

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**MODOS ESQUEMÁTICOS E ESTILOS
INTERPESSOAIS NA PERSPETIVA DO MODELO DE
COMPLEMENTARIDADE PARADIGMÁTICA**

Rafael Filipe Guerreiro da Conceição

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -
Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa**

2021

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**MODOS ESQUEMÁTICOS E ESTILOS
INTERPESSOAIS NA PERSPETIVA DO MODELO DE
COMPLEMENTARIDADE PARADIGMÁTICA**

Rafael Filipe Guerreiro da Conceição

Dissertação orientada pelo Professor Doutor António Branco Vasco

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa

2021

*Sometimes I'll start a sentence and I don't even know where it's going. I just hope I find it
along the way - MC*

Agradecimentos

O término desta investigação não simboliza apenas o fim de um ciclo académico, mas também o início de um ciclo que se avizinha mais vibrante e menos escuro. Quero mencionar e agradecer a algumas pessoas, que marcaram o meu percurso académico e que sem as quais, este não teria sido o mesmo.

Primeiro, quero agradecer ao M, à C, à M e à R, pessoas que embora já não façam parte da minha vida, me ajudaram a crescer muito, principalmente enquanto pessoa. Sentindo-me mais ou menos maltratado, fizeram sentido na minha vida na altura certa.

Às pessoas que ainda me acompanham, à B e às M, obrigado pelo apoio e pelos muitos e bons momentos ao longo destes anos – *friends*.

Do outro lado da margem, quero agradecer à C e à K, pelo apoio incondicional e por estarem lá sempre para mim.

Agradeço ao professor António Branco Vasco pela orientação e apoio, e pela oportunidade de aprendizagem. Agradeço às minhas colegas de investigação, e um agradecimento em especial ao professor Bruno Faustino, que se demonstrou incansável e cuja ajuda foi fulcral. Na ausência dela, esta investigação não teria sido possível.

Quero também agradecer à minha mãe, que me causou tantas dores de cabeça durante todo o meu percurso académico, mas cujo apoio foi fundamental e imprescindível para estar na posição em que me encontro hoje. Em relação à minha restante família, fico feliz pelos momentos que as minhas cadelas me proporcionaram.

Por fim, quero agradecer à minha terapeuta pelo apoio incondicional. Ela sabe como conturbado foi este período, portanto dispensam-se justificações.

Resumo

Investigações anteriores têm demonstrado que o funcionamento esquemático e a dimensão interpessoal estão fortemente relacionados com a psicopatologia e a saúde mental. Neste sentido, a presente investigação teve como objetivo identificar e diferenciar em que medida os modos esquemáticos e os estilos interpessoais se relacionam entre si, e quais os seus contributos em termos diferenciais para a explicação da regulação da satisfação das necessidades psicológicas, bem-estar, *distress* psicológico e sintomatologia. Para tal, foi utilizada uma amostra constituída por 112 sujeitos e foram utilizados os seguintes instrumentos: IME, IPI-32, ISP, ISM e ERSN-43. Os resultados mostraram que existem moderadas associações entre os modos esquemáticos e os estilos interpessoais. Quanto maior a presença de modos esquemáticos e de estilos interpessoais menor é a regulação da satisfação das necessidades psicológicas e bem-estar e, por outro lado, maior é o *distress* psicológico e a sintomatologia. Porém, os modos esquemáticos apresentam relações mais robustas e um papel mais relevante e determinante, tendo o Modo Criança Vulnerável um papel predominante. Ficou registada a forte relação entre a regulação da satisfação das necessidades psicológicas e as várias variáveis em estudo, particularmente a sintomatologia, dada uma maior capacidade desta regulação numa amostra com maior presença de sintomas. Estes resultados podem ser potencialmente relevantes para a conceptualização de caso e tomada de decisão terapêutica focada nas necessidades e características dos pacientes. No entanto, devido às limitações presentes, é importante cautela na sua consideração.

Palavras-chave: modos esquemáticos, estilos interpessoais, necessidades psicológicas, saúde mental, sintomatologia

Abstract

Previous research has shown that schematic functioning and interpersonal dimension are strongly related to psychopathology and mental health. In this sense, the present investigation aimed to identify and differentiate the extent to which schema modes and interpersonal styles are related to each other, and what are their differential contributions to the explanation of the regulation of satisfying psychological needs, well-being, psychological distress, and set of symptoms. For this, was used a sample consisting of 112 subjects and the following instruments: IME, IPI-32, ISP, ISM, and ERSN-43. The results showed that there are moderate associations between schema modes and interpersonal styles. The greater the presence of schema modes and interpersonal styles, the smaller the regulation of satisfying psychological needs and well-being, and, on the other hand, the greater the psychological distress and symptoms. However, schema modes have more robust relationships and a more relevant and determinant role, with the Vulnerable Child Mode having a predominant role. There was a strong relationship between the regulation of satisfying psychological needs and the various variables under study, particularly the set of symptoms, given the higher regulation in a sample with a greater presence of symptoms. These results can be potentially relevant for case conceptualization and therapeutic decision-making focused on the needs and characteristics of patients. However, due to the present limitations, caution in their consideration is important.

Keywords: schema modes, interpersonal styles, psychological needs, mental health, set of symptoms

Índice Geral

Introdução.....	1
Revisão de Literatura.....	1
Modelo da Complementaridade Paradigmática, Necessidades Psicológicas.....	1
Bem-estar, <i>distress</i> psicológico e sintomatologia.....	2
Modos Esquemáticos.....	3
Estilos Interpessoais.....	6
Problemática.....	8
Metodologia.....	10
Procedimentos e participantes.....	10
Instrumentos.....	10
Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN-43).....	10
Inventário de Saúde Mental (ISM).....	11
Inventário de Sintomas Psicopatológicos (ISP).....	11
Inventário de Modos Esquemáticos (IME).....	12
Inventário de Problemas Interpessoais (IPI-32).....	13
Resultados.....	13
Discussão e Conclusões.....	21
Limitações.....	29
Implicações / Estudos Futuros.....	31
Conclusão.....	32
Referências Bibliográficas.....	34
Anexos.....	42

Índice de Anexos

Anexo A - Lista das caracterizações dos Modos Esquemáticos.....	43
Anexo B - Caracterização da amostra.....	45
Anexo C - Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN-43).....	46
Anexo D - Inventário de Saúde Mental (ISM).....	50
Anexo E - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (ISP).....	59
Anexo F - Inventário de Modos Esquemáticos (IME).....	62
Anexo G - Inventário de Problemas Interpessoais (IPI-32)	68
Anexo H - Caracterização das subescalas do IPI-32.....	71
Anexo I - Testes de Normalidade.....	72
Anexo J - Consistência interna da ERSN-43 e das suas subescalas em estudo.....	73
Anexo K - Consistência interna das subescalas do IPI-32.....	74
Anexo L - Consistência interna das subescalas do IME.....	75
Anexo M - Médias aproximadas, desvios padrão e amplitude das subescalas que constituem os Fatores Demasiado, Fatores Difícil, Modos Crianças, Modos Pais Disfuncionais na amostra (n = 112).....	76

Introdução

A presente dissertação insere-se num projeto de investigação designado “Fatores que influenciam a Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas” que decorre na Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa. Através deste projeto, pretende-se estudar os potenciais contributos diferenciais dos Modos Esquemáticos e Estilos Interpessoais na Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas e, conseqüentemente, no *Distress* Psicológico, Bem-estar e Sintomatologia. O Modelo da Complementaridade Pragmática (MCP) é utilizado como modelo de conceptualização e articulação das variáveis em estudo.

Norcross e Lambert (2011) afirmam que:

Há décadas que a investigação em psicoterapia tem consistido em apresentar em que medida o paciente, o terapeuta, a relação de ambos [aliança terapêutica], o método de trabalho ou intervenção, e o contexto, são aspetos que contribuem para o sucesso (ou fracasso) do processo terapêutico. (p. 4)

Os mesmos autores defendem que devemos continuar a olhar para estes determinantes e as suas combinações ideais, dado que cerca 40% da variância atribuída a fatores terapêuticos não está correntemente identificada ou explicada (Norcross & Lambert, 2011). Um valor bastante elevado considerando os 30% da variância atribuída ao paciente e suas variáveis ou os 8% ao método de tratamento.

É por vezes difícil avaliar o contributo individual de variáveis no processo terapêutico e no sucesso do mesmo. Com o estudo inédito das variáveis que serão introduzidas nesta investigação, nas condições apresentadas, pretende-se tentar reduzir e explicar parte da variância que é desconhecida, enquanto se contribui para o enriquecimento teórico e esclarecido de variáveis que precipitem e sejam fatores de manutenção de perturbação psicológica.

Revisão de Literatura

Modelo da Complementaridade Paradigmática, Necessidades Psicológicas

O Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP) é um modelo cuja palavra-chave é a integração, uma vez que, é um meta modelo que considera potencialidades e limitações de outros modelos, e integra variáveis de diferentes orientações teóricas. Assim, tenta integrar informação, ao passo que pretende trazer algo de inovador ao contexto psicoterapêutico atual, afirmando-se como uma ferramenta privilegiada para a psicoterapia (Vasco et al., 2018). O MCP define e integra três teorias distintas que se complementam: (1) teoria da adaptação, (2) teoria da intervenção (não será abordada no presente trabalho), e (3) teoria da perturbação.

A primeira teoria conjectura que um dos objetivos principais da psicoterapia é a promoção da regulação da satisfação das necessidades psicológicas vitais, pois esta regulação conduz “à capacidade para estabelecer, manter, monitorizar e reparar um sentimento de bem-estar e de sentido de vida” (Vasco, 2009). Mesmo que subjetivo, o sentimento de sentir que a vida tem sentido é um constituinte fundamental do fenómeno de sentir “bem-estar”.

O Modelo de Complementaridade Paradigmática propõe sete polaridades dialéticas de necessidades psicológicas vitais: Proximidade/Diferenciação, Prazer/Dor, Produtividade/Lazer, Controlo/Cedência, Exploração/Tranquilidade, Coerência/Incoerência do Self, e Autoestima/Autocrítica. Estas necessidades, que não são unidimensionais, são concebidas como “polaridades dialéticas, ou seja, pares de necessidades que interagem entre si, influenciando-se recíproca e sinergeticamente” (Sol, 2012, p. 11). Assim, o objetivo não é a satisfação (total) de uma dimensão em detrimento da outra que se encontra no outro pólo. Mas sim, a regulação da satisfação adequada de ambas.

Bem-estar, distress psicológico e sintomatologia

Considera-se que existe bem-estar quando existe um nível adequado de regulação da satisfação das necessidades psicológicas. Assim, não é a satisfação das necessidades em si,

mas sim a regulação adequada destas. Quando é atingida uma regulação minimamente satisfatória das necessidades psicológicas, este sentido de vida é atingido e verifica-se adaptação e bem-estar (Vasco, 2018), ao passo que a dificuldade nessa regulação contribui para a sintomatologia e o *distress* psicológico - existindo relações negativas entre estes (Almeida, 2016; Conde, 2012; Faustino & Vasco, 2020a; Fonseca, 2012; Martins, 2016; Vargues-Conceição, 2013).

A teoria da adaptação salienta então a importância da regulação da satisfação das necessidades psicológicas no bem-estar, bem como na prevenção do *distress* psicológico e de sintomatologia. A teoria da perturbação destaca o papel de variáveis (e.g. esquemas interpessoais, mecanismos de defesa) como elementos que possam estar potencialmente relacionados ou integrados em processos disruptivos e disfuncionais psicológicos.

Modos Esquemáticos

Inserindo-se na Terapia Focada nos Esquemas (TFE), o conceito de Modos Esquemáticos foi introduzido por McGinn e Young (1996). Enquanto o Esquema é visto como uma estrutura cristalizada, com carácter de traço, estável, durador e impermeável à experiência, o Modo Esquemático é visto como uma entidade mais abstrata que contempla o substrato dos esquemas, sendo conceptualizados como “estados cognitivos, emocionais [e comportamentais] e respostas de coping experienciadas momento-a-momento” (McGinn & Young, 1996), que dominam o presente funcionamento psicológico da pessoa. Podem implicar em simultâneo a conjugação de vários esquemas e respostas de *coping*, e explicam assim o funcionamento da pessoa através da interação dos traços da mesma com a situação. E são estes padrões organizados relativamente independentes de pensar, sentir e agir que estão subjacentes aos diferentes estados de pacientes com, por exemplo, severas perturbações de personalidade (Young, Klosko, & Weishaar, 2003). Estes autores ainda afirmam que os modos esquemáticos desenvolvem-se através da experiência e são ativados e desencadeados

por botões emocionais, isto é, situações de vida a que os indivíduos são excessivamente sensíveis (i.e., situações que despertam memórias dolorosas) (Dunne et al., 2018)

Os modos são caracterizados como não adaptativos quando refletem um conjunto ou constelação de esquemas activados em simultâneo com o seu *distress* e respostas de *coping* (Jacobs et al., 2020).

A investigação mostra que os Modos Esquemáticos podem se relacionar com perturbações do eixo I (e.g. perturbações de ansiedade e depressiva), sendo que Pereira (2009) adicionalmente mostrou uma elevada capacidade preditiva e de associação entre determinados modos esquemáticos e sintomas psicopatológicos. Estes modos esquemáticos eram não adaptativos. Há evidências que modos esquemáticos não adaptativos estão particularmente presentes em pessoas com perturbações de personalidade, ou seja, perturbações de eixo II (e.g. perturbação de personalidade borderline e antissocial) (Lobbestael et al., 2005; Lobbestael et al., 2008; Keulen-de Vos et al., 2017) e perturbação de personalidade obsessivo-compulsiva (Thiel et al., 2014).

Mertens e colaboradores (2020) mostraram em que medida os modos esquemáticos mediam a relação entre o abuso na infância e a expressão diferencial na vida adulta de perturbações da personalidade.

A identificação dos modos esquemáticos foi especialmente pertinente pela utilidade destes na caracterização de perturbações de personalidade específicas, acima referidas.

