



UNIVERSIDADE
LUSÓFONA

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

ESCOLA DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

IMPLICAÇÕES ENTRE TRAUMA COMPLEXO E ESQUEMAS CENTRAIS DIALÉTICOS NA DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Dissertação defendida em provas públicas para a obtenção do grau
de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, orientada pelo Professor Doutor Bruno
Faustino

Joana Mateus Veloso Garcia Pimenta

2025

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
ESCOLA DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA VIDA
MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

IMPLICAÇÕES ENTRE TRAUMA COMPLEXO E ESQUEMAS CENTRAIS DIALÉTICOS NA DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

VERSÃO FINAL

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade
Lusófona, Centro Universitário de Lisboa no dia 26/02/2025,
perante o júri, nomeado pelo Despacho de Nomeação n.º:
1097/2024, de 02 de Dezembro, com a seguinte composição:

Presidente: Prof^ª. Doutora Isabel Santos
Vogais: Prof^ª. Doutora Ana Nunes da Silva (Faculdade de
Psicologia da Universidade de Lisboa) – Arguente
Orientador: Prof. Doutor Bruno Faustino

Joana Mateus Veloso Garcia Pimenta

2025

Epígrafe

“Traumatized people chronically feel unsafe inside their bodies: The past is alive in the form of gnawing interior discomfort. (...) They learn to hide from their selves.”

Bessel A. van der Kolk, *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*

Agradecimentos

Primeiramente gostaria de agradecer ao Professor Doutor Bruno Faustino por todo o conhecimento que transmitiu ao longo deste ano e por ter orientado o presente trabalho.

Um grande obrigada aos meus pais que me apoiaram sempre, não só durante a realização deste trabalho mas durante todo o meu percurso académico, dando liberdade continua para que seguisse o caminho que queria e sendo sempre os melhores exemplos, transmitindo valores que a escola nunca poderá ensinar, e ao meu irmão pela amizade e por ser um exemplo de ir atrás do que queremos.

Aos meus avós que torcem por mim, aos que estão mais longe e os que estão mais perto, sinto o apoio a cada passo que dou, obrigada. E aos que já cá não estão, mas que com toda a certeza estariam na fila da frente para me apoiar.

Às minhas amigas, que me ouvem e apoiam continuamente ao longo destes anos, um obrigada, devagarinho vamos caminhando pela vida juntas.

Resumo

Durante períodos do desenvolvimento humano marcados pela sua vulnerabilidade, como a infância ou o início da adolescência, a criança/adolescente pode ser exposto a fatores stressores de forma repetitiva e prolongada no tempo, designado de trauma complexo. A literatura sugere o impacto desta tipologia de trauma na capacidade da criança de se autorregular, desenvolver sentido de auto integridade e impactando ao nível do desenvolvimento de esquemas não adaptativos. O presente estudo é quantitativo com corte transversal, recolhido numa amostra da comunidade portuguesa (N=86), com carácter correlacional e preditivo. A recolha de dados foi realizada *online* através de um *link* partilhado, em método *snowball*, que direccionou os participantes ao protocolo de instrumentos.

Os resultados obtidos neste estudo, permitiram estudar as associações entre trauma complexo e esquemas centrais dialéticos (ECD) (não adaptativos e adaptativos), e entre esta tipologia de trauma e técnicas de regulação emocional. Ainda mais foi possível estudar as associações entre ECD (adaptativos e não adaptativos) e técnicas de regulação emocional. Demonstrou valor preditivo de experiências de trauma complexo (10%) e especificamente de negligência emocional (9%), assim como de ECD não adaptativos do eu (12%) na utilização de supressão emocional. Por fim, o presente estudo permitiu estudar o valor preditivo dos ECD na sintomatologia (38 %), no distress (28 %) e no bem-estar (41%).

Palavras-Chave: Trauma Complexo, Desregulação Emocional, Esquemas Centrais Dialéticos

Abstract

During periods of human development marked by vulnerability, such as childhood or early adolescence, the child/adolescent can be exposed to stressors in a repetitive and prolonged manner over time, which is referred to as complex trauma. The literature suggests the impact of this type of trauma on the child's ability to self-regulate, develop a sense of self-integrity, and its effect on the development of maladaptive schemas. The present study is quantitative with a cross-sectional design, collected from a sample of the Portuguese community (N=86), with correlational and predictive characteristics. Data collection was carried out online through a shared link, using a snowball method, which directed participants to the instrument protocol.

The results obtained in this study allowed for the exploration of associations between complex trauma and dialectical core schemas (DCS) (maladaptive and adaptive), and between this type of trauma and emotional regulation techniques. Furthermore, it was possible to study the associations between DCS (adaptive and maladaptive) and emotional regulation techniques. The study demonstrated the predictive value of complex trauma experiences (10%) and specifically of emotional neglect (9%), as well as of maladaptive self-schemas (12%) in the use of emotional suppression. Lastly, the present study allowed for the investigation of the predictive value of DCS on symptomatology (38%), distress (28%), and well-being (41%)

Keywords: Complex Trauma, Emotional dysregulation, Dialectic Central Schemes

Lista de Abreviaturas, siglas e símbolos

- As- Assimetria
- BSI- Inventário de Sintomas Psicopatológicos
- C-Curtose
- ComplexTQ- Questionário de Trauma Complexo
- DESNOS- *Disorders of Extreme Stress*/ Perturbações de stress extremo
- DP- Desvio Padrão
- EBEC- Escala Breve de Esquemas Centrais
- ECD- Esquemas Centrais Dialéticos
- M- Média
- Max- Máximo
- MHI-5- Inventário de Saúde Mental- Versão Reduzida
- Min- Mínimo
- N- Número de sujeitos da amostra
- p- Nível de significância estatística
- QRE- Questionário de Regulação Emocional
- SPSS- Statistical Product and Service Solutions
- α - Alpha de Cronbach
- ω - Ômega de Mcdonald

Índice Geral

Epígrafe	3
Agradecimentos	4
Resumo	5
Abstract.....	6
Lista de Abreviaturas, siglas e símbolos	7
Índice de Tabelas	10
Introdução	11
1. Enquadramento Teórico	12
1.1 Trauma Complexo	12
1.1.1 Domínios do Trauma Interpessoal.....	12
1.1.2 Domínios do Impacto do Trauma Complexo	13
1.2 Esquemas	14
1.2.1 Esquemas Precoces Não Adaptativos.....	14
1.3 Esquemas Centrais Dialéticos	15
1.4 Regulação Emocional	16
1.5 Pertinência da Investigação	18
1.6 Objetivos da Investigação.....	18
1.7 Hipóteses	18
2. Método	19
2.1 Amostra	20
2.2 Procedimentos	21
2.3 Instrumentos	22
2.3.1 Questionário Sociodemográfico	22
2.3.2 Questionário do Trauma complexo (ComplexTQ).....	22
2.3.3 Questionário de Regulação Emocional (QRE).....	23
2.3.4 Escala Breve de Esquemas Centrais (EBEC)	24
2.3.5 Inventário de Saúde Mental- Versão Reduzida (MHI-5)	24

2.3.6 Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI)	25
2.4 Análise Estatística.....	25
3. Resultados.....	26
3.1 Índices de Normalidade	26
3.2 Análise Correlacional	27
3.3 Análise Preditiva.....	29
5. Discussão	33
5.1 Limitações e Direções Futuras	37
6. Conclusão	38
7. Referências	40
Anexos	I
Anexo 1 Consentimento Informado utilizado no protocolo	I
Anexo 2 Questionário de Trauma Complexo (ComplexTQ)	III
Anexo 3 Escala Breve de Esquemas Centrais (EBEC)	IV
Anexo 4 Questionário de Regulação Emocional (QRE)	V
Anexo 5 Inventário de Saúde Mental (MHI-5)	VI
Anexo 6 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	VII

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estatísticas Descritivas da Amostra em Estudo (N=86)	20
Tabela 2. Estatísticas Descritivas e Índices de Normalidade das Variáveis em Estudo (N=86)	25
Tabela 3. Correlações de Pearson entre Experiências de Trauma Complexo e Esquemas Centrais Dialéticos (N=86)	27
Tabela 4. Correlações de Pearson entre Experiências de Trauma Complexo e Regulação Emocional (N=86)	28
Tabela 5. Correlações de Pearson entre Esquemas Centrais Dialéticos e Regulação Emocional (N=86)	29
Tabela 6. Regressão Linear entre a variável independente Total Trauma Complexo e a variável dependente, Supressão Emocional (QRE) (N=86)	30
Tabela 7. Regressão Múltipla entre a variável independente, Experiências de Trauma Complexo e a variável dependente, Supressão Emocional (QRE) (N=86)	30
Tabela 8. Regressão Múltipla entre variáveis independentes ECD e variável dependente Supressão Emocional (QRE) (N=86)	31
Tabela 9. Regressão Múltipla entre variáveis independentes ECD e variável dependente Índice Geral Sintomas (BSI) (N=86)	31
Tabela 10. Regressão Múltipla Stepwise entre variáveis independentes ECD e variável dependente Distress (ISM) (N=86)	32
Tabela 11. Regressão Múltipla Stepwise entre variáveis independentes ECD e variável dependente Bem-Estar (ISM) (N=86)	32

Introdução

A presente dissertação pretende estudar as relações entre trauma complexo, esquemas centrais dialéticos e desregulação emocional numa amostra da comunidade composta por indivíduos em idade adulta. Considera-se que a exposição a experiências de trauma complexo encontra-se associada a uma maior severidade de psicopatologia comparativamente com a exposição a trauma não complexo, contribuindo para maiores necessidades ao nível da saúde mental (Lewis et al., 2021). Verificando-se que a frequência e a variação de tipologias de trauma têm valor preditivo na extensão e composição de sintomas e perturbações psicológicas (Briere & Scott, 2015). Num estudo de Maercker et al. (2022) estima-se que atualmente entre 1 a 8% da população tenha um diagnóstico de Perturbação de stress pós-traumático complexo, prevalência que poderá chegar a 50% em instituições de saúde mental. Ainda que este diagnóstico se encontre tipicamente associado com experiência de múltiplos traumas ou trauma complexo (Maercker et al., 2022), neste estudo irá ser estudado a exposição a experiências de trauma complexo, não se cingindo à presença de um diagnóstico de Perturbação de stress pós-traumático complexo.

É importante considerar que Saunders & Adams (2014) sugerem a existência de subestimação da frequência de experiências traumáticas na infância, tendo em conta que uma grande parte dos estudos sobre esta temática analisa apenas os casos reportados às autoridades. Sendo o presente estudo realizado de forma mais abrangente, envolvendo dados anonimizados oriundos de uma população da comunidade, a prevalência de trauma complexo poderá revelar-se maior.

Deste modo, revela-se crucial aprofundar os conhecimentos sobre os mecanismos presentes do impacto do trauma complexo numa população em idade adulta, permitindo aumentar a robustez de intervenções terapêuticas direcionadas a dificuldades e sintomatologia apresentadas por esta população. Torna-se essencial compreender os construtos em estudo.

