

## Inventário de Evitamento de Young-Rygh: Estudos de validação e estrutura factorial numa amostra da população clínica\*

Carolina Dall'Antonia da Motta<sup>1</sup>, Daniel Rijo<sup>1</sup> & José Pinto Gouveia<sup>1</sup>

Este artigo apresenta os estudos de validação do Inventário de Evitamento de Young e Rygh (*Young-Rygh Avoidance Inventory* – YRAI), bem como os estudos da estrutura factorial do mesmo, realizados numa amostra de 126 sujeitos da população clínica.

O YRAI é constituído por 40 itens, seleccionados para avaliarem diferentes tipos de processos de evitamento de esquema, sejam estes de natureza cognitiva, emocional ou comportamental, sendo proposto pelos autores a existência de 14 estratégias de evitamento diferenciadas. Os itens foram definidos a partir das estratégias de evitamento mais comumente utilizadas por doentes que realizaram Terapia Focada nos Esquemas, sobretudo indivíduos com Perturbações da Personalidade.

O YRAI revelou possuir boas características psicométricas e foi possível extrair um modelo factorial de 12 factores, cuja maioria se sobrepõe aos teoricamente definidos. Uma análise factorial de segunda ordem permitiu extrair duas dimensões principais de evitamento: Comportamental/Somático e Cognitivo/Emocional, parcialmente de acordo com o modelo conceptual proposto (Young, 1990, 1999).

**Palavras-Chave:** Evitamento de Esquema; Inventário de Evitamento de Young-Rygh; Terapia Focada nos Esquemas

---

\* Este artigo baseia-se na tese de mestrado da primeira autora intitulada “Estudos psicométricos e da estrutura factorial do YRAI”, realizada no âmbito do plano de estudos do 2º ciclo do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Quer a referida dissertação, quer o presente artigo foram financiados pelo Projecto “Estruturas Cognitivas Nucleares, Psicopatologia Sintomática e Perturbações da Personalidade” (POCI/PSI/60954/2004) da Fundação para a Ciência e Tecnologia.

<sup>1</sup> Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. (drijo@fpce.uc.pt)

## 1. Introdução

Sendo reconhecido por clínicos e investigadores de diversas orientações teóricas como uma estratégia de *coping* mal adaptativa, o evitamento pode ser descrito como a relutância em permanecer em contacto com determinadas experiências privadas (i.e., sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias, predisposições comportamentais), e está presente nas mais diversas formas de psicopatologia (Hayes Gifford, Follette e Strosahl, 1996). Pode apresentar-se sob diversas modalidades (evitamento emocional, cognitivo ou sob a forma de comportamentos de evitamento ou ainda de sintomas fisiológicos) e ser dirigido aos mais diversos estímulos ou fontes de estímulos.

Hayes *et al (idem)* conceptualizam o evitamento como uma forma de regulação emocional que pode ser eventualmente útil, mas que é problemática quando utilizada sistematicamente. Estes autores salientam que o evitamento não ocorre apenas na presença de experiências negativas, mas que pode surgir também na presença de acontecimentos positivos, como nos casos de aumento da intimidade numa relação em que uma pessoa pode sentir-se ansiosa ou querer distanciar-se, ou ainda perante sentimentos positivos que podem ser sentidos como ameaçadores por pessoas que se encontram em recuperação de um episódio depressivo. O mesmo se passa com comportamentos de índole compulsiva, obsessões, preocupações e ruminções e comportamentos aditivos, que servem como maneira de manter os “altos” e evitar os “baixos” da vida (Hayes e Feldman, 2004).

Estudos envolvendo populações clínicas e não clínicas sugerem que o evitamento não só apresenta correlações fortes com medidas de psicopatologia geral e específica, como também é um factor de vulnerabilidade e de manutenção para várias perturbações psiquiátricas (Beck, Emery e Greenberg, 1985 Hayes e Feldman, 2004 Kashdan, Barrios, Forsyth e Steger, 2006).

No caso do *abuso e dependência de substâncias*, parece existir um subgrupo de abusadores que podem ser definidos como evitantes experienciais, uma vez que o consumo de drogas é uma estratégia de modificação experiencial altamente eficaz a curto-prazo. Estes indivíduos são descritos como possuindo expectativas e crenças de que o efeito das substâncias que consomem reduzirá o stresse e aumentará o prazer sentido. Assim, consomem no intuito de manipular experiências ou emoções consideradas desagradáveis ou aversivas (Hayes *et al*, 1996; Brotchie, Hanes, Wendon e Waller, 2006).

Na área *das perturbações de ansiedade* e, por exemplo, no caso da perturbação de pânico com agorafobia, o que se teme não são os lugares em si, mas as reacções que o indivíduo terá (ou acredita vir a ter) nessas situações e, quanto mais o indivíduo adopta um estilo evitante e restritivo, maior a probabilidade de vir a desenvolver outras perturbações ansiosas ao longo do tempo. Existe ainda um crescente consenso de que, para se superar a perturbação de maneira mais eficaz, um objectivo terapêutico prioritário consiste em diminuir o evitamento para que o sujeito enfrente e aceite as sensações decorrentes do pânico. O efeito paradoxal do evitamento é compreensível no caso da perturbação obsessivo-compulsiva, quando os doentes procuram controlar os pensamentos e imagens indesejáveis e se envolvem em actividades distractoras ou rituais cada vez mais elaborados, tornando-se a perturbação obsessivo-compulsiva uma fonte de maiores restrições do que os próprios pensamentos que se procura suprimir (Hayes *et al*, 1996).

O evitamento é também um sintoma fundamental na etiologia e manutenção das *perturbações depressivas*, na medida em que a perda de motivação e o desejo intenso de evitar actividades construtivas incrementa o isolamento social do doente e a passividade do mesmo. Estabelece-se um ciclo vicioso de manutenção da sintomatologia depressiva a partir do momento em que o indivíduo deprimido se começa a ver como inadequado ou desesperado por estar isolado e inactivo.

Em situações mais intensas, particularmente em grupos de *vítimas de abuso sexual na infância*, diversos estudos sugerem que o evitamento possui um papel importante no desenvolvimento e manutenção de problemas psicológicos após a experiência da situação traumática (Cloitre, 1992; Plumb, Orsillo e Luterek, 2004).

No caso de doentes com perturbação da personalidade *borderline*, estes não só experimentam “cargas” emocionais bastante intensas, como também apresentam grande incapacidade para moderar as suas emoções e afectos negativos. Deste modo, adoptam comportamentos de evitamento auto-destrutivos e prejudiciais (abuso de substâncias, auto-mutilação, tentativas de suicídio, compras compulsivas...), para escaparem ou aliviarem os elevados níveis de afecto negativo que experimentam.

Waller (*in press*, citado em Luck, Waller, Meyer, Ussher e Lacey, 2005, p. 718), elaborou um modelo cognitivo-comportamental das perturbações do comportamento alimentar que salienta o papel dos processos esquemáticos de compensação e de evitamento.

Segundo este autor, o que diferencia as patologias alimentares restritivas das bulímicas é que, no caso da anorexia, predominam características das patologias compulsivas, enquanto no caso da bulimia nervosa, predominam características das patologias do controlo do impulso. A patologia restritiva (anorexia) é governada pela compensação do esquema, usada como estratégia de “evitamento primário do afecto”, pois este possibilita que o sujeito evite a experiência de afecto negativo que ocorre na activação do esquema. Na bulimia nervosa, por outro lado, o evitamento do esquema constitui o processo central, denominado “evitamento secundário do afecto”, uma vez que serve para que o indivíduo possa reduzir a activação que foi desencadeada. No entanto, o autor salienta que doentes restritivos podem recorrer ao evitamento secundário sempre que a compensação do esquema não é suficientemente eficaz na prevenção do evitamento primário.

