

Estefanea Élide da Silva Gusmão¹
Lia Wagner Plutarco²
Darlene Pinho Fernandes de Moura³
Clara Lima Silva⁴
Glysa de Oliveira Meneses⁵

Esquemas desadaptativos, ansiedade e depressão: proposta de um modelo explicativo

Maladaptive schemas, anxiety and depression: an explanatory model

RESUMO

O presente estudo objetiva propor um modelo explicativo para Ansiedade e Depressão, tendo por base a Terapia do Esquema de Jeffrey Young. Em outras palavras, almeja identificar quais esquemas desadaptativos contribuem para explicação da condição de apresentar sintomatologia ansiosa ou depressiva. Para tanto, contou-se com uma amostra de 406 pessoas e fez-se uso da Escala de Ansiedade, Depressão e Stress e da Versão Brasileira do Questionário de Esquemas de Young. Inicialmente, por meio de uma correlação r de Pearson foi possível selecionar quais esquemas desadaptativos mantinham uma relação de maior força com a ansiedade e a depressão e, a partir disso, os dados foram analisados através de uma análise de regressão logística binária. Nessa última, foram inseridos como preditores os esquemas que tinham maior correlação com os construtos de interesse. Os resultados indicaram que o esquema desadaptativo de Fracasso apresenta maior probabilidade de predizer o pertencimento ao grupo de maior pontuação em ansiedade, ao passo que, para a depressão, além do esquema Fracasso, o esquema Abandono também foi significativo. Tais resultados são condizentes com a literatura e representam um avanço, na medida em que podem fornecer subsídios para uma intervenção eficaz em contexto clínico e na elaboração de políticas públicas.

Palavras-chave: Terapia Cognitiva; Ansiedade; Depressão.

ABSTRACT

The present study aims to propose an explanatory model for depression and anxiety based on Jeffrey Young's Schema Therapy. In other words, its objective is to identify which maladaptive schema contributes to explain the condition of having anxious symptoms or depressive symptoms. To reach this goal, 406 people from general population answered the Anxiety, Depression and Stress Scale and the Brazilian version of Young's Schema Questionnaire. Initially, through a Pearson's correlation was possible to select which of the maladaptive schema maintained a stronger relation with anxiety and depression and, from this, data were analyzed through a binary logistic regression. In this regression, schemas of higher correlation with the constructs of interest - anxiety and depression, were selected as predictors. The results shown that the maladaptive schema of Failure presents a higher probability of predicting whom belonged to the group with higher punctuation in anxiety; while, regarding depression, besides Failure the schema of Abandonment was also significant. These results are consistent with the literature and represent an advance, according to the fact that it can provide aids to a effective intervention in clinical context and in creating public politics that aims to decrease the current high rates of anxiety and depression.

Keywords: Cognitive Therapy; Anxiety; Depression.

¹ Doutora em Psicologia - (Professora do Curso de Psicologia da Universidade Federal do Ceará - Fortaleza) - Fortaleza - CE - Brasil.

² Bacharelado em Psicologia - (Mestranda em Psicologia na UFC).

³ Mestra em Psicologia - (Professora do Curso de Psicologia da UFC- Sobral e doutoranda em Psicologia na UFC).

⁴ Graduanda em Psicologia - (Graduanda em Psicologia).

⁵ Mestra em Psicologia - (Professora substituta do curso de Psicologia da UECE e doutoranda em Psicologia na UFC).

Correspondência:

Estefanea Élide da Silva Gusmão.
Instituição: Universidade Federal do Ceará.
Avenida da Universidade, 2762.
Fortaleza - CE.
CEP: 60020-181.
E-mail: estefanea@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 20 de Outubro de 2017. cod. 537.

Artigo aceito em 05 de Março de 2018.

DOI: 10.5935/1808-5687.20170006

INTRODUÇÃO

A Ansiedade e a Depressão são consideradas transtornos mentais comuns (*American Psychiatric Association [APA]*, 2014; Steel et al., 2014). Estima-se que, atualmente, 4,4% da população global sofre com depressão e 3,6% apresenta transtornos de ansiedade (*World Health Organization [WHO]*, 2017). No Brasil, os dados epidemiológicos apontam que a depressão atinge 11,5 milhões de pessoas (5,8% da população), enquanto distúrbios relacionados à ansiedade afetam mais de 18,6 milhões dos brasileiros (9,3% da população - WHO, 2017).

Estudos têm indicado que a Ansiedade e a Depressão resultam da interação de diferentes fatores sociais, psicológicos e biológicos e podem trazer severos prejuízos, individuais, sociais e econômicos (WHO, 2017). A depender do nível de gravidade, por exemplo, pode acarretar absenteísmo (Santana, Sarquis, Brey, Miranda, & Felli, 2016), estresse (Fonseca, de Sá, Martins, & Queirós, 2016; Mascella, Vieira, Beda, & Lipp, 2014), baixa autoestima (Mota, Costa, & Almeida, 2014), suicídio (Alves, 2014; Santini, Koyanagi, Tyrovolas, & Haro, 2015), abuso de drogas (Lucchese et al., 2017), deterioração da qualidade de vida (Lantyer, Varanda, Souza, Padovani, & Viana, 2016; Pimenta et al., 2015) e elevados custos financeiros no tratamento (Razzouk, 2016).

Na literatura, é possível encontrar diferentes transtornos depressivos e ansiosos (APA, 2014; Organização Mundial da Saúde, 2008). No geral, indivíduos depressivos caracterizam-se pela presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo (APA, 2014). Já os indivíduos ansiosos, comumente apresentam reações de antecipação de uma ameaça futura, caracterizadas por medo ou receio relacionados a uma superestimação do perigo nas situações que temem ou evitam (APA, 2014). Diversos tratamentos têm sido propostos, como é o caso da intervenção medicamentosa e da psicoterapia individual e/ou em grupo (Barlow, 2016).

Dentro desse contexto, a Terapia Cognitivo-Comportamental tem se configurado como uma abordagem eficaz (Almeida, Martins, & Alarcon, 2015; Clark & Beck, 2010; Moreno & Carvalho, 2014). Sobre isso, Aaron Beck (1964), em seu modelo de terapia cognitiva estruturado para o tratamento da depressão, aponta que as pessoas deprimidas apresentam distorções no processamento das informações, e que tais distorções resultam em uma visão negativa persistente de si mesmo, do futuro e do mundo (Beck & Alford, 2016). Nessa perspectiva teórica, a análise dos transtornos ansiosos seguiria a mesma lógica, de modo que uma avaliação de perigo iminente é fruto de uma interpretação distorcida da realidade, dada a existência de crenças disfuncionais que sinalizariam, por exemplo, a um possível sinal de lesão física ou psicológica (Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Wilhelm, Andretta, & Ungaretti, 2015).