1. Enquadramento Teórico

1.1 Trauma Complexo

O trauma complexo tende a ocorrer durante períodos do desenvolvimento humano marcados pela sua vulnerabilidade, nomeadamente a infância e/ou o início da adolescência, podendo, no entanto, continuar ou ter o seu início durante a vida adulta da vítima (Ford & Courtois, 2020). Esta tipologia de trauma, designado de trauma de tipo II, é caracterizado pela exposição da vítima a eventos traumáticos de um modo crónico, cumulativo, repetitivo e prolongado no tempo (Courtois, 2008; Ford & Courtois, 2020), manifestando-se de diferentes modos, podendo diferir no tipo, severidade e/ou frequência em que é perpetuado (Keeshin et al., 2021). Distinguindo-se do trauma tipo I, o qual é caracterizado por um evento único e inesperado à vítima provocando um alto nível de ameaça aguda (Stefanovic et al., 2022). No presente trabalho irá apenas ser alvo de estudo, a presença das experiências de trauma, não sendo considerado a frequência ou o impacto.

O trauma tipo II, foco do presente estudo, refere-se de modo global a um trauma interpessoal que tende a ser perpetuado pelos pais e/ou pelo cuidador principal da vítima, através de dano, abandono e/ou negligência, com impacto ao nível do desenvolvimento e maturação da criança, da sua capacidade de relacionamento com o outro (Ford & Courtois, 2020), e do estabelecimento de um estilo de vinculação segura com o sistema cuidador (Cook et al., 2005). Esta tipologia de trauma, complexo ou acumulativo, quando perpetuado essencialmente na infância, encontra-se associado a uma maior complexidade sintomática observada na vida adulta da vítima (Cloitre et al., 2009), revelando um efeito aditivo nos sintomas e na psicopatologia englobando internalização, externalização e sintomas traumáticos (Vergano et al., 2015). Atualmente a evidência sugere uma tendência para a ocorrência de múltiplos tipos de trauma em vítimas de trauma complexo (Vergano et al., 2015), ou poli-vitimização, sendo observado num estudo de Finkelhor et al. (2007), que 22% da amostra, com idades compreendidas entre 2 e 17 anos, tinham sido vítimas de 4 ou mais tipos de trauma.

1.1.1 Domínios do Trauma Interpessoal

Devido à complexidade do trauma de tipo II, Vergano et al. (2015) abordam 9 domínios operacionalizados de maus-tratos interpessoais, com base na literatura.

O primeiro domínio referente à negligência, que, segundo Teicher e Samson (2013) refere-se a uma forma de maus-tratos passivos, aborda a presença de um cuidador inacessível ou existência de abandono da criança onde as suas necessidades de desenvolvimento, tanto a nível físico, educacional, emocional e de supervisão, não são correspondidas (Vergano et al., 2015). O domínio da rejeição operacionaliza a presença de prestação de cuidados de modo hostil e a rejeição das necessidades de vinculação da criança (Vergano et al., 2015), enquanto que o domínio da inversão de papéis, ou dissolução de fronteiras (Nuttall et al., 2019), engloba comportamentos de procura, por parte do cuidador, de necessidades físicas, emocionais, de conforto e de intimidade na criança, exigindo a adoção de papéis, como de um pai ou de um companheiro por parte da mesma (Vergano et al., 2015).

O quarto domínio, denominado de abuso psicológico, aborda situações onde existiu intenção por parte do cuidador de causar dor ou medo psicológico na vítima através de mecanismos como o insulto ou a ameaça, com o intuito de intimidação e obtenção de controlo sobre a mesma (Vergano et al., 2015). Na operacionalização do domínio de abuso físico analisa-se a presença de comportamentos físicos agressivos, as lesões resultantes dos mesmos, e a necessidade de cuidados médicos para estas, sendo que no sexto domínio apresentado referente à existência de abuso sexual, engloba qualquer relação sexual com ou sem presença de contacto físico (Vergano et al., 2015). A operacionalização destes domínios aborda ainda se a vítima foi exposta a violência doméstica entre os cuidadores, assim como a existência de separações ou perdas significativas até aos 14 anos de idade (Vergano et al., 2015).

Ressalva-se que, no tratamento dos dados obtidos, a cotação das experiências de trauma foi realizada consoante o modelo de seis fatores, obtido por Vergano et al. (2015), através da análise fatorial, para itens referentes a experiências perpetuadas pela mãe, que se dividem em 1) Inversão de Papéis, 2) Abuso Físico, 3) Abuso Psicológico, 4) Negligência Emocional, 5) Falha de Proteção e 6) Negligência Material.

1.1.2 Domínios do Impacto do Trauma Complexo

Embora o termo trauma complexo pretenda abranger as experiências traumáticas, é crucial abordar a sintomatologia que poderá surgir devido à exposição a estas. Considerando o carácter do trauma complexo, que frequentemente envolve diferentes tipologias de trauma

perpetuado, sugere-se que a sintomatologia que poderá surgir, é também complexa (Briere & Scott, 2015).

Inicialmente, numa tentativa de agrupar os diversos sintomas observados em indivíduos adultos vítimas de trauma complexo surgiu o DESNOS “*Disorders of Extreme Stress*” ou Perturbações de stress extremo, constituído por sete categorias (Van Der Kolk et al., 2005). Posteriormente, este conjunto de sintomas foi adaptado para seis dimensões, onde foi retirada a subcategoria de, 1) Alterações na perceção do perpetrador, passando assim a ser constituída por, i) Desregulação do Afeto e dos Impulsos, ii) Alterações na Atenção e Consciência, iii) Alterações na Auto Perceção, iv) Alterações na Relação com os Outros, v) Somatização e vi) Alterações no Sistema de Significado (Luxenberg et al., 2000). Já Cook et al. (2005) sugerem que o impacto do trauma complexo numa criança exposta a este poderá ser observado em sete domínios primários, ao nível da, a) vinculação, b) biologia, c) regulação afetiva ou emocional, d) dissociação, e) controlo comportamental, f) cognição e do g) autoconceito.

1.2 Esquemas

Os esquemas são representações mentais constituídos por crenças que um tem de si próprio, dos outros e do ambiente que o rodeia, que tendem a ser estruturas rígidas com impacto na cognição, emoções e no comportamento contribuindo para uma maior vulnerabilidade para a psicopatologia (Faustino et al., 2023a; Young et al., 2003). Estas representações têm um início precoce mantendo a sua elaboração durante toda a vida, na qual se sugere uma “confirmação” dos esquemas mesmo em situações não coincidentes com os mesmos (Young et al., 2003).

1.2.1 Esquemas Precoces Não Adaptativos

Existem diferentes tipos de esquemas, sendo dos mais aprofundados os esquemas precoces não adaptativos. A teoria subjacente à terapia dos esquemas sugere que, as crianças têm necessidades emocionais essenciais, sendo os esquemas o produto da falta de correspondência dessas necessidades durante a infância (Young et al., 2003). Estas necessidades distribuem-se essencialmente em cinco, sendo elas, 1) Vínculos seguros a outros, 2) Autonomia, competência e sentido de identidade, 3) Liberdade para expressar necessidades e emoções, 4) Espontaneidade e brincadeira e 5) Limites e autocontrolo

realísticos (Young et al., 2003). Por sua vez, considera-se que um indivíduo com uma personalidade saudável é aquele que teve as suas necessidades emocionais correspondidas (Bach et al., 2017).

Caracterizados por se originarem na infância ou adolescência e se irem consolidando ao longo da vida, estes padrões desenvolvem-se como resultado de experiências interpessoais prejudiciais (Young et al., 2003). Estes são disfuncionais englobando memórias, emoções, cognições e sensações corporais do próprio, levando o indivíduo a ter determinados comportamentos não adaptativos em resposta aos esquemas (Young et al., 2003). No modelo inicial, 18 esquemas foram organizados em 5 domínios, (1) Distanciamento e Rejeição, (2) Autonomia e Desempenho deteriorados, (3) Limites deteriorados, (4) Direcionamento para o outro e (5) Vigilância excessiva e Inibição (Young et al., 2003; Bach et al., 2017), sendo posteriormente sugerido uma organização dos 18 esquemas em 4 domínios i) Distanciamento e Rejeição, ii) Autonomia e Desempenho deteriorados, iii) Responsabilidade e Padrões excessivos e iv) Limites Deteriorados (Bach et al., 2017).

As experiências tóxicas na infância são descritas como uma das principais bases para o desenvolvimento de esquemas precoces não adaptativos (Young et al., 2003). Como tal, é possível inferir a existência de uma relação significativa entre o desenvolvimento desses esquemas e experiências de trauma complexo na infância, o que é corroborado na literatura, tal como observado num estudo realizado por Karatzias et al. (2016) em que os sobreviventes desta tipologia de trauma apresentavam valores elevados em todos os esquemas precoces não adaptativos e não apenas naqueles referentes ao abuso.

1.3 Esquemas Centrais Dialéticos

Embora perante uma definição global de esquemas considerar-se que estes poderão ser adaptativos ou não adaptativos (Young et al., 2003) observa-se um estudo particularmente aprofundado sobre os esquemas não adaptativos (Faustino et al., 2023a).

Neste seguimento surge a conceitualização dos Esquemas Centrais Dialéticos (ECD), os quais vão ser foco no presente estudo. Os ECD são estruturas psicológicas que contêm conteúdos representacionais da autoimagem, e perceções sobre o próprio e os outros, manifestando-se num *continuum* onde um polo é adaptativo e o oposto é não adaptativo (Faustino et al., 2023a). Nesta tipologia de esquemas, os esquemas adaptativos desenvolvem-se na sequência de experiências adaptativas enquanto que os esquemas não adaptativos

desenvolvem-se através de experiências adversas, como ser vítima de trauma complexo, formando estruturas rígidas (Faustino et al., 2023a)

Os ECD estão representados em quatro categorias, duas sobre a representação que um tem de si próprio, (1) Eu não adaptativo e (2) Eu adaptativo, e duas sobre a representação que tem do outro, (3) Outro não adaptativo e (4) Outro adaptativo (Faustino et al., 2023a). Deste modo, sendo a exposição a experiências de trauma complexo uma experiência adversa, torna-se importante aprofundar o impacto deste tipo de trauma no desenvolvimento de ECD.

1.4 Regulação Emocional

Gross (2015) sugere que a regulação emocional descreve o processo de influenciar as emoções que se tem, assim como o modo e a forma como são experienciadas e expressas. Segundo este, a regulação emocional deverá enquadrar-se dentro do conceito de regulação afetiva juntamente com o *coping* e a regulação de humor (Gross, 2015). De modo a obter uma regulação emocional adaptativa poderão ser adotadas estratégias de regulação que visam aumentar, diminuir ou manter elementos como a cognição, sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas inseridos na experiência emocional (Faustino & Vasco, 2023b).

De acordo com o modelo de processo de regulação emocional as estratégias poderão ser focadas nos antecedentes, referente ao processo antecipatório à ativação das tendências de resposta ou focadas no pós ativação (Gross, 2002; McRae & Gross, 2020). Nos antecedentes poderá existir a 1) seleção da situação, 2) modificação da situação, 3) seleção da atenção e 4) mudança cognitiva, onde poderá ser utilizada reavaliação cognitiva (Gross, 2002), sendo que no pós ativação poderão ser implementadas estratégias focadas na 5) modelação da resposta, através da supressão emocional ou modelação da resposta referente à emoção ativada, envolvendo processos de modificação de respostas experimentais, comportamentais e fisiológicas (Gross, 2002; McRae & Gross, 2020).

