



UC/FPCE \_2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Mudança clínica em variáveis cognitivas e emocionais subjacentes ao comportamento anti-social: os efeitos do GPS em contexto prisional**

João Pedro Azinheira Ramos (e-mail: j.ramos24@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de especialização em Intervenções Cognitivo-comportamentais nas Perturbações Psicológicas e da Saúde sob a orientação do Professor Doutor Daniel Maria Bugalho Rijo

Investigação realizada no âmbito do Projecto de I&D “Gerar Percursos Sociais, um programa de prevenção e reabilitação para indivíduos com comportamento social desviante: estudos de eficácia em amostras forenses” (PTDC/PSI-PCL/102165/2008), financiado pela FCT e sediado no CINEICC, numa parceria com a DGRS e a DGSP

## **Mudança clínica em variáveis cognitivas e emocionais subjacentes ao comportamento anti-social: os efeitos do GPS em contexto prisional**

### Resumo

As intervenções que procuram diminuir as taxas de reincidência criminal e o comportamento anti-social têm sido alvo de diversos estudos que pretendem apurar a magnitude dos efeitos nos factores que mantêm e predis põem os indivíduos para o desvio. De acordo com a literatura, as intervenções mais eficazes possuem um conjunto de métodos e materiais conceptualizados em determinados formatos pré-definidos que se denominam de programas. Destes, os que apresentam resultados mais positivos no sistema de justiça criminal são baseados no modelo cognitivo-comportamental (McGuire, 2001, 2006, 2008).

A presente investigação propôs-se a avaliar a eficácia do GPS – *Gerar Percursos Sociais* (Rijo et al., 2007) na reabilitação psicossocial de reclusos do sexo masculino. Este é um programa multimodal de grupo que visa a reabilitação de indivíduos com comportamento anti-social. Decorre em pequenos grupos, de 8 a 12 participantes, ao longo de 40 sessões semanais, e inclui 5 módulos sequenciais. Baseado num referencial teórico cognitivo-interpessoal (Bernstein, Arntz, & Vos, 2007; Safran & Segal, 1990; Young, 2003), o GPS foca-se nas mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais, assumindo como objectivo final a modificação de crenças disfuncionais subjacentes ao comportamento anti-social (Bernstein et al., 2007).

A amostra compreendeu 48 reclusos, encontrando-se sub-dividida em dois grupos, um experimental (GE) e outro de controlo (GC), ambos com 24 indivíduos. Num primeiro estudo, pretendeu-se avaliar mudanças cognitivas ao nível dos processos cognitivos e dos esquemas nucleares de auto-representação nos indivíduos que participaram no programa. Num segundo estudo, procurou-se testar se a frequência do programa contribuiu para induzir mudanças emocionais e cognitivas, nomeadamente ao nível da raiva, da paranóia e da vergonha externa.

Em geral, os indivíduos do GE mostram uma redução significativa no uso de distorções cognitivas, no endosso de crenças nucleares disfuncionais, na experiencição de raiva e de vergonha externa, e um menor recurso a crenças paranóides (paranóia) comparativamente aos indivíduos do GC e, ao mesmo tempo, mostram menos deteriorações clínicas nas variáveis em estudo. Estes resultados apoiam o pressuposto de que o GPS é eficaz na promoção de mudanças cognitivas e emocionais nos reclusos, estando associado a melhorias significativas no seu funcionamento psicológico e social que, em última análise, contribuem para validar as variáveis trabalhadas pelo programa, bem como as suas metodologias – estratégias comportamentais, cognitivas e de activação emocional.

Palavras chave: Gerar Percursos Sociais, comportamento anti-social,

esquemas mal adaptativos precoces, distorções cognitivas, raiva, paranóia, vergonha externa, Reliable Change Index

### **Clinical change in cognitive and emotional variables underlying anti-social behavior: GPS's effects in a prison context**

#### Abstract

Interventions aiming to reduce rates of criminal recidivism and antisocial behavior have been the subject of several studies that intend to investigate the magnitude of the effects on the factors that maintain and predispose individuals to deviation. According to the literature, the most effective interventions have a number of methods and materials conceptualized in certain predefined formats that are known as programs. Of these, those with more positive results in the criminal justice system are based on the cognitive-behavioral model (McGuire, 2001, 2006, 2008).

The present research aimed to evaluate the effectiveness of the GPS – *Growing Pro-Social* (Rijo et al) in the psychosocial rehabilitation of male prison inmates. This is a multimodal group program, designed for the rehabilitation of individuals with antisocial behavior. It is run in small groups, from 8 to 12 participants, along 40 weekly sessions, and it includes 5 sequential modules. Based on a cognitive-interpersonal theoretical framework (Bernstein, Arntz, & Vos, 2007; Safran & Segal, 1990; Young, 2003), GPS focuses on cognitive, emotional and behavioral changes, assuming as ultimate goal the modification of dysfunctional core beliefs underlying anti-social behavior (Bernstein et al., 2007).

The sample consisted of 48 adult male prison inmates, randomly assigned to two groups, a treatment (TG) and a control one (CG), both with 24. Two different studies were conducted. The first study aimed to evaluate cognitive changes at the level of cognitive processes and core self-representation schemas in the individuals who participated in the program. The second study sought to test whether the frequency of the program contributed to induce emotional and cognitive changes, namely, in terms of anger, paranoia and external shame.

In general, TG individuals showed a significant reduction in the use of cognitive distortions, the endorsement of dysfunctional core beliefs, in experience of anger and external shame, and a decreased reliance on paranoid beliefs (paranoia) in comparison with the subjects of the CG and, at the same time, showed less clinical deterioration on the studied variables. These outcomes support the idea that GPS is effective in promoting cognitive and emotional changes in prison inmates, being associated with significant improvements in their psychological and social functioning, which, ultimately, contributes to validate the variables selected as targets for change and, at the same time, the methodologies employed in

the program – behavioral, cognitive and emotional activation strategies.

Key Words: Growing Pro-Social, antisocial behavior, early maladaptive schemas, cognitive distortions, anger, paranoia, external shame, Reliable Change Index

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Daniel Rijo, pela oportunidade de aprender um vasto leque de conhecimentos e, essencialmente, por todas as experiências obtidas com a realização deste estudo que contribuíram decerto para um crescimento pessoal e profissional.

À Carolina da Motta, por toda a paciência, disponibilidade, apoio e atenção infindáveis que permitiram possível a realização desta dissertação e, não menos importante, a compreensão da complexidade da investigação científica.

Ao Nélio Brasão, por todo o suporte, por todo o apoio e pelas palavras de incentivo que constituíram uma motivação constante para a realização desta dissertação no intervalo temporal pretendido.

À Beatriz, à Daniela, à Ana, à Luísa e à Cláudia, não só pela preciosa ajuda na recolha de dados, mas também pela camaradagem que permitiu ultrapassar as dificuldades e as frustrações inerentes a todo o processo de investigação.

À minha namorada... Tu sabes porquê.

Aos meus pais.

## Índice

Introdução.....	1	
<b>Enquadramento Conceptual</b>		
1. Comportamento anti-social: uma visão global .....	3	
2. A multiplicidade de intervenções e sua eficácia .....	4	
2.1. O GPS – Gerar Percursos Sociais .....	6	
3. Uma leitura esquemática do comportamento anti-social .....	7	
4. Modelos evolucionários: vergonha, raiva e paranóia .....	10	
<b>Artigo 1 – Clinical change in core schemas and cognitive distortions after a psychoeducational group program: a randomized trial with male prison inmates .....</b>		13
<b>Artigo 2 – Mudança clínica em variáveis emocionais e cognitivas subjacentes ao comportamento anti-social após um programa de grupo psicoeducacional .....</b>		29
<b>Discussão Geral .....</b>	45	
<b>Conclusões .....</b>	51	
<b>Bibliografia Geral.....</b>	51	

## Introdução

O comportamento anti-social, a delinquência e o crime, particularmente nas suas formas mais violentas e graves, quer na adolescência, quer na idade adulta, constitui motivo de grandes preocupações a nível mundial, não só devido às crescentes taxas de criminalidade mas, sobretudo, pela constatação de que os custos humanos, financeiros e sociais desses comportamentos são, quer a médio, quer a longo prazo, enormes e francamente nefastos (Rutter et al., 1998; Hill & Maughan, 2001, as cited in Fonseca, 2006).

Neste sentido, têm-se assistido nos últimos anos a grandes esforços no desenvolvimento de novos programas de intervenção no domínio do comportamento anti-social. Os programas que têm revelado uma maior eficácia na redução das taxas de reincidência criminal são os programas de treino de competências pessoais e sociais, muitas vezes designados de programas psicoeducacionais (Andrews et al., 1990; Lipsey, 1995; Losel, 1995; Redondo, Garrido, & Sánchez-Meca, 1997; Redondo, Sánchez-Meca, & Garrido, 1999). Estes programas têm sofrido uma evolução considerável desde a sua formação inicial, denotando-se uma complexificação quer ao nível dos conteúdos, quer no que se refere aos métodos de trabalho e estratégias de intervenção adoptadas. Actualmente, as propostas mais recentes baseiam-se no modelo cognitivo-comportamental do comportamento desviante, implementado de acordo com programas estruturados e multimodais (Hollin, 1999; McGuire, 2008), cujos conteúdos, módulos e sessões trabalham um conjunto de défices (cognitivos, de regulação emocional e comportamental) que a investigação das últimas décadas tem sistematicamente mostrado que desempenham um papel fundamental na génese e na manutenção de um padrão de comportamento agressivo ou anti-social.

Em Portugal, iniciou-se há cerca de três anos, em parceria com a Direcção Geral de Reinserção Social e com a Direcção Geral dos Serviços Prisionais, um projecto de investigação de resultados do programa de intervenção em grupo GPS – Gerar Percursos Sociais (Rijo et al., 2007) em amostras forenses de adolescentes e adultos. A presente dissertação, integrada neste projecto, tem por objectivo contribuir para o estudo de validação do programa em contexto prisional. Apesar de já terem sido realizados alguns estudos no âmbito deste projecto, nomeadamente para aferir a eficácia da versão reduzida deste programa em contexto de Centro Educativo, estes são os primeiros estudos que visam testar a eficácia do programa no contexto prisional.

Destaque ainda para a metodologia estatística utilizada, o RCI – *Reliable Change Index*, um método adequado e inovador para avaliar a mudança clínica significativa em cada indivíduo em particular.

No que concerne à estrutura, esta dissertação foi desenvolvida sobre o formato de 2 artigos científicos com um desenho metodológico idêntico, presentes no corpo de texto e prontos a serem submetidos a publicação numa revista científica com revisão por pares, sendo o primeiro artigo apresentado numa versão em inglês, e o segundo numa versão em

português. Neste sentido, os objectivos gerais, a metodologia de investigação, os instrumentos utilizados e as respectivas bibliografias específicas encontram-se descritos em cada artigo. No final da dissertação é também apresentada uma lista das referências bibliográficas que serviram de suporte a todo o trabalho desenvolvido.

De forma a cumprir o objectivo último desta investigação, o estudo realizado no primeiro artigo procura testar a eficácia do GPS na promoção de mudanças cognitivas ao nível dos processos cognitivos e dos esquemas nucleares de auto-representação numa amostra de reclusos do sexo masculino, e o estudo realizado no segundo artigo, utilizando a mesma amostra, procura avaliar a capacidade do GPS induzir mudanças emocionais e cognitivas através das mudanças na raiva, na paranóia e na vergonha externa.



## **I – Enquadramento conceptual**

### **1. Comportamento anti-social: uma visão global**

O comportamento anti-social na adolescência constitui um grave problema da sociedade actual, não só por apresentar uma elevada continuidade com actos cada vez mais graves, mas também por estar associado a muitos outros problemas na idade adulta, como o uso de substâncias ou depressão (Calvete, 2008; Capaldi & Stoolmiller, 1999). No entanto, a expressão genérica de comportamento anti-social apresenta dificuldades de delimitação devido aos dados de numerosos estudos que apontam para vários tipos de anti-socialidade com evoluções e manifestações muito variadas (Fonseca, 2000).

De acordo com Fonseca (2000), o comportamento anti-social abrange uma grande variedade de problemas e não implica necessariamente o estabelecimento de um único diagnóstico clínico, uma vez que sendo frequentemente definido como um padrão estável de desrespeito pelos direitos dos outros ou de violações das normas sociais próprias de uma determinada comunidade, pode apresentar diversos tipos de comportamentos que podem ir de comportamentos de oposição e mentira característicos da perturbação de oposição, até crimes graves contemplados no código penal.

A perturbação de oposição refere-se a um padrão recorrente de comportamento negativista, hostil e desafiante, marcado por teimosia, oposição, agressão verbal e desobediência (APA, 2002; Kazdin & Buella-Casal, 2001). Esta perturbação pode ser considerada o extremo inicial de um *continuum* de problemas de comportamentos disruptivos associados a uma tendência anti-social presente em maior, ou menor grau, em todos os indivíduos (Farrington, 1996; Rutter et al., 1998), que à medida que a agressividade, a hostilidade e o não cumprimento de normas ou regras sociais aumentam de intensidade, frequência e duração, se estende para a perturbação de comportamento e, na idade adulta, para a perturbação de personalidade anti-social, na qual predomina a fraude e a manipulação (APA, 2002).

Para além de contemplar uma vasta gama de quadros clínicos, entre os quais os referidos anteriormente, o comportamento anti-social também pode ser utilizado para nomear comportamentos que apesar de não constituírem nenhum distúrbio em particular se revestem de agressividade e de consequências prejudiciais para o funcionamento social (Patterson, DeGarmo, & Knutson, 2000).

O padrão de comportamentos desviantes e/ou anti-sociais encontra-se ainda associado ao crime e à delinquência (Fonseca, 2004). Esta constatação é corroborada através de estudos que demonstram uma elevada prevalência da perturbação de personalidade anti-social nos estabelecimentos prisionais (Baião, 2011; Hiscoke et al., 2003; Robins et al., 1991), dos quais se destaca a meta-análise realizada por Fazel e Danesh (2002), que combinando 62 estudos decorridos em prisões de 13 países e englobando mais de 13000 indivíduos, identificou taxas globais de perturbações de personalidade na ordem dos 65%, das quais 47% se

cingem à perturbação de personalidade anti-social.

Apesar dos comportamentos agressivos e/ou anti-sociais se encontrarem associados a um baixo controlo da raiva e a uma baixa tolerância à frustração (Freeman et al., 1991), podem ser explicados através de um conjunto de factores de ordem social, interaccional, cultural (baixo nível sócio-económico, violência, socialização com um grupo de pares desviante, desinteresse e abandono escolar), familiar (relações disfuncionais com os pais devido à falta de apoio e suporte emocional) e individual (temperamento, idade associada aos primeiros comportamentos disruptivos), que estando presentes desde muito cedo na vida dos indivíduos, os predis põem para o desvio e contribuem para o desenvolvimento e manutenção de um estilo de comportamento anti-social (Kagan, 2004; Rijo & Sousa, 2004; Rutter, 2004).

A evidência empírica indica ainda que as variáveis de natureza cognitiva parecem desempenhar um papel essencial na mediação entre a experiência e o desenvolvimento e manutenção de um estilo de comportamento anti-social (Dodge & Schwartz, 1997; Rijo et al., 2007), atribuindo relevância à forma como as estruturas cognitivas processam a informação social.

Tratando-se de um problema que ocorre desde muito cedo na vida dos jovens, e dada a sua elevada continuidade ou estabilidade ao longo da vida adulta que constitui também um preditor de outras perturbações que causam problemas ao próprio indivíduo e à sociedade, a temática do comportamento anti-social tem sido largamente debatida no seio da comunidade científica na tentativa de se estabelecerem intervenções que visem a sua prevenção e reabilitação.

## **2. A multiplicidade de intervenções e a sua eficácia**

Na década de 1970 surgiram as primeiras investigações que se propuseram a testar o impacto das intervenções psicoeducativas e/ou psicoterapêuticas na reabilitação de indivíduos com comportamento anti-social. Estes estudos (Martinson, 1974; Blagg & Smith, 1989; Lipton, Martinson, & Wilks, 1975; Brody, 1976) concluíram que “nada funciona” (*nothing works*) na redução das taxas de reincidência criminal. No entanto, os mesmos estudos, para além de apresentarem diversas falhas metodológicas (Hoge, 2001; Losel, 1995; McGuire, 2008), baseavam-se em estratégias punitivas e correctivas que a investigação das últimas décadas tem sistematicamente demonstrado que estão associados ao aumento das taxas de reincidência (Andrews et al., 1990; Lipsey, 1995; McGuire & Priestley, 1995; McGuire, 2001, 2006).

Apesar do ceticismo e do pessimismo que durante anos assolou grande parte da população que se rendeu à posição de que “nada funciona” (*nothing works*) na reabilitação do comportamento anti-social no sistema de justiça criminal, diversos autores (Garret, 1985; Andrews et al., 1990; Lipsey, 1995; Losel, 1995; Redondo, Garrido, & Sánchez-Meca, 1997; Redondo, Sánchez-Meca, & Garrido, 1999) realizaram estudos de meta-análise que mostraram o impacto positivo das intervenções na redução das

taxas de reincidência, quer na delinquência juvenil, quer na criminalidade adulta.

No que se refere ao tratamento específico de delinquentes adultos a magnitude dos efeitos é geralmente menor, por comparação com o que sucede com indivíduos mais jovens (Baer & Nietzel, 1991; Durlak et al., 1991; Beelmann et al., 1994). No entanto, os estudos apenas com este tipo de populações (adultos) são escassos, em grande parte pelo facto de as intervenções terem lugar em meio institucional e, conseqüentemente, dependerem de vários factores burocráticos e organizacionais que comprometem a sua integridade (Abrunhosa, 2007). Ainda assim, as meta-análises de Losel (1987; Losel & Kofler, 1989, cit. por McGuire, 1995) que comparam 18 estudos em que a população é maioritariamente adulta, indicam um tamanho de efeito de 0.11, similar aos valores encontrados nas populações mais jovens, que tendo em conta os estudos de Redondo, Garrido e Sánchez-Meca (1997) em 32 países europeus, se situam entre os 12 e os 15%, podendo em alguns casos, e de acordo com revisões de outros autores, atingir os 20% (Losel, 2001). Estes estudos indicam também que os programas que se baseiam no modelo cognitivo-comportamental estão entre os mais eficazes, nomeadamente quando incluem uma componente cognitiva (Izzo & Ross, 1990).

No entanto, vários autores (e.g., McGuire, 2006) defendem que o efeito médio pode ser maximizado (podendo atingir uma redução superior a 50% nas taxas de reincidência) se: (a) o programa basear-se num modelo teórico empiricamente validado; (b) a intervenção focar-se em níveis múltiplos; (c) as metas para a mudança forem claramente identificadas (não só os factores de manutenção do comportamento anti-social, mas também os factores predisponentes ao seu desenvolvimento); (d) os objectivos concretos forem previamente definidos e, finalmente, se o conteúdo dos programas for bem estruturado (Andrews, Bonta, & Wormith, 2006; Andrews & Bonta, 2010; Lowenkamp, Latessa, & Holsinger, 2006; McGuire, 2011).

De acordo com a literatura, os programas que têm sido mais utilizados na prevenção e/ou reabilitação de indivíduos com comportamento anti-social são o Treino de Resolução de Problemas Sociais (Spivack, Platt, & Shure, 1976); Pensamento e Reabilitação (Ross & Fabiano, 1985) e Pensamento Pró-social (PPS) (Ross, Fabiano, Garrido, & Gómez, 1993). Para além destes programas existem outros de índole mais específica que também possuem grande aceitação, nomeadamente o Treino de Substituição da Agressão (TSA) (Goldstein, Glick, Irwin, MacCartney, & Rubama, 1989), e o Programa de Tratamento de Ofensores Sexuais (McGuire, 2008), que se destinam a crimes mais violentos e a crimes sexuais, respectivamente.

Em Portugal, apesar de ser bastante difícil implementar, de forma generalizada, programas de intervenção multimodais ou psicoeducacionais em contexto de justiça de menores e de adultos, bem como testar a sua eficácia, verificam-se ainda assim algumas excepções, que para além dos estudos ou esforços particulares num ou noutro contexto regional são:

Aventura Social e Risco — Programa de Competências de Relacionamento Interpessoal (Matos, Simões, Carvalhosa, & Canha, 2000); PPS – Pensamento Pró-Social (Ross et al., 1993; versão portuguesa de Pinto Gouveia, Matos, Rijo, Castilho, Galhardo, Navalho, & Perdiz, 2001) e GPS — Gerar Percursos Sociais (Rijo et al., 2007).