A *Terapia Focada nos Esquemas* (TFE) é um modelo integrador proposto por Young e cols. a partir de 1990 (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young, Klosko e Weishar, 2003). São quatro os construtos fundamentais do modelo da TFE: Esquemas Precoces Maladaptativos (EPM), Processos de Manutenção de Esquema, Processos de Evitamento de Esquema e Processos de Compensação de Esquema (Para uma descrição mais detalhada do modelo, consultar artigo dos mesmos autores neste número). Os três tipos de processos esquemáticos são considerados disfuncionais, na medida em que contribuem para a auto-perpetuação dos EPM e impedem o indivíduo de obter informação que os infirme. Podem inclusive coexistir diversos processos esquemáticos num mesmo indivíduo ou em relação a um mesmo EPM.

A tentativa de activar e infirmar determinado EPM pode ser demasiado disruptiva para a organização cognitiva nuclear do sujeito, uma vez que os EPM constituem o núcleo do auto-conceito. Por este motivo, não é de estranhar que o indivíduo tenda a desenvolver um certo número de processos (volitivos e/ou automáticos) com vista a impedir a activação dos seus EPM.

Os *processos de evitamento do esquema* impedem a experiência de afecto disruptivo decorrente da activação dos EPM e em contrapartida, impedem o acesso a memórias, sentimentos e informações relacionadas com os mesmos. Deste modo, enquanto por um lado protegem o indivíduo do sofrimento experimentado quando determinado EPM é activado, por outro lado impedem a experiência e o processamento de informação capaz de infirmar o EPM

que está a ser evitado. Young (1990, 1999) identifica três tipos de evitamentos, em função da natureza dos mesmos: (a) *evitamento cognitivo*, que consiste no evitamento de cognições, pensamentos e imagens associados ao esquema; (b) *evitamento emocional*, que consiste no evitamento ou mesmo bloqueio das emoções e sentimentos associadas ao esquema, levando o indivíduo a experimentar as emoções de modo mais crónico, generalizado e difuso, com tendência para o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos; (c) *evitamento comportamental*, que consiste no evitamento de situações ou contextos nos quais determinado EPM seria activado. Do ponto de vista terapêutico, é importante discernir quando um determinado sintoma de um doente se deve à activação do esquema ou fundamentalmente a processos de evitamento esquemático (Young, Klosko e Weishar, 2003).

Young e colaboradores desenvolveram uma série de instrumentos de auto-resposta destinados à avaliação dos principais construtos definidos no modelo da TFE. Um deles é o Young-Rygh Avoidance Inventory – YRAI (Young e Rygh, 1994; versão portuguesa revista de Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, 2003), concebido para avaliar as várias estratégias de evitamento utilizadas pelos sujeitos. No caso concreto do YRAI, existem poucos estudos, quer sobre as suas propriedades psicométricas, quer sobre a estrutura factorial do mesmo.

Os estudos publicados com o YRAI – Spranger, Waller, e Bryant-Waugh (2001), Luck, Waller, Meyer, Ussher e Lacey (2005), e Brotchie, Hanes, Wendon e Waller (2006) –, apresentam consideráveis limitações metodológicas, quer porque dividiram os itens em diferentes subescalas a partir da análise do conteúdo dos mesmos, quer porque, no caso de Luck *et al.* (2005), os estudos da estrutura factorial foram realizados com uma amostra de doentes com perturbações do comportamento alimentar, sendo todos os indivíduos do sexo feminino. O estudo de Brotchie *et al.* (2006), enferma do problema anterior, uma vez que tratou dados referentes a doentes alcoólicos e abusadores de opiáceos, utilizando os factores empíricos extraídos por Luck *et al.* (2005). (Para uma revisão mais detalhada destes estudos, consultar artigo dos mesmos autores neste número da Revista).

O único estudo acerca da estrutura factorial do YRAI numa amostra diversificada de doentes foi realizado por Karaosmanoglu (2007), numa amostra de 701 doentes turcos. Uma análise factorial de componentes principais do YRAI permitiu extrair onze factores distintos, denominados pelo autor da seguinte forma: Bloqueio de Pensamentos, Isolamento Social, Sentimentos de Felicidade, Indiferença, Sintomas psicossomáticos, Letargia, Racionalidade

Excessiva, Bloqueio de memórias, Bloqueio da raiva, Auto-apaziguamento e Uso de Substâncias. Uma análise factorial de segunda ordem revelou existirem 2 factores distintos: Evitamento Cognitivo e Evitamento Experiencial, este último descrito como um estilo de evitamento em que o sujeito tenta evitar sentimentos dolorosos através da mudança da experiência imediata, mediante acções comportamentais ou sensorialmente estimulantes.

Os autores deste artigo realizaram um estudo sobre as características psicométricas e a estrutura factorial do YRAI numa amostra de 231 indivíduos da população geral (publicado neste número). Este estudo revelou que o YRAI possui boa consistência interna (dos itens, factores de 1ª ordem e factores de 2ª ordem), boa estabilidade temporal e a análise factorial exploratória realizada permitiu extrair 12 factores empíricos, na sua grande maioria idênticos aos factores teóricos propostos por Young (2007). Uma análise factorial de 2ª ordem tomando os 12 factores empíricos como variáveis permitiu extrair 3 factores de 2ª ordem que foram designados, a partir dos factores que os constituem, como evitamento comportamental/somático, evitamento cognitivo e evitamento emocional. Com excepção do facto de os itens que avaliam a dimensão psicossomática terem sido agrupados aos que avaliam evitamento comportamental, estas três dimensões corroboram o modelo teórico da TFE, segundo o qual existem três grandes tipos de estratégias de evitamento.

## **2. Método**

### **2.1. Objectivos**

Tendo em conta as limitações apontadas aos estudos existentes sobre o YRAI, perante a ausência de estudos publicados sobre a estrutura factorial do instrumento em amostras clínicas diversificadas e de tamanho adequado, e tendo em conta os resultados obtidos pelos autores no estudo realizado com uma amostra da população geral, estes decidiram levar a cabo um estudo numa amostra clínica.

Este trabalho tem por objectivo estudar as características psicométricas do YRAI, bem como a estrutura factorial do mesmo instrumento numa amostra clínica diversificada.

## 2.2. Participantes

Os sujeitos que fizeram parte da **amostra de doentes** ou clínica foram aqueles que foram encaminhados pelos respectivos psicólogos ou psiquiatras colaboradores no estudo e que os acompanhavam em diversas instituições de saúde mental da cidade de Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Psiquiátrico do Lorvão e Hospital Psiquiátrico de Sobral Cid. Desta amostra foram excluídos todos aqueles doentes cujo diagnóstico fornecido pelo respectivo clínico fazia parte das perturbações psicóticas e bipolares. Este grupo ficou constituído por 126 sujeitos: 39 (31%) indivíduos do sexo masculino e 87 (69%) do sexo feminino.

A **amostra geral**, ou não clínica, foi constituída por 73 sujeitos do sexo masculino (31,6%) e 158 do sexo feminino (68,4%), num total de 231 participantes, tendo os indivíduos referido não ter tido qualquer acompanhamento psiquiátrico ou psicológico nos últimos dois anos. Os dados descritivos das amostras são apresentados no Quadro 1.