Inicialmente, Young e colaboradores (2003) propuseram a existência de dez modos esquemáticos, aos quais foram adicionados outros posteriormente em diferentes ocasiões (Jacobs et al., 2020; Lobbestael et al., 2007, 2008). No entanto, a maioria dos instrumentos acabam por considerar 14 modos esquemáticos, que se relacionam com os fatores que surgem das diversas análises fatoriais.

Dado a integração na Terapia Focada nos Esquemas, a identificação dos modos esquemáticos foi pertinente pela utilidade destes na caracterização de perturbações de personalidade específicas, como referido anteriormente. Caso surja mais investigação neste âmbito, não está excluída a possibilidade de outros serem identificados e adicionados para tornar mais discriminante a caracterização das referidas perturbações (Lobbestael et al., 2008).

Os modos esquemáticos podem subdividir-se em quatro grupos principais: os Modos Criança, os Modos Pais Disfuncionais, os Modos de Coping Não adaptativos, e o *modo adulto saudável*. Neste trabalho, serão alvo de foco apenas os dois primeiros grupos (excetuando a variante adaptativa dos modos criança, o *modo criança feliz*) que são considerados não adaptativos. Os Modos Criança que constituem este grupo são inatos e universais, na medida em que todas as crianças nascem com potencialidades para os manifestar (Young et al, 2003). A variante não adaptativa é desenvolvida quando as necessidades nucleares da infância não são satisfeitas. Estes modos não adaptativos podem se agrupar em temas: no tema da vulnerabilidade com o *modo criança vulnerável*; no tema da zanga com o *modo criança irritada* e *modo criança enfurecida*; por fim, no tema da indisciplina com o *modo criança indisciplinada* e o *modo criança zangada/impulsiva*. Os modos pais disfuncionais correspondem aos comportamentos transmitidos pelos pais do indivíduo durante a infância e são constituídos pelo *modo pai punitivo* e pelo *modo pai exigente*. A caracterização destes modos pode ser encontrada no Anexo A.

O *modo criança vulnerável* é o modo esquemático não adaptativo que tem o papel preponderante, sendo considerado central no processo de mudança em terapia e parece refletir mecanismos comuns de mudança (Yakin et al., 2020). Apresenta-se significativamente associado a diversas perturbações de personalidade (e.g. borderline, evitante, dependente) (Lobbestael et al., 2008), e é também o modo esquemático que mais se

relaciona com o maior número de perturbações diferentes (Pereira, 2009). É considerado um preditor de posterior patologia em termos de personalidade (Yakın et al., 2020). Mas a investigação não se concentra apenas no âmbito das perturbações de personalidade. Relações positivas foram relatadas entre os modos *criança vulnerável* e *criança zangada* e a severidade no abuso de álcool, o que sugere que trabalho psicológico nestes modos pode ser especialmente relevante para pacientes dependentes de álcool (Boog et al., 2018).

Não existe investigação científica sobre os modos e a regulação da satisfação das necessidades psicológicas. No entanto, existe entre esta regulação e os esquemas precoces não adaptativos, que por sua vez se relacionam intimamente com os modos esquemáticos: evidências têm mostrado que os efeitos dos EPN são mediados pelos modos esquemáticos (van Wijk-Herbrink et al., 2018). No geral, quanto maior for a presença de esquemas precoces não adaptativos, menor é capacidade para regular a satisfação das necessidades psicológicas e, conseqüentemente, menor é o bem-estar e, por outro lado, maior é o *distress* psicológico e a sintomatologia (Faustino & Vasco, 2020a, 2020b, 2020c).

Estilos Interpessoais

Estilo interpessoal é um construto multidimensional e, por isso, a sua operacionalização depende muito de autor para autor. No entanto, é evidente a motivação primária do ser humano para estabelecer relações interpessoais, inclusive pela importância dada à manutenção da proximidade com os outros para fins de sobrevivência física e em termos de uma boa saúde mental (Martins, 2016).

Sullivan (1953) defende com a sua Teoria da Personalidade Interpessoal que as interações da pessoa com as outras, principalmente as suas mais próximas, determinam o seu sentido de *self*, o seu sentido de segurança e as motivações adjacentes ao seu comportamento.

Assim, o indivíduo está principalmente motivado para reforçar a sua autoestima e evitar sentimentos de ansiedade que possam resultar das suas relações interpessoais.

Leary (1957) integra esta teoria de Sullivan, na sua própria teoria, ao considerar os aspetos do comportamento humano de natureza interpessoal como os de maior importância e que, para compreender a pessoa, é essencial conhecer as estratégias que esta utiliza para lidar com os outros. O autor define um modelo que conceptualiza, organiza e avalia o comportamento, traços e disposições pessoais, ao contemplar a importância do dinamismo e da relação entre as dimensões interpessoais de Afiliação e Dominância – outros autores atualmente veem estes construtos como comunhão e agência, respetivamente (Locke, 2010; Wiggins, 2003). O domínio/dimensão de Afiliação relaciona-se com défices e dificuldades comportamentais/atitudinais. Neste, as pessoas têm dificuldade em expressar as suas necessidades às outras pessoas, sentem pouca ligação e/ou dificuldade a aproximarem-se destas. Sentem-se socialmente ansiosos, são ingênuas e são facilmente manipuláveis por outras pessoas. Por outro lado, o domínio/dimensão de Dominância refere-se a excessivos comportamentos/atitudes (e.g. demasiada agressividade, hostilidade ou egocentrismo no relacionamento com os outros; demasiado controlo e manipulação nas interações interpessoais e imposição das suas necessidades e dificuldades em respeitar os limites das outras pessoas). Em Dominância, observa-se, particularmente, uma expansão da própria pessoa sobre a outra, o que não é saliente em Afiliação, onde que por sua vez, é visível a fragilidade da pessoa perante a vontade dos outros. Embora diferentes, estas dimensões mostram-se como padrões disfuncionais de interações interpessoais (Horowitz et al., 1993)

Safran e Muran (2000) defendem a mesma visão com a sua terapia focada na aliança ao destacarem a utilidade de pensar em agência e comunhão como motivações fundamentais do comportamento interpessoal para aprofundar de que forma as alianças em terapia são negociadas (Safran & Muran, 2000). Kiesler e Schmidt (2006) consideram que o

comportamento humano apenas só pode ser compreendido considerando os contextos interpessoais da pessoa, passados e atuais. Disto isto, no que se refere à maneira como o indivíduo se relaciona com os outros e procura inserção social, estamos perante o construto multidimensional de Estilo Interpessoal.

Na regulação da satisfação das necessidades psicológicas considerada pelo MCP, a importância do estilo ou a maneira como a pessoa se relaciona com os outros, torna-se especialmente evidente nas polaridades dialéticas Proximidade/Diferenciação e Controlo/Cedência. Nas dimensões Proximidade/Diferenciação, há a “necessidade de, por um lado, estabelecer e manter relações de diferentes níveis de intimidade e, por outro, há a necessidade de se ser autodeterminado e diferenciado” (Vasco et al., 2018, p. 6). Caso não ocorra a regulação da satisfação destas necessidades ou pelo menos de forma satisfatória, isto pode traduzir-se na ausência, por exemplo, da competência de Proximidade e, por consequência, a Diferenciação terá um carácter evitante. Contrariamente, a Proximidade terá um carácter dependente na ausência de Diferenciação (Vasco et al., 2018). Enquanto nas dimensões Controlo/Cedência, há “por um lado a necessidade de sentir ímpeto agencial de controle e influência sobre o meio ecológico e, por outro, a necessidade de, em registo de cooperação com os outros, ceder controlo, delegar e “deixar ir”” (Vasco et al., 2018, p. 7).

De forma semelhante ao caso dos modos esquemáticos, não existe investigação prévia sobre a relação entre os estilos interpessoais e a regulação da satisfação das necessidades psicológicas. No entanto, onde também é contemplado o aspeto interpessoal, é no construto dos padrões relacionais. Este já foi alvo de estudo, e os resultados também comprovaram que na existência de padrões relacionais com carácter adaptativo, ou seja, quanto “mais o indivíduo se ama, aceita, revela e cuida de si próprio” (Martins, 2016, p. 27), maior o nível de regulação da satisfação das suas necessidades psicológicas, e vice-versa (Martins, 2016).

Problemática

De acordo com a conceptualização teórica apresentada, os Modos Esquemáticos (respostas que derivam da ativação de esquemas precoces não adaptativos associada a respostas de *coping* cristalizadas) e os Estilos Interpessoais (formas como as pessoas interagem com as outras) surgem como alvo pertinente de investigação enquadrados no MCP. Portanto pretende-se perceber os contributos relativos das variáveis mencionadas na regulação da satisfação das necessidades psicológicas, bem-estar psicológico, *distress* psicológico, e na sintomatologia.

Enquadradas na presente problemática e com os objetivos anteriormente definidos, foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1. Existem fortes correlações entre os Modos Esquemáticos (ME) e os Estilos Interpessoais (EI) e, por sua vez, entre estas variáveis e a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, o bem-estar psicológico, *distress* psicológico e a sintomatologia;

Hipótese 2. O Modo Criança Vulnerável (MCV) é o modo esquemático que apresenta as maiores correlações positivas com o *distress* psicológico e a sintomatologia, e a maior correlação negativa com a regulação da satisfação das necessidades psicológicas;

Hipótese 3. Os Estilos Interpessoais correlacionam-se negativamente com a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, particularmente com as necessidades Proximidade, Diferenciação, Controlo e Cooperação-Cedência;

Hipótese 4. Isoladamente, os ME - e em particular o MCV - e os EI predizem a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, o *distress* psicológico e a sintomatologia;

Hipótese 5. Os ME e os EI em interação predizem a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, o *distress* psicológico e a sintomatologia;

Hipótese 6. Os ME, EI e a regulação da satisfação das necessidades psicológicas em interação predizem o bem-estar psicológico, o *distress* psicológico e a sintomatologia.

Metodologia

Procedimentos e participantes

A amostra é constituída por 112 participantes, sendo 93 do género feminino (83%) e 19 do género masculino (17%). Os participantes do grupo do género feminino têm idades compreendidas entre os 19 e 69 anos ($M = 32.05$; $DP = 13.44$), e os do grupo do género masculino entre os 18 e 72 anos ($M = 29.16$; $DP = 13.45$). Da totalidade dos participantes, 13 (11.6%) estão a ter algum tipo de acompanhamento psicoterapêutico, contrastando com os 99 (88.4%) que não estão. Esta amostra de conveniência foi recolhida numa plataforma *online* (Qualtrics) onde os instrumentos de avaliação foram preenchidos pelos participantes, sendo que os requisitos de participação foram ter mais de 18 anos de idade e ter a língua portuguesa como língua materna. Para uma descrição mais detalhada da amostra, consultar o Anexo B. O tratamento dos dados foi realizado com recurso ao *software* IBM SPSS Statistics (v27).

O *design* do presente estudo é de 4 X 4, com 4 variáveis independentes (VI) - Dominância, Afiliação, Modos Crianças, Modos Pais Disfuncionais -, 4 variáveis dependentes (VD) – regulação da satisfação das necessidades psicológicas (ERSN-43), bem-estar, *distress* psicológico e sintomatologia (ISP) -, e com um tratamento intra grupos. A VD ERSN-43 será recategorizada como VI na testagem de determinadas hipóteses.

Instrumentos

Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN-43) (Anexo C)

A regulação da satisfação das necessidades psicológicas foi avaliada com a Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN-43) (Vasco et al., 2013). Este instrumento é constituído por 43 itens, cotados numa escala de *Likert* com oito opções de resposta, no qual 1 corresponde a “Discorda totalmente” e 8 a “Concorda totalmente”. Este instrumento é constituído por 14 subescalas, referentes a cada necessidade psicológica e pólo das sete

polaridades dialéticas. Para a presente investigação são de destacar quatro necessidades: Proximidade, Diferenciação, Controlo e Cooperação-Cedência.

Almeida (2016) para uma amostra não-clínica reportou uma consistência interna muito boa ($\alpha = .95$). No presente estudo, a consistência interna foi igualmente muito boa ($\alpha = .96$).

Inventário de Saúde Mental (ISM) (Anexo D)

O Inventário de Saúde Mental (ISM) (Ribeiro, 2001, versão portuguesa do *Mental Health Inventory* - MHI, Ware et al., 1979) foi o instrumento utilizado para avaliar tanto o bem-estar psicológico como o *distress* psicológico. É um inventário de autorrelato constituído por 38 itens, com uma escala de resposta de tipo *Likert* de 5 (2 itens) ou 6 pontos (36 itens). O ISM é composto por duas subescalas: uma escala que avalia o bem-estar psicológico (dimensão Bem-Estar Positivo, constituída por 14 itens) e outra que avalia o *distress* psicológico (dimensão Distresse, constituída por 24 itens).

Pais-Ribeiro (2001) reportou uma muito boa consistência interna da escala global ($\alpha = .96$), sendo que a consistência interna foi igualmente muito boa nas subescalas de *distress* psicológico ($\alpha = .95$) e de bem-estar psicológico ($\alpha = .91$). No presente estudo, verificaram-se os mesmos valores de alfa de Cronbach para a escala e subescalas: escala global ($\alpha = .96$), *distress* psicológico ($\alpha = .95$) e bem-estar psicológico ($\alpha = .91$).

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (ISP) (Anexo E)

Com o objetivo de avaliar a sintomatologia, foi utilizado o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (ISP) (Canavarro, 1999, versão portuguesa do *Brief Symptoms Inventory* - BSI, Derogatis, 1993). O ISP é um inventário de autorrelato, composto por 53 itens, com uma escala de resposta do tipo *Likert* com cinco opções de resposta - *nunca, poucas vezes, algumas vezes, muitas vezes, muitíssimas vezes*. Este avalia sintomas psicopatológicos e

agrega-os em 9 dimensões e 3 índices, sendo que no presente trabalho, a sintomatologia foi avaliada utilizando o Índice de Geral de Sintomas.

De acordo com Canavarro (2007), a consistência interna foi muito boa, com um coeficiente de alfa de Cronbach reportado de .90. Na presente investigação, foi reportado um alfa de Cronbach de .97, o mesmo valor reportado por Pereira (2009) e Martins (2016) na sua amostra clínica.