Embora a Teoria Cognitivo-Comportamental tradicional tenha trazido importantes contribuições, estudos recentes têm apontado que em pacientes crônicos, os efeitos em longo prazo dessa abordagem não têm sido frutíferos (Young, 2003; Young, Klosko, & Weishaar, 2008; Wainer et al., 2016). Nesse cenário, a Terapia do Esquema têm se apresentado como uma alternativa eficaz (Malogiannis et al., 2014; Renner, Arntz, Leeuw, & Huibers, 2013). Esse modelo de terapia se configura como uma ampliação da Teoria Cognitiva de Aaron Beck e pressupõe que desde o nascimento os seres humanos possuem necessidades emocionais (ex. vínculos seguros, base estável, previsibilidade, dentre outros) que são primordiais para o desenvolvimento e estabelecimento de esquemas adaptativos (Young, 2003; Young et al., 2008). Por outro lado, a junção de aspectos do temperamento e de necessidades emocionais não satisfeitas pode levar a construção de esquemas desadaptativos iniciais/precoces (Young, 2003).

Os esquemas desadaptativos começam a se desenvolver na infância ou adolescência e se prologam ao longo da vida (Young et al., 2008). Geralmente, encontram-se fora da consciência e são constituídos por padrões cognitivos, emocionais, interpessoais e comportamentais autodestrutivos, resistentes à mudança e que causam sofrimento significativo ao indivíduo (Falcone, 2011; Young et al., 2008).

Young (2003) apresenta 18 esquemas, que são organizados em 5 domínios, a saber: 1) *Desconexão e Rejeição* (Abandono/ Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defectividade/Vergonha e Isolamento Social/Alienação): característico de indivíduos que possuem incapacidade de formar vínculos seguros de maneira satisfatória com outras pessoas; 2) *Autonomia e Desempenho prejudicados* (Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade a Danos e Doenças, Emaranhamento, Self Subdesenvolvido e Fracasso): presente em indivíduos que apresentam expectativas sobre si e sobre o mundo que interferem em suas habilidades para se separar, sobreviver e funcionar de forma independente; 3) *Limites Prejudicados* (Merecimento/Grandiosidade e Autocontrole/Autodisciplina Insuficientes): abrange indivíduos que apresentam falta de limites no cumprimento de regras, dificuldade em ter autodisciplina e que desrespeitam os direitos alheios; 4) *Orientação para o outro* (Subjugação, Auto sacrifício e Busca de Aprovação/ Reconhecimento): contempla indivíduos que tendem a manter uma postura que visa atender a todas as necessidades dos outros em detrimento das suas e o fazem no intuito de receber aprovação e evitar retaliações; e 5) *Supervigilância e Inibição* (Negativismo/Pessimismo, Inibição Emocional, Padrões Inflexíveis/ Crítica Exagerada e Postura Punitiva): agrega indivíduos que reprimem seus sentimentos e impulsos com a finalidade de cumprir regras rígidas internalizadas, em prejuízo de sua própria felicidade, auto-expressão e relacionamentos íntimos (Falcone, 2011; Young, 2003).

No que se refere à forma de lidar com esses esquemas, a teoria aponta que a ativação de um esquema é algo

ameaçador e, nessas situações, o indivíduo poderá utilizar estilos de enfrentamento desadaptativos que contribuem para perpetuar o esquema em questão, como é caso da resignação, evitação e hipercompensação (Falcone, 2011; Young, 2003). Desse modo, o objetivo da Terapia do Esquema tem sido, por meio do estabelecimento de uma aliança terapêutica segura e de intervenções cognitivas, comportamentais, experienciais e interpessoais, aumentar o controle consciente do paciente sobre os seus esquemas, visando modificá-los, assim como os estilos de enfrentamento desadaptativos (Falcone, 2011).

A Terapia do Esquema tem se mostrado relevante para a compreensão de uma série de transtornos psicológicos. Dentre eles, a literatura aponta para Transtornos de Personalidade (Bamelis, Evers, Spinhoven, & Arntz, 2014; Young, 2003), do amor patológico (Boscardin & Kristensen, 2011), da violência conjugal (Paim & Falcke, 2016), do estresse pós-traumático (Susin, Carvalho, & Kristensen, 2014), do consumo de álcool (da Silva, Cazassa, Oliveira, & Gauer, 2012), do suicídio (Della Méa, Zancanella, Ferreira, & Wagner, 2015), da ansiedade (Baljé et al., 2016; Hawke & Provencher, 2011; Wells, 2013) e da depressão (Carter et al., 2013; Cláudio, 2009; Malogiannis et al., 2014).

Avaliando especificamente a depressão, um estudo holandês encontrou que pessoas deprimidas são caracterizadas por esquemas desadaptativos específicos (fracasso, privação emocional e abandono / instabilidade) e que esses esquemas permanecem relativamente estáveis após tratamento ambulatorial para depressão (Renner, Lobbestael, Peeters, Arntz, & Huibers, 2012). Em relação à ansiedade, um estudo com estudantes iranianos observou diferenças significativas nos esquemas desadaptativos em estudantes com baixos e altos níveis de ansiedade, em geral, estes últimos apresentaram maiores pontuações em todos os esquemas desadaptativos precoces (Isanejad, Heidary, Rudbari, & Liaghatdar, 2012). Em outra pesquisa (Sardarzadeh, Beygi, & Ebrahimi, 2014), feita no mesmo país, observou-se que o domínio “desconexão-rejeição” foi o que apresentou maior média quando considerados diferentes transtornos de ansiedade, em especial, em pacientes com transtorno do pânico. Nesse mesmo estudo, o domínio “direcionamento para o outro” também se apresentou mais prejudicado em pacientes com transtorno de pânico, enquanto o domínio “vigilância” se apresentou mais comprometido na fobia social e estresse pós-traumático.