**Quadro 1. Descrição das amostras**

	Doentes (n = 126)		Geral (n = 231)		t	p
	M	DP	M	DP		
<b>Idade</b>	32,92	11,406	26,94	10,469	6,202	0,013
<b>Anos de Escolaridade</b>	11,13	4,536	13,58	3,178	40,176	0,000
	N	%	N	%	$\chi^2$	p
<b>Sexo</b>						
Masculino	39	31,0%	73	31,6	,016	,899
Feminino	87	69,0%	158	68,4		
<b>Estado Civil</b>					27,41	,000
Solteiro	63	50,0%	167	72,3		
Casado	48	38,1%	46	19,9		
Divorciado	10	7,9%	4	1,7		
Viúvo	2	1,6%	1	0,4		
União de Facto	3	2,4%	13	5,6		
<b>Nível Socio-económico</b>					31,965	,000
Baixo	55	43,7%	40	17,3		
Médio	30	23,8%	59	25,5		
Alto	3	2,4%	15	6,5		
Estudante	38	30,2%	117	50,6		

Como pode ver-se no Quadro 1, a média das idades do grupo de doentes é superior à média das idades do grupo da população geral. Existem também ligeiras diferenças no que concerne a anos de escolaridade, sendo que a amostra da população geral apresenta maior número de anos de escolaridade, o que estará relacionado com uma maior percentagem de estudantes existente neste grupo (que explica as diferenças encontradas na distribuição por nível socioeconómico, em que os estudantes foram classificados como uma categoria à parte). A mesma explicação parece responder pelas diferenças encontradas na distribuição por Estado Civil. Os grupos são equivalentes na distribuição por sexo.

### **2.3. Procedimentos e instrumentos**

A recolha da informação junto dos sujeitos respeitou a ética e a deontologia inerentes à investigação. Foi facultado esclarecimento dos procedimentos e objectivos do estudo e da informação acerca do papel voluntário do participante, oralmente e/ou por escrito. As escalas foram passadas individualmente aos voluntários que constituíram a amostra, tendo sido devolvidas pessoalmente ou por via postal.

O preenchimento das escalas seguiu sempre a mesma ordem: EADS-21, YSQ-S3, DERS, YRAI e BSI. Em seguida é apresentada uma breve descrição de cada um dos instrumentos utilizados, bem como das principais características psicométricas de cada um deles.

#### **EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond e Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004)**

Esta escala é constituída por 21 itens e destina-se a avaliar a depressão, a ansiedade e o stress. O participante responde, numa escala tipo *Likert*, a cada item, em função do que lhe aconteceu na semana anterior ao preenchimento: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

Estudos realizados por Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006), numa amostra clínica de 101 indivíduos revelam que este instrumento tem propriedades adequadas para estudar estados emocionais, sendo o valor da consistência interna da escala total de 0,95 e os das subescalas de 0,90, 0,86 e 0,88, respectivamente para as subescalas de depressão, ansiedade e stress. Os resultados da análise factorial revelam a presença de apenas 2 factores, um para

depressão e um que agrupa os itens de stresse e ansiedade, ao contrário do previsto no modelo tripartido inicial. O estudo realizado por Pais-Ribeiro *et al.* (2004), numa amostra de estudantes, revelou valores semelhantes para a consistência interna e uma estrutura factorial tridimensional, embora a subescala de ansiedade fosse a menos robusta.

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

O questionário de esquemas de Young é constituído por 90 itens destinados a avaliar a presença de 18 esquemas precoces mal adaptativos. A escala de resposta é cotada de 1 a 6, desde “Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo” até “Descreve-me perfeitamente, isto é, tem, tudo a ver com o que acontece comigo”. Estudos com a versão portuguesa de 123 itens (versão anterior do YSQ) revelaram que 14 factores explicavam 49,67% da variância total. Os coeficientes alfa para os 13 EPM concordantes com as definições de Young situavam-se entre ,71 e ,95 (com a excepção do esquema de Vulnerabilidade ao mal e à doença,  $\alpha = ,67$ ) num grupo de doentes com perturbações da ansiedade (Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo e Cunha, 2006). Um estudo recente numa amostra de 1226 indivíduos da população portuguesa, utilizando o YSQ-S3 numa análise factorial confirmatória, forneceu bons indicadores para a aceitação de uma estrutura factorial de 18 factores correlacionados entre si, se forem eliminados apenas 6 dos 90 itens originais (Pinto Gouveia, Rijo, Matos e Dinis, 2008).

### **BSI – Brief Symptom Inventory (L. Derogatis, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1996).**

Largamente utilizado em contexto clínico e de investigação, o BSI é constituído por 53 itens que avaliam sintomas fisiológicos e psicológicos sentidos ao longo de uma semana. Estes são avaliados em termos de nove dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo). O BSI permite também calcular três índices globais de psicopatologia - Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos.

Este instrumento apresenta uma boa estabilidade temporal e uma validade discriminante satisfatória ao distinguir entre sujeitos não perturbados e sujeitos perturbados emocionalmente. As subescalas apresentam boa consistência interna ( $\alpha$  entre 0,7 e 0,8), sendo que apenas as escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo apresentam um valor ligeiramente inferior (Canavarro, 1999).

**DERS – Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz e Roemer, 2004a; versão portuguesa de Pinto-Gouveia e Veloso, 2007).**

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional foi concebida para avaliar diferentes dimensões da regulação emocional. Os 36 itens que constituem a escala são respondidos numa escala de 1 a 5, de acordo com a frequência com que as afirmações se aplicaram ao respondente ao longo do último mês. Estes itens são recodificados de modo que as pontuações mais altas indiquem maiores dificuldades na regulação emocional. (Gratz e Roemer, 2004b)

Esta escala apresenta alta consistência interna ( $\alpha = 0,93$  para escala total e  $\alpha > 0,80$  para todas as subescalas) e estabilidade teste-reteste ( $\rho_T = ,88$ ,  $p = < ,01$  para um intervalo de 4 a 8 semanas), bem como uma adequada validade construto e preditiva de comportamentos relacionados com desregulação emocional (frequência de abuso de parceiro íntimo ou auto-infligimento deliberado). Avalia 6 factores distintos, sendo eles (1) não-aceitação da resposta emocional, (2) dificuldades em manter o comportamento dirigido ao objectivo, (3) dificuldade em controlar os impulsos, (4) falta de consciência emocional, (5) acesso limitado às estratégias de regulação emocional e (6) falta de clareza emocional. Foi traduzida e adaptada por Veloso e Pinto-Gouveia. Num estudo com uma amostra de 431 sujeitos, o *alpha* total da escala foi de 0,904, variando os valores de consistência interna das 6 subescalas entre 0,678 e 0,865; a escala apresenta também boa fidelidade teste-reteste ( $r = 0,841$ ) (Veloso, 2007).

**YRAI – Young-Rygh Avoidance Inventory (Young e Rygh, 1994; versão portuguesa revista de Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, 2003).**

Este questionário é destinado a avaliar diversas estratégias de evitamento de esquemas, no contexto do modelo da Terapia Focada nos Esquemas. Os 40 itens que constituem a escala

podem ser respondidos numa escala tipo Likert de 1 a 6, em que o 1 corresponde ao que menos se ajusta ao caso do respondente (“Completamente falso, isto é, não tem nada a ver com o que acontece comigo”) e 6 ao maior grau de ajustamento da afirmação ao caso do respondente (“Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo”), sendo que as pontuações mais altas indicam maior evitamento esquemático (Young, Klosko e Weishar, 2003).

