtorno com o uso de uma variedade de técnicas elaboradas para modificar as crenças mal-adaptativas e o processamento de informações enviesado característicos de cada transtorno.

Como já abordamos, a teoria cognitiva postula que os transtornos psicológicos se diferenciam pelo conteúdo dos esquemas, crenças, pensamentos automáticos e interpretações associadas a cada um deles. Dessa forma, cada transtorno apresenta um perfil cognitivo específico (Clark, A. Beck e Brown, 1989; A. Beck, 1991, 1993, 2005, 2006; Beck e cols., 1982). Ao longo das últimas décadas, essa hipótese vem sendo testada para diversas psicopatologias.

A. Beck, Brown, Edielson, Steer, & Riskind (1987), Clark, A. Beck, & Brown (1989) e Greenberg & A. Beck (1989), por exemplo, analisaram a hipótese da especificidade de conteúdo, buscando diferenciar o conteúdo cognitivo da ansiedade e da depressão. Os resultados dos estudos sustentaram a hipótese da especificidade de conteúdo. Dessa forma, a ansiedade e depressão puderam ser distinguidas pelos conteúdos cognitivos intrínsecos a cada uma das duas condições, pelo menos no que diz respeito às crenças.

A depressão mostrou-se mais caracterizada, entre outras, por crenças relativas à perda, desesperança e pensamentos relacionados a falhas orientados para o passado, globais e absolutos. Por outro lado, a ansiedade era caracterizada por pensamentos orientados para o futuro relacionados à falhas, perigos e danos. Por outro lado, a partir

desses estudos, não foi possível chegar a nenhuma conclusão acerca do papel dessas crenças no desenvolvimento e manutenção da depressão e ansiedade (Hollon, Kendall & Lumry, 1986; A. Beck e cols., 1987; Clark e cols., 1989; e Greenberg & A. Beck, 1989).

Segundo A. Beck (2005), nas pesquisas em que amostras específicas de pacientes com depressão e com ansiedade são estudadas, é possível delimitar claramente as diferenças entre os conteúdos cognitivos das duas patologias. Pacientes com depressão são caracterizados por temas como perda, derrota e desesperança, por exemplo, enquanto ansiosos se caracterizam por temas como ameaça e vulnerabilidade, por exemplo.

Diversos outros estudos corroboraram com a hipótese da especificidade cognitiva para outros transtornos, incluindo o transtorno obsessivo-compulsivo (Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester e cols., 2000), transtorno do pânico (Clark e cols., 1997), transtorno dismórfico corporal (Wilhelm, Otto, Lohr, & Deckersbach, 1999), transtorno bipolar e depressão unipolar (Goldberg, Wenze, Welker, Steer & A. Beck, 2005), entre outros (Westra & Kuiper, 1997; A. Beck, 2005).

Outros estudos têm diferenciado os transtornos da personalidade com base nos conjuntos de crenças e esquemas cognitivos mal-adaptativos idiossincráticos de cada transtorno (Arntz, 1999; Arntz, Dietzel & Dressen, 1999; Arntz, Dressen, Schouten & Weertman, 2004; A. Beck, Freeman & Davis, 2005; A. Beck e cols. 2001; Butler e cols. 2002; Nelson-Gray e cols. 2004). Esses trabalhos foram motivados especialmente pelas suposições de A. Beck & Freeman (1993), que especificaram o conteúdo idiossincrático dos transtornos da personalidade em uma lista com 14 crenças pertencentes a cada esquema da personalidade.

Teoria Cognitiva da Personalidade e dos Transtornos da Personalidade

De acordo com A. Beck (1991), muito se aprendeu e muito conhecimento ainda pode ser adquirido sobre o funcionamento normal a partir do estudo da psicopatologia. Assim, considera-se que existe uma continuidade entre o conteúdo das respostas normais e o conteúdo excessivo ou inapropriado associado às psicopatologias.

O modelo cognitivo da psicopatologia propõe que os transtornos psicológicos parecem representar formas persistentes e exageradas dos processos adaptativos considerados normais, ou seja, os comportamentos mal-adaptativos excessivos, angústias e outras emoções desconfortáveis e afeto inapropriado encontrados nos transtornos são hiperbolizações do funcionamento considerado normal (A. Beck, 1976, como citado em A.

Beck, 1991).

A visão da personalidade adotada pela teoria cognitiva é, portanto, uma visão mais dimensional que categórica. Assim, os transtornos da personalidade são vistos como variações extremas de aspectos considerados normais da personalidade (A. Beck e cols., 2005; Caballo, 2008).

O modelo cognitivo da personalidade supõe que os padrões da personalidade são estratégias filogenéticas, moldadas para a sobrevivência e a reprodução. Segundo A. Beck, Freeman & Davis (2005, p. 39) a personalidade pode ser conceituada como “uma organização relativamente estável, composta por sistemas e modos. Sistemas de estruturas interligadas (esquemas) são responsáveis pela seqüência que se estende da recepção de um estímulo até o ponto final de uma resposta comportamental”.

Por outro lado, embora o processo de seleção natural contribua no ajuste do comportamento programado às demandas socioculturais do ambiente, algumas estratégias comportamentais entram em conflito com essas demandas e com os objetivos do indivíduo (A. Beck e cols. 2005; Caballo, 2008). O desenvolvimento dos transtornos da personalidade, por exemplo, são vistos como o resultado de uma interação entre a predisposição genética do indivíduo para certos traços da personalidade e experiências vivenciadas desde a infância (J. Beck, 2005).

A. Beck & Freeman (1993) especulam uma relação entre os esquemas cognitivos (padrões estruturais) e os mecanismos evolutivos e etológicos. Os esquemas cognitivos relacionados a psicopatologias, por exemplo, poderiam ser resultado de um processo de milhares de anos. Embora esses esquemas fossem valorosos na estratégia de sobrevivência em um ambiente primitivo, eles não se adaptam bem às complexidades envolvidas na vida moderna, daqui a expressão mal-adaptativo.

Caballo ressalta que cada indivíduo tem uma personalidade singular, composta “de diferentes níveis de probabilidade para responder de uma maneira específica em um grau específico a uma situação específica” (Caballo, 2008, p. 41). Assim, segundo Caballo (2008), os comportamentos podem ser adaptativos ou mal-adaptativos, de acordo com as circunstâncias.

A teoria cognitiva para os transtornos da personalidade está centrada, principalmente, no papel dos esquemas mal-adaptativos, que influenciam a organização da percepção do mundo, do *self* e do futuro dos pacientes, além de sua habilidade de se adaptar a obstáculos da vida. Além disso, essas crenças centrais mal-adaptativas são consideradas supergeneralizadas, inflexíveis, imperativas e resistentes a mudanças (A.

Beck & Freeman, 1993).

Cada estágio do processamento cognitivo (ou de informações) também é influenciado pela mudança cognitiva, tal como na formulação cognitiva da depressão. O conteúdo dos esquemas cognitivos ativados influencia todo processamento cognitivo: seleção, avaliação, interpretação e memória de curto e longo prazo, por exemplo (A. Beck, 1991).

Os esquemas também evocam emoções específicas que, segundo a formulação de A. Beck (1991) também podem ser tipificadas. Por exemplo, as estruturas cognitivas relativas à perda, privação ou derrota evocariam a emoção tristeza. Já cognições relativas à percepção de ameaças e vulnerabilidades, poderiam evocar emoções como ansiedade e medo (Beck & Emery, 1985, como citado em A. Beck, 1991).

Os Transtornos da Personalidade, então, referem-se a padrões duradouros de comportamento e experiências interiores que são marcadamente desviantes das expectativas culturais do indivíduo. Esses padrões são extensivos e inflexíveis, aparecem na adolescência ou início da idade adulta, se estabelecem ao longo do tempo e levam a um sofrimento ou prejuízos clinicamente significativos (APA, 2002).

Os transtornos da personalidade são constituídos de traços psicológicos e biológicos e de disposições que, freqüentemente, são difusos e acompanham a vida do indivíduo, permanecem relativamente inalterados desde a infância e afetam o comportamento, humor e auto-imagem em muitas situações (Millon, 1999).

A principal característica da teoria cognitiva dos transtornos da personalidade é a ênfase na função dos esquemas mal-adaptativos que caracterizam e perpetuam esses transtornos e outros tipos de casos considerados complexos ou difíceis (A. Beck e cols., 2001; J. Beck, 2005; Stopa & Waters, 2005).

Nos transtornos da personalidade, as informações congruentes com os esquemas e crenças são selecionadas, enquanto as demais são rejeitadas ou ignoradas. Isso significa que a interpretação de eventos é bastante limitada, uma vez que a avaliação da validade das percepções está comprometida (Gabbard, J. Beck & Holmes, 2005).

Portanto, as crenças mal-adaptativas constituem o ponto central na conceituação de casos e o foco primário de intervenção nos transtornos da personalidade. De acordo com A. Beck e cols. (2001), quando identificadas corretamente, as crenças mal-adaptativas interligarão a história do desenvolvimento do paciente às suas estratégias compensatórias e às suas reações disfuncionais.

Da mesma forma, os indivíduos com transtornos da personalidade são

caracterizados por adotar um número mais restrito de estratégias comportamentais, mesmo que essas estratégias se mostrem claramente mal-adaptativas (Quadro 1). A origem dessas estratégias estaria relacionada ao papel exercido pela história evolutiva na formação dos padrões de pensamento, sentimento e ação dos indivíduos, como já abordado. Mas, principalmente, a relação de determinismo recíproco entre o indivíduo e seu ambiente, aqui incluído o papel da predisposição genética (Bandura, 1996, 2001; A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck e cols., 2005; Friedberg & McClure, 2004).

Quadro 1.

Crenças e estratégias básicas associadas aos transtornos da personalidade (adaptado de A. Beck, Freeman & Davis, 2005)

Transtorno da Personalidade	Crenças e Atitudes básicas	Estratégia
Dependente	“Eu sou incapaz”	Apego/vinculação
Esquiva	“Eu posso me machucar”	Evitação
Passivo-agressiva	“Eu poderia ser controlado”	Resistência
Paranóide	“As pessoas são perigosas”	Cautela
Narcisista	“Eu sou especial”	Auto-engrandecimento
Histriônica	“Eu preciso impressionar”	Dramaticidade
Obsessivo-compulsiva	“Eu não posso errar”	Perfeccionismo
Anti-social	“Os outros estão aí para serem explorados”	Ataque
Esquizóide	“Eu preciso de muito espaço”	Isolamento

Transtorno da Personalidade Dependente

O Transtorno da Personalidade Dependente é um dos transtornos da personalidade mais comuns, sendo que sua prevalência é estimada em 2% da população em geral e 10% dos pacientes em clínicas de saúde mental, sem mencionar sua prevalência variante de 30% a 60% entre os transtornos da personalidade (APA, 2002).

De acordo com Gude, Karterudb, Pedersenc & Falkumd (2006), a categoria diagnóstica da personalidade dependente está presente no sistema Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais desde que o sistema foi lançado, na década de 1950, quando seu diagnóstico era um subtipo do transtorno da personalidade passivo-agressiva. Só na terceira edição do manual, no final da década de 1980, o transtorno da personalidade dependente passou a ser uma categoria diagnóstica independente.

O Transtorno da Personalidade Dependente é caracterizado essencialmente por uma necessidade global, invasiva e excessiva de ser cuidado, que leva a comportamentos de submissão e aderência e ao medo da separação e do abandono. Este padrão começa no início da idade adulta e está presente em uma variedade de contextos (APA, 2002).

Os comportamentos dependentes e submissos visam obter atenção e cuidados e

surtem de uma percepção de si mesmo como um indivíduo incapaz de funcionar adequadamente sem o auxílio de outras pessoas. Procuram outros para dominá-los e protegê-los. O funcionamento ocupacional pode ser prejudicado se iniciativas independentes são requeridas, pois os sujeitos com o transtorno tendem a evitar posições de responsabilidade (APA, 2002).

Esses indivíduos são pessimistas e caracterizados por dúvidas acerca de si mesmos; tendem a depreciar suas habilidades e capacidades; enxergam as críticas e desaprovações de outras pessoas como provas de sua falta de valor e não confiam em sua própria habilidade de tomar decisões (APA, 2002). Além disso, subjugam suas necessidades pessoais às dos outros, toleram maus-tratos, dominância, superproteção e infatilização. Em mulheres, o Transtorno da Personalidade Dependente geralmente consiste em um padrão de submissão. Em homens, por outro lado, possivelmente envolve um padrão de comportamento autocrático, dominador (Ekleberry, 2000).

Esses indivíduos não somente irão subordinar suas necessidades às dos outros, como irão suprir demandas não razoáveis e se submeter a abuso e intimidação para evitar isolamento e abandono. Indivíduos dependentes temem tanto ser incapazes de sobreviver sozinhos que irão concordar com coisas que acreditam estar erradas para não correr o risco de perder a ajuda de pessoas das quais dependem. Eles irão se voluntariar para tarefas indesejáveis se isso lhes trazer o cuidado e apoio de que precisam. Eles irão fazer sacrifícios extraordinários para manter relacionamentos importantes (APA, 2002).

Os comportamentos típicos de notável submissão a uma pessoa dominante estão supostamente relacionados a garantir afeto. A conexão é mantida mesmo se o relacionamento for abusivo, uma vez que esses indivíduos acreditam não conseguir sobreviver sem a dominância ou orientação do outro. Eles vivem suas vidas de uma maneira calculada para evitar perturbar ou ofender os outros; abrem mão de sua individualidade e autonomia; são apaziguadores, auto-depreciadores, não exigentes publicamente e obsequiosos (Ekleberry, 2000).

Indivíduos com Transtorno da Personalidade Dependente vêem a si mesmos como inadequados e abandonados; acreditam que estão em um mundo frio e perigoso com o qual são incapazes de lidar sozinhos. Eles definem a si mesmos com ineptos e abdicam de sua responsabilidade pessoal, entregando a outras pessoas áreas importantes de suas vidas. Acreditam não ter habilidades, virtudes e atratividade. Têm seu julgamento dos outros distorcido por sua inclinação a vê-los como gostariam que fossem mais do que como realmente são. Ainda, vêem seus cuidadores como figuras mais fortes e de uma maneira

idealizada, eles acreditam que estarão bem se a figura forte de quem dependem esteja acessível (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005).

Shelder & Westen (2004) a partir de uma amostra de 797 psicólogos clínicos e psiquiatras investigaram características dos transtornos da personalidade. Os sujeitos utilizaram o instrumento SWAP-2000 para fornecer um perfil psicológico de cada paciente. O SAWP-200 é composto por 200 itens que descrevem a personalidade e é respondido pelo clínico. A pesquisa permitiu a elaboração de perfis empíricos dos transtornos da personalidade.

Segundo a pesquisa (Shelder & Westen, 2004), a co-morbidade entre os transtornos da personalidade dependente e evitativa é bastante comum. Os pacientes com esses diagnósticos dividem uma característica central depressiva ou disfórica, que perpassa todas as áreas do funcionamento desses indivíduos. Enquanto os pacientes evitativos lidam com a disforia mantendo distância de outras pessoas, os pacientes dependentes adotam a estratégia de se agarrar a elas (Quadro 2).

Os dois grupos vivenciam depressão e sentimentos de inferioridade, culpa, vergonha, ansiedade, auto-crítica, passividade e inibição. Segundo os pesquisadores (Shelder & Westen, 2004), os clínicos tendem a usar essas categorias de diagnóstico para pacientes que seriam mais bem descritos como personalidades depressivas ou disfóricas.

No estudo de Lobbstael e cols. (2008), os resultados apontaram que os padrões relacionados aos transtornos da personalidade dependente e evitativa mostraram-se bastante parecidos. Os transtornos foram caracterizados por esquemas de defectividade e solidão, além de passividade, falta de perseverança e tendência de se entregar a outras pessoas.

Gude e cols. (2006) formularam um modelo bidimensional para o transtorno da personalidade dependente, composto por incompetência percebida e apego disfuncional. O primeiro fator tem a ver com dificuldade em tomar decisões, necessidade que sua responsabilidade seja assumida por outros, dificuldade em expressar descontentamento e dificuldade em iniciar projetos. Já o segundo fator tem a ver com se submeter a qualquer coisa para obter apoio e se voluntariar a coisas desprazíveis, sentir-se desamparado quando sozinho, procurar relacionamentos urgentemente como fonte de suporte quando um se acaba e preocupações irrealistas com medos de ficar sozinho ou ser abandonado.

Quadro 2

Descrição do Transtorno da Personalidade Dependente a partir do SWAP-200 feita por uma amostra estadunidense de psicólogos clínicos e psiquiatras (adaptado de Shelder & Westen, 2004)

Tende a ser exageradamente carente e dependente; requer reassseguramento e aprovação excessivos.

Tende a temer ser rejeitado ou abandonado por aqueles que lhe são emocionalmente significativos.

Tende a se sentir inadequado, inferior ou como uma falha.

Tende a se sentir infeliz, deprimido ou desesperado.

Tende a ser agradável/insinuante ou submisso (por exemplo, podem consentir fazer coisas que não concordam ou não querem fazer, na esperança de obter apoio/suporte ou aprovação).

Tende a se sentir desesperançado, fraco ou à mercê de forças fora de seu controle.

Tende a se sentir culpado.

Tende a ser passivo e não-assertivo.

Tende a ser ansioso.

Tende a culpar a si mesmo ou se sentir responsável por coisas ruins que acontecem.

Tem dificuldade em reconhecer e expressar a raiva.