Para além da concepção de transtorno mental, estudos têm encontrado, em amostras não-clínicas, uma alta prevalência de sintomas de ansiedade e de depressão (Claudino & Cordeiro, 2016; Gameiro et al., 2008). Sobre isso, algumas definições têm apresentado a ansiedade e a depressão como uma condição universalmente vivenciada por todas as pessoas em algum período de suas vidas (Spielberger, 1972; Stahl, 1998), a qual, a depender da intensidade ou frequência, podem trazer consequências negativas para a qualidade de vida e podem evoluir para uma condição patológica, sendo, portanto, primordial o

conhecimento acerca dos padrões cognitivos relacionados com a finalidade de se adotar estratégias de prevenção eficazes (Cazassa & Oliveira, 2008; Seixas, 2014).

Nessa direção, apesar do caráter promissor da Terapia do Esquema no tratamento da ansiedade e depressão, estudos empíricos acerca do tema ainda são necessários em diferentes contextos (Cazassa & Oliveira, 2008). No Brasil, embora já seja possível encontrar artigos que estudam ansiedade, depressão e esquemas desadaptativos (Cláudio, 2009; da Silva et al., 2012; Paim & Falcke, 2016), ainda há uma carência de estudos, com análises mais robustas, que indiquem os esquemas que melhor explicam a condição de apresentar sintomatologia ansiosa ou de sintomatologia depressiva. Diante disso, dada a pertinência do tema, esse estudo tem o objetivo de propor um modelo explicativo para ansiedade e depressão baseado na Terapia do Esquema, em uma amostra da população geral. Especificamente, pretende-se verificar as relações entre os esquemas desadaptativos na Ansiedade e na Depressão, bem como avaliar o poder preditivo dos esquemas desadaptativos em cada um dos grupos.

MÉTODO

AMOSTRA

Contou-se com a participação de 406 pessoas da população geral da cidade de Fortaleza – CE para compor a amostra não probabilística do presente estudo. Desses, a maioria é do sexo feminino (59,9%), estudante (42,4%), com escolaridade “ensino superior incompleto” (43,6%), solteira (69%), católica (50,5%) e com idades variando entre 18 e 76 ($M = 30,85$; $DP = 13,17$). Ainda, declarou não possuir nenhum filho (54,9%), ter renda familiar abaixo de dois salários mínimos (44,6%), não fazer uso de medicação no momento da pesquisa (76,8%), não possuir diagnóstico médico ou psicológico prévio (10,6%). Quanto à percepção acerca de alguns aspectos pessoais, a maioria afirmou ter boa saúde (53,9%), classifica seus hábitos alimentares como regulares (44,6%), afirmam ter uma boa qualidade de vida (58,6%), ter bons relacionamentos com os amigos (53,2%) e familiares (47,3%) e, por fim, consideram seu sono como bom ou regular (61,9%).

INSTRUMENTOS

Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS): É uma adaptação da Depression Anxiety Stress Scales (DASS), composta por 42 itens em sua versão original, desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995). A EADS organiza-se em três subescalas, a saber: Depressão, Ansiedade e Stress; cada subescala é composta por sete itens, totalizando 21 itens (Daza, Novy, Stanley, & Averill, 2002; Covic et al., 2012), que devem ser respondidos por meio de uma escala de resposta *likert* de 4 pontos, variando de 0=“não se aplicou nada a mim” à 3=“aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Segundo Lovibond e

Lovibond (1995), as escalas foram desenvolvidas de modo que os fatores começaram por ser definidos em termos de consenso clínico e posteriormente foram refinadas, de forma empírica, nomeadamente com recurso de técnicas da análise fatorial. Para o presente estudo, fez-se uso somente das subescalas de ansiedade e depressão (*Alpha* de Cronbach na presente amostra = 0,79 e 0,89, respectivamente). Na perspectiva de Lovibond e Lovibond (1995), a ansiedade inclui itens relativos a ansiedade situacional, experiências subjetivas de ansiedade, excitação do sistema autônomo e dos músculos esqueléticos; a depressão inclui itens relacionados com desânimo, disforia, desvalorização da vida, autodepreciação, falta de interesse ou envolvimento, anedonia e inércia.

Versão Brasileira do Questionário de Esquemas de Young (forma breve): O instrumento objetiva avaliar os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EIDs), considerados por essa teoria como centrais na cognição humana (Young, 2003). Para tanto, faz-se uso de 75 afirmativas, que devem ser respondidas em uma escala tipo *likert* de 6 pontos, variando de “1 = Não me descreve de modo algum” a “6 = Me descreve perfeitamente.” A versão brasileira desta escala apresentou 17 fatores: Fracasso, Inibição emocional, Privação emocional, Autossacrifício, Abandono, Emaranhamento, Autocontrole e autodisciplina insuficientes, Vulnerabilidade a dores e doenças, Defectividade/vergonha, Dependência/incompetência, Padrões inflexíveis, Subjugação, Desconfiança/abuso, Isolamento social, Merecimento, Autocrítica insuficiente e Desconexão (Cazassa, 2007). Na presente amostra, para os 75 itens, o valor do *Alpha* de Cronbach foi 0,97; todos os demais apresentaram satisfatórios níveis de consistência interna, variando de 0,73 a 0,92, à exceção dos fatores Merecimento e Desconexão que obtiveram *Alpha* de 0,69 e 0,63, respectivamente.

PROCEDIMENTO

A coleta foi realizada por meio de questionário impresso, aplicado por voluntários treinados, em espaços públicos da cidade, a exemplo de praças públicas. O tempo de resposta da pesquisa em íntegra foi em torno de trinta minutos. Vale ressaltar que todos os participantes foram esclarecidos sobre o procedimento da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Atendendo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, aponta-se que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição de origem dos autores da pesquisa, sob o número CAAE 721139175.0000.5054.

ANÁLISE DE DADOS

O SPSS (versão 21) foi utilizado de modo a registrar os dados e realizar análises estatísticas. Além das análises descritivas das variáveis socio demográficas (frequências, medidas de tendência central e dispersão), também foram realizadas análises de correlação (*r* de Pearson) para avaliar quais esquemas desadaptativos mantinham relação com a

ansiedade e a depressão. E, por fim, para avaliar quais esquemas conseguiram prever de forma significativa a condição de apresentar *sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva*, foi realizada uma análise de Regressão Logística Binária.