Inventário de Modos Esquemáticos (IME) (Anexo F)

De forma a avaliar os modos esquemáticos, foi utilizado o Inventário de Modos Esquemáticos (IME) (Pereira, Gouveia & Rijo, 2009, versão portuguesa do *Schema Mode Inventory (SMI) - Short Version* (Young et al., 2007). É um inventário de autorrelato constituído por 124 itens, que procura avaliar a frequência e intensidade de cada modo esquemático, em que os participantes podem escolher uma das seis opções de resposta da escala de *Likert - nunca ou quase nunca, raramente, ocasionalmente (às vezes), frequentemente, a maior parte das vezes, sempre*. Este instrumento é constituído por 14 subescalas referentes aos 14 modos esquemáticos, sendo que sete são relevantes para esta investigação: Modo Criança Vulnerável, Modo Criança Irritada, Modo Criança Enfurecida, Modo Criança Impulsiva, e Modo Criança Indisciplinada, que se agrupam nos Modos Crianças, e Modo Pai Punitivo e Modo Pai Exigente, que se agrupam nos Modos Pais Disfuncionais.

Lobbestael et al. (2010) não apresentaram a consistência interna do instrumento no seu geral, reportando a média dos alfas de Cronbach das subescalas. Para as sete variáveis em estudo na presente investigação, estes investigadores reportaram um valor médio de alfa de .87, enquanto Pereira (2009) reportou um de .75. No presente estudo, a média dos alfas de Cronbach das sete subescalas foi de .81. Por outro lado, os Modos Crianças tiveram uma

consistência interna muito boa ($\alpha = .93$), enquanto os Modos Pais Disfuncionais tiveram uma consistência interna boa ($\alpha = .85$).

Inventário de Problemas Interpessoais (IPI-32) (Anexo G)

Para avaliar as dificuldades vividas pelas pessoas nas suas relações interpessoais, (Horowitz et al., 1988), foi utilizado o Inventário de Problemas Interpessoais (IPI-32) (Faustino & Vasco, 2020d, versão portuguesa do *Inventory of Interpersonal Problems - IIP-32*, Barkham et al., 1996). É um instrumento de autorrelato, com uma escala de resposta do tipo *Likert* com cinco opções de resposta - *de forma alguma, um pouco, moderadamente, bastante, extremamente*. Este identifica oito subescalas que se podem agrupar em dois grupos – duas dimensões interpessoais: os que remetem para aspetos que a pessoa considera difíceis de fazer com outras pessoas, os que se relacionam com o domínio de Afiliação - Não Assertivo, Frio/Distante, Excessivamente Acomodado, Socialmente Inibido -, e outros que remetem para aspetos que as pessoas “fazem em demasia” (Lindberg et al., 2018), os que se relacionam com o domínio de Dominância - Autoritário/Controlador, Autossacrifício, Vingativo/Egocêntrico, Intrusivo/Carente. A caracterização das subescalas resultantes do IPI-32 pode ser encontrada no Anexo H.

De acordo com Faustino e Vasco (2020d), o inventário tem uma consistência interna muito boa, com um coeficiente de alfa de Cronbach reportado de .93. Na presente investigação, o coeficiente de alfa de Cronbach foi .84, o que indica uma boa consistência interna. A consistência interna foi igualmente boa em Afiliação ($\alpha = .86$) e em Dominância ($\alpha = .80$).

Resultados

No Quadro 1 são apresentadas as médias, desvios padrão e amplitude dos estilos interpessoais (Dominância e Afiliação), dos modos esquemáticos (Modos Criança e Modos Pais Disfuncionais), regulação da satisfação das necessidades psicológicas (ERSN-43), bem-

estar e *distress* psicológicos, e sintomatologia (ISP) na amostra ($n = 112$). De notar que devido à inversão de itens no ISM, na subescala de *distress* psicológico, maiores valores correspondiam na realidade a menores valores de *distress*. Assim, para obter um verdadeiro índice de *distress* psicológico, aos valores da variável foi multiplicado o valor de -1.

Quadro 1

Médias aproximadas, desvios padrão e amplitude: Dominância, Afiliação, Modos Criança, Modos Pais Disfuncionais, ERSN-43, Bem-estar e Distress Psicológicos e ISP na amostra (n = 112)

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Dominância	2.26	.52	1.25	3.69
Afiliação	1.98	.59	1.00	3.56
Modos Criança	2.05	.53	1.15	3.58
Modos Pais Disfuncionais	2.65	.59	1.65	4.80
ERSN-43	6.05	.93	3.70	7.79
Bem-estar psicológico	52.71	22.41	0	100
<i>Distress</i> psicológico	64.85	21.32	0	100
ISP	.80	.60	.06	2.60

Para averiguar se a distribuição das variáveis é aproximadamente normal, foram realizados os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk – consultar Anexo I. Apenas as variáveis ERSN-43 e bem-estar psicológico apresentam uma distribuição aproximadamente normal. No entanto, de acordo com o Teorema do Limite Central para amostras maiores de 50, podemos pressupor a normalidade da distribuição dado que à medida que o tamanho da amostra aumenta, a distribuição das médias amostrais tende a assemelhar-se a uma distribuição normal (Kwak & Kim, 2017).

Assim, devido ao carácter de novidade no que diz respeito ao estudo e exploração destas variáveis e ao facto de não existir equivalentes não paramétricos, por uma questão de coerência, utilizaram-se métodos paramétricos nesta exploração estatística.

Correlações

As correlações foram realizadas com recurso ao método estatístico do coeficiente de correlação de Pearson. Este coeficiente foi assim utilizado para identificar o grau de associação entre os estilos interpessoais (Dominância e Afiliação), os modos esquemáticos (Modos Criança (MC) e Modos Pais Disfuncionais (MPD)), a regulação da satisfação das necessidades psicológicas (ERSN-43), a sintomatologia (ISP), e o bem-estar e *distress* psicológicos (ISM). E assim, testar a hipótese 1. As correlações foram classificadas de acordo com o critério sugerido por Cohen (1988, pp. 79–81): pequena/fraca, $r = .10$ a $.29$, média/moderada, $r = .30$ a $.49$, e grande/forte, $r = .50$ a 1.0 .

Verificou-se uma moderada correlação positiva entre Dominância e os Modos Pais Disfuncionais ($r = .30$, $p < .01$) e uma fraca correlação positiva entre Dominância e os Modos Criança ($r = .28$, $p < .01$). As correlações entre a outra escala do IPI-32, Afiliação, e as subescalas do IME não foram significativas.

Entre as duas escalas do IME, verificou-se uma correlação positiva forte ($r = .55$, $p < .01$). Por outro lado, entre as duas escalas do IPI-32, verificou-se uma pequena correlação positiva ($r = .19$, $p < .05$).

Correlacionaram-se os valores das subescalas do IPI-32 e do IME com os valores da ERSN-43, bem-estar psicológico, *distress* psicológico e ISP. Na amostra ($n = 112$), encontrou-se uma correlação negativa forte entre a ERSN-43 e os Modos Crianças ($r = -.63$, $p < .01$) e, particularmente com o Modo Criança Vulnerável ($r = -.72$, $p < .01$). No mesmo sentido, a ERSN-43 correlacionou-se negativa e moderadamente com os Modos Pais Disfuncionais ($r = -.43$, $p < .01$), e negativa e fracamente com Dominância ($r = -.26$, $p < .01$). A correlação com Afiliação não foi significativa.

A maior associação entre variáveis foi encontrada entre os Modos Criança e o ISP, verificando-se uma correlação positiva forte ($r = .75, p < .01$). As restantes correlações estão apresentadas no Quadro 2.

Com o fim da testagem da hipótese 1, também foram realizadas correlações entre o Modo Criança Vulnerável (MCV) e a maioria das VDs. O MCV apresentou fortes correlações positivas com o *distress* psicológico ($r = .74, p < .01$) e a sintomatologia ($r = .69, p < .01$). Por outro lado, com a regulação da satisfação das necessidades psicológicas apresentou uma forte correlação negativa ($r = -.72, p < .01$).

Quadro 2

Correlações entre Dominância, Afiliação, Modos Criança, MCV, Modos Pais Disfuncionais, ERSN-43, Bem-estar, Distress Psicológico e ISP na amostra (n = 112)

Variáveis	Dominância	Afiliação	Modos Criança	MCV	Modos Pais Disfuncionais	ERSN-43
ERSN-43	-.26**	-.15	-.63**	-.72**	-.43**	-
Bem-estar	-.24**	-.12	-.62**	-.67**	-.32**	.67**
<i>Distress</i>	.41**	.23*	.69**	.74**	.51**	-.74**
ISP	.42**	.16	.75**	.69**	.57**	-.58**

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

Por fim, para testar a hipótese 3, foram feitas correlações entre os fatores do IPI-32, Demasiado e Difícil, com a regulação das necessidades psicológicas (ERSN-43), e particularmente com as necessidades psicológicas Proximidade, Diferenciação, Controlo e Cooperação-Cedência. Podem ser consultadas as consistências internas no Anexo J.

A regulação da satisfação da necessidade Proximidade apresenta uma correlação negativa moderada com Dominância ($r = -.35, p < .01$), e uma correlação negativa fraca com Afiliação ($r = -.15, p < .01$). Os valores globais da ERSN-43 correlacionam-se negativa e fracamente com Dominância ($r = -.26, p < .01$), enquanto com Afiliação a correlação não é

significativa. As restantes correlações não são significativas, exceto Afiliação-Diferenciação e Afiliação-Cooperação que o são a um nível de significância de .05 – consultar Quadro 3.

Quadro 3

Correlações entre Dominância e Afiliação com a ERSN-43, e as necessidades Proximidade, Diferenciação, Controlo e Cooperação-Cedência

Variáveis	Proximidade	Diferenciação	Controlo	Cooperação	ERSN-43
Dominância	-.35**	-.07	-.09	-.12	-.26**
Afiliação	-.15**	-.21*	-.02	-.20*	-.10

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

Regressões Lineares Simples

Pretendeu-se perceber em que medida os estilos interpessoais (Dominância e Afiliação) e os modos esquemáticos (Modos Criança e Modos Pais Disfuncionais) predizem a variância na regulação da satisfação das necessidades psicológicas (ERSN- 43), *distress* psicológico e a sintomatologia (ISP) - hipótese 4. Para tal, utilizaram-se regressões lineares simples.

Primeiramente, procurou-se perceber a variável Dominância prediz isoladamente a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, o *distress* psicológico e a sintomatologia. Assim, na amostra ($n = 112$), encontrou-se, que Dominância explica 7% da variância da ERSN-43, $F(1, 110) = 8.21, p < .01$, 17% da variância do *distress* psicológico, $F(1, 110) = 22.73, p < .001$, e 18% da variância do ISP, $F(1, 110) = 24.15, p < .001$.

O mesmo foi feito com a outra escala do IPI-32, isto é, pretendeu-se perceber se Afiliação prediz isoladamente a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, o *distress* psicológico e a sintomatologia. Assim, encontrou-se que Afiliação explica 5% da variância do *distress* psicológico, $F(1, 110) = 5.95, p < .05$. Em relação à ERSN-43 e à sintomatologia, a variável não prediz significativamente variância a um nível de significância de .01 ou .05.

De seguida, procurou-se perceber se Modos Criança prediz isoladamente a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, o *distress* psicológico e a sintomatologia. Do mesmo modo, encontrou-se, que Modos Criança explica 39% da variância da ERSN-43, $F(1, 110) = 70.74, p < .001$, 47% da variância do *distress* psicológico, $F(1, 110) = 97.37, p < .001$, e 56% da variância da sintomatologia (ISP), $F(1, 110) = 140.30, p < .001$. Se singularizarmos o Modo Criança Vulnerável, este explica 51% da variância da ERSN-43, $F(1, 110) = 116.09, p < .001$, 55% da variância do *distress* psicológico, $F(1, 110) = 132.60, p < .001$, e 48% da variância da sintomatologia (ISP), $F(1, 110) = 102.09, p < .001$.

Por fim, pretendeu-se perceber se Modos Pais Disfuncionais prediz isoladamente a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, o *distress* psicológico e a sintomatologia. Assim, encontrou-se, que a variável Modos Pais Disfuncionais explica 18% da variância da ERSN-43, $F(1, 110) = 24.32, p < .001$, 26% da variância do *distress* psicológico, $F(1, 110) = 37.79, p < .001$, e 32% da variância do ISP, $F(1, 110) = 52.06, p < .001$.

Regressões Lineares Múltiplas – *Stepwise*

Foram utilizadas regressões lineares *stepwise* com o intuito de perceber se os estilos interpessoais e os modos esquemáticos acrescentam valor explicativo aditivo (peso diferencial) na predição da variância da regulação da satisfação das necessidades psicológicas, *distress* psicológico e sintomatologia – hipótese 5. De forma a tentar obter os modelos hierárquicos que melhor se adequassem à explicação da variância das variáveis dependentes, as variáveis independentes - Dominância, Afiliação, Modos Criança e Modos Pais Disfuncionais -, variáveis compósitas, foram desconstruídas nas subescalas que as constituem. As consistências internas das subescalas e estatísticas descritivas podem ser consultadas nos Anexos K, L e M.

Na descrição dos modelos, os preditores dos mesmos serão nomeados em sequência aditiva da explicação da variância. Na amostra ($n = 112$), relativamente à ERSN-43, foi encontrado um modelo que explica 51% da variância, $F(1, 110) = 116.09$, $p < .001$, constituído por um único preditor: o Modo Criança Vulnerável ($beta = -.72$, $t = -10.77$, $p < .001$).

No que se refere à variância do *distress* psicológico, foi encontrado um modelo integrativo responsável pela explicação de 64% da mesma, $F(4, 107) = 46.49$, $p < .001$, constituído por quatro preditores: o Modo Criança Vulnerável ($beta = .53$, $t = 6.54$, $p < .001$), o Modo Criança Irritada ($beta = .19$, $t = 2.40$, $p < .05$), o fator Vingativo/Egocêntrico ($beta = .23$, $t = 3.61$, $p < .001$) e o fator Intrusivo/Carente ($beta = .13$, $t = 2.14$, $p < .05$).