Tende a se sentir envergonhado ou constrangido.

É incapaz de se tranquilizar ou se confortar quando sob estresse/angústia; precisa do envolvimento de uma outra pessoas para regular seu afeto.

Tem problemas em tomar decisões, tende a ser indeciso ou vacilar quando se depara com escolhas.

Gude e cols. (2006) também encontraram fortes correlações entre o transtorno da personalidade dependente e os transtornos da personalidade paranóide, limítrofe e evitativa e uma correlação considerada menos significativa (pelo número reduzido da amostra) com a personalidade histriônica.

Millon & Davis (1996, citado em Gude e cols., 2006), propuseram um modelo dimensional do transtorno baseado em três dimensões: necessidade de ser cuidado por outras pessoas, dimensão ativo-passivo e dimensão prazer-dor com ênfase similar nas duas polaridades.

Os indivíduos dependentes evitam tomar decisões e encarar problemas, mesmos aqueles cotidianos, a menos que recebam conselhos e asseguramento constante. Por isso têm dificuldades em iniciar ou levar adiante projetos, especialmente sozinhos. Costumam fazer o que as pessoas sugerem, mesmo não concordando com elas, tamanho o medo de rejeição. Fazem e suportam de tudo, se subordinando aos outros para não ficarem ou se sentirem sozinhos, com um medo constante de abandono e uma sensação de desamparo (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005; Caballo, 2008).

No que diz respeito ao perfil cognitivo do Transtorno da Personalidade Dependente, os indivíduos com esse transtorno têm uma imagem de si mesmos como incapazes e, portanto, tentam se agarrar a uma figura mais forte que forneça os recursos para a sua sobrevivência e felicidade. Ou seja, eles vêem a si mesmos como carentes, frágeis,

incapazes e incompetentes, tendo uma imagem idealizada do outro como nutridor, apoiador e competente. Sua principal crença é a de precisar de alguém para ser feliz e sobreviver. O Quadro 3 apresenta as principais crenças relacionadas ao esquema da personalidade dependente (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005; Caballo, 2008).

Quadro 3.

Conteúdo (crenças) dos esquemas característicos do Transtorno da Personalidade Dependente (adaptado de A. Beck & Freeman, 1993; Caballo, 2008).

Eu sou carente e fraco.

Eu preciso de alguém em volta que esteja disponível a todo momento para ajudar-me a fazer o que tenho de fazer, ou no caso de acontecer alguma coisa ruim.

Não sei desenvolver-me bem como outras pessoas.

Eu sou indefeso quando deixado por minha própria conta.

Sou basicamente solitário – a menos que consiga grudar em uma pessoa mais forte.

Eu deveria cultivar relacionamentos os mais íntimos possíveis.

Meu salvador será cuidador, apoiador e seguro – se ele quiser.

Eu não posso fazer nada que ofenda meu cuidador ou salvador.

Eu preciso ser subserviente para manter a sua boa vontade.

Eu preciso manter o acesso a ele (ou ela) o tempo todo.

Devo ser submisso para conservar sua benevolência.

A pior coisa possível é ser abandonado.

Se eu não for amado, serei sempre infeliz.

Eu não consigo tomar decisões por minha própria conta.

Eu não consigo competir como as outras pessoas.

Eu preciso que os outros ajudem a tomar decisões ou me digam o que fazer.

Desta forma, as principais estratégias são aquelas relacionadas a cultivar relacionamentos dependentes, nos quais uma figura considerada competente e cuidadora esteja sempre por perto. Assim, estão sempre preocupados com os outros e atentos às suas necessidades e desejos. Evitam tomar decisões e resolver problemas de forma independente. Além disso, são tímidos e podem subjugar-se aos outros e serem submissos (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005; Caballo, 2008).

Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva

A principal característica do transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva é a preocupação com ordem, perfeccionismo e controle, mesmo que isso acarrete perdas no que diz respeito à flexibilidade, abertura e eficiência (APA, 2002/2002). Caballo (2008) aponta que algumas características da personalidade obsessivo-compulsiva são

amplamente reforçadas pela sociedade, como a dedicação ao trabalho, produtividade, perfeccionismo, minuciosidade, organização e competência. Esse reforçamento ocorre de maneira especial no ambiente de trabalho.

McGlashan e cols. (2005) realizaram um estudo que avaliou, por dois anos, os sintomas dos transtornos da personalidade limítrofe, esquizotípica, evitativa e obsessivo-compulsiva de acordo com o sistema DSM (APA, 2002). Quanto à personalidade obsessivo-compulsiva, os resultados do estudo apontaram que rigidez, problemas em delegar e perfeccionismo foram os critérios diagnósticos mais prevalentes e estáveis. Segundo os autores, esses problemas destacaram elementos ligados à retenção (problemas em dar, consentir e permitir), resistência à mudança e necessidade de controle. Colecionar, preocupação com regras, detalhes e listas, avareza e inflexibilidade no que tange a moralidade também foram observados no período da pesquisa.

Shelder & Westen (2004) apontaram que pacientes com o transtorno foram descritos pelos clínicos em seu estudo por meio da maior parte dos critérios do sistema DSM (APA, 2002), mas também são descritos como articulados, éticos e conscienciosos. Além disso, apresentam tendências a afeto disfórico, manifestado por depressão, ansiedade e auto-crítica.

Os autores (Shelder & Westen, 2004) sugeriram que os achados de sua pesquisa corroboravam com a noção de que os traços comportamentais associados ao transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva desempenham a função de mascarar ou administrar uma susceptibilidade a ansiedade ou falha em atingir os altos e rígidos padrões internos. Outra característica importante é a tendência a controlar, ser inibido e ter uma atitude restritiva em relação à emoção, especialmente emoções enternecidas e afáveis (Quadro 4).

De acordo com Caballo (2008), os aspectos comportamentais característicos do estilo da personalidade obsessivo-compulsiva envolvem comportamentos estruturados e organizados, meticulosidade, perfeccionismo e relacionamentos distantes e formais. Esses indivíduos são vistos como disciplinados, perfeccionistas, pontuais, respeitosos (especialmente com autoridades), educados, de aparência austera e discurso formal. Além disso, dividem-se entre comportamentos assertivos e submissos.

Quadro 4.

Descrição do Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva a partir do SWAP-200 feita por uma amostra estadunidense de psicólogos clínicos e psiquiatras (adaptado de Shelder & Westen, 2004)

Tende a ser consciencioso e responsável.

Tende a ser auto-crítico; estabelece altos padrões irrealistas para si e é intolerante com seus próprios defeitos humanos.

Tem padrões morais e éticos e tenta seriamente viver de acordo com eles.

Tende a ser exageradamente preocupado com regras, procedimentos, ordem, organização, agendas etc.

Tende a ser ansioso.

Tende a ser controlador.

Tende a ficar absorto em detalhes, frequentemente a ponto de perder o que é mais importante em uma situação.

Espera ser “perfeito” (por exemplo, na aparência, objetivos, performance etc).

Tende a se culpar ou a se sentir responsável por coisas ruins que venham a acontecer.

Tende a se sentir culpado.

Tende a aderir rigidamente a rotinas diárias e ficar ansioso ou desconfortável quando essas rotinas são alteradas.

É atormentado por pensamentos obsessivos recorrentes que são considerados sem sentido e intrusivos.

É articulado; consegue se expressar bem em palavras.

Tende a ficar inibido ou constrangido; tem dificuldade em permitir-se reconhecer ou expressar desejos e impulsos.

É excessivamente devotado para o trabalho e produtividade, em detrimento do lazer e relacionamentos.

Tende a se sentir infeliz, deprimido ou desesperado.

Tem dificuldade em permitir-se vivenciar fortes emoções prazerosas (por exemplo, excitação, prazer, orgulho).

Consequentemente, segundo Caballo (2008), os aspectos cognitivos desse perfil de personalidade também refletem essa rigidez e perfeccionismo. Os indivíduos obsessivo-compulsivos constroem seu mundo em função de normas, regras e hierarquias. Apresentam pensamento dogmático e limitado, são sensíveis a críticas e têm medo de serem considerados irresponsáveis ou incompetentes. Além disso, entre outras características, são escrupulosos moral e eticamente, pouco empáticos e difíceis de serem convencidos.

Enfim, o perfil cognitivo da personalidade obsessivo-compulsiva é caracterizado principalmente por uma consciência perfeccionista. No entanto, muitos indivíduos com esse perfil têm uma imagem de si como pessoas ineptas ou incapazes. Essa imagem está ligada a uma preocupação de incapacidade e defectividade, levando a uma ênfase excessiva em sistemas, regras e deveres (A. Beck, Freeman & Davis, 2005; Caballo, 2008). O conteúdo dos esquemas ligados a esse transtorno estão relacionados a perfeccionismo, culpa e irresponsabilidade e necessidade de controle, como pode ser visto no Quadro 5.

Quadro 5.

Conteúdo (crenças) dos esquemas característicos do Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva (adaptado de A. Beck & Freeman, 1993; Caballo, 2008).

Eu sou plenamente responsável por mim mesmo e pelos outros.

Eu tenho de contar comigo mesmo para que as coisas sejam feitas.

A minha maneira de fazer as coisas geralmente é a melhor.

Os outros tendem a ser demasiadamente descuidados, muitas vezes irresponsáveis, negligentes ou incompetentes.

Eu preciso de ordem, sistemas e regras para fazer este trabalho adequadamente.

Falhas, erros ou defeitos são intoleráveis.

Preciso controlar completamente minhas emoções.

É preciso ater-se aos mais elevados padrões o tempo todo, ou as coisas irão desandar.

Eu preciso ter o controle completo de minhas emoções.

As pessoas deveriam fazer as coisas à minha maneira.

Se eu não desempenhar ao mais alto nível, vou fracassar.

É importante fazer um trabalho perfeito em tudo.

Detalhes são extremamente importantes.

Qualquer falha ou defeito no desempenho pode provocar uma catástrofe.

Se eu não tiver sistemas, tudo irá desmoronar.

Se não fizer isto eu mesmo, não ficará bem feito.

Os indivíduos obsessivo-compulsivos enxergam as outras pessoas como irresponsáveis, despreocupadas, ociosas, incompetentes e autocomplacentes. Além disso, adotam estratégias relacionadas a trabalhar duro, aplicar regras, organizar, avaliar, criticar e castigar. Criam expectativas exageradas acerca de seu desempenho e sucesso e assumem muita responsabilidade. Obviamente, a busca pela perfeição é uma de suas principais características (A. Beck, Freeman & Davis, 2005; Caballo, 2008).

Transtorno da Personalidade Histriônica

De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002) a principal característica do Transtorno da Personalidade Histriônica é um padrão invasivo ou excessivo de busca de atenção e emocionalidade. As pessoas com esse transtorno estão sempre preocupadas em impressionar e atrair a atenção por meio de sua aparência física e gastam quantidades excessivas de tempo e dinheiro em roupas e em sua aparência.

Looper e Paris (2000) levantaram a hipótese de que a impulsividade é a dimensão comum entre os transtornos das personalidades anti-social, limítrofe, narcisista e histriônica (APA, 2002). Impulsividade é a tendência de seguir um pensamento ou sentimento sem considerar as conseqüências ou outras alternativas. Nos pacientes histriônicos, a impulsividade está relacionada ao contexto interpessoal, em situações que

envolvem busca por atenção, auto-dramatização e teatralidade.

Os pacientes histriônicos são descritos como hipervigilantes a sinais de rejeição ou desaprovação. A esses sinais de desinteresse ou retraimento, reagem de maneira perturbada, caracterizada por uma instabilidade emocional. Em busca de serem notados ou conseguirem aprovação, reagem com comportamentos exagerados e esforços frenéticos para atrair a atenção ou seduzir os outros. Por outro lado, podem reagir rapidamente com mágoa, desespero e indignação a esses sinais (Gabbard e cols. 2005).

Segundo Bornstein (1999), os principais componentes do Transtorno da Personalidade Histriônica são a sedução, egocentrismo, teatralidade emocional, negação de raiva e hostilidade e um estilo cognitivo difuso ou global. Esses indivíduos também são considerados gregários, manipuladores, hiperssexualizados, sugestionáveis e com tendências psicossomáticas.

Segundo Caballo (2008), as características típicas do estilo da personalidade histriônica são bastante difundidas e reforçadas em nossa sociedade, principalmente se levarmos em conta os meios de comunicação em massa.

Shelder & Westen (2004) indicaram que o Transtorno da Personalidade Histriônica apresenta-se consistentemente em co-morbidade com o Transtorno da Personalidade Limítrofe. Os dois transtornos são caracterizados por medo de rejeição e abandono, ansiedade, dependência, tendência a se sentir incompreendido e vivenciar emoções que fogem do controle, dificuldades em acalmar-se e tendência a catastrofização.

Por outro lado, Shelder & Westen (2004) também apontaram características que delimitam melhor os pacientes histriônicos. Entre elas, a expressão teatral das emoções, provocação e sedução sexual e somatização (Quadro 6).

Livesley e Schroed (1991, como citado em Looper e Paris, 2000) delimitaram quatro dimensões importantes do Transtorno da Personalidade Histriônica em uma análise fatorial de seus sintomas: explorar (no sentido de tirar proveito) em relacionamentos interpessoais, comportamentos de dependência, pensamento histérico e busca por sensações (excitação).

A personalidade histriônica compartilha características com outros transtornos da personalidade, principalmente a limítrofe, narcisista e dependente (Bornstein, 1999). No entanto, segundo Bornstein (1999), possui uma característica diferente de todos os outros transtornos, que é um apego explícito às características físicas do indivíduo.

Quadro 6.

Descrição do Transtorno da Personalidade Histriônica a partir do SWAP-200 feita por uma amostra estadunidense de psicólogos clínicos e psiquiatras (adaptado de Shelder & Westen, 2004)

Expressa emoções de forma exagerada ou teatral.

Tende a sentir medo de que será rejeitado ou abandonado por aqueles que lhe são emocionalmente significativos.

Tende a ser ansioso.

As emoções tendem a sair fora do controle, levando a extremos de ansiedade, tristeza, raiva, excitação etc.

Tende a ser exageradamente carente ou dependente; requer resseguramento ou aprovação excessivos.

Tende a desenvolver sintomas somáticos em resposta ao estresse ou conflitos (por exemplo, dores de cabeça, dores lombares, dores abdominais, asma etc).

Tende a entrar em disputas de poder.

Tende a entrar em relacionamentos rápida e excessivamente; desenvolvem sentimentos, expectativas etc. que não são certificados pelo contexto ou história do relacionamento.

Tende a ser sexualmente sedutor ou provocativo de forma excessiva, inconsciente ou conscientemente (flertar inapropriadamente, preocupar-se com conquistas sexuais, buscar excitar as pessoas etc).

Busca ser o centro das atenções.

Tende a se sentir incompreendido, mal-tratado ou vitimado.

É articulado, expressa-se bem com palavras.

Tende a se tornar irracional quando emoções fortes emergem; pode mostrar um declínio notável no nível de funcionamento ordinário.

Tende a se sentir desesperançado, fraco ou à mercê de forças fora de seu controle.

É incapaz de aplacar suas emoções ou confortar a si quando enfrenta estresse/angústia; requer envolvimento de uma outra pessoa para ajudar a regular seu afeto.

Emoções tendem a mudar rápida e imprevisivelmente.

Tende a “catastrofizar”; tende a ver os problemas como complicados, insolúveis etc.

Tende a se sentir infeliz, deprimido ou desesperado.

Tende a usar sua atratividade em um nível excessiva para obter atenção ou ser notado.

Tende a ficar irritado ou hostil (consciente ou inconscientemente).

Bornstein (1999) investigou as ligações entre o Transtorno da Personalidade Histriônica e a atratividade física. Os resultados apontaram que a atratividade física era um prognóstico mais forte de comportamentos e aspectos da rede social de mulheres do que de homens, sendo um aspecto mais central da dinâmica feminina nesse transtorno. O autor conjecturou que os homens possivelmente fazem uso de outras estratégias sociais para obter gratificação das pessoas, expressando suas tendências histriônicas indiretamente, até mesmo por meio de comportamentos anti-sociais. Enquanto as mulheres adotam estratégias como sedução pseudo-sexual, por exemplo, os homens podem adotar comportamentos de intimidação verbal.

Os resultados do estudo de Bornstein (1999) indicaram que a única característica do transtorno que homens e mulheres compartilham igualmente é área do estilo de defesa. Quanto maior o uso da atratividade, maior a adoção de defesas imaturas e menor o uso de auto-sacrifício e de defesas adaptativas.

Quanto à idade, Bornstein (1999), a partir dos resultados de sua pesquisa, concluiu que as pessoas mais jovens utilizam mais estratégias relacionadas à atratividade física, encaixando-se mais claramente nos padrões descritos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2002). O pesquisador cogitou que adultos mais velhos podem adotar estratégias relacionadas à sedução maternal ou paternal para obter gratificação das outras pessoas, como influência social e manipulação baseadas na imagem de figuras maternas ou paternas fortes.

A formulação cognitiva do Transtorno da Personalidade Histriônica envolve a concepção de que as crenças histriônicas estão relacionadas a sexualidade (masculinidade e feminilidade) e aos relacionamentos interpessoais e são afetadas por dificuldades primitivas com o apego e a individuação. Os indivíduos histriônicos são caracterizados por crenças de que são e de que devem ser o centro das atenções e por uma concentração e respostas indevidas a estados emocionais internos (Gabbard e cols. 2005).