### **2.1. O GPS – Gerar Percursos Sociais**

Nos últimos anos têm-se realizado esforços no sentido de desenvolver novos programas de intervenção no domínio do comportamento anti-social. Procurando ultrapassar alguns défices e algumas lacunas presentes em grande parte deste tipo de programas, nomeadamente o facto de não identificarem qual é o foco de mudança, nem definirem qual a relação entre as variáveis que procuram modificar durante a sua execução, Rijo e colaboradores (2007) construíram o GPS – Gerar Percursos Sociais, um programa de prevenção e reabilitação psicossocial de grupo para jovens em risco ou que apresentem comportamentos desviantes.

Apesar de inicialmente ter sido concebido para adolescentes, a sua utilização em indivíduos adultos e em contexto prisional mediante a adaptação de alguns dos conteúdos das sessões é perfeitamente adequada (Rijo & Sousa, 2004).

Ao contrário de outros programas que possuem tarefas monótonas que se encontram associadas ao raciocínio abstracto e à resolução de problemas (não atribuindo importância a variáveis emocionais e comportamentais na promoção de um comportamento pró-social), e tendo atribuído relevância às premissas de que o comportamento anti-social não se compreende nem se combate apenas com base na formação profissional ou na qualificação académica, e que é mais importante entender quando se utilizam determinadas competências sociais, em que contexto e com que finalidade, ao invés de entender se o indivíduo possui ou não essas competências, o GPS procura desenvolver o conhecimento acerca do significado e função das emoções básicas, encorajando os indivíduos a entenderem as reacções sentidas durante as actividades e a aplicarem os conhecimentos adquiridos a situações reais de vida. Focando-se nas crenças acerca do eu e dos outros subjacentes a um padrão de comportamento anti-social (Rijo & Sousa, 2004; Rijo et al., 2007), o GPS tenta promover uma mudança gradual nas reacções comportamentais e emocionais, enquanto trabalha de uma forma progressiva para um estilo mais adaptativo de processamento de informação, pretendendo corrigir erros de pensamento que derivam de crenças disfuncionais acerca de si e dos outros que foram construídas ao longo do desenvolvimento dos indivíduos e cuja flexibilização é o objectivo final do programa (Rijo & Sousa, 2004). Para atingir este objectivo o modelo do GPS recorre a uma leitura do comportamento desviante assente no paradigma do processamento de informação e, mais concretamente, no referencial teórico da Terapia Cognitiva de Beck (1979), aos quais se acrescentaram novos desenvolvimentos do modelo cognitivo, nomeadamente conceitos da

Terapia Focada nos Esquemas de Young (1990, 1999; Young et al., 2003), dos quais se destacam os Esquemas Mal-Adaptativos Precoces e os processos esquemáticos de manutenção, evitamento e compensação; e factores interpessoais de manutenção do comportamento desajustado, como por exemplo ciclos cognitivos-interpessoais, tal como foram conceptualizados pelo Modelo Cognitivo-Interpessoal de Safran e Segal (1990).

No que concerne à estrutura do programa, este deve ser aplicado em pequenos grupos, de 8 a 12 elementos, ao longo de 40 sessões (com duração de aproximadamente 90 minutos cada e, preferencialmente, com uma periodicidade semanal), e inclui 5 módulos sequenciais, precedidos de uma sessão inicial para apresentação do programa. O programa termina com uma sessão final, estando ainda previstas sessões de *follow-up* que podem ser realizadas *a posteriori*. O número de sessões em cada módulo varia consoante as características e o tempo necessário ao alcance dos objectivos propostos (Rijo & Sousa, 2004).

### **3. Uma leitura esquemática do comportamento anti-social**

Apesar de Beck (1976; Beck, Emery, & Greenberg, 1985; Beck, Rush, Shaw, & Emery, 1979) ser considerado o principal responsável pela importância que os esquemas cognitivos adquiriram e detêm hoje na explicação do comportamento humano, particularmente no comportamento associado à psicopatologia, autores como Ellis, Safran ou Young (Ellis & Bernard, 1985; Safran & Segal, 1990; Young, 1990, 2003), embora adoptando designações e teorias esquemáticas ligeiramente diferentes, contribuíram também de forma relevante para o desenvolvimento deste constructo, cujo denominador comum se reporta à noção de estrutura cognitiva que organiza e representa a informação interna do indivíduo, classificando-a, interpretando-a, avaliando-a e atribuindo-lhe significado.

É através destas estruturas ou destes esquemas que se formaram a partir de uma série de aprendizagens ao longo da vida e que constituem padrões estáveis acerca da forma como os indivíduos se percebem a si mesmos, aos outros e ao mundo (Beck et al., 1979), que os indivíduos conduzem e organizam o processamento de informação que está na base da leitura dos acontecimentos e da realidade (Clark, Beck, & Alport, 1999; James, Southam & Blackburn, 2004). Quando estas estruturas são activadas, o processamento de informação ocorre de acordo com o seu conteúdo, que se traduz num sistema de regras ou de um código com o qual se decifra, se avaliam as experiências pessoais e se regulam os próprios comportamentos e emoções (Beck & Emery, 1985). Neste sentido, possuem uma função adaptativa, uma vez que organizam experiências em padrões de significado (Pace, 1988). Este tipo de funcionamento pode constituir uma vantagem caso o esquema contenha informação congruente para dar sentido a uma determinada situação, uma vez que permite que o indivíduo percepcione, reconheça e compreenda a informação associada ao esquema com maior facilidade. No entanto, pode constituir também uma desvantagem caso se verifique o oposto, uma vez que caso o esquema não

contenha informação relevante para dar sentido à situação, apesar de continuar a conduzir o processamento de informação, conduzirá a erros, distorções e enviesamentos que estão na origem de vulnerabilidades cognitivas ligadas à psicopatologia (Cottraux & Blackburn, 2001).

Assim, de acordo com a teoria dos esquemas e com o Modelo de Processamento da Informação Social, o comportamento desviante e/ou anti-social resulta de um processamento distorcido da informação social que, por sua vez, é decorrente de estruturas cognitivas disfuncionais (quer no seu conteúdo ou crença, quer na forma como funcionam através dos processos) (Rijo et al., 2007).

O funcionamento dos esquemas e a sua importância, quer no comportamento anti-social, quer na psicopatologia em geral e, nomeadamente, nas perturbações da personalidade, conheceu novos desenvolvimentos através de Jeffrey Young.

O conceito de esquema mal adaptativo precoce (EMP) surgiu após Young (1990) constatar que a terapia cognitiva tradicional não apresentava resultados tão positivos no tratamento de perturbações da personalidade como nos distúrbios psicopatológicos do Eixo I. Hipotetizando que estas dificuldades estariam associadas a um conjunto de características específicas destes doentes, das quais se destacam a apresentação difusa dos problemas, a rigidez cognitiva, os evitamentos de diversa ordem e as acentuadas dificuldades interpessoais (McGinn & Young, 1996), Young (1990, 1999, 2003) implementou algumas modificações na terapia cognitiva inicialmente conceptualizada por Beck, desenvolvendo um novo modelo, a Terapia Focada nos Esquemas (TFE), cujo principal objectivo é corrigir as distorções cognitivas que ocorrem no processamento de informação social e reestruturar/flexibilizar as crenças nucleares mais rígidas, tentando enfraquecer os esquemas disfuncionais e fortalecer as características consideradas saudáveis no indivíduo (Young, 2003; Young, Klosko, & Weishaar, 2003).

O autor define assim EMP como “*temas extremamente estáveis e duradouros que se desenvolvem durante a infância e são elaborados através da vida do indivíduo*” (Young, 1990, p.9), e explica que são mantidos através de 3 processos esquemáticos distintos: processos de manutenção (processos pelos quais os esquemas são reforçados e rigidificados – erros cognitivos e padrões comportamentais disfuncionais); processos de evitamento (processos através dos quais o indivíduo evita a activação do esquema, uma vez que isso o levaria a experienciar elevados níveis de emoções desagradáveis – evitamento cognitivo, emocional e comportamental); e processos de compensação (em que os indivíduos optam por estilos comportamentais ou cognitivos que parecem o oposto do que seria de esperar a partir do conhecimento dos seus esquemas disfuncionais) (Beckley, 2011; Young et al., 2003).

Elaborando ainda uma síntese das principais características dos EMP destacam-se 6 pontos-chaves: 1) a maior parte são crenças incondicionais acerca do próprio em relação com o ambiente (com os outros), tratando-se de verdades *a priori*, implícitas e tomadas como certas; 2) são auto-

perceptuadores e, assim, bastante resistentes à mudança, o que significa que as crenças sobre si próprios, os outros e o mundo se mantêm constantes e consistentes; 3) são, por definição, disfuncionais de forma significativa e recorrente; 4) são activados por acontecimentos relevantes para o esquema particular; 5) estão associados a níveis de afecto disruptivo, uma vez que a sua activação acarreta a experiencição de elevados níveis de afecto negativo; e 6) resultam de experiências disfuncionais com os pais, familiares e pares durante os primeiros anos de vida do indivíduo, sendo de salientar que mais do que o resultado de um acontecimento traumático em particular, parecem ser causados por padrões contínuos de experiências nocivas do quotidiano que, cumulativamente, fortalecem o esquema (Young, 1990, 1999; Young et al., 2003, Bernstein, 2005; Nordahl, Holthe, & Haugum, 2005).

Assim, quando activados, os esquemas podem, de facto, acentuar determinadas vulnerabilidades psicopatológicas (Young, 1999; Young et al., 2003).

Young (1990) identificou 18 esquemas, divididos por 5 domínios, assumindo que cada um deles interfere com uma necessidade nuclear da infância: o domínio *Distanciamento e Rejeição* inclui os esquemas de Abandono/Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defeito/Vergonha e Indesejabilidade/Isolamento Social; o domínio *Autonomia e Desempenho Deteriorados* engloba os esquemas de Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade ao Mal e à Doença, Emaranhamento/Eu Sub-Desenvolvido e Fracasso; o domínio *Limites Deteriorados* abrange os esquemas de Grandiosidade e Auto Controlo Insuficiente; o domínio *Influência dos Outros* engloba os esquemas de Subjugação, Auto Sacrifício e Procura de Aprovação/Reconhecimento e, por fim, o domínio *Sobrevigilância e Inibição* inclui os esquemas de Negativismo/Vulnerabilidade ao Erro, Controlo Excessivo/Inibição Emocional, Padrões Excessivos/Hipercriticismo e Punição (Young, 1990, 1999, 2003).

Dos 18 EMP originais (Young, 1990; 1999; Young et al., 2003) tem sido estudado que alguns se encontram mais associados ao padrão de comportamento anti-social. Calvete (2008) realizou um estudo com 974 adolescentes que indica que o esquema de Grandiosidade constitui um factor de risco para o comportamento agressivo ou anti-social, reforçando assim evidências de estudos anteriores (Barry et al., 2007; Washburn et al., 2004) que afirmam que a crença de que se é superior aos outros e se merecem privilégios especiais é um importante factor de predição do comportamento agressivo e delinvente, especialmente quando a auto-estima dos indivíduos é ameaçada (Bushman & Baumeister, 1998).

O estudo de Tremblay e Dozois (2009) que contou com a participação de 848 estudantes universitários mostra que os esquemas de Desconfiança, Grandiosidade e Auto Controlo Insuficiente se encontram relacionados com o traço de raiva, um traço de personalidade que se refere a uma maior propensão para a experiência e expressão de raiva, característico em indivíduos com comportamento desviante (Suter et al.,

2002). O esquema de Desconfiança surge ainda noutros estudos como indicador de comportamentos agressivos, quer em adultos (Calvete et al., 2005), quer em adolescentes (Calvete & Orue, 2010; Muris, 2006).

Ball e Cecero (2001) efectuaram um estudo com 41 indivíduos dependentes de substâncias que pretendia analisar a associação entre EMP e perturbações da personalidade. Os resultados demonstraram uma associação entre a perturbação de personalidade anti-social e os EMP de Desconfiança/Abuso e Inibição Social.

Lewis (2005) pretendeu averiguar qual a relação entre EMP e perturbação de personalidade anti-social. Utilizando uma amostra de 103 adolescentes observou que os EMP que se encontram mais associados a esta perturbação da personalidade são o de Inibição Emocional e o de Auto Controlo Insuficiente.

No entanto, tendo em consideração os pressupostos teóricos do GPS (Rijo & Sousa, 2004; Rijo et al., 2007) e o carácter ambicioso que uma investigação com uma extensa amostra forense requer, atribui-se maior relevância ao estudo de Bernstein (2007), que através de dados recolhidos em vários hospitais psiquiátricos do sistema prisional holandês, aponta os EMP de Abandono/Instabilidade, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Defeito/Vergonha, Indesejabilidade/Isolamento Social, Fracasso, Grandiosidade e Auto Controlo Insuficiente como os mais prevalentes entre indivíduos com comportamento anti-social.

#### **4. Modelos evolucionários: vergonha, raiva e paranóia**

Embora a evidência empírica saliente que determinados esquemas nucleares de auto-representação (e.g., Bernstein et al., 2007) se encontram associados ao comportamento anti-social, estudos recentes têm mostrado a importância de outras variáveis na psicopatologia e na compreensão da génese e manutenção deste mesmo tipo de comportamentos, nomeadamente variáveis evolucionárias como a raiva, a vergonha e a paranóia (Gilbert, Boxall, Cheung, & Irons, 2005; Gilbert & Protector, 2006a; Gilbert et al., 2009; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2012; Novaco, 2010).

A vergonha é considerada uma das emoções mais dolorosas e devastadoras da condição humana pelo facto de se focar na avaliação negativa e na depreciação da identidade central do indivíduo, o *self*, surgindo assim associada a sentimentos de inferioridade, incompetência e desvalorização pessoal (Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002, Tracy & Robins, 2004).

Esta emoção, concebida à luz das recentes teorias evolucionárias, tem assumido um interesse crescente no domínio da Psicologia. A vergonha pode ser conceptualizada como uma resposta automática do sistema primitivo de defesa social, que perante uma ameaça ao estatuto social (*ranking* social) do indivíduo (possibilidade de rejeição ou experiência real desse mesmo sentimento) vai espoletar um conjunto de defesas, das quais se destacam a fuga, a luta ou a submissão (Gilbert, 1997, 1998, 2003). Enquanto para a maioria dos animais constatamos que a



ameaça social se mantém quase intemporal, sendo constituída, principalmente, pela agressão, para os humanos a principal ameaça do presente contexto evolucionário centra-se na perda de estatuto social, que se consubstancia no facto de não ser aceite pelos outros e de ser visto como inadequado, indesejado ou sem características valorizadas por estes. Tais receios e preocupações devem-se assim ao estatuto social e às relações sociais que se têm alterado ao longo da evolução humana e que em geral têm evoluído em torno do desejo de parecer atractivo aos outros (Gilbert, 1989, 1997, 2000), pois quanto mais elevado for o estatuto social, mais fácil será o acesso aos recursos sociais (suporte emocional, aliados, parceiros sexuais) (Gilbert, 1997, 2000), uma vez que as hierarquias de dominância humana baseiam-se actualmente no prestígio e, por conseguinte, na manutenção de reputações sociais e pessoais (Tracy, Robins, & Tangney, 2007).

Apesar da vergonha ser frequentemente concebida como uma experiência assente num processo de auto-desvalorização e de auto-avaliação de defeito, de inferioridade e de inadequação (Tangney & Dearing, 2002; Tracy & Robins, 2004, cit. por Pinto-Gouveia & Matos, 2010) é, sobretudo, uma experiência do *self* relacionada com a forma como pensamos que existimos na mente dos outros (Gilbert & McGuire, 1998; Keltner & Harker, 1998, cit. por Pinto-Gouveia & Matos, 2010), uma vez que a visão que temos de nós próprios e a forma como nos sentimos e auto-avaliamos encontra-se directamente relacionada com as predições que fazemos sobre o que os outros pensam e sentem a nosso respeito (Gilbert, 1998, 2002).

Desta forma, podemos conceptualizar a vergonha, quer como uma experiência interna, quer como uma experiência social que tem por base determinados défices, fracassos ou falhas que os indivíduos julgam possuir e que contribuem para sentimentos de inferioridade e de desvalorização pessoal muito acentuados (Lewis, 1992; Gilbert, 1998; Tangney & Dearing, 2002). Tendo em consideração esta linha de pensamento, Gilbert (1998, 2002) distinguiu ainda dois tipos de vergonha: a vergonha externa, na qual o foco da vergonha se centra no que se passa na mente dos outros e no que eles pensam acerca do *self* (Gilbert, 1998), sendo que o indivíduo receia que a imagem negativa que tem de si próprio e que se baseia nas crenças de inferioridade e de falta de poder possam contribuir para a rejeição e para a exclusão das relações e das hierarquias que valoriza e ambiciona (Gilbert, 2002; Gilbert, Boxall, Cheung & Irons, 2005); e a vergonha interna, que encontrando-se relacionada com auto-depreciação e com auto-criticismo (Lewis, 2003) se refere a auto-desvalorizações e a auto-avaliações negativas do *self* como mau, fraco, indesejável, inadequado ou repugnante e, conseqüentemente, com uma associação a um baixo estatuto social (Gilbert, 2002).

A teoria das mentalidades sociais (Gilbert, 1997) propõe que a raiva também se encontra relacionada com o estatuto social. De acordo com Gilbert (1997), a vergonha pode ser anulada de várias formas: aceitando a diminuição do estatuto social e mostrando submissão de forma a evitar

novos conflitos; ou em alternativa, manter ou melhorar o estatuto social utilizando estratégias que aumentem a atractividade social através de comportamentos pró-sociais, competência ou talento, ou por estratégias que assinalem a acção e poder utilizando a raiva e a agressão (Gilbert, 1997, 2002). Neste sentido, a raiva pode ser encarada como uma resposta adaptativa que em tempos contribuiu para a sobrevivência de determinados indivíduos, uma vez que não permitiu subjugarem-se à dominância de outros. Essa disposição para responder agressivamente a um qualquer transgressor ou ameaça mantém-se ainda intacta nos nossos dias, o conceito de dominância é que foi parcialmente substituído por prestígio, sendo hoje concebido em reconhecimento de determinados méritos (Henrich & Gil-White, 2001), pelo facto de atribuirmos maior importância aos indivíduos que executam excepcionalmente bem um determinado domínio culturalmente valorizado, em parte porque ao submetemo-nos a eles ganhamos a oportunidade de observar e de aprender o seu comportamento bem-sucedido (Henrich & Gil-White, 2001).

Adicionalmente, indivíduos que possuem representações negativas do *self* tendem a adoptar atribuições externas (culpabilizar os outros) como estratégia de auto-protecção, activando esquemas paranóides e de ameaça (Bentall & Kaney, 1996). Assim, a paranóia também pode ser conceptualizada como um sistema de defesa contra a percepção de ameaça que à semelhança da vergonha visa, essencialmente, a sobrevivência do indivíduo no contexto social quando este se percebe como um objecto social indesejado devido à perda de atractividade do *self* (Gilbert, 1989, 1998). Contudo, enquanto nos indivíduos que sentem vergonha este tipo de preocupações os leva a competir por um determinado estatuto social (Gilbert, 1997, 1998, 2002), nos indivíduos com crenças paranóides observa-se que estes procuram proteger-se da malevolência dos outros (Gilbert et al., 2005), que são vistos como hostis e detentores de poder capaz de causar danos físicos e, inclusivamente, de matar (Gilbert et al., 2005; Gumlet, Gillan, Morrison, & Schwannauer, 2011).

De uma forma geral, qualquer um dos três constructos supracitados traduz uma capacidade adaptativa que os humanos desenvolveram ao longo do tempo, no sentido de sinalizarem e de se defenderem das ameaças sociais. No entanto, a activação frequente destas emoções e destas crenças, e a utilização repetida das estratégias defensivas que lhes estão associadas, podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção de um estilo comportamental desviante e/ou anti-social.

