



Esquemas Mal Adaptativos Precoces e Psicopatologia no Adulto – Revisão Transdiagnóstica e Utilidade Terapêutica

Early Maladaptive Schemas and Adult Psychopathology – Transdiagnostic Review and Therapeutic Utility

Raquel Serrano* , Pedro Barata*

RESUMO

Introdução: Os esquemas mal adaptativos precoces (EMP) são definidos como padrões cognitivos disfuncionais que emergem de experiências traumáticas e de necessidades básicas não satisfeitas durante a infância, consistindo em memórias, emoções, cognições e sensações físicas que influenciam o pensamento e o comportamento, de forma disfuncional, desempenhando um papel na psicopatologia.

Objetivos: Os autores pretendem rever a relação entre esquemas mal adaptativos precoces e psicopatologia no adulto numa perspectiva transdiagnóstica, bem como a sua utilidade terapêutica.


Métodos: Foi efetuada uma revisão não sistemática da literatura a partir da base de dados *Pubmed/Medline* com as palavras-chave “*maladaptive schemas*” e “*psychopathology*”, tendo sido escolhidos os artigos que relevassem para o objeto do estudo. Foram, de igual modo, procuradas referências bibliográficas adicionais que surgissem citadas nos artigos ou trabalhos obtidos.

Resultados: Encontraram-se vários estudos que procuraram investigar a existência e a importância dos EMP em diversas patologias. Verificou-se que os EMP eram mais evidentes na maioria das patologias estudadas, quando comparadas com os controlos: psicose (de um modo geral), perturbações do humor, perturbação obsessivo-compulsiva, perturbações de ansiedade (exceto na perturbação de ansiedade generalizada) e perturbações do comportamento alimentar.

Discussão e Conclusões: Os esquemas mal adaptativos precoces são relevantes em várias perturbações mentais, uma vez que se constituem como fatores de vulnerabilidade e de manutenção de psicopatologia. O seu (re)conhecimento poderá ser útil nas mais diversas perturbações mentais. Contudo, serão necessários estudos mais robustos que permitam a extrapolação de conclusões, mais consistentes, sobre o potencial benefício terapêutico da Terapia Focada nos Esquemas nas perturbações psiquiátricas, para reforçar a (ainda) limitada evidência atual.

Palavras-Chave: Esquemas Mal Adaptativos Precoces; Psicopatologia.

* Serviço de Psiquiatria, Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE  ser.rkl@gmail.com.

 Raquel Serrano: <https://orcid.org/0000-0002-1647-760X>

Recebido / Received: 25/05/2018 • Aceite / Accepted: 30/09/2018

ABSTRACT

Background: *Early maladaptive schemas are dysfunctional cognitive patterns that come up from traumatic experiences and unmet core emotional needs in childhood, comprising memories, emotions, cognitions and bodily sensations that influence thinking and behaviour in a dysfunctional way. They have been linked to the development of psychopathology.*

Aims: *The authors aim to review the relationship between early maladaptive schemas and adult psychopathology, from a transdiagnostic perspective, and their therapeutic utility.*

Methods: *Non-systematic review through literature research in PubMed/Medline database, using the keywords “maladaptive schemas” and “psychopathology”, among other works searched. The articles were selected according to their relevance to the topic.*

Results: *Some studies recognized the presence and relevance of EMP in several mental disorders, particularly in psychosis, mood disorders, obsessive-compulsive disorder, anxiety disorders (except for generalized anxiety disorder) and eating disorders.*

Discussion and Conclusions: *Early maladaptive schemas are relevant in several mental disorders, since they are factors of vulnerability and maintenance of psychopathology, so it is worthy to acknowledge them. More robust studies are needed to allow more consistent conclusions about the potential benefit of schema therapy in mental disorders, to reinforce current evidence (still limited).*

Key-Words: *Early Maladaptive Schemas; Psychopathology.*

INTRODUÇÃO

Young enfatizou a importância do papel dos esquemas mal adaptativos precoces (EMP) na psicopatologia. Estes são definidos pela teoria esquemática como padrões cognitivos disfuncionais que influenciam o processamento de informação e que consistem em memórias, emoções, cognições e sensações corporais, parte das quais é consciente, embora correspondam sobretudo a conhecimento implícito. Tais esquemas surgem em face de experiências precoces tóxicas e negativas durante a infância, sendo coerentes com as mesmas; porém, continuam a ser elaborados ao longo da vida, correspondendo a padrões estáveis de processamento cognitivo disfuncional que podem ser ativados por situações de *stress*^{1,2}. Young identificou dezoito EMP, agrupando-os em cinco domínios: (1) Distanciamento e Rejeição; (2) Autonomia e Desempenho deteriorados; (3) Limites deteriorados; (4) Influência dos Outros e (5) Vigilância excessiva e Inibição (Quadro I)^{3,4}.