Tendo em conta que este estudo terá como foco de atenção as estratégias, Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional, é crucial considerar que, a Reavaliação Cognitiva é uma estratégia onde existe uma reavaliação e/ou reinterpretação da situação emocionalmente evocativa, ou ainda a aceitação, onde se aceita as emoções que surgiram de uma posição sem julgamento (McRae & Gross, 2020), encontrando-se associada a maior afeto positivo e menor afeto negativo, comparativamente com Supressão Emocional (Kelley

et al., 2019), onde existe uma prevenção da expressão emocional do estado emocional interno, ou ainda intervenção fisiológica (McRae & Gross, 2020).

Deste modo, para a existência de uma regulação emocional adaptativa deverá existir a monitorização e avaliação da experiência emocional assim como a capacidade de modificar a intensidade e duração da emoção, observando-se na desregulação emocional uma capacidade reduzida de experienciar todas as emoções, evitamento e tentativa de controlo da experiência interna assim como tentativa de controlo da expressão emocional (Moreira et al., 2020).

De acordo com Cook et al. (2005) é possível observar o impacto do trauma complexo na regulação afetiva ou emocional através de quatro mecanismos diferentes. Segundo estes, crianças e/ou adolescentes vítimas do trauma de tipo II apresentam primeiramente dificuldades na identificação e descrição de experiências emocionais internas, assim como dificuldades na identificação e expressão de sentimentos, na autorregulação emocional e na comunicação de desejos ou necessidades pessoais (Cook et al., 2005). Previamente, foi observado que crianças vítimas de traumas apresentavam dificuldades na sua regulação emocional e não procuravam a ajuda do outro para a sua desregulação afetiva criando padrões que poderão ter um impacto considerável no processamento de situações que provoquem stress mesmo na vida adulta (Van der Kolk, 2003). Atualmente a desregulação emocional apresenta uma correlação significativa com experiências de trauma na infância (Keeshin et al., 2021), observando-se que num contexto de adultos vítimas de trauma acumulativo existe uma maior probabilidade destes experienciarem dificuldades para regular as suas emoções quando confrontados com situações que poderão ser emocionalmente evocativas (Rizeq & McCann, 2019).

Quanto à relação entre esquemas e desregulação emocional, devido à recente conceitualização dos ECD, poderemos observar o impacto de Esquemas Precoces Não Adaptativos na Regulação Emocional, sendo que uma meta-análise realizada por Pilkington et al. (2023) revelou uma associação significativa positiva entre todos os 18 esquemas e dificuldades na regulação emocional. No entanto, apenas um dos estudos analisados na referida meta-análise utilizou o mesmo instrumento psicométrico para medir a regulação emocional que este estudo utiliza, sendo a análise de implicações entre esquemas e regulação emocional particularmente relevante.

1.5 Pertinência da Investigação

Como referido, tem-se observado um estudo particularmente aprofundado sobre os esquemas não adaptativos (Faustino et al., 2023a), pelo que existe uma carência de literatura do impacto do trauma complexo nos ECD, assim como o impacto desta tipologia de esquemas na desregulação emocional e a possível contribuição destes mecanismos para o impacto do trauma complexo em idade adulta. Deste modo, o presente estudo permite adicionar conhecimento à comunidade científica sobre o impacto do trauma complexo no funcionamento de mecanismos como ECD, englobando esquemas adaptativos e não adaptativos, e regulação emocional em indivíduos adultos, mapeando pela primeira vez, em Portugal, a relação do impacto do trauma complexo no desenvolvimento de ECD e o seu impacto na regulação emocional na vítima.

Lewis et al. (2021) abordam a necessidade de estudos que contribuam para a compreensão de como responder de forma eficaz às necessidades de saúde mental de indivíduos expostos a experiências de trauma complexo, pelo que, este estudo adquire ainda uma pertinência prática ao fornecer uma visão mais completa aos profissionais sobre os mecanismos através dos quais o trauma complexo impacta a vida de vítimas em idade adulta, permitindo aos mesmos proporcionar um apoio mais personalizado, nomeadamente uma tomada de decisão e uma avaliação clínica mais corroborada.

1.6 Objetivos da Investigação

Estão estabelecidos quatro objetivos para esta dissertação, (1) Estudar implicações do trauma complexo e ECD na desregulação emocional, (2) Estudar implicações do trauma complexo no funcionamento humano, em idade adulta, (3) Estudar a contribuição dos ECD para a desregulação emocional e (4) Contribuir com conhecimento para a construção de intervenções psicológicas para esta população.

1.7 Hipóteses

Perante o enquadramento teórico realizado torna-se possível estabelecer as seguintes hipóteses.

H1: Trauma Complexo está associado a Esquemas Centrais Dialéticos;

H1.1: Experiências de Trauma Complexo estão positivamente correlacionadas com ECD não adaptativos.

H1.2 Experiências de Trauma Complexo estão negativamente correlacionadas com ECD adaptativos.

H2: Trauma Complexo está associado a Desregulação Emocional;

H2.1: Experiências de Trauma Complexo estão positivamente correlacionadas com Supressão Emocional;

H2.2: Experiências de trauma complexo estão negativamente correlacionadas com Reavaliação Cognitiva;

H3: Esquemas Centrais Dialéticos estão associados com Desregulação Emocional;

H3.1 ECD não adaptativos estão positivamente correlacionados com Supressão Emocional;

H3.2 ECD adaptativos estão positivamente correlacionados com Reavaliação Cognitiva;

H4: Trauma Complexo e ECD são preditores de Desregulação Emocional;

H5: ECD são preditores de sintomatologia, distress e bem-estar.

2. Método

A presente investigação apresenta um estudo quantitativo, sendo recolhido numa amostra da comunidade portuguesa com corte transversal, ou seja, de apenas um momento de recolha de dados, não se tendo prolongando no tempo e de carácter correlacional e preditivo. O design do presente estudo é de 2x3 com duas variáveis independentes (VI) – Experiência de Trauma Complexo e Esquemas Centrais Dialéticos e três variáveis dependentes (VD)- Regulação Emocional, Saúde Mental e Sintomatologia.

Inicialmente a amostra era constituída por 185 participantes, dos quais se realizou procedimentos de eliminação de 99 participantes (Glas, 2010), nomeadamente 24 que apenas completaram o questionário sociodemográfico, 69 que não responderão a pelo menos um instrumento e 6 cuja resposta era “1” para todos os itens. Realizou-se ainda procedimentos de imputação singular, nomeadamente Imputação da Média (Glas, 2010) para 11 participantes que tinham *missings* no Questionário do Trauma complexo (ComplexTQ) e 3 participantes que tinham *missings* na Escala Breve de Esquemas Centrais (EBEC).

2.1 Amostra

A amostra é constituída por 86 participantes, onde 22 eram do sexo masculino (25,6%) e 64 do sexo feminino (74,4%). As idades estavam compreendidas entre 18 e 66 anos ($M=32,72$; $DP=12,28$), sendo que as idades dos participantes do sexo masculino variavam entre 18 e 59 anos ($M=34,36$; $DP=11,56$) e as idades dos participantes do sexo feminino variavam entre 20 e 66 anos ($M=32,16$; $DP=12,55$). Quanto às habilitações literárias, 4 participantes (4,7%) concluíram o ensino básico (9º ano) ou equivalente, 26 (30,2%) tinham concluído o ensino secundário, 46 (53,5%) tinham a licenciatura, 8 (9,3%) tinham o mestrado e 2 (2,3%) tinham o doutoramento.

Quanto ao estado civil, 56 (65,1%) eram solteiros, 17 (19,8%) eram casados, 10 (11,6%) estavam em união de facto, 2 (2,3%) eram divorciados e 1 (1,2%) era viúvo/a. Cerca de 20 participantes (23,3%) estavam a ter acompanhamento psicológico/ psicoterapêutico e/ou psiquiátrico e 66 (76,7%) não estavam a ter acompanhamento. Ver Tabela 1 para detalhes das características sociodemográficas da amostra.

Tabela 1.

Estatísticas Descritivas da Amostra em Estudo (N=86)

		Frequências e Percentagens	
N		86 (100%)	
Idade	M	32.72	
	SD	12.28	
	Mínimo	18.00	
	Máximo	66.00	
Género	Masculino	22	25.6%
	Feminino	64	74.4%
Nacionalidade	Português	85	98,8%
	Romena	1	1,2%
Escolaridade	Ensino Básico (9º ano) ou equivalente	4	4.7%
	Secundário	26	30,2%
	Licenciatura	46	53.5%

Estado Civil	Mestrado	8	9.3%
	Doutoramento	2	2.3%
	Solteiro/a	56	65.1%
	Casado/a	17	19.8%
	União de Facto	10	11.6
	Divorciado/a	2	2.3%
	Viúvo/a	1	1.2
Acompanhamento psicológico/ psicoterapêutico e/ou psiquiátrico	Sim	20	23.3%
	Não	66	76.7%

2.2 Procedimentos

Este estudo foi realizado no âmbito da Unidade Curricular de Dissertação de Mestrado da Escola de Psicologia e Ciências da Vida da Universidade Lusófona- Centro Universitário de Lisboa, tendo sido aprovado pela Comissão de Ética e Deontologia da Investigação Científica (CEDIC) da Universidade Lusófona.

A recolha de dados foi realizada numa amostra da comunidade, não clínica, *online* através de um *link* partilhado, em método *snowball*, que direccionou os participantes ao protocolo de instrumentos criado com recurso ao programa Qualtrics. A recolha de dados iniciou em fevereiro de 2024, tendo terminando em abril de 2024. O *link* deu acesso aos participantes a um conjunto de questionários de autorrelato onde era necessário os mesmos preencherem previamente um consentimento informado no qual foi garantida a confidencialidade dos dados assim como o carácter voluntário do estudo e salientando a possibilidade de desistência do estudo a qualquer momento. Os critérios de inclusão para a participação foram: (1) Ter entre 18 e 70 anos, (2) Falar português há pelo menos 5 anos e (3) Ter escolaridade acima do 9º ano, com o intuito de assegurar a total compreensão dos itens presentes nos questionários por parte dos participantes. Os critérios de exclusão foram, (1) Ter uma Perturbação neurocognitiva diagnosticada.

Para este estudo foi pedido aos participantes que, após o consentimento informado, preenchessem um questionário de carácter sociodemográfico e posteriormente cinco

questionários de autorrelato referentes respetivamente às três variáveis principais em estudo (Experiências de Trauma, Esquemas Centrais Dialéticos e Regulação Emocional), assim como um instrumento referente à sintomatologia e um referente à saúde mental (Distress e Bem-Estar), com uma duração total de aproximadamente 30 minutos.

2.3 Instrumentos

Quanto à operacionalização das variáveis, utilizou-se os seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico, Questionário do Trauma Complexo (ComplexTQ) para operacionalização das experiências de Trauma Complexo, Questionário de Regulação Emocional (QRE) para operacionalização de desregulação emocional, Escala Breve de Esquemas Centrais (EBEC) para operacionalização de Esquemas Centrais Dialéticos, Inventário de Saúde Mental- Versão Reduzida (MHI-5) para operacionalização de Distress e Bem-Estar e Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) para operacionalização de sintomatologia.