Em relação à sintomatologia, o modelo integrativo que explica a maior quantidade de variância (64%), $F(5, 106) = 38.03$, $p < .001$, é constituído por cinco preditores. Os dois preditores com maior valor explicativo são o Modo Criança Vulnerável ($beta = .33$, $t = 3.90$, $p < .001$) e o Modo Criança Irritada ($beta = .25$, $t = 3.23$, $p < .01$). Os restantes constituintes do modelo e respetivos coeficientes, podem ser consultados no Quadro 4.

Quadro 4

Sumário do melhor modelo da análise de regressão linear múltipla stepwise para a amostra ($n = 112$), em relação à variável dependente sintomatologia

Preditores	Mudança R^2 (incremental)	Beta	t	Sig.
Modo Criança Vulnerável ^a	.48	.33	3.90	.000
Modo Criança Irritada ^a	.07	.25	3.23	.002
Modo Pai Exigente ^b	.03	.18	2.91	.004
Modo Criança Indisciplinada ^a	.04	.24	3.28	.001
Autoritário/Controlador ^c	.02	.16	2.70	.008

Nota. $R^2 = .64$, $F(5, 106) = 38.03$, $p < .001$; ^aSubescala dos Modos Crianças; ^bSubescala dos

Modos Pais Disfuncionais; ^c Subescala de Dominância.

Nas seguintes regressões lineares múltiplas *stepwise*, a variável dependente ERSN-43 foi recategorizada como variável independente com o objetivo de estudar o peso desta variável, com as restantes VIs, na predição da variância do bem-estar psicológico, *distress* psicológico e sintomatologia. E assim, testar a hipótese 6.

Foi encontrado um modelo integrativo que explica 54% da variância do bem-estar psicológico, $F(3, 108) = 42.26, p < .001$, constituído por três preditores: o Modo Criança Vulnerável ($\beta = -.27, t = -2.51, p < .05$), o Modo Criança Irritada ($\beta = -.19, t = -2.27, p < .05$), e a ERSN-43 ($\beta = .38, t = 4.08, p < .001$).

No que diz respeito ao *distress* psicológico, foi encontrado um modelo integrativo que explica 70% da variância do mesmo, $F(5, 106) = 49.64, p < .001$, constituído por 5 preditores - consultar Quadro 5.

Quadro 5

Sumário do melhor modelo da análise de regressão linear múltipla stepwise para a amostra (n = 112), em relação à variável dependente distress psicológico

Preditores	Mudança R^2 (incremental)	Beta	t	Sig.
Modo Criança Vulnerável ^a	.55	.29	3.27	.001
Modo Criança Irritada ^a	.02	.17	2.34	.021
Vingativo/Egocêntrico ^b	.05	.18	3.11	.002
Intrusivo/Carente ^b	.01	.13	2.43	.017
ERSN-43	.07	-.37	-4.83	.000

Nota. $R^2 = .70, F(5, 106) = 49.64, p < .001$; ^a Domínio dos Modos Crianças; ^b Subescala de Dominância.

A adição da ERSN-43 não adicionou nenhum valor explicativo à variância da sintomatologia. O modelo encontrado que explica a maior quantidade de variância foi o

mesmo que foi encontrando anteriormente - consultar Quadro 4 - com cinco preditores e que explica 64% da variância, $F(5, 106) = 38.03, p < .001$, da sintomatologia.

Discussão e Conclusões

No que diz respeito à hipótese 1, de acordo com o esperado, os Modos Esquemáticos (ME) e os Estilos Interpessoais (EI) apresentam entre si associações positivas moderadas, se considerarmos a exceção o domínio de Afiliação. Uma menor regulação da satisfação das necessidades psicológicas associa-se significativamente a uma maior presença de Modos Criança, Modos Pais Disfuncionais e do domínio de Dominância. As subescalas do domínio de Afiliação não apresentam associações, quer com a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, quer com as restantes variáveis dependentes, exceto com o *distress* psicológico com quem se associa fracamente. Assim, é possível confirmar parcialmente a hipótese 1.

Dada a ausência de literatura sobre as relações entre os ME e EI e dos mesmos com a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, à luz do Modelo da Complementaridade Paradigmática (MCP), é importante constatar que existem diferenças na associação entre as variáveis independentes em estudo e a regulação da satisfação das necessidades psicológicas. Estes dados são os primeiros a sugerir que os ME e EI se relacionam, e a indicar que principalmente uma maior presença de Modos Esquemáticos não adaptativos está associada a uma menor regulação da satisfação das necessidades psicológicas.

O MCP destaca o importante e fulcral papel da regulação da satisfação das necessidades psicológicas, considerando estas necessidades como “vitais, básicas e nucleares”. O termo de necessidade também surge na terapia focada nos esquemas (Young et al, 2003) que enuncia que os esquemas precoces não adaptativos surgem através da não

satisfação de necessidades emocionais e físicas nucleares na infância pelos cuidadores. No sentido de convergência do conceito de necessidades e da satisfação das mesmas, verificou-se a existência de associações fortes entre os Modos Criança e a regulação da satisfação das necessidades psicológicas. Isto é, quanto maior a presença e ativação dos modos crianças - que se relacionam com os EPN – menor é a dita regulação. É possível especular que as necessidades não satisfeitas na infância, por ação dos Modos Criança, se associem a uma regulação menos satisfatória das necessidades psicológicas mais tarde na vida adulta.

A presença de ME está fortemente associada a um menor bem-estar, e por outro lado, a um maior *distress* psicológico e maior severidade sintomática. São resultados semelhantes aos que já tinham sido encontrados anteriormente em relação aos EPN (Almeida, 2016; Fonseca, 2012, Martins, 2016). De lembrar que os modos esquemáticos em estudo são não adaptativos.

Por outro lado, é pertinente questionar se existem diferenças assim tão significativas entre os dois tipos de domínios/fatores dos Estilos Interpessoais para estes se relacionarem fracamente e de maneira bastante diferente com as restantes variáveis (VD e VI) – o fator de Dominância associa-se a todas as variáveis e o fator Afiliação apenas a uma (*distress* psicológico). Ou seja, os aspetos que a pessoa “faz em demasia” apresentam-se mais salientes do que os aspetos que a pessoa considera difíceis de fazer com outras pessoas. De notar, que os dois tipos de fatores são provenientes do mesmo instrumento e têm boas consistências internas.

É importante que estes constructos sejam alvo de futura investigação, quer para confirmar estes resultados e diferenças, quer para estudar a sua interação com outros constructos já estudados e identificados como tendo papéis de relevo (e.g., esquemas precoces não adaptativos, fusão cognitiva, ciclos interpessoais) na conceptualização de caso e

no processo de decisão terapêutica à luz do MCP, e assim contribuindo para o enriquecimento teórico do mesmo. Não obstante, os estilos e problemas interpessoais já foram alvo de investigação, tendo os resultados suportado a sua relevância e robustez (Bailey et al., 2018; Barkham et al., 1996), sendo que estão presentes em perturbações de personalidade (e.g. borderline, obsessiva-compulsiva) e especialmente presentes concomitantemente com sintomas depressivos (Euler et al., 2021; McFarquhar et al., 2018; Solem et al., 2015).

Relativamente à hipótese 2, o Modo Criança Vulnerável, comparativamente com as outras VIs, é a variável que apresenta a associação negativa mais forte com a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, e a associação positiva mais forte com o *distress* psicológico. Também se associa negativa e fortemente com a sintomatologia. A hipótese 2 é parcialmente confirmada.

A hipótese 3 foi confirmada. Se tivermos em consideração pelo menos o fator de Dominância, conjunto de subescalas que estão relacionadas com determinados excessos comportamentais, uma maior presença deste tipo de estilos interpessoais está associada a uma menor regulação da satisfação das necessidades psicológicas. Martins (2016) já tinha relatado associações negativas entre padrões interpessoais e a regulação da satisfação das necessidades psicológicas. Ficando assim vincado a importância do aspeto inter-relacional na regulação da satisfação das necessidades psicológicas.

Pode-se ainda destacar que a satisfação da necessidade Proximidade associa-se negativamente com os Estilos Interpessoais. De acordo com Conde (2012), a necessidade de Proximidade relaciona-se com “o grau em que cada indivíduo percebe as pessoas que o rodeiam como fontes de conforto e passíveis de atribuir confiança” (p. 4). Fica assim explícito o papel fundamental das outras pessoas como fonte para regulação da satisfação

desta necessidade. Dada a associação mais forte, comportamentos/attitudes excessivas (e.g., demasiada agressividade, hostilidade ou egocentrismo) ou por outro lado, défices e dificuldades comportamentais/attitudinais (e.g. dificuldades relacionadas com a assertividade, em expressar as suas necessidades ou sentir pouca ligação com as outras pessoas) podem desempenhar um papel disruptivo na regulação da satisfação da necessidade Proximidade e, conseqüentemente, resultar em que a pessoa tenha um carácter evitante ou dependente (Vasco et al., 2018).

No que diz respeito à hipótese 4, os Modos Criança (MC) e os Modos Pais Disfuncionais (MPD) predizem significativamente a variância da regulação da satisfação das necessidades psicológicas, sendo que, como dito anteriormente, estão negativa e fortemente associados à mesma. Estes Modos também predizem significativamente o *distress* psicológico e a sintomatologia, mas a associação entre estes, embora igualmente forte, é positiva. De salientar, que os MC apresentam praticamente o dobro do poder preditivo do que os MPD em relação à variância das referidas variáveis. Por isto, pode-se especular que estes modos representam diferentes facetas do *self*, sendo que os Modos Criança pelo maior poder preditivo, podem capitalizam os esquemas precoces não adaptativos mais disfuncionais (McGinn & Young, 1996; Faustino & Vasco, 2020a, 2020b).

Individualmente, o Modo Criança Vulnerável foi capaz de explicar isoladamente uma maior quantidade de variância da regulação da satisfação das necessidades psicológicas do que a variável Modos Criança - que inclui o Modo Criança Vulnerável (MCV) na sua composição, juntamente com os modos Criança Irritada, Criança Enfurecida, Criança Impulsiva, e Criança Indisciplinada - ou qualquer outra VI. Relativamente ainda ao MCV, Pereira (2009) relatou que o mesmo predizia aproximadamente três quartos da variância total da sintomatologia numa amostra de população clínica. E particularmente, este modo

esquemático apresentava a maior associação com a dimensão de Depressão do BSI independentemente do tipo de amostra - amostra clínica ou amostra da população em geral.

As subescalas do domínio de Dominância predizem de forma significativa a variância de todas as variáveis dependentes, enquanto as de Afiliação apenas predizem de forma significativa uma pequena quantidade da variância do *distress* psicológico. No mesmo sentido das relações predição, o primeiro fator associa-se e negativamente com a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, e positivamente com o *distress* psicológico e a sintomatologia. Em termos de comparação, o domínio de Dominância explica três vezes mais variância do *distress* psicológico do que o de Afiliação. Desta forma, a hipótese 4 é parcialmente confirmada, sendo o fator de Afiliação a exceção. A manifestação de atitudes e comportamentos relativos a dominância apresenta uma maior magnitude, isto é, uma expressão comportamental com um carácter mais intrusivo e de imposição, como já tinha sido referido anteriormente.

É de destacar que as duas subescalas dos ME, os Modos Criança e os Modos Pais Disfuncionais, são as variáveis que explicam a maior quantidade de variância, e apresentam as maiores associações com as variáveis dependentes. Estas relações de predição voltam a fundamentar que os Modos Esquemáticos têm um papel determinante no que diz respeito à regulação da satisfação das necessidades psicológicas. E embora de forma mais fraca, alguns estilos interpessoais (dominância) também se relacionam significativamente com esta regulação. Por isto, é de realçar a importância de futuras investigações, na tentativa de averiguar se por um lado, são encontrados resultados convergentes e, por outro lado, averiguar se o domínio de Afiliação funciona enquanto variável.

Relativamente à hipótese 5, o objetivo de perceber qual o melhor conjunto de variáveis entre os ME e EI que melhor explica as dificuldades na regulação da satisfação das

necessidades psicológicas foi conseguido ao encontrar-se um modelo com o Modo Criança Vulnerável como o único preditor. Este resultado sugere que as dificuldades de regulação da satisfação das necessidades psicológicas são mais bem explicadas por este modo esquemático - comparativamente às restantes VDs - que é descrito como sendo o que se associa, em simultâneo, à conjugação do maior número de esquemas precoces não adaptativos (Young et al., 2003).

De notar que aquando da enumeração dos preditores dos seguintes modelos, estes serão nomeados em sequência aditiva da explicação da variância da variável dependente. Relativamente ao *distress* psicológico, foi encontrado um modelo integrativo, constituído por quatro preditores: Modo Criança Vulnerável, Modo Criança Irritada, fator Vingativo/Egocêntrico, e fator Intrusivo/Carente. Por outro lado, o modelo integrativo que explica a maior quantidade de variância da sintomatologia é constituído por cinco preditores: Modo Criança Vulnerável, Modo Criança Irritada, Modo Pai Exigente, Modo Criança Indisciplinada, e fator Autoritário/Controlador. A hipótese 5 é assim confirmada, dado que os três modelos encontrados, constituídos pelas subescalas dos Modos Esquemáticos e Estilos Interpessoais, explicam uma grande quantidade da variância e não apresentam enviesamentos (e.g. os resíduos têm uma distribuição aproximadamente normal, formam um padrão simétrico e estão dispersos aleatoriamente em torno do eixo horizontal) (Pallant, 2016).

É de sublinhar que a variável Modo Criança Vulnerável ademais de ser um dos constituintes de cada um dos três modelos encontrados, também apresenta o maior valor de beta nos modelos, o que significa que é a variável que faz a maior contribuição individual na explicação da variância da variável dependente, quando a variância explicada pelas outras variáveis do modelo é controlada (Pallant, 2016). Isoladamente ou em conjunto com outras

variáveis, o modo demonstra o seu poder preditivo. De notar também, o papel pouco significativo dos fatores de Dominância e Afiliação nos modelos explicativos.