Quadro I. Os 18 esquemas mal adaptativos precoces, agrupados em cinco domínios¹⁻²¹

Domínios	Esquemas mal adaptativos precoces	Breve descrição
Distanciamento e Rejeição	Abandono	Perceção de instabilidade ou de indisponibilidade das pessoas que poderiam ser fonte de suporte e de ligação/afiliação.
	Desconfiança/Abuso	Crença de que outros irão mentir-nos, trair-nos, manipular-nos ou aproveitar-se de nós, de forma intencional.
	Privação Emocional	Sentimento de ausência de suporte emocional adequado.
	Defeito/Vergonha	Sentimento de se ser inferior, indesejado, defeituoso, inválido, podendo incluir uma hipersensibilidade ao criticismo e à rejeição ou um sentimento de vergonha perante falhas percecionadas.
	Isolamento Social/Alienação	Sentimento de que se está isolado do resto do mundo, de que se é diferente dos outros e de que não se faz parte de qualquer grupo.
Autonomia e Desempenho deteriorados	Dependência/Incompetência	Crença de que se é incapaz de exercer as responsabilidades do dia-a-dia de uma forma competente sem a ajuda considerável dos outros.
	Vulnerabilidade ao mal e à doença	Medo exagerado de uma catástrofe iminente.
	Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido	Envolvimento emocional excessivo e proximidade com um ou vários “outros” significativos, comprometendo uma individualização completa ou um desenvolvimento social normal. Pode também incluir sentimentos de se ter “fundido” com outros ou identidade individual insuficiente.
	Fracasso	Crença de fracasso em relação aos pares, designadamente no desempenho profissional, desportivo ou económico.
Limites Deteriorados	Grandiosidade/Limites Indefinidos	Crença de que se é superior aos outros e de que se tem direito a privilégios especiais, ou de que não se está sujeito às regras que governam a interação social normal.
	Autodisciplina e Autocontrolo Insuficientes	Crença de que não se consegue controlar emoções ou impulsos.
Influência dos outros	Subjugação	Sentimento de que os seus desejos, opiniões ou emoções não são importantes para os outros. Frequentemente apresenta-se como uma excessiva concordância.
	Autossacrifício	<i>Focus</i> excessivo na satisfação voluntária das necessidades dos outros, comprometendo a sua própria gratificação.
	Procura de Aprovação/ Procura de Reconhecimento	Necessidade de obtenção de aprovação, reconhecimento ou atenção por parte dos outros.
Vigilância Excessiva e Inibição	Negativismo/Pessimismo	<i>Focus</i> pervasivo nos aspetos negativos da vida.
	Inibição Emocional	Inibição excessiva de ação espontânea, sentimentos ou comunicação.
	Padrões Excessivos/ Hipercriticismo	Crença de que o indivíduo se deve esforçar para atingir padrões de desempenho elevados.
	Punição	Crença de que se deve ser severamente punido por se terem cometido erros.

O modelo da Terapia Focada nos Esquemas foi desenvolvido para doentes com psicopatologia grave e de longa duração. Embora tenha sido inicialmente aplicado a indivíduos com perturbação de personalidade *borderline*, trabalhos mais recentes sugerem a sua eficácia em várias outras perturbações⁵. Assim, tem sido demonstrado na literatura o papel dos EMP em várias patologias psiquiátricas, nomeadamente na depressão, na ansiedade, na doença bipolar, nas perturbações do comportamento alimentar e nas perturbações da personalidade¹⁻²¹.

Os autores pretendem rever a relação entre esquemas mal adaptativos precoces e psicopatologia no adulto numa perspetiva transdiagnóstica, bem como a sua utilidade terapêutica.