2.3.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico procurou obter dados sobre a idade dos participantes, o sexo, a nacionalidade, as habilitações literárias destes, assim como o estado civil e se se encontravam atualmente em acompanhamento psicológico /psicoterapêutico e/ou psiquiátrico.

2.3.2 Questionário do Trauma complexo (ComplexTQ)

O Questionário do Trauma Complexo (Complex TQ) desenvolvido por Vergano et al. (2015) e traduzido para a população portuguesa por Faustino et al. (2024), constituído por 70 itens avalia experiências de trauma na infância e adolescência em 9 domínios de maus-tratos interpessoais, (1) Negligência, (2) Rejeição, (3) Inversão de papeis, (4) Abuso psicológico, (5) Abuso físico, (6) Abuso sexual, (7) Exposição a violência doméstica (8) Separações e (9) Perdas até aos 14 anos de idade. Este instrumento avalia a presença ou não destas experiências, avaliando posteriormente a frequência em que ocorreram através de uma escala de *Likert* de 4 pontos (1= nunca; 4= regularmente) e se os maus-tratos foram perpetuados pela mãe, pelo pai ou outra figura significativa para a criança/adolescente (Vergano et al., 2015).

Para este estudo foi apenas utilizada a dimensão da presença da experiência. A cotação das experiências de trauma foi realizada consoante o modelo de seis fatores para itens referentes a experiências perpetuadas pela mãe, que se dividem em 1) Inversão de Papeis, 2) Abuso Físico, 3) Abuso Psicológico, 4) Negligência Emocional, 5) Falha de Proteção e 6) Negligência Material (Vergano et al., 2015). Realizou-se ainda uma escala total de todas as 70 experiências apresentadas no instrumento. No estudo original a consistência interna foi, abuso físico ($\alpha = .74$), abuso psicológico ($\alpha = .72$), negligência emocional ($\alpha = .73$), falha de proteção ($\alpha = .85$) e negligência material ($\alpha = .65$).

No presente estudo a consistência interna foi a seguinte, inversão de papeis ($\alpha = .66$ e $\omega = .64$), abuso físico ($\alpha = .73$ e $\omega = .72$), abuso psicológico ($\alpha = .89$ e $\omega = .89$), negligência emocional ($\alpha = .88$ e $\omega = .89$), falha de proteção ($\alpha = .25$ e $\omega = .26$) e negligência material ($\alpha = .81$ e $\omega = .83$). Salienta-se que devido ao valor de consistência interna obtida na escala Falha de Proteção, os resultados obtidos com a mesma deverão ter em atenção este valor. No total de experiências de trauma a consistência interna foi, $\alpha = .95$ e $\omega = .95$.

2.3.3 Questionário de Regulação Emocional (QRE)

O Questionário de Regulação Emocional (QRE) desenvolvido por Gross e John (2003) e traduzido e validado para a população portuguesa por Vaz e Martins (2009) é um instrumento constituído por 10 itens divididos em dois fatores referentes à avaliação de duas estratégias de regulação emocional, nomeadamente Reavaliação Cognitiva e Supressão Emocional. Para cada item a resposta é dada através de uma escala de *Likert* de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente) (Gross & John, 2003).

Na validação deste instrumento para a população portuguesa foi considerada aceitável a estrutura original, no entanto o item 5 pertencente à escala de Reavaliação Cognitiva na sua versão original pertence à escala de Supressão Emocional na versão para a população portuguesa (Vaz & Martins, 2009). No estudo de adaptação e tradução para a população portuguesa (Vaz & Martins, 2009) a consistência interna foi a seguinte, Reavaliação Cognitiva ($\alpha = .79$) e Supressão Emocional ($\alpha = .73$). No presente estudo a consistência interna foi a seguinte, Reavaliação Cognitiva ($\alpha = .86$ e $\omega = .86$) e Supressão Emocional ($\alpha = .72$ e $\omega = .78$).

2.3.4 Escala Breve de Esquemas Centrais (EBEC)

A Escala Breve de Esquemas Centrais traduzida e adaptada para a população portuguesa por Faustino (2022) da versão original da *Brief Core Schema Scales (BCSS)* (Fowler et al., 2006), avalia cognições positivas e negativas sobre o próprio e sobre os outros. Este instrumento, constituído por 24 itens com uma escala de *Likert* de 5 pontos de 0 a 4 e avalia esquemas centrais adaptativos e não adaptativos estando dividido em quatro dimensões, duas sobre a percepção que um tem de si próprio (1) Esquemas negativos do próprio e (2) Esquemas positivos do próprio e duas sobre a percepção que um tem sobre o outro (3) Esquemas negativos sobre o outro e (4) Esquemas positivos sobre o outro (Faustino, 2022).

No estudo de adaptação e tradução para a população portuguesa (Faustino, 2022) a consistência interna foi a seguinte, esquemas centrais não adaptativos do eu ($\alpha = .77$), esquemas centrais adaptativo do eu ($\alpha = .77$), esquemas centrais não adaptativos do outro ($\alpha = .88$) e esquemas centrais adaptativo do outro ($\alpha = .92$). No presente estudo a consistência interna foi a seguinte, esquemas centrais não adaptativos do eu ($\alpha = .81$ e $\omega = .81$), esquemas centrais adaptativo do eu ($\alpha = .83$ e $\omega = .83$), esquemas centrais não adaptativos do outro ($\alpha = .91$ e $\omega = .91$) e esquemas centrais adaptativo do outro ($\alpha = .88$ e $\omega = .88$), considerado adequado.

2.3.5 Inventário de Saúde Mental- Versão Reduzida (MHI-5)

O Inventário de Saúde Mental- 5 (MHI-5), constituído por 5 itens, é uma versão reduzida do MHI validado para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (2001). Os 5 itens (11, 17, 19, 27 e 34), com 3 itens pertencentes à escala de Distress e 2 à escala de Bem-Estar Psicológico representam 4 dimensões de saúde mental, nomeadamente (1) Ansiedade, (2) Depressão, (3) Perda de Controlo Emocional-Comportamental e (4) Bem-Estar Psicológico (Pais-Ribeiro, 2001). No estudo de adaptação e tradução para a população portuguesa (Pais-Ribeiro, 2001) a consistência interna foi a seguinte, Distress ($\alpha = .95$), Bem-Estar ($\alpha = .91$).

No presente estudo a consistência interna foi a seguinte, Distress ($\alpha = .83$ e $\omega = .85$.) e Bem-estar ($\alpha = .76$), não foi possível de avaliar o Ómega de McDonald na subescala de bem-estar devido à mesma ser constituída apenas por 2 itens, número reduzido aos três mínimos necessários para a realização deste teste (Hayes & Coutts, 2020).

2.3.6 Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI)

O Inventário de Sintomas Psicopatológicos adaptado e validado para a população portuguesa por Canavarro (1999) do *Brief Symptom Inventory (BSI)* de L. Derogatis (1982) avalia sintomas psicopatológicos em população clínica e geral (Canavarro, 2007). Este instrumento constituído por 53 itens avalia sintomas em 9 dimensões, (1) Somatização, (2) Obsessões- Compulsões, (3) Sensibilidade Interpessoal, (4) Depressão, (5) Ansiedade, (6) Hostilidade, (7) Ansiedade Fóbica, (8) Ideação Paranoide e (9) Psicoticismo englobando também 3 Índices Globais, o Índice Geral de Sintomas (IGS), o Índice de Sintomas Positivos (ISP) e Total de Sintomas positivos (TSP) (Canavarro, 2007).

No presente estudo, utilizou-se apenas o índice geral de sintomas (IGS), a consistência interna foi a seguinte ($\alpha = .97$ e $\omega = .97$).

2.4 Análise Estatística

Toda a análise estatística foi realizada com recurso ao software *Statistical Product and Service Solutions* (IBM SPSS) na versão 29.

A distribuição normal (Tabela 2) foi testada através da análise da Assimetria e da Curtose, sendo que os valores se encontravam entre -2 e +2 na assimetria e entre -3 e +3 na curtose, sugerindo uma distribuição normal das variáveis (Byrne, 2010). Foram realizadas as análises descritivas das variáveis em estudo (Tabela 2) e análises de consistência interna para os instrumentos utilizados (α e ω).

Foram realizadas correlações de Pearson para testar associações entre, Trauma Complexo e ECD, entre Trauma Complexo e Desregulação Emocional e entre ECD e Desregulação Emocional. Foram também realizadas regressões lineares e regressões múltiplas com critério *stepwise* para a seleção de preditores, para explorar o valor preditivo do Trauma Complexo e dos ECD na Desregulação Emocional, assim como valor preditivo dos ECD na sintomatologia, distress e bem-estar.

Tabela 2.

Estatísticas Descritivas e Índices de Normalidade das Variáveis em Estudo (N=86)

	M	DP	Min	Max	As	C
Inversão de Papeis (ComplexTQ)	1.22	.24	1.00	1.86	1.10	.23

Abuso Físico (ComplexTQ)	1.28	.30	1.00	2.00	1.05	.23
Abuso Psicológico (ComplexTQ)	1.31	.37	1.00	2.00	.73	-1.11
Negligência Emocional (ComplexTQ)	1.33	.35	1.00	2.00	.62	-1.14
Falha de Proteção (ComplexTQ)	1.19	.20	1.00	2.00	.81	1.72
Negligência Material (ComplexTQ)	1.18	.29	1.00	2.00	1.68	1.81
Total Trauma Complexo (ComplexTQ)	1.20	.18	1.00	1.79	1.06	.41
ECD Não Adaptativo do Eu (EBEC)	1.95	.77	1.00	4.67	.92	.63
ECD Adaptativo do Eu (EBEC)	3.37	.68	1.33	5.00	-.10	.38
ECD Não Adaptativo do Outro (EBEC)	2.59	.76	1.00	4.17	-.09	-.58
ECD Adaptativo do Outro (EBEC)	2.85	.48	1.83	4.00	-.022	.24
Reavaliação. Cognitiva (QRE)	4.52	1.35	1.00	7.00	-.68	.62
Supressão Emocional (QRE)	3.90	1.24	1.40	6.60	-.09	-.30
Bem-Estar (ISM)	46.16	19.59	10.00	100.00	.40	-.43
Distress (ISM)	40.31	20.55	.00	80.00	.29	-.765
Índice Geral Sintomas (BSI)	1.14	.73	.00	3.58	.62	.34

Nota. M: Média; DP: Desvio-Padrão; Min: Mínimo; Max: Máximo; As: Assimetria; C: Curtose; ComplexTQ: Questionário do Trauma Complexo; EBEC: Escala Breve de Esquemas Centrais; QRE: Questionário de Regulação Emocional; ISM: Inventário de Saúde Mental- Versão Reduzida; BSI: Inventário de sintomas psicopatológicos.