**Artigo 1 – Clinical change in core schemas and cognitive distortions after a psychoeducational group program: a randomized trial with male prison inmates**

Clinical change in core schemas and cognitive distortions after a psychoeducational group program: a randomized trial with male prison inmates

João Ramos<sup>1</sup>, Carolina da Motta<sup>2</sup>, Nélio Brasão<sup>3</sup>, Daniel Rijo<sup>4</sup> & José Pinto-Gouveia<sup>5</sup>

Research Center of Study and Cognitive-Behavioral Intervention (CINEICC) – Faculty Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra

This work was performed under the Project GPS “Growing Pro-Social, a program of prevention and rehabilitation for individuals with deviant social behavior: efficacy studies in forensic sample project” (PTDC/PSI-PCL/102165/2008), based at Research Center of Study and Cognitive-Behavioral Intervention (CINEICC) of the Faculty Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra and financed by Foundation for Science and Technology, in a partnership with General Directorate for Social Reintegration and General Directorate for Prison Services.

Correspondence to: Daniel Rijo (drijo@fpce.uc.pt)

Rua do Colégio Novo Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Telefone: +351 239 851 464

Fax: +351 239 851 462

---

<sup>1</sup>Master student in Clinical Psychology - Cognitive-Behavioral Interventions on Psychological Disorders and Health.

<sup>2</sup>Master in Clinical Psychology. Researcher of CINEICC.

<sup>3</sup>Master in Clinical Psychology. Researcher of CINEICC.

<sup>4</sup>Doctor in Clinical Psychology. Assistant Professor of the Faculty Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra. Researcher of CINEICC .

<sup>5</sup>Doctor in Clinical Psychology. Cathedric Professor of the Faculty Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra. Coordinator of CINEICC.

### Abstract

*Growing Pro-Social* (GPS, Rijo et al., 2007), is a multimodal structured group program designed for the rehabilitation of individuals with antisocial behavior. It is run in small groups, from 8 to 12 participants, along 40 weekly sessions, and it includes 5 sequential modules. Based on a cognitive-interpersonal theoretical framework (Bernstein, Arntz, & Vos, 2007; Safran & Segal, 1990; Young, 2003), GPS focuses on cognitive, emotional and behavioral change, assuming as ultimate goal the modification of dysfunctional core beliefs underlying antisocial behavior (Bernstein et al., 2007). This study assesses GPS's efficacy in reducing cognitive distortions and changing core beliefs in adult male prison inmates. A treatment group (TG; n=24) was compared to a control group (CG; n=24), which received no treatment other than the usual counseling by prison staff. Both groups were evaluated at the same time, equivalent to pre-treatment and post-treatment assessment moments. All subjects answered the Young Schema Questionnaire (Young, 2005) and the Angry Cognitions Scale (Martin & Dahlen, 2007). Outcomes were computed using the Reliable Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1991), an adequate method to test significant clinical change after intervention. Overall, TG subjects show a significant reduction in the use of cognitive distortions and a lower endorsement of dysfunctional core beliefs than CG subjects and, at the same time, show less clinical deterioration on the studied variables. This is the first randomized clinical trial testing GPS's efficacy. These outcomes offer some evidence of GPS's capability to promote change at a cognitive level in variables theoretically proposed as underlying aggressive and antisocial behavior.

**Keywords:** Growing Pro-Social, antisocial behavior, early maladaptive schemas, cognitive distortions, Reliable Change Index

### **Clinical change in core schemas and cognitive distortions after a psychoeducational group program: a randomized trial with male prison inmates**

Research studying the impact of psychoeducational interventions in the rehabilitation of individuals with antisocial behavior exists since the 1970's. The first studies (Blagg & Smith, 1989; Brody, 1976; Lipton, Martinson, & Wilks, 1975; Martinson, 1974) concluded that nothing works in the reduction of recidivism rates. However, these studies, besides having several methodological flaws (Hoge, 2001; Losel, 1995; McGuire, 2008), tested punitive and corrective-based intervention strategies which ulterior research proved to be associated with increased recidivism rates (Andrews et al., 1990; Caldwell & Rybroek, 2005; Lipsey, 1995; McGuire & Priestley, 1995, McGuire, 2006). By opposition to the "nothing works" approach, several authors (Andrews et al., 1990; Lipsey, 1995; McGuire & Priestley, 1995; Redondo, Garrido, & Sánchez-Mecca, 1997; Redondo, Sánchez-Mecca, & Garrido, 1999) have performed meta-analytic studies showing the positive effects of psychoeducational programs in reducing recidivism rates. Although the overall effects may seem modest (10 to 20% reduction in recidivism), they are nonetheless significant (Lipsey, 1995). These same studies support the idea that cognitive-behavioral interventions are among the most effective, namely when they include a cognitive component (Izzo & Ross, 1990).

It has been argued (e.g., McGuire, 2006) that the average recidivism rates reduction can be maximized (up to more than 50%!) if: (a) the program is based on an empirically validated theoretical model, (b) intervention is focused on multiple levels, (c) targets for change are clearly identified (not only factors maintaining the anti-social behavior, but also variables predisposing to it), (d) concrete goals are previously defined and, finally, if the programs contents are well-structured. (Andrews, Bonta, & Wormith, 2006; Andrews & Bonta, 2010; Lowenkamp, Latessa, & Holsinger, 2006; McGuire, 2011).

Obeying to these criteria, Rijo and associates (2007) developed the Growing Pro-Social (GPS), a group program for the rehabilitation of youths considered at risk or presenting some degree of antisocial behavior. GPS was designed to be used both with prevention and rehabilitation purposes (Rijo & Sousa, 2004).

GPS tries to overcome some limitations found in previously existing programs. In concrete, experiential exercises take place along the program, and participants are encouraged to achieve insight through systematic questioning about the reactions felt during activities (guided discovery approach), and to apply this knowledge to real life situations. The program tries to promote gradual change in behavioral and emotional reactions, while working in a progressive manner towards a more adaptive information processing style. The ultimate goal of GPS is to promote change in the dysfunctional core beliefs about the self and the others underlying the social information processing found to be more prominent in aggressive individuals (Bernstein et al., 2007; Rijo et al., 2007): Failure, Social Isolation/Alienation, Mistrust/Abuse, Defectiveness/Shame, Emotional Deprivation, Abandonment/Instability, Grandiosity/Entitlement and Insufficient Self Control/Self Discipline.

Concerning the program's structure, GPS consists of 40 weekly sessions lasting about 90 minutes. As we can see in table 1, sessions are grouped into five sequential modules, preceded by an initial session for the presentation of the program. It ends with a final session, and follow-up sessions that can be performed *a posteriori*. The extension of each module varies depending on the contents and the time needed to achieve the defined goals.

Table 1: GPS modules and contents (adapted from Rijo &amp; Sousa, 2004)

Modules	Number of sessions	Contents summary
Initial session		Presentation of the structure and methodology of the program and members.
1. Human communication	5	The communication process and its obstacles; verbal and non-verbal communication skills, the ambiguity of human communication; the (in)congruence between digital and analogical languages.
2. Interpersonal and behavioral relationships	10	Behavioral styles (assertive, aggressive, passive and manipulative) in relationships; self-concept and interpersonal behavior; ideas about the others and interpersonal behavior; specific interpersonal contexts and assertive behavior; negotiation as a strategy to deal with conflicts.
3. Cognitive distortions	6	Understanding cognitive distortions (errors of thinking); identifying and changing cognitive distortions: Selective Abstraction, Overgeneralization, Mind Reading, Crystal Ball, Minimization, Disqualifying the Positive Experiences, Dichotomous Thinking, Labeling and Personalization.
4. Function and meaning of emotions	7	The diversity of the emotional experience; the nature and function of emotions: sadness, shame, fear, anger, guilt and happiness.
5. Dysfunctional core beliefs (Life Traps)	10	The role of the beliefs about the self and the others; dysfunctional core beliefs and their influence in giving meaning to reality; identifying and changing relevant core beliefs: Failure, Social Isolation/Alienation, Mistrust/Abuse, Defectiveness/Shame, Emotional Deprivation, Abandonment/Instability, Grandiosity/Entitlement; fighting core beliefs influences in thoughts, emotions, and behavior.
Final session		Consolidate learning and generalize the gains made during the program.

This study's main goal is to test the effectiveness of the Growing Pro-Social (Rijo, et al, 2007) in reducing cognitive distortions and dysfunctional core beliefs in a sample of male prison inmates. It is expected that, after GPS delivery, treatment group subjects (TG) show a decreased use of cognitive distortions in social information processing as well as less endorsement of the 8 core schemas underlying antisocial behavior, when compared to control group subjects (CG).

## Method

### Sample

A 48 Portuguese prison inmates sample was randomly assigned to treatment and control conditions (24 in each group). Treatment group subjects attended to at least 80% of the GPS 40 sessions along 12 months, while control group received the usual counseling by prison staff educators. As we can see in table 2, groups are equivalent regarding age,  $t(46) = -1.158$ ,  $p = .253$  and years of education,  $t = -.740$ ,  $p = .463$ . Regarding marital status, there were no differences between the distributions,  $F = 3.063$ ,  $p = .668$ , as well as for socio-economic status,  $F = 4.368$ ,  $p = .279$ .

Table 2: Socio-demographic sample characteristics

	TG (n=24)		CG (n=24)		t	p
	M	SD	M	SD		
Age	27.66	7.37	29.50	5.83	-1.158	.253
Years of education	8.17	1.76	8.58	2.13	-.740	.463
	n	%	N	%	F	p
<b>Marital status</b>						
Single	19	79.17	18	75		
Married	0	0	2	8.33	3.063	.668
Civil union	2	8.33	2	8.33		
Divorced	3	12.50	2	8.33		
<b>Socio-economic status</b>						
Low	21	87.50	24	100		
Medium	2	8.33	0	0	4.368	.279
High	1	4.17	0	0		

Table 3 summarizes legal and criminal sample characteristics. No differences were found between groups concerning sentence duration,  $t(46) = -1.556$ ,  $p = .127$ . Groups were also compared regarding the amount of crimes for which they were sentenced to prison as well as the nature of the most severe crime. In none of this distributions were found differences between groups,  $F = 6.138$ ,  $p = .305$ ;  $F = 12.120$ ,  $p = .224$ , respectively. Subjects were further divided into primary and relapsed categories, concerning their criminal record. Equivalent distributions were also found in this variable,  $F = .118$ ,  $p = .731$ .

Table 3: Legal and criminal sample characteristics

	TG (n=24)		CG (n=24)		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>Sentence duration<sup>a</sup></b>	129.75	59.55	155.42	54.61	-1.556	.127
	n	%	n	%	F	p
<b>Quantity of crimes</b>						
Single crime	11	45.83	6	25		
Several crimes	13	54.17	18	75	6.138	.305
<b>Type of crimes<sup>b</sup></b>						
Against property	12	50	8	33.33		
Against people	10	41.67	12	50	12.120	.224
Against the State	1	4.17	0	0		
Drug trafficking	1	4.17	4	16.67		
<b>Criminal record</b>						
Primary	19	79.17	18	75		
Relapsed	5	20.83	6	25	.118	.731

<sup>a</sup>Duration and time of sentence in months.

<sup>b</sup>Crime against property includes robbery, theft and qualified theft; Crime against people includes homicide, attempted homicide, kidnapping, and rape; Crime against the State includes falsification.

### Instruments

The research protocol included a set of self-response questionnaires that the subjects filled before and after the *terminus* of the program (or the equivalent time interval for the control group).



From this set of self-representation studies, the Young Schema Questionnaire and the Angry Cognition Scale were employed. For each questionnaire two Cronbach's alphas are present, the first corresponding to the value of the initial assessment, and the second to the value of the final evaluation. Socio-demographic sheets were filled by staff member responsible for each inmate. Socio-demographic and legal information was obtained from individual prison records.

**Young Schema Questionnaire (YSQ-S3;** J. Young, 2005; Portuguese version of J. Pinto Gouveia, D. Rijo, & M.C., Salvador, 2006).

The YSQ-S3 is a self-response questionnaire composed by 90 items, distributed over five domains measuring the 18 EMS postulated by Young (1990). Each schema is evaluated using a set of five items listed randomly, which the individual classifies using a Likert scale from 1 to 6, where 1= (“Completely false, that is, it has nothing to do with what happens to me”) and 6= (“Describes me perfectly, that is, it has everything to do with what happens to me”).

Regarding the psychometric properties of the questionnaire, several studies demonstrate an adequate test-retest stability (Rijkeboer, Bergh, & Bout, 2005; Schimdt, Joiner, Young, & Telch, 1995), good internal consistency and construct validity (Rijkeboer et al., 2005; Schmidt et al., 1995; Stopa, Thorne, Waters, & Preston, 2001; Waller, Meyer, & Ohanian, 2001). Other studies also highlight good results at a factorial level and significant differences between clinical and nonclinical samples (Soygut, Karaosmanoglu, & Çakir, 2009).

Concerning the validation of this instrument in our country, a structure of 18 factors for the general population was found, moderate item-total correlations and high internal consistency ( $\alpha = .97$ ) (Pinto-Gouveia, Rijo, Matos, & Dinis, 2008; Rijo, 2009).

In the present study sample, only the 8 EMS postulated as underlying antisocial behavior by the GPS conceptual model were considered. For the total, which results from the sum of the 8 EMS, internal consistency showed values of .89 at the initial evaluation and .94 at the final evaluation. As for the remaining factors in particular, the internal consistency for the initial and final evaluation was .83 and .84 for the Emotional Deprivation EMS, .68 and .64 for Abandonment/Instability EMS, .54 and .74 for Mistrust/Abuse EMS, .48 and .67 for Social Isolation/Alienation EMS, .76 and .98 for the Defectiveness/Shame EMS, .61 and .73 for the Failure EMS, .59 and .63 for the Grandiosity/Entitlement EMS and, finally, .45 and .68 for the Insufficient Self Control/Self Discipline EMS.

**Angry Cognitions Scale (ACS;** R. C. Martin & E. R. Dahlen, 2007; Adapted by J. Leal, M. Veloso, A. Costa, & M. R. Simões, 2008)

This instrument consists of 54 items distributed across 9 scenarios. Each of these scenarios is assessed through 6 items through the use of a Likert scale graded from 1 to 5, where 1 represents “Very Unlikely” and 5 “Very Likely”. Of those 6 items, 5 correspond to the scale of Maladaptive Processes which, in turn, translates 5 cognitive errors in information processing, namely Misattributing Causation, Overgeneralization, Inflammatory Labeling, Demandingness and Catastrophic Evaluation; the remaining item in each scenario refers to the Adaptive Processes, which together constitute the second factor of this instrument (Leal, 2008).

The original version presents good psychometric properties, showing values of internal consistency between .82 and .91 in what concerns the 5 errors of information processing, and a value of .79 for the subscale corresponding to Adaptive Processes (Martin & Dahlen, 2007).

For the psychometric data of the Portuguese version of this instrument, only two factors were identified – Maladaptive Processes and Adaptive Processes, with Cronbach's alphas of .93 and .77, respectively (Leal, 2008).

In this study, there were satisfactory levels of internal consistency both for the initial and final assessments. The Adaptive Processes factor presented values of .78 and .80, and the Maladaptive Processes factor were .94 and .92, respectively. Regarding cognitive distortions, the alphas were .71 and .52 for Misattributing Causation, .84 and .89 for Overgeneralization, .84 and .63 for Inflammatory Labeling, .80 and .89 for Demandingness and, finally, .77 and .90 for Catastrophic Evaluation.

### Procedures

The sample of this study was selected from the inmates aged 19 and 40 years old from 4 Portuguese prisons that integrate the GPS – *Growing Pro-Social, a program of prevention and rehabilitation for individuals with deviant social behavior: efficacy studies in forensic sample project*, (PTDC/PSI-PCL/102165/2008), based at CINEICC, an integrated research unit integrated in NEICC – Cognitive-Behavioral Center for Research and Intervention of the Faculty Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra and financed by Foundation for Science and Technology, in a partnership with General Directorate for Social Reintegration and General Directorate for Prison Services. Data collection was carried out by psychology professionals of the respective prison establishments, with the aid of the authors/investigators of the above mentioned project. Due to reading and/or understanding difficulties of the target population, the filling of the self-response questionnaire was conducted in interview format with the help of one of the technicians.

The selection of prisoners met a set of exclusion criteria: presence of mental retardation or psychotic disturbances, active consumption of substances, being a foreigner (with the exception of subjects belonging to the Community of Portuguese Speaking Countries), being younger than 18 or older than 40 years old, being sentenced only for sexual crimes and, finally, a sentence duration in prison inferior to 2 years from the date of commencement of the program. For this particular study, only prisoners who participated in 80% or more of the GPS sessions were considered in TG.

The subjects in the TG were assessed a week before program's first session and one week after its *terminus*, while individuals in the control group were evaluated with the same time interval similar as the TG. All participants were the target of psychosocial interventions that integrate the prison model in Portugal. Apart from this type of intervention, subjects in the TG participated the GPS weekly.

### Statistical Procedures

Statistical analysis were carried using SPSS (Statistical Package for Social Sciences), version 17. In order to evaluate intra-subject clinical change, the Jacobson and Truax's statistical methodology (1991), the Reliable Change Index (RCI) was used, which according to the literature, is an index that ensures very high reliability (Atkins, Bedics, McGlinchey, & Bauchaine, 2005). RCI was designed to test the effectiveness of a particular therapy or program since, instead of focusing in the change in the difference of mean scores groups, it provides information about treatment effects for each individual, allowing to test whether an individual improves or deteriorates relatively to his initial assessment (Conboy, 2003). In order to ascertain whether the observed change in individuals is in fact genuine and not only due to measurement errors, and if the change places the individual inside the norms of functional groups (Conboy, 2003), RCI allows the testing of the null hypothesis of no clinically meaningful change, depending on the normal distribution (Maaseen, 2001), and considering the measurement errors of the instruments (Jacobson & Truax, 1991). This index is calculated using the formula:  $RCI = \frac{(X_{post} - X_{pre})}{\sqrt{2(SD_0^2 * (1 - \alpha))}}$ , where  $X_{post}$  represents the result of the individual in the post-test,  $X_{pre}$  represents the result of the individual in the pre-test,  $SD_0$  represents the standard deviation of the variable in a normal sample and  $\alpha$  represents the internal consistency of the instrument or variable.

According to Wise (2004), if the results are greater than  $|\alpha|$  we can assert, with a confidence interval of 80%, that real, reliable and significant change has been verified; however, if the result

exceeds  $|1.28|$  or  $|1.96|$ , that confidence interval increases to 90% and 95%, respectively. On the contrary, if the result is less than  $|.84|$ , we can say that deterioration occurred. For the interpretation of the RCI in this study, three broader categories were defined to encompass different confidence intervals: “Global Improvement” (GI), “Global Deterioration” (GD) and “No change” (NC). To compare both groups in the distributions by change categories, Chi-square statistics with Fisher’s exact tests were performed, considering the nature of data. The coefficient Cramer’s  $V$  was also applied to determine the effect size between the study variables, considering the following values:  $[.10 - .20]$  - weak effect,  $[.20 - .40]$  – moderate effect;  $[.40 - .60]$  - relatively strong effect;  $[.60 - .80]$  - strong effect, and  $[.80 - 1]$  - very strong effect.

## Results

To a better understanding of the results, we first present data about change in cognitive distortions and, secondly, on the core schemas theoretically proposed as related to antisocial behavior.

### a) Cognitive Distortions

Table 4 presents the results obtained for each group in the three possible classes of clinical change. Data were analyzed for two broader dimensions of cognitive processes – adaptive and maladaptive, as well as for the five specific cognitive distortions which are included in the maladaptive processes dimension.

There were no differences between the groups on adaptive cognitive processes. Nevertheless, there is a tendency to a better outcome on maladaptive processes in the TG while the majority of the subjects of CG tend to deteriorate in this same variable, where the differences are very near the threshold of significance,  $F = 5.517, p = .058$ , with a moderate effect, Cramer’s  $V = .342$ .

Regarding the specific cognitive distortions, significant change was observed on: Catastrophic Evaluation,  $F = 8.779, p = .015$ , Demandingness,  $F = 6.834, p = .027$ , and Inflammatory Labeling,  $F = 6.850, p = .036$ , with a relatively strong effect at first, Cramer’s  $V = .431$ , and moderate effects on the remaining, Cramer’s  $V = .386$  and  $.380$ , respectively: in the TG, a greater percentage of subjects improve while CG subjects show higher rates of clinical deterioration. There were no differences between groups concerning change in Misattributing Causation and Overgeneralization.