De acordo com A. Beck, Freeman & Davis (2005) e Caballo (2008), a principal característica desses indivíduos é a expressividade. Eles têm uma visão de si como pessoas impressionantes e glamourosas, que devem ser o centro das atenções. Assim, apresentam uma tendência de dramatizar ou romantizar todas as situações e relacionamentos e de impressionar e cativar as pessoas. Seus esquemas cognitivos estão relacionados à busca de aprovação, privação emocional, dependência e auto-controle insuficiente (Quadro 7).

Os indivíduos histriônicos enxergam as pessoas de forma favorável quando obtêm sua atenção e afeição. Assim, conseguem formar alianças positivas somente quando são o centro das atenções do grupo, que deve desempenhar o papel de audiência ou platéia. Por outro lado, quando não conseguem a atenção desejada, podem apresentar crenças ou pensamentos automáticos como “Eu não sou nada” (Caballo, 2008). Sua auto-estima envolve a avaliação constante da recepção e atenção recebidas pelas pessoas (A. Beck, Freeman & Davis, 2005).

Quadro 7.

Conteúdo (crenças) dos esquemas característicos do Transtorno da Personalidade Histriônica (adaptado de A. Beck & Freeman, 1993; Caballo, 2008).

Eu sou uma pessoa interessante e excitante.

Para ser feliz, eu preciso de que os outros prestem atenção em mim.

Eu nada sou, a menos que eu divirta e impressione outras pessoas.

Se eu não mantiver os outros envolvidos comigo, eles não vão me querer bem.

A maneira de conseguir o que eu quero é deslumbrar ou divertir as pessoas.

Se as pessoas não respondem muito positivamente a mim, elas não prestam.

É terrível se ignorado.

Eu deveria ser o centro das atenções.

Eu não preciso me incomodar em pensar – eu posso seguir meu sentimento “visceral”.

Se eu mantiver as outras pessoas entretidas, elas não perceberão minhas fraquezas.

Eu não consigo tolerar o tédio.

Se eu tiver vontade de fazer alguma coisa, devo seguir em frente e fazê-la.

As pessoas me darão atenção somente se eu agir de maneiras extremas.

Sentimentos e intuição são muito mais importantes do que pensamento e planejamento racional.

Avaliação da Personalidade na Terapia Cognitiva

A. Beck (2006) destacou que um dos grandes obstáculos enfrentados por ele e seus colaboradores durante suas pesquisas em psicopatologia foi a ausência de instrumentos psicológicos clínicos válidos que pudessem oferecer medidas quantitativas de variáveis clínicas e psicopatológicas. Para preencher essa lacuna, muitos pesquisadores, além de A. Beck, têm desenvolvido instrumentos psicológicos na abordagem cognitiva a partir do estudo de cada transtorno psicológico.

Na área da personalidade, o *Thoughts Questionnaire* (Nelson-Gray, 1991, citado em Nelson-Gray e cols., 2004) foi elaborado com o objetivo de avaliar as crenças associadas a cada transtorno da personalidade apontadas por A. Beck & Freeman (1993). Nelson-Gray e cols. (2004) analisaram as propriedades psicométricas dos instrumentos a partir de uma amostra de estudantes de graduação.

O *Thoughts Questionnaire* consistia de 126 crenças representando as suposições de Beck e Freeman (1993) com a finalidade de capturar os esquemas mal-adaptativos específicos de cada um dos seguintes transtornos da personalidade: evitativa, dependente, passivo-agressiva, obsessivo-compulsiva, antisocial, narcisista, histriônica, esquizóide e paranóide. Foram selecionadas 14 crenças para cada escala (representativa de cada transtorno), listadas alternando entre os esquemas. Os participantes deveriam classificar cada uma delas de acordo com o grau no qual as crenças listadas se assemelhavam aos seus pensamentos habituais, por meio de uma escala de cinco pontos.

Nelson-Gray e cols. (2004) apontaram algumas limitações para seu estudo, como o

uso de uma amostra universitária e o baixo número de participantes que preenchiam critérios diagnósticos para transtornos da personalidade. No entanto, ressaltaram o estudo como uma contribuição ao teste da hipótese de Beck e Freeman (1993) de que esquemas mal-adaptativos específicos estão associados a cada transtorno da personalidade. Além disso, ressaltaram que o *Thoughts Questionnaire* apresentou boas características psicométricas.

A. Beck e J. Beck (1995), também elaboraram um questionário de auto-relato, o *Personality Belief Questionnaire*, a partir da lista publicada por A. Beck & Freeman (1993) com grupos de crenças mal-adaptativas que corresponderiam teórica e clinicamente aos transtornos da personalidade. O instrumento era composto por nove escalas que poderiam ser administradas separadamente ou em conjunto e que correspondiam a nove transtornos da personalidade (Anexo 1).

A. Beck e cols. (2001) relataram que o *Personality Belief Questionnaire* foi aplicado rotineiramente em *settings* terapêuticos desde sua criação até a elaboração do estudo em questão. Os pesquisadores encontraram indícios em suas observações clínicas de que quanto mais os pacientes endossavam os itens em uma determinada escala do teste, mais provavelmente se encaixavam nos critérios comportamentais para o transtorno correspondente (à escala).

Segundo A. Beck e cols. (2001), os índices de consistência interna e teste-reteste encontrados eram bons, apontando para validade de construto das escalas do *Personality Belief Questionnaire*. Dessa forma, a maioria dos resultados corroborou com a teoria cognitiva dos transtornos da personalidade, especialmente com as formulações cognitivas para os transtornos evitativo, dependente, obsessivo-compulsivo, narcisista e paranóide.

Outro resultado importante do estudo (A. Beck e cols. 2001) foram as correlações entre as escalas do *Personality Belief Questionnaire* consideradas entre moderadas e forte, o que aponta que as escalas possam não ser conceitualmente distintas, conforme a teoria cognitiva. Outra possibilidade levantada pelos pesquisadores é a de que existe um fator geral psicopatológico responsável por esse resultado.

A. Beck e cols. (2001) apontaram algumas limitações de seu estudo. A mais importante, segundo eles, é que o desenho do estudo não permitiu confirmar a hipótese da teoria cognitiva de que as crenças são responsáveis pelos padrões comportamentais ou pelos sintomas dos transtornos da personalidade, embora o *Personality Belief Questionnaire* tenha sido baseado em critérios comportamentais de diagnósticos.

O pequeno número de sujeitos em alguns grupos de transtornos da personalidade,

especialmente nos grupos histriônico, antisocial, esquizóide e esquizotípico, também foi outro fator limitador do estudo (A. Beck e cols., 2001).

Segundo A. Beck e cols. (2001), o *Personality Belief Questionnaire* não foi elaborado com o objetivo de fornecer um diagnóstico definitivo, embora possa servir como uma importante fonte de dados para essa finalidade. Isso porque, de acordo com os pesquisadores, informações obtidas a partir de fontes diversas são importantes, como a história do desenvolvimento do indivíduo, problemas atuais, sintomas, entrevistas, outras técnicas de avaliação de crenças empregadas durante o processo psicoterápico e, especialmente, a relação terapêutica.

Mais tarde, um estudo foi realizado por Butler, Brown, A. Beck, & Grishman (2002) e identificou 14 crenças que empiricamente distinguem pacientes com Transtorno da Personalidade Limítrofe de pacientes com outros transtornos da personalidade. Esses estudos resultaram na atual forma do instrumento (Beck & Beck, 1995) disponibilizada pelos autores para nossa pesquisa (ver Anexo 1).

A pesquisa de Butler e cols. (2002) fortaleceu a visão da teoria cognitiva de que esse transtorno é associado com uma variedade de crenças mal-adaptativas típicas de outros transtornos da personalidade, especificamente com temas relacionados à dependência, desesperança, desconfiança, medo de rejeição e abandono, medo de perder o controle emocional e comportamentos histriônicos.

Nelson-Gray e cols. (2004) também avaliaram as propriedades psicométricas do *Personality Belief Questionnaire* em conjunto com o seu *Thoughts Questionnaire*. Os dois instrumentos, segundo os autores são muito similares e apresentam boa consistência interna e confiança teste-reteste. Concluíram que o *Personality Belief Questionnaire* tem boas propriedades psicométricas estabelecidas, especialmente confiança temporal e interna, e pode ser usado em estudos futuros. Apontam que são necessários estudos para avaliar a validade discriminativa de ambos os instrumentos, pois nenhum deles é útil para formular um diagnóstico de um transtorno específico de personalidade. No entanto, são úteis para indicar crenças específicas ou padrões de crenças de um indivíduo.

Young (2003a) desenvolveu o *Young's Schema Questionnaire* (Young, 2003b, 2003c), com uma abordagem à personalidade de construto-dimensão (diferente do *Personality Belief Questionnaire*, que enfatiza uma abordagem integradora dimensional e categórica, ou seja, descrição nosológica somada a uma avaliação dimensional do indivíduo). Isso significa que Young formulou seu instrumento independente das categorias nosológicas para os transtornos da personalidade, como as do DSM-IV-TR

(APA, 2002). Assim, o autor desenvolveu o questionário embasado na teoria cognitiva da personalidade, e em suas próprias suposições, tentando abranger o que ele classificou como esquemas iniciais mal-adaptativos, que trespassam as categorias topográficas referentes aos transtornos da personalidade.

O *Young's Schema Questionnaire* (Young, 2003b) é composto por 250 itens, representativos dos 18 esquemas iniciais mal-adaptativos identificados até agora, que se agrupam em cinco domínios amplos e são constituídos por muitas variações (crenças) sobre o mesmo tema: desconexão e rejeição (abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha, isolamento social/alienação), autonomia e desempenho prejudicados (dependência/incompetência, vulnerabilidade/incompetência, emaranhamento/*self* subdesenvolvido, fracasso), limites prejudicados (merecimento/grandiosidade, autocontrole/autodisciplina insuficientes), orientação para o outro (subjugação, auto-sacrifício, busca de aprovação/busca de reconhecimento), supervigilância e inibição (negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/crítica exagerada, caráter punitivo). Cada item deve ser classificado em uma escala de um a seis, embora não existam normas estatísticas para a interpretação dos resultados.

Welburn, Coristine, Dagg, Pontegract & Jordan (2002) analisaram a estrutura fatorial do *Schema Questionnaire* em sua forma reduzida (Young, 2003c), com 75 itens. Os resultados apontaram fortes evidências que confirmariam a estrutura fatorial teoricamente formulada. Como na estrutura teórica, a estrutura fatorial encontrada foi de 15 fatores, com boa consistência interna e agrupamento dos itens conforme a teoria.

Fora dos Estados Unidos da América, na Holanda, Arntz e cols. (2004) desenvolveram o *Personality Disorder Belief Questionnaire*, para o qual 20 crenças foram formuladas para cada transtorno a ser avaliado (evitativo, dependente, obsessivo-compulsivo, paranóide, histriônico, borderline). Os autores basearam-se em parte nos itens formulados por A. Beck & Freeman (1993) excluindo itens que descreviam sintomas, impulsos, emoções e comportamentos e em parte em suas próprias hipóteses e em um estudo sobre crenças específicas do transtorno da personalidade limítrofe (Arntz, 1999; Arntz e cols. 1999; Arntz e cols., 2004).

O *Personality Disorder Belief Questionnaire* (Anexo 2) é um questionário de auto-relato que contém 12 sub-escalas, com 20 crenças cada. A forma de resposta do instrumento é uma escala visual de 10 milímetros (os escores variam, portanto, de zero a 100), na qual um escore maior significa uma crença mais forte no item formulado.

Arntz e cols. (2004) empreenderam um estudo com o objetivo de analisar as propriedades psicométricas do *Personality Disorder Belief Questionnaire*, incluindo as sub-escalas evitativa, obsessiva-compulsiva, dependente, paranóide, histriônica e limítrofe. A amostra do estudo foi composta por 643 sujeitos, com média de idade de 33 anos, sendo 440 mulheres e 203 homens. Desses, 583 eram pacientes de diversas instituições de saúde mental na Holanda.

Da amostra avaliada, 144 participantes preencheram critério para Transtorno da Personalidade Evitativa, 52 para Transtorno da Personalidade Dependente, 71 para Transtorno da Personalidade Obsessivo-Compulsiva, 37 para Transtorno da Personalidade Paranóide, sete para Transtorno da Personalidade Histriônica e 47 para Transtorno da Personalidade Limítrofe (Arntz e cols., 2004).

A pesquisa confirmou a hipótese de que cada transtorno da personalidade é caracterizado por um grupo específico de crenças. A estrutura fatorial do *Personality Disorder Belief Questionnaire* foi demonstrada, sendo que seis fatores eram responsáveis por 56,1% da variância. A análise da consistência interna apontou que as escalas derivadas desses fatores eram altamente confiáveis, com consistência interna superior a 0,83 (Arntz e cols., 2004).

Por meio da análise realizada pelo modelo de equação estrutural, as seis escalas do *Personality Disorder Belief Questionnaire* também mostraram ser específicas de cada transtorno da personalidade correspondente. Nessa análise, os itens referentes aos Transtornos da Personalidade Dependente, Obsessivo-compulsiva e Histriônica não se mostraram específicos o suficiente. Segundo os autores (Arntz e cols., 2004), esses problemas podem ser decorrentes de uma falha na formulação das crenças mais típicas desses transtornos, de problemas com os critérios de diagnóstico ou ainda com o tamanho pequeno das amostras de cada fator hipotetizado.

Por outro lado, os resultados não embasaram o modelo no qual os transtornos da personalidade são caracterizados por um conjunto de crenças que sejam qualitativamente diferentes de um grupo para outro. Os autores (Arntz e cols., 2004) levantam a hipótese de que é mais provável que cada transtorno seja caracterizado por um grupo de crenças que se apresente apenas relativamente mais forte do que em outros transtornos da personalidade e, em uma extensão menor, por pacientes com diagnóstico exclusivo no Eixo I do DSM (APA, 2002).

Arntz e cols. (2004) elaboraram pelo menos duas explicações para esses resultados. A primeira levanta a hipótese de que as crenças relacionadas aos transtornos da

personalidade são, pelo menos, parcialmente associadas com a psicopatologia (da personalidade) em geral. A segunda é de que se a posição de um sujeito em determinada dimensão não é alta o suficiente para apontar um diagnóstico, ela é alta o suficiente para indicar um escore elevado nas crenças avaliadas.

A principal implicação clínica apontada pelo estudo (Arntz e cols., 2004) é de que é possível fundamentar o tratamento a partir das crenças mais proeminentes de cada paciente. Nesse sentido, mesmo crenças que não sejam específicas de nenhum transtorno da personalidade, podem desempenhar alguma função em pacientes sem um diagnóstico de transtorno da personalidade. Assim, os psicólogos clínicos devem estar atentos à possibilidade de que tanto as crenças específicas, quanto aquelas não-específicas desempenham funções patogênicas em determinados pacientes.

Stopa & Waters (2005) apontaram que existem boas evidências experimentais para outros produtos cognitivos como os pensamentos automáticos, atenção, memória e mesmo suposições disfuncionais ou mal-adaptativas. Apesar disso, as evidências acerca da existência dos esquemas tal como elaborado na teoria cognitiva da personalidade e dos transtornos da personalidade permanecem amplamente sustentadas por relatos clínicos.

Não obstante o fato de os instrumentos de avaliação de esquemas da personalidade terem apresentado boas propriedades psicométricas nos diversos estudos realizados, Stopa & Waters (2005) avaliam que a questão sobre o que está sendo medido ainda não foi abordada. Nesse sentido, investigaram se o *Young Schema Questionnaire Short Form* realmente mede construtos estáveis (de acordo com a teoria cognitiva) ou se simplesmente constitui uma medida de pensamentos negativos que são produzidos por elevações de humor disfórico. Para tanto, avaliaram a correlação entre o estado de humor e às respostas ao instrumento em uma amostra não-clínica.

Os resultados da pesquisa de Stopa & Waters (2005), embora modestos, apontaram que somente três esquemas receberam influência do estado de humor dos sujeitos. No entanto, cada esquema recebeu influência diferente de cada estado de humor induzido pelos pesquisadores. O esquema de privação emocional, por exemplo, estava especialmente relacionado ao humor depressivo.

Stopa & Waters (2005) concluíram que mesmo influências modestas no humor podem influenciar a forma como alguns itens do *Young Schema Questionnaire Short Form* são respondidos. Segundo as pesquisadoras, mudanças no humor podem alterar mudanças na forma como as pessoas enxergam o *self* de uma maneira negativa. No entanto, concluem que não conseguiram esclarecer se as mudanças de humor ativam um esquema latente ou

se simplesmente ativam pensamentos automáticos mais negativos.

Uma dificuldade conceitual que esses testes enfrentam diz respeito ao fato de a relação entre a personalidade e a psicopatologia ser complexa do ponto de vista conceitual (Rector, Hood, Richter, & Bagby, 2002). Widiger & Costa (1994) apontaram alguns problemas conceituais que envolvem a relação entre a personalidade e os transtornos da personalidade, especialmente no que diz respeito a quando e como uma personalidade deve ser considerada patológica.

A primeira dificuldade apontada pelos pesquisadores (Widiger & Costa, 1994) diz respeito à concepção de que transtornos da personalidade ocorrem quando os traços da personalidade são inflexíveis e mal-adaptativos e causam prejuízos significativos ao funcionamento normal do indivíduo ou sofrimento subjetivo. O problema é que não existe clareza quanto ao que sejam níveis significativos de inflexibilidade, mal-adaptabilidade, prejuízos ou sofrimento.