RESULTADOS

Inicialmente, foram realizadas análises de correlações *r* de Pearson com a finalidade de observar quais esquemas desadaptativos mantinham relação com os construtos de interesse – ansiedade e depressão (Tabela 1). Os resultados demonstraram que a grande maioria dos esquemas desadaptativos mantém correlações moderadas a fortes com os construtos, hipotetiza-se que esse resultado se justifique pela forte correlação existente entre os próprios esquemas desadaptativos. Para a ansiedade, observou-se correlações moderadas e positivas com os seguintes esquemas: *Fracasso e Vulnerabilidade a dores e doenças*; já os esquemas *Autocontrole e disciplina insuficientes, Privação Emocional, Isolamento Social, Dependência/Incompetência, Defectividade/Vergonha, Desconexão, Merecimento, Inibição Emocional, Emaranhamento, Desconfiança/Abuso, Abandono, Subjugação, Autocrítica Insuficiente e Padrões Inflexíveis* obtiveram correlação fraca com a ansiedade, ainda que significativa.

Quanto à depressão, os esquemas *Fracasso, Privação Emocional, Abandono, Autocontrole e disciplina insuficientes, Vulnerabilidade a dores e doenças, Dependência/Incompetência, Defectividade/Vergonha, Subjugação, Isolamento Social, Merecimento e Desconexão* apresentaram correlação positiva e moderada com a depressão. Enquanto que a *Inibição Emocional, o Autosacrifício, o Emaranhamento, a Desconfiança/Abuso, a Autocrítica Insuficiente e os Padrões Inflexíveis* somente obtiveram correlações fracas.

Com base nas correlações observadas, optou-se por considerar como preditores das condições *sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva* somente os esquemas que obtiveram correlações moderadas na análise anterior. Ainda, para definir as condições, fez-se uso do critério da mediana (Pasquali, 2003), de forma que o escore total das escalas de ansiedade e depressão foi calculado por meio da média e, em seguida, dividiu-se a amostra em dois grupos: a) aqueles que apresentaram maiores escores nas variáveis de interesse – em outras palavras, se encontravam acima da mediana – e, portanto, caracterizavam o grupo amostral de ansiosos/depressivos; e b) aqueles que apresentavam menores escores e/ou aqueles que se encontravam abaixo da mediana da amostra.

Visto que o instrumento utilizado para mensurar ansiedade e depressão não tem fins diagnósticos, e que, portanto, não foi possível ter acesso ao mesmo, o procedimento descrito não teve o objetivo de identificar pessoas com transtorno de ansiedade ou depressão, mas sim de selecionar os participantes que apresentavam maiores pontuações na escala. Tal procedimento teve por objetivo forçar uma condição de ansiedade

Tabela 1. Correlação entre os esquemas desadaptativos, a ansiedade e a depressão (n = 403)

Esquemas/Construtos	M	DP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Depressão	0,82	0,73																		
Ansiedade	0,64	0,60	0,68*																	
Fracasso	1,97	1,14	0,64*	0,48*																
Inibição Emocional	2,45	1,38	0,36*	0,19*	0,37*															
Privação Emocional	2,13	1,14	0,48*	0,29*	0,57*	0,50*														
Autosacrifício	3,31	1,12	0,16*	0,12*	0,13*	0,23*	0,17*													
Abandono	2,44	1,27	0,50*	0,38*	0,50*	0,27*	0,49*	0,25*												
Emaranhamento	1,87	1,01	0,33*	0,23*	0,40*	0,32*	0,31*	0,21*	0,41*											
Autocontrole e Disciplina insuficientes	2,58	1,27	0,52*	0,35*	0,59*	0,37*	0,42*	0,17*	0,43*	0,29*										
Vulnerabilidade a Dores e Doenças	2,24	1,16	0,44*	0,42*	0,42*	0,34*	0,32*	0,25*	0,43*	0,45*	0,40*									
Defectividade/Vergonha	1,62	1,07	0,48*	0,39*	0,70*	0,38*	0,61*	0,13*	0,53*	0,37*	0,41*	0,36*								
Dependência/Incom- petência	2,05	1,06	0,51*	0,36*	0,67*	0,42*	0,45*	0,26*	0,50*	0,47*	0,50*	0,47*	0,56*							
Padrões Inflexíveis	3,20	1,29	0,28*	0,18*	0,29*	0,45*	0,30*	0,34*	0,35*	0,30*	0,33*	0,39*	0,27*	0,30*						
Subjugação	2,03	1,27	0,47*	0,36*	0,60*	0,43*	0,48*	0,19*	0,51*	0,44*	0,47*	0,48*	0,51*	0,67*	0,34*					
Desconfiança/Abuso	2,12	1,16	0,39*	0,32*	0,42*	0,41*	0,51*	0,19*	0,45*	0,40*	0,37*	0,41*	0,53*	0,46*	0,35*	0,46*				
Isolamento Social	2,35	1,23	0,51*	0,33*	0,63*	0,50*	0,63*	0,19*	0,48*	0,40*	0,48*	0,44*	0,61*	0,57*	0,41*	0,53*	0,63*			
Merecimento	2,60	1,11	0,43*	0,28*	0,43*	0,46*	0,46*	0,24*	0,44*	0,38*	0,55*	0,40*	0,36*	0,44*	0,53*	0,44*	0,43*	0,44*		
Autocrítica Insuficiente	1,62	0,95	0,32*	0,33*	0,58*	0,29*	0,39*	0,09	0,34*	0,38*	0,42*	0,32*	0,55*	0,52*	0,19*	0,49*	0,45*	0,40*	0,37*	
Desconexão	1,96	0,95	0,44*	0,31*	0,49*	0,38*	0,54*	0,21*	0,46*	0,42*	0,52*	0,44*	0,48*	0,46*	0,39*	0,51*	0,57*	0,58*	0,55*	0,47*

Nota: * p < 0,05

e depressão (sintomatologia ansiosa e depressiva), com base na comparação com os demais participantes da amostra de pesquisa (critério da mediana), tornando possível a utilização da análise de Regressão Logística Binária.

Procedeu-se, então, com a criação de dois modelos por meio de Regressões Logísticas Binárias. Tais análises objetivaram investigar quais dos esquemas desadaptativos conseguiriam prever, de forma significativa, a condição de apresentar *sintomatologia ansiosa e sintomatologia depressiva*, ou seja, ter uma maior presença de sintomas ansiosos e depressivos com base nas medidas adotadas. Em resumo, almejou-se criar um modelo explicativo dos transtornos mentais comuns – depressão e ansiedade, a partir dos esquemas desadaptativos propostos por Jeffrey Young (2003).