Table 4: RCI for cognitive distortions and ACS subscales

Subscales	Categories	TG (n=24)		TG (n=24)		F	p
		N	%	N	%		
Adaptive Processes	GI	5	20.83	10	41.67	2.757	.298
	NC	13	54.17	11	45.83		
	GD	6	25	3	12.50		
Maladaptive Processes	GI	11	45.83	4	16.67	5.517	.058
	NC	6	25	6	25		
	GD	7	29.17	14	58.33		
Misattributing Causation	GI	8	33.33	3	12.50	4.212	.113
	NC	10	41.67	12	50		
	GD	6	25	9	37.50		
Catastrophic Evaluation	GI	8	33.33	2	8.33	8.779	.015
	NC	13	54.17	13	54.17		
	GD	3	12.50	9	37.50		
Demandiness	GI	6	25	1	4.17	6.834	.027
	NC	17	70.83	17	70.83		
	GD	1	4.17	6	25		
Inflammatory Labelling	GI	12	50	4	16.67	6.850	.036
	NC	7	29.17	8	33.3		
	GD	5	20.83	12	50		
Overgeneralization	GI	11	45.83	5	20.83	3.580	.168
	NC	6	25	7	29.17		
	GD	7	29.17	12	50		

Note. GI = Global Improvement; NC = No Change; GD = Global Deterioration

### b) Core schemas

Table 5 presents the distribution by categories of clinical change in both groups for the 8 core beliefs (EMS) theoretically proposed as associated to antisocial behavior patterns. A total score of the items assessing the specific schemas was also computed.

Results show a clear difference between the distributions in both groups for the total score. The percentage of subjects with clinical improvement in the TG is the same that with clinical deterioration on the CG,  $F = 10.278$ ,  $p = .005$ , with a relatively strong effect, Cramer's  $V = .467$ . Concerning the specific core beliefs assessed, differences between groups are observed for Emotional Deprivation,  $F = 10.570$ ,  $p = .004$ , Defectiveness/Shame,  $F = 15.570$ ,  $p = .000$ , Alienation/Social Isolation,  $F = 8.598$ ,  $p = .015$ , and Failure,  $F = 9.092$ ,  $p = .011$ , with a relatively strong effect in each one, Cramer's  $V = .469$ ,  $.556$ ,  $.423$  and  $.437$ , respectively. In all cases, a greater percentage of subjects from TG show improvements while a great percentage of subjects on the CG fall into the deterioration category. No other differences between groups were observed although Grandiosity/Entitlement is close to statistical significance,  $F = 5.099$ ,  $p = .076$ , with a moderate effect, Cramer's  $V = .329$ .

Table 5: RCI for the 8 EMS underlying antisocial behavior as hypothesized by the GPS theoretical model

Subscales	Categories	TG (n=24)		TG (n=24)		F	p
		N	%	N	%		
Abandonment/Instability	GI	9	37.50	7	29.17	.475	.864
	NC	11	45.83	12	50		
	GD	4	16.67	5	20.83		
Mistrust/Abuse	GI	8	33.33	3	12.50	3.053	.250
	NC	8	33.33	12	50		
	GD	8	33.33	9	37.50		
Emotional Deprivation	GI	8	33.33	2	8.33	10.570	.004
	NC	13	54.17	9	37.50		
	GD	3	12.50	13	54.17		
Defectiveness/Shame	GI	6	25	4	16.67	15.570	.000
	NC	17	70.83	7	29.17		
	GD	1	4.17	13	54.17		
Social Isolation/Alienation	GI	9	37.50	1	4.17	8.598	.015
	NC	12	50	16	66.67		
	GD	3	12.50	7	29.17		
Failure	GI	6	25	2	8.33	9.092	.011
	NC	16	66.67	11	45.83		
	GD	2	8.33	11	45.83		
Grandiosity /Entitlement	GI	11	45.83	5	20.83	5.099	.076
	NC	8	33.33	7	29.17		
	GD	5	20.83	12	50		
Insufficient Self Control/Self Discipline	GI	8	33.33	6	25	3.140	.227
	NC	9	37.50	7	29.17		
	GD	7	29.17	11	45.83		
Total	GI	15	62.50	5	20.83	10.278	.005
	NC	1	4.17	4	16.67		
	GD	8	33.3	15	62.50		

Note. GI = Global Improvement; NC = No Change; GD = Global Deterioration

## Discussion

Structured psychoeducational programs in a group delivery format have been regarded as the best practice for the rehabilitation of young and adult offenders and are the main form of intervention, either in community or institutional settings. Research supporting this kind of intervention efficacy has privileged the reduction in recidivism rates as the stronger and more relevant outcome indicator (Andrews et al., 1990; Lipsey, 1995; McGuire & Priestley, 1995). Research has also pointed out that multimodal group programs including a cognitive component (e.g., problem-solving) can be twice as more effective in reducing recidivism rates (Izzo & Ross, 1990). This type of research was indeed relevant to influence political decisions and to sustain the generalization of these programs for juvenile and adult offenders. Criteria that psychoeducational programs should meet in order to achieve its ultimate goals have been pointed out (Andrews, Bonta, & Wormith, 2006; Andrews & Bonta, 2010; Lowenkamp, Latessa, & Holsinger, 2006; McGuire, 2011), namely the need to identify targets for change, and working not only on maintenance factors, but also trying to modify individual's risk factors which may predispose to crime. Taking into account these suggestions, GPS (Rijo et al, 2007)

was designed to promote behavioral and emotional regulation, but also addressing the issue of cognitive change (ameliorating the cognitive functioning of antisocial individuals through the modification of their information processing system at several levels). GPS is based on a cognitive-interpersonal theoretical framework which conceptualizes severe aggressive behavioral patterns as a result of a distorted view of the self and the others. While there is considerable evidence from research that antisocial individuals tend to use a greater amount of cognitive distortions when processing social information (Schwartz, 1997), more recent studies proposed that specific themes can be found in the self-concept of aggressive and antisocial individual (Ball & Cecero, 2001; Bernstein et al., 2007). Based on Young's proposal of 18 EMS underlying personality disorders (Young, 1990), Bernstein and associates (2007) found that the Abandonment, Mistrust/Abuse, Emotional Deprivation, Defectiveness/Shame, Social Isolation, Failure, Grandiosity/Entitlement, and Insufficient Self-control schemas were more prominent in antisocials. GPS includes a module with 6 sessions about working on cognitive distortions identification and change, and also 10 of its 40 sessions address these specific core schemas identification and modification.

This paper's main goal was to study GPS efficacy in promoting cognitive change on cognitive processes and self-representation (core schemas) in male adult offenders, when delivered inside prison. 48 male prisons inmates were randomly assigned to the treatment or control conditions. Results pointed out that a considerable number of subjects from the treatment group present a decreased use of specific cognitive distortions as well as less endorsement of dysfunctional core beliefs after GPS completion, when compared to controls. Contrastingly, a great number of subjects from the control group show deterioration on both types of the assessed cognitive variables. It is also noteworthy that a considerable number of subjects show no change between both moments of the assessment. An unexpected result was obtained for the adaptive cognitive processes, where no differences were found.

In a closer look, and concerning cognitive distortions, improvement in a significant percentage for treatment group subjects was achieved in Catastrophic Evaluation, Demandingness and Inflammatory Labeling. Catastrophic evaluation exacerbates the meaning of a given interpersonal situation to the point where events can be interpreted as unmanageable or unacceptable; a decrease in catastrophic evaluation may indicate a better tolerance to interpersonal stress as well as more realistic evaluations of daily hassles. Demandingness relates to being intolerant with others and seeing them as responsible for distressful situations in our lives. Less demandingness is, therefore, a sign of better acceptance of others and respect towards them. Inflammatory Labeling includes criticism and devaluation of others, and a decrease on its use may mean a more realistic information processing and better behavioral adjustment, with a decrease in verbal aggressiveness. These cognitive distortions are more related to a negative view of others, and a change at this level may indicate a more realistic information processing style and better interpersonal adjustment.

Concerning global schema change, results showed clinical improvement in a great percentage of the treatment group subjects while, at the same time, the same number of controls presents deterioration at this level. This outcome suggests that GPS can produce a significant change in core schemas. According to theory (Young, 1990, 2003; Young, Klosko, & Weishaar, 2003), lower scores on schema measures may be interpreted as lower prominence of these same schemas in the individual's self-concept. In other words, dysfunctional core schemas decrease their influence on associated cognitive distortions and related cognitive products. As a result, attribution of meaning can be made in a more realistic way, less influenced by schema-serving bias.

Concerning comparisons between groups, differences were found for the Emotional Deprivation, Defectiveness/Shame, Social Isolation and Failure schemas, and the same tendency was verified in the Grandiosity/Entitlement schema. No significant differences between groups were found

for the Abandonment, Mistrust/ Abuse and Insufficient Self-control schemas at once. As a whole, these are encouraging outcomes, considering the nature of these variables and the nature and length of the intervention program. It's worthy to note that in each of the specific core schemas, a considerable percentage of subjects from both groups show no change between the assessments. These may be due to the resistance to change of core beliefs, but can also result from the fact that not every subject possesses all the assessed schemas. On the other hand, the global indicator of schema change (total score) suggests that only a small amount of individuals does not change.

Overall, these results support GPS's efficacy in achieving change at a cognitive level in antisocial individuals, either looking at dysfunctional cognitive processes or negative themes of self-representation. If, as theoretically proposed, this cognitive malfunctioning can be seen as a correlate of emotional and behavioral regulation problems, then this kind of interventions should be able to promote change at a deeper level (when compared to psychoeducational programs focusing only on assertive behavior or anger control). Furthermore, we can expect stability of change over time if cognitive change did occur.

These are the first results concerning GPS impact on cognitive variables of this kind. One of this research's main limitations is certainly group size in each condition. Even if the program's length and the setting where it was delivered may present difficulties to data collection, further research should try to replicate this study with larger groups. Another issue is the quality of the program's delivery. Staff running GPS was chosen among senior psychologists, specially trained and supervised in the program's methodology, but the quality of the program delivery was not controlled in a systematic manner. As Blackburn (1993) and McGuire (2001) suggest, even good programs can achieve no effects if implementation quality is poor. Further results assuring the control of the program execution can produce more reliable effects. A few of the specific dimensions of change assessed present reliability problems. Nevertheless, the use of the Reliable Change Index methodology takes into account measurement errors and their possible impact on the results.

Taking into account the program's duration and organization in different modules, partial effects can be also investigated. Specifically, if change at a cognitive level is a result of the whole program or if it is related to sessions addressing cognitive distortions and self-representation. Cognitive change should also be compared with GPS's effects in behavior and emotion regulation. Once the program's efficacy has been tested in prison settings, and even if the outcomes support the treatment efficacy in promoting cognitive change, some questions still remain: is the achieved change stable over time?; can outcomes be generalized to environments other than prisons (e.g., change maintenance after release)? Finally, would such changes have impact on recidivism rates?

When compared to similar psychoeducational programs, GPS seems to achieve a greater degree of sophistication and theoretical complexity. Contents and sessions were kept tied to the cognitive-interpersonal conceptualization of aggressive and antisocial behavior. Outcome studies aim to test if the program can produce not only cognitive and emotional change, but also modify the cognitive malfunctioning of offenders. This paper presents the first findings supporting the program's efficacy in ameliorating the cognitive functioning in antisocial individuals.

## References

- Andrews, D. A. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. In J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending? Guidelines from research and practice* (pp. 35-62). London: Wiley Blackwell.
- Andrews, D. A. & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy and Law*, 16, 39-55. doi: 10.1037/a0018362
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need

- assessment. *Crime & Delinquency*, 52, 7-27. doi: 10.1177/0011128705281756
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404. doi: 10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x
- Atkins, C. D., Bedics, J. D., McGlinchey, J. B., & Bauchaine, T. (2005). Assessing clinical significance: Does it matter which method we use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 982-989. doi:1037/0022-006X.73.5.982
- Ball, S. A. & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 72-83. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/195235116/fulltextPDF/13764D96C2C48A51FF77?accountid=43959>.
- Bernstein, D., Arntz, A., & Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183. doi:10.1080/14999013.2007.10471261
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct: Theory, research and practice*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Blagg, H. & Smith, D. (1989). *Crime, penal policy and social work*. Harlow: Longman.
- Brody, S. (1976). *The effectiveness of sentencing*. London: HMSO.
- Caldwell, M. F. & Rybroek, G. J. V. (2005). Reducing violence in serious juvenile offenders using intensive treatment. *International Journal of Law and Psychiatric*, 28, 622-636. doi: 10.1016/j.ijlp.2004.07.001
- Conboy, J. (2003). Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito. *Análise Psicológica*, 2(XXI), 145-158. Retrieved from <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a02.pdf>
- Dodge, K. A. & Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling, & J. D. Maser (Eds.), *Handbook of antisocial behavior* (pp. 171-180). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Hoge, R. D. (2001). *The juvenile offender: Theory, research and applications*. Massachusetts: Kluwer Academic Publishers.
- Izzo, R. L. & Ross, R. P. (1990). Treatment programs for offenders: Meta-analysis, "what works" and beyond. *International Journal of Law and Psychiatric*, 22(3-4), 361-372. doi: 10.1177/0093854890017001008
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(1), 12-19. Retrieved from [http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM\\_Readings/JCCP\\_Jacobson\\_ClinSIG.pdf](http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM_Readings/JCCP_Jacobson_ClinSIG.pdf)
- Leal, J. (2008). *Angry Cognition Scale: Estudos Psicométricos* [Dissertação de Mestrado não publicada]. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Lipton, D., Martinson, R., & Wilks, J. (1975). *The effectiveness of correctional treatment: A survey of treatment evaluation studies*. New York: Praeger.
- Lipsey, M. W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending? Guidelines from research and practice* (pp.63-78). London: Wiley Blackwell.
- Lowenkamp, C. T., Latessa, E. J., & Holsinger, A. M. (2006). The risk principle in action: What have we learned from 13,676 offenders and 97 correctional programs? *Crime and Delinquency*, 52, 77-93. doi: 10.1177/0011128705281747
- Maaseen, G. (2001). The unreliable change of reliable change indices. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 495-498. Retrieved from [http://ac.els-cdn.com/S0005796700000292/1-s2.0-S0005796700000292main.pdf?\\_tid=1eda58b5bd04bfa063042a7c29c64560&acdnat=1339595064\\_5c6f36fed221e874b209241132a438ce](http://ac.els-cdn.com/S0005796700000292/1-s2.0-S0005796700000292main.pdf?_tid=1eda58b5bd04bfa063042a7c29c64560&acdnat=1339595064_5c6f36fed221e874b209241132a438ce)
- Martinson, R. (1974). What works? – Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 10, 22-



54. Retrieved from [http://www.nationalaffairs.com/doclib/20080527\\_197403502whatworksquestionsandanswersaboutprisonreformrobertmartinson.pdf](http://www.nationalaffairs.com/doclib/20080527_197403502whatworksquestionsandanswersaboutprisonreformrobertmartinson.pdf)
- Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2007). The angry cognitions scale: A new inventory for assessing cognitions in anger. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 25(3), 155 – 173. doi: 10.1007/s10942-006-0033-2. [Portuguese version of J. Leal, M. Veloso, A. Costa, & M. R. Simões, 2008].
- McGuire, J. (2001). What works in correctional intervention? Evidence and practical implications. In G. A. Bernfeld, D. P. Farrington, & A. W. Leschied (Eds.), *Implementing and evaluating effective programs* (pp. 25-43). Chichester: John Wiley & Sons.
- McGuire, J. (2006). Eficácia das intervenções para a redução da reincidência criminal [Trad. D. Rijo]. In A. C. Fonseca, M. Simões, M. C. T. Simões, & M. S. Pinho (Eds.), *Psicologia Forense* (pp.639-665). Coimbra: Nova Almedina.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2577-2597. doi: 10.1098/rstb.2008.0035
- McGuire, J. (2011). Reducing recidivism of adult offenders: a review of methods and outcomes. *Ousar Integrar – Revista de Reinserção Social e Prova*, 8, 9-25.
- McGuire, J. & Priestley, P. (1995). Reviewing ‘what works’: Past, present and future. In J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending? Guidelines from research and practice* (pp. 3-34). London: Wiley Blackwell.
- 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 Comportamental*, 14(2), 180.
- Redondo, S., Garrido, V., & Sánchez-Meca, J. (1997). What works in correctional rehabilitation in Europe: A meta-analytic review. In S. Redondo, V. Garrido, J. Pérez, & R., Barberet (Eds.), *Advances in psychology and law: International contributions* (pp. 449-523). Berlin: de Gruyter.
- Redondo, S., Sánchez-Meca, J., & Garrido, V. (1999). The influence of treatment programmes on the recidivism of juveniles and adult offenders: An European meta-analytic review. *Psychology, Crime and Law*, 5, 251-278. doi: 10.1080/10683169908401769
- Rijkeboer, M. M., Bergh, H., & Bout, J. (2005). Stability and discriminative power of the Young Schema-Questionnaire in a Dutch clinical versus non-clinical population. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(2), 129-144. doi:10.1016/j.jbtep.2004.08.005
- Rijo, D. (2009). *Esquemas Mal-Adaptativos Precoces: Validação do conceito e dos métodos de avaliação* [Dissertação de Doutoramento não publicada]. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Rijo, D. & Sousa, M. N. (2004). Gerar Percursos Sociais (GPS), um programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento desviante – bases conceptuais, estrutura e conteúdos. *Infância e Juventude*, 4(2), 33-74. Lisboa: Instituto de Reinserção Social.
- Rijo, D., Sousa, M. N., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M. C., Silva, M. J., Ricardo, M., & Massa, S. (2007). *Gerar Percursos Sociais: Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento social desviante*. Ponta Delgada: Equal.
- Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books, Inc.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321. Retrieved from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=125&sid=9c407d30-b541-498d-8860-5ced16ed69fa%40sessionmgr110>
- Schwartz, J., Buboltz, W., & Seemann, E. (2004). Personality styles predictors of masculine gender role conflict in male prison inmates. *Psychology of Men & Masculinity*, 5(1), 59-6. doi: 10.1037/1524-

9220.5.1.59

- Soygut, G., Karaosmanoglu, A., & Çakir, Z. (2009). Assessment of early maladaptive schemas: A psychometric study of the Turkish young Schema Questionnaire-Short Form-3. *Turkish Journal of Psychiatry*, 20(1), 75-84. Retrieved from <http://www.turkpsikiyatri.com/C20S1/en/75-84.pdf>
- Stopa, L., Thorne, P., Waters, A., & Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15, 253-272. Retrieved from <http://search.proquest.com/docview/89070234/fulltextPDF/1374BA979C63E070804/7?accountid=43959>
- Waller, G., Meyer, C., & Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the Young Schema Questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 137-147. doi:10.1023/A:1026487018110
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 50-59. Retrieved from <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=125&sid=ce888259-d218-4c67-9d09-ae0f4e7f4bf3%40sessionmgr11>
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for personality disorder: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E. (2003). *Cognitive Therapy for personality disorder: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J. E. (2005). Young Schema Questionnaire – S3. Cognitive Therapy Center of New York [Portuguese version of J. Pinto Gouveia, D. Rijo, & M. C., Salvador, 2006].
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press.

**Artigo 2 – Mudança clínica em variáveis emocionais e cognitivas  
subjacentes ao comportamento anti-social após um programa de  
grupo psicoeducacional**

Mudança clínica em variáveis emocionais e cognitivas subjacentes ao comportamento anti-social após um programa de grupo psicoeducacional  
Clinical change in emotional and cognitive variables underlying the anti-social behavior after a psychoeducational group program

João Ramos<sup>1</sup>, Carolina da Motta<sup>2</sup>, Nélio Brasão<sup>3</sup>, Daniel Rijo<sup>4</sup> & José Pinto-Gouveia<sup>5</sup>  
Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) –  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Este trabalho foi realizado no âmbito do Projecto “Gerar Percursos Sociais, um programa de prevenção e reabilitação para indivíduos com comportamento social desviante: estudos de eficácia em amostras forenses” (PTDC/PSI-PCL/102165/2008), financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia e sediado no CINEICC, numa parceria com a Direcção Geral de Reinserção Social e a Direcção Geral dos Serviços Prisionais.