O problema se estende ao entendimento dimensional da personalidade. Trull (1992) e Soldz, Budman, Demby & Merry (1993) apontaram que a maioria das pessoas que atendem aos critérios para um diagnóstico de transtorno da personalidade de acordo com o sistema DSM é caracterizada por um nível relativamente alto de neuroticismo (Widiger & Costa, 1994). Widiger & Costa (1994), no entanto, argumentaram que um nível normal de neuroticismo não é normal no sentido de ser saudável ou não ser mal-adaptativo, mas no sentido estatístico ou normativo de que existe um grau comum ou um nível médio de mal-adaptabilidade.

Outro problema apontado por Widiger & Costa (1994) envolve o entendimento da mal-adaptabilidade como variações extremas de traços normais da personalidade. A maioria das pessoas, incluindo pacientes, apresentam níveis altos em mais de uma dimensão da personalidade (conforme a teoria dos cinco fatores da personalidade). Da mesma forma, uma categoria psicopatológica da personalidade não necessariamente será identificada por extremos nas dimensões da personalidade. Além disso, as dimensões implicam em níveis diferentes para mal-adaptabilidade. Consequentemente, existe também a hipótese de que dimensões, como a abertura para experiências, possam não exercer influência alguma sobre o funcionamento mal-adaptativo típico dos transtornos da personalidade.

Por último, Widiger & Costa (1994) apontaram que a variação em diferentes situações da adaptabilidade dos traços da personalidade pode representar um problema conceitual. Um traço da personalidade pode ser adaptativo em uma situação, mas não em

outra. Assim, os pesquisadores concluíram que uma abordagem adequada a essa questão seria descrever a personalidade de um indivíduo em termos de suas dimensões básicas e somente depois avaliar a adaptabilidade ou não dos traços encontrados, considerando o contexto social no qual a pessoa está inserida.

Segundo Velzen & Emmelkamp (1996), aqueles que são favoráveis a classificação categorial defendem que o sistema permite que a conceituação e comunicação se tornem mais fáceis entre os clínicos e mais consistentes com o processo de tomadas de decisões clínicas.

Importância de Identificar Esquemas e Crenças Mal-adaptativos

Diversos estudos vêm explorando a importância de identificar os esquemas mal-adaptativos e sua influência sobre a prática e a eficácia psicoterápica na abordagem cognitivo-comportamental.

Weertman e Arntz (2007) realizaram um estudo sobre o uso do tratamento de memórias da infância na terapia cognitiva para transtornos da personalidade. Entre os resultados encontrados, está a indicação de que tanto os pacientes quanto os terapeutas preferem iniciar o tratamento com a abordagem a essas memórias. Essa preferência está relacionada à ordem de desenvolvimento de esquemas, que são desenvolvidos na infância e permanecem na vida adulta. O trabalho com o presente é beneficiado com o foco inicial nas memórias da infância, pois permite generalizar, superar e colocar em prática o que foi aprendido com o foco no passado. Assim, identificar os esquemas e mal-adaptativos da personalidade pode fornecer importantes direcionamentos ao terapeuta no que diz respeito à essas memórias e à forma como essas estruturas cognitivas se desenvolveram e estabeleceram.

As suposições ou visões de mundo (*world assumptions*), de acordo com Giesen-Blooa & Arntz (2005), são estruturas cognitivas internas que regulam o funcionamento cotidiano dos indivíduos e os auxiliam a elaborar objetivos para o futuro, por meio da criação de expectativas sobre o mundo. Esses esquemas também devem constituir importantes alvos de investigação com grande relevância clínica.

Também de acordo com Stopa & Waters (2005), o tratamento cognitivo dos transtornos da personalidade e de casos considerados complexos ou difíceis requer uma concentração explícita na identificação e modificação de esquemas cognitivos disfuncionais ou mal-adaptativos.

De fato, J. Beck (1997; 2005) aponta que a conceituação cognitiva é o ponto central da terapia cognitiva, pois permite a condução do tratamento de uma forma mais efetiva e eficiente. Os terapeutas cognitivos focam nos comportamentos e sintomas atuais do paciente. No entanto, concentram-se nas cognições (esquemas, crenças e pensamentos automáticos) claramente distorcidas ou mal-adaptativas envolvidas em temas recorrentes no pensamento do paciente.

Stopa & Waters (2005) afirmam que apesar do papel do conceito de esquema como ponto central do modelo cognitivo para os transtornos psicológicos, e recentemente na intervenção nos transtornos da personalidade, poucas pesquisas empíricas foram realizadas acerca do construto esquema e de sua medida.

Como já destacamos, a teoria cognitiva dos transtornos da personalidade fundamentam-se no princípio de que os esquemas são estruturas cognitivas estáveis que desempenham uma função em manter as dificuldades dos indivíduos. Os esquemas representariam vulnerabilidades contínuas presentes tanto em problemas mais crônicos quanto ansiedade e depressão. Além disso, os esquemas representam um papel importante na topoplastia dos transtornos.

De fato, Rector e cols. (2002) relataram um modelo no qual os traços da personalidade desempenham pelo menos duas funções nas psicopatologias: contribuir para o aparecimento do transtorno (vulnerabilidade) e influenciar no curso e expressão dos sintomas (topoplastia).

Velzen & Emmelkamp (1996) apontaram a relevância da avaliação dos transtornos da personalidade para a terapia cognitiva. Segundo os autores, a avaliação dos transtornos da personalidade não é importante somente quando a principal queixa é um desses transtornos, mas também quando ocorre co-morbidade com transtornos do Eixo 1 (APA, 2002).

Weertman, Arntz, Schouten & Dressen (2005), por exemplo, encontraram evidências de que a presença de qualquer transtorno da personalidade ou crenças relacionadas a eles afeta negativamente os resultados do tratamento para os transtornos da ansiedade, especialmente crenças dependentes. Embora não haja uma influência forte, grupos de crenças específicos relacionados aos transtornos da personalidade, especificamente crenças de desconfiança e de dependência, estavam relacionados a níveis maiores de sintomas após o tratamento (Dressen & Arntz, 1998; Weertman e cols. 2005; Weertman & Arntz, 2007).

Dessa forma, a identificação das crenças mal-adaptativas é um objetivo central na

conceituação de casos e na intervenção, uma vez que elas permitem interligar a história de vida do indivíduo aos seus comportamentos e sintomas atuais, no caso das psicopatologias.

A identificação precoce das crenças mal-adaptativas durante a psicoterapia, como aquelas avaliadas por instrumentos como o *Personality Belief Questionnaire* e o *Personalty Disorder Belief Questionnaire*, pode ajudar o psicoterapeuta a delimitar o foco do tratamento de forma mais eficaz, explorando, por exemplo, como determinadas crenças influenciam comportamentos e emoções ou como essas crenças foram aprendidas e mantidas (A. Beck e cols., 2001).

A identificação e avaliação das crenças mal-adaptativas dos pacientes podem ser feitas durante a intervenção clínica (J. Beck, 1997), mas certamente instrumentos psicológicos construídos com essa finalidade podem facilitar esse processo (A. Beck e cols., 2001).

Objetivo Geral:

Elaborar e validar um instrumento de medida para avaliação de esquemas mal-adaptativos das personalidades dependente, histriônica e obsessivo-compulsiva, em uma amostra não-clínica.

Objetivos Específicos:

(1) Investigar, em uma amostra não-clínica, a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas do instrumento elaborado;

(2) Analisar a validade de construto, validade convergente e de precisão do instrumento.

(3) Verificar se os conteúdos cognitivos específicos dos transtornos das personalidades dependente, histriônica e obsessivo-compulsiva são capazes de discriminar os indivíduos de uma amostra não-clínica e traçar perfis cognitivos.

Hipóteses:

H1. Os esquemas mal-adaptativos dos transtornos da personalidade, conforme a teoria cognitiva vigente da personalidade e dos transtornos da personalidade, também se distribuem em uma estrutura multifatorial em amostras não-clínicas.

H2. Os esquemas mal-adaptativos da personalidade estão relacionados a fatores do Inventário Fatorial da Personalidade (IFP) (Pasquali, Azevedo & Ghesti, 1999).

MÉTODO

Este estudo compreendeu, em um primeiro momento, a elaboração de um instrumento de avaliação de esquemas mal-adaptativos da personalidade, a partir da teoria cognitiva da personalidade e dos transtornos da personalidade (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005, Arntz, 1999; Arntz e cols., 2004) e dos instrumentos *Personality Disorder Belief Questionnaire* (Dressen e cols. 2004) (Anexo 1) e do *Personality Disorder Questionnaire* (A. Beck & J. Beck, 1995) (Anexo 2). Após a elaboração do instrumento, procedeu-se um estudo piloto e um estudo para validação de construto e convergente.

Elaboração do Instrumento de Medida

A elaboração do instrumento seguiu o modelo de Pasquali (1998, 1999) para construção, em fase teórica, de testes referentes a construto. Dessa forma, esse estudo envolveu a definição constitutiva dos traços latentes ou construtos e a definição operacional por meio da delimitação de categorias comportamentais que representariam os construtos a serem avaliados pelo teste (elaboração dos itens). Em seguida, realizamos um estudo piloto.

Delimitação do objeto psicológico e atributos a serem medidos pelo instrumento

Para elaborar uma definição constitutiva do construto a ser medido, recorreu-se a definição cognitiva da personalidade, de transtornos da personalidade, esquemas e crenças cognitivos (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005, Arntz, 1999; Arntz e cols., 2004). Assim, neste estudo, temos como objeto psicológico a personalidade e os transtornos ou núcleos das personalidades dependente, histriônica e obsessivo-compulsiva, definidos a partir da teoria cognitiva.

Os atributos aos quais nos delimitamos são os esquemas mal-adaptativos específicos de cada um dos transtornos ou núcleos das personalidades dependente, histriônica e obsessivo-compulsiva, cujos fatores componentes que constituirão objetos diretos de mensuração do instrumento a ser elaborado e analisado são os esquemas mal-adaptativos (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005, Arntz, 1999; Arntz e cols., 2004).

Definição Constitutiva

Esquemas cognitivos são estruturas cognitivas que modulam a recepção e a resposta aos estímulos, fazendo com que as pessoas elaborem ativamente as informações, selecionando, codificando e explicando as coisas que acontecem a si e aos outros e moldando profundamente seu funcionamento emocional e comportamental. Esquemas cognitivos mal-adaptativos são aqueles que representam os conteúdos idiossincráticos que caracterizam o perfil cognitivo de cada transtorno ou estilo da personalidade, diferenciando-o dos demais.

Definição Operacional dos Construtos

Para a definição operacional ou comportamental do construto, recorreu-se à literatura e aos instrumentos que avaliam os mesmos construtos, especificamente. A tarefa a ser executada pelos sujeitos será a de classificar, em uma escala de 10 pontos, o quanto acreditam nas frases listadas, que representam esquemas mal-adaptativos típicos de cada transtorno ou núcleo da personalidade.

As categorias comportamentais que representam o construto e constituirão a escala são, conseqüentemente, relativas aos temas correspondentes àqueles contidos nos instrumentos existentes (A. Beck & J. Beck, 1995; Dressen e cols., 2004) e na descrição dimensional dos transtornos ou núcleos da personalidade feita na literatura revisada (Anexo 1 e Anexo 2) (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005, Arntz, 1999; Arntz e cols., 2004).

Definição operacional dos esquemas mal-adaptativos da personalidade dependente

Esquemas mal-adaptativos da personalidade dependente são aqueles que caracterizam os indivíduos cuja principal estratégia comportamental é a de cultivar relacionamentos dependentes, mostrando-se passivos, submissos e pouco assertivos. Esses indivíduos mantêm uma imagem de si como pessoas carentes, frágeis, indefesas, incapazes e incompetentes. Enxergam as outras pessoas como competentes, cuidadoras, apoiadoras e protetoras. Suas principais crenças estão relacionadas à subvalorização de si, medo de abandono e solidão e dependência de figuras consideradas fortes e cuidadoras. Seus afetos estão relacionados desamparo e a insegurança, medo e ansiedade de separação ou de serem

abandonados, reprovados ou rejeitados ou terem de funcionar de maneira independente. Seu comportamento também envolve preocupar-se e atentar-se com as necessidades e desejos dos outros.

Definição operacional dos esquemas mal-adaptativos da personalidade obsessivo-compulsiva

Esquemas mal-adaptativos da personalidade obsessivo-compulsiva são aqueles que caracterizam indivíduos cuja imagem de si é a de pessoas responsáveis, confiáveis, perfeccionistas, detalhistas, competentes e trabalhadoras. Esses indivíduos enxergam os demais como pessoas irresponsáveis, despreocupadas, ociosas e incompetentes. Seus principais comportamentos estão relacionados à ordem, organização, perfeccionismo e meticulosidade, que podem interferir seriamente na realização de tarefas e tomada de decisões. Esses indivíduos tendem a se dedicar excessivamente ao trabalho, são respeitosos com a autoridade e buscam a aprovação e segurança de superiores. Suas principais crenças estão relacionadas a perfeccionismo, necessidade de controle, responsabilidade, culpa e medo do fracasso e de cometer erros.

Definição operacional dos esquemas mal-adaptativos da personalidade histriônica

Esses esquemas caracterizam indivíduos cujas estratégias comportamentais estão ligadas principalmente a uma conduta teatral, exibicionista e romantizada em todas as situações e a tentativa de impressionar e cativar as pessoas em busca de atenção. Esses indivíduos têm uma visão de si como pessoas impressionantes, encantadoras, glamourosas, atraentes e sedutoras. Enxergam as outras pessoas como seduzíveis, receptivos, admiradores e protetores. Têm necessidade de aprovação e apoio social, para isso se utilizam de suas habilidades dramáticas, seu encanto e chiques, além de manipulação e choro. Suas principais crenças estão relacionadas a busca de aprovação, privação emocional, dependência dos outros e autocontrole insuficiente. Esses indivíduos têm baixa tolerância à frustração e ao tédio, são emocionalmente instáveis com respostas emocionais exageradas e superficiais.

Elaboração dos Itens

Para a elaboração dos itens, a partir da definição constitutiva e operacional do construto, em um primeiro momento, foram selecionados todos os itens que compõem os questionários *Personality Belief Questionnaire* (A. Beck & J. Beck, 1995) (Anexo 1) e o *Personality Disorder Belief Questionnaire* (Dressen e cols. 2004) (Anexo 2).

Em uma primeira etapa, o pesquisador realizou a tradução e a adaptação inicial do inglês para o português dos itens selecionados. Os itens foram revisados de acordo com as regras apontadas por Pasquali (1998, 1999) para construção de itens.

Análise Teórica dos Itens

Para fins da análise teórica, a realização da análise feita por juízes foi dispensada, uma vez que os itens foram traduzidos e adaptados a partir das formulações teóricas, pesquisas e dos instrumentos elaborados por grupos de pesquisa proeminentes na área (A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck, Freeman & Davis, 2005, Arntz, 1999; Arntz e cols., 2004).

Já a análise semântica foi feita por dois grupos de voluntários. Um dos grupos era composto por alunos de um curso de inglês instrumental para psicólogos, ministrado pelo pesquisador e ofertado em uma instituição que oferece cursos de formação e pós-graduação em análise do comportamento na cidade de Brasília, Distrito Federal. O grupo era composto por sete psicólogos e três graduandos em psicologia, com idade média de 25 anos, sendo sete do sexo feminino.

O outro grupo era composto por oito voluntários, da cidade de Uberlândia, Minas Gerais, com idade média de 32 anos, sendo cinco do sexo feminino. Um dos participantes possuía o ensino fundamental, outros dois o ensino médio, um o ensino superior incompleto, três possuíam o ensino superior completo e o último participante pós-graduação.

O primeiro grupo foi convidado para realizar a análise semântica durante as aulas do curso de inglês instrumental e os membros do segundo grupo participaram desse estudo individualmente.

Para realizar a análise semântica, os membros dos grupos realizaram a leitura dos itens traduzidos e inicialmente adaptados pelo pesquisador. Os participantes foram orientados a apontar palavras e frases cujo significado lhes era desconhecido e

aparentavam ser de difícil compreensão para a população em geral, especialmente para pessoas com baixo grau de instrução. Os participantes indicaram sinônimos e elaboraram frases alternativas que consideraram mais fáceis de serem compreendidas e que apresentavam menor ambigüidade possível. Além disso, também corrigiram eventuais erros gramaticais e ortográficos que julgavam ter encontrado.

Durante os encontros, todos possuíam uma cópia dos itens e espaço para escrever suas opiniões, além de comunicá-las ao pesquisador, que permaneceu junto aos participantes durante todo o tempo. Posteriormente, fizemos as correções pertinentes buscando adaptar mais uma vez os itens às regras mencionadas por Pasquali (1998, 1999).

Estudo Piloto

Realizamos um estudo piloto com o objetivo geral de verificar como sujeitos de uma amostra não-clínica responderiam aos itens desenvolvidos na etapa anterior do estudo que, teoricamente, são destinados a amostras clínicas. Também se objetivou complementar a análise semântica por meio da análise das respostas dos participantes aos itens, analisar a compreensão das instruções elaboradas e verificar o tempo médio de aplicação do instrumento.

Optamos por utilizar somente os itens adaptados a partir do *Personality Disorder Belief Questionnaire* (Dressen e cols. 2004) (Anexo 2), referentes às crenças mal-adaptativas de seis transtornos da personalidade. O instrumento piloto ficou então constituído por itens referentes às personalidades evitativa (10 itens), dependente (13 itens), obsessivo-compulsivo (9 itens), limítrofe (6 itens), paranóide (20 itens) e histriônico (11 itens) (Anexo 3)

O instrumento piloto foi administrado individualmente em uma amostra predominantemente de universitários, 66% do sexo feminino e com idade média de 27 anos.