MÉTODOS

Os autores efetuaram uma revisão não sistemática da literatura publicada na base de dados *Pubmed/Medline* com as palavras-chave “*maladaptive schemas*” e “*psychopathology*”, tendo escolhido os artigos que relevassem para o objeto do estudo. Foram, de igual modo, procuradas referências bibliográficas adicionais que surgissem citadas nos artigos ou trabalhos obtidos.

EMP na Psicose

Pouco se sabe acerca da relação entre esquemas mal adaptativos precoces e psicose. Uma revisão sistemática recente (Kesting e Lincoln, 2013) concluiu que, para se compreender o papel dos autoconceitos na formação da ideação delirante, é necessário ter em conta autoesquemas específicos, parecendo ser relevantes, designadamente, esquemas que dependem da aceitação pelo outro e autoconceitos

interpessoais negativos (*ex.*: sentir que não se é amado pela própria família)⁶.

Garety & Freeman (2013) propuseram que o trauma precoce e o *stress* crónico conduzem ao desenvolvimento de esquemas negativos disfuncionais, facilitando explicações paranoídes para experiências anómalas e o desenvolvimento de baixa autoestima em indivíduos predispostos⁷.

Bortolon *et al.* (2013) investigaram a relação entre EMP e psicose, usando uma amostra de 48 pacientes com o diagnóstico de esquizofrenia e 44 controlos saudáveis. A maioria dos EMP foi encontrada nos pacientes com esquizofrenia, estando seis destes EMP aumentados, de forma significativa, comparativamente aos controlos: esquema de Privação Emocional; esquema de Isolamento social/Alienação; esquema de Defeito/Vergonha; esquema de Emaranhamento/Eu Subdesenvolvido; esquema de Fracasso e esquema de Subjugação⁸. Foi ainda dada relevância ao esquema de Desconfiança/Abuso para os sintomas positivos, pela sua capacidade preditiva para estes últimos. Não houve nenhuma associação entre EMP e sintomas negativos. Sundag *et al.* (2016) corroboraram o aumento de EMP em pacientes com psicose e a sua associação a sintomatologia positiva e não a sintomatologia negativa, num estudo cuja amostra foi constituída por 81 pacientes com psicose, 28 pacientes com depressão e 60 participantes saudáveis. Tal estudo concluiu que a psicopatologia estava associada aos EMP, não se tendo encontrado diferenças significativas entre os pacientes com psicose e os com depressão, quer quanto ao número e intensidade de EMP, que no que diz respeito ao EMP de Desconfiança/Abuso, ao contrário de estudos prévios⁹.

EMP nas Perturbações do Humor

Poucos são os estudos que têm explorado os efeitos de esquemas negativos nas perturbações do humor. Alguns destes reportaram maiores crenças disfuncionais em pacientes com perturbações do humor, comparativamente com controlos saudáveis¹⁰.

De acordo com o modelo cognitivo da depressão, a vulnerabilidade para a mesma ocorre como resultado de crenças disfuncionais que são aprendidas a partir de experiências precoces. Harris e Curtin (2002) investigaram a relação entre a percepção dos estilos parentais, os EMP e a depressão, tendo demonstrado que os EMP mais relacionados com estilos parentais disfuncionais e depressão foram os de Defeito/Vergonha, Autocontrolo Insuficiente, Vulnerabilidade e Incompetência⁴.

Hawke L. *et al.* (2012) investigaram a aplicabilidade da teoria esquemática na doença bipolar, usando uma amostra composta por 74 pacientes com doença bipolar e 99 controlos (46 com depressão unipolar e 53 com perturbações de ansiedade). Os pacientes com doença bipolar demonstraram *scores* mais elevados na maioria dos EMP, particularmente nos esquemas de Procura de Aprovação/Procura de Reconhecimento e Grandiosidade, sendo relevada a capacidade preditiva positiva destes esquemas para o grupo bipolar. Nos esquemas de Inibição Emocional e de Abandono, pelo contrário, os pacientes com doença bipolar obtiveram *scores* reduzidos, tendo estes uma capacidade preditiva negativa para o grupo bipolar. Estes EMP são altamente consistentes com características do espectro bipolar³.

Nilsson *et al.* (2014) compararam doença bipolar com depressão major em termos de EMP,

durante a remissão. Verificaram que na doença bipolar existiam *scores* mais elevados nos esquemas de Abandono, Fracasso, Subjugação, Emaranhamento, Grandiosidade, Padrões Excessivos e Autocontrolo Insuficiente¹¹.