Segundo Young (2007), a escala mede 14 tipos diferentes de evitamento, denominados Isolamento social, Sintomas psicossomáticos, Negação de memórias, Negação da infelicidade, Distracção pela actividade, Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente, Supressão da raiva, Racionalidade Excessiva e Controlo, Abuso de Substâncias, Auto-apaziguamento (comer, comprar, etc.), Bloqueio passivo de emoções perturbadoras, Evitamento de situações perturbadoras, Evitamento através do sono/falta de energia, Distracção passiva (fantasia, sonhar acordado, ver muita TV).

A escala foi traduzida e adaptada para língua portuguesa e posteriormente revista em 2003 por Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, sendo que, até ao momento, não foi realizado nenhum estudo acerca das propriedades psicométricas ou da estrutura factorial deste instrumento em Portugal.

### **3. Resultados**

#### **3.1. Consistência interna**

O teste da fiabilidade da escala completa (40 itens) na amostra de doentes revelou uma boa consistência interna ( $\alpha$  estandardizado = ,741), e coeficientes *alpha* de Cronbach da escala variando entre ,73 e ,75 quando cada um dos itens é retirado, como se pode observar no Quadro 2. Uma vez que todos os itens apresentaram uma correlação item-total superior a ,20, todos os 40 itens que compõem a escala foram mantidos (Pestana e Gageiro, 2003). Os valores *alpha* relativos a cada um dos 12 factores empíricos são apresentados no Quadro 4.

**Quadro 2. YRAI - Estatísticas item-total e alfa se item for retirado para a amostra de doentes**

<b>Item</b>	<b>R Item-total</b>	<b>Alfa (retirando item)</b>
1	0,44	0,74
2	0,45	0,74
3	0,61	0,75
4	0,58	0,75
5	0,39	0,74
6	0,62	0,74
7	0,35	0,74
8	0,61	0,74
9	0,54	0,74
10	0,36	0,74
11	0,66	0,73
12	0,54	0,74
13	0,72	0,73
14	0,58	0,73
15	0,46	0,73
16	0,46	0,73
17	0,46	0,74
18	0,50	0,74
19	0,56	0,74
20	0,51	0,73
21	0,48	0,74
22	0,31	0,74
23	0,56	0,74
24	0,73	0,74
25	0,42	0,74
26	0,51	0,74
27	0,51	0,73
28	0,64	0,73
29	0,60	0,75
30	0,75	0,73
31	0,47	0,73
32	0,53	0,74
33	0,43	0,74
34	0,57	0,74
35	0,52	0,74
36	0,45	0,74
37	0,46	0,73
38	0,52	0,73
39	0,39	0,74
40	0,49	0,75

### 3.2. Estrutura factorial do YRAI

*Análise factorial de 1ª ordem.* As análises factoriais realizadas nesta amostra para se explorar a estrutura ortogonal ou oblíqua da escala revelaram uma baixa correlação entre os itens que saturaram num determinado factor e os restantes factores, o que indica que a escala possui uma estrutura ortogonal, ou seja, com factores pouco correlacionados entre si. Deste modo, a rotação *Varimax* foi escolhida, com o objectivo de maximizar a dispersão das saturações entre os factores e procurando que os resultados constituíssem agrupamentos mais interpretáveis (Field, 2005). O reduzido número de iterações necessárias para o cálculo da solução rodada revela também a adequação dos dados para este modelo (Pestana e Gageiro, 2003). Procedeu-se então à extracção de factores segundo o critério dos *eigenvalues* superiores a 1.

A amostra de doentes é constituída por 126 sujeitos, número inferior ao critério de amostra ideal que, para este estudo, seria uma amostra de 200 indivíduos, ou seja, 5 sujeitos para cada variável. O teste para adequabilidade da amostra KMO revela que a amostra se encontra próxima do limiar da razoabilidade para a realização da análise ( $0,584 < 0,6$ ), obrigando a que os resultados obtidos sejam encarados com alguma cautela (Pestana e Gageiro, 2003 Field, 2005). O teste de esfericidade de Bartlett revela que existem correlações significativas entre os itens, ou seja, os dados são factorabilizáveis ( $\chi^2 = 1681,495; p < 0,000$ ), pelo que os autores decidiram prosseguir com as análises.

Uma primeira solução factorial permitiu extrair 14 factores. Uma vez que os dois últimos factores explicavam uma percentagem muito baixa da variância, procurou-se restringir a extracção a 12 factores, de modo que se identificasse um número parcimonioso que explicasse a máxima variância e facilitasse a interpretação dos dados.

Nesta solução, apenas o item 35 (*A maior parte do tempo, procuro viver a minha vida sem grandes emoções*) se manteve isolado num factor inespecífico, provavelmente devido à sua formulação bastante geral e, por isso, foi eliminado da análise. A solução factorial final para esta amostra encontrada ficou então constituída por 12 factores, que explicam 65,044% da variância total. Os componentes e respectivas saturações são apresentados no Quadro 3.

**Quadro 3. Matriz de componentes rodadas**

Itens	Componentes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
30	,809											
13	,763											
20	,703											
15		,711										
10		,709										
11		,610										
38		,600										
12	,358	,369										
8			,744									
34			-,718									
29			-,712									
21			,681									
4				,778								
3				,716								
14		,442		-,468								
1				,439								
24					,864							
28					,751							
23					,715							
31						,721						
32						,693						
27						,603						
18							,789					
6							,596					
19							,491					
5								,659				
40								,589				
22								,505				
2									,726			
9									,608			
7									,567			
16									,447			
26										,704		
36										,698		
39											,835	
33											,561	
37												,648
25												-,556
17												,546

Método de extração: Análise dos Componentes Principais.  
Método de rotação: Varimax com normalização Kaiser.  
a. Rotação convergiu em 21 iterações.

Como se pode observar no Quadro 3, todos os itens apresentam saturações elevadas num

único factor ( $> 0,400$ ), sendo as únicas excepções os itens 12 e 14, que saturam em dois factores.

Através da leitura dos itens agrupados nos diferentes factores, procedeu-se a atribuição de designações de acordo com o tema comum subjacente, tendo também em conta o modo como os itens se agruparam na solução factorial obtida na amostra da população geral (cf. artigo dos mesmos autores neste número da revista), e procurando ainda atender à distribuição teórica dos itens proposta por Young (2007). O Quadro 4 apresenta os 12 factores e respectivas designações, identificando os itens que constituem cada factor. Neste quadro estão também incluídos os valores dos *alphas* de Cronbach de cada um dos factores empíricos.