A análise empírica dos dados foi feita no *software Statistical Package for Social Sciences 13*. As análises de frequência, média e desvio padrão demonstraram que o número de dados omissos não ultrapassou dois por cento em nenhum item. A análise de frequência mostrou que as respostas abrangeram todos os números da escala, com exceção de três itens, cujas respostas ficaram entre um e oito, e de outros 10 itens, cujas respostas variaram entre um e nove. As médias das respostas a cada item variaram entre 1,7 e 7,7 e o desvio padrão entre 1,19 e 3,25.

Os resultados mostraram que os itens eram aparentemente de fácil compreensão e aceitação, que o formato da escala não representou dificuldades para os respondentes e que as respostas eram heterogêneas, embora as médias fossem relativamente baixas. Assim, concluiu-se que o instrumento piloto poderia ser aplicado em amostras não-clínicas, considerando o baixo número de casos omissos e a forma como as respostas aos itens se distribuíram entre todos os números da escala e as médias das respostas apresentaram-se heterogêneas.

Os resultados do estudo piloto também apontaram para conveniência de reduzir, para este estudo, de seis para três o número de fatores a serem avaliados pelo instrumento da pesquisa. Assim, chegamos a um formato final para o instrumento que seria analisado, que foi denominado de Questionário de Esquemas e Crenças da Personalidade (QECP) (Anexo 4) e que é descrito a seguir.

Validação do Instrumento

O estudo para validação do instrumento envolveu a validação de construto e a validação convergente. A validação de construto é, segundo Pasquali (2003), a forma mais fundamental de validade dos testes psicológicos, uma vez que verifica diretamente se os itens do instrumento (representações comportamentais) medem realmente o construto (traço latente) que pretendem medir. Já a validação convergente visa verificar se os itens do instrumento a ser validado se correlacionam a outras variáveis com as quais, teoricamente, estão relacionados.

Método

Amostra

A amostra foi composta por composta por 368 sujeitos, de diversas instituições das cidades de Carmo do Paranaíba (21%) e Patrocínio (3%), em Minas Gerais, Campos Belos (42%) em Goiás e Brasília (34%) no Distrito Federal. A amostra era predominantemente feminina (74%), solteira (55%) e com ensino superior incompleto (56%). A idade média era de 28 anos. A Tabela 1 descreve estatisticamente a amostra de forma mais detalhada.

Tabela 1.
Amostra da pesquisa (N = 368)

Variáveis e Níveis	F	%
Sexo		
Feminino	273	74,2
Masculino	93	25,3
SR	2	0,5
Idade (anos)		
Amplitude (18-76)		
18 a 24	165	45
25 a 30	69	19
31 a 40	83	22
41 a 50	35	10
Acima de 50	10	3
SR	5	1
Média	28,39	
Desvio Padrão	9,83	
Estado Civil		
Casados	125	34
Solteiros	204	55
Separados	4	1
Outros	3	1
SR	35	9
Escolaridade		
Fundamental Incompleto	2	0,5
Fundamental Completo	1	0,3
Médio Incompleto	31	8,4
Médio Completo	8	2,2
Superior Incompleto	207	56,2
Superior Completo	53	14,4
Especialização	42	11,4
Mestrado	6	1,6
SR	8	4,9
Instituição		
Universidade do Estado de Goiás (Campos Belos)	154	41,8
Discentes Instituto Berlaar (Patrocínio/MG)	13	3,5
Caixa Econômica Federal (Brasília/DF)	84	22,8
Ministério do Desenvolvimento Social (Brasília/DF)	12	3,3
Docentes da Rede de Ensino (Carmo do Paranaíba/MG)	33	9
Comunidade Colégio Alto Paranaíba (Carmo do Paranaíba/MG)	18	4,9
Estudantes do Ensino Médio Noturno da Rede Pública (Carmo do Paranaíba/MG)	26	7,1
Graduandos em Psicologia da Universidade de Brasília (Brasília/DF)	28	7,6

Instrumentos

O instrumento que seria validado, denominado de Questionário de Esquemas e Crenças da Personalidade (QECP) (Anexo 4), continha 66 itens que eram, teoricamente, referentes aos transtornos ou núcleos da personalidade dependente (25 itens), histriônico

(22 itens) e obsessivo-compulsivo (19 itens). A escala de respostas aos itens é do tipo Likert, composta por 10 pontos, em formato de uma régua, na qual os sujeitos devem marcar o quanto acreditam em cada uma das frases (itens). As instruções foram adaptadas do *Personality Disorder Belief Questionnaire* (Dressen e cols., 2004) e orientam o respondente a indicar o que pensam sobre si e os demais, ressaltando a importância de relatar o pensamento verdadeiro, mesmo se considerar que deveria ter outros pensamentos ou opiniões.

Visando à análise de validade convergente do QECP, também foi aplicado o Inventário Fatorial da Personalidade (Pasquali e cols. 1999), um teste verbal de auto-relato, desenvolvido para avaliar o indivíduo da população geral (não-clínica) em motivações ou necessidades psicológicas. O teste conta com 155 itens, dividido em 15 escalas de fatores da personalidade com nove itens cada, uma escala de desejabilidade social e uma escala de mentira ou validade (Quadro 8). A escala de respostas aos itens é do tipo Likert, composta por sete pontos (Pasquali e cols., 1999).

O IFP é uma versão reformulada e adaptada para o Brasil do *Edwards Personal Preference Schedule*, desenvolvido por Allen L. Edwards na década de 1950. O instrumento é baseado na teoria das necessidades básicas formulada por Henry Murray na década de 1930. De acordo com essa teoria a história do indivíduo, o seu presente e o meio são importantes determinantes da personalidade. A partir disso, Murray delimitou algumas atividades ou motivações básicas do homem, como afiliação, ordem e afago, por exemplo (Araújo, 2004). Essas motivações compõem o IFP (Pasquali e cols., 1999).

Procedimentos

A coleta de dados foi realizada pelo próprio pesquisador e por um auxiliar de pesquisa, graduando em psicologia da Universidade de Brasília. Com exceção dos voluntários da Caixa Econômica Federal e do Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome, que foram abordados individualmente, o instrumento foi aplicado de forma coletiva nas outras instituições.

Os graduandos em psicologia da Universidade de Brasília foram convidados a participar da pesquisa como voluntários pelo professor da disciplina de Técnicas de Exame em Psicologia. Os outros participantes, por sua vez, foram convidados a participar da pesquisa ao assistirem palestras proferidas pelo pesquisador a convite das instituições relacionadas na Tabela 1.

Quadro 8.

Fatores do Inventário Fatorial da Personalidade (adaptado de Pasquali e cols., 1999)

Assistência: desejos e sentimentos de piedade, compaixão e ternura, pelos quais o sujeito deseja dar simpatia e gratificar as necessidades de um sujeito indefeso, defendê-lo no perigo, dar-lhe suporte emocional e consolo na tristeza, doença e outros infortúnios.

Intracepção: caracteriza o sujeito que se deixa conduzir por sentimentos e inclinações difusas; dominado pela procura da felicidade, pela fantasia e imaginação.

Afago: busca de apoio e proteção caracteriza esses sujeitos. O sujeito espera ter seus desejos satisfeitos por alguma pessoa querida e amiga. Deseja ser afagado, apoiado, protegido, amado, orientado, perdoado e consolado. Precisa constantemente de alguém que o entenda e o proteja. Sofre de sentimentos de abandono e ansiedade, insegurança e desespero.

Deferência: respeito, admiração e reverência caracterizam as pessoas com altos escores nesse fator, que expressa o desejo de admirar, dar suporte, elogiar, honrar, imitar e obedecer um superior.

Afiliação: dar e receber afeto de amigos. Expressa comportamentos de confiança, boa vontade e amor. Gostam de se apegar e ser leais aos amigos.

Dominância: expressa sentimentos de autoconfiança e o desejo de controlar os outros, influenciar ou dirigir o comportamento deles através de sugestão, sedução, persuasão ou comando.

Denegação: refere-se a resignação, abulia. Trata-se do desejo ou tendência de se submeter passivamente à força externa; aceitar desaforo, castigo e culpa; resignar-se ao destino, admitir inferioridade, erro e fracasso; confessar erros e desejo de autodestruição, dor, castigo, doença e desgraça.

Desempenho: Tais indivíduos gostam de fazer coisas independentemente e com a maior rapidez possível, sobressair, vencer obstáculos e manter altos padrões de desempenho.

Exibição: Tal sujeito gosta de fascinar as pessoas, exercer fascínio e mesmo chocá-las; gosta de dramatizar as coisas para impressionar e entreter.

Agressão: expressa o desejo de superar com vigor e violência a oposição. Tais pessoas gostam de lutar, brigar, atacar e injuriar os outros; gostam de fazer oposição, censurar e ridicularizar os outros.

Ordem: tendência de pôr todas as coisas em ordem, manter limpeza, organização, equilíbrio e precisão.

Mudança: desligar-se de tudo que é rotineiro e fixo é o desejo de uma pessoa com escore alto nesse fator.

Autonomia: sentir-se livre, sair com confinamento, resistir à coerção e à oposição é a tendência dos sujeitos com escores altos nesse fator.

Heterossexualidade: desejo de manter relações, desde românticas até sexuais, com indivíduos do sexo oposto. O sujeito com escore alto nesse fator é fascinado por sexo e assuntos afins.

Persistência: sujeitos com altos escores nesse fator vivem obcecados por ver o resultado final de um trabalho, esquecendo o tempo e o repouso necessário.

Durante a aplicação, os participantes ouviam uma apresentação geral sobre os objetivos da pesquisa e os instrumentos, recebiam instruções gerais sobre como respondê-los. Aos participantes era permitido escolher qual dos instrumentos seria respondido primeiro, embora a maioria optasse pelo IFP. Os aplicadores se colocavam à disposição para responder eventuais dúvidas.

Os dados foram digitados no *software Statistical Package for Social Sciences 13*, por meio do qual foram feitas as análises descritivas, fatorial exploratória, de precisão e de validade convergente.

Resultados

Análise Exploratória dos Dados

Para corrigir eventuais erros de digitação e analisar a presença de dados omissos no banco de dados da pesquisa, procedeu-se uma análise da frequência e distribuição das variáveis em estudo.

Os itens 28 a 41 do QECP tiveram uma frequência de aproximadamente 7% de dados omissos. Esse fato foi ocasionado porque a quarta página estava em branco em 23 formulários de respostas, devido a um erro no momento da impressão e encadernação do instrumento. O erro só foi notado durante a criação do banco de dados. Nas outras variáveis, os dados omissos variaram entre 0,5% e 1,9%. De acordo com Pasquali (no prelo b), dados omissos na ordem de aproximadamente 5% da amostra podem ser, em geral, negligenciados.

Mesmo que a presença de dados omissos tenha ocorrido por razões aleatórias, que não estavam relacionadas com as características dos itens 28 a 41 do QECP, optou-se por tratar os dados omissos pela técnica de *listwise deletion*, evitando que influenciassem os resultados.

Fatorabilidade da matriz das correlações dos itens do QECP

De acordo com Pasquali (2005), para se realizar uma análise fatorial, o tamanho da amostra deve ser de, no mínimo, 10 sujeitos por item ou 100 sujeitos por fator teoricamente formulado. Dessa forma, a amostra composta por 368 sujeitos mostrou-se adequada, uma vez que, teoricamente, o instrumento media três fatores.

Assim, após a extração da matriz das correlações dos itens do QECP verificou-se a fatorabilidade da matriz por meio índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) extraído a partir da Análise dos Componentes Principais, sem rotação de fatores e utilizando *listwise deletion* para tratamento de casos omissos.

O índice KMO extraído foi de 0,87, considerado meritório (0,8 a 0,9) e próximo a maravilhoso (acima de 0,9) de acordo com o critério de Kaiser (1974, citado em Pasquali, 2005). Dessa forma, concluiu-se pela fatorabilidade da matriz das correlações dos itens do QECP.

Análise Exploratória da Estrutura do QECP

Foi realizada outra análise para identificar o número de componentes que poderiam ser extraídos da matriz das correlações, por meio da Análise dos Componentes Principais. Os autovalores iguais ou maiores a um, de acordo com o critério de Kaiser (Pasquali, 2005) indicaram que era possível extrair até 17 componentes, que explicariam 61,64% da variância total (Tabela 2)

O critério de Harman (Pasquali, 2005) aponta que o total da variância explicada por cada componente deve ser maior ou igual a três. A partir desse critério, obteve-se a indicação para extração de até quatro componentes da matriz das correlações, que juntos explicaram aproximadamente 35% da variância total (Tabela 2).

Tabela 2.
Autovalores iniciais e critérios de Harman e Kaiser para extração de fatores ou componentes

Critérios	Componentes	Autovalores Iniciais		
		Total	% da Variância	% Acumulada
	1	12,56	19,03	19,03
	2	4,33	6,57	25,60
	3	3,97	6,01	31,61
Harman	4	2,29	3,47	35,08
	5	1,86	2,82	37,91
	6	1,74	2,64	40,54
	7	1,57	2,37	42,91
	8	1,52	2,31	45,22
	9	1,41	2,13	47,36
	10	1,35	2,04	49,40
	11	1,32	2,01	51,40
	12	1,25	1,89	53,30
	13	1,19	1,80	55,10
	14	1,16	1,75	56,85
	15	1,01	1,65	58,50
	16	1,01	1,61	60,11
Kaiser	17	1,01	1,52	61,64

O *scree plot* apontou a possibilidade de extrair entre três e quatro fatores com aproximadamente 13% da variância explicada (Figura 1).

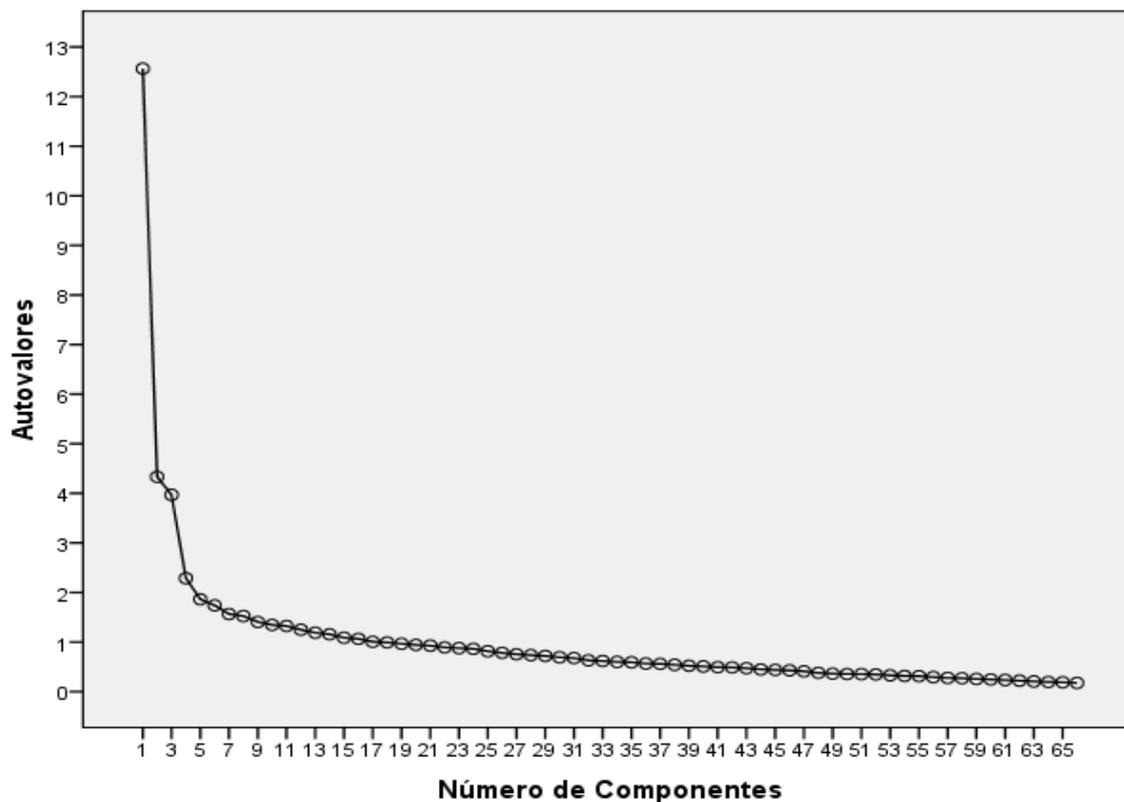


Figura 1. Scree plot da matriz das correlações do QECP

A extração e a rotação dos componentes

Considerando as informações sobre a fatorabilidade da matriz das correlações, procedeu-se à extração e rotação dos componentes pelo método da Análise dos Componentes Principais, com rotação oblíqua *Direct Oblimin*, tratamento dos casos omissos pelo método *listwise deletion* e a supressão de cargas inferiores a 0,30.

A extração e a rotação mostrou que dois componentes explicariam juntos 25,60% da variância da matriz das correlações, deixando inexplicados 49% de correlações maiores que 0,05 na matriz residual.

Uma nova análise apontou que a estrutura de três componentes explica 31,61% da variância da matriz das correlações. Além disso, o número de correlações inexplicadas com valores acima de 0,05 na matriz residual seria reduzido a 35%. Porém, ao extrairmos quatro ou mais componentes, o mesmo não ocorre.