Na primeira Regressão Logística, considerou-se a condição de *sintomatologia ansiosa* com método de entrada *Foward VL*, com esse método, a partir da razão de verossimilhança, o programa insere as variáveis preditivas no modelo conforme o valor da estatística *escore e*, assim, as adiciona no modelo até que não restem mais variáveis com valor de estatística *escore* significativo ($p < 0,05$). Nesse cenário, as duas variáveis inseridas - *Fracasso e Vulnerabilidade a dores e doenças* apresentaram estatística *escore* significativa e, portanto, foram adicionadas aos modelos.

Logo, foram testados dois modelos: a) o primeiro somente com o esquema *Fracasso* – que, por sua vez, é a variável de maior estatística *escore e* b) o segundo com ambos os preditores. Quando verificada a adequabilidade do modelo aos dados, o segundo modelo não apresentou aderência, sendo, portanto, desconsiderado. Para o primeiro modelo, obteve-se aderência, a qual pôde ser verificada por meio da medida de Hosmer e Lemeshow ($R^2 = 0,87$) – quanto mais próximo de 1, mais o modelo se ajusta aos dados; da análise de resíduos - por meio do diagrama de classificação; da acurácia global de classificação, que passa de 53% - quando só considerada a constante, para 67,4% (Tabela 2).

Procedeu-se então com a análise da variável inserida no modelo da regressão logística. A estatística de Wald, que nos informa se o preditor contribui significativamente para explicar a condição grupo, foi significativa ($p < 0,001$). O Exp b obteve valor de 2,41, em um intervalo de confiança de 95%,

demonstrando que o modelo conseguiu prever a condição de *sintomatologia ansiosa* de forma significativa e que pessoas que pontuam alto no esquema desadaptativo *Fracasso* aumentam em 2,41 vezes as chances de terem um maior número de sintomas ansiosos, de modo que tenderiam a manifestar níveis mais altos de ansiedade.

Em seguida, testou-se o modelo com a depressão como variável critério, também com o método de entrada *Foward VL*. Na análise, somente os esquemas *Fracasso, Abandono e Autocontrole e disciplina insuficientes* apresentaram estatística *escore* significativa ($p < 0,05$), nessa ordem de importância. Com base no exposto, foram postos a teste três modelos: o primeiro incluindo somente o esquema *Fracasso*; o segundo com os esquemas *Fracasso e Abandono*; e, por fim, o último com os três esquemas (*Fracasso, Abandono e Autocontrole e disciplina insuficientes*).

Quando analisada a adequabilidade do modelo aos dados, somente o segundo modelo mostrou aderência satisfatória aos dados (R^2 de Hosmer e Lemeshow = 0,79; boa distribuição no diagrama de classificação; acurácia global de 52,7% para 72,3%). As demais medidas de adequabilidade podem ser observadas na Tabela 3.

Analisando-se o modelo proposto, obteve-se que a estatística de Wald foi significativa para os dois preditores ($p < 0,05$). O Exp b obteve valor de 3,37 para o esquema desadaptativo *Fracasso*, de 1,66 para *Abandono*, em um intervalo de confiança de 95%. Assim, conclui-se que o modelo consegue prever a condição de *sintomatologia depressiva* e que os esquemas desadaptativos incluídos no modelo aumentam a chance de um indivíduo ter níveis altos de depressão, especificamente, pontuar alto no esquema *Fracasso* aumenta cerca de três vezes as chances de se ter escores altos para sintomas depressivos na amostra estudada, ao passo que pontuações altas no esquema *Abandono* aumentam tal chance em 1,7 vezes.

DISCUSSÃO

A Terapia do Esquema, mais especificamente, os esquemas desadaptativos tem demonstrado grande valor para a interpretação e para o tratamento de diversos construtos psicológicos (para uma revisão, ver Hawke & Provencher, 2011). Com efeito, pacientes com transtornos do humor parecem pon-

Tabela 2. Modelo da Regressão Logística tendo como variável dependente a ansiedade

	B(EP)	Intervalo de Confiança de 95% para a Exp b		
		Inferior	Exp b	Superior
Incluído				
Constante	-1,78* (0,25)			
Fracasso	0,88* (0,13)	1,88	2,41	3,10

Nota: $R^2 = 0,87$ (Hosmer e Lemeshow), 0,16 (Cox e Snell), 0,21 (Nagelkerke). $\chi^2(1)$ do modelo = 67,18, $p < 0,001$. * $p < 0,05$.

Tabela 3. Modelo da Regressão Logística tendo como variável dependente a depressão

	B(EP)	Intervalo de Confiança de 95% para a Exp b		
		Inferior	Exp b	Superior
Incluído				
Constante	-3,23* (0,42)			
Fracasso	1,21* (0,20)	2,28	3,37	4,98
Abandono	0,51* (0,13)	1,29	1,66	2,15

Nota: R² = 0,79 (Hosmer e Lemeshow), 0,28 (Cox e Snell), 0,38 (Nagelkerke). $\chi^2(1)$ do modelo = 16,85, p < 0,001. *p < 0,05.

tuar mais alto em todos os esquemas desadaptativos quando comparados com pessoas da população geral (Barlow, 2016). Portanto, no presente artigo, objetivou-se criar um modelo parcimonioso, em contexto brasileiro, para a ansiedade e a depressão a partir dessas variáveis.

De início, é importante frisar que foi encontrada correlação entre todos os esquemas desadaptativos, de forma que, mesmo esquemas pertencentes a domínios distintos apresentaram relação significativa entre si. Esse resultado concorda com a teoria, especialmente quando se leva em consideração que a origem de todos os esquemas é remetida à época da infância (Nordahl, Holthe, & Haugum, 2005; Turner, Rose, & Cooper, 2005), pois a formação dessas estruturas cognitivas se dá nos primeiros anos de vida, a partir da interação com os pais/familiares/cuidadores (Baker & Beech, 2004; Schmidt & Joiner, 2004) e da não satisfação das necessidades básicas ou, ainda, da exposição a experiências traumáticas (Nordahl et al., 2005). Desse modo, além de sua origem, a correlação encontrada também faz sentido pelo fato de os esquemas formarem uma estrutura cognitiva única – o núcleo do autoconceito individual (Schmidt & Joiner, 2004).

Adicionalmente, observou-se que todos os esquemas desadaptativos apresentaram correlações significativas com os construtos de interesse (ansiedade e depressão). Tal resultado confirma a relação apontada pela literatura entre essas variáveis (Baljé et al., 2016; Malogiannis et al., 2014) e oferece suporte para a validade da intervenção clínica com foco nos esquemas desadaptativos (Taylor, Bee, & Haddock, 2017).