Correspondência para: Daniel Rijo (drijo@fpce.uc.pt)  
Rua do Colégio Novo Apartado 6153  
3001-802 Coimbra, Portugal  
Telefone: +351 239 851 464  
Fax: +351 239 851 462

### Resumo

*Gerar Percursos Sociais* (GPS, Rijo et al., 2007), é um programa multimodal de grupo que visa a prevenção e reabilitação psicossocial de indivíduos com comportamento anti-social. É constituído por 5 módulos sequenciais, divididos num total de 40 sessões que decorrem semanalmente. Baseado num referencial teórico cognitivo-interpessoal (Bernstein, Arntz, & Vos, 2007; Safran & Segal, 1990; Young, 2003), o GPS foca-se nas mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais, assumindo como objectivo final a flexibilização de crenças disfuncionais subjacentes ao comportamento anti-social (Bernstein et al., 2007). Este estudo avalia a eficácia do GPS na redução da experiência de raiva, ideacção paranóide (paranóia) e na vergonha externa em reclusos do sexo masculino. Para o efeito, comparou-se 24 sujeitos que frequentaram as sessões do GPS (grupo experimental; GE) com 24 reclusos do grupo de controlo (GC). Ambos os grupos foram avaliados em dois momentos distintos, antes do início do programa (pré-tratamento) e após o *terminus* do mesmo (pós-tratamento), ou com um intervalo de tempo equivalente entre as avaliações. Todos os indivíduos completaram o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (Spielberger, 1988), a Escala Geral de Paranóia (Feningstein & Venable, 1992) e a *Other as Shamer Scale* (Allan & Gilbert, 1994). Os resultados foram calculados através do *Reliable Change Index* (RCI; Jacobson & Truax, 1991), um método adequado para testar a mudança clinicamente significativa após as intervenções. Em geral, os indivíduos do GE mostram uma redução significativa na experiência de raiva e de vergonha externa, e um menor recurso a crenças paranoides (paranoia) comparativamente aos indivíduos do GC e, ao mesmo tempo, mostram menos deteriorações clínicas nas variáveis em estudo. Estes resultados apontam para a capacidade do GPS alcançar mudanças a nível emocional e cognitivo nas variáveis teoricamente propostas como subjacentes ao comportamento agressivo e anti-social.

**Palavras-chave:** Gerar Percursos Sociais, comportamento anti-social, raiva, paranóia, vergonha externa, Reliable Change Index

### Abstract

*Growing Pro-Social* (GPS, Rijo et al, 2007) is a multimodal group program aimed at the prevention and psychosocial rehabilitation of individuals with antisocial behavior. It comprises five sequential modules, divided into a total of 40 weekly sessions. Based on a cognitive-interpersonal theoretical framework (Berstein, Arntz, & Vos, 2007; Safran & Segal, 1990; Young, 2003), GPS focuses on cognitive, emotional and behavioral change, assuming as ultimate goal the flexibilization of dysfunctional core beliefs underlying antisocial behavior (Bernstein et al., 2007). This study assesses GPS's efficacy in reduction the experience of anger, paranoid ideation (paranoia) and external shame in male prison inmates. To this end, we compared 24 subjects who attended the GPS sessions (treatment group, TG) with 24 inmates in the control group (CG). Both groups were evaluated at two different times before the start of the program (pretreatment) and after its termination (post treatment) or an equivalent period of time between evaluations. All subjects completed the State-Trait Anger Expression Inventory (Spielberger, 1988), the General Paranoia Scale (Fenigstein & Vanable, 1992) and the Other as Shamer Scale (Allan & Gilbert, 1994). Outcomes were computed using the Reliable Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1991), an adequate method to test significant clinical change after intervention. Overall, TG subjects show a reduction in experience of anger and external shame, and a decreased reliance on paranoid beliefs (paranoia) than CG subjects and, at the same time, show clinical deterioration on the studied variables. These outcomes point to the GPS capability of achieving changes at an emotional and cognitive level in the variables theoretically proposed as underlying aggressive and antisocial behavior.

**Palavras-chave:** Growing Pro-Social, antisocial behavior, anger, paranoia, external shame, Reliable Change

Inde

### **Mudança clínica em variáveis emocionais e cognitivas subjacentes ao comportamento anti-social após um programa de grupo psicoeducacional**

Ao longo das últimas décadas, estudos de meta-análise metodologicamente mais rigorosos têm contrariado a visão pessimista de que “nada funciona” (*nothing works*) na redução das taxas de reincidência criminal (Andrews et al., 1990; Lipsey, 1995; McGuire & Priestley, 1995; Redondo, Garrido, & Sánchez-Mecca, 1997; Redondo, Sánchez-Mecca, & Garrido, 1999), indicando que o impacto das intervenções psicoeducativas e/ou psicoterapêuticas na reabilitação de indivíduos com comportamento anti-social é, em média, positivo (reduções entre os 10 e os 20% nas taxas de reincidência). Estes estudos indicam que os programas cognitivo-comportamentais estão entre os mais eficazes, nomeadamente quando incluem uma componente cognitiva (Izzo & Ross, 1990). Estudos recentes defendem ainda que é possível maximizar a magnitude do efeito destes programas através de determinadas características (podendo atingir uma redução superior a 50% nas taxas de reincidência) (Andrews, Bonta, & Wormith, 2006; Andrews & Bonta, 2010, Lowenkamp, Latessa, & Holsinger, 2006; McGuire, 2011, as cited in Ramos, da Motta, Brazão, Rijo, & Pinto-Gouveia, 2012).

Nos últimos anos têm-se realizado esforços no sentido de desenvolver novos programas de intervenção no domínio do comportamento anti-social. Procurando ultrapassar algumas limitações presentes em grande parte deste tipo de programas, nomeadamente o facto de não identificarem um foco de mudança, nem definirem qual a relação entre as variáveis que procuram modificar durante a sua execução, Rijo e colaboradores (2007) construíram o GPS – Gerar Percursos Sociais, um programa de prevenção e reabilitação psicossocial de grupo para jovens em risco ou que apresentem comportamentos desviantes. Baseado num referencial teórico cognitivo-interpessoal (Bernstein, Arntz, & Vos, 2007; Safran & Segal, 1990; Young, 2003), o GPS contempla uma estratégia progressiva de mudança, tentando alcançar mudanças nas reacções comportamentais e emocionais, enquanto procura corrigir distorções cognitivas e flexibilizar as estruturas cognitivas disfuncionais subjacentes ao comportamento anti-social (Bernstein et al., 2007; Rijo et al., 2007; Ramos et al., 2012).

O GPS é constituído por 5 módulos sequenciais, precedidos de uma sessão inicial para a apresentação do programa, e uma sessão final que define o *terminus* do mesmo. Estão, ainda, previstas sessões de *follow-up* que podem ser realizadas *a posteriori*. O Módulo 1 – Comunicação (5 sessões) tem por objectivo principal levar os participantes a reconhecer a comunicação humana como um processo complexo susceptível à ocorrência de más interpretações; o Módulo 2 – Relacionamento Interpessoal (10 sessões), procura construir uma visão mais realista dos outros, das relações interpessoais e do próprio na relação com os outros; o módulo 3 – Distorções Cognitivas (6 sessões), foca-se na identificação e modificação dos principais erros de pensamento associados ao comportamento anti-social; o módulo 4 – Significado das Emoções (7 sessões), pretende identificar e compreender o significado das emoções básicas (tristeza, vergonha, ansiedade/medo, raiva/ira, culpa), bem como consciencializar os indivíduos da função adaptativa que estas possuem. Por último, o Módulo 5 – Armadilhas do Passado (10 sessões), tem como objectivo a activação dos EMP para que os indivíduos identifiquem as suas próprias crenças disfuncionais e aprendam estratégias para modificarem e reduzirem o sofrimento causado pela proeminência das mesmas (Rijo & Sousa, 2004; Rijo et al., 2007).

Embora os esquemas nucleares de auto-representação característicos nestes indivíduos (Bernstein et al., 2007) desempenhem um papel nuclear na génese e manutenção do comportamento anti-social, estudos recentes têm mostrado a importância de outras variáveis na psicopatologia e na compreensão da génese e manutenção deste mesmo tipo de comportamentos, nomeadamente variáveis evolucionárias como a raiva, a vergonha e a paranóia (Gilbert, Boxall, Cheung, & Irons, 2005; Gilbert & Protector, 2006a; Gilbert et al., 2009; Matos & Pinto-Gouveia, 2009; Matos, Pinto-Gouveia, &

Gilbert, 2012; Nestor, 2002, cit. por McMurran, 2009; Novaco, 2010).

O modelo evolucionário das mentalidades sociais (Gilbert, 1997, 2002) propõe diferentes formas de lidar com a vergonha e, conseqüentemente, com ameaças ao *ranking* social, sendo uma delas a procura de dominância e comportamentos de ameaça ao outro. Muitos indivíduos anti-sociais utilizam estratégias de agressão defensivas nas quais predomina a raiva (externalização), ao invés da submissão, derivado de um sentimento aumentado de ameaça e competitividade, para lidar com sentimentos de insegurança (Gilbert, 1998). Embora a raiva possa constituir uma característica de diferentes traços de personalidade subjacentes a determinados indivíduos, trata-se de uma resposta comum à rejeição dos outros (Downey et al., 1998a, 1998b, as cited in Gilbert, Irons, Olsen, Gilbert & McEwan, 2006b), ao criticismo e ao “*social put-down*” (Gilbert & Miles, 2000, as cited in Gilbert et al., 2006b), podendo ser assim conceptualizada como uma estratégia eficaz para controlar os ataques à auto-estima e ao auto-conceito, decorrentes das percepções de inferioridade, incompetência e desvalorização pessoal que se sentem quando se experiencia vergonha (Farmer & Andrews, 2009; Lewis, 1971; Tangney & Dearing, 2002, Thomaes, Bushman, Stegge, Olthof, & Nezlek, 2011; Tracy & Robins, 2004). Apesar dos estudos com amostras forenses serem escassos, a evidência empírica indica que a vergonha relativa a determinados comportamentos problemáticos constitui um preditor de reincidência (Hosser, Windzio, & Greve, 2008), destacando-se o papel da raiva como motivação para a agressão (Tangney & Dearing, 2002; Lobbestael, Arntz, Cima, & Chakhssi, 2009). Esse estado emocional de raiva baseado na vergonha é frequentemente percebido como um estado de raiva particular, no qual predomina a hostilidade, e é denominado de “*humiliated fury*” (Lewis, 1971; Thomaes et al., 2011).

Estas emoções, concebidas à luz dos modelos evolucionários, têm assumido um interesse crescente no domínio da Psicologia. Enquanto para a maioria dos animais constatamos que a ameaça social se mantém quase intemporal, sendo constituída, principalmente, pela agressão, para os humanos a principal ameaça do presente contexto evolucionário centra-se na perda de estatuto social, que se consubstancia no facto de não ser aceite pelos outros e de ser visto como desadequado, indesejado ou sem características valorizadas por estes, uma vez que as hierarquias de dominância humana baseiam-se actualmente no prestígio e, por conseguinte, na manutenção de reputações sociais e pessoais (Tracy, Robins & Tangney, 2007). A vergonha pode ser assim conceptualizada como uma resposta automática do sistema primitivo de defesa social, que perante uma ameaça ao estatuto social do indivíduo (possibilidade de rejeição ou experiência real desse mesmo sentimento) vai espoletar um conjunto de defesas, das quais se destacam a fuga, a luta ou a submissão (Gilbert, 1997, 1998, 2003). No entanto, Gilbert (1997) defende que a vergonha pode ser anulada de várias formas: aceitando a diminuição do estatuto social e mostrando submissão de forma a evitar novos conflitos; ou em alternativa manter ou melhorar o estatuto social utilizando estratégias que aumentem a atractividade social através de comportamentos pró-sociais, competência ou talento, ou por estratégias que assinalem a acção e poder utilizando a raiva e a agressão (Gilbert, 1997, 2002).

Adicionalmente, indivíduos que possuem representações negativas do *self* tendem a adoptar atribuições externas (culpabilizar os outros) como estratégia de auto-protecção, activando esquemas paranóides e de ameaça (Bentall & Kaney, 1996). Nesse sentido, a paranóia também pode ser conceptualizada como um sistema de defesa contra a percepção de ameaça que à semelhança da vergonha visa, essencialmente, a sobrevivência do indivíduo no contexto social quando este se percebe como um objecto social indesejado devido à perda de atractividade do *self* (Gilbert, 1989, 1998). Contudo, enquanto nos indivíduos que sentem vergonha este tipo de preocupações os leva a competir por um determinado estatuto social (Gilbert, 1997, 1998, 2002), nos indivíduos com crenças paranóides observa-se que estes procuram proteger-se da malevolência dos outros (Gilbert et al., 2005), que são vistos como hostis e detentores de poder capaz de causar danos físicos e,



inclusivamente, de matar (Gilbert et al., 2005; Gumlet, Gillan, Morrison, & Schwannauer, 2011).

O principal objectivo deste estudo é testar a capacidade do programa induzir mudanças emocionais e cognitivas subjacentes ao comportamento anti-social, nomeadamente ao nível da raiva, da vergonha externa e da paranóia numa amostra de reclusos do sexo masculino. Apesar destas 3 variáveis não integrarem o modelo conceptual do GPS, são directa e indirectamente trabalhadas ao longo das sessões. Todo o programa visa a modificação que o indivíduo tem de si e dos outros, procurando corrigir uma visão paranóide do outro, bem como a respectiva intenção hostil ao comportamento do outro em contextos interpessoais. Neste sentido, é de esperar que o GPS reduza efeitos na paranóia. Se tal acontecer esperam-se também reduções na experiência e na intensidade da raiva, uma vez que o outro não é visto tão intensamente como uma ameaça ao *self*. Para além disto, a natureza e função adaptativa da raiva são trabalhadas como conteúdos do próprio programa. Adicionalmente, as metodologias utilizadas e o formato de grupo fomentam uma exposição crescente do sujeito perante os outros, permitindo o acumular de experiências de aceitação e de validação do eu que podem cumulativamente contribuir para uma diminuição da vergonha. O esquema mal adaptativo precoce de defeito, teoricamente conceptualizado como incluindo um componente de vergonha, também é trabalhado ao longo do programa, o que pressupõe que um menor endosso deste esquema esteja associado a uma diminuição de experiência de vergonha acerca do eu.

## Método

### Amostra

Uma amostra de 48 reclusos foi distribuída aleatoriamente pelas condições experimental e de controlo (24 em cada grupo). Os indivíduos do grupo experimental frequentaram pelo menos 80% das 40 sessões do GPS ao longo de 12 meses, enquanto o grupo de controlo recebeu o tratamento habitual do modelo penitenciário utilizado no nosso país. Como podemos ver na tabela 1, os grupos são equivalentes em relação à idade,  $t(46) = -1.158, p = .253$  e aos anos de escolaridade,  $t(46) = -.740, p = .463$ . Quanto ao estado civil, não houve diferenças entre as distribuições,  $F = 3.063, p = .668$ , bem como para o estatuto socioeconómico,  $F = 4.368, p = .279$ .

Tabela 1: Caracterização sócio-demográfica da amostra

	TG (n=24)		CG (n=24)		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>Idade</b>	27.66	7.37	29.50	5.83	-1.158	.253
<b>Anos de escolaridade</b>	8.17	1.76	8.58	2.13	-.740	.463
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Estado civil</b>						
Solteiro	19	79.17	18	75		
Casado	0	0	2	8.33	3.063	.668
União de facto	2	8.33	2	8.33		
Divorciado	3	12.50	2	8.33		
<b>Estatuto sócio-económico</b>						
Baixo	21	87.50	24	100		
Médio	2	8.33	0	0	4.368	.279
Alto	1	4.17	0	0		

A tabela 2 resume as características jurídico-penais da amostra. Não foram encontradas diferenças entre os grupos no que diz respeito à duração da pena,  $t(46) = -1.556, p = .127$ . Os grupos

também foram comparados em relação à quantidade de crimes para os quais foram condenados a pena de prisão, bem como para o tipo de crime mais grave. Não foram encontradas diferenças entre os grupos em nenhuma destas distribuições,  $F = 6.138$ ,  $p = .305$ ;  $F = 12.120$ ,  $p = .224$ , respectivamente. Os indivíduos foram divididos nas categorias primária e reincidente, de acordo com o seu registo criminal. Também se verificaram distribuições equivalentes nesta variável,  $F = .118$ ,  $p = .731$ .

**Tabela 2: Caracterização jurídico-penal da amostra**

	TG (n=24)		CG (n=24)		t	p
	M	SD	M	SD		
<b>Duração da pena<sup>a</sup></b>	129.75	59.55	155.42	54.61	-1.556	.127
	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>F</b>	<b>p</b>
<b>Quantidade de crimes</b>						
Crime único	11	45.83	6	25		
Vários crimes	13	54.17	18	75	6.138	.305
<b>Tipo de crime<sup>b</sup></b>						
Contra a propriedade	12	50	8	33.33		
Contra pessoas	10	41.67	12	50	12.120	.224
Contra o Estado	1	4.17	0	0		
Tráfico de estupefacientes	1	4.17	4	16.67		
<b>Antecedentes criminais</b>						
Primário	19	79.17	18	75		
Reincidente	5	20.83	6	25	.118	.731

<sup>a</sup>Duração e tempo da pena em meses.

<sup>b</sup>Crime contra a propriedade inclui roubo, furto e furto qualificado; Crime contra pessoas inclui homicídio, tentativa de homicídio, sequestro e violação; Crime contra o Estado inclui falsificação.

### Instrumentos

O protocolo de avaliação incluiu um conjunto de questionários de auto-resposta que os sujeitos preencheram antes e após o *terminus* do programa (ou o período de tempo equivalente para o grupo de controlo). Neste estudo em particular, utilizou-se o Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço, a Escala Geral de Paranóia e a *Other as Shamer Scale*. Para cada questionário calcularam-se 2 alphas de Cronbach, o primeiro corresponde ao valor da avaliação inicial, e o segundo ao valor da avaliação final. Os questionários sócio-demográficos foram preenchidos pela equipa técnica responsável por cada recluso, e os dados jurídico-penais foram obtidos através dos registos criminais de cada indivíduo.

**Other as Shamer Scale (OAS;** Allan, Gilbert, & Goss, 1994; Goss, Gilbert, & Allan, 1994; versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011)

A OAS é uma escala de vergonha externa constituída por 18 itens, cujo principal objectivo é avaliar a percepção que o indivíduo tem do que os outros pensam de si. Cada item é avaliado em termos de frequência através de uma escala de Likert que varia entre 0 e 4, onde 0= (“Nunca”) e 4= (“Quase sempre”) (Goss, Gilbert & Allan, 1994).

Relativamente às qualidades psicométricas da versão original, os índices de consistência interna situam-se nos .92 para a população não clínica, e nos .96 para a população clínica (Allan, Gilbert, & Goss, 1994).

A versão portuguesa deste instrumento indicou boa precisão e valores elevados de consistência interna (Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011).

Para a amostra em estudo foram encontrados valores de consistência interna de .86 na avaliação inicial e de .95 na avaliação final.

**Escala Geral de Paranóia (ECG;** Fenigstein & Vanable, 1992; versão portuguesa de Lopes & Pinto Gouveia, 2005)

Este instrumento é uma escala de auto-resposta construída para medir a paranóia. É composta por 20 itens que são avaliados através de uma escala de Likert que varia entre 1=(“Nunca”) e 5=(“Sempre”) (Fenigstein & Vanable, 1992).

A versão original apresenta alphas de Cronbach que se situam entre .78 e .89, demonstrando assim boa consistência interna para a avaliação da paranóia na população geral (Fenigstein & Vanable, 1992).

Neste estudo os níveis de consistência interna foram muito bons, apresentando valores de .85 na avaliação inicial, e de .94 na avaliação final.

**Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI;** Spielberg, 1988; adaptado por D. Silva, R. Campos, & N. Prazeres, 1999)

O STAXI foi desenvolvido com o objectivo de avaliar experiências e expressões de raiva, analisando esta emoção como um constructo multidimensional que contém dois componentes principais: o Estado de raiva, que se refere a um estado emocional caracterizado por sentimentos subjectivos com intensidade variável; e o Traço de raiva, que indica uma predisposição mais estável para perceber várias situações como desagradáveis e frustrantes, cuja reacção se caracteriza por estados de raiva frequentes e mais elevados (Spielberg, 1991).