Ak *et al.* (2012) investigaram os esquemas cognitivos que aumentam a suscetibilidade para depressão, usando uma amostra de 88 pacientes com doença bipolar em remissão e 20 controlos saudáveis. Foram observadas diferenças significativas entre o grupo de pacientes com o diagnóstico de doença bipolar e o grupo controlo, em todos os EMP, à exceção dos esquemas de Abandono, Privação Emocional, Defeito, Vulnerabilidade ao mal e à doença e Procura de Aprovação/Procura de Reconhecimento. Os pacientes com doença bipolar obtiveram *scores* mais elevados de EMP, comparativamente com os controlos, em esquemas relacionados com baixa autoestima (p. ex. Incompetência, Fracasso e Eu Subdesenvolvido), indicando a presença de uma autoperceção distorcida e um ponto de vista pessimista. Contudo, vários estudos assinalaram a instabilidade desta autoestima/autoperceção, sendo notadas diferenças entre o grupo com doença bipolar e o grupo controlo no esquema de Grandiosidade¹⁰.

Serão necessários mais estudos para aferir a interação entre EMP e eventos de vida no desencadear de sintomatologia afetiva, bem como para avaliar a aplicabilidade da Terapia Focada nos Esquemas na doença bipolar³.

Malogiannis *et al.* (2014) avaliaram o impacto da Terapia Focada nos Esquemas na depressão crónica, demonstrando uma redução significativa no *score* dos EMP e dos sintomas depressivos, quando comparados os valores basais e os verificados em *follow-up*⁵.

EMP na Perturbação Obsessiva-Compulsiva

Os estudos que relacionam os EMP e a perturbação obsessiva-compulsiva (POC) são escassos. Contudo, têm sido encontrados maiores níveis de EMP na POC do que em controlos saudáveis. Atalay *et al.* (2008), por exemplo, reportaram que pacientes com POC tinham maior probabilidade de demonstrar esquemas de Isolamento Social/Alienação, Vulnerabilidade e Negativismo/Pessimismo, quando comparados com participantes saudáveis¹². Também Voderholzer *et al.* (2012) verificaram a existência de *scores* mais elevados em esquemas pertencentes ao domínio Autonomia e Desempenho deteriorados em pacientes com POC, sobretudo nos EMP de Dependência/Incompetência e de Vulnerabilidade, corroborando os resultados de Atalay *et al.*¹³. Yosefi *et al.* (2016) indicaram como EMP específicos e dominantes na POC os de Defeito/Vergonha, Desconfiança/Abuso e esquemas de Privação Emocional, sugerindo que intervenções baseadas nestes esquemas específicos poderiam ser úteis no tratamento desta perturbação¹⁴.

As manifestações clínicas da POC são heterogêneas, com sintomas que se poderão abreviar nas seguintes dimensões: simetria/ordem, *boarding*, contaminação/limpeza, agressão/verificação e dimensão sexual/religiosa². Kim J.E. *et al.* (2014) procuraram avaliar EMP em 57 pacientes com POC e clarificar as relações entre EMP particulares e as cinco dimensões sintomáticas supramencionadas, bem como outras variáveis clínicas². Verificou-se que os pacientes com POC tinham *scores* significativamente mais elevados do que os controlos saudáveis para esquemas relacionados com

Defeito/Vergonha, Isolamento Social/Alienação e Fracasso, resultados em conformidade com os de estudos prévios. Entre as cinco dimensões sintomáticas da POC, a dimensão sexual/religiosa foi a única que se correlacionou, de forma significativa, com EMP – esquema de Vulnerabilidade e Emaranhamento/ Eu Subdesenvolvido; ademais, estes dois esquemas constituíram-se como preditores da dimensão sexual/religiosa. Os EMP identificados neste estudo em pacientes com POC não se relacionaram com variáveis clínicas, nomeadamente a gravidade ou a duração da doença. Os esquemas de Defeito/Vergonha e de Isolamento Social/Alienação parecem ser a base para o desenvolvimento de pensamentos obsessivos; por outro lado, também os sintomas obsessivo-compulsivos podem perpetuar ou agravar estes esquemas².