No que tange ao modelo explicativo obtido para a depressão, foi possível constatar que os esquemas de *Abandono* e *Fracasso* foram preditores significativos da condição de sintomatologia depressiva. Desse modo, tais esquemas aumentam a probabilidade de uma pessoa apresentar sintomas característicos de um transtorno depressivo. Sobre isso, sabe-se que o *Abandono* pertence ao domínio de *Desconexão e Rejeição* e o *Fracasso* ao de *Autonomia e Desempenho prejudicados* (Falcone, 2011; Young, 2003). Renner et al. (2012) observaram que esses domínios se encontravam relacionados à gravidade dos sintomas depressivos, sendo, portanto, os mais prejudicados. Os autores afirmam que esse resultado faz sentido, com

base na teoria de Beck, uma vez que os esquemas ou crenças fundamentais afetados no transtorno depressivo encontram-se relacionados aos sintomas de fracasso, da perda e da inutilidade.

Nesse sentido, as pessoas com alta pontuação nos esquemas supracitados apresentariam maior risco de desenvolver sintomas depressivos e, portanto, devem ser priorizados nas intervenções psicoterapêuticas. Em termos cognitivos, as crenças disfuncionais mais proeminentes nessas pessoas seriam: crenças de serem menos inteligentes do que os outros, ineptos, sem talento, inferiores e menos exitosos; ainda, crenças de que pessoas importantes não serão capazes de continuar proporcionando apoio emocional, ligação, força ou proteção e, a partir disso, a conclusão de que as pessoas não merecem confiança, que são instáveis e que podem abandoná-lo a qualquer momento (Young et al., 2008).

Ainda que os resultados encontrados estejam de acordo com a literatura, é possível encontrar outros estudos que apresentam um número maior de esquemas relacionados com a depressão (Lumley & Harkness, 2007; Welburn, Cristine, Dagg, Pontefract, & Jordan, 2002). Por exemplo, na pesquisa de Welburn et al. (2002) o *Abandono* foi preditor da depressão juntamente ao esquema de *Autocontrole e Disciplina Insuficientes*. Vale ressaltar que, no estudo citado, as análises empregadas não se configuraram enquanto análises robustas.

Quanto ao modelo obtido para a ansiedade, tem-se somente o esquema desadaptativo de *Fracasso* como um bom preditor. Em pesquisas anteriores, como a que foi desenvolvida por Câmara e Calvete (2012), encontrou-se que o número de estressores ambientais, os esquemas *Vulnerabilidade a danos e doenças* e *Dependência/Incompetência*, bem como os do domínio de *Orientação para o outro* prediziam um aumento da ansiedade (Calvete, 2014). Já no estudo de Welburn et al. (2002) o *Fracasso* aparece como preditor da ansiedade, junto aos esquemas de *Vulnerabilidade, Abandono, Autosacrifício e Inibição Emocional*.

Com base no exposto, faria sentido, a partir dessa premissa, pensar que os esquemas *Vulnerabilidade a Danos e Doenças* ou os do domínio de *Supervigilância e Inibição* deveriam ter sido elencados para o modelo. Entretanto, no pre-

sente estudo, apesar de o resultado encontrado convergir para o que comumente tem se encontrado na literatura, atribui-se um papel de destaque ao esquema *Fracasso* na compreensão da ansiedade.

Possivelmente, a importância desse esquema esteja relacionada ao fato de as crenças disfuncionais relacionadas ao perigo, características da ansiedade, orbitarem o esquema *Fracasso*. Em outras palavras, no contexto estudado, hipotetiza-se que as crenças disfuncionais que mantêm os sintomas ansiosos sejam relacionadas a aspectos como sentir-se inútil, desempenho acadêmico e profissional considerado inadequado, entre outros. Tal premissa se pauta na organização das crenças em transtornos ansiosos e na definição do esquema de *Fracasso*.

Na literatura, parece haver consenso no tocante à organização das crenças nos transtornos de ansiedade. De modo geral, assume-se que esses transtornos resultam de uma superatividade crônica de esquemas organizados em função de temas de ameaça e perigo (Bandura, 1991; Beck et al., 1985; Silverman & Field, 2011). Portanto, o perigo percebido na ansiedade pode variar muito em relação à temática, indo de ameaças à vida, medos de doenças, percepção de elevadas exigências de uma situação ou, ainda, de baixos recursos pessoais para lidar com o estresse (Picado, 2007).

Como mencionado, de acordo com os resultados desse estudo, as crenças de perigo na ansiedade parecem revolver em torno do *Fracasso*. Por definição, uma pessoa com alta pontuação nesse esquema apresentaria crenças de inaptidão, falta de talento, inferioridade, baixa inteligência ou capacidade cognitiva, sentir que são fadados ao fracasso, menos exitosos ou inferiores aos outros, entre outros (Young et al., 2008). Desse modo, a identificação da pontuação elevada nesse esquema pode ser útil para orientar a intervenção e, possivelmente, prevenir a cronicidade dos sintomas ansiosos, facilitando sua identificação precoce.

Em suma, os modelos encontrados nesse artigo corroboram outros estudos encontrados na literatura, apenas com poucas divergências teóricas; o esquema desadaptativo de *Fracasso*, por sua vez, parece ocupar uma posição de destaque, frente aos demais, em relação aos transtornos mentais comuns analisados. Conjectura-se que esse esquema possa ser a base de outros transtornos, assim como da intervenção psicológica clínica dos transtornos estudados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo teve o objetivo de propor um modelo explicativo para ansiedade e depressão, a partir da Terapia do Esquema. Confia-se que tal objetivo foi atingido e as informações encontradas trazem evidências empíricas acerca dos esquemas desadaptativos no contexto brasileiro. Não obstante tais resultados é preciso ponderar que esse estudo traz limitações. Tais limitações, embora não invalidem os resultados indicados, permitem contextualizar os dados obtidos.

A primeira diz respeito ao instrumento utilizado, o qual não tinha finalidade diagnóstica, o que não permitiu, por exemplo, diferenciar os diferentes subtipos de transtornos de ansiedade e depressão. É provável, por exemplo, que alguns esquemas desadaptativos variem de acordo com cada transtorno específico. Sobre isso, sugere-se a realização de novos estudos, observando o poder preditivo dos esquemas desadaptativos em transtornos específicos de ansiedade e depressão. Encoraja-se, ainda, a realização de estudos futuros com uma população clínica, diagnosticada com ansiedade e depressão por profissionais, de forma que o critério para o modelo não seja somente a pontuação de um instrumento, pois, ainda que esse seja uma escala válida e precisa, sabe-se que a identificação de sintomas da forma que foi feita não é a forma ideal de diagnóstico.