Este instrumento é constituído por 44 itens distribuídos por 3 partes: a primeira – “como se sente neste momento”, avalia o Estado de raiva; a segunda – “como se sente geralmente”, avalia o Traço de raiva; e a terceira – “como geralmente reage ou se comporta quando se sente zangado(a) ou furioso(a)”, avalia a Expressão de raiva.

De acordo com Spielberg (1988), o Traço de Raiva engloba 2 factores, o Temperamento e a Reacção de Raiva, enquanto a Expressão de Raiva é constituída por 3 factores: Raiva para Fora, Raiva para Dentro e Controlo da Raiva. Uma vez que este estudo se foca nas variáveis emocionais e cognitivas, a expressão de raiva não foi analisada por traduzir um padrão comportamental dos indivíduos.

Os diferentes componentes da raiva presentes neste instrumento são avaliados mediante a frequência com que ocorrem, e classificados de acordo com uma escala de Likert que varia de 1 a 4, onde 1=(“Quase nunca”) e 4=(“Quase sempre”). Tendo em consideração os dados psicométricos do estudo original, destacam-se 6 factores com coeficientes de consistência interna que variam entre .73 e .93 (Spielberg, 1988).

A versão portuguesa deste instrumento apresentou resultados que indicam que o instrumento tem boa validade estrutural (Silva, Campos, & Prazeres, 1999). Na presente investigação os valores da consistência interna foram de .81 e .83 para o Estado de Raiva; .80 e .86 para o Traço de Raiva; .78 e .86 para o Temperamento de Raiva e .61 e .71 para a Reacção de Raiva.

### **Procedimentos**

A amostra deste estudo foi seleccionada a partir de reclusos com idades entre os 19 e os 40 anos de 4 estabelecimentos prisionais portugueses que implementaram o GPS – *Gerar Percursos Sociais, um programa de prevenção e reabilitação para indivíduos com comportamento social desviante: estudos de eficácia em amostras forenses* (PTDC/PSI-PCL/102165/2008), sediado no Centro de Investigação do Núcleo de Estudos e Intervenção Cognitivo-Comportamental (CINEICC) da

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra (FPCEUC) e financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT), numa parceria com a Direcção Geral de Reinserção Social (DGRS) e com a Direcção Geral dos Serviços Prisionais (DGSP). A recolha de dados foi efectuada por profissionais de psicologia dos respectivos estabelecimentos prisionais, com o apoio dos investigadores do referido projecto. Devido às dificuldades de leitura e/ou compreensão da população alvo, o preenchimento dos questionários de auto-resposta foi realizado em formato de entrevista com o apoio de um dos técnicos.

A selecção dos reclusos teve em conta os seguintes critérios de exclusão: presença de atraso mental ou de perturbações do foro psicótico; consumo activo de substâncias; ser estrangeiro (à excepção de sujeitos pertencentes à Comunidade de Países de Língua Portuguesa - CPLP); ter idade inferior a 18 ou superior a 40 anos; ser condenado unicamente por crimes sexuais e, por fim, permanência nos estabelecimentos prisionais inferior a 2 anos a partir da data de início do programa. Para este estudo em particular foram incluídos no grupo experimental apenas os reclusos que participaram em 80% ou mais das sessões do GPS.

Os sujeitos do grupo experimental foram avaliados uma semana antes do início do programa e uma semana após o *terminus* do mesmo, enquanto os indivíduos do grupo de controlo foram avaliados com um intervalo de tempo idêntico aos indivíduos do grupo experimental. Todos os participantes foram alvo das intervenções de natureza psicossocial que integram o modelo penitenciário em Portugal. Para além deste tipo de intervenção, os sujeitos do grupo experimental realizaram semanalmente o GPS.

### Procedimentos estatísticos

As análises estatísticas foram realizadas utilizando o programa SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 17. De forma a avaliar a mudança clínica intra-sujeitos, utilizou-se a metodologia estatística de Jacobson e Truax (1991), o *Reliable Change Index* (RCI) que, de acordo com a literatura, é um índice que garante maior credibilidade (Atkins, Bedics, McGlinchey, & Bauchaine, 2005). O RCI foi desenvolvido para testar a eficácia de uma dada terapia ou programa em particular. No entanto, em vez de se focar na mudança da diferença entre as médias dos grupos, fornece informações sobre os efeitos do tratamento em cada indivíduo em particular, permitindo testar se um indivíduo melhora ou piora em relação à sua avaliação inicial (Conboy, 2003). A fim de verificar se a mudança observada nos indivíduos é real e se coloca o indivíduo dentro das normas de grupos funcionais (Conboy, 2003), o RCI permite testar a hipótese nula de não haver mudança clinicamente significativa, em função da distribuição normal (Maaseen, 2001) e considerando o erro de medida dos instrumentos (Jacobson & Truax, 1991). Este índice é calculado através da fórmula:  $RCI = \frac{(X_{post} - X_{pre})}{\sqrt{2(DP0 * \sqrt{1 - \alpha})^2}}$ , em que  $X_{post}$  representa o resultado do indivíduo no pós-teste,  $X_{pre}$  representa o resultado do indivíduo no pré-teste,  $DP0$  representa o desvio padrão da amostra normal e  $\alpha$  representa o índice de consistência interna do instrumento de medida.

De acordo com Wise (2004), caso os resultados sejam superiores a |.84|, podemos afirmar, com um intervalo de confiança de 80%, que se verificou uma mudança real, fiável e significativa; no entanto, caso os resultados sejam superiores a |1.28| ou |1.96|, esse intervalo de confiança aumenta para 90 e 95%, respectivamente. Pelo contrário, caso os resultados sejam inferiores a |.84|, podemos afirmar que se verificam deteriorações. Para a interpretação do RCI no presente estudo foram consideradas três categorias mais latas que englobam os diferentes intervalos de confiança: “Melhoria Global” (MG), “Deterioração Global” (DG) e “Sem Mudança” (SM). Para comparar as distribuições dos dois grupos pelas categorias de mudança, e tendo em consideração as características dos dados, utilizaram-se estatísticas de qui-quadrado com ajustamento de Fisher. O coeficiente  $V$  de Cramer também foi calculado para determinar o tamanho do efeito entre as variáveis em estudo, considerando-

se os seguintes valores: [.10 - .20] – efeito fraco, [.20 - .40] – efeito moderado, [.40 - .60] – efeito relativamente forte, [.60 - .80] – efeito forte, e [.80 - 1] – efeito muito forte.

## Resultados

### a) Raiva

A tabela 3 apresenta os resultados obtidos para cada grupo nas três categorias de mudança clínica possíveis. Os dados foram analisados de acordo com os 2 componentes principais e respectivas sub-escalas da raiva - Traço de raiva (da qual fazem parte o Temperamento e a Reacção de raiva) e Estado de raiva.

Os resultados indicam diferenças entre as distribuições de ambos os grupos ao nível do Traço de raiva, onde a percentagem diminuta de indivíduos que apresentam deterioração clínica no GE é igual à percentagem de indivíduos que apresentam melhorias clínicas no GC,  $F = 8.761$ ,  $p = .012$ , sendo este efeito relativamente forte,  $V$  de Cramer = .429. Observam-se também melhorias acentuadas no GE, enquanto no GC se verifica um elevado número de deteriorações. Não houve diferenças nas distribuições de ambos os grupos ao nível do Estado de raiva,  $F = .572$ ,  $p = .861$ .

Analisando as sub-escalas específicas do Traço de raiva observam-se mudanças significativas quer no Temperamento de raiva,  $F = 7.309$ ,  $p = .027$ , quer na Reacção de raiva,  $F = 7.399$ ,  $p = .025$ , sendo ambos os efeitos moderados,  $V$  de Cramer = .394 e .396, respectivamente: verificam-se percentagens mais elevadas de melhorias no GE, enquanto os indivíduos do CG apresentam taxas mais elevadas de deteriorações.

Tabela 3: RCI das escalas e sub-escalas do STAXI

STAXI	Categorias	Grupo experimental (n=24)		Grupo de controlo (n=24)		F	p
		N	%	N	%		
Traço de raiva	MG	11	45.83	4	16.67	8.761	.012
	SM	9	37.50	7	29.17		
	DG	4	16.67	13	54.17		
Temperamento de raiva	MG	10	41.67	4	16.67	7.309	.027
	SM	9	37.50	6	25		
	DG	5	20.83	14	58.33		
Reacção de raiva	MG	10	41.67	3	12.5	7.399	.025
	SM	11	45.83	11	45.83		
	DG	3	12.50	10	41.67		
Estado de raiva	MG	6	25	4	16.67	.572	.861
	SM	12	50	12	50		
	DG	6	25	8	33.33		

Nota. MG = Melhoria Global; DG = Deterioração Global; SM = Sem mudança

### b) Paranóia e vergonha externa

A tabela 4 apresenta a distribuição dos dois grupos pelas categorias de mudança clínica ao nível da paranóia e da vergonha externa.

Os resultados indicam uma diferença clara entre as distribuições em ambos os grupos na paranóia, onde a elevada percentagem de indivíduos que apresentam melhorias clínicas no GE é apenas ligeiramente inferior à percentagem de indivíduos que apresentam deteriorações clínicas no GC,  $F = 8.200$ ,  $p = .012$ , sendo este efeito relativamente forte,  $V$  de Cramer = .419.

No que concerne à vergonha externa, não se verificam diferenças nas distribuições dos dois grupos apesar do efeito se encontrar próximo do limiar de significância estatística,  $F = 5.272$ ,  $p = .081$ ,  $V$  de Cramer = .335. No entanto, tal como na paranóia, o GE apresenta uma percentagem de melhorias quase tão elevada como a percentagem de deterioração do GC.

**Tabela 4: RCI calculado para a paranóia e para a vergonha externa**

Instrumentos	Categorias	GE (n=24)		GC (n=24)		F	p
		N	%	N	%		
GPS	MG	13	54.17	4	16.67	8.200	.012
	SM	1	4.17	5	20.83		
	DG	10	41.67	15	62.50		
OAS	MG	13	54.17	7	29.17	5.272	.081
	SM	4	16.67	2	8.33		
	DG	7	29.17	15	62.50		

*Nota:* MG = Melhoria Global; DG = Deterioração Global; SM = Sem mudança

### Discussão

O principal objectivo desta investigação foi testar a eficácia do GPS na mudança a nível emocional e cognitivo, nomeadamente na redução da experiência de raiva, paranoia e vergonha externa. Os resultados demonstraram que um número considerável de indivíduos do grupo experimental apresenta um decréscimo no traço e estado de raiva, na paranóia e na vergonha externa após o final do GPS, quando comparados com indivíduos do grupo de controlo.

Analisando estas variáveis de forma mais específica, e atendendo aos componentes da raiva, foi alcançada uma melhoria numa percentagem significativa de indivíduos do grupo experimental no traço, temperamento e reacção de raiva. O traço de raiva encontra-se relacionado com uma maior propensão para a experiência e expressão desta emoção; um decréscimo do traço de raiva pode indicar uma maior tolerância aos erros, à frustração e ao stress interpessoal, bem como uma maior preocupação com ameaças à sua auto-estima e reputação social. O temperamento de raiva relaciona-se com um estado emocional crónico desta emoção, ou seja, com uma tendência acentuada em sentir raiva. Constituindo-se como uma sub-escala do traço de raiva, um menor temperamento de raiva pode estar relacionado com as características supracitadas, nomeadamente com uma maior tolerância aos erros, à frustração e ao stress interpessoal. A reacção de raiva indica a tendência a reagir com raiva em situações geradoras de irritação, destacando-se as ameaças às suas capacidades e à sua auto-estima. Sendo também uma sub-escala do traço de raiva, uma diminuição na reacção de raiva está associada a características já referidas anteriormente, mais especificamente a menores preocupações com o prestígio e, conseqüentemente, com reputações sociais e pessoais que podem ser decorrentes da experiencição de vergonha.

Estes componentes da raiva encontram-se relacionados com um determinado traço de personalidade. Tendo em conta que as características de personalidade são muito resistentes à mudança (McGinn & Young, 1996), e que os itens referentes às respostas socialmente desejáveis no instrumento que avalia esta emoção (STAXI) são facilmente identificados, coloca-se a hipótese de existir um enviesamento dos resultados neste ponto. Na comparação entre os grupos não foram encontradas diferenças no estado de raiva. Embora se refira a um estado transitório de raiva, neste caso específico ao momento de aplicação do teste, o estado de raiva apresenta também melhorias mais elevadas e menor número de deteriorações nos indivíduos do grupo experimental comparativamente às

mesmas categorias de mudança nos indivíduos do grupo de controlo.

No que concerne à paranóia, os resultados mostraram melhorias clínicas numa elevada percentagem de indivíduos do grupo experimental, enquanto ao mesmo tempo uma ainda maior percentagem de indivíduos do grupo de controlo apresentam deteriorações. A paranóia refere-se a uma desconfiança intensa e a um medo acentuado daquilo que os outros podem fazer contra si, sobretudo que possam demonstrar hostilidade ou intenção de causar danos ao próprio; uma diminuição nesta variável pode indicar uma flexibilização de um estilo cognitivo marcado por essas desconfianças e por esses medos relativamente aos outros, e uma flexibilização de crenças paranóides de que os outros estão contra si e que lhes querem fazer mal. Este resultado encontra-se em consonância com estudos recentes que indicam que o GPS é eficaz na reestruturação/flexibilização de estruturas cognitivas mal-adaptativas (Brasão, 2011; Ramos et al., 2012). É ainda de salientar que os resultados obtidos na raiva podem estar associados a esta diminuição da paranóia, uma vez que se o indivíduo não perceber o outro como hostil e ameaçador tenderá, teoricamente, a experienciar esta emoção com menor frequência e intensidade.

Relativamente à vergonha externa, apesar das diferenças entre os grupos não serem significativas, seguem a mesma tendência dos resultados anteriores. Este tipo de vergonha refere-se a pensamentos depreciativos que os indivíduos receiam que os outros possam ter contra si, bem como ao medo que sentem em ser avaliados negativamente pelos outros, temendo ser considerados inferiores, indesejáveis ou inadequados por eles (Gilbert, 1998, 2002); uma diminuição nesta variável sugere que os indivíduos já não se sentem tão criticados e ameaçados pelos outros, o que pressupõe um aumento de auto-estima e de confiança nas suas capacidades associados a uma imagem mais positiva de si. Desta forma, os indivíduos já não têm que adoptar um estilo auto-afirmativo como resposta a uma visão eminentemente negativa de si, veiculada pelos outros (Holmes & Holmes, 2005), diminuindo assim os níveis de vergonha externa. Tendo em consideração os estudos que indicam que a vergonha externa se encontra associada à paranóia (e.g., Matos et al., 2012), julgamos pertinente acrescentar que a diminuição de um estilo auto-crítico e o reforço de um auto-conceito mais positivo de si, conteúdos trabalhados ao longo de todo o programa, contribuem para que os indivíduos se sintam mais atractivos aos olhos dos outros e, conseqüentemente, que se sintam mais desejados e aceites por eles, pressupondo-se assim que estes percepcionem um aumento do seu estatuto ou posição social. Esta elevação do estatuto social pode fazer com que os indivíduos se sintam menos ameaçados e, por conseguinte, menos receosos de sofrer algum ataque por parte dos outros, o que em última análise se traduz numa diminuição das crenças paranóides. Desta forma, a diminuição da paranóia verificada numa elevada percentagem dos indivíduos que participaram no GPS pode estar também associada à diminuição da experiência de vergonha acerca do eu, bem como a uma flexibilização do EMP Defeito (que é conceptualizado como tendo uma componente de vergonha) que se verificou num estudo recente (Ramos et al., 2012).

Em geral, estes resultados apontam para a capacidade do programa induzir mudanças quer a nível emocional, através das mudanças observadas na raiva e na vergonha externa, quer a nível cognitivo, através das mudanças observadas na paranóia.

Apesar do contributo deste estudo para a validação do GPS, não podemos deixar de referir as suas limitações: o número reduzido da amostra e a qualidade da implementação do programa, que apesar de ter sido realizado por um conjunto de técnicos especialmente treinados e supervisionados na metodologia do GPS não foi controlada de uma forma sistemática. Dada a duração e estruturação do programa em diferentes módulos, seria particularmente interessante realizar uma avaliação intermédia entre a avaliação inicial e a avaliação final que possibilitasse uma comparação entre estes três momentos de avaliação, de modo a estudar os efeitos parciais do programa e de cada módulo em particular. Uma vez testada a eficácia do programa nos estabelecimentos prisionais pode-se ainda

estudar se a mudança alcançada é estável ao longo do tempo, se os resultados podem ser generalizados para outros contextos e, por último, se estas mudanças têm impacto nas taxas de reincidência.

### Referências

- Allan, S., Gilbert, P., & Goss, K. (1994). An exploration of shame measures: 2. Psychopathology. *Personality and individual differences*, 17, 719-722. Retirado de [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90150-3](http://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90150-3)
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404. doi: 10.1111/j.1745-9125.1990.tb01330.x
- Atkins, C. D., Bedics, J. D., McGlinchey, J. B., & Bauchaine, T. (2005). Assessing clinical significance: Does it matter which method we use? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 982-989. doi:1037/0022-006X.73.5.982
- Bentall, R. & Kaney, S. (1996). Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: A test of a cognitive model of paranoia. *Psychological Medicine*, 26, 1231-1237.
- Bernstein, D., Arntz, A., & Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183. doi:10.1080/14999013.2007.10471261
- Conboy, J. (2003). Algumas medidas típicas univariadas da magnitude do efeito. *Análise Psicológica*, 2(XXI), 145-158. Retirado de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v21n2/v21n2a02.pdf>
- Farmer, E. & Andrews, B. (2009). Shameless yet angry: Shame and its relationship to anger in male young offenders and undergraduate controls. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20(1), 48-65. doi: 10.1080/14789940802205315
- Fenigstein, A. & Vanable, P. (1992). Paranoia and self-consciousness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 129-138 [versão portuguesa de Lopes & Pinto Gouveia, 2005]. doi:10.1037/0022-3514.62.1.129
- Gilbert, P. (1989). *Human nature and suffering*. Lawrence Erlbaum Associates: Hove.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 113-147.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert and B. Andrews (Eds). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications. In Gilbert, P. & Miles, J. (Ed.), *Body Shame: Conceptualization, Research and Treatment* (pp.3-54). New York: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70 (4), 1205-1230.
- Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The relationship of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 124-133. doi:10.1002/cpp.438
- Gilbert, P. & Procter, S. (2006a). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: A pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. doi:10.1002/cpp.507
- Gilbert, P., Irons, C., Olsen, K., Gilbert, J., & McEwan, K. (2006b). Interpersonal sensitivities: Their links to mood, anger and gender. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 37-51. doi:10.1348/147608305X43856
- Gilbert, P., McEwan, K., Irons, C., Broomhead, C., Bellew, R., Mills, A., & Gale, C. (2009). The dark side of competition: How competitive behaviour and striving to avoid inferiority, are linked to depression,



- anxiety, stress and self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(2), 123-136. doi:10.1348/147608308X379806
- Goss, K., Gilbert, P., & Allan, S. (1994). An exploration of shame measures: 1. The “other as shamer scale”. *Personality and Individual Differences*, 17, 713-717. [versão portuguesa de Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011]. Retirado de [http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90149-X](http://dx.doi.org/10.1016/0191-8869(94)90149-X)
- Gumley, A., Gillan, K., Morrison, A., & Schwannauer, M. (2011). The development and validation of the beliefs about paranoia scale (short form). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 35-53. doi:10.1017/S135246581000055X
- Holmes, R. & Holmes, S. (2002). *Profiling Violente Crimes, an investigation tool* (pp.47-69). Sage Publications, Inc.
- Hosser, D., Windzio, M., & Greve, W. (2008). Guilt and shame as predictors of recidivism: A longitudinal study with young prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 138-152.
- Izzo, R. L. & Ross, R. P. (1990). Treatment programs for offenders: Meta-analysis, “what works” and beyond. *International Journal of Law and Psychiatric*, 22(3-4), 361-372. doi: 10.1177/0093854890017001008
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 39(1), 12-19. Retirado de [http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM\\_Readings/JCCP\\_Jacobson\\_ClinSIG.pdf](http://www.personal.kent.edu/~dfresco/CRM_Readings/JCCP_Jacobson_ClinSIG.pdf)
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lipsey, M. W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending? Guidelines from research and practice* (pp.63-78). London: Wiley Blackwell.
- Lobbestael, J., Arntz, A., Cima, M., & Chakhssi, F. (2009). Effects of induced anger in patients with antisocial personality disorder. *Psychological Medicine*, 39, 5557-568. doi: 10.1017/S0033291708005102.
- Lowenkamp, C. T., Latessa, E. J., & Holsinger, A. M. (2006). The risk principle in action: What have we learned from 13676 offenders and 97 correctional programs? *Crime and Delinquency*, 52, 77-93. doi: 10.1177/0011128705281747
- Maaseen, G. (2001). The unreliable change of realible change indices. *Behaviour Research and Therapy*, 39(4), 495-498. Retirado de [http://ac.els-cdn.com/S0005796700000292/1-s2.0-S0005796700000292main.pdf?\\_tid=1eda58b5bd04bfa063042a7c29c64560&acdnat=1339595064\\_5c6f36fed221e874b209241132a438ce](http://ac.els-cdn.com/S0005796700000292/1-s2.0-S0005796700000292main.pdf?_tid=1eda58b5bd04bfa063042a7c29c64560&acdnat=1339595064_5c6f36fed221e874b209241132a438ce)
- Matos, M. & Pinto-Gouveia, J. (2009). Shame as a traumatic memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.659
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2012). The effect of shame and shame memories on paranoia ideation and social anxiety in a general community sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1766
- McGinn, L. K. & Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- McGuire, J. (2011). Reducing recidivism of adult offenders: a review of methods and outcomes. *Ousar Integrar – Revista de Reinserção Social e Prova*, 8, 9-25.
- McGuire, J. & Priestley, P. (1995). Reviewing ‘what works’: Past, present and future. In J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending? Guidelines from research and practice* (pp. 3-34). London: Wiley Blackwell.
- Novaco, R. W. (2010). Anger and psychopathology. In M. Potegal (Ed), *International handbook of anger* (pp. 465-497). New York: Springer.
- Redondo, S., Garrido, V., & Sánchez-Meca, J. (1997). What works in correctional rehabilitation in Europe: A meta-analytic review. In S. Redondo, V. Garrido, J. Pérez, & R., Barberet (Eds.), *Advances in psychology and law: International contributions* (pp. 449-523). Berlin: de Gruyter.