Alguns estudos preliminares reportaram casos de POC resistente ao tratamento que mostraram eficácia potencial com a Terapia Focada nos Esquemas, especialmente em pacientes com POC crónica, história de trauma e com diagnóstico de perturbação da personalidade co-mórbida².

EMP nas Perturbações da Ansiedade Perturbação de Pânico

Hedley *et al.* (2001) investigaram a relação entre dois EMP específicos – o esquema de Vulnerabilidade e o de Dependência/Incompetência – e as crenças acerca da perda de controlo, do medo de sensações corporais e do evitamento, em pacientes sob psicoterapia cognitivo-comportamental de grupo dirigida à perturbação de pânico com agorafobia. Ficou demonstrado o esquema de Vulnerabilidade como preditor

do medo de sensações corporais, do medo da perda de controlo, bem como de comportamentos de evitamento. Estes achados ilustram a proximidade conceptual entre a definição do esquema de Vulnerabilidade e os sintomas cognitivos evidenciados por pacientes com perturbação de pânico – como por exemplo, a tendência para interpretar sensações corporais como um indicador de ataque cardíaco ou de perda de controlo. Por outro lado, os pacientes com *scores* superiores no esquema de Autossacrifício podem manifestar sintomas de ansiedade do tipo pânico, não só porque os seus sintomas os forçam a parar de cuidar dos outros, mas também porque podem ter dificuldade em pedir ajuda¹.

Um estudo comparativo dos EMP na perturbação obsessiva-compulsiva e na perturbação de pânico revelou que os esquemas de Defeito/Vergonha e de Isolamento social/Alienação foram ativados predominantemente em pacientes com POC, enquanto que os esquemas de Vulnerabilidade e de Autossacrifício foram ativados em pacientes com perturbação de pânico. No geral, os pacientes com POC mostraram esquemas mais pronunciados do que os pacientes com perturbação de pânico, o que sugere uma estrutura esquemática mais complexa nos primeiros, bem como um maior leque de comportamentos derivados de processos esquemáticos disfuncionais¹⁶.

Perturbação de Ansiedade Generalizada

Atualmente, os EMP não figuram, de forma explícita, nos modelos cognitivos da Perturbação de Ansiedade Generalizada. Koerner *et al.* (2015) sugeriram que esquemas disfuncionais relacionados com o Perfeccionismo e o Autos-

sacrifício, bem como representações mentais menos positivas dos outros, podem estar relacionados com perturbação de ansiedade generalizada. Contudo, mais estudos serão necessários para verificar tal relação¹⁶.

Fobia Social

Pinto-Gouveia *et al.* (2006) sugeriram que a estrutura esquemática de pacientes com fobia social difere da de pacientes com outras perturbações da ansiedade, com níveis mais elevados de EMP sobretudo na área da ligação aos outros/rejeição. Foram identificados, na fobia social, esquemas de Desconfiança/Abuso, Isolamento social, Grandiosidade, Privação Emocional, Padrões Excessivos e Defeito/Vergonha como preditores de maior parte da variação da ansiedade em situações sociais, bem como do medo da avaliação negativa¹⁷.

EMP nas Perturbações do Comportamento Alimentar

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) são caracterizadas por níveis pronunciados de EMP. Uma vez que os esquemas interagem com as dimensões cognitivas e comportamentais destas patologias, as terapias e intervenções focadas nos esquemas poderão ser benéficas em alguns casos. Investigações preliminares sugerem que a Terapia Focada nos Esquemas é um tratamento promissor em perturbações do comportamento alimentar crónicas e complexas, nomeadamente na bulimia nervosa (BN) e em situações nas quais não estão preenchidos os critérios diagnósticos para nenhuma perturbação do comportamento alimentar específica. Contudo, é necessária mais investigação para clarificar a natureza

e a direção das interações entre EMP e perturbações do comportamento alimentar, bem como para determinar se a Terapia Focada nos Esquemas demonstra vantagens sobre outros tratamentos baseados na evidência, como a terapia cognitivo-comportamental tradicional¹⁸. Dois estudos investigaram as mudanças nos EMP provocadas por intervenções grupais de Terapia Focada nos Esquemas em indivíduos com perturbações do comportamento alimentar, dos quais resultou uma evidência (ainda que pouco robusta) na mudança dos EMP e na redução de sintomas de pacientes com anorexia nervosa⁵.