Dado que há Modos Esquemáticos que se apresentam mais determinantes do que outros na explicação das variáveis, em ambiente psicoterapêutico, torna-se evidente o papel preponderante do Modo Criança Vulnerável. Este é considerado central no processo de mudança em terapia e parece refletir mecanismos comuns de mudança (Yakın et al., 2020). Igualmente evidente é o facto de que a vivência emocional relacionada com este modo esquemático está fortemente associada, quer seja com dificuldades na satisfação das necessidades psicológicas, quer seja com a presença de sintomas ou *distress* psicológico.

A vivência de sentimentos de irritação, fúria e frustração, característicos do Modo Criança Irritada, também se revela um determinante na explicação do *distress* psicológico e da sintomatologia. Estes resultados são também especialmente relevantes para a conceptualização de caso e para a tomada de decisão no processo psicoterapêutico, dado que enquanto variável que precipita e mantém perturbação psicológica, a sua identificação facilita a forma de intervir no processo psicoterapêutico.

A hipótese 6 foi igualmente confirmada. Foi encontrado um modelo integrativo explicativo da variância do bem-estar, constituído por três preditores: Modo Criança Vulnerável, Modo Criança Irritada, e regulação da satisfação das necessidades psicológicas. A adição da regulação da satisfação das necessidades psicológicas à predição das variáveis, respetivamente, aumentou e manteve inalterada a variância explicada pelos modelos referentes ao *distress* psicológico e da sintomatologia. Uma investigação de Almeida (2016) já tinha mostrado que a adição da variável regulação aos modelos também aumentava a capacidade preditiva do modelo relativo ao *distress* psicológico, mas mantinha inalterada a

capacidade preditiva do modelo relativo à sintomatologia. De notar que os modelos eram constituídos por diferentes variáveis independentes do que as em estudo nesta investigação.

Nos dois primeiros modelos, a regulação da satisfação das necessidades psicológicas foi a variável que mais contribuiu individualmente para a explicação da variância, sendo seguida pelo Modo Criança Vulnerável, que por sua vez, foi a variável que fez a maior contribuição em termos explicativos no modelo relativo à sintomatologia. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores que mostram que a regulação da satisfação das necessidades psicológicas é um dos preditores mais determinantes na explicação do bem-estar, *distress* psicológico e sintomatologia (Almeida, 2016; Conde, 2012; Sol, 2012; Vargues-Conceição, 2013). Almeida (2016) já tinha relatado evidências de diferenças no que diz respeito à regulação da satisfação das necessidades psicológicas entre uma amostra clínica e amostra não clínica. Ademais, como referido anteriormente, o Modo Criança Vulnerável já tinha sido identificado como um grande e significativo preditor da variância da sintomatologia (Pereira, 2009). Por isto, grande parte da transformação no processo terapêutico deve ocorrer justamente na abordagem a este modo esquemático.

Dada a confirmação de todas ou a maior parte das hipóteses, esta investigação pode ser caracterizada como produtora de conhecimento científico inovador. Ficou explícito que existem relações significativas de associação entre os ME e os EI, e entre estas variáveis e a regulação da satisfação das necessidades psicológicas. Em conjunto, as variáveis mencionadas ainda predizem de forma significativa o bem-estar, o *distress* psicológico e a sintomatologia, sendo que a regulação da satisfação das necessidades psicológicas é a variável que mais se associa com estas variáveis, e a que mais contribui individualmente para a explicação da variância das mesmas, fazendo-se seguir do Modo Criança Vulnerável (MCV). No entanto, é de assinalar o contraste entre o MCV e Modos Criança e o domínio de

Afiliação pelas associações que registaram e não registaram, respetivamente. Todos estes resultados são especialmente relevantes para a conceptualização de caso e para a tomada de decisão clínica no processo psicoterapêutico, dado que, embora tenham de ser consideradas com cautela pelas limitações que serão enunciadas de seguida, existe uma maior consciência e um conhecimento relativamente maior sobre o papel de variáveis potencialmente responsáveis pelo desenvolvimento e manutenção de perturbação psicológica.

Limitações

Inerente à testagem das hipóteses, verifica-se a não-existência de uma amostra clínica. No planeamento inicial da presente investigação, estavam contempladas duas amostras. Tratar-se-iam de uma amostra representativa da população geral e de uma amostra clínica a recolher na Unidade de Saúde Comunitária do Hospital São Francisco Xavier. Este desejo prendia-se com o objetivo de estudar e encontrar possíveis diferenças nas amostras que, em teoria, deviam apresentar diferenças significativas pelo menos em termos de sintomatologia. E relativamente a variáveis que ainda não tinham sido alvo de estudo empírico no contexto do MCP. Tal não foi possível devido à pandemia do vírus SARS-CoV-2 que afetou Portugal, levando à tomada de decisões como a retirada da pretendida amostra clínica, pela impossibilidade de a recolher presencialmente, e do término antecipado da recolha geral de dados, o que levou a alterações, por exemplo, na estrutura e objetivos da presente dissertação. Por isso, todas as possíveis conclusões a retirar estariam condicionadas a partir do início.

Adicionalmente, há que ter em consideração outras limitações. Primeiramente, a amostra apresenta um tamanho reduzido ($n = 112$) e apresenta-se muito homogénea em relação a algumas características. Por exemplo, 60% dos participantes têm como características serem “indivíduos do género feminino com um curso superior”. Assim, a amostra não se apresenta como representativa da população. Em segundo lugar, trata-se de uma amostra de conveniência, obtida através de uma plataforma *online*, onde o controlo de

condições que podem afetar o preenchimento do protocolo, como a motivação e o nível de compromisso e empenho, não é possível. Estes são aspetos importantes a considerar dado se ter tratado de um protocolo extenso, constituído por oito instrumentos, ainda moroso (aproximadamente 50 minutos). Pode ser colocada a hipótese de que um aparente cansaço ou desinteresse possa ter influenciado o elevado número de respostas incompletas registadas - mais de 100 respostas -, que foram posteriormente excluídas aquando do tratamento dos dados, e eventuais respostas aleatórias ou pouco refletidas. Dito isto, é necessária muita cautela no processo de extrapolação das conclusões. E pelo que foi apontado, seria imperativo a replicação deste estudo com a inclusão de uma amostra clínica e de uma amostra não-clínica com melhores e mais equilibradas características, como um número mais elevado de participantes.

Relativamente aos instrumentos utilizados, existem algumas considerações a fazer. Primeiramente, foram utilizadas versões portuguesas experimentais e preliminares do IME e do IPI-32. A primeira foi realizada no contexto de uma dissertação de mestrado (Pereira, 2009) e ainda não foi alvo de posterior estudo e publicação científica. E a segunda, como dito, trata-se de uma primeira versão portuguesa do instrumento (Faustino & Vasco, 2020d). Apesar de na generalidade os instrumentos apresentarem boas capacidades psicométricas, ainda há espaço para uma aprimoração das mesmas. O primeiro instrumento apresenta três subescalas com consistência internas pouco aceitáveis ($< .6$) e o segundo tem itens que se apresentam pouco saturados nos respetivos fatores e o respetivo estudo psicométrico apresentou uma amostra pouco heterogénea o que pode levar a enviesamentos. No entanto, o a versão em inglês do instrumento (IPI-32) apresenta-se como um instrumento adequado para avaliar a eficácia da psicoterapia (Huber et al., 2007). A ERSN-43 encontra-se numa situação semelhante. Embora tenha uma componente mais clínica, é necessário ser alvo de mais investigação, particularmente no que diz respeito à avaliação das suas qualidades

psicométricas e da sua estrutura interna. O que acabaria também por potenciar a sua utilização na comunidade e investigação científica.

Todos os instrumentos que foram utilizados são questionários de autorrelato. Esta utilização prendeu-se com questões de praticabilidade e de economia de tempo. Por isto, estão associadas algumas limitações. Apresentam elevada validade facial, além das respostas dos participantes estarem limitadas na medida em que estas estão relacionadas com a consciência que têm de si próprios e dos seus próprios processos mentais, o que possibilita enviesamentos.

Implicações / Estudos Futuros

No futuro, recomenda-se procurar controlar de forma mais adequada as características das amostras, nomeadamente a dimensão das mesmas e as variáveis sociodemográficas. Na presença de uma amostra clínica, confirmar o acompanhamento psicológico, o diagnóstico dos pacientes e a fase do processo de acompanhamento, no sentido de perceber qual o impacto destas variáveis nos resultados. Em termos de conteúdo, considerando as investigações anteriores, seria oportuno analisar outros conteúdos que se inserem na terapia focada nos esquemas como as respostas de *coping* mais utilizadas, dado ter-se verificado que quanto maiores os níveis de defesas maduras, maior o nível de regulação da satisfação das suas Necessidades Psicológicas e vice-versa (Martins, 2016). Finalmente, aprofundar a investigação na área das perturbações de personalidade, analisando particularmente a relação de determinados modos esquemáticos e perturbações de personalidade como as perturbações evitante e dependente.

Ainda no tópico de perturbações de personalidade e modos esquemáticos, seria pertinente a aplicação do instrumento *Inventory of Interpersonal Problems Personality Disorder* (IIP-PD) (Stern et al., 2000) - criado a partir da versão original do IPI, com 127 itens (Horowitz et al., 1988). Este apresenta-se como um instrumento de rastreio para a

presença ou não de perturbações de personalidade. Apesar de se tratar de um instrumento de rastreio, a sua utilização em conjugação com o Inventário dos Modos Esquemáticos, serviria para continuar a explorar a relação entre perturbações de personalidade e modos esquemáticos. No entanto, o IIP-PD ainda não se encontra psicometricamente validado nem traduzido para a população portuguesa.

Este estudo pode também ajudar a conceptualizar melhor o estilo relacional do paciente, e a perceber que em função deste estilo pode haver um conjunto de necessidades que podem estar reguladas ou não. O mesmo pode-se dizer para os modos esquemáticos. E o mesmo pode-se dizer para o bem-estar, *distress* psicológico e sintomatologia.

Em termos clínicos, o terapeuta deve trabalhar sobre tal estilo relacional, ajudando a pessoa retroativamente a ter novas formas de regulação da satisfação das suas necessidades e, conseqüentemente, a ver um impacto no seu bem-estar.

Por se tratar de um trabalho relacional, ajudar a pessoa a ganhar consciência do seu(s) estilo relacional é também ajudar a pessoa a compreender-se melhor a si própria e a começar a refletir sobre novas formas de relacionar-se com os outros. E o impacto que estas formas de relacionar com os outros têm no seu bem-estar - bem-relacional e bem-estar pessoal.

Conclusão

Esta investigação enquadra-se no seguimento de investigações anteriores que tiveram como objetivo a produção de conhecimento sobre variáveis possivelmente promotoras de perturbação psicológica à luz do teórico Modelo de Complementaridade Paradigmática (Conde, 2012, Fonseca, 2012, Sol, 2012, Vargues-Conceição, 2013, Almeida, 2016, Martins, 2016). Por outro lado, tentou-se contribuir para a redução da variância ainda não-explicada da eficácia da intervenção em psicoterapia. Desta forma, o presente trabalho pretende enquadrar-se no continuar do referido objetivo de produção de conhecimento e enriquecimento científico, constituindo as variáveis como alvos esclarecidos de intervenção psicoterapêutica.

Os resultados deste trabalho podem ser importantes não apenas para a conceptualização de caso integrativa e transteórica, mas também para a tomada de decisão clínica adaptada às características, estilos de comunicação e necessidades do paciente. Sabemos que a mesma forma de atuar não funciona para todas as pessoas; o que funciona para uma, não funciona para a outra, por isso, a importância de corresponder as técnicas mais adequadas às necessidades e idiosincrasias da pessoa. Assim, ficam salientes os aspetos, variáveis e respetivas implicações que foram alvo de estudo neste trabalho, que se inserem principalmente na terapia focada nos esquemas e em terapias centradas na aliança terapêutica.

Referências Bibliográficas

- Almeida, V. (2016). *Funcionamento Esquemático, Ciclos Interpessoais Disfuncionais e Fusão Cognitiva na Perspetiva do Modelo de Complementariedade Paradigmática* (Publicação nº26650). [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
- Bailey, C., Abate, A., Anna Abate, B., Carla Sharp, B., & Venta, A. (2018). *Psychometric evaluation of IIP-32* *Psychometric evaluation of the Inventory of Interpersonal Problems* 32 (Vol. 82, Issue 2)
- Barkham, M., Hardy, G. E., & Startup, M. (1996). The IIP-32: A short version of the Inventory of Interpersonal Problems. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(1), 21–35. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1996.tb01159.x>
- Boog, M., van Hest, K. M., Drescher, T., Verschuur, M. J., & Franken, I. H. A. (2018). Schema Modes and Personality Disorder Symptoms in Alcohol-Dependent and Cocaine-Dependent Patients. *European Addiction Research*, 24(5), 226–233. <https://doi.org/10.1159/000493644>
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal*, 2, 87-109. SHO/APPORT.
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI): Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa*, 3, 305-331. Quarteto Editora.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

- Conde, E. (2012). *Dialéctica de Polaridades de Regulação da Satisfação De Necessidades Psicológicas: Relações com o Bem-Estar e Distress Psicológicos* (Publicação nº8177). [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa].
Repositório da Universidade de Lisboa.
- Dunne, A. L., Gilbert, F., Lee, S., & Daffern, M. (2018). The role of aggression-related early maladaptive schemas and schema modes in aggression in a prisoner sample. *Aggressive Behavior*, 44(3). <https://doi.org/10.1002/ab.21747>
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., & Fonagy, P. (2021). Interpersonal Problems in Borderline Personality Disorder: Associations With Mentalizing, Emotion Regulation, and Impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 35(2), 177–193. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_427
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020a). Schematic Functioning, Interpersonal Dysfunctional Cycles and Cognitive Fusion in the Complementary Paradigmatic Perspective: Analysis of a Clinical Sample. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(1), 47–55.
<https://doi.org/10.1007/s10879-019-09422-x>
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020b). Relationships between emotional processing difficulties and early maladaptive schemas on the regulation of psychological needs. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, (April), 1–10. <https://doi.org/10.1002/cpp.2464>
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020c). Early Maladaptive Schemas and Cognitive Fusion on the Regulation of Psychological Needs. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 50(2), 105–112. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09446-3>
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2020d). Factor Structure and Convergent Validity of the Portuguese version of the Inventory of Interpersonal Problems – 32. *Journal of Relationships Research* 11, e18, 1–9. <https://doi.org/10.1017/jrr.2020.18>

- Field, A. (2018). *Discovering Statistics Using Ibm Spss Statistics* (5th ed.). SAGE.
- Fonseca, J. M. (2012). *Relação entre a Regulação da Satisfação das Necessidades Psicológicas, Funcionamento Esquemático e Alexitimia* (Publicação n°8194). [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa].
Repositório da Universidade de Lisboa.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: Psychometric Properties and Clinical Applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 885–892.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.885>
- Huber, D., Henrich, G., & Klug, G. (2007). The Inventory of Interpersonal Problems (IIP): Sensitivity to change. *Psychotherapy Research, 17*(4).
<https://doi.org/10.1080/10503300600856160>
- Jacobs, I., Lenz, L., Wollny, A., & Horsch, A. (2020). The Higher-Order Structure of Schema Modes. *Journal of Personality Disorders, 34*(3).
https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_401
- Keulen-de Vos, M., Bernstein, D. P., Clark, L. A., de Vogel, V., Bogaerts, S., Slaats, M., & Arntz, A. (2017). Validation of the schema mode concept in personality disordered offenders. *Legal and Criminological Psychology, 22*(2), 420–441.
<https://doi.org/10.1111/lcrp.12109>
- Keulen-de Vos, M. E., Bernstein, D. P., & Arntz, A. (2014). Schema Therapy for offenders with aggressive personality disorders. In R. C. Tafrate & D. Mitchell (Eds.), *Forensic CBT: A practitioner's guide*, 66–83. Wiley Blackwell
- Kiesler, D. J., & Schmidt, J. A. (2006). *The Impact Message Inventory-Circumplex (IMI-C) Manual*. Mind Garden.