- Redondo, S., Sánchez-Meca, J., & Garrido, V. (1999). The influence of treatment programmes on the recidivism of juveniles and adult offenders: An European meta-analytic review. *Psychology, Crime and Law*, 5, 251-278. doi: 10.1080/10683169908401769
- Rijo, D. & Sousa, M. N. (2004). Gerar Percursos Sociais (GPS), um programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento desviante – bases conceptuais, estrutura e conteúdos. *Infância e Juventude*, 4 (2), 33-74. Lisboa: Instituto de Reinserção Social.
- Rijo, D., Sousa, M. N., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M. C., Silva, M. J., Ricardo, M., & Massa, S. (2007). *Gerar Percursos Sociais: Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento social desviante*. Ponta Delgada: Equal.
- Safran, J.D. & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books, Inc.
- Silva, D. R., Campos, R., & Prazeres, N. (1999). O inventário do estado-traço de raiva (STAXI) e a sua adaptação para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 34, 55-81.
- Spielberger, C. D. (1988). The experience, expression and control of anger. In C. D. Spielberger, S. S. Krasner, & E. P. Solomon (Eds.), *Health psychology: Individual differences and stress* (pp. 55-81). New York: Springer Verlag/Publisheres.
- Spielberger, C. D. (1991). *Manual of state-trait anger expression inventory*. Florida: Psychological Assessment Resources, Inc.
- Tangney, J. P. & Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: The Guilford Press.
- Tracy, J. L. & Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103-125. doi:10.1207/s15327965pli1502\_01
- Tracy, J. L., Robins, R. W., & Tangney, J. P. (2007). *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research*. New York: The Guilford Press.
- Thomaes, S., Bushman, B., Stegge, H., Olthof, T., & Nezlek, J. (2011). Turning shame inside-out: “Humiliated Fury” in young adolescents. *Emotion*, 11(4), 786-793. doi: 10.1037/a0023403
- Wise, E. A. (2004). Methods for analyzing psychotherapy outcomes: A review of clinical significance, reliable change, and recommendations for future directions. *Journal of Personality Assessment*, 82(1), 50-59. Retirado de [http:// web.ebscohost.com/ehost/ pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=125&sid=ce888259-d218-4c67-9d09-ae0f4e7f4bf3%40sessionmgr11](http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&hid=125&sid=ce888259-d218-4c67-9d09-ae0f4e7f4bf3%40sessionmgr11)
- Young, J. E. (2003). *Cognitive therapy for personality disorder: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.

## V – Discussão Geral

A presente dissertação, inserida no âmbito do Projecto de I&D “*Gerar Percursos Sociais, um programa de prevenção e reabilitação para indivíduos com comportamento anti-social: estudos de eficácia em amostras forenses*” (PTDC/PSI-PCL/102165/2008), teve como principal objectivo contribuir para a validação do GPS em contexto prisional. Para isso, realizaram-se dois estudos a partir de uma amostra de 48 reclusos que foi sub-dividida em dois grupos, um experimental e outro de controlo, ambos com 24 indivíduos.

No primeiro estudo analisaram-se as mudanças ao nível dos processos cognitivos e dos esquemas nucleares de auto-representação nos indivíduos que participaram no programa, enquanto o segundo estudo procurou testar se a frequência do programa contribuiu para mudanças na raiva, na paranóia e na vergonha externa.

Antes de nos focarmos na discussão dos resultados, importa tecer algumas considerações metodológicas, nomeadamente ao nível da recolha do grupo experimental e do protocolo de avaliação utilizado, uma vez que podem ter influenciado, parcialmente, os resultados obtidos.

Relativamente à recolha do grupo experimental, esta ficou condicionada pelo facto de só se incluírem reclusos que participaram em pelo menos 80% das sessões do GPS. Apesar desta decisão ter permitido analisar com maior segurança mudanças que se esperam terem ocorrido devido à implementação do programa e consequente assimilação e generalização das competências aprendidas, não possibilitou obter um grupo mais extenso devido à enorme dificuldade em encontrar indivíduos com taxas de frequência tão elevadas. Este factor influenciou o número reduzido da amostra (n=48), uma vez que de forma a assegurar a homogeneidade das variâncias dos dois grupos em estudo foi necessário obter um grupo de controlo equivalente.

A extensão do protocolo, que sendo constituído por vários instrumentos tornou o processo de avaliação bastante moroso, bem como a fácil identificação dos itens e das respectivas respostas socialmente desejáveis em algumas variáveis, nomeadamente na raiva, podem ter contribuído também para limitações nos estudos e nos resultados alcançados.

Tendo em conta que o objectivo geral desta dissertação é contribuir para a validação do GPS em contexto prisional, isto é, estudar se o programa é eficaz na promoção de mudanças a determinados níveis, neste caso específico a nível emocional e cognitivo, pressupõe-se que um dos objectivos comuns será analisar se os indivíduos mostram melhorias em relação à sua situação clínica inicial. Desta forma, a estatística baseada nas médias de grupos não é suficiente, uma vez que não nos permite concluir qual foi o verdadeiro efeito em cada indivíduo, quantos melhoraram ou quantos pioraram com a aplicação do programa. Uma vez que este é um aspecto importante neste tipo de estudos, porque as diferenças entre os grupos não permitem revelar se os resultados se devem apenas a alguns indivíduos ou à maioria da amostra em estudo, decidiu-se utilizar o RCI –

Reliable Change Index. Este método permite avaliar a mudança clínica a nível individual, descrevendo se se observaram mudanças nos indivíduos ao longo do período em que o programa decorreu. O RCI torna-se ainda particularmente relevante porque para além de permitir averiguar se os indivíduos se aproximam mais dos grupos normais, indica também se essa mudança é, de facto, verdadeira e não se deve apenas a erros de medida.

Os resultados do **estudo 1** indicam que um número considerável de indivíduos do grupo experimental apresenta uma diminuição do uso de distorções cognitivas específicas, bem como menor endosso das crenças nucleares disfuncionais após a conclusão do GPS, quando comparado com o grupo de controlo. No sentido oposto, um elevado número de indivíduos do grupo de controlo apresenta deterioração em ambos os tipos de variáveis cognitivas analisadas, quando comparado com o grupo experimental. É ainda de salientar que um número considerável de indivíduos não apresenta mudanças em ambos os momentos de avaliação, e que o resultado obtido nos Processos Adaptativos (conjunto de 8 itens que traduzem um processamento de informação mais funcional, sem recurso a erros de pensamento) é o único que difere do padrão global das variáveis em estudo.

No que diz respeito às distorções cognitivas em particular, observam-se melhorias numa percentagem significativa de indivíduos do grupo experimental na Catastrofização, Exigência Absolutista e Rotulação. A Catastrofização exacerba o significado de determinadas situações interpessoais ao ponto dos acontecimentos poderem ser interpretados como incontroláveis ou inaceitáveis; uma redução na Catastrofização pode indicar uma melhor tolerância ao stress interpessoal, bem como avaliações mais realistas dos problemas do quotidiano. A Exigência Absolutista relaciona-se com o ser intolerante com os outros e percepcioná-los como responsáveis pelas situações de stress que ocorrem nas nossas vidas. Menor Exigência Absolutista é, portanto, um sinal de melhor aceitação dos outros e de respeito por eles. A Rotulação inclui o criticismo e a desvalorização dos outros, e uma diminuição do seu uso pode significar um processamento de informação mais realista e uma melhor adaptação aos comportamentos, com um decréscimo de agressividade verbal. Ainda que os efeitos encontrados nos restantes erros de pensamento não sejam significativos do ponto de vista estatístico, seguem a mesma tendência dos anteriores: melhorias acentuadas no grupo experimental, enquanto no grupo de controlo se observa um elevado número de deteriorações. Estas distorções cognitivas encontram-se mais relacionadas com uma visão negativa dos outros, e uma mudança a este nível pode indicar um processamento de informação mais realista e melhor ajustamento interpessoal. Estes resultados coadunam-se com os verificados nos Processos Mal Adaptativos (englobam as 5 distorções cognitivas referidas anteriormente) que apresentam um efeito próximo do limiar de significância entre os dois grupos, reforçando assim o menor recurso a distorções cognitivas na leitura da realidade por parte dos indivíduos que participam no programa. Estes resultados pressupõem ganhos terapêuticos relevantes, uma vez que os erros de pensamento levam a atribuições de significado disfuncionais, a

comportamentos desajustados e, conseqüentemente, a défices no funcionamento dos indivíduos, constituindo-se assim como um processo de manutenção dos esquemas e das crenças disfuncionais (Rijo et al., 2007).

Apesar de diversos autores (e.g., Alford & Beck, 1997), baseados no Modelo de Processamento da Informação, defenderem a importância da intervenção nas distorções cognitivas para um menor enviesamento na percepção da realidade e, conseqüentemente, para um padrão comportamental menos mal-adaptativo e desviante, algumas investigações recentes propõe que existem determinados esquemas mais associados ao comportamento anti-social (e.g., Bernstein et al., 2007), pelo que a mudança no endosso desses mesmos esquemas também foi avaliada durante a investigação. Relativamente à mudança global nos esquemas, os resultados mostraram melhorias clínicas numa grande percentagem de sujeitos do grupo experimental enquanto, ao mesmo tempo, os indivíduos do grupo de controlo apresentam deteriorações a este nível. Estes resultados sugerem que o GPS pode produzir uma mudança significativa nos esquemas nucleares. De acordo com a teoria (Young, 1990, 2003; Young et al., 2003), pontuações mais baixas nas medidas dos esquemas podem ser interpretadas como uma menor proeminência destes mesmos esquemas na auto-representação dos indivíduos. Por outras palavras, os esquemas nucleares disfuncionais diminuem a sua influência nas distorções cognitivas que lhes estão associadas e nos produtos cognitivos relacionados. Como resultado, a atribuição de significado pode ser feita de uma forma mais realista, sem resultar do enviesamento do esquema.

No que concerne às comparações entre os grupos, foram encontradas diferenças para os esquemas de Privação Emocional, Defeito, Isolamento Social e Fracasso, sendo que a mesma tendência foi também verificada no esquema de Grandiosidade/Limites Indefinidos. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nos esquemas de Abandono, Desconfiança/Abuso e Auto Controlo Insuficiente. No entanto, não consideramos estes resultados inesperados por se tratarem de esquemas nucleares nesta população específica e, por isso, muito resistentes à mudança. Analisando o EMP Auto Controlo Insuficiente em particular, e tendo em consideração que se refere a dificuldades ou recusas que os indivíduos sentem em autocontrolarem-se ou tolerarem frustrações, consideramos que o facto de não lidarem bem com determinadas emoções possa fazer com que estes as percepcionem como disruptivas. Neste sentido, o ambiente ameaçador, competitivo e altamente hierarquizado presente nos estabelecimentos prisionais (Ireland, 2002; Ireland, 2006) associado a activaões emocionais intensas torna difícil a manutenção e a generalização dos ganhos.

Os resultados do **estudo 2** indicam que um número considerável de indivíduos do grupo experimental apresenta um decréscimo no traço e estado de raiva, na paranóia e na vergonha externa após o final do GPS, quando comparado com os indivíduos do grupo de controlo, variáveis que de acordo com pesquisas recentes (Gilbert, Boxall, Cheung, & Irons, 2005; Gilbert & Protector, 2006a; Gilbert et al., 2009; Matos & Pinto-Gouveia,

2009; Matos, Pinto-Gouveia, & Gilbert, 2012; Nestor, 2002, cit. por McMurrin, 2009; Novaco, 2010) desempenham um papel importante no desenvolvimento e manutenção de um estilo comportamental desviante e/ou anti-social caso os indivíduos activem frequentemente essas crenças e emoções, e utilizem as estratégias defensivas que lhes estão associadas.

Analisando estas variáveis de forma mais específica, e atendendo aos componentes da raiva, foi alcançada uma melhoria numa percentagem significativa de indivíduos do grupo experimental no traço, temperamento e reacção de raiva. O traço de raiva encontra-se relacionado com uma maior propensão para a experiência e expressão desta emoção; um decréscimo do traço de raiva pode indicar uma maior tolerância aos erros, à frustração e ao stress interpessoal, bem como uma maior preocupação com ameaças à sua auto-estima e reputação social. O temperamento de raiva relaciona-se com um estado emocional crónico desta emoção, ou seja, com uma tendência acentuada em sentir raiva. Constituindo-se como uma sub-escala do traço de raiva, um menor temperamento de raiva pode estar relacionado com as características supracitadas, nomeadamente com uma maior tolerância aos erros, à frustração e ao stress interpessoal. A reacção de raiva indica a tendência a reagir com raiva em situações geradoras de irritação, destacando-se as ameaças às suas capacidades e à sua auto-estima. Sendo também uma sub-escala do traço de raiva, uma diminuição na reacção de raiva está associada a características já referidas anteriormente, mais especificamente a menores preocupações com o prestígio e, conseqüentemente, com reputações sociais e pessoais que podem ser decorrentes da experiencição de vergonha.

Estes componentes da raiva encontram-se relacionados com um determinado traço de personalidade. Tendo em conta que as características de personalidade são muito resistentes à mudança (McGinn & Young, 1996), e que os itens referentes às respostas socialmente desejáveis no instrumento que avalia esta emoção (STAXI) são facilmente identificados, coloca-se a hipótese de existir um enviesamento dos resultados neste ponto. Na comparação entre os grupos não foram encontradas diferenças no estado de raiva. Embora se refira a um estado transitório de raiva, neste caso específico ao momento de aplicação do teste, o estado de raiva apresenta também melhorias mais elevadas e menor número de deteriorações nos indivíduos do grupo experimental comparativamente às mesmas categorias de mudança nos indivíduos do grupo de controlo.

No que concerne à paranóia geral, os resultados mostraram melhorias clínicas num elevado número de indivíduos do grupo experimental, enquanto ao mesmo tempo um ainda maior número de indivíduos do grupo de controlo apresenta deteriorações. A paranóia refere-se a uma desconfiança intensa e a um medo acentuado daquilo que os outros podem fazer contra si, sobretudo que possam demonstrar hostilidade ou intenção de causar danos ao próprio; uma diminuição nesta variável pode indicar uma flexibilização de um estilo cognitivo marcado por essas desconfianças e por esses medos relativamente aos outros, e uma flexibilização de crenças paranóides de que os outros estão contra si e que

lhes querem fazer mal. Este resultado encontra-se em consonância com estudos recentes que indicam que o GPS é eficaz na reestruturação/flexibilização de estruturas cognitivas mal-adaptativas (Brasão, 2011; Ramos et al., 2012). No entanto, caso tenhamos em consideração os resultados do primeiro estudo, verificamos que o EMP de Desconfiança/Abuso constitui um dos EMP em que se verificam menos mudanças. Tendo em conta que quer este EMP, quer a paranóia se referem à percepção de intencionalidade de dano por parte do outro, estes resultados não deviam ser discrepantes. Contudo, podem estar relacionados com o facto da Escala Geral de Paranóia avaliar estas crenças de desconfianças, receios e medos de sofrer danos através de um maior número de itens (20) do que o Inventário de Esquemas de Young (5 itens), sendo assim mais provável que os indivíduos se identifiquem com mais afirmações da Escala Geral de Paranóia. É ainda de salientar que os resultados obtidos na raiva podem estar associados a esta diminuição da paranóia, uma vez que se o indivíduo não perceber o outro como hostil e ameaçador tenderá, teoricamente, a experienciar esta emoção com menor frequência e intensidade.

Relativamente à vergonha externa, apesar das diferenças entre os grupos não serem significativas, seguem a mesma tendência dos resultados anteriores. Este tipo de vergonha refere-se a pensamentos depreciativos que os indivíduos receiam que os outros possam ter contra si, bem como ao medo que sentem em ser avaliados negativamente pelos outros, temendo ser considerados inferiores, indesejáveis ou inadequados por eles (Gilbert, 1998, 2002); uma diminuição nesta variável sugere que os indivíduos já não se sentem tão criticados e ameaçados pelos outros, o que pressupõe um aumento de auto-estima e de confiança nas suas capacidades associados a uma imagem mais positiva de si. Desta forma, os indivíduos já não têm que adoptar um estilo auto-afirmativo como resposta a uma visão eminentemente negativa de si, veiculada pelos outros (Holmes & Holmes, 2005), diminuindo assim os níveis de vergonha externa. Tendo em consideração os estudos que indicam que a vergonha externa se encontra associada à paranóia (e.g., Matos et al., 2012), julgamos pertinente acrescentar que a diminuição de um estilo auto-crítico e o reforço de um auto-conceito mais positivo de si, conteúdos trabalhados ao longo de todo o programa, contribuem para que os indivíduos se sintam mais atractivos aos olhos dos outros e, conseqüentemente, que se sintam mais desejados e aceites por eles, pressupondo-se assim que estes percepcionem um aumento do seu estatuto ou posição social. Esta elevação do estatuto social pode fazer com que os indivíduos se sintam menos ameaçados e, por conseguinte, menos receosos de sofrer algum ataque por parte dos outros, o que em última análise se traduz numa diminuição das crenças paranóides. Desta forma, a diminuição da paranóia verificada num elevado número dos indivíduos que participaram no GPS pode estar também associada à diminuição da experiência de vergonha acerca do eu bem, como a uma flexibilização do EMP Defeito (que é conceptualizado como tendo uma componente de vergonha) que se verificou num estudo recente (Ramos et

al., 2012).

Em geral, estes resultados suportam a eficácia do GPS em promover mudanças nos reclusos quer a nível cognitivo, como se verificou nas distorções cognitivas, nos esquemas nucleares de auto-representação e na paranóia, quer a nível emocional, como ficou patente nos principais componentes da raiva e na vergonha externa. Se, como é teoricamente proposto, o funcionamento cognitivo disfuncional pode ser visto como encontrando-se correlacionado com problemas de regulação emocional e comportamental, então este tipo de intervenções deve ser capaz de induzir mudanças a um nível mais tácito (quando comparado com programas psicoeducacionais que se focam apenas no comportamento assertivo ou no controlo da raiva). Além disso, ocorrendo mudanças ao nível das variáveis implicadas no processamento disfuncional de informação social, espera-se que se mantenham estáveis ao longo do tempo.