Com quatro componentes ainda restariam 31% de correlações não explicadas com

valores acima de 0,05 na matriz residual. Estatisticamente, extrair esse número de componentes não seria pertinente, pois aumentaríamos a complexidade da matriz fatorial em troca de somente 4% de explicação.

Análise da Estrutura de Três Componentes

Congruentemente com a estrutura de três componentes teoricamente hipotetizada, a análise exploratória também apontou a estrutura com três componentes como a mais adequada. Os componentes mostraram-se independentes, uma vez que não encontramos correlação significativa entre eles (Tabela 3).

Tabela 3.
Matriz das correlações entre os componentes extraídos

Componentes	1	2	3
1	1,000	0,176	0,274
2	0,176	1,000	0,171
3	0,274	0,171	1,000

As cargas fatoriais variaram entre 0,74 e 0,31. Os itens que não apresentaram cargas fatoriais significativas em nenhum dos três componentes foram excluídos. O mesmo foi feito com os itens considerados complexos, com cargas fatoriais semelhantes ou altas em mais de um componente. O critério para exclusão dos itens complexos foi de uma diferença igual ou menor que 0,5 entre as cargas fatoriais nos componentes. Dessa forma, o item 64 foi mantido no Componente 3. Essas informações são mais bem visualizadas na Tabela 4.

Tabela 4.
Itens complexos e itens com carga fatorial inferiores a 0,30

Itens	Cargas Fatoriais		
	Componente 1	Componente 2	Componente 3
13	0,48	0,34	
10	0,32	0,32	
03			
36			
58			
14			
45			
29	0,34		0,57
43	0,34		0,48
64	0,33		0,42
28	0,39		0,40
31	0,32		0,37
16			
46			

O primeiro componente ficou então composto por 23 itens e explica 19,11% da variância (Tabela 5); o segundo explica 6,64% da variância e é composto por 19 itens e (Tabela 6); o terceiro é composto por 21 itens, que explicam 5,9% da variância (Tabela 7). Na Tabelas 5, 6 e 7, que representam a matriz *pattern* do QECP, é possível observar a distribuição dos itens entre os três componentes, com suas cargas-fatoriais, além da correlação item-total.

Tabela 5.
Matriz Pattern do Componente 1

Itens	Cargas Fatoriais do Componente 1	r^{it}
47	0,74	0,67
41	0,70	0,67
63	0,69	0,70
23	0,69	0,59
58	0,67	0,64
44	0,67	0,62
15	0,67	0,58
49	0,65	0,67
33	0,63	0,61
20	0,63	0,56
48	0,62	0,60
42	0,55	0,46
25	0,54	0,56
18	0,52	0,54
13	0,48	0,48
26	0,47	0,48
04	0,47	0,41
35	0,46	0,47
19	0,41	0,49
05	0,37	0,39
08	0,34	0,42
01	0,33	0,31
10	0,32	0,67
Número de Itens	22	
Autovalores	12,83	
% da Variância	19,15	
Lambda 2 de Guttman	0,91	
Alfa de Cronbach	0,91	

Tabela 6.
Matriz Pattern do Componente 2

Itens	Cargas Fatoriais do Componente 2	r^{it}
38	0,69	0,57
34	0,61	0,51
24	0,59	0,48
22	0,56	0,54
56	0,52	0,46
07	0,52	0,41
39	0,52	0,36
65	0,46	0,30
32	0,43	0,27
21	0,43	0,45
61	0,43	0,45
37	0,41	0,36
62	0,41	0,41
55	0,39	0,39
66	0,38	0,32
54	0,35	0,35
30	0,33	0,29
Número de Itens	17	
Autovalores	4,49	
% da Variância	6,70	
Lambda 2 de Guttman	0,82	
Alfa de Cronbach	0,81	

Tabela 7.
Matriz Pattern do Componente 3

Itens	Cargas Fatoriais do Componente 3	r^{it}
60	0,71	0,57
50	0,67	0,51
49	0,64	0,48
06	0,63	0,54
27	0,61	0,46
17	0,57	0,41
29	0,57	0,36
02	0,51	0,30
43	0,48	0,27
12	0,47	0,45
11	0,47	0,45
51	0,44	0,36
64	0,42	0,41
45	0,42	0,39
09	0,41	0,32
28	0,40	0,35
31	0,37	0,29
53	0,33	0,57
57	0,32	0,51
40	0,31	0,48
Número de Itens	18	
Autovalores	4	
% da Variância	5,98	
Lambda 2 de Guttman	0,85	
Alfa de Cronbach	0,85	

Consistência Interna dos Três Componentes

Todos os componentes apresentaram bons níveis de consistência interna, de acordo com os índices *alfa* de Cronbach e *lambda* de Guttman, como pode ser visto na Tabela 4 acima. O primeiro componente apresentou um índice de precisão (*alfa* de Cronbach) de 0,91, o segundo de 0,81 e o terceiro de 0,85.

Na Tabela 4 também é possível verificar que a grande maioria das correlações item-total se mostraram altas. Apenas os itens 30, 31, 32 e 43 apresentaram correlações item-total inferiores a 0,30.

Interpretação dos Componentes

Elaborou-se uma definição para os três componentes extraídos a partir da análise dos itens. A seguir, são apresentadas essas definições juntamente aos itens que compõem cada componente e as representações gráficas da distribuição das repostas dos participantes.

Componente 1: Personalidade Dependente

O Componente 1 - Personalidade Dependente - é formado por 22 itens e possui um *alfa* de 0,91 (Tabela 4). Esse componente pode ser definido como aquele que caracteriza indivíduos que têm uma imagem de si mesmos como incapazes, carentes, abandonados, frágeis e incompetentes, cuja principal crença está relacionada à necessidade de ter alguém que garanta sua sobrevivência e felicidade.

Os indivíduos caracterizados por esse componente adotam estratégias comportamentais relacionadas a cultivar relacionamentos dependentes. Esses indivíduos evitam tomar decisões e encarar problemas sozinhos, para isso precisam de aconselhamentos e asseguarção de outras figuras. Enxergam essas figuras como nutridores, cuidadores, apoiadores e competentes, de forma especialmente idealizada. Em seus relacionamentos, suportam e fazem de tudo para agradar e satisfazer essas figuras, a quem se subordinam para não ficarem ou se sentirem sozinhos, com medo constante de abandono e sensação de desamparo.

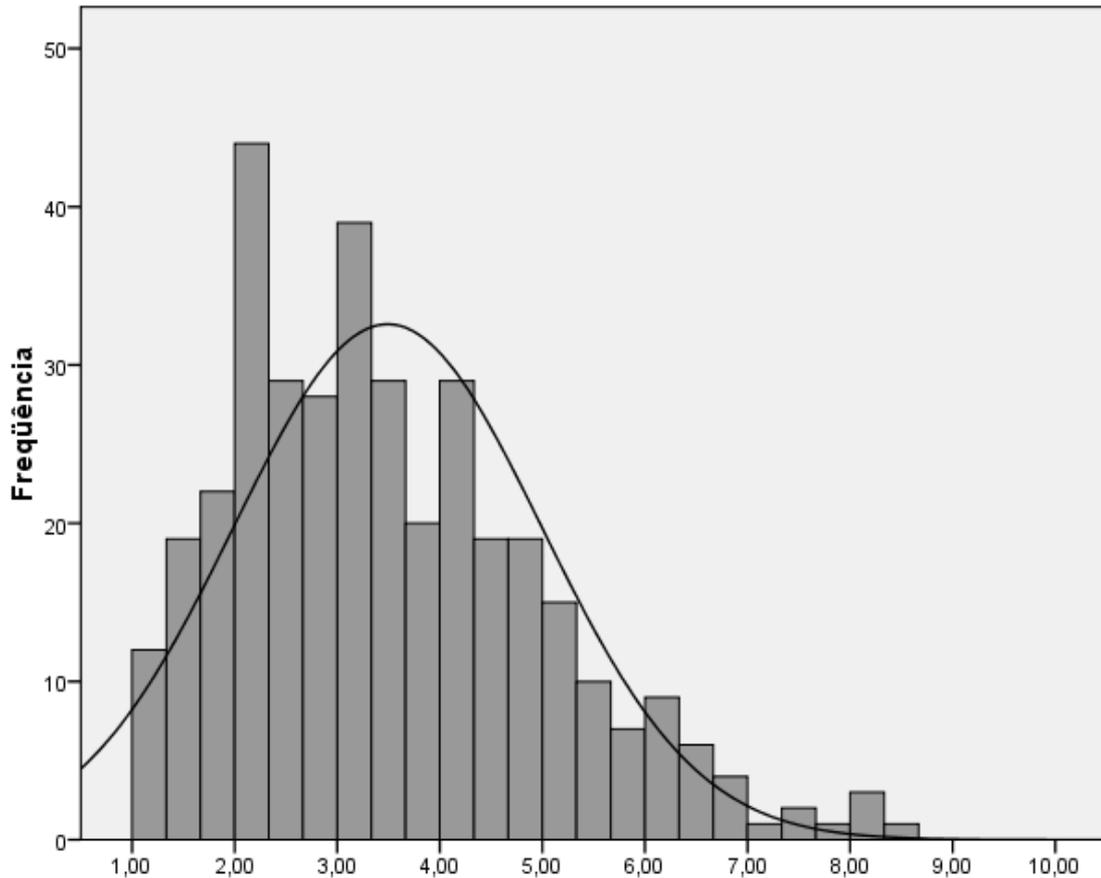


Figura 2. Distribuição das respostas no Componente 1 – Personalidade Dependente

As respostas dos sujeitos aos itens do Componente 1 – Personalidade Dependente - se distribuíram em uma curva normal acentuada à esquerda, como pode ser visto na Figura 2, com média de 3,49, mediana de 3,27 e desvio padrão de 1,50.

Componente 2 – Personalidade Obsessivo-Compulsiva

O Componente 2 (Personalidade Obsessivo-Compulsiva) é formado por 17 itens e tem um *alfa* de 0,81 (Tabela 4). Esse componente caracteriza aqueles indivíduos com uma consciência perfeccionista, impulsionados pelo controle, organização e dever. Esses indivíduos desenvolvem estratégias comportamentais que envolvem a adoção de sistemas de regras, padrões e deveres e controle acerca de si mesmo, de seu ambiente e de suas emoções. Também tentam evitar erros a todo custo, sendo extremamente perfeccionistas, meticulosos e cuidadosos.

Esses indivíduos acreditam ser responsáveis por si mesmos e pelos outros e que só

podem depender de si para que as coisas sejam feitas. Acreditam também que as outras pessoas não são tão competentes quanto eles e tentam exercer controle sobre seu comportamento e desempenho, quando estão envolvidos em um mesmo objetivo. No entanto, são muito mais críticos consigo do que com os outros.

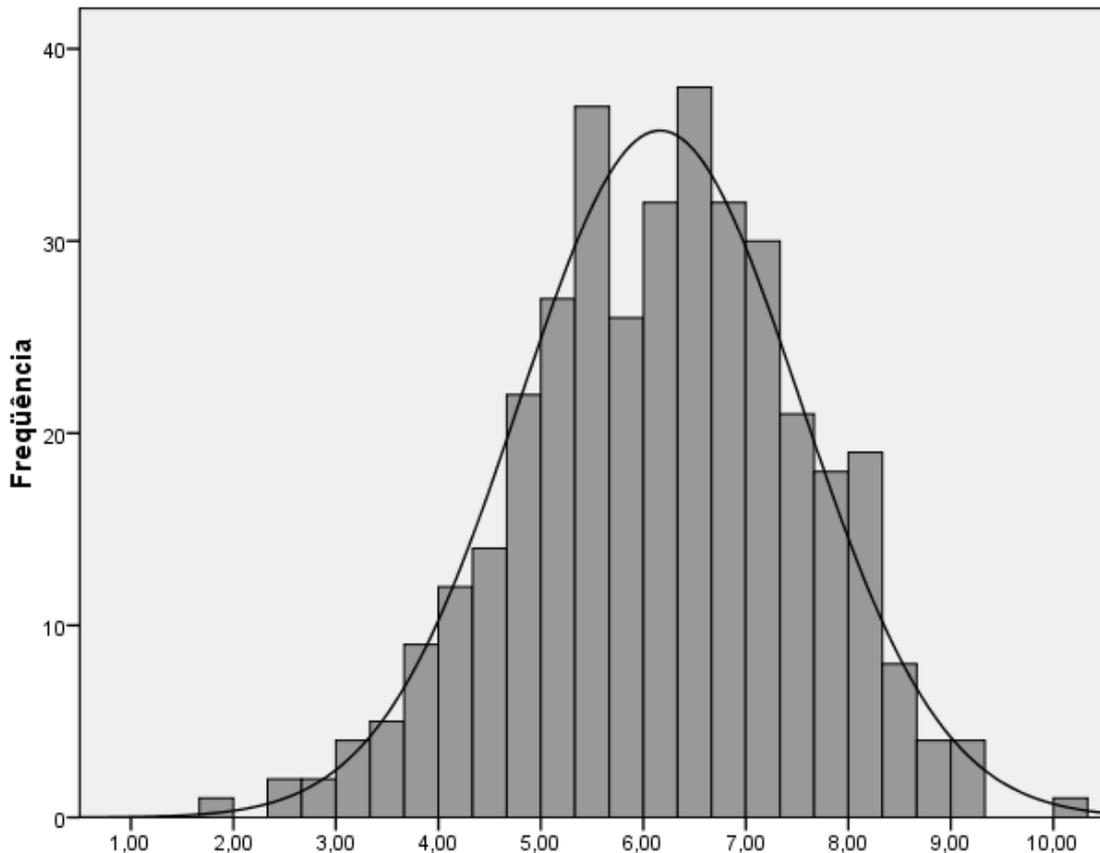


Figura 3. Distribuição das respostas no Componente 2 – Personalidade Obsessivo-Compulsiva

A Figura 3 mostra que a distribuição das respostas dos participantes ao Componente 2 se caracteriza por uma curva normal acentuada para a esquerda, com média de 6,16, mediana de 6,20 e desvio padrão de 1,37.

Componente 3 – Personalidade Histriônica

O Componente 3 - Personalidade Histriônica - é composto por 18 itens, com *alfa* de 0,85 (Tabela 4). Esse componente caracteriza indivíduos guiados principalmente pelos sentimentos e que se vêem como pessoas sedutoras, impressionantes e que devem ser o

centro das atenções.

As estratégias comportamentais desses indivíduos envolvem uma conduta dramática e romantizada em todas as situações e a tentativa de impressionar e cativar as pessoas. Os indivíduos caracterizados por esse componente enxergam as pessoas de forma favorável quando devotam a eles sua atenção e afeto. Estabelecem como condição para seus relacionamentos ser o centro das atenções. Quando sua estratégia não funciona, esses indivíduos acreditam estar sendo tratados injustamente e expressam seus sentimentos de forma dramática para fazer com que sejam notados ou para conseguir aprovação.

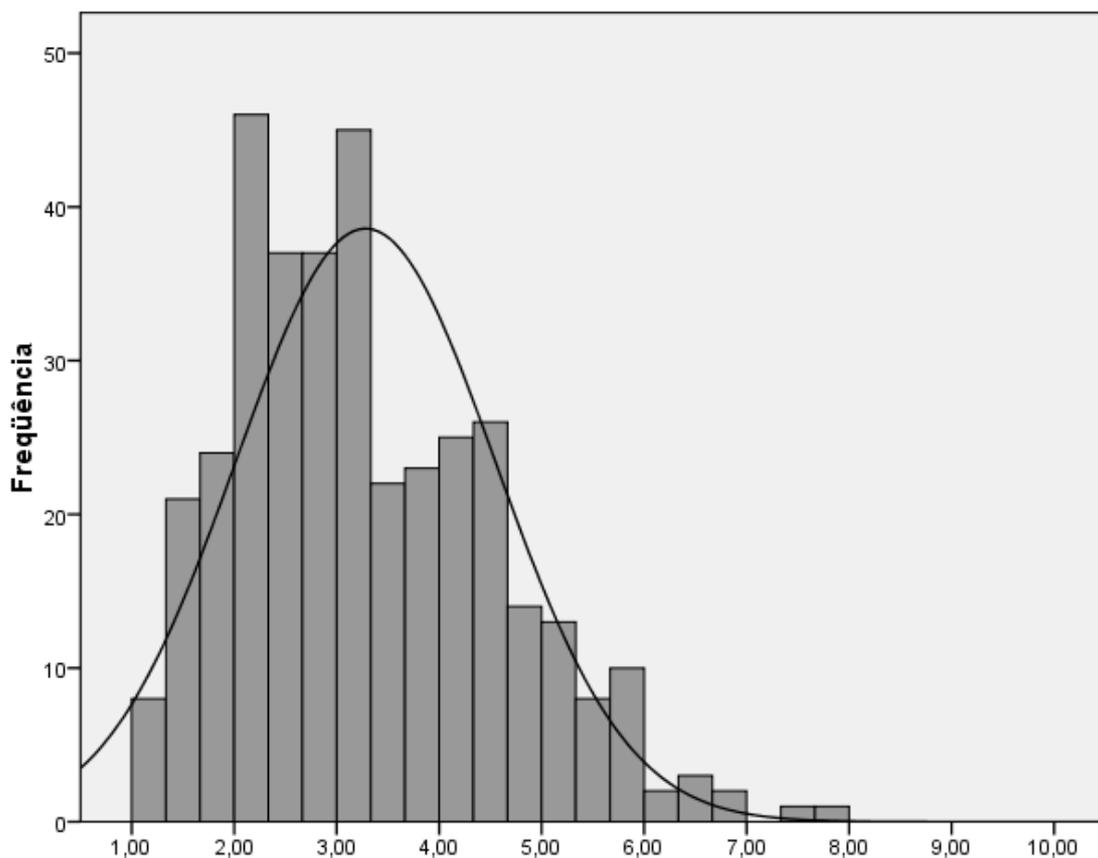


Figura 4. Distribuição das respostas no Componente 3 – Personalidade Histriônica

A Figura 4 representa a curva normal, acentuada a esquerda, na qual se distribuem as respostas dos participantes aos itens do Componente 3. A média de 3,31, mediana de 3,11 e desvio padrão de 1,26.