Voderholzer *et al.* (2012) verificaram que pacientes com perturbações do comportamento alimentar registaram pontuações mais elevadas no esquema Inibição emocional¹³.

Pauwels *et al.* investigaram as diferenças esquemáticas entre as PCA, concluindo que os pacientes com PCA do tipo bulímico obtiveram *scores* significativamente maiores nos esquemas de Privação Emocional e de Autocontrole Insuficiente, enquanto que pacientes com restrição alimentar pontuaram mais nos esquemas de Subjugação, Fracasso, Padrões Excessivos e Defeito/Vergonha. Adicionalmente, em pacientes com PCA e com comportamentos autolesivos reportaram níveis de EMP significativamente mais elevados¹⁹. Segundo o modelo focado nos esquemas para as PCA proposto por Waller *et al.* (2007), as PCA do tipo restritivo, como a anorexia nervosa, facilitam o evitamento afetivo previamente à ativação do esquema (evitamento primário dos afetos), sendo utilizadas estratégias para reduzir a experiência das emoções associadas à atividade do esquema. Por oposição, as PCA do tipo

bulímico, como a bulimia nervosa, tendem a reduzir os afetos após a ativação esquemática (evitamento secundário dos afetos). Os métodos para o evitamento secundário dos afetos tendem a ter uma natureza mais impulsiva (p. ex.: *binge-eating*). Assim, as PCA parecem estar relacionadas com modos de *coping* mal adaptativos que facilitam o evitamento do afeto associado à ativação esquemática. Unoka, Tolgyes & Czobor (2007) identificaram esquemas mais elevados de Autossacrifício, Padrões Inflexíveis e Punição na anorexia nervosa do que na bulimia nervosa – achados que são consistentes com outros estudos que identificaram um nível de perfeccionismo menor na bulimia nervosa do que na anorexia nervosa. A anorexia nervosa do tipo purgativo tem sido associada a maior compensação esquemática e evitamento, quando comparada com a bulimia nervosa e a anorexia nervosa do tipo restritivo, o que sugere que o evitamento afetivo é particularmente pronunciado na anorexia nervosa do tipo purgativo¹⁸.

As PCA que incluem um componente de *binge-eating* parecem estar relacionadas com EMP de Abandono e Vulnerabilidade; Dependência/Incompetência e Inibição Emocional; Privação Emocional; Defeito/Vergonha; Fracasso, Autocontrole Insuficiente, Desconfiança/Abuso e Isolamento Social¹⁸. Ainda nestas perturbações com componente de *binge-eating*, parecem ser mais pronunciados esquemas de Grandiosidade²⁰. Dos EMP supramencionados, o esquema de Inibição Emocional parece ser o preditor mais robusto da frequência de *binge-eating*. O esquema de Defeito/Vergonha parece ser o preditor mais confiável de comportamentos purgativos, nomeadamente na

bulimia nervosa. Os comportamentos restritivos têm sido relacionados com esquemas de Dependência/Incompetência e Inibição Emocional¹⁸.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Os EMP são relevantes em várias perturbações mentais, uma vez que se constituem como fatores de vulnerabilidade e de manutenção de psicopatologia. O conhecimento dos EMP poderá ser útil em perturbações mentais crônicas e complexas, quando existe refratariedade ao tratamento e/ou perante co-morbilidade com perturbações da personalidade.

É sabido que a Terapia Focada nos Esquemas dispõe de alguma evidência na redução dos EMP e na melhoria sintomática das perturbações da personalidade. Os nossos resultados apresentam-se concordantes com revisões sistemáticas sobre a Terapia Focada nos Esquemas noutras perturbações psiquiátricas, onde se constatou a existência de evidência – ainda que limitada – para a utilização desta terapia em várias perturbações mentais, designadamente nas perturbações do comportamento alimentar e depressão crônica^{5,21}. Estes dados promissores requerem, contudo, a realização de estudos mais robustos (sendo importante controlar fatores como o *design* do estudo e a sua metodologia, e recorrer a grupos de controlo) que permitam a extrapolação de conclusões mais consistentes sobre o potencial benefício terapêutico destas intervenções.

Conflitos de Interesse / *Conflicting Interests*:

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses relativamente ao presente artigo.