3. Resultados

3.1 Índices de Normalidade

A Tabela 2 apresenta as Estatísticas Descritivas, nomeadamente, média, desvio-padrão, mínimo e máximo assim como os Índices de Normalidade, Assimetria e Curtose das variáveis em Estudo. Nomeadamente, Experiências de Trauma (Inversão de Papeis, Abuso Físico, Abuso Psicológico, Negligência Emocional, Falha de Proteção, Negligência Material e Total Trauma Complexo) Esquemas Centrais Dialéticos (ECD Não Adaptativo do Eu, ECD Adaptativo do Eu, ECD Não Adaptativo do Outro e ECD Adaptativo do Outro), Técnicas de Regulação Emocional (Reavaliação. Cognitiva e Supressão Emocional), Saúde Mental (Bem-Estar e Distress) e Sintomatologia (Índice Geral Sintomas (BSI)).

3.2 Análise Correlacional

Hipótese 1

Análise Correlacional entre experiências de Trauma Complexo e ECD

Na Tabela 3 encontra-se a análise de correlações de Pearson entre as variáveis de experiências de Trauma Complexo e Esquemas Centrais Dialéticos (N=86).

Quanto ao total das experiências de Trauma Complexo, estas apresentavam correlações significativas com três ECD, nomeadamente, correlação positiva significativa moderada com ECD Não Adaptativo do Eu ($r=.354$, $p < .05$), correlação negativa significativa fraca com ECD Adaptativo do Eu ($r=-.272$, $p < .01$) e correlação negativa significativa fraca com ECD Adaptativo do Outro ($r=-.222$, $p < .01$), não se tendo verificado com ECD Não Adaptativo do Outro. Verificaram-se correlações significativas entre diferentes tipos de experiências e os três ECD, não se tendo verificado com ECD Não Adaptativo do Outro. Salienta-se a experiência Abuso Psicológico/Rejeição e Negligência Emocional como os tipos de experiências que apresentaram correlações significativa com ECD Adaptativo do Outro, $r=-.303$, $p < .05$ e $r=-.223$, $p < .01$ respetivamente. Para mais detalhes consultar Tabela 3.

Tabela 3.

Correlações de Pearson entre Experiências de Trauma Complexo e Esquemas Centrais Dialéticos (N=86)

	Inversão de Papeis	Abuso Físico	Abuso Psicológico / Rejeição	Negligência Emocional	Falha de Proteção	Negligência Material	Total Trauma Complexo
ECD Não Adaptativo do Eu	.143	.305**	.441**	.269*	.295**	.224*	.354**
ECD Adaptativo do Eu	-.176	-.081	-.326**	-.286**	-.374**	-.245*	-.272*
ECD Não Adaptativo do Outro	.012	.212	.126	.108	.112	.026	.106

ECD Adaptativo	-.144	-.141	-.303**	-.223*	-.190	-.049	-.222*
do Outro							

Nota. ECD= Esquemas Centrais Dialéticos; *p < .01; **p < .05.

Hipótese 2

Análise Correlacional entre experiências de Trauma Complexo e Desregulação Emocional

Na Tabela 4 encontra-se a análise de correlações de Pearson entre as variáveis de experiências de Trauma Complexo e estratégias de Regulação Emocional (N=86). Observou-se uma correlação positiva significativa moderada do total das experiências de Trauma Complexo com técnica de regulação emocional, Supressão Emocional ($r=.324$, $p < .05$), assim como correlação positiva significativa de experiências de Inversão de Papéis, Abuso Psicológico/ Rejeição, Negligência Emocional e Falha de Proteção e a técnica de regulação emocional, Supressão Emocional. Não se verificaram correlações significativas com a técnica de regulação emocional, Reavaliação Cognitiva. Para mais detalhes consultar Tabela 4.

Tabela 4.

Correlações de Pearson entre Experiências de Trauma Complexo e Regulação Emocional (N=86)

	Abuso						Total
	Inversão de Papéis	Abuso Físico	Psicológico / Rejeição	Negligência Emocional	Falha de Proteção	Negligência Material	Trauma Complexo
Reavaliação Cognitiva	-.033	.061	-.033	-.068	-.085	-.090	-.010
Supressão Emocional	.266*	.210	.259*	.317**	.238*	.197	.324**

Nota. *p < .01; **p < .05.

Hipótese 3

Análise Correlacional entre ECD e Desregulação Emocional

Na Tabela 5 encontra-se a análise de correlações de Pearson entre as variáveis ECD e Regulação Emocional (N=86). Verificou-se correlações significativas entre ECD Não Adaptativo do Eu e Reavaliação Cognitiva ($r=-.228$, $p<.01$) e Supressão Emocional ($r=.349$, $p<.05$). ECD Adaptativo do Eu correlacionaram-se significativamente com Reavaliação Cognitiva ($r=.253$, $p<.01$) e ECD Adaptativo do Outro correlacionaram-se significativamente com Supressão Emocional ($r=-.279$, $p<.05$). Para mais detalhes consultar Tabela 5.

Tabela 5.

Correlações de Pearson entre Esquemas Centrais Dialéticos e Regulação Emocional (N=86)

	Reavaliação Cognitiva	Supressão Emocional
ECD Não Adaptativo do Eu	-.228*	.349**
ECD Adaptativo do Eu	.253*	-.114
ECD Não Adaptativo do Outro	-.026	.206
ECD Adaptativo do Outro	.043	-.279**

Nota. * $p<.01$; ** $p<.05$.

3.3 Análise Preditiva

Analísaram-se os pressupostos do modelo, da distribuição normal e homogeneidade, graficamente e independência dos erros, através de Durbin-Watson, tendo-se observado que não existe autocorrelação entre resíduos ($d\approx 2$) (Marôco, 2014). Realizou-se ainda o diagnóstico de multicolinearidade através do valor de VIF (Marôco, 2014), tendo-se verificado que $VIF < 5$ (Montgomery & Peck, 1982).

Hipótese 4

Análise Preditiva de Experiências de Trauma Complexo na Supressão Emocional

Considerando que a variável Total Trauma Complexo engloba todas as experiências de trauma analisadas no instrumento ComplexTQ, realizou-se primeiramente uma regressão linear com critério *Stepwise* para perceber o efeito do total de experiências de Trauma Complexo na Supressão Emocional (Tabela 6). Verificou-se valor preditivo significativo do Total de Experiências de Trauma Complexo na Supressão Emocional $F(1,84) = 9.872$,

$p < .005$, explicando 10% da variância da Supressão Emocional, ($\beta = .324$, $p < .01$). A equação da regressão era: Supressão Emocional = $1.191 + 2.265 \times (\text{Total Trauma Complexo})$. Para mais detalhes consultar Tabela 6.

Tabela 6.

Regressão Linear entre a variável independente Total Trauma Complexo e a variável dependente, Supressão Emocional (QRE) (N=86)

	R ²	R ² Ajustado	B	Beta	t	p	Durbin-Watson
Total Trauma Complexo	.105	.095	2.265	.324	3.142	.002	1.945

Nota. a. Variável Dependente: Supressão Emocional (QRE)

De seguida realizou-se uma regressão múltipla com critério *Stepwise* com os seis tipos de experiências de trauma analisados. Verificou-se valor preditivo significativo da variável Negligência Emocional na Supressão Emocional. $F(1,84) = 9.385$, $p < .005$, sendo que a Negligência Emocional explica 9% da variância da Supressão Emocional, ($\beta = .317$, $p < .01$). Para mais detalhes consultar Tabela 7.

Tabela 7.

Regressão Múltipla entre a variável independente, Experiências de Trauma Complexo e a variável dependente, Supressão Emocional (QRE) (N=86)

	R ²	R ² Ajustado	B	Beta	t	p	Durbin-Watson
Negligência Emocional	.100	.090	1.117	.317	3.064	.003	1.866

Nota. a. Variável Dependente: Supressão Emocional (QRE)

Análise Preditiva de ECD na Supressão Emocional

Realizou-se uma regressão múltipla com critério *Stepwise* para perceber o efeito dos ECD na Supressão Emocional (Tabela 8). Verificou-se valor preditivo significativo dos ECD Não Adaptativos do Eu na Supressão Emocional $F(1,84) = 11.67$, $p < .001$, explicando 12% da variância da Supressão Emocional, ($\beta = .349$, $p < .001$). Para mais detalhes consultar Tabela 8.

Tabela 8.

Regressão Múltipla entre variáveis independentes ECD e variável dependente Supressão Emocional (QRE) (N=86)

	R ²	R ² Ajustado	B	Beta	t	p	Durbin-Watson
Esquemas Centrais Não Adaptativo do Eu	.122	.111	.563	.349	3.416	<.001	1.913

Nota. a. Variável Dependente: Supressão Emocional (QRE)

Hipótese 5

Análise Preditiva de ECD na Sintomatologia

Realizou-se uma regressão linear múltipla com critério *stepwise* para perceber o efeito preditivo dos ECD no Índice Geral Sintomas (BSI). Verificou-se valor preditivo significativo do segundo modelo com as variáveis independentes ECD não adaptativo do eu e ECD não adaptativo do Outro, $F(2,83) = 25.583$, $p < .001$, R^2 Ajustado = .37, explicando em conjunto 38% da variância do Índice Geral Sintomas (BSI). A variável preditora com maior contributo para a sintomatologia foi o ECD Não Adaptativo do Eu ($\beta = .488$, $p < .001$), seguida pelos ECD Não Adaptativo do Outro ($\beta = .251$, $p < .01$). Para mais detalhes consultar Tabela 9.

Tabela 9.

Regressão Múltipla entre variáveis independentes ECD e variável dependente Índice Geral Sintomas (BSI) (N=86)

	R ²	R ² Ajustado	B	Beta	t	p	Durbin-Watson
ECD Não Adaptativo do Eu	.325	.317	.465	.488	5.349	<.001	
ECD Não Adaptativo do Outro	.381	.366	.242	.251	2.747	.007	1.929

Nota. a. Variável Dependente: Índice Geral Sintomas (BSI)

Análise Preditiva de ECD no Distress

Realizou-se uma regressão linear múltipla com critério *stepwise* para perceber o efeito preditivo dos ECD no Distress. Verificou-se valor preditivo significativo do segundo modelo com as variáveis independentes ECD não Adaptativo do Eu e ECD adaptativo do outro $F(2,83) = 16,18$, $p < .001$, R^2 Ajustado = .26, explicando 28% da variância do Distress. A variável preditora com maior contributo para o Distress foi os ECD Não Adaptativo do Eu ($\beta = .486$, $p < .001$), seguindo-se do ECD Adaptativo do outro ($\beta = -.217$, $p < .05$). Para mais detalhes consultar Tabela 10.

Tabela 10.

Regressão Múltipla Stepwise entre variáveis independentes ECD e variável dependente Distress (ISM) (N=86)

	R^2	R^2 Ajustado	B	Beta	t	p	Durbin-Watson
ECD Não Adaptativo do Eu	.236	.227	12.969	.486	5.095	<.001	
ECD Adaptativo do Outro	.281	.263	-9.387	-.217	-2.27	.026	1.918

Nota. a. Variável Dependente: Distress

Análise Preditiva de ECD no Bem-Estar

Realizou-se uma regressão linear múltipla com critério *stepwise* para perceber o efeito preditivo dos ECD no Bem-Estar. Verificou-se valor preditivo significativo do terceiro modelo, com as variáveis independentes, ECD Não Adaptativo do Eu, ECD Adaptativo do Outro e ECD Adaptativo do Eu, $F(3,82) = 18,59$, $p < .001$; R^2 Ajustado = .383, explicando 41% da variância do Bem-Estar. A variável preditora com maior contributo para o Bem-Estar foi os ECD Não Adaptativo do Eu ($\beta = -.320$, $p < .01$), a segunda foi os ECD Adaptativo do Outro ($\beta = .266$, $p < .01$) e a terceira foi os ECD Adaptativo do Eu ($\beta = .265$, $p < .01$). Para mais detalhes consultar Tabela 11.