Análise da Validade Convergente

Para análise da validade convergente, o QECP foram analisadas correlações de Pearson entre os componentes do QECP e os fatores do IFP. Ao realizarmos essa análise, esperávamos encontrar algumas correlações entre os dois instrumentos. Era esperado que a Personalidade Dependente (Componente 1) apresentasse correlação com fatores como Assistência, Afago, Deferência, Afiliação, Denegação; que a Personalidade Obsessivo-Compulsiva (Componente 2) se correlacionasse a Ordem e Desempenho, por exemplo; e que a Personalidade Histriônica se correlacionasse a Exibição e Dominância, por exemplo. O Quadro 9, a seguir, ilustra melhor as hipóteses levantadas anteriormente à análise das correlações bivariadas entre os dois instrumentos.

Quadro 9.

Algumas correlações esperadas entre componentes do QECP e fatores do IFP

	Personalidade Dependente	Personalidade Obsessivo-Compulsiva	Personalidade Histriônica
Assistência	(+)		
Intracção			
Afago	(+)		
Deferência	(+)	(+)	
Afiliação	(+)		
Dominância	(-)		(+)
Denegação	(+)		
Desempenho		(+)	(+)
Exibição			(+)
Agressão		(+)	(+)
Ordem		(+)	
Persistência		(+)	
Mudança			
Autonomia	(-)		(+)
Heterossexualidade			
Desejabilidade			

(+) eram esperadas correlações positivas

(-) eram esperadas correlações negativas

De fato, os dois instrumentos apresentaram algumas correlações importantes, como pode ser visto na Tabela 8. O Componente 1 – Personalidade Dependente – se mostrou correlacionado ao fator Denegação (0,37), além de uma correlação de 0,295 com o fator Afago. O Componente 2 – Personalidade Obsessivo-Compulsiva – se mostrou correlacionado com o fator Desempenho (0,32), além de correlações de 0,288 e 0,274 com os fatores Ordem e Persistência, respectivamente. Já o Componente 3 – Personalidade

Histriônica – apresentou correlações positivas com os fatores Exibição (0,65), Dominação (0,45), Desempenho (0,35) e Agressão (0,30).

Tabela 8.
Correlações de Pearson entre os Fatores do IFP e os Componentes do QECP

	Componente 1 Personalidade Dependente	Componente 2 Personalidade Obsessivo-Compulsiva	Componente 3 Personalidade Histriônica
Assistência	0,114*	0,176**	0,023
Intracção	0,109*	0,167**	0,157**
Afago	0,295**	0,135**	0,115*
Deferência	0,176**	0,244**	0,013
Afiliação	0,052	0,194**	-0,023
Dominação	0,032	0,013	0,450**
Denegação	0,368**	0,201**	0,056
Desempenho	0,083	0,324**	0,350**
Exibição	0,144**	0,060	0,465**
Agressão	0,133**	0,091*	0,304**
Ordem	0,040	0,288**	-0,052
Persistência	-0,125**	0,274**	-0,072
Mudança	-0,057	0,114*	0,184**
Autonomia	-0,048	0,118*	0,216**
Heterossexualidade	0,021	0,099*	0,246**
Desejabilidade	-0,178**	-0,036	-0,149**

** correlação significativa ao nível de 0,01.

* correlação significativa ao nível de 0,05

Embora não tenham sido encontradas todas as correlações esperadas, podemos perceber que as correlações encontradas se mostraram teoricamente adequadas. A literatura descreve que a Personalidade Dependente, de fato, é caracterizada principalmente pela tendência de submeter passivamente à força externa, especificamente de uma figura considerada mais forte, protetora ou cuidadora. Embora a correlação com o fator Afago seja apenas próxima a 0,30, podemos conjecturar que a busca de apoio e proteção somados a sentimentos de abandono e ansiedade, também são características importantes medidas por esse componente.

Pela análise das correlações encontradas, podemos perceber que a Personalidade Obsessivo-Compulsiva é significativamente caracterizada por comportamentos relacionados ao fator Desempenho, como manter padrões elevados, organização e domínio de objetos, pessoas e idéias. Os fatores Ordem e Persistência, cujas correlações com o componente também estejam apenas próximas a 0,30, permitem conjecturar que a Personalidade Obsessivo-Compulsiva também seja caracterizada por comportamentos

direcionados a ordem, organização e precisão, além de grande dedicação e preocupação relacionadas à execução de tarefas (Persistência).

A Personalidade Histriônica foi a que se correlacionou ao maior número de fatores do IFP. Com destaque à Exibição, Dominação e Agressão. Dessa forma, podemos entender que essa personalidade é de fato caracterizada por vaidade e dramatização impulsionadas por desejo de impressionar e ter atenção das pessoas. Esse desejo pode ser expresso por comportamentos de dominação, como desejo de controlar, influenciar ou dirigir o comportamento dos outros, por meio de sugestão, sedução ou persuasão. Também pode ser expresso por raiva, irritação e ódio, provavelmente em situações quando não conseguem obter a atenção desejada, como é descrito na literatura.

Podemos perceber também que a Personalidade Histriônica compartilha características com a Personalidade Obsessivo-Compulsiva, especificamente relacionadas a dominar, manipular e organizar objetos, pessoas e idéias, além de sobressair e agir de forma independente. Embora os dois componentes apresente correlação com o fator que caracteriza esses comportamentos (Deferência), não é possível dizer quais características desse fator é típica de cada personalidade.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

O objetivo geral deste estudo foi construir e validar um instrumento de medida para avaliação de esquemas mal-adaptativos das personalidades dependente, histriônica e obsessivo-compulsiva.

Especificamente, este estudo pretendia (1) investigar a estrutura fatorial e as propriedades psicométricas do instrumento de avaliação de esquemas mal-adaptativos das personalidades obsessivo-compulsiva, histriônica e dependente (QECP) em uma amostra não-clínica; (2) analisar a validade de construto, validade convergente e de precisão do QECP e; (3) verificar se os conteúdos cognitivos específicos dos transtornos das personalidades dependente, histriônica e obsessivo-compulsiva são capazes de traçar perfis cognitivos discriminando os indivíduos de uma amostra não-clínica.

Além disso, este estudo buscou testar duas hipóteses. A primeira delas era a de que esquemas mal-adaptativos específicos dos transtornos das personalidades dependente, obsessivo-compulsiva e histriônica se distribuem em uma estrutura fatorial em amostras não-clínicas. A segunda é de que os esquemas mal-adaptativos avaliados pelo instrumento construído estariam relacionados aos fatores do Inventário Fatorial da Personalidade (Pasquali e cols., 1999).

O referencial teórico demonstrou que a terapia cognitiva se encontra em franco crescimento, sendo uma abordagem mais pesquisada em todo o mundo, incluindo seus princípios teóricos e diretrizes terapêuticas (Butler e cols. 2006). Um dos principais aspectos teóricos da terapia cognitiva é o papel desempenhado pelo processamento de informações enviesado durante o curso dos transtornos psicológicos e a hipótese do conteúdo cognitivo específico de cada transtorno (A. Beck, 2006).

Assim, a noção dimensional da terapia cognitiva de que a personalidade é formada por valores centrais, denominado de esquemas cognitivos tem sido bastante investigada e aplicada na clínica psicológica, inclusive nos casos que envolvem transtornos da personalidade ou pacientes considerados difíceis (Arntz e cols., 2004; A. Beck & Freeman, 1993; A. Beck e cols., 2005; J. S. Beck, 1997, 2005; Caballo, 2008; Young, 2003).

Ao conhecer e entender as cognições idiossincráticas de cada transtorno da personalidade, o terapeuta pode conceituar os problemas do paciente e tomar decisões acerca da estrutura e das técnicas da intervenção. Considerando que um paciente não tem traços de apenas um grupo específico de crenças associadas a somente um transtorno da personalidade, conhecer essas cognições é ainda mais importante para traçar perfis

cognitivos (J. S. Beck, 2005; A. Beck e cols. 2001; A. Beck e cols. 2005)

Tendo em vista a importância da identificação dos esquemas e crenças mal-adaptativos para a prática clínica e o entendimento da personalidade e dos transtornos da personalidade, foram desenvolvidos alguns instrumentos psicológicos com a finalidade de avaliá-los (Arntz, 1999; Arntz e cols. 2004; A. Beck e cols. 2005; Beck e cols., 2001; Lee, Taylor & Dunn, 1999; Lobbestael e cols. 2008; Welburn e cols., 2002).. No entanto, deve-se salientar que os estudos para sua validação ainda se encontram em fase inicial e grande parte desses estudos abordou as propriedades psicométricas desses instrumentos somente em amostras clínicas, além de ainda não terem buscado validação convergente com outros instrumentos de avaliação dimensional da personalidade, como o próprio IFP (Pasquali e cols., 1999) aqui utilizado. Além disso, nenhum dos instrumentos elaborados foi adaptado e validado para a realidade brasileira até então (Conselho Federal de Psicologia, 2008).

Assim, em um primeiro momento elaboramos com sucesso as definições constitutiva e operacional dos construtos. Cabe ressaltar que essa etapa foi facilitada pela formulação teórica abrangente encontrada na literatura revisada e pela existência de instrumentos psicológicos já existentes em outros países que buscam avaliar os mesmos construtos. Então, a definição operacional envolveu principalmente a tradução e adaptação para o português dos itens dos instrumentos *Personality Belief Questionnaire* (A. Beck & J. Beck, 1995) e *Personality Disorder Belief Questionnaire* (Dressen e cols., 2004).

Após a elaboração das definições constitutiva e operacional, partimos para a validação teórica do instrumento. Como parte dos procedimentos de validação teórica, foi realizada uma análise semântica com dois grupos de voluntários. Aqui, a preocupação foi investigar a validade aparente e a inteligibilidade dos itens entre indivíduos com níveis de escolaridade diferentes. Considerando as análises empíricas no estudo piloto e no estudo de validação do QECP, podemos considerar que essa etapa do estudo atingiu seu objetivo.

Os resultados do estudo piloto demonstraram que os itens traduzidos e adaptados durante os procedimentos de definição operacional e análise semântica eram de fácil compreensão e aceitação. O formato de escala e as instruções adotados para o instrumento também se mostraram adequados. Dessa forma, o estudo piloto permitiu concluir que a adoção de amostras não-clínicas para os estudos posteriores de validação seria pertinente, considerando os objetivos específicos deste estudo.

O estudo piloto apontou a conveniência de reduzir o número de construtos que seriam avaliados pelo QECP para este trabalho. Para validar todos os seis construtos analisados no estudo piloto, ma grande amostra seria necessária, certamente com mais de

600 sujeitos. Assim, considerando as dificuldades em se obter grandes amostras e o tempo elevado de aplicação conjunta do QECP e do IFP, que seria utilizado para as análises de validação convergente, optamos por reduzir a três o número de construtos a serem analisados no restante do estudo. A escolha dos três construtos (esquemas cognitivos das personalidades dependente, obsessivo-compulsiva e histriônica) foi aleatória.

Após o estudo piloto, partimos para os procedimentos de validação do instrumento. Para tanto, recorreu-se a uma amostra de conveniência, composta por 368 sujeitos, de diferentes instituições, cidades e estados. Apesar de ser uma amostra de conveniência, buscamos por voluntários de realidades socioculturais diferentes. Considerando que indivíduos de cidades de pequeno e grande porte e de praticamente todos os níveis de escolaridade compuseram a amostra, este objetivo foi atingido em grande parte. No entanto, a participação da maior parte dos voluntários se deu por intermédio de instituições escolares e, a grande maioria, era de estudantes universitários.

Os resultados obtidos apontaram para a validade e fidedignidade do QECP. A validade de construto foi analisada por meio da análise fatorial exploratória, especificamente pelo método dos Componentes Principais. As variáveis (os itens do instrumento) compuseram uma estrutura de três componentes semelhantes aos traços latentes elaborados teoricamente. Portanto, o modelo encontrado era bastante consistente do ponto de vista semântico.

Estatisticamente, as cargas fatoriais variaram entre 0,74 e 0,31 e as correlações item-total mostraram-se altas, exceto para quatro itens que apresentaram correlações abaixo de 0,30. Ao todo, nove itens foram excluídos das análises posteriores, seis deles por não apresentarem cargas fatoriais significativas e três por apresentarem cargas fatoriais semelhantes em mais de um componente.

Os coeficientes de precisão dos componentes apontaram que o instrumento pode ser considerado preciso, uma vez que todos foram superiores a 0,80 (Pasquali, 2003). O Componente 1 apresentou um índice de precisão de 0,91; o Componente 2 de 0,81 e o Componente 3 de 0,85.

Os itens do instrumento se distribuíram entre os componentes de maneira semelhante à teoria. Assim, o primeiro componente extraído ficou composto por itens que dizem respeito à personalidade dependente, o segundo à personalidade obsessivo-compulsiva e o terceiro à personalidade histriônica.

Análises de validade convergente foram realizadas por meio de correlações de Pearson entre os componentes do QECP e os fatores medidos pelo IFP (Pasquali e cols.,

1999).

O Componente 1 – Personalidade Dependente - mostrou-se positivamente correlacionado (0,37) ao fator Denegação ao IFP. De fato, ao considerarmos as formulações teóricas revisadas neste estudo, claramente indivíduos com as características avaliadas pelo Componente 1 deveriam apresentar comportamentos semelhantes àqueles avaliados pelo fator Denegação, como resignação, crença de ser incapaz de tomar decisões sozinho (abulia), passividade, sentimentos e crenças de inferioridade, erro e fracasso.

O Componente 2 – Personalidade Obsessivo-Compulsiva - mostrou-se correlacionado (0,32) ao fator Desempenho do IFP. Essas informações corroboram a idéia de que indivíduos com personalidade obsessivo-compulsiva têm como principais características uma consciência perfeccionista e a exigência de altos padrões de desempenho.

A Personalidade Histriônica, medida pelo Componente 3, correlacionou-se positivamente com Exibição (0,46), Dominação (0,45), Desempenho (0,35) e Agressão (0,30). Esses resultados também indicaram que a principal característica da Personalidade Histriônica são os comportamentos voltados à dramaticidade e desejo de impressionar e chamar atenção dos outros. Características como desejo de controlar e influenciar os outros, por meio de sedução, persuasão ou comando; o desejo de sobressair, dominar e manipular objetos e pessoas; além da expressão de raiva e ódio diante de alguma oposição, também confirmaram as conjecturas teóricas acerca da personalidade histriônica.

Conclui-se que os resultados obtidos indicam a validade do instrumento construído para avaliação dos esquemas e crenças mal-adaptativos das personalidades dependente, obsessivo-compulsiva e histriônica. Considera-se ter atingido a validade de construto (Borsboom, Mellenbergh & Heerden, 2004; Pasquali, 2007b), por meio da análise fatorial exploratória e a validade convergente pelo estudo das correlações bivariadas entre o QECP e o IFP.

A estrutura fatorial encontrada confirmou-se a hipótese deste estudo de que é possível elaborar perfis cognitivos para qualquer sujeito, independente da presença de psicopatologias, a partir de esquemas cognitivos mal-adaptativos da personalidade, conforme elaboração feita a partir de pesquisas envolvendo o modelo cognitivo das psicopatologias, especialmente àquelas da personalidade. Ainda, a hipótese de que os fatores medidos pelo IFP se correlacionariam com as crenças mal-adaptativas da personalidade avaliadas também se confirmou.

O cumprimento dos objetivos estabelecidos e a confirmação das hipóteses levantadas permitem conjecturar algumas implicações para os resultados encontrados. A principal delas é de que é possível avaliar conjuntos de esquemas cognitivos mal-adaptativos da personalidade proeminentes para cada indivíduo, o que significa abrir diversas possibilidades na clínica psicológica para os processos de diagnóstico, avaliação psicológica, conceituação de casos e adoção e modificação de estratégias de intervenção.

Os resultados do estudo trouxeram evidências favoráveis à idéia de que a avaliação dos esquemas mal-adaptativos da personalidade permite a elaboração de perfis cognitivos não só em um ambiente clínico. Dessa forma, os resultados indicam que os esquemas avaliados dizem respeito não somente aos transtornos da personalidade.

Sobretudo, os resultados se incorporam a uma discussão bastante proeminente na área da psicopatologia. Widiger & Costa (1994) consideraram que existe uma necessidade de definir o que sejam os transtornos da personalidade e diferenciá-los do funcionamento normal da personalidade.

Millon (1999) enfatizou em uma nota sobre as síndromes clínicas e os transtornos da personalidade que em psicopatologia somos obrigados, vez ou outra, a impor sistemas arbitrários de classificação que sugiram coerência e clareza maiores do que as encontradas na natureza imprecisa do sujeito. Segundo Millon, nossas classificações são, até certo ponto, verdadeiras ficções. As classificações que adotamos envolvem definições ambíguas, sistemas que se sobrepõem, critérios inválidos e fortes efeitos de modificação do contexto.