The authors have declared that no competing interests exist.

Fontes de Financiamento / *Funding*:

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

The authors have declared that no external funding was received for this study.

Bibliografia / *References*

1. Hedley LM, Hoffart A, Sexton H. Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *J. Cognit. Psychother.* 2001; 15:131-142.
2. Kim JE, Lee SW, Lee SJ. Relationship between early maladaptive schemas and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res.* 2014; 215(1):134-140.
3. Hawke LD, Provencher MD. Early Maladaptive Schemas among patients diagnosed with bipolar disorder. *J Affect Disord.* 2012; 136(3): 803-811.
4. Rijo D. Esquemas mal-adaptativos precoces: validação do conceito e métodos de avaliação [Early maladaptive schemas: concept validation and evaluation methods] [Dissertation]. [Coimbra, Portugal]: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra; 2009. 353 p. Portuguese.
5. Taylor CD, Bee P, Haddock G. Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychol Psychother.* 2017; 90(3): 456-479.
6. Kesting ML, Lincoln TM. The relevance of self-esteem and self-schemas to persecutory delusions: a systematic review. *Compr Psychiatry.* 2013; 54(7): 766-789.

7. Garety PA, Freeman D. The past and the future of delusions research: from the inexplicable to the treatable. *Br J Psychiatry*. 2013; 203(5): 327-333.
8. Bortolon C, Capdevielle D, Boulenger JP, Gely-Nargeot MC, Raffard S. Early maladaptive schemas predict positive symptomatology in schizophrenia: a cross-sectional study. *Psychiatry Res*. 2013; 209(3): 361-366.
9. Sundag J, Ascone L, de Matos Marques A, Moritz S, Lincoln TM. Elucidating the role of Early Maladaptive Schemas for psychotic symptomatology. *Psychiatry Res*. 2016; 238: 53-59.
10. Ak M, Lapsekili N, Haciomeroglu B, Sutcgil L, Turkcapar H. Early maladaptive schemas in bipolar disorder. *Psychol and Psychother*. 2012; 85(3): 260-267.
11. Nilsson KK, Straarup KN, Halvorsen M. Early Maladaptive Schemas: A Comparison Between Bipolar Disorder and Major Depressive Disorder. *Clin Psychol and Psychother*. 2015; 22(5): 387-391.
12. Atalay H, Atalay F, Karahan D, Caliskan M. Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: a cross-sectional study. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2008; 12(4): 268-279.
13. Voderholzer U, Schwartz C, Thiel N, Kuelz AK, Hartmann A, Scheidt CE, Schlegl S, Zeeck A. A comparison of schemas, schema modes and childhood traumas in obsessive-compulsive disorder, chronic pain disorder and eating disorders. *Psychopathology*. 2014; 47(1):24-31.
14. Yoosefi A, RajeziEsfahani S, Pourshahbaz A, Dolatshahee B, Assadi A, Maleki F, Momeni S. Early Maladaptive Schemas in Obsessive-Compulsive Disorder and Anxiety Disorders. *Glob J Health Sci*. 2016; 8(10): 167-177.
15. Kwak KH, Lee SJ. A comparative study of early maladaptive schemas in obsessive-compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Res*. 2015; 230(3): 757-762.
16. Koerner N, Tallon K, Kusec A. Maladaptive Core Beliefs and their Relation to Generalized Anxiety Disorder. *Cogn Behav Ther*. 2015; 44(6): 441-455.
17. Pinto-Gouveia J, Castilho P, Galhardo A, Cunha M. Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cogn Ther Res*. 2006; 30(5): 571-584.
18. Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clin Psychol Rev*. 2015; 39: 30-41.
19. Pauwels E, Dierckx E, Schoevaerts K, Claes L. Early Maladaptive Schemas in Eating Disordered Patients With or Without Non-Suicidal Self-Injury. *Eur Eat Disorders Rev*. 2016; 24(5): 399-405.
20. Unoka Z, Tölgyes T, Czobor P. Early maladaptive schemas and body mass index in subgroups of eating disorders: a differential association. *Compr Psychiatry*. 2007; 48(2): 199-204.
21. Masley SA, Gillanders DT, Simpson SG, Taylor MA. A Systematic Review of the Evidence Base for Schema Therapy. *Cogn Behav Ther*. 2012; 41(3):185-202.