- Kwak, S. G., & Kim, J. H. (2017). Central limit theorem: The cornerstone of modern statistics. *Korean Journal of Anesthesiology*, *70*(2), 144–156.
<https://doi.org/10.4097/kjae.2017.70.2.144>
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. Resource Publications
- Lindberg, K., Nevenon, L., Gustafsson, S. A., Nyman-Carlsson, E., & Norring, C. (2018). Validation of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64): a comparison of Swedish female outpatients with anorexia nervosa or bulimia nervosa and controls. *Nordic Journal of Psychiatry*, *72*(5), 347–353. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1465589>
- Lo Coco, G., Mannino, G., Salerno, L., Oieni, V., Di Fratello, C., Profita, G., & Gullo, S. (2018). The Italian Version of the Inventory of Interpersonal Problems (IIP-32): Psychometric Properties and Factor Structure in Clinical and Non-clinical Groups. *Frontiers in Psychology*, *9*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00341>
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Sieswerda, S. (2005). Schema modes and childhood abuse in borderline and antisocial personality disorders. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*(3), 240–253. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.006>
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2007). Shedding light on schema modes: A clarification of the mode concept and its current research status. *Netherlands Journal of Psychology*, *63*(3), 76–85. <https://doi.org/10.1007/BF03061068>
- Lobbestael, J., Van Vreeswijk, M. F., & Arntz, A. (2008). An empirical test of schema mode conceptualizations in personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *46*(7), 854–860. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.03.006>
- Lobbestael, J., van Vreeswijk, M., Spinhoven, P., Schouten, E., & Arntz, A. (2010). Reliability and Validity of the Short Schema Mode Inventory (SMI). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *38*(4), 437–458. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000226>

Locke, K. D. (2012). Circumplex Measures of Interpersonal Constructs. In *Handbook of Interpersonal Psychology* (pp. 313–324). John Wiley & Sons, Inc.

<https://doi.org/10.1002/9781118001868.ch19>

Martins, R. (2016). *Relações entre Esquemas Interpessoais, Mecanismos de Defesa, Necessidades Psicológicas, Sintomatologia, Bem-Estar e Distress Psicológico* (Publicação n°28179). [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.

McFarquhar, T., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). Changes in interpersonal problems in the psychotherapeutic treatment of depression as measured by the Inventory of Interpersonal Problems: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Affective Disorders* (Vol. 226, pp. 108–123). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.036>

McGinn, L.K. & Young, J.E. (1996). Schema-focused therapy. In P. Salkovskis (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy*. Guilford Press.

Mertens, Y., Yilmaz, M., & Lobbestael, J. (2020). Schema modes mediate the effect of emotional abuse in childhood on the differential expression of personality disorders. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104445. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104445>

Magalhães, M. O. (2013). Escalas de Estilos Interpessoais (ESEI): construção, validade fatorial e consistência interna. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 627–635. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000400002>

Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross, (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (pp. 3–24). Oxford University Press

- Pais-Ribeiro, J. (2001). Mental Health Inventory: um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (1), 77-99.
- Pallant, J. (2016). *Spss Survival Manual: A step-by-step guide to data analysis using IBM SPSS*. Open University Press.
- Pereira, M. (2009). *Inventário de Modos Esquemáticos: Estudos psicométricos e da dimensionalidade da escala*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra]. Estudo Geral.
- Ribeiro, J. (2001). *Inventário de saúde mental* (1st ed.). Placebo, Editora LDA.
- Safran, J. D., & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Guilford Press
- Sol, A. (2012). *Relações entre Sintomatologia e Necessidades, Bem-Estar e Distress Psicológicos*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
- Solem, S., Haaland, A. T., Hagen, K., Launes, G., Hansen, B., Vogel, P. A., & Himle, J. A. (2015). Interpersonal style in obsessive compulsive disorder. *Cognitive Behaviour Therapist*, 8. <https://doi.org/10.1017/S1754470X15000719>
- Sousa, M. (2013). *Preditores de recuperação nas perturbações do comportamento alimentar: estudo prospectivo de longa duração*. [Dissertação de Mestrado, Escola de Psicologia da Universidade do Minho].
- Stern, B. L., Kim, Y., Trull, T. J., Scarpa, A., Pilkonis, P., & Villa, M. (2000). Inventory of interpersonal problems personality disorder scales: Operating characteristics and confirmatory factor analysis in nonclinical samples. *Journal of Personality Assessment*, 74(3), 459–471. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA7403_9
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Norton

- Thiel, N., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, K. K., Nissen, C., Hertenstein, E., Gross, E., & Voderholzer, U. (2014). The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry, 14*(1), 362. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0362-0>
- van Wijk-Herbrink, M. F., Bernstein, D. P., Broers, N. J., Roelofs, J., Rijkeboer, M. M., & Arntz, A. (2018). Internalizing and Externalizing Behaviors Share a Common Predictor: the Effects of Early Maladaptive Schemas Are Mediated by Coping Responses and Schema Modes. *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*(5), 907–920. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0386-2>
- Vargues-Conceição, C. (2013). *Necessidades psicológicas e relações com bem-estar/distress psicológicos e sintomatologia : estudo da polaridade dialéctica prazer/dor* (Publicação nº10476). [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa.
- Vasco, A. B. (2009, julho). *Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness* [Sessão de conferência]. 16th Conference: European Association for Psychotherapy, Lisboa, Portugal.
- Vasco, A. B., Bernardo, F., Cadilha, N., Calinas, L., Conde, E., Ferreira, A., Fonseca, J. M., Guerreiro, D., Rodrigues, C., Romão, A., Rucha, S., Silva, G., & Vargues-Conceição, C. (2013). Escala da Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN-43). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Vasco, A. B., Conceição, N., Silva, A. N., Ferreira, J. F., & Vaz-Velho, C. (2018). O (Meta)Modelo de Complementaridade Paradigmática (MCP). In I. Leal (Ed.), *Psicoterapias* (pp. 339-361). Pactor - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

- Yakin, D., Grasman, R., & Arntz, A. (2020). Schema modes as a common mechanism of change in personality pathology and functioning: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 126. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2020.103553>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. The Guilford Press.
- Wiggins, J. S. (2003). *Paradigms of personality assessment*. Guilford Press.

Anexos

Anexo A

Lista das caracterizações dos Modos Esquemáticos

Modos Esquemáticos	Caracterização
Modos Criança	Resultam de necessidades básicas não satisfeitas na infância.
Tema da Vulnerabilidade	
Modo Criança Vulnerável	Sente-se vulnerável, sobrecarregado com sentimentos dolorosos, como ansiedade, depressão, tristeza, vergonha ou humilhação.
Tema da Raiva	
Modo Criança Irritada	Sente e expressa raiva de forma excessiva em resposta à percepção de ou a reais maus-tratos, abandono, humilhação e frustração.
Modo Criança Enfurecida	Sente raiva intensa e incontrolável; tem como objetivo ferir ou destruir o agressor.
Tema Indisciplina	
Modo Criança Indisciplinada	Desiste da execução de tarefas rotineiras devido à frustração sentida. Atua e age impulsivamente para satisfazer as suas necessidades de
Modo Criança Zangada/Impulsiva	forma egoísta, impulsiva e incontrolável e sem ter em conta as consequências para si ou para os outros.
Modos Pais Disfuncionais	Reflete o comportamento internalizado do pai/mãe em relação à criança na infância.
Modo Pai Punitivo	Voz internalizada dos pais, crítica ou punitiva; dirige duras críticas a si

Modo Pai Exigente	próprio; induz sentimentos de vergonha ou culpa. Dirige impossíveis exigências a si próprio; relaciona-se com imputação de padrões excessivos de um funcionamento de perfeição durante a infância.
-------------------	---

Nota. Adaptado de Keulen-de Vos et al. (2014) e Pereira (2009).

Anexo B*Caracterização da amostra*

N		112
Idade		
	Média	31.56
	Desvio padrão	12.43
	Mínimo	18
	Máximo	72
Género		
	Masculino	19 (17%)
	Feminino	93 (83%)
Habilitações literárias		
	3º Ciclo ou equivalente	2 (1.8%)
	Ensino Secundário ou Pós-Secundário Não-Superior	29 (25.9%)
	Ensino Superior	81 (72.3%)
Acompanhamento Psicoterapêutico		
	Sim	13 (11.6%)
	Não	99 (88.4%)

Anexo C

Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN-43)

Escala de Regulação da Satisfação das Necessidades (ERSN-43)

Seguidamente apresentamos uma sequência de afirmações relativas a características e vivências pessoais. Por favor, leia com atenção cada uma delas e responda, assinalando o seu grau de acordo ou desacordo numa escala de 1 a 8. **O número “1” significa que “discorda totalmente” e o “8” que “concorda totalmente”.** A linha divisória entre o “4” e o “5” separa as zonas de desacordo e de acordo. Quanto mais elevado for o número seleccionado maior é o grau de acordo.

1 a 4				5 a 8			
Desacordo				Concordo			
1	2	3	4	5	6	7	8

Dados Pessoais

Nome: _____

Sexo: M | F

Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Civil: _____

Data de Realização: ____/____/____

	Discordo				Concordo			
1. Sou capaz de distinguir críticas construtivas de destrutivas.	1	2	3	4	5	6	7	8
2. De forma geral, estou satisfeito(a) comigo mesmo(a).	1	2	3	4	5	6	7	8
3. Sinto mal-estar quando tenho de discordar de alguém.	1	2	3	4	5	6	7	8
4. Faço frequentemente coisas para sair da rotina.	1	2	3	4	5	6	7	8
5. Sinto que os outros não se interessam ou se preocupam comigo.	1	2	3	4	5	6	7	8
6. Sinto-me amado(a) e acarinhado (a) por uma ou mais pessoas.	1	2	3	4	5	6	7	8
7. De uma forma geral, gosto de experienciar coisas novas.	1	2	3	4	5	6	7	8
8. Consigo desfrutar os pequenos prazeres da vida.	1	2	3	4	5	6	7	8
9. Sentir-me zangado com alguém é sempre sinal de má educação.	1	2	3	4	5	6	7	8
10. Estou satisfeito com a qualidade daquilo que produzo.	1	2	3	4	5	6	7	8
11. Sinto-me sozinho(a), mesmo quando estou acompanhado(a).	1	2	3	4	5	6	7	8
12. Sinto que o meu tempo de lazer é útil e valioso.	1	2	3	4	5	6	7	8
13. Tenho dificuldade em desfrutar da vida.	1	2	3	4	5	6	7	8
14. É humano chorar a perda de alguém que amamos.	1	2	3	4	5	6	7	8
15. As minhas actividades de lazer contribuem para o meu sentimento de bem-estar.	1	2	3	4	5	6	7	8
16. Sou capaz de aceitar que há coisas que estão fora do meu controlo.	1	2	3	4	5	6	7	8
17. Sou tolerante comigo mesmo face a conflitos entre o que penso, sinto e faço.	1	2	3	4	5	6	7	8
18. Sinto-me constrangido e inibido em mostrar as minhas opiniões aos outros.	1	2	3	4	5	6	7	8
19. Sinto que consigo tirar prazer da vida.	1	2	3	4	5	6	7	8
20. Experiencio paz de espírito.	1	2	3	4	5	6	7	8
21. Sinto-me confortável com a ideia de que não posso controlar tudo e todos.	1	2	3	4	5	6	7	8
22. Em função dos meus erros posso aperfeiçoar o meu comportamento.	1	2	3	4	5	6	7	8
23. Sinto-me confortável quando tenho de colaborar com outros.	1	2	3	4	5	6	7	8

24.	Consigo suportar situações de desagradáveis se vejo benefícios futuros nisso.	1	2	3	4	5	6	7	8
25.	Consigo cooperar com os outros para atingir objectivos comuns.	1	2	3	4	5	6	7	8
26.	Sou tolerante comigo mesmo face a conflitos entre emoções contraditórias.	1	2	3	4	5	6	7	8
27.	Quando paro e reparo nas coisas à minha volta, sinto-me bem e satisfeito(a).	1	2	3	4	5	6	7	8
28.	Expresso as minhas ideias e opiniões, independentemente das reacções dos outros.	1	2	3	4	5	6	7	8
29.	Sou capaz de reconhecer que há coisas que estão fora do meu controlo.	1	2	3	4	5	6	7	8
30.	Sei distinguir os medos justificados dos que não o são.	1	2	3	4	5	6	7	8
31.	Quando sinto que tenho de ceder o meu controlo a um colectivo, aceito-o, cooperando com ele.	1	2	3	4	5	6	7	8
32.	Vejo-me como uma pessoa aberta a novas experiências.	1	2	3	4	5	6	7	8
33.	Quando sinto incoerências ou conflitos entre o que penso, sinto e faço, aceito a sua existência e procuro resolvê-los.	1	2	3	4	5	6	7	8
34.	Sinto-me perto de ser a pessoa que desejo ser.	1	2	3	4	5	6	7	8
35.	Sinto que errar possa ser uma oportunidade de aprendizagem.	1	2	3	4	5	6	7	8
36.	No geral, sinto-me satisfeito(a) quando penso nas minhas características.	1	2	3	4	5	6	7	8
37.	Quando sinto incoerências ou conflitos entre emoções contraditórias, aceito a sua existência e procuro resolvê-los.	1	2	3	4	5	6	7	8
38.	Sinto orgulho na pessoa que sou.	1	2	3	4	5	6	7	8
39.	Sinto que tenho uma certa calma interior.	1	2	3	4	5	6	7	8
40.	Sinto orgulho naquilo que produzo e realizo.	1	2	3	4	5	6	7	8
41.	É-me difícil suportar a distância entre o que sou e o que desejo ser.	1	2	3	4	5	6	7	8
42.	Sinto-me satisfeito com a minha capacidade de usar o meu tempo de lazer.	1	2	3	4	5	6	7	8
43.	Sinto-me satisfeito com a minha competência produtiva.	1	2	3	4	5	6	7	8

Anexo D

Inventário de Saúde Mental (ISM)

Inventário de Saúde Mental (ISM)

Seguidamente pedimos-lhe que responda a um conjunto de questões sobre o modo como se tem sentido no dia-a-dia, **durante este último mês**. Para cada questão há várias alternativas de resposta, pelo que escolha a que considere que melhor se aplica a si.