Pontua-se também que uma das limitações encontradas foi a falta de estudos empíricos, em contexto nacional, que pudesse subsidiar a discussão e a interpretação dos resultados. Adicionalmente, os modelos encontrados em outros contextos, para a ansiedade e a depressão, fazem uso apenas de análises de correlação e comparações de média, como a ANOVA, carecendo de análises mais robustas. Por fim, conclui-se que os resultados encontrados podem subsidiar a prática clínica de diferentes profissionais da área e a elaboração de programas de intervenção, prevenção e promoção da saúde.

REFERÊNCIAS

- Almeida, C. D., Martins, E. M., & Alarcon, R. T. (2015). Aplicação da Terapia Cognitivo-comportamental em Grupo na Ansiedade. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 32-41. doi: 10.5935/1808-5687.20150005
- Alves, T. C. D. T. F. (2014). Depressão e ansiedade entre estudantes da área de saúde. *Revista de Medicina*, 93(3), 101-5. doi: 10.11606/issn.1679-9836.v93i3p101-105
- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Baker, E., & Beech, A. R. (2004). Dissociation and variability of adult attachment dimensions and early maladaptive schemas in sexual and violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(10), 1119-36. doi: 10.1177/0886260504269091
- Balje, A., Greeven, A., van Giezen, A., Korrelboom, K., Arntz, A., & Spinhoven, P. (2016). Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 487. doi: 10.1186/s13063-016-1605-9
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12040518
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy conception of anxiety. In R. Shwartz and R. Wicklund (Eds). *Anxiety and self-focused attention*. London: Harwood Academic Publishers.
- Barlow, D. H. (2016). *Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo*. Porto Alegre: Artmed Editora.

- Beck, A. T. (1964). Thinking and depression: II Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, 10(6), 561-571. doi: 10.1001/archpsyc.1964.01720240015003
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2016). *Depressão: causas e tratamento*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective*. New York: Basic Books.
- Boscardin, M. K., & Kristensen, C. H. (2011). Esquemas Iniciais Desadaptativos em mulheres com amor patológico. *Revista de Psicologia da IMED*, 3(1), 517-526. doi: 10.18256/2175-5027/psico-imed. v3n1p517-526
- Calvete, E. (2014). Emotional abuse as a predictor of early maladaptive schemas in adolescents: contributions to the development of depressive and social anxiety symptoms. *Child abuse & neglect*, 38(4), 735-746. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.10.014
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early maladaptive schemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68. doi: 10.1007/s10862-011-9261-6
- Carter, J. D., McIntosh, V. V., Jordan, J., Porter, R. J., Frampton, C. M., & Joyce, P. R. (2013). Psychotherapy for depression: a randomized clinical trial comparing schema therapy and cognitive behavior therapy. *Journal of affective disorders*, 151(2), 500-5. doi: 10.1016/j.jad.2013.06.034
- Cazassa, M. J. (2007). Mapeamento de esquemas cognitivos: validação da versão brasileira do young schema questionnaire-short form (Master's thesis, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul).
- Cazassa, M. J., & Oliveira, M. D. S. (2008). Terapia focada em esquemas: conceituação e pesquisas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(5), 187-95. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Milton_Cazassa/publication/262654295_Therapy_focused_on_schemas_Conceptualization_and_research/links/575a2dfd08aed884620b301c.pdf
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence with neurobiological findings. *Trends in cognitive sciences*, 14(9), 418-24. doi: 10.1016/j.tics.2010.06.007
- Cláudio, V. (2009). Domínios de esquemas precoces na depressão. *Análise Psicológica*, 27(2), 143-57. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312009000200003&lng=pt&tlng=pt
- Claudino, J., & Cordeiro, R. (2016). Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem. O caso particular dos alunos da Escola Superior de Saúde de Portalegre. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (32), 197-210. Recuperado de <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8403>
- Covic, T., Cumming, S. R., Pallant, J. F., Manolios, N., Emery, P., Conaghan, P. G., & Tennant, A. (2012). Depression and anxiety in patients with rheumatoid arthritis: prevalence rates based on a comparison of the Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS) and the hospital, Anxiety and Depression Scale (HADS). *BMC psychiatry*, 12(1), 6. doi: 10.1186/1471-244X-12-6
- da Silva, J. G., Cazassa, M. J., Oliveira, M. S., & Gauer, G. C. (2012). Avaliação dos esquemas iniciais desadaptativos: estudo psicométrico em alcoolistas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria (UFRJ)*, 199-205. Recuperado de http://meriva.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/9237/2/Avaliacao_dos_esquemas_iniciais_desadaptativos_estudo_psicometrico_em_alcoolistas.pdf
- Daza, P., Novy, D. M., Stanley, M. A., & Averill, P. (2002). The depression anxiety stress scale-21: Spanish translation and validation with a Hispanic sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 24(3), 195-205. doi:10.1023/A:1016014818163
- Della Méa, C. P., Zancanella, S., Ferreira, V. R. T., & Wagner, M. F. (2015). Esquemas iniciais desadaptativos em pacientes internados por tentativa de suicídio. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 3-9. doi: 10.5935/1808-5687.20150002
- Falcone, E. M. O. (2011). Terapia do Esquema. In: B. Rangé (Org). *Psicoterapias Cognitivas Comportamentais: um diálogo com a Psiquiatria*. Porto Alegre: Synopsys.
- Fonseca, S., de Sá, S. L., Martins, V., & Queirós, C. (2016). Burnout, stress, ansiedade e depressão em trabalhadores do sector ferroviário. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/83325/2/125888.pdf>
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., ... & Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, (9)1, 103-112. doi:<http://hdl.handle.net/10316/20698>
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 25(4), 257-276. doi: 10.1891/0889-8391.25.4.257
- Isanejad, O., Heidary, M. S., Rudbari, O., & Liaghatdar, M. J. (2012). Early maladaptive schemes and academic anxiety. *World Applied Sciences Journal*, 18(1), 107-12. doi: 10.5829/idosi.wasj.2012.18.01.3684
- Lantyer, A. D. S., Varanda, C. C., Souza, F. G. D., Padovani, R. D. C., & Viana, M. D. B. (2016). Ansiedade e Qualidade de Vida entre Estudantes Universitários Ingressantes: Avaliação e Intervenção. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(2), 4-19. Recuperado de <http://www.usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/880>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour research and therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U
- Lucchese, R., Silva, P. C. D., Denardi, T. C., de Felipe, R. L., Vera, I., de Castro, P. A., ... & Fernandes, I. L. (2017). Transtorno Mental Comum entre indivíduos que abusam de Alcool e Drogas: Estudo Transversal. *Texto & Contexto Enfermagem*, 26(1), 1-7. doi: 10.1590/0104-07072017004480015
- Lumley, M. N., & Harkness, K. L. (2007). Specificity in the relations among childhood adversity, early maladaptive schemas, and symptom profiles in adolescent depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31(5), 639-57. doi: 10.1007/s10608-006-9100-3
- Malogiannis, I. A., Arntz, A., Spyropoulou, A., Tsartsara, E., Aggeli, A., Karveli, S., ... & Zervas, I. (2014). Schema therapy for patients with chronic depression: a single case series study. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 45(3), 319-29. doi: 10.1016/j.jbtep.2014.02.003
- Mascella, V., Vieira, N., Beda, L. C., & Lipp, M. E. N. (2014). Stress, sintomas de ansiedade e depressão em mulheres com dor de cabeça. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 34(87), 407-28. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1415-711X2014000200008
- Moreno, A. L., & Carvalho, R. G. N. D. (2014). Terapia cognitivo-comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2), 70-5. doi: 10.5935/1808-5687.20140012