Podemos entender que os resultados deste estudo se encaixam em uma visão dimensional da personalidade e das psicopatologias. Os esquemas cognitivos mal-adaptativos avaliados parecem desempenhar alguma função na personalidade dos indivíduos, independente de um diagnóstico de transtorno da personalidade. Assim, sua identificação e avaliação por meio de instrumentos como o QECP podem auxiliar nas pesquisas quanto às diferenças entre o funcionamento normal e psicopatológico da personalidade.

De acordo com A. Beck e cols. (1993, 2001), conhecer esses esquemas pode ajudar imensamente na condução da terapia cognitiva com pacientes com problemas relacionados à personalidade ou em casos considerados difíceis (J. Beck, 2005). Esse tipo de instrumento pode ajudar psicólogos e pacientes a entender padrões mal-adaptativos e adotar técnicas psicoterápicas adequadas e, portanto, mais eficazes (Lobbestael e cols., 2008).

Claramente, este estudo não permite embasar a hipótese da especificidade cognitiva

dos transtornos da personalidade, uma vez que utilizou uma amostra não-clínica. No entanto, os resultados do estudo vão de encontro à hipótese levantada por Arntz e cols. (2004). Podemos presumir que os escores de um sujeito nos componentes do QECP não são suficientes para elaborar um diagnóstico por si só, mas são importantes o suficiente para auxiliar no processo de conceituação de caso, por exemplo.

Limitações do Estudo

Quanto às limitações do estudo, emergem pelo menos duas questões relativas à amostra. A primeira diz respeito à abrangência necessária para validação do QECP para o Brasil, considerando a diversidade cultural do país. A segunda é a necessidade de se adotar amostras clínicas, especialmente com pacientes com diagnóstico de transtornos da personalidade, para que se possa generalizar com maior propriedade as propriedades psicométricas do QECP à realidade clínica. Outro problema enfrentado no estudo diz respeito à extensão dos instrumentos utilizados, o que dificultou a obtenção de sujeitos com disponibilidade para respondê-los no momento em que eram abordados pelos aplicadores.

Outra limitação importante diz respeito à análise dos dados, uma vez que este estudo não empregou a Teoria de Resposta aos Itens (Pasquali, 2007a) e, portanto, não analisou os índices de dificuldade, discriminação e respostas ao acaso.

Agenda de Pesquisa

Uma agenda de pesquisa que dê prosseguimento a este trabalho deve adotar o estudo das propriedades psicométricas do QECP com itens referentes a todos os transtornos da personalidade conforme descritos na literatura. Nesse estudo, as facetas dos componentes ou fatores encontrados também devem ser consideradas, de forma a delimitar melhor os esquemas que compõem cada personalidade.

Durante este trabalho também emergiu a necessidade de estudos de validade convergente do QECP com outros instrumentos de avaliação dimensional da personalidade, especialmente àqueles ligados à teoria dos cinco fatores da personalidade. A relação entre esse modelo da personalidade e as psicopatologias vem sendo bastante pesquisada em todo o mundo (Trull, 1992; Widiger & Costa, 1994; Soldz e cols., 1993; Velzen & Emmelkamp, 1996).

E, por último, apontamos a possibilidade de desenvolver um banco com itens semelhantes aos do QECP para avaliação de esquemas mal-adaptativos da personalidade, com o objetivo de elaborar um teste computadorizado adaptativo (*computerized adaptive testing*), utilizando os parâmetros da Teoria de Resposta aos Itens (Pasquali, 2007a).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. DSM - IV - TR. (Cláudia Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2000).
- Araújo, R. M. (2004). Análise da estrutura fatorial do Inventário fatorial de Personalidade - IFP. *Universitas: Ciências da Saúde*, 2(1), 1-10.
- Arntz, A. (1999). Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 97-134.
- Arntz, A., Dietzel, R., & Dreessen, L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder: specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 545-557.
- Arntz, A., Dressen, L., Schouten, E., & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: a test with the Personality Disorder Belief Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1215-1225.
- Bandura, A. (1996). Ontological and epistemological terrains revisited. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27(4), 323-345.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- Beck, A. T. (1963). Thinking and depression: I. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, 9, 324-344.
- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10, 561-571.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy. A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375.
- Beck, A. T. (1993). Cognitive therapy: past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 194-198.
- Beck, A. T. (2005). The current status of cognitive therapy. A 40-year retrospect. *Archives of General Psychiatry*, 62, 953-959.
- Beck, A. T. (2006). How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nature Medicine*, 12(10), 1139-1141.
- Beck, A. T., & Beck, J. S. (1995). *Personality Belief Questionnaire*. Instrumento de avaliação não publicado. The Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, Bala Cynwyd, Pennsylvania.
- Beck, A. T., Brown, G., Eidelson, J. I., Steer, R. A., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 179-183.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (Orgs.) (1993). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade*. (A. E. Fillman, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 1990).
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (Orgs.) (2005). (Orgs.) *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade* (2a ed.). (M. A. V. Veronese, Trad.) Porto Alegre: Artes Médicas. (Trabalho original publicado em 2004).

- Beck, A. T., Butler, A. C., Brown, G. K., Dahlsgaard, K. K., Newman, C. F., & Beck, J. S. (2001). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1213–1225.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Brian, F. S., & Emery, G. (1982). *Terapia cognitiva da depressão*. (V. Ribeiro, Trad.) Rio de Janeiro: Zahar Editores. (Trabalho original publicado em 1979)
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva. Teoria e prática*. (S. Costa, Trad.) Porto Alegre: Arts Médicas. (Trabalho original publicado em 1995)
- Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: quando o básico não funciona*. (Sandra Moreira de Carvalho, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2005).
- Beckham, E. E., Leber, W. R., Watkins, J. T., Boyer, J. L., & Cook, J. B. (1986). Development of an instrument to measure Beck's cognitive triad: the cognitive triad inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 566-567.
- Bornstein, R. F. (1999). Histrionic personality disorder, physical attractiveness, and social adjustment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 21(1).
- Borsboom, D., Mellenbergh G. J., & Heerden, J. V. (2004). The concept of validity. *Psychological Review*, 111(4), 1061–1071.
- Butler, A. C., Chapman, J. B., Forman, E. M., Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17-31.
- Butler, A. C., Brown, G. K., Beck, A. T., & Grishman, J. R. (2002). Assesment of dysfunctional beliefs in boderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1231-1240.
- Caballo, V. E. (2008). *Manual de transtornos de personalidade. Descrição, avaliação e tratamento* (Sandra M. Dalinsky, Trads.). São Paulo: Livraria Santos.
- Cervone, D. (2000). Evolutionary psychology and explanation in personality psychology. How do we know which module to invoke? *American Behavioral Scientist*, 46(2), 1001-1014.
- Clark, D., Beck, A. T., & Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: a test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(6), 958-964.
- Clark, D.M., Salkovskis P.M., Ost, G.L., Westling, B., Loehler, K.A., Jeavons, A., e cols. (1997). Misinterpretation of body sensations in panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 203-213.
- Conselho Federal de Psicologia. (2008). Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos. Retirado em 13/05/2008, de <http://www.pol.org.br/satepsi/sistema/admin.cfm> .
- Dressen, L., & Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best-evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 483-504.
- Dressen, L., Arntz, A., & Weertman, A. (2004). *Personality Disorder Belief Questionnaires*. Instrumento de avaliação não publicado. Universiteit Maastrich, Holanda.
- Ekleberry, S. C. (2000). *Introduction to dual diagnosis and the personality disorders*. Retirado em 15/05/2006 de <http://www.schrodingers-cat.org/dd/index.htm> .

- Ellis, A. (1994). The essence of rational emotive behavior therapy (REBT): A comprehensive approach to treatment. Retirado em 23/04/2008 de <http://www.albertellis.org/>
- Ellis, A. (1997a). Rational emotive behavior therapy (REBT) today. Retirado em 23/04/2008 de <http://www.albertellis.org/>
- Ellis, A. (1997b). My philosophy of psychotherapy. Retirado em 23/04/2008 de <http://www.albertellis.org/>
- Ellis, A. (1998). Rational-emotive psychotherapy. Retirado em 23/04/2008 de <http://www.albertellis.org/>
- Freeman, A., & Dattilio, F. M. (Orgs.). (1998). *Compreendendo a terapia cognitiva*. (M. Lopes & M. Carbajal, Trad.) Campinas: Editorial Psy. (Trabalho original publicado em 1992).
- Friedberg, R. D., & McClure, J. M. (2004). *A prática clínica de terapia cognitiva com crianças e adolescentes*. (C. Monteiro, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 2002).
- Funder, D. C. (2001). Personality. *Annual Review of Psychology*, 52, 197-221.
- Gabbard, G. O., Beck, J. S., Holmes, J. (Org.). (2007). *Compêndio de psicoterapia de Oxford*. (M. F. Lopes, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Original publicado em 2005).
- Giesen-Blooa, J., & Arntz, A. (2005). World assumptions and the role of trauma in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 197–208.
- Goldberg, J. F., Wenze, S. J., Welker, T. M., Steer, S. A., & Beck, A. T. (2005). Content specificity of dysfunctional cognitions for patients with bipolar mania versus unipolar depression: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 7, 49–56.
- Greenberg, M. S. & Beck, A. T. (1989). Depression versus anxiety: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 9-13.
- Gude T., Karterudb, S., Pedersenc, G., & Falkumd, E. (2006). The quality of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition dependent personality disorder prototype. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 456– 462.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (1997). *Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos. Um guia prático*. (A. Lamparelli, Trad.) São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1989).
- Hollon, S. D., Kendall, P. C., & Lumry, A. (1986). Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(1), 52-59.
- Ingram, R. E., Kendall, P. C., Smith, T. W., Donnel, C., & Ronan, K. (1987). Cognitive specificity in emotional distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 734-742.
- Kelly, G. A. (1955). *Theory of personality: the psychology of personal constructs*. New York : Norton.
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs. Volume two: clinical diagnosis and psychotherapy*. (Original publicado em 1955). Routledge. Retirado em 25/05/2008 de <http://books.google.com.br> .
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 441-451
- Leichsenring, F., & Leibling, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behaviour therapy in the treatment of personality disorders: A meta-

- analysis. *American Journal of Psychiatry*, *160*, 1223–1232.
- Lobbestael, J., VanVreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy* (2008), doi:10.1016/j.brat.2008.03.006 (manuscrito aceito para publicação)
- Looper, K. J.; & Paris, J. (2000). What dimensions underlie Cluster B personality disorders? *Comprehensive Psychiatry*, *41*(6), 432-437.
- Lopes, E. J., Lopes, R. F. F., & Lobato, G. R. (2006). Algumas considerações sobre o uso do diagnóstico classificatório nas abordagens comportamental, cognitiva e sistêmica. *Psicologia em Estudo*, *11*(1), 45-54.
- Mahoney, M. J. (1977). Reflections on the cognitive-learning trend in psychotherapy. *American Psychologist*, *January*, 5-13.
- McGlashan, T. H.; Grilo, C.M.; Sanislow, C.A.; Ralevski, E.; Morey, L.C.; Gunderson, J.G.; Skodol, A.E., Shea, M. T.; Zanarini, M. C.; Bender, D.; Stout, R. L.; Yen, S.; & Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: toward a hybrid model of Axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, *162*, 883–889.
- Millon, T. (1999). Insights: clinical syndromes and personality disorders. *Harvard Mental Health Letter*, *15.9*. Retirado em 11/03/2008 de <http://find.galegroup.com/itx/start.do?prodId=AONE>
- Nelson-Gray, R. O., Huprich, S. K., Kissling, G. E., & Ketchum, K. (2004). A preliminary examination of Beck's cognitive theory of personality disorders in undergraduate analogues. *Personality and Individual Differences*, *36*, 219-233.
- Padesky, C. A. (1994). Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *1*(5), 267-278.
- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista Psiquiatria Clínica*, *3*(5), 206-213.
- Pasquali, L. (1999). Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração. Brasília: LabPAM / IBAPP.
- Pasquali, L. (2003). Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Pasquali, L. (2005). Análise fatorial para pesquisadores. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM
- Pasquali, L. (2007a). TRI - Teoria de Resposta ao Item: teoria, procedimentos e aplicações. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM
- Pasquali, L. (2007b). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *23*(especial), 99-107.
- Pasquali, L. (no prelo a). Análise multivariada para pesquisadores. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM
- Pasquali, L. (no prelo b). Delineamento de pesquisa em ciência – Volume II: Fundamentos estatísticos da pesquisa científica. Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM
- Pasquali, L.; Azevedo, M. M. & Ghesti, I. (1999). Inventário Fatorial de Personalidade. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Piaget, Jean. (1950). *The moral judgment of the child*. London: Routledge & K Paul.
- Perry, J. C., Banon, E. B., & Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for

- personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312–1321.
- Rector, N. A., Hood, K., Richter, M. A., & Bagby, R. M. (2002). Obsessive-compulsive disorder and the five-factor model of personality: distinction and overlap with major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1205-1219.
- Salkovskis, P.M., Wroe, A.L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., e cols. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Shedler, J., & Westen, D. (2004). Refining personality disorder diagnosis: integrating science and practice. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1350-1365.
- Soldz, S., Budman, S. Demby, A., & Merry, J. (1993). Representation of personality disorders in circumplex and five-factor space: Explorations with a clinical sample. *Psychological Assessment*, 5, 41-52.
- 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.
- Velzen, C. J. M. V., & Emmelkamp, P. M. G. (1996). The assessment of personality disorders: implications for cognitive and behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 34(8), 655-668.
- Trull, T. (1992). DSM-III-R Personality disorders and the Five-Factor Model of Personality: an empirical comparison. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 553-560.
- Vicent, K. (1984a). *The psychological reconstruction of life: an introduction to personal construct psychotherapy*. Retirado em 20/05/2008 de <http://www.oikos.org/vintherapy.htm#Not> .
- Vicent, K. (1984b). *An introduction to personal construct psychology of George A. Kelly*. Retirado em 20/05/2008 de <http://www.oikos.org/vincpcp.htm> .
- Welburn, K., Cristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire – Short Form: factor analysis and relationships between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519-530.
- Weertman, A., & Arntz, A. (2007). Effectiveness of treatment of childhood memories in cognitive therapy for personality disorders: A controlled study contrasting methods focusing on the present and methods focusing on childhood memories. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 133–2143
- Weertman, A., Arntz, A., Schouten, E., & Dreesen, L. (2005). Influences of beliefs and personality disorders on treatment outcome in anxiety patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 936–944.
- Westra H. A., Kuiper, N. A. (1997). Cognitive content specificity in selective attention across four domains of maladjustment. *Behaviour Research and Therapy*, 35(4), 349-365.
- Widiger, T. A., & Costa Jr., P. T. (1994). Personality and personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 78-91.
- Wilhelm, S., Otto, M. W., Lohr, B., & Deckersbach, T. (1999). Cognitive behavior group therapy for body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 71-75.

- Young, J. E. (2003a). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade. Uma abordagem focada em esquemas* (3a ed.). (M. A. V. Veronese, Trad.) Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1999).
- Young, J. E. (2003b) *Young Schema Questionnaire: Long Form*. Retirado em 10/04/2006, de <http://www.schematherapy.com/id53.htm> .
- Young, J. E. (2003c) *Young Schema Questionnaire: Long Form*. Retirado em 10/04/2006, de <http://www.schematherapy.com/id53.htm> .

ANEXOS

ANEXO 1 - PERSONALITY BELIEF QUESTIONNAIRE (PBQ)

1995 © by Aaron Beck, M.D. and Judith S. Beck, Ph.D.

Esse instrumento não foi disponibilizado por se tratar de teste psicológico - método ou técnica de uso privativo do psicólogo - cujo sigilo deve ser mantido, de acordo com o artigo 18 do Código de Ética Profissional do Psicólogo e com a Resolução nº 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos.

ANEXO 2 - PERSONALITY DISORDER BELIEF QUESTIONNAIRE (PDBQ)

2004 © by Laura Dressen, Arnoud Arntz & Aniek Weertman

Universiteit Maastricht

Esse instrumento não foi disponibilizado por se tratar de teste psicológico - método ou técnica de uso privativo do psicólogo - cujo sigilo deve ser mantido, de acordo com o artigo 18 do Código de Ética Profissional do Psicólogo e com a Resolução nº 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos.

**ANEXO 3 - INSTRUMENTO UTILIZADO NO ESTUDO PILOTO
PERSONALITY DISORDER BELIEF QUESTIONNAIRE (PDBQ)**

Esse instrumento não foi disponibilizado por se tratar de teste psicológico - método ou técnica de uso privativo do psicólogo - cujo sigilo deve ser mantido, de acordo com o artigo 18 do Código de Ética Profissional do Psicólogo e com a Resolução nº 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos.

ANEXO 4 - INSTRUMENTO: QUESTIONÁRIO DE ESQUEMAS E CRENÇAS DA PERSONALIDADE (QECP)

Esse instrumento não foi disponibilizado por se tratar de teste psicológico - método ou técnica de uso privativo do psicólogo - cujo sigilo deve ser mantido, de acordo com o artigo 18 do Código de Ética Profissional do Psicólogo e com a Resolução nº 002/2003 do Conselho Federal de Psicologia, que define e regulamenta o uso, a elaboração e a comercialização de testes psicológicos.