Tabela 11.

Regressão Múltipla Stepwise entre variáveis independentes ECD e variável dependente Bem-Estar (ISM) (N=86)

	R ²	R ² Ajustado	B	Beta	t	p	Durbin-Watson
ECD Não Adaptativo do Eu	.24	.24	-8.15	-.320	-3.39	.001	
ECD Adaptativo do Outro	.35	.34	10.99	.266	2.91	.005	
ECD Adaptativo do Eu	.41	.38	7.69	.265	2.70	.008	1.873

Nota. a. Variável Dependente: Bem-Estar

5. Discussão

O presente estudo teve como objetivo explorar as implicações do Trauma Complexo e Esquemas Centrais Dialéticos na Desregulação Emocional, numa amostra de adultos na população portuguesa. A relevância deste trabalho destaca-se pela escassez de estudos que abordem estas variáveis, nomeadamente ECD, no contexto português. Os resultados foram parcialmente ao encontro do descrito na literatura.

A Hipótese 1, que propunha a associação de Trauma Complexo a Esquemas Centrais Dialéticos, confirmou-se parcialmente.

Quanto à Hipótese H1.1, Experiências de Trauma Complexo estão positivamente correlacionadas com ECD não adaptativos, esta confirmou-se parcialmente, sendo confirmada referente ao ECD não adaptativo do Eu, estando correlacionados positivamente e significativamente com o Total de Experiências de Trauma Complexo, ou seja, a maior presença de experiências desta tipologia de trauma encontra-se associada a maior presenças de ECD não adaptativos referentes ao próprio. Tendo em conta a escassa literatura referente aos ECD é importante analisar a literatura existente sobre os Esquemas Precoces Não Adaptativos. Tal é corroborado num estudo de Vasilopoulou et al. (2020) em que participantes que reportavam maior grau de presença de trauma na infância, tinham mais probabilidade de apresentar valores mais elevados de Esquemas Precoces Não Adaptativos.

Quanto à associação com tipos de experiências de trauma complexo observou-se uma associação significativa com 5 tipos de experiências (Abuso Físico, Abuso Psicológico/Rejeição, Negligência Emocional, Falha de Proteção e Negligência Material), com exceção do tipo de experiência, Inversão de Papeis. Nuttall et al. (2019), salientam que

a avaliação da existência de Inversão de Papeis ou Dissolução de Fronteiras é multidimensional devendo distinguir, entre o adulto e a criança, quem está a perpetuar a inversão. Além disso, é crucial realizar a distinção entre dissolução de fronteiras emocionais e inversão de papéis (Nuttall et al., 2019). Sendo esta experiência avaliada por 8 itens no questionário utilizado neste estudo, sugere-se que avaliação possa não ter adotado todas as dimensões da experiência, o que poderá ter condicionado parcialmente os resultados obtidos. Quanto ao ECD Não Adaptativo do Outro, não foram encontradas correlações significativas. Ressalva-se que, de acordo com Faustino (2022) a Escala Breve de Esquemas Centrais (EBEC) pode ser extrema na forma como pede aos participantes para se avaliarem a si próprios e aos outros, sendo que estas formas de cognição poderão estar melhor representadas numa amostra clínica. O facto de a amostra utilizada neste estudo ser da comunidade juntamente com o número de participantes obtido, poderá explicar o facto de algumas hipóteses não serem confirmadas, nomeadamente, a respeito do ECD Não Adaptativo do Outro.

Quanto à Hipótese H1.2, Experiências de Trauma Complexo estão negativamente correlacionadas com ECD adaptativos, considera-se que esta hipótese foi confirmada, tendo sido observadas correlações negativas significativas de ambos os ECD Adaptativos (Eu e Outro) com o Total de Experiências de Trauma Complexo, ou seja, maior presença de experiências desta tipologia de trauma encontra-se associada a menor presença de ECD adaptativos. Como sugerido na literatura, os ECD Adaptativos desenvolvem-se através de experiências adaptativas (Faustino et al., 2023a), e sendo a exposição a Trauma Complexo uma experiência adversa, é expectável a associação negativa deste com ECD Adaptativos. Quanto à associação com tipos de experiências de traumas verificou-se uma associação negativa significativa dos ECD Adaptativos do Eu com quatro tipos de experiências (Abuso Psicológico/ Rejeição, Negligência Emocional, Falha de Proteção e Negligência Material), não se tendo observado com experiência de Inversão de Papéis e Abuso Físico. Quanto ao ECD Adaptativos do Outro, observou-se associação negativa significativa com dois tipos de experiências, Abuso Psicológico/Rejeição e Negligência Emocional.

A Hipótese 2, que propunha a associação de Trauma Complexo com Desregulação Emocional confirmou-se parcialmente. Quanto à Hipótese H2.1, esta foi confirmada, existindo uma correlação positiva significativa de Supressão Emocional com o Total de

Experiências de Trauma Complexo, indo ao encontro com o descrito na literatura, o que se encontra salientado que num estudo de Pfluger et al. (2022) em que se verificou que um grupo com exposição a experiências de trauma complexo durante a infância/adolescência, apresentava valores mais elevados de Supressão Emocional e valores menores de Reavaliação Emocional comparativamente com o grupo que não tinha experienciado esta tipologia de trauma. No presente estudo observou-se ainda uma correlação positiva significativa desta técnica de regulação emocional com 4 tipos específicos de experiências de trauma complexo (Inversão de Papéis, Abuso Psicológico/ Rejeição, Negligência Emocional e Falha de Proteção). Considerando que este tipo de experiências não se enquadra no abuso físico mas sim numa categoria de abuso psicológico e emocional realça-se que a literatura demonstra que o impacto a longo-prazo de ter vivenciado abuso psicológico e ou emocional na infância pode ser tão grave quanto o causado pela experiência de abuso físico, resultando em consequências que poderão persistir durante a vida adulta (Dye, 2020). Além disso, a exposição a abuso emocional durante o desenvolvimento infantil poderá causar défices ao nível emocional (Dye, 2020), o que poderá explicar a associação desta tipologia de abuso com a técnica de Supressão Emocional. Quanto à Hipótese H2.2 esta não foi confirmada, não existindo associações negativas significativas da Reavaliação Cognitiva com o Total de Experiências de Trauma Complexo nem com os 6 tipos de experiências analisados.

A Hipótese 3, que propunha a associação de ECD com Desregulação Emocional, foi parcialmente confirmada. Quanto à H3.1, esta foi parcialmente confirmada, sendo que se observou uma correlação positiva significativa do ECD Não Adaptativo do Eu com Supressão Emocional, indo ao encontro da literatura, que sugere a associação positiva entre Esquemas Precoces Não Adaptativos e dificuldades na regulação emocional (Pilkington et al., 2023), no entanto, não se observou com ECD Não Adaptativo do Outro, pelo que se realça novamente o carácter da EBEC, que poderá revelar-se extremo na forma como pede aos participantes para se avaliarem a si próprios e a outros, (Faustino, 2022). A H3.2, foi parcialmente confirmada, sendo observada uma correlação positiva significativa de ECD Adaptativo do Eu com Reavaliação Cognitiva, inferindo que maior presença destes esquemas adaptativos referentes ao próprio está associado a maior uso da Reavaliação Cognitiva como técnica de Regulação Emocional. Devido a escassa literatura sobre os ECD, podemos

considerar o conceito de autoconceito ao abordar o ECD Adaptativo do Eu. Nesse sentido, destaca-se que os resultados estão alinhados com a literatura, que descreve uma correlação positiva entre a reavaliação cognitiva e o autoconceito, sendo sugerido pelos autores que o maior uso desta estratégia esteja associado com o desenvolvimento de um autoconceito mais positivo (Hsieh & Stright, 2012), corroborando os resultados encontrados. Não foi observado uma associação significativa desta técnica de regulação emocional com ECD Adaptativo do Outro.

A Hipótese 4, que propunha o valor preditivo do Trauma Complexo e ECD não adaptativos na Desregulação Emocional, foi parcialmente confirmada. No que toca ao valor preditivo do Trauma Complexo este foi confirmado para o total de experiências (10%) , indo ao encontro com o descrito na literatura, onde é descrita a associação de experiências de trauma complexo com Supressão Emocional (Pfluger et al., 2022).

Perante a análise do valor preditivo dos tipos de experiências de trauma, observou-se valor preditivo por parte da experiência Negligência Emocional (9%). A negligência na infância abrange a incapacidade de satisfazer as necessidades ao nível do desenvolvimento existentes durante este período, sendo que na negligência emocional, existe a incapacidade de corresponder às necessidades emocionais da criança, assim como de responder perante situações onde esta se encontra em distress, criando a expectativa de que esta irá responder a situações que se encontram para lá do seu nível de maturidade (Vergano et al, 2015; Xu et al., 2023; Teicher & Samson, 2013). Deste modo, Xu et al. (2023) sugerem o impacto desta tipologia de negligência na infância, na regulação emocional em idade adulta, possivelmente também devido à escassez de oportunidades destes indivíduos de aprender estratégias adaptativas de regulação emocional (Huh et al., 2017), indo ao encontro dos resultados obtidos.

Relativamente ao valor preditivo dos ECD Não Adaptativos, observou-se valor preditivo referente ao ECD Não Adaptativo do Eu (12%) na Supressão Emocional, indo ao encontro da associação sugerida na literatura da terapia dos esquemas, entre esquemas e regulação emocional (Dadomo et al., 2016), contribuindo com resultados adicionais do valor preditivo de esquemas não adaptativos referentes ao próprio, no uso de Supressão Emocional como estratégia de regulação emocional.

A Hipótese 5, que propunha o valor preditivo dos ECD na sintomatologia, no distress e no bem estar foi confirmada para as três variáveis dependentes com diferentes modelos. No que toca à literatura, é possível corroborar os resultados obtidos no presente estudo com correlações obtidas num estudo de Faustino (2022), realçando o carácter preditivo desta relação no presente estudo. Relativamente à sintomatologia, observou-se valor preditivo de ambos os ECD não adaptativos (Eu e Outro), o que vai ao encontro do demonstrado na literatura (Faustino, 2022), tendo sido observada uma correlação significativa positiva de esquemas negativos do próprio com sintomatologia.

Relativamente ao distress, observou-se valor preditivo de dois ECD (Não Adaptativo do Eu e Adaptativo do Outro), em linha com o observado num estudo anterior, em que foi detetada uma associação positiva, do distress, com esquemas negativos do próprio e associações negativas com esquemas positivos do próprio (Faustino, 2022).