1. Neste último mês... QUÃO FELIZ E SATISFEITO(A) SE SENTIU COM SUA VIDA PESSOAL?

- Extremamente feliz
- Muito feliz e satisfeito, a maior parte do tempo
- Geralmente satisfeito e feliz
- Ora ligeiramente satisfeito, ora ligeiramente infeliz
- Geralmente insatisfeito, infeliz
- Quase sempre muito insatisfeito e infeliz.

2. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU SÓ?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

3. Durante o último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU NERVOSO OU APREENSIVO PERANTE COISAS QUE ACONTECERAM, OU PERANTE SITUAÇÕES INESPERADAS?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

4. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TINHA UM FUTURO PROMISSOR E CHEIO DE ESPERANÇA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

5. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE A SUA VIDA NO DIA-A-DIA ESTAVA CHEIA DE COISAS INTERESSANTES?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

6. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU RELAXADO E SEM TENSÃO?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

7. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU PRAZER NAS COISAS QUE FAZIA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

8. Durante o último mês... ESTEVE PERANTE SITUAÇÕES EM QUE SE QUESTIONOU SE ESTARIA A PERDER A MEMÓRIA?

- Não, nunca
- Talvez pouco
- Sim, mas não o suficiente para ficar preocupado com isso
- Sim, e fiquei um bocado preocupado
- Sim, e isso preocupa-me
- Sim, e estou muito preocupado com isso

9. Durante o último mês... SENTIU-SE DEPRIMIDO?

- Sim, quase sempre muito deprimido(a) até ao ponto de não me interessar por nada
- Sim, muito deprimido(a) durante a maior parte do tempo
- Sim, deprimido(a) muitas vezes
- Sim, por vezes sinto-me um pouco deprimido(a)
- Não, nunca me sinto deprimido(a)

10. Durante o último mês... QUANTAS VEZES SE SENTIU AMADO(A) E QUERIDO(A)?

- Sempre
- Quase sempre

- A maior parte das vezes
- Algumas vezes
- Muito poucas vezes
- Nunca

11. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU NERVOSO(A)?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

12. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA ESPERAVA TER UM DIA INTERESSANTE AO LEVANTAR-SE?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

13. Durante o último mês... QUANTAS VEZES SE SENTIU TENSO(A) E IRRITADO(A)?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

14. Neste último mês... SENTIU QUE CONTROLAVA PERFEITAMENTE O SEU COMPORTAMENTO, PENSAMENTOS E SENTIMENTOS?

- Sim, completamente
- Sim, geralmente
- Sim, penso que sim
- Não muito bem
- Não, e ando um pouco perturbado por isso
- Não, e ando muito perturbado por isso

15. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU AS MÃOS A TREMER QUANDO FAZIA ALGUMA COISA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

16. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE NÃO TINHA FUTURO, QUE NÃO TINHA PARA ONDE ORIENTAR A SUA VIDA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

17. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU CALMO(A) E EM PAZ?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

18. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU EMOCIONALMENTE ESTÁVEL?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

19. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

20. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU PRESTES A CHORAR?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

21. Durante o último mês... COM QUE FREQUÊNCIA PENSOU QUE AS OUTRAS PESSOAS SE SENTIRIAM MELHOR SE VOCÊ NÃO EXISTISSE?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente

- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

22. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU CAPAZ DE RELAXAR SEM DIFICULDADE?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

23. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE AS SUAS RELAÇÕES AMOROSAS ERAM TOTALMENTE SATISFATÓRIAS?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

24. Neste último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU QUE TUDO ACONTECIA AO CONTRÁRIO DO QUE DESEJAVA?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

25. Neste último mês... QUÃO INCOMODADO(A) É QUE E SENTIU DEVIDO AO NERVOSO?

- Extremamente (ao ponto de não poder fazer as coisas que devia)
- Muito incomodado
- Um pouco incomodado
- Algo incomodado (o suficiente para dar conta)
- Apenas de forma muito ligeira
- Nada incomodado

26. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SENTIU QUE A SUA VIDA ERA UMA AVENTURA MARAVILHOSA?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca

Nunca

27. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

28. Durante o último mês... ALGUMA VEZ PENSOU EM ACABAR COM A VIDA?

- Sim, muitas vezes
- Sim, algumas vezes
- Sim, umas poucas vezes
- Sim, uma vez
- Não, nunca.

29. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU CANSADO(A), INQUIETO(A) E IMPACIENTE?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

30. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU RABUGENTO OU DE MAU HUMOR?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

31. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ALEGRE, ANIMADO(A) E BEM DISPOSTO(A)?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

32. Durante o último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTIU CONFUSO(A) OU PERTURBADO(A) ?

- Sempre

- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

33. Neste último mês... SENTIU-SE ANSIOSO(A) OU PREOCUPADO(A)?

- Sim, extremamente (ao ponto de ficar doente ou quase)
- Sim, muito
- Sim, um pouco
- Sim, o suficiente para me incomodar
- Sim, de forma muito ligeira
- Não, de maneira nenhuma

34. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

35. Durante o último mês... COM QUE FREQUÊNCIA SENTIU DIFICULDADE EM MANTER-SE CALMO(A) ?

- Sempre
- Com muita frequência
- Frequentemente
- Com pouca frequência
- Quase nunca
- Nunca

36. Neste último mês... DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU ESPIRITUALMENTE EM BAIXO?

- Sempre
- Quase sempre
- A maior parte do tempo
- Durante algum tempo
- Quase nunca
- Nunca

37. Durante o último mês... COM QUE FREQUÊNCIA ACORDOU DE MANHÃ SENTINDO-SE FRESCO E REPOUSADO(A)?

- Sempre, todos os dias
- Quase todos os dias
- Frequentemente
- Algumas vezes, mas normalmente não

- Quase nunca
- Nunca acordo com a sensação de descansado

38. Durante o último mês... ESTEVE OU SENTIU-SE DEBAIXO DE GRANDE PRESSÃO OU STRESS?

- Sim, quase a ultrapassar os limites
- Sim, muita pressão
- Sim, alguma, mais do que o costume
- Sim, alguma como de costume
- Sim, um pouco
- Não, nenhuma

Protegido por direitos de autor

Anexo E

Inventário de Sintomas Psicopatológicos (ISP)

BSI

L.R. Derogatis, 1993; Versão: M.C. Canavarro, 1995

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que por vezes as pessoas apresentam. Assinale, num dos espaços à direita de cada sintoma, aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O INCOMODOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desmaios ou tonturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ter a ideia que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Dores sobre o coração ou no peito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Medo na rua ou praças públicas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Pensamentos de acabar com a vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Perder o apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ter um medo súbito sem razão para isso	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ter impulsos que não se podem controlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Sentir-se sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Sentir-se triste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Não ter interesse por nada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Sentir-se atemorizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Sentir-se inferior aos outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Vontade de vomitar ou mal-estar do estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Dificuldade em adormecer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Em que medida foi incomodado pelos seguintes sintomas:	Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
27. Dificuldade em tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio ou de metro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Sensação de que lhe falta o ar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Calafrios ou afrontamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Ter de evitar certas coisas, lugares ou actividades por lhe causarem medo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Sensação de vazio na cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Sensação de anestesia (encortiçamento ou formigueiro) no corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Ter a ideia que deveria ser castigado pelos seus pecados	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ter dificuldade em se concentrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Falta de forças em partes do corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Ter impulsos de bater, ofender ou ferir alguém	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Sentir-se mal no meio das multidões como lojas, cinemas ou assembleias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Grande dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45. Ter ataques de terror ou pânico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46. Entrar facilmente em discussão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Sentir que não tem valor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Ter sentimentos de culpa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Ter a impressão de que alguma coisa não regula bem na sua cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo F

Inventário de Modos Esquemáticos (IME)

Nome: _____
 Data de Nascimento: _____
 Idade: _____
 Estado Civil: _____
 Anos de Escolaridade (Completos) _____
 Data: _____

Inventário de Modos Esquemáticos

Versão Portuguesa Experimental (Pereira M., Pinto Gouveia, J. & Rijo D., 2009)

INSTRUÇÕES: Abaixo são apresentadas afirmações que as pessoas podem usar para se descrever. Por favor classifique cada afirmação com base na **frequência** em que acredita ou sente que a mesma se aplica a si de uma forma geral. Use a escala de resposta acima apresentada.

Escala de Resposta

FREQUÊNCIA	
1= Nunca ou quase nunca	4= Frequentemente
2= Raramente	5= A maior parte das vezes
3= Ocasionalmente (às vezes)	6= Sempre

<u>Frequência</u>	<u>Geralmente...</u>
	1. Eu exijo que me respeitem e não deixo que as outras pessoas me pressionem.
	2. Sinto que sou amado e aceito (pelos outros).
	3. Nego-me a coisas que me dariam prazer porque acho que não as mereço.
	4. Sinto que no fundo sou um inadequado, um falhado ou um defeituoso.
	5. Tenho impulsos para me castigar, magoando-me, por exemplo cortando-me.
	6. Sinto-me perdido.
	7. Sou exigente comigo mesmo.
	8. Esforço-me muito para agradar às outras pessoas, para evitar conflitos, confrontos ou ser rejeitado.
	9. Não consigo perdoar a mim próprio.
	10. Faço coisas para me tornar o centro das atenções.
	11. Irrito-me quando as pessoas não fazem o que lhes peço.
	12. Tenho dificuldades em controlar os meus impulsos.
	13. Se não consigo atingir um objectivo, facilmente me sinto frustrado e desisto.
	14. Tenho explosões de raiva.
	15. Ajo impulsivamente ou exprimo emoções que me trazem problemas ou magoam as outras pessoas.

FREQUÊNCIA

1= Nunca ou quase nunca

2= Raramente

3= Ocasionalmente (às vezes)

4= Frequentemente

5= A maior parte das vezes

6= Sempre

<u>Frequência</u>	<u>Geralmente...</u>
	16. A culpa é minha se alguma coisa corre mal.
	17. Sinto-me descontraído e de bem com a vida.
	18. Mudo em função das pessoas com quem estou, para que gostem de mim ou me aproveem.
	19. Sinto-me emocionalmente próximo das outras pessoas.
	20. Quando há problemas, esforço-me por ser eu a resolve-los.
	21. Não me disciplino para levar a cabo tarefas rotineiras ou aborrecidas.
	22. Se não lutar, aproveitam-se de mim ou ignoram-me.
	23. Tenho de tomar conta das pessoas que me são próximas.
	24. Sinto-me um falhado se deixar que as outras pessoas me gozem ou maltratem.
	25. Ataco fisicamente as pessoas quando me zango com elas.
	26. Quando me começo a sentir zangado, perco muitas vezes o controlo e “perco as estribeiras”
	27. É importante para mim ser o melhor (ex. o mais popular, o mais bem sucedido, o mais rico, o mais poderoso).
	28. Nada me interessa, sou indiferente a maioria das coisas.
	29. Consigo resolver os problemas racionalmente sem deixar que as minhas emoções me dominem.
	30. É ridículo estar a planear.
	31. Não me conformo em ficar em segundo lugar, tenho sempre de ser o melhor.
	32. O ataque é a melhor defesa.
	33. Sinto que sou frio e insensível em relação as outras pessoas.
	34. Sinto-me desligado de tudo (de mim próprio, das minhas emoções, dos outros...).
	35. Deixo-me dominar totalmente pelas minhas emoções.
	36. Sinto-me desesperado.
	37. Deixo que as outras pessoas me critiquem ou me rebaixem.
	38. Nas relações, deixo que seja a outra pessoa a assumir o controlo.
	39. Sinto-me distante e separado das outras pessoas.
	40. Confronto de forma impulsiva ou exprimo emoções que me causam problemas ou magoam as outras pessoas.
	41. Trabalho ou pratico desporto intensivamente para não ter que pensar em coisas que me perturbam.