**Quadro 4. Factores empíricos da amostra da população clínica e respectivas consistências**

<b>Nome dos factores e respectivos itens</b>
<p><b>F1 – Isolamento social (<math>\alpha = 0,77</math>)</b>                      30 - Isolo-me quando estou triste.                      13 - Isolo-me quando estou zangado(a).                      20 - Afasto-me das pessoas quando me sinto magoado(a).</p>
<p><b>F2 – Sintomas psicossomáticos (<math>\alpha = 0,71</math>)</b>                      15 - Sofro de dores musculares.                      10 - Sofro de problemas gastrointestinais (p. ex. indigestão, úlcera, colite, etc).                      11 - Sinto-me entorpecido(a).                      38 - Sinto-me fisicamente doente quando as coisas não me correm bem.                      12 - Tenho muitas vezes dores de cabeça.</p>
<p><b>F3 – Bloqueio de Memórias da Infância (<math>\alpha = 0,72</math>)</b>                      8 - Não sinto grande coisa quando recordo a minha infância.                      34 - Sou uma pessoa com sorte por ter tido uns pais tão bons.                      29 - Tive uma infância muito feliz.                      21 - Não me lembro de grande coisa acerca da minha infância.</p>
<p><b>F4 – Negação da infelicidade (<math>\alpha = 0,64</math>)</b>                      4 - Raramente me sinto triste ou neura.                      3 - Sinto-me feliz a maior parte do tempo.                      14 - Não tenho tanta energia como a maioria das pessoas da minha idade.                      1 - Tento não pensar em coisas que me perturbam.</p>
<p><b>F5 – Distracção pela actividade (<math>\alpha = 0,76</math>)</b>                      24 - Procuo estar sempre ocupado(a) para não me sentir aborrecido(a).                      28 - Sinto-me melhor se me mantiver constantemente ocupado(a), sem ter muito tempo para pensar.                      23 - Sinto-me melhor quando ando de um lado para o outro; não gosto de estar muito tempo parado(a).</p>

**F6 – Não pensar em coisas perturbadoras intencionalmente ( $\alpha = 0,61$ )**

- 31 - As pessoas dizem que pareço uma avestruz com a cabeça debaixo da areia (por outras palavras, tento não pensar em coisas que me desagradam).  
32 - Tenho tendência a não pensar sobre as minhas perdas ou desapontamentos.  
27 - Tento não pensar acerca de memórias dolorosas do meu passado.

**F7 – Supressão da raiva ( $\alpha = 0,61$ )**

- 18 - Não consigo antipatizar fortemente com ninguém.  
6 - Acredito que não devo ficar zangado(a), mesmo com pessoas de quem não gosto.  
19 - A minha filosofia quando alguma coisa corre mal é pô-la o mais rapidamente para trás das costas e seguir em frente.

**F8 – Racionalidade excessiva e controlo ( $\alpha = 0,38$ )**

- 5 - Valorizo mais as razões do que as emoções (guio-me mais pela cabeça que pelo coração).  
40 - Não me preocupo com o que os outros pensam de mim.  
22 - Faço sesta ou durmo bastante durante o dia.

**F9 – Abuso de Substâncias ( $\alpha = 0,50$ )**

- 2 - Bebo álcool para me acalmar.  
9 - Fumo quando estou aborrecido (a).  
7 - Uso drogas para me sentir melhor.  
16 - Vejo muita TV quando estou sozinho(a).

**F10 – Auto-apaziguamento ( $\alpha = 0,45$ )**

- 26 - Quando estou aborrecido(a), como para me sentir melhor.  
36 - Muitas vezes compro coisas que não preciso, para levantar o ânimo.

**F11 – Bloqueio de emoções perturbadoras ( $\alpha = 0,53$ )**

- 39 - Quando as pessoas me abandonam ou morrem, não me perturbo muito.  
33 - Mesmo quando a situação parece justificar emoções fortes, muitas vezes não sinto nada.

**F12 – Evitamento de situações perturbadoras ( $\alpha = 0,28$ )**

- 37 - Tento não me meter em situações difíceis ou que me fazem sentir desconfortável.  
25 - Passo a maior parte do tempo a sonhar acordado(a).  
17 - Acredito que se deve usar a cabeça para controlar as emoções.
-

O Quadro 5 compara a estrutura factorial obtida neste estudo com os factores teóricos e respectivos itens propostos por Young (2007). Como pode observar-se, existe uma sobreposição considerável entre os factores e os itens que os constituem. Salienta-se o facto de alguns itens se repetirem em diferentes dimensões na solução teórica proposta pelo autor, como é o caso dos itens 9, 13 e 40. Estão destacados a itálico os itens que, na solução empírica e na proposta teórica, correspondem aos mesmos factores.

**Quadro 5. Comparação entre factores hipotéticos e empíricos do YRAI**

<b>Factores hipotéticos</b>	<b>Factores empíricos (doentes)</b>
Isolamento social <i>13 – 20 – 30</i>	F1 – Isolamento social <i>13 – 20 – 30</i>
Sintomas psicossomáticos <i>10 – 12 – 15 – 38</i>	F2 – Sintomas psicossomáticos <i>10 – 11 – 12 – 15 – 38</i>
Negação de memórias <i>8 – 21 – 27</i>	F3 – Negação de memórias da infância <i>8 – 21 – 29 – 34</i>
Negação da infelicidade <i>3 – 4 – 29 – 34</i>	F4 – Negação da infelicidade <i>1 – 3 – 4 – 14</i>
Distracção pela actividade <i>23 – 24 – 28</i>	F5 – Distracção pela actividade <i>23 – 24 – 28</i>
Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente <i>1 – 31 – 32</i>	F6 – Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente <i>31 – 32 – 27</i>
Supressão da raiva <i>6 – 13 – 18</i>	F7 – Supressão da raiva <i>6 – 18 – 19</i>
Racionalidade Excessiva e Controlo <i>5 – 17 – 19 – 35 – 40</i>	F8 – Racionalidade excessiva e controlo <i>5 – 40 – 22</i>
Abuso de Substâncias <i>2 – 7 – 9</i>	F9 – Abuso de Substâncias <i>2 – 7 – 9 – 16</i>
Auto-apaziguamento (comer, comprar, etc.) <i>9 – 26 – 36</i>	F10 – Auto-apaziguamento <i>26 – 36</i>
Bloqueio passivo de emoções perturbadoras <i>11 – 33 – 39 – 40</i>	F11 – Bloqueio de emoções perturbadoras <i>33 – 39</i>
Evitamento de situações perturbadoras <i>37</i>	F12 – Evitamento de situações perturbadoras <i>17 – 25 – 37</i>
Evitamento através do sono/falta de energia <i>14 – 22</i>	
Distracção passiva (fantasia, sonhar acordado, TV) <i>16 – 25</i>	Item omitido: 35

**Análise factorial de 2ª ordem.** Realizou-se também uma análise factorial de 2ª ordem para esta solução empírica, no sentido de testar o modelo teórico que propõe a existência de três grandes dimensões de evitamento subjacentes aos factores empíricos: evitamento comportamental, cognitivo e emocional. A solução obtida, explicando 55,54% da variância total, é apresentada no Quadro 6.

**Quadro 6. Matriz de componentes rodadas para os factores de 2ª ordem (a)**

Factores empíricos	Componentes			
	1	2	3	4
F2 Sintomas Psicossomáticos	,787			
F1 Isolamento Social	,723			
F 12 Evitamento de situações perturbadoras	,668			
F4 Negação da infelicidade		,774		
F7 Supressão da raiva		,737		
F6 Não pensar em coisas perturbadoras intencionalmente		,541		
F9 Abuso de substâncias			,664	
F3 Bloqueio de memórias da infância			,585	
F10 Auto-apaziguamento			,562	
F11 Bloqueio de emoções perturbadoras			,522	
F8 Racionalidade excessiva e controlo				-,711
F5 Distracção pela actividade				,652

Método de extracção: Análise dos Componentes Principais.

Método de rotação: Varimax com normalização Kaiser.

a. Rotação convergiu em 8 iterações.