Apesar do contributo deste estudo para a validação do GPS, não podemos deixar de referir as suas limitações: o número reduzido da amostra e a qualidade da implementação do programa, que apesar de ter sido realizado por um conjunto de técnicos especialmente treinados e supervisionados na metodologia do GPS, não foi controlada de uma forma sistemática. Tendo em consideração a duração do programa e a sua organização em diferentes módulos, os efeitos parciais do mesmo poderão ser avaliados em futuros estudos. De forma mais específica, se a mudança a nível cognitivo é resultado da aplicação total do programa ou se está relacionada com as sessões que trabalham as distorções cognitivas e a auto-representação englobadas, respectivamente, nos módulos 3 e 5, e da mesma forma, se as mudanças ao nível da raiva e da vergonha externa seriam um resultado da aplicação global do programa ou se estariam associadas ao módulo 4, cujas sessões se centram em várias emoções, onde estas duas se encontram incluídas. Uma vez testada a eficácia do programa nos estabelecimentos prisionais pode-se ainda estudar se a mudança alcançada é estável ao longo do tempo, se os resultados podem ser generalizados para outros contextos e, por último, se estas mudanças têm impacto nas taxas de reincidência.

## **VI - Conclusões**

A presente dissertação inserida no projecto de I&D “*Gerar Percursos Sociais, um programa de prevenção e reabilitação para indivíduos com comportamento social desviante: estudos de eficácia em amostras forenses*” (PTDC/PSI-PCL/102165/2008), teve como principal objectivo contribuir para o estudo de validação do GPS em contexto prisional. De um modo geral, procurou-se testar a eficácia do programa na reabilitação psicossocial de reclusos, avaliando as mudanças a nível cognitivo e emocional.

No primeiro estudo que pretendeu analisar mudanças nos processos cognitivos e nos esquemas nucleares de auto-representação nos indivíduos que participaram no programa, verificou-se uma redução significativa no uso de distorções cognitivas e no endosso de crenças nucleares



disfuncionais comparativamente aos indivíduos do GC e, ao mesmo tempo, menores deteriorações clínicas nas variáveis em estudo. No segundo estudo que procurou testar se a frequência do programa contribuiu para mudanças na raiva, na paranóia e na vergonha externa, verificou-se que os indivíduos do GE mostram reduções na experiência destas duas emoções, bem como um menor recurso a crenças paranóides (paranóia) comparativamente aos indivíduos do GC e, ao mesmo tempo, menores deteriorações clínicas nas variáveis em estudo.

Comparando os resultados de ambos os grupos, observam-se melhorias acentuadas no grupo experimental, as quais são bastante superiores às verificadas no grupo de controlo, denotando-se, inclusivamente, um agravamento dos indicadores de desajustamento no grupo de controlo.

Em geral, estes resultados apoiam o pressuposto de que o GPS é eficaz na promoção de mudanças cognitivas e emocionais nos reclusos, estando associado a melhorias significativas no seu funcionamento psicológico e social que, em última análise, contribuem para validar as variáveis trabalhadas pelo programa, bem como as suas metodologias – estratégias comportamentais, cognitivas e de activação emocional.

Estes são os primeiros estudos em contexto prisional que para além de avaliarem a eficácia global do programa, procedendo a comparações entre um grupo experimental e um grupo de controlo, utilizam um método estatístico adequado e inovador, o RCI – *Reliable Change Index*, que permite avaliar se a mudança clínica observada em cada indivíduo em particular é verdadeira e fiável, uma vez que controla parcialmente o erro das medidas.

Futura investigação deve também avaliar a manutenção dos ganhos num estudo de *follow up* após o *terminus* do programa, os efeitos parciais e dos módulos em particular, se os resultados são generalizados para outros ambientes que não as prisões e, por fim, se estas mudanças têm impacto nas taxas de reincidência.

### **Bibliografia Geral**

- Abrunhosa, R. (2007). Promover a mudança em personalidades anti-sociais: Punir, tratar e controlar. *Análise Psicológica*, 4(XXV), 571-583.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (4ª. Ed. – Texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.
- Alford, B. A., & Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press.
- Allen, L. C., MacKenzie, D. L. (2001). The effectiveness of cognitive behavioral treatment for adult offenders: A methodological, quality-based review. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45, 498-51.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically

- relevant and informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Baião, R. (2011). *Perturbações da personalidade, raiva e auto-representação em reclusos dos estabelecimentos prisionais portugueses*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Baer, R. A. & Nietzel, M. T. (1991). Cognitive and behavioral treatment of impulsivity in children: A meta-analytic review of the outcome literature. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20(4), 400-412.
- Ball, S. A., & Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15, 72-83.
- Barry, C. T., Frick, P. J., Adler, K. K., & Grafeman, S. J. (2007). The predictive utility of narcissism among children and adolescents: Evidence for a distinction between adaptive and maladaptive narcissism. *Journal of Child and Family Studies*, 16(4), 508-521.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive theory and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books;
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D., & Associates (2004). *Cognitive Therapy of Personality Disorders*. New York: The Guilford Press.
- Beckley, K. (2011). Making sense of interpersonal dynamics: A schema focused approach. In Willmot, P. & Gordon, N. (Eds), *Working positively with personality disorder in secure settings: A practitioner's perspective* (pp. 172-187). Wiley-Blackwell: John Wiley and Sons.
- Beelmann, A., Pflingsten, U., & Losel, F. (1994). The effects of training social competence in children: A meta-analysis of recent evaluation studies. *Journal of Clinical Child Psychology*, 23, 260-271.
- Bentall, R. & Kaney, S. (1996). Abnormalities of self-representation and persecutory delusions: A test of a cognitive model of paranoia. *Psychological Medicine*, 26, 1231-1237.
- Bernstein, D. P. (2005). Schema therapy for personality disorders. In S. Strack (Ed.), *Handbook of personology and psychopathology* (pp. 462-477). Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bernstein, D., Arntz, A., & Vos, M. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6 (2), 169-183.
- Blagg, H. & Smith, D. (1989). *Crime, penal policy and social work*. Harlow: Longman.
- Brody, S. (1976). *The effectiveness of sentencing*. London: HMSO.
- Bushman, B. J., & Baumeister, R. F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: does

- self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 219-229.
- Calvete, E. (2008). Justification of violence and grandiosity schemas as predictors of antisocial behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1083-1095.
- Calvete, E., & Orue, I. (2010). Cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents: the mediating role of social information processing. *Spanish Journal of Psychology*, 13, 189-200.
- Calvete, E., Estevez, A., Lopez de arroyabe, E., & Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire-Short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 523-542.
- Capaldi, D. M., & Stoolmiller, M. (1999). Co-occurrence of conduct problems and depressive symptoms in early adolescent boys: III. Prediction to young-adult adjustment. *Development and Psychopathology*, 11, 59-84.
- Carvalho, C. (2009). *Psicose esquizofrénica: crenças paranóides: exploração da sua etiologia na população normal e em doentes com esquizofrenia*. Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Alport, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Coid, J., Young, M., Tyrer, P. et al. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *British Journal of Psychiatry*, 188, 423-431.
- Cottraux, J. & Blackburn, I. (2001). Cognitive Therapy. In W.J. Livesley. *Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*. New York: The Guilford Press.
- De Ruiter, C., & Greeven, P. G. (2000). Personality disorders in a Dutch forensic sample: Convergence of interview and self-report measures. *Journal of Personality Disorders*, 14, 160-172.
- Dodge, K. A. & Schwartz, D. (1997). Social information processing mechanisms in aggressive behavior. In D. M. Stoff, J. Breiling & J. D. Maser (Eds.) *Handbook of antisocial behavior*. New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Duggan, R. & Howard, R. (2009). The functional link between personality disorders and violence: A critical appraisal. In M. McMurrin & C. Howard (Eds), *Personality, Personality Disorders and Violence*. UK: John Wiley & Sons.
- Durlak, J. A., Fuhrman, T., & Lampman, C. (1991). Effectiveness of cognitive-behavior therapy for maladapting children: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 110, 204-214.
- Ellis, A., & Bernard, M. E. (1985). *Clinical applications of rationale-emotive therapy*. New York: Plenum.
- Farrington, D. P. (1996). The explanation and prevention of youthful

- offending. In J. D. Hawkins (Eds.). *Criminality: Personality, Behaviour, Life History*. Heidelberg: Springer-Verlag.
- Fazel, S. & Danesh, J. (2002). Serious mental disorder in 23000 prisoners: A systematic review of 62 surveys. *The Lancet*, 359, 545-550.
- Fonseca, A. C. (2000). Comportamentos anti-sociais: Uma introdução. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 34 (1,2 e 3), 9-36.
- Fonseca, A. C. (2004). *Comportamento anti-social e crime: Da infância à idade adulta*. Coimbra: Almedina
- Fonseca, A. C. (2006). *Psicologia Forense*. Coimbra: Almedina.
- Freeman, A., Pretzer, J., Fleming, B., Simon, K.M. (1991). *Clinical Applications of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Freeman, D., Garety, P., Kuipers, E., Colbert, S., Jolley, S., Fowler, D., Dunn, G., Bebbington, P. (2005). Delusions and decision-making style: Use of need for closure scale. *Behavior Research and Therapy*, 3, 263-283.
- Garrett, C.G. (1985). Effects of residential treatment on adjudicated delinquents: A meta-analysis. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 22, 287-308.
- Gilbert, P. (1989). *Human Nature and Suffering*. Lawrence Erlbaum Associates: Hove.
- Gilbert, P. (1997). The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology*, 70, 113-147.
- Gilbert, P. (1998). What is shame? Some core issues and controversies. In P. Gilbert and B. Andrews (Eds). *Shame: Interpersonal behavior, psychopathology and culture*. New York: Oxford University Press.
- Gilbert, P. (2000). The relationship of shame, social anxiety and depression: The role of the evolution of social rank. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1, 174-189.
- Gilbert, P. (2002). Body shame: A biopsychosocial conceptualization and overview with treatment implications. In Gilbert, P. & Miles, J. (Ed.), *Body Shame: Conceptualization, Research and Treatment* (pp.3-54). New York: Brunner-Routledge.
- Gilbert, P. (2003). Evolution, social roles, and the differences in shame and guilt. *Social Research*, 70 (4), 1205-1230.
- Gilbert, P., Boxall, M., Cheung, M., & Irons, C. (2005). The relationship of paranoid ideation and social anxiety in a mixed clinical population. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 124-133. doi:10.1002/cpp.438
- Gumley, A., Gillan, K., Morrison, A., & Schwannauer, M. (2011). The development and validation of the beliefs about paranoia scale (short form). *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 35-53. doi:10.1017/S135246581000055X
- Henrich, J. & Gil-White, F. J. (2001). The evolution of prestige: Freely conferred deference as a mechanism for enhancing the benefits of cultural transmission. *Evolution and Human Behavior*, 22(3), 165-196.

- Hildebrand, M. & De Ruiter, C. (2005). PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 233-248.
- Hiscoke, V. L., Langstrom, N., Ottosson, H., & Grann, M. (2003). Self-reported personality traits and disorders (DSM-IV) and risk of criminal recidivism: a prospective study. *Journal of Personality Disorders*, 17, 293-305.
- Hoge, R. D. (2001). *The juvenile offender: Theory, research and applications*. Massachusetts: Kluwer Academic Publishers.
- Hollin, C. R. (1999). Treatment programs for offenders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 361-372. Retirado de <http://dx.doi.org/10.1080/00050060210001706656>.
- Howard, R. C., Huband, N., Mannion, A., & Duggan, C., (2008). Exploring the link between personality disorder and criminality in a community sample. *Journal of Personality Disorders*, 22, 589-603.
- Ireland, J. L. (2002). Bullying in prisons. *The Psychologist*, 15(3), 130-133;
- Ireland, J. L. (2006). The Effective Management of Bullying in Prisons: Working Towards an Evidence-Based Approach. In Towl, Graham (Eds.), *Psychological Research in Prisons* (pp.95-115). Cidade, Blackwell Publishing Ltd;
- James, I. A., Southam, L. & Blackburn, I. M. (2004). Schemas Revisited. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 369-377.
- Kagan, J. (2004). Comportamento anti-social: contributos culturais, vivenciais e temperamentais. In A. C. Fonseca (Ed.), *Comportamento anti-social e crime: Da infância à idade adulta* (pp. 133-160). Coimbra: Almedina.
- Kazdin, A., & Buela-Casal, G. (2001). *Conduta anti-social*. Amadora: McGraw-Hill.
- Lewis, H. B. (1971). *Shame and guilt in neurosis*. New York: International Universities Press.
- Lewis, M. (1992). Self-conscious emotions: embarrassment, pride, shame, and guilt. In Lewis, M. & Haviland-Jones, J. (Eds.), *Handbook of emotions*. New York: The Guilford Press.
- Lewis, M. (2003). The role of the self in shame. *Social Research*, 70, 1181-1204.
- Lewis, J. A. (2005). Early maladaptive schemas and dysfunction in adolescence: An investigation of the moderating effects of coping styles. Dissertação de Doutoramento em Filosofia apresentado ao Departamento de Psicologia da Universidade de Fordham.
- Lipsey, M. W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending? Guidelines from research and practice* (pp.63-78). London: Wiley Blackwell.
- Lipsey, M., Landenberger, N., & Wilson, S. (2007). Effects of cognitive-behavioral programs for criminal offenders. *Campbell Systematic reviews* 2007:6. doi: 10.4073/csr.2007.6;

- Lipton, D., Martinson, R., & Wilks, J. (1975). *The effectiveness of correctional treatment: A survey of treatment evaluation studies*. New York: Praeger.
- Lopes, B. (2010). *Paranóia e ansiedade social na população não clínica: Dois fenómenos diferentes?* Dissertação de Doutoramento apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Lösel, F. (1995). The efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations. In J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending? Guidelines from research and practice* (pp. 79-111). London: Wiley Blackwell
- Lösel, F. (2001). Evaluating the effectiveness of correctional programs: Bridging the gap between research and practice. In G. A. Bernfeld, D. P. Farrington & A. W. Leschied (Eds.), *Implementing and evaluating effective programs* (pp. 67-92). Chichester: John Wiley & Sons;
- Martinson, R. (1974). What works? – Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 10, 22-54.
- Matos, M. G., Simões, C., Carvalhosa, S. F., & Canha, L. (2000). Manual do programa de competências de relacionamento interpessoal. In M. G. Matos, C. Simões, & S. F. Carvalhosa (Eds.), *Desenvolvimento de competências de vida na prevenção do desajustamento social* (pp. 181-228). Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana/Instituto de Reinserção Social – Ministério da Justiça.
- McGuire, J. (2000). *What works in reducing criminality*. Paper presented at the Australian Institute of Criminology conference, Perth, Australia.
- McGuire, J. (2001). What works in correctional intervention? Evidence and practical implications. In G. A. Bernfeld, D. P. Farrington, & A. W. Leschied (Eds.), *Implementing and evaluating effective programs* (pp. 25-43). Chichester: John Wiley & Sons.
- McGuire, J. (2006). Eficácia das intervenções para a redução da reincidência criminal (trad. D. Rijo). In A. C. Fonseca, M. Simões, M. C. T. Simões, & M. S. Pinho (Eds.), *Psicologia Forense* (pp.639-665). Coimbra: Nova Almedina.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Phil. Trans. R. Soc. B*, 363, 2577-2597
- McGuire, J. & Priestley, P. (1995). Reviewing ‘what works’: Past, present and future. In J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending? Guidelines from research and practice* (pp. 3-34). London: Wiley Blackwell.
- Muris, P. (2006). maladaptive schemas in non-clinical adolescents: relations to perceived parental rearing behaviours, Big Five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 405-413.
- Nordahl, H., Holthe, H., Haugum, J. (2005). Early maladaptive schemas in

- patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief?. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 142-149.
- Pace, T. M. (1988). Schema Theory: a Framework for research and practice in psychotherapy. *Journal of cognitive psychotherapy: An international quarterly*, 2, 147-163
- Patterson, G. R., DeGarmo, D. S. & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*, 12, 91-106.
- Redondo, S., Garrido, V., & Sánchez-Meca, J. (1997). What works in correctional rehabilitation in Europe: A meta-analytic review. In S. Redondo, V. Garrido, J. Pérez, & R., Barberet (Eds.), *Advances in psychology and law: International contributions* (pp. 449-523). Berlin: de Gruyter.
- Redondo, S., Sánchez-Meca, J., & Garrido, V. (1999). The influence of treatment programmes on the recidivism of juveniles and adult offenders: An European meta-analytic review. *Psychology, Crime and Law*, 5, 251-278.
- Rijo, D. (2000). *Avaliação de esquemas precoces mal-adaptativos e psicopatologia: exploração de diferentes metodologias de avaliação*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Rijo, D. & Sousa, M. N. (2004). Gerar Percursos Sociais (GPS), um programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento desviante – bases conceptuais, estrutura e conteúdos. *Infância e Juventude*, 4 (2), 33-74. Lisboa: Instituto de Reinserção Social.
- Rijo, D., Simões, F., Fernandes, F., & cols. (2005). *Free Project: Social Support for Youngs and adults in situations of extreme social exclusion*. Ponta Delgada Não publicado.
- Rijo, D., Sousa, M. N., Lopes, J., Pereira, J., Vasconcelos, J., Mendonça, M. C., Silva, M. J., Ricardo, M. & Massa, S. (2007). *Gerar Percursos Sociais: Programa de prevenção e reabilitação para jovens com comportamento social desviante*. Ponta Delgada: Equal.
- Robins, L. N., Tipp, J., & Przybeck, T. (1991). Antisocial personality. In *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiological catchment area study* (Eds.). New York, The Free Press, 258-290.
- Ross, R. & Fabiano, E. (1985). *Reasoning and rehabilitation: Manual*. AIR Training & Associates;
- Ross, R., Fabiano, E., Garrido, V., & Gómez, A. (1993). *El pensamiento prosocial*. Madrid: MEPSA (trad. Portuguesa de Pinto Gouveia, Matos, Rijo, Castilho, Galhardo, Navalho, & Perdiz, 2001)
- Rutter, M., Giller, H., & Hagell, A. (1998). *Antisocial behavior by people*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rutter, M. (2004). Dos indicadores de risco aos mecanismos de causalidade: análise de alguns percursos cruciais. In A. C. Fonseca

- (Ed.), *Comportamento anti-social e crime: Da infância à idade adulta* (pp. 133-160). Coimbra: Almedina
- Safran, J.D. & Segal, Z.V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy*. New York: Basic Books, Inc
- Spivack, G., Platt, J. J., & Shure, M. B. (1976). *The Problem-solving approach to adjustment*. San Francisco, CA: Jossey-Bass;
- Suter, J. M., Byrne, M. K., Byrne, S., Howells, K., Day, A. (2002). Anger in prisoners: women are different from men. *Personality and Individual Differences*, 32, 1087-1100.
- Tangney, J. P., Dearing, R. L. (2002). *Shame and guilt*. New York: The Guilford Press.
- Tracy, J. L., Robins, R. W. (2004). Putting the self into self-conscious emotions: A theoretical model. *Psychological Inquiry*, 15, 103-125.
- Tracy, J. L., Robins, R. W., & Tangney, J. P. (2007). *The Self-Conscious Emotions: Theory and Research*. New York: The Guilford Press.
- Tremblay, P. & Dozois, D. (2009). Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences*, 46, 569-574.
- Washburn, J. J., McMahon, S. D., King, C. A., Reinecke, M. A., & Silver, C. (2004). Narcissistic features in young adolescents: Relations to aggression and internalizing symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(3), 247-260.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The schema questionnaire short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 519-53.
- Wilson, D., Bouffard, L., & Mackenzie, D., 2005. A Quantitative review of structured, group-oriented, cognitive-behavioral programs for offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 1-39
- Young, J. E. (1990). *Cognitive Therapy for personality disorder: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc;
- Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for personality disorder: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada nos esquemas* (3ª ed.). São Paulo: Artmed Editora;
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press;