FREQUÊNCIA

1= Nunca ou quase nunca

2= Raramente

3= Ocasionalmente (às vezes)

4= Frequentemente

5= A maior parte das vezes

6= Sempre

<u>Frequência</u>	<u>Geralmente...</u>
	42. Zango-me porque as pessoas tentam tirar-me a liberdade ou a independência.
	43. Não sinto nada.
	44. Faço o que quero, independentemente das necessidades e sentimentos dos outros.
	45. Não me permito descansar nem divertir-me enquanto não acabar tudo o que tenho para fazer.
	46. Atiro com coisas quando estou zangado.
	47. Tenho raiva das outras pessoas.
	48. Sinto que me dou bem com as outras pessoas.
	49. Tenho muita raiva guardada dentro de mim que preciso de deixar sair.
	50. Sinto-me só.
	51. Tento fazer o meu melhor em tudo.
	52. Gosto de fazer algo excitante ou calmo para evitar os meus sentimentos (ex. trabalhar, jogar, comer, fazer compras, actividade sexual, ver televisão).
	53. A igualdade não existe, por isso é melhor ser superior aos outros.
	54. Quando estou zangado, perco muitas vezes o controlo e ameaço as outras pessoas.
	55. Em vez de exprimir as minhas necessidades e desejos, deixo que as outras pessoas façam as coisas a maneira delas.
	56. Se alguém não está comigo, está contra mim.
	57. Certifico-me que estou sempre ocupado para não ser incomodado com pensamentos ou sentimentos desagradáveis.
	58. Sou uma má pessoa se me zangar com alguém.
	59. Não me quero envolver/relacionar com as outras pessoas.
	60. Tenho-me sentido tão zangado que já feri ou matei alguém.
	61. Sinto que tenho bastante estabilidade e segurança na minha vida.
	62. Sei quando posso exprimir as minhas emoções e quando não o fazer.
	63. Estou zangado com alguém porque me deixou sozinho ou me abandonou.
	64. Não me sinto próximo das outras pessoas.
	65. Não me consigo obrigar a fazer coisas que considero desagradáveis, mesmo saiba que é para o meu bem.
	66. Quebro as regras e mais tarde arrependo-me.
	67. Sinto-me humilhado.
	68. Confio na maioria das outras pessoas.
	69. Actuo primeiro e penso depois.

FREQUÊNCIA

1= Nunca ou quase nunca

2= Raramente

3= Ocasionalmente (às vezes)

4= Frequentemente

5= A maior parte das vezes

6= Sempre

<u>Frequência</u>	<u>Geralmente...</u>
	70. Facilmente me aborreço e perco o interesse nas coisas.
	71. Sinto-me só, mesmo quando tenho pessoas a minha volta.
	72. Porque sou mau, não me permito a fazer as coisas agradáveis a que as outras pessoas se permitem
	73. Sou afirmativo em relação as coisas que preciso sem passar os meu limites.
	74. Sinto que sou especial e melhor que a maior parte das outras pessoas.
	75. Não me importo com nada; nada tem importância para mim.
	76. Irrito-me quando alguém me diz como me deveria sentir ou comportar.
	77. Se não dominarmos os outros, acabarão eles por dominar-nos.
	78. Digo o que sinto, ou faço coisas impulsivamente, sem pensar nas consequências.
	79. Apetece-me tratar mal as pessoas por causa da maneira como elas me trataram.
	80. Sou capaz de tomar conta de mim próprio.
	81. Sou bastante crítico em relação aos outros.
	82. Estou constantemente sob pressão para alcançar objectivos e ter as coisas feitas a tempo.
	83. Tento não cometer erros, caso contrário, deito-me abaixo.
	84. Mereço ser castigado.
	85. Sou capaz de aprender, crescer, e mudar.
	86. Quero distrair-me de pensamentos e sentimentos perturbadores.
	87. Tenho raiva de mim mesmo.
	88. Sinto-me vazio.
	89. Tenho que ser o melhor em tudo que faço.
	90. Para cumprir com os meus níveis de exigência, sacrifico a saúde, o prazer ou a felicidade.
	91. Sou exigente com as outras pessoas.
	92. Se fico zangado, posso ficar fora de controlo e magoar as outras pessoas.
	93. Sou invulnerável, nada me atinge.
	94. Sou uma má pessoa.
	95. Sinto-me seguro.
	96. Sinto que as pessoas me ouvem, me compreendem e me dão importância.
	97. Não sou capaz de controlar os meus impulsos.
	98. Quando estou zangado, destruo-o coisas.

FREQUÊNCIA

1= Nunca ou quase nunca

2= Raramente

3= Ocasionalmente (às vezes)

4= Frequentemente

5= A maior parte das vezes

6= Sempre

<u>Frequencia</u>	<u>Geralmente...</u>
	99. Se dominarmos os outros, nada nos pode acontecer.
	100. Mesmo quando as coisas não me agradam não faço para que mudem.
	101. Não consigo controlar a minha raiva.
	102. Maltrato e gozo as outras pessoas.
	103. Apetece-me magoar ou atacar uma pessoa, por causa do que ela me fez.
	104. Sei que há maneiras 'certas' e 'erradas' de fazer as coisas; Esforço-me por fazer as coisas da forma correcta, caso contrário começo a criticar-me.
	105. Sinto-me muitas vezes sozinho no mundo.
	106. Sinto-me fraco e desamparado.
	107. Sou preguiçoso.
	108. Tolero tudo às pessoas que são importantes para mim.
	109. Tenho sido enganado ou tratado de forma injusta.
	110. Quando tenho muita vontade de fazer uma coisa, pura e simplesmente faço-a.
	111. Sinto-me posto de lado ou excluído.
	112. Menosprezo os outros.
	113. Sinto-me optimista.
	114. Sinto que não tenho que seguir as mesmas regras que os outros.
	115. Neste momento a minha vida gira em torno de fazer as coisas e fazê-las bem.
	116. Sou exigente comigo próprio de modo a ser mais responsável que a maioria das pessoas.
	117. Não consigo defender-me quando sinto que fui criticado de forma injusta, prejudicado, ou que se aproveitaram de mim.
	118. Quando algo de mau me acontece não mereço a simpatia dos outros.
	119. Sinto que ninguém me ama de facto.
	120. Sinto que sou uma boa pessoa.
	121. Quando é necessário, faço tarefas rotineiras e aborrecidas, para alcançar coisas a que dou valor.
	122. Sinto-me bem disposto e à vontade; Sou divertido.
	123. Posso ficar tão zangado, que me sinta capaz de matar alguém.
	124. Tenho uma boa noção de quem sou e daquilo que preciso para me fazer feliz.

Anexo G

Inventário de Problemas Interpessoais (IPI-32)

Inventário de Problemas Interpessoais (IIP – 32)

Barkham, Hardy, and Startup (1996)

(Traduzido e adaptado por Faustino, B e Vasco. A. B, 2019)

As pessoas por vezes referem problemas nos relacionamentos com os outros. Por favor, leia a seguinte lista de frases e considere se alguma delas representa um problema entre si ou a alguma pessoa significativa na sua vida. De seguida, escolha o número que descreve a forma como esse problema tem sido perturbador para si e faça um círculo à volta desse número.

PARTE 1: A lista que se segue diz respeito aos aspetos que considera difíceis fazer com as outras pessoas.						
	É difícil para mim:	De forma alguma	Um Pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1	Juntar-me em grupo.	0	1	2	3	4
2	Ser assertivo/a com as outras pessoas.	0	1	2	3	4
3	Fazer amigos.	0	1	2	3	4
4	Discordar de outras pessoas.	0	1	2	3	4
5	Comprometer-me a longo prazo com outra pessoa.	0	1	2	3	4
6	Ser agressivo/a com uma pessoa quando a situação o exige.	0	1	2	3	4
7	Socializar com as outras pessoas.	0	1	2	3	4
8	Mostrar afeto pelos outros.	0	1	2	3	4
9	Sentir-me confortável ao pé de outras pessoas.	0	1	2	3	4
10	Contar assuntos pessoais às outras pessoas.	0	1	2	3	4
11	Ser firme quando preciso de o ser.	0	1	2	3	4
12	Experienciar um sentimento de amor por outra pessoa.	0	1	2	3	4
13	Ser apoiante relativamente aos objetivos de vida de outra pessoa. (i)	0	1	2	3	4
14	Preocupar-me realmente com os problemas dos outros.	0	1	2	3	4
15	Pôr as necessidades dos outros à frente das minhas.	0	1	2	3	4
16	Receber instruções de pessoas que têm autoridade sobre mim.	0	1	2	3	4
17	Abrir-me e falar dos meus sentimentos às outras pessoas. (i)	0	1	2	3	4
18	Preocupar-me com o meu bem-estar quando outra pessoa está necessitada.	0	1	2	3	4

19	Estar envolvido com outra pessoa sem me sentir preso.	0	1	2	3	4
----	---	---	---	---	---	---

PARTE 2: Segue-se os aspetos que faz em demasia.

	Faço demasiado...	De forma alguma	Um Pouco	Moderad amente	Bast ante	Extrem amente
20	Discuto demasiado com os outros.	0	1	2	3	4
21	Fico irritado ou zangado muito facilmente.	0	1	2	3	4
22	Quero que as pessoas me admirem demasiado.	0	1	2	3	4
23	Sou demasiado dependente dos outros.	0	1	2	3	4
24	Abro-me demais com as outras pessoas.	0	1	2	3	4
25	Frequentemente ponho as necessidades das outras pessoas à frente das minhas.	0	1	2	3	4
26	Sou demasiado generoso/a com as outras pessoas.	0	1	2	3	4
27	Preocupo-me demasiado com as reações dos outros.	0	1	2	3	4
28	Explodo com muita facilidade.	0	1	2	3	4
29	Conto frequentemente a minha vida pessoal às outras pessoas.	0	1	2	3	4
30	Discuto demasiado com as outras pessoas.	0	1	2	3	4
31	Sou demasiado ciumento e invejoso.	0	1	2	3	4
32	Sou demasiado afetado/a pelo sofrimento das outras pessoas.	0	1	2	3	4

Protegido por direitos de autor

Anexo H

Caracterização das subescalas do IPI-32

Subescala	Domínio/Dimensão	Caracterização
Não Assertivo		Dificuldade em expressar as suas necessidades aos outros.
Frio/Distante		Sentir pouco carinho e ligação com as outras pessoas.
Excessivamente acomodado	Afiliação	Ser ingénuo e facilmente explorado/manipulável por outras pessoas.
Socialmente inibido		Socialmente evitante e ansioso, tendo dificuldade e aproximar-se dos outros.
Autossacrifício		Excessivamente altruísta, generoso, confiante, atencioso e permissivo ao lidar com os outros.
Vingativo/Egocêntrico		Ser frequentemente egocêntrico ou hostil no relacionamento com os outros.
Intrusivo/Carente	Dominância	Imposição das suas necessidades e dificuldade em respeitar os limites das outras pessoas.
Autoritário/Controlador		Ser demasiado controlador ou manipulativo nas interações interpessoais.

Nota. Adaptação (Lo Coco et al., 2018; Sousa, 2013).

Anexo I

Testes de Normalidade

Variáveis	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Dominância	.10	112	.007*	.97	112	.012*
Afiliação	.12	112	.001*	.95	112	.000*
Modos Criança	.11	112	.001*	.96	112	.001*
Modos Pais	.09	112	.034*	.96	112	.002*
Disfuncionais	.09	112	.034*	.96	112	.002*
ISP	.15	112	.000*	.90	112	.000*
ERSN-43	.06	112	.200	.98	112	.079
Bem-estar psicológico	.08	112	.057	.98	112	.069
<i>Distress</i> psicológico	.12	112	.001*	.95	112	.000*

* $p < .05$.

Anexo J*Consistência interna da ERSN-43 e das suas subescalas em estudo*

Variáveis	α ($n = 112$)	α (Almeida, 2016) ^a
Proximidade	.78	-
Diferenciação	.67	-
Controlo	.77	-
Cooperação	.72	-
ERSN-43	.96	.95

^a amostra não-clínica

Anexo K

Consistência interna das subescalas do IPI-32

Variáveis	α ($n = 112$)	α (Faustino & Vasco, 2020d)
Socialmente inibido	.84	.89
Não assertivo	.75	.63
Autoritário/Controlador	.88	.88
Intrusivo/Carente	.73	.74
Autossacrifício	.74	.83
Excessivamente acomodado	.75	.74
Frio/Distante	.70	.77
Vingativo/Egocêntrico	.73	.69

Anexo L

Consistência interna das subescalas do IME

Variáveis	α ($n = 112$)	α (Pereira, 2009) ^a
Modo Criança Vulnerável	.92	.88
Modo Criança Irritada	.82	.76
Modo Criança Enfurecida	.81	.80
Modo Criança Impulsiva	.79	.74
Modo Criança Indisciplinada	.68	.59
Modo Pai Punitivo	.85	.74
Modo Pai Exigente	.82	.72

^a amostra da população geral

Anexo M

Médias aproximadas, desvios padrão e amplitude das subescalas que constituem

Dominância, Afiliação, Modos Crianças, Modos Pais Disfuncionais na amostra (n = 112)

Variáveis	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Socialmente Inibido ^a	1.97	.85	1.00	4.25
Não Assertivo ^a	2.53	.85	1.00	4.50
Excessivamente Acomodado ^a	1.65	.71	1.00	4.25
Frio/Distante ^a	1.78	.75	1.00	3.75
Autoritário/Controlador ^b	1.83	.85	1.00	5.00
Intrusivo/Carente ^b	2.62	.82	1.00	4.75
Autossacrifício ^b	1.65	.71	1.00	5.00
Vingativo/Egocêntrico ^b	2.03	.73	1.00	4.50
Modo Criança Vulnerável ^c	1.98	.87	1.00	4.20
Modo Criança Irritada ^c	2.00	.66	1.00	3.80
Modo Criança Enfurecida ^c	1.39	.46	1.00	3.30
Modo Criança Impulsiva ^c	2.26	.66	1.11	4.33
Modo Criança Indisciplinada ^c	2.63	.77	1.00	4.67
Modo Pai Punitivo ^d	1.73	.61	1.00	3.90
Modo Pai Exigente ^d	3.56	.83	1.80	5.80
Proximidade ^e	6.29	1.39	2.67	8.00
Diferenciação ^e	4.95	1.44	1.67	8.00
Controlo ^e	6.22	1.38	1.67	8.00
Cooperação ^e	6.39	1.04	3.00	8.00

^a Subescala de Afiliação; ^b Subescala de Dominância; ^c Subescala dos Modos Crianças; ^d

Subescala dos Modos Pais Disfuncionais; ^e Subescala da ERSN-43.