Procurando interpretar os componentes resultantes da análise de segunda ordem, o factor 1 pode ser designado como *evitamento comportamental/somático*, na medida em que agrupa factores de primeira ordem que traduzem evitamento comportamental e sintomas psicossomáticos. O factor 2 é designado por *evitamento emocional/cognitivo*, uma vez que agrupa factores cujos itens traduzem sobretudo estratégias de bloqueio emocional e apenas o factor “Não pensar em coisas perturbadoras intencionalmente” inclui itens que traduzem evitamento cognitivo. O factor 3 inclui um misto de factores de primeira ordem que parecem traduzir o evitamento por recurso ao consumo de substâncias, ao uso da comida e da aquisição de bens materiais para regulação emocional, bem como o bloqueio de emoções e memórias perturbadoras. Sendo assim, os autores decidiram designá-lo como *evitamento por consumos/bloqueio cognitivo-emocional*. Finalmente, o factor 4 parece traduzir o evitamento por recurso ao controlo excessivo e à distração por sobreocupação, pelo que foi designado como *controlo e distração*.

### 3.3 Validade convergente

No Quadro 8 são apresentadas as correlações entre os valores do total do YRAI e os valores totais do YSQ-S3, do BSI (Índice Geral de Sintomas, IGS) e da DERS. Quanto à

Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), foram calculadas as correlações entre o total do YRAI e os totais de cada uma das subescalas que a constituem. O valor da correlação entre o total do YRAI e o total do YSQ-S3 é moderado. As correlações entre o total do YRAI e as pontuações globais ou dimensões das restantes escalas são fracas. No entanto, todas as correlações são no sentido previsto de variação, sugerindo que, por exemplo, a maior pontuação no questionário de esquemas está associada maior pontuação no YRAI.

**Quadro 8. Correlações entre o total do YRAI e o total da DERS, do BSI-IGS, do YSQ-S3 e dimensões da EADS-21 (n = 88)**

	YSQ-S3	BSI - IGS	DERS	EADS-21		
				ANSIEDADE	DEPRESSÃO	STRESS
<b>YRAI</b>	,477(**)	,331(**)	,391(**)	,277(**)	,280(**)	,312(**)

\*\* .  $p < 0,01$  (bi-caudal).

Foram também calculadas as correlações entre os factores empíricos do YRAI e os factores ou dimensões específicas das várias escalas e questionários utilizados. Em seguida são apresentados os dados mais relevantes.

### **YRAI e YSQ-S3**

Apesar do YRAI não ter sido construído para avaliar processos de evitamento associados a EPM específicos, é interessante constatar que foram encontradas algumas associações entre determinados EPM e determinados factores empíricos do YRAI. O EPM de Abandono apresenta um  $r = 0,476$  com Factor 1 – Isolamento Social, não apresentando correlações significativas ou expressivas com nenhum dos restantes factores. O EPM de Isolamento Social apresenta um padrão de correlações idêntico com os factores do YRAI, sendo a correlação com o Factor 1 – Isolamento Social de 0,382. O EPM de Dependência/Incompetência funcional apresenta uma correlação moderada com o Factor 2 – Sintomas Psicossomáticos ( $r = 0,398$ ). O EPM de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença apresenta correlações moderadas com o Factor 2 – Sintomas Psicossomáticos ( $r = 0,576$ ), com o Factor 1 – Isolamento Social ( $r = 0,442$ ), e com o Factor 12 – Evitamento de Situações Perturbadoras ( $r = 0,411$ ). O EPM de Auto-Sacrifício apresenta um  $r = 0,406$  com o Factor 2

– Sintomas Psicossomáticos e o EPM de Inibição Emocional apresenta uma correlação de ,502 com o Factor 11 – Bloqueio de Emoções Perturbadoras. O EPM de Auto-Controlo Insuficiente apresenta também uma correlação moderada ( $r = 0,417$ ) com o Factor 1 – Isolamento Social. O EPM de Pessimismo apresenta também correlações moderadas com os Factor 1 – Isolamento Social ( $r = 0,491$ ) e com o Factor 2 – Sintomas Psicossomáticos ( $r = 0,468$ ).

Todas as correlações aqui referidas são significativas ( $p < 0,01$ ). Ainda que moderadas, as correlações referidas parecem traduzir padrões específicos de associação entre determinadas estratégias de evitamento e determinados EPM.

É também relevante observar a ausência de correlações significativas entre os EPM de Fracasso e de Grandiosidade e qualquer um dos 12 factores do YRAI. Tal facto pode significar que ambos os esquemas tendem a ser mantidos por processos de compensação e de manutenção (Young, Klosko e Weishar, 2003), mais do que por processos de evitamento.

#### **YRAI e BSI**

A maior associação encontrada foi, como seria de esperar, entre o Factor 2 - Sintomas Psicossomáticos e a dimensão Somatização do BSI ( $r = 0,582$ ), temática comum a ambos inventários. O Factor 2 também apresenta correlações moderadas com as dimensões do BSI: Obsessão-compulsão ( $r = 0,490$ ,  $p < 0,01$ ), Ansiedade ( $r = 0,486$ ,  $p < 0,01$ ) e Depressão ( $r = 0,430$ ,  $p < 0,01$ ).

O Factor 7 – Supressão da Raiva, apresenta uma correlação de  $-0,231$  ( $p < 0,05$ ), com a dimensão Hostilidade do BSI. Ainda que fraca, é curioso constatar que a relação ocorre no sentido previsto.

O Factor 1 - Isolamento Social apresenta uma correlação de  $0,470$  ( $p < 0,01$ ), com a subescala de Depressão do BSI e o Factor 12 – Evitamento de Situações Perturbadoras apresenta uma correlação de  $0,368$  ( $p < 0,01$ ) com a subescala Obsessão-compulsão do BSI.

#### **YRAI e EADS-21**

As correlações significativas encontradas entre as dimensões destas escalas variam entre  $r = 0,502$  (moderada) e  $r = 0,218$  (fraca). As correlações mais elevadas com as três subescalas da EADS-21 (Stresse, Ansiedade e Depressão), ocorrem com os factores F1 - Isolamento Social e F2 - Sintomas Psicossomáticos.

**YRAI e DERS**

O Factor 1 – Isolamento Social apresenta correlações significativas que variam entre 0,350 e 0,500 com todas as dimensões da DERS, a excepção da dimensão “Falta de consciência das emoções”, com a qual não existe uma correlação significativa. Curiosamente, esta mesma dimensão da DERS apresenta uma correlação significativa, ainda que moderada ( $r = -0,363$ ) com o Factor 4 – Negação da Infelicidade. Outra associação curiosa ocorre entre o Factor 12 – Evitamento de Situações Perturbadoras e a dimensão “Não aceitação da resposta emocional” da DERS ( $r = 0,427$ ;  $p < 0,000$ ).