- Mota, D. C. L., Costa, T. M. B., & Almeida, S. S. (2014). Imagem corporal, ansiedade e depressão em mulheres submetidas à cirurgia bariátrica. *Psicologia: teoria e prática*, 16(3), 100-113. doi: 10.15348/1980-6906/psicologia.v16n3p100-113
- Nordahl, H. M., Holthe, H., & Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: does schema modification predict symptomatic relief?. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 142-9. doi: 10.1002/cpp.430
- Organização Mundial De Saúde [OMS]. (2008). CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. 10a Rev. São Paulo: EDUSP.
- Paim, K., & Falcke, D. (2016). Perfil discriminante de sujeitos com histórico de violência conjugal: O papel dos Esquemas Iniciais Desadaptativos. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18(2), 112-29. Recuperado de <http://usp.br/rbtcc/index.php/RBTCC/article/view/887>
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Picado, L. (2007). Ansiedade, burnout e engagement nos professores do 1º ciclo do ensino básico: o papel dos esquemas precoces mal adaptativos no mal-estar e no bem-estar dos professores. (Tese de doutorado). Universidade de Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/970>
- Pimenta, V. A. R., de Oliveira Barbosa, C., Gonçalves, C., de Souza Cardoso, G., Brumano, G., & Brandi, M. T. (2015). Ansiedade, depressão e qualidade de vida em idosos. *ANAIS SIMPAC*, 5(1), 434-8. doi: 10.1016/j.rbr.2015.03.001
- Razzouk, D. (2016). Por que o Brasil deveria priorizar o tratamento da depressão na alocação dos recursos da Saúde?. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 25(4), 845-8. doi: 10.5123/S1679-49742016000400018
- Renner, F., Arntz, A., Leeuw, I., & Huibers, M. (2013). Treatment for chronic depression using schema therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 20(2), 166-80. doi: 10.1111/cpsp.12032
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 581-90. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.027
- Santana, L. D. L., Sarquis, L. M. M., Brey, C., Miranda, F. M. D. A., & Felli, V. E. A. (2016). Absenteeism due to mental disorders in health professionals at a hospital in southern Brazil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(1), 1-8. doi: 10.1590/1983-1447.2016.01.53485
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., & Haro, J. M. (2015). The association of relationship quality and social networks with depression, anxiety, and suicidal ideation among older married adults: Findings from a cross-sectional analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *Journal of affective disorders*, 179, 134-141. doi: 10.1016/j.jad.2015.03.015
- Sardarzadeh, S., Beygi, N. A., & Ebrahimi, S. (2014). The Pattern of Cognitive Schemas in Individuals with Anxiety Disorders. *Group*, 7451(5), 1490-95.
- Schmidt, N. B., & Joiner, T. E. (2004). Global maladaptive schemas, negative life events, and psychological distress. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 65-72. doi: 10.1023/B:JOBA.0000007457.95008.d2
- Seixas, C. E. (2014). Associação de esquemas iniciais desadaptativos em transtornos do Eixo I. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.
- Silverman, W. K., & Field, A. P. (Eds.). (2011). *Anxiety disorders in children and adolescents*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Spielberger, C. D. (1972). Anxiety as an emotional state. In: C. D. Spielberger (Ed.) *Anxiety-Current trends in theory and research*. New York: Academic.
- Stahl, S. M. Depressão. In: S. M. Stahl. *Psicofarmacologia*. Rio de Janeiro: Medsi; 1998. pp. 111-47.
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: A systematic review and meta-analysis 1980-2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476-93. doi: 10.1093/ije/dyu038
- Susin, N., Carvalho, C. S., & Kristensen, C. H. (2014). Esquemas desadaptativos e sua relação com o transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 31(1), 85-96. doi: 10.1590/0103-166X2014000100009
- Taylor, C. D., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 90(3), 456-79. doi: 10.1111/papt.12112
- Turner, H. M., Rose, K. S., & Cooper, M. J. (2005). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, 29(4), 381-7. doi: 10.1038/sj.ijo.0802915
- Wainer, R. et al. (Org.) (2016). *Terapia cognitiva focada em esquemas: integração em psicoterapia*. Porto Alegre: Artmed.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire – Short form: factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognit Ther Res*, 26(4), 519-30. doi: 10.1023/A:1016231902020
- Wells, A. (2013). *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide*. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons.
- Willhelm, A. R., Andretta, I., & Ungaretti, M. S. (2015). Importância das técnicas de relaxamento na terapia cognitiva para ansiedade. *Contextos Clínicos*, 8(1), 79-86. doi: 10.4013/ctc.2015.81.08
- World Health Organization [WHO]. (2017). *Depression and other common mental disorders: Global Health Estimates*. Geneva: World Health Organization.
- Young, J. (2003). *Terapia Cognitiva para Transtornos da Personalidade: uma abordagem focada no Esquema*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.