**3.4. Validade discriminante**

Realizaram-se testes *t* comparando as duas amostras (geral e de doentes), de modo a avaliar a capacidade do YRAI (total e factores) para discriminar entre sujeitos com e sem psicopatologia. O Quadro 9 apresenta os valores dos testes *t*, sendo que os factores empíricos do YRAI são os que resultaram da análise factorial realizada na amostra de doentes. No total do YRAI, a amostra de doentes obteve uma pontuação média superior à da amostra da população geral. Quanto aos factores empíricos, as médias da amostra de doentes são maiores para o Factor 1 – Isolamento social, o Factor 2 – Sintomas Psicossomáticos, o Factor 5 – Distracção pela Actividade, e o Factor 12 – Evitamento de Situações Perturbadoras. No Factor 4 – Negação da Infelicidade e no Factor 7 – Supressão da Raiva, a média da amostra geral é superior à da amostra clínica. Nos restantes factores, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

**Quadro 9. Estatísticas e testes t dos grupos clínico e não clínico para solução factorial obtida na amostra clínica.**

Factores Empíricos	Geral (n = 231)		Doentes (n = 126)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
F1 Isolamento Social	3,3131	1,21089	4,0291	1,34132	-5,137	,000
F2 Sintomas psicossomáticos	1,9628	0,76272	2,9381	1,12867	-8,679	,000
F3 Negação de memórias da infância	3,2132	0,66246	3,0833	0,75033	1,688	,072
F4 Negação da infelicidade	3,1861	0,69547	3,0000	0,77974	2,238	,026
F5 Distracção pela actividade	3,6580	1,20343	3,9788	1,24061	-2,381	,018
F6 Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente	2,6724	1,01103	2,6243	1,10110	,416	,678
F7 Supressão da raiva	3,3117	1,04812	3,0397	1,15747	2,258	,025
F8 Racionalidade excessiva e controlo	2,6984	0,83577	2,8280	1,04880	-1,196	,233
F9 Abuso de substâncias	1,8539	0,69040	2,0298	0,91521	-1,884	,061
F10 Auto-apaziguamento	2,2554	1,07831	2,4603	1,25953	-1,543	,124
F11 Bloqueio de emoções perturbadoras	1,9221	0,96481	1,9563	1,08078	-,307	,759
F12 Evitamento de situações perturbadoras	3,5887	0,99840	3,9312	0,88776	-3,218	,001
<b>YRAI Total</b>	<b>111,20</b>	<b>18,011</b>	<b>120,05</b>	<b>18,715</b>	<b>-4,373</b>	<b>,000</b>

Relativamente aos factores de segunda ordem obtidos a partir destes 12 factores, as pontuações das duas amostras distinguem-se significativamente no factor Evitamento comportamental/somático ( $t = -7,676$ ,  $p = 0,000$ ) e Controlo e Distracção ( $t = -2,638$ ,  $p = 0,009$ ). Na dimensão Evitamento comportamental/somático, a amostra de doentes pontuou mais alto do que o grupo da população geral ( $M = 3,632$   $DP = 0,870$  para a amostra de doentes por comparação com  $M = 2,954$   $DP = 0,754$  para o grupo de normais). Na dimensão Controlo e Distracção, da mesma maneira, a amostra de doentes pontuou mais do que a amostra da população geral ( $M = 3,40$  e  $DP = 0,782$  para a amostra de doentes, por comparação com  $M = 3,17$  e  $DP = 0,764$  para amostra geral).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as amostras nos factores Evitamento emocional/cognitivo e Consumos/Bloqueio cognitivo-emocional. Estes dados, a serem confirmados em novos estudos, podem significar que o recurso a determinadas estratégias de evitamento ocorre tanto em sujeitos com psicopatologia como em sujeitos da população geral, enquanto outras estratégias de evitamento parecem estar mais fortemente associadas a psicopatologia. Por exemplo, o recurso a estratégias de evitamento cognitivo e emocional, pelo menos com determinada intensidade e frequência, pode ser adaptativo, enquanto que as estratégias de evitamento comportamental/somático e de controlo e

distracção, a partir de determinada intensidade e/ou frequência de uso podem ser disfuncionais.

#### 4. Discussão

Os resultados obtidos neste primeiro estudo com uma amostra clínica diversificada revelam que o YRAI é um instrumento de auto-resposta adequado para a avaliação de diversos tipos de evitamento na população clínica, constituindo-se como uma medida de auto-resposta capaz de fornecer um indicador global do grau de evitamento do sujeito ou doente, permitindo também precisar quais os tipos de estratégias de evitamento mais utilizadas pelos doentes e que devem ser alvo de trabalho terapêutico.

O inventário possui boa consistência interna, quer no que se refere ao total da escala, quer no que se refere à grande maioria dos factores empíricos que a constituem.

Em relação à estrutura factorial resultante da análise factorial exploratória realizada, é de destacar que emergiram 12 factores empíricos largamente sobreponíveis aos factores teóricos hipotetizados por Young (2007), e também com correspondência aos obtidos por Karaosmanoglu (2007). Dois dos factores teoricamente propostos - Evitamento através do sono/ falta de energia; Distracção passiva - não emergiram na análise factorial realizada, tendo os seus itens sido distribuídos por outros factores empíricos, tal como tinha acontecido com o estudo factorial exploratório do YRAI na amostra da população geral (cf. artigo dos mesmos autores neste número). Como foi referido, a solução factorial de primeira ordem encontrada foi obtida eliminando apenas 1 dos 40 itens que constituem o inventário, enquanto na análise factorial da amostra geral tinha sido necessário eliminar 4 dos itens. Cabe ainda salientar que os factores empíricos obtidos na amostra de doentes são bastante equilibrados no que se refere ao número de itens que os constituem (a maioria dos 12 factores é constituída por 3, 4 ou 5 itens cada).

Como foi anteriormente referido, o modelo teórico subjacente ao desenvolvimento do YRAI (Young, 1990; Young e Lindemann, 1992; Young, Klosko e Weishaar, 2003), propõe a existência de 3 tipos de processos de evitamento em função da natureza dos mesmos: evitamento cognitivo, evitamento emocional e evitamento comportamental. A análise factorial de 2ª ordem realizada na amostra de doentes permitiu a emergência de 4 factores distintos que, em função dos factores empíricos que os constituem, foram designados pelos

autores como: Comportamental/Somático, Cognitivo/Emocional, Evitamento por Consumos/Bloqueio Cognitivo-Emocional e Controlo e Distracção. Estes resultados apenas corroboram parcialmente o modelo teórico proposto. Tal como no estudo com a amostra normal, as dimensões de evitamento associadas a sintomas psicossomáticos, que teoricamente são propostas como integrantes da estratégia de evitamento emocional, surgem aqui agrupadas aos factores de evitamento de natureza comportamental. Os restantes factores de segunda ordem agrupam estratégias de evitamento de diversa natureza, sendo curioso constatar que o quarto factor agrupa estratégias de controlo e distracção activa, que a nossa experiência clínica mostra estarem frequentemente associadas. A solução factorial de segunda ordem é discrepante em relação aos estudos de Luck *et al.* (2005), e de Karaosmanoglu (2007), que apresentam apenas duas dimensões de segunda ordem. Tendo em conta o tamanho da amostra utilizada, é possível que esta tenha constituído uma limitação à obtenção de resultados mais favoráveis, pelo que outros estudos envolvendo amostras maiores da população clínica devem ser realizados de modo a confirmar ou infirmar estes resultados.

No que respeita à validade convergente, os resultados corroboram a hipótese de que maiores níveis de evitamento estão associados a psicopatologia mais intensa, maior prevalência de EPM e maiores dificuldades da regulação emocional, sendo que os factores do YRAI que maiores associações apresentam com medidas de psicopatologia e dificuldades de regulação emocional são os factores Isolamento social, Sintomas psicossomáticos e Evitamento de situações perturbadoras. No entanto, a força das associações encontradas entre o total do YRAI e os totais ou dimensões dos outros instrumentos utilizados para estabelecer a validade convergente é moderada.

O total do YRAI mostrou ser capaz de distinguir entre indivíduos doentes e indivíduos da população normal. Surgiram alguns dados curiosos no estudo da validade discriminante do instrumento. Alguns factores do YRAI (nomeadamente o Isolamento Social, Sintomas Psicossomáticos, Distracção pela Actividade e Evitamento de Situações Perturbadoras), apresentam valores médios mais elevados na amostra clínica, enquanto outros (nomeadamente Negação da Infelicidade e Supressão da Raiva), apresentam valores médios mais elevados na amostra da população geral, acontecendo ainda que nos restantes factores não existem diferenças significativas entre os grupos. Estes dados implicam também que

alguns factores de segunda ordem diferenciem os grupos enquanto noutros não existam diferenças estatisticamente significativas.

Importa salientar que este estudo não se encontra livre de limitações metodológicas. Para além do tamanho da amostra que, como anteriormente referido, desejavelmente deveria ser maior, o diagnóstico dos sujeitos que integraram a amostra clínica foi fornecido pelos clínicos que acompanhavam os doentes, o que impediu uma análise mais detalhada dos resultados obtidos com o YRAI em função do tipo ou grupos de psicopatologia. Futuras investigações, podendo colher informação estruturada sobre o diagnóstico clínico e a gravidade da perturbação, poderão aprofundar o estudo da associação entre (determinadas) estratégias de evitamento e quadros ou grupos específicos de psicopatologia.

Tratando-se do primeiro estudo de natureza factorial do YRAI numa amostra portuguesa da população clínica, os resultados encontrados deverão ser confirmados por outros estudos do mesmo tipo. Tendo em conta as limitações conhecidas da metodologia da análise factorial exploratória, futuros estudos sobre a estrutura factorial do instrumento deverão recorrer a análises factoriais confirmatórias, a fim de validar o modelo factorial subjacente ao inventário. Deverão também testar a hipótese de existirem associações específicas entre determinadas estratégias de evitamento e quadros específicos de psicopatologia, bem como a hipótese de existirem associações específicas entre determinados esquemas precoces mal adaptativos e determinados tipos de evitamento de esquema.

Para além de corroborar o modelo teórico de Young e colaboradores (Young, 1990; Young e Lindemann, 1992; Young, Klosko e Weishaar, 2003), que propõe a existência de determinado número de estratégias de evitamento de esquemas (na medida em que os factores empíricos de primeira ordem agrupam de forma consideravelmente consistente os itens teoricamente propostos), os resultados obtidos neste estudo permitem uma utilização do YRAI mais precisa do que aquela que tem vindo a ser feita. Disponibilizando um instrumento de investigação na sua versão portuguesa autorizada, oferece também orientações para uma utilização mais rigorosa do YRAI em contexto clínico e de investigação.

## Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais— text review*. (4<sup>a</sup> ed.) Lisboa: Climepsi.
- Apóstolo, J. L., Mendes, A. C. & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stresse Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Brothie, J., Hanes, J., Wendon, P & Waller, G. (2006). Emotional avoidance among alcohol and opiate abusers: the role of schema-level cognitive processes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 231–236.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I.. In Simões, M. R., Gonçalves, M., & Almeida, L. S. (Eds). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Vol. II, pp. 95-108. Braga: APPORT/SHO
- Cloitre, M. (1992). Avoidance of emotional processing: a Cognitive Science perspective. In Stein, D. & Young, J. E. (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 20-42). London: Academic Press.
- Derogatis, L. (1982). *Brief Symptom Inventory*. Versão portuguesa de Canavarro, 1996.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004a). *Difficulties in Emotion Regulation Scale*. Versão portuguesa de Pinto-Gouveia e Veloso, 2007.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004b) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1) 41-54.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes, A. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of Mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262.

- Karaosmanoglu, A. (Julho de 2007). The nature of *coping*: the perspectives of avoidance and overcompensation [Abstract]. Obtido de *V World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies Abstracts*.
- Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J. & Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with *coping* and emotion regulations strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M. & Lacey, H. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 717-732.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 229-239.
- Pestana, M. & Gajeiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pinto Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584.
- Pinto Gouveia, J., Rijo, D., Matos, M. & Dinis, A. (2008). Confirmatory factor structure analysis of the YSQ-S3 in a large Portuguese normal subjects sample. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14 (2), 180.
- Plumb, J., Orsillo, S. & Luterek, J. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 245-257.
- Sloan, D. (2004). Emotion regulation in action: emotional reactivity in experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1257-1270.
- Spranger, S. C., Waller, G., & Bryant-Waugh, R. (2001). Schema avoidance in bulimic and non-eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 302-306.
- Veloso, M. J. (2007). *Estratégias e dificuldades na regulação emocional: Implicações na expressividade emocional, qualidade de vida e psicopatologia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire S3*, versão portuguesa traduzida e adaptada por Pinto Gouveia, Fonseca & Salvador, 2006.
- Young, J. E. (2007). *Young-Rygh Avoidance Inventory: Informal clinical scoring instructions*, acessado em Novembro de 2007, de Schema Therapy Home Page. Website: <http://www.schematherapy.com/id113.htm>
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Young, J. E. & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1(6), 11-23.
- Young, J. E. & Rygh, J. (1994). *Young-Rygh Avoidance Inventory*. Versão portuguesa de Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, 2003.

### **Young-Rygh Avoidance Inventory: Validation and factor structure studies on a Portuguese clinical sample**

This paper presents the Young & Rygh Avoidance Inventory (YRAI) validation and factor structure studies on a clinical sample of 126 Portuguese subjects.

The YRAI is a self-report inventory made of 40 items, selected in order to assess different types of schema avoidance processes. The authors suggest the existence of 14 different avoidance strategies that can be cognitive, emotional or behavioral. The items were chosen among the most frequent avoidance strategies being used by patients doing Schema Focused Therapy, namely people suffering from personality disorders.

The YRAI showed to possess good psychometric properties and it was possible to extract 12 avoidance factors, being the majority of these consistent with the ones theoretically proposed. A second order factor analysis revealed two major avoidance dimensions: Behavioral/Somatic and Cognitive/Emotional, accordingly to the conceptual model developed by Young (1990, 1999).

**Key-Words:** Schema avoidance; Young-Rygh Avoidance Inventory; Schema Focused Therapy

## **Le Inventorie de Evitement de Young et Rygh: études de validation e la structure factoriel dans un échantillon de la population clinique**

Ce travail présente les études de validation de l'Inventorie de Evitement de Young et Rygh (*Young-Rygh Avoidance Inventory* – YRAI), et les études sur la structure factorielle de cet instrument sur un échantillon de 126 sujets de la population clinique.

L'YRAI est composé par 40 items, lesquels ont été sélectionnés dans le but de faire l'évaluation des différents types de processus d'évitement de schéma qu'ils soient de nature cognitive, émotionnelle ou bien comportemental. Les auteurs suggèrent l'existence de 14 stratégies différentes d'évitement et les items ont été établis à partir de stratégies les plus souvent utilisées par des patients, surtout les patients avec des troubles de la personnalité.

L'YRAI est un instrument avec bonnes propriétés psychométriques et il a été possible d'extraire de cette étude un modèle factoriel de 12 facteurs, la majorité dans ces facteurs est en accord avec les facteurs théoriquement proposées. Une analyse factorielle de deuxième ordre a permis de mettre en relief deux dimensions d'évitement : Comportementale/Somatique et Cognitive/Emotionnelle, ce qui est partiellement en accord avec le modèle conceptuel proposée par Young (1990, 1999).

**Mots-Clés:** Évitement du Schéma ; Inventorie de l'Evitement de Young et Rygh ; Thérapie des Schémas