Por último, relativamente ao Bem-Estar salienta-se o modelo preditor desta variável obtido por três ECD (Adaptativo do Eu e do Outro e Não Adaptativo do Eu), sendo que na literatura foram obtidos resultados de associação negativas de esquemas negativos do próprio com o bem-estar e associação positiva de esquemas positivos do próprio com a mesma variável (Faustino, 2022). Deste modo, os resultados encontrados acrescentam com conhecimento relativamente à importância dos ECD na predição destas três variáveis, tanto ao nível de esquemas não adaptativos nas três variáveis, como de adaptativos, relativamente ao distress e bem-estar.

5.1 Limitações e Direções Futuras

Perante o presente estudo apresentam-se limitações a ter em conta. Em primeiro lugar, o número de participantes poderá revelar-se pequeno perante uma variável em estudo como o Trauma Complexo, que não estará presente em todos os participantes. Ainda mais, a amostra tinha maior representação do sexo feminino (74,4%) do que do sexo masculino (25,6%) o que poderá comprometer a generalização dos resultados para a população masculina.

Sendo o trauma complexo uma experiência adversa na vida das vítimas, sugere-se uma tendência para pessoas se protegerem ou sub reportarem as experiências vividas perante um questionário de autorrelato de trauma, por este poder ser emocionalmente evocativo, podendo ter impacto na realização de estudos desta temática, realçando que num estudo de

(Gjerstad et al., 2024), uma das principais razões apresentadas pelos participantes para ponderar não iniciar o processo terapêutico e/ou o *dropping out* do mesmo, eram comportamentos de evitamento perante a lembrança do trauma experienciado.

Realça-se ainda o carácter de autorrelato das medidas psicométricas utilizadas, com obtenção de resultados provenientes apenas da perspetiva do participante, assim como a recolha de dados ter sido realizada online, o que não permite garantir o ambiente e a motivação ideais para a realização dos mesmos.

Como futuras direções, tendo em conta a associação observada deste estudo de experiências de trauma com ECD e destes com técnicas de regulação emocional, sugere-se a replicação do estudo com as mesmas variáveis utilizadas, mas realizando um estudo de carácter mediador, no âmbito de analisar a existência de valor mediador por parte dos ECD do impacto do trauma complexo na desregulação emocional.

6. Conclusão

Os resultados obtidos neste estudo, permitiram observar a correlação positiva significativa de experiências de trauma complexo com a presença de ECD não adaptativos do Eu e correlação negativa significativa com a presença de ECD Adaptativos (Eu e Outro). Observou-se a correlação positiva significativa de experiências de trauma complexo com o uso de Supressão Emocional como estratégia de regulação emocional.

Ainda mais, obteve-se resultados de correlação significativa positiva dos ECD não adaptativos do Eu com a utilização da técnica Supressão Emocional e negativa com a utilização de Reavaliação Cognitiva como técnica de regulação emocional. Os resultados permitiram também observar correlação positiva significativa de ECD adaptativos do Eu com a técnica reavaliação Cognitiva e correlação negativa significativa com a técnica Supressão Emocional. Foi ainda possível demonstrar o valor preditivo de experiências de Trauma Complexo (10%) e especificamente de Negligência Emocional (9%), assim como ECD não adaptativos do Eu (12%) na utilização de Supressão Emocional como técnica de regulação emocional.

Por fim, o presente estudo permitiu concluir o valor preditivo dos ECD na sintomatologia (38 %), (ECD não adaptativo do Eu e do Outro), no distress (28 %) (ECD não adaptativo do eu e ECD adaptativo do outro) e por fim no bem-estar (41%) (Não

adaptativo do eu e Adaptativo do Eu e do Outro), sendo visível a importância do estudo dos mesmos para a comunidade científica.

Em conclusão, o presente estudo apresenta uma contribuição significativa para a compreensão dos efeitos do trauma complexo no desenvolvimento de ECD e desregulação emocional, assim como o efeito dos ECD na desregulação emocional. Pela primeira vez em Portugal, estas associações foram mapeadas, fornecendo uma contribuição para as intervenções psicológicas nesta população. Dada a prevalência de experiências traumáticas e os seus efeitos a longo prazo anteriormente descritos na literatura, os resultados obtidos neste estudo reforçam a importância de intervenções adaptadas às necessidades específicas dos indivíduos afetados por esta tipologia de trauma, promovendo um maior rigor na avaliação clínica e tomada de decisão, assim como uma resposta terapêutica mais eficaz.

7. Referências

- Bach, B., Lockwood, G., & Young, J. E. (2017). A new look at the schema therapy model: organization and role of early maladaptive schemas. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(4). <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1410566>
- Briere, J., & Scott, C. (2015). Complex Trauma in Adolescents and Adults: Effects and Treatment. *Elsevier*, 38(3), 515–527. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2015.05.004>
- Byrne, B. M. (2010). *Structural Equation Modeling With AMOS* (Routledge). Taylor and Francis Group, LLC. <https://www.researchgate.net/publication/361909378>
- Canavarro, M. C. (2007). *Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal.: Vol. III* (M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & M. Almeida, Eds.). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Van Der Kolk, B., Pynoos, R., Wang, J., & Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399–408. <https://doi.org/10.1002/jts.20444>
- Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Julian, L., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., Derosa, R., Hubbard, R., Liautaud, J., Olafson, E., Kagan, R., Mallah, K., & Van Der Kolk, B. (2005). Complex Trauma in Children and Adolescents. In *PSYCHIATRIC ANNALS* (Vol. 35, Issue 5). <http://www.traumacenter.org>.
- Courtois, C. A. (2008). Complex trauma, complex reactions: Assessment and treatment. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 86–100. <https://doi.org/10.1037/1942-9681.s.1.86>
- Dadomo, H., Grecucci, A., Giardini, I., Ugolini, E., Carmelita, A., & Panzeri, M. (2016). Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. *Frontiers in Psychology*, 7(DEC). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01987>
- Dye, H. L. (2020). Is Emotional Abuse As Harmful as Physical and/or Sexual Abuse? *Journal of Child and Adolescent Trauma*, 13(4). <https://doi.org/10.1007/s40653-019-00292-y>

- Faustino, B. (2022). Maladaptive and Adaptive Cognitions About the Self and Others: Confirmatory Factor Analysis of the Brief Core Schemas Scales. *Psychological Reports*, 126(3), 1445–1460. <https://doi.org/10.1177/00332941211063602>
- Faustino, B., Pilkington, P., & Pascoal, P. M. (2023). Dialectical Core Schemas Mediate the Relationships Between Dissociative Experiences and Symptomatology in a Community Sample. *Psychological Reports*. <https://doi.org/10.1177/00332941231175065>
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2023). Emotional schemas mediate the relationship between emotion regulation and symptomatology. *Current Psychology*, 42(4), 2733–2739. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01560-7>
- Faustino, B., et al., (2024). Questionário de Trauma Complexo (ComplexTQ) (Manuscrito no prelo)
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2007). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse and Neglect*, 31(1), 7–26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>
- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2020). *Defining and Understanding Complex Trauma and Complex Traumatic Stress Disorders*. www.guilford.com/p/ford2
- Fowler, D., Freeman, D., Smith, B., Kuipers, E., Bebbington, P., Bashforth, H., Coker, S., Hodgekins, J., Gracie, A., Dunn, G., & Garety, P. (2006). The Brief Core Schema Scales (BCSS): Psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples. *Psychological Medicine*, 36(6), 749–759. <https://doi.org/10.1017/S0033291706007355>
- Gjerstad, S. F., Nordin, L., Poulsen, S., Spadaro, E. F. A., & Palic, S. (2024). How is trauma-focused therapy experienced by adults with PTSD? A systematic review of qualitative studies. *BMC Psychology*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01588-x>
- Glas, C. A. W. (2010). Missing Data. *Elsevier*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-044894-7.01346-4>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. In *Psychophysiology* (Vol. 39, Issue 3, pp. 281–291). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>

- Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hayes, A. F., & Coutts, J. J. (2020). Use Omega Rather than Cronbach's Alpha for Estimating Reliability. But.... *Communication Methods and Measures*, 14(1), 1–24. <https://doi.org/10.1080/19312458.2020.1718629>
- Hsieh, M., & Stright, A. D. (2012). Adolescents' Emotion Regulation Strategies, Self-Concept, and Internalizing Problems. *Journal of Early Adolescence*, 32(6), 876–901. <https://doi.org/10.1177/0272431611433848>
- Huh, H. J., Kim, K. H., Lee, H. K., & Chae, J. H. (2017). The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of Affective Disorders*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.009>
- Karatzias, T., Jowett, S., Begley, A., & Deas, S. (2016). Early maladaptive schemas in adult survivors of interpersonal trauma: Foundations for a cognitive theory of psychopathology. *European Journal of Psychotraumatology*, 7. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.30713>
- Keeshin, B. R., Bryant, B. J., & Gargaro, E. R. (2021). Emotional Dysregulation: A Trauma-Informed Approach. In *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 30, Issue 2, pp. 375–387). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2020.10.007>
- Kelley, N. J., Glazer, J. E., Pornpattananangkul, N., & Nusslock, R. (2019). Reappraisal and suppression emotion-regulation tendencies differentially predict reward-responsivity and psychological well-being. *Biological Psychology*, 140, 35–47. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.11.005>
- Lewis, S. J., Koenen, K. C., Ambler, A., Arseneault, L., Caspi, A., Fisher, H. L., Moffitt, T. E., & Danese, A. (2021). Unravelling the contribution of complex trauma to

- psychopathology and cognitive deficits: A cohort study. *British Journal of Psychiatry*, 219(2), 448–455. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.57>
- Luxenberg, T., Spinazzola, J., Van Der Kolk, B. A., Hidalgo, J., & Hunt, C. (2000). *Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part Two: Treatment Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part Two: Treatment*. <https://www.researchgate.net/publication/242350542>
- Maercker, A., Cloitre, M., Bachem, R., Schlumpf, Y. R., Khoury, B., Hitchcock, C., & Bohus, M. (2022). Seminar Complex post-traumatic stress disorder. In *www.thelancet.com* (Vol. 400). www.thelancet.com
- Marôco, J. (2014). *Análise Estatística com o SPSS Statistic* (6th ed.).
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion Regulation. *American Psychological Association Emotion*. <https://doi.org/10.1037/emo0000703.supp>
- Montgomery, D. C., & Peck, E. A. (1982). *Introduction to Linear Regression Analysis*. John Wiley and Sons, Inc.
- Moreira, H., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2020). A bifactor analysis of the Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form (DERS-SF) in a sample of adolescents and adults. *Current Psychology*, 41(2), 757–782. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00602-5>
- Nuttall, A. K., Speidel, R., & Valentino, K. (2019). Expanding and Extending the Role Reversal Construct in Early Childhood. *Journal of Child and Family Studies*, 28(11). <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01490-w>
- Pfluger, V., Rohner, S. L., Eising, C. M., Maercker, A., & Thoma, M. V. (2022). Internalizing Mental Health Disorders and Emotion Regulation: A Comparative and Mediational Study of Older Adults With and Without a History of Complex Trauma Exposure. *Frontiers in Psychology*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.820345>
- Pilkington, P. D., Karantzas, G. C., Faustino, B., & Pizarro-Campagna, E. (2023). Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A

- systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1. <https://doi.org/10.1002/cpp.2914>
- Ribeiro, J. L. P. (2001). *INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL C6*.
- Rizeq, J., & McCann, D. (2019). Trauma and affective forecasting: The mediating effect of emotion dysregulation on predictions of negative affect. *Personality and Individual Differences*, 147, 172–176. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.04.036>
- Saunders, B. E., & Adams, Z. W. (2014). Epidemiology of Traumatic Experiences in Childhood. In *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 23, Issue 2, pp. 167–184). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.12.003>
- Stefanovic, M., Ehring, T., Wittekind, C. E., Kleim, B., Rohde, J., Krüger-Gottschalk, A., Knaevelsrud, C., Rau, H., Schäfer, I., Schellong, J., Dyer, A., & Takano, K. (2022). Comparing PTSD symptom networks in type I vs. type II trauma survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/20008066.2022.2114260>
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2013). Childhood Maltreatment and Psychopathology: A Case for Ecophenotypic Variants as Clinically and Neurobiologically Distinct Subtypes. *Am J Psychiatry*, 170, 1114–1133. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.12070957>
- Van der Kolk, B. A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. In *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* (Vol. 12, Issue 2, pp. 293–317). W.B. Saunders. [https://doi.org/10.1016/S1056-4993\(03\)00003-8](https://doi.org/10.1016/S1056-4993(03)00003-8)
- Vasilopoulou, E., Karatzias, T., Hyland, P., Wallace, H., & Guzman, A. (2020). The Mediating Role of Early Maladaptive Schemas in the Relationship between Childhood Traumatic Events and Complex Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Older Adults (>64 Years). *Journal of Loss and Trauma*, 25(2), 141–158. <https://doi.org/10.1080/15325024.2019.1661598>
- Vaz, F. J. da S. M., & Martins, C. (2009). *Universidade do Minho Diferenciação e Regulação Emocional na Idade Adulta: Tradução e Validação de Dois Instrumentos de Avaliação para a População Portuguesa*.

- Vergano, C. M., Lauriola, M., & Speranza, A. M. (2015). The Complex Trauma Questionnaire (ComplexTQ): Development and preliminary psychometric properties of an instrument for measuring early relational trauma. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01323>
- Xu, B., Wei, S., Yin, X., Jin, X., Yan, S., & Jia, L. (2023). The relationship between childhood emotional neglect experience and depressive symptoms and prefrontal resting functional connections in college students: The mediating role of reappraisal strategy. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2023.927389>
- Young, J. E., Klosko, J. S. , & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A practitioner's guide*. The Guilford Press.

Anexos

Anexo 1 Consentimento Informado utilizado no protocolo

Consentimento Informado

No âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, a decorrer na Universidade Lusófona- Centro Universitário de Lisboa, será elaborado um estudo para melhor entender de que forma certas experiências vivenciadas ao longo da vida podem impactar o nosso desenvolvimento e o modo como interagimos com o outro.

O alargamento de conhecimentos nesta área, permitirá contribuir com novos conhecimentos na área da psicologia preenchendo lacunas de informação, abrindo novos caminhos para futuros projetos e permitindo propor formas de intervenção adequadas às necessidades das pessoas.

Para que a realização deste estudo seja possível, é necessária uma recolha de dados através de questionários com uma duração de cerca de 30 minutos.

Para participar nesta investigação basta responder a um conjunto de questionários.

A estrutura do presente estudo é a seguinte:

1. Inicialmente serão pedidos alguns dados sociodemográficos.
2. Em seguida fará alguns questionários

Deverá completar todos os questionários em cada momento e validar as suas respostas no programa para as mesmas ficarem gravadas. É importante ler todas as questões com muita atenção e que responda, o mais autenticamente possível, a todas elas, tendo em conta que não existem respostas certas ou erradas. Verifique se respondeu a todas as respostas e carregue na seta em baixo, até surgir o menu de finalização. Vai encontrar questões com números aleatórios, contudo, isto não um erro, pois faz parte da codificação das questões. Para participar, deverá ter no mínimo 18 anos, o 9º ano de escolaridade ou equivalente e o domínio da língua portuguesa.

A sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, ou recusar responder a questões com as quais não se sinta confortável, sem qualquer tipo de consequência. Durante este processo, é garantida a confidencialidade e o anonimato, sendo que as informações recolhidas são tratadas somente pelos estudantes investigadores integrantes do projeto e pelo coordenador, sendo que os dados serão utilizados exclusivamente para fins de investigação.

Não existe qualquer risco significativo associado à participação neste estudo. Importa, no entanto, salientar a possibilidade de ativação emocional, face a algumas questões podendo eventualmente criar desconforto e/ou mal-estar. Caso sinta algum desconforto emocional e/ou sentimentos

desagradáveis decorrentes das questões colocadas, poderá contactar a linha de apoio psicológico do SNS 24 (808 24 24 24), caso sinta necessidade.

Poderá solicitar esclarecimentos adicionais sobre este estudo, e informações pós-estudo, junto do Professor Doutor Bruno Faustino, através do e-mail brunofaustino.investigacao@gmail.com.

Agradecemos a sua disponibilidade para colaborar e participar neste estudo!

Com os melhores cumprimentos,

David Casanovas (davidsilvacasanovas@gmail.com);

Joana Pimenta (joanamvgpimenta@gmail.com);

Após a leitura das explicações acima referidas, declaro ter compreendido os objetivos do estudo e aceito participar, dando o consentimento que os meus dados pessoais sejam utilizados com as finalidades propostas.

Muito obrigado pela atenção e colaboração!

Anexo 2 Questionário de Trauma Complexo (ComplexTQ)

The Complex Trauma Questionnaire – Self Report (ComplexTQ)

Questionário de Trauma Complexo – Versão PT por Bruno Faustino e colaboradores (2024)

As pessoas podem experienciar várias formas de trauma ao longo da vida, que podem dizer respeito à relação com o/a cuidador/a. Gostaríamos de obter quatro tipos de informação: 1) se experienciou os eventos descritos em baixo, 2) com que frequência é que essas experiências ocorreram, 3) que pessoa esteve envolvida, 4) como é que essas experiências o/a afetaram. Por favor, preencha o questionário com base nas suas experiências iniciais desde a infância até aos 14 anos de idade, da seguinte forma:

- 1) primeira coluna "**experiência**": marcar com um "X" em SIM ou NÃO se teve esta experiência adversa;
- 2) segunda coluna "**frequência**": atribua uma pontuação com um "X" à frequência da experiência: **frequência: 1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente**
- 3) terceira coluna "**figura envolvida**": marcar com um "X" em PAI, MÃE e/ou OUTRA FIGURA na pessoa envolvida na experiência (não marcar se a experiência não ocorreu);
- 4) quarta coluna "**impacto**": atribua uma pontuação com um "X" no impacto que a experiência teve para si (não atribua se a experiência não ocorreu): **impacto que teve para si: 1 = nenhum; 2 = pouco; 3 = algum; 4 = bastante; 5 = muito**

	Experiência		Frequência				Figura Envolvida			Impacto				
	não	sim	1	2	3	4	pai	mãe	outra figura	1	2	3	4	5
1. O/A cuidador/a não estava preocupado/a com as minhas necessidades físicas básicas (por exemplo, não fornecer comida, roupas ou tratamento médico)														
2. O/A cuidador/a não se importava se eu recebia uma educação adequada (por exemplo, sem supervisão da frequência escolar, sem ajuda com os trabalhos de casa)														
3. O/A cuidador/a não demonstrou expressões físicas/verbais de afeto para comigo (por exemplo, ausência de afagos, abraços e beijos, ou manifestações de amor)														
4. O/A cuidador/a não estava preocupado/a com a minha socialização (por exemplo, não verificar o ambiente das minhas amizades e atividades de lazer)														
5. O/A cuidador/a não estava contente por passar tempo comigo ou por me ter por perto														
6. O/A cuidador/a não me apoiou nas minhas atividades e não se orgulhava de mim														
7. O/A cuidador/a não estava preocupado/a com os meus problemas (por exemplo, indisponibilidade ou falta de apoio quando eu estava perturbado/a)														

Anexo 3 Escala Breve de Esquemas Centrais (EBEC)

Escala Breve de Esquemas Centrais

David Fowler, Daniel Freeman, Ben Smith, Elizabeth Kuipers, Paul Bebbington, Hannah Bashforth, Sian Coker, Joanne Hodgekins, Alison Gracie, Graham Dunn & Philippa Garety (2006)

Tradução e Adaptação Portuguesa de Bruno Faustino (2022)

Este questionário lista um conjunto de crenças que as pessoas podem ter sobre si mesmas ou sobre as outras pessoas. Por favor, leia cada frase cuidadosamente e refira em que medida é que acredita na respetiva frase. Pense na forma habitual como se vê a si próprio e os outros. É a sua perspetiva e por isso não há certo nem errado. Tente não perder muito tempo em cada frase. Para responder utilize a seguinte escala e circule o número que corresponde à sua resposta.

1 (não acredito) - 2 (acredito moderadamente) - 3 (acredito muito) - 4 (acredito totalmente)

	COMO EU ME VEJO	(não acredito)	(acredito moderadamente)	(acredito muito)	(acredito totalmente)
1	Eu não sou amável	1	2	3	4
2	Eu não tenho valor	1	2	3	4
3	Eu sou fraco(a)	1	2	3	4
4	Eu sou vulnerável	1	2	3	4
5	Eu sou um defeitoso(a)	1	2	3	4
6	Eu sou um falhado(a)	1	2	3	4
7	Eu sou respeitado(a)	1	2	3	4
8	Eu sou valorizado(a)	1	2	3	4
9	Eu sou talentoso(a)	1	2	3	4
10	Eu sou uma pessoa de sucesso	1	2	3	4
11	Eu sou uma boa pessoa	1	2	3	4
12	Eu sou interessante	1	2	3	4
	COMO EU VEJO OS OUTROS	(não acredito)	(acredito moderadamente)	(acredito muito)	(acredito totalmente)
13	As outras pessoas são hostis	1	2	3	4
14	As outras pessoas são frias e rejeitantes	1	2	3	4
15	As outras pessoas são insensíveis/intolerantes	1	2	3	4
16	As outras pessoas são cruéis	1	2	3	4
17	As outras pessoas são mentirosas e manipuladoras	1	2	3	4
18	As outras pessoas são desagradáveis	1	2	3	4
19	As outras pessoas são justas	1	2	3	4
20	As outras pessoas são bondosas	1	2	3	4
21	As outras pessoas são confiáveis	1	2	3	4
22	As outras pessoas são aceitantes	1	2	3	4
23	As outras pessoas são apoiantes	1	2	3	4
24	As outras pessoas são verdadeiras	1	2	3	4

Anexo 4 Questionário de Regulação Emocional (QRE)

Questionário de Regulação Emocional J. Gross & O. John (2003)

Adaptado para a População Portuguesa por Filipa Machado Vaz & Carla Martins (2008)

Instruções:

Gostaríamos de lhe colocar algumas questões acerca da sua vida emocional, em particular como controla (isto é, como regula e gere) as suas emoções. As seguintes abaixo envolvem duas componentes distintas da sua vida emocional. Uma é a sua experiência emocional, isto é, a forma como se sente. A outra componente é a expressão emocional, ou seja, a forma como demonstra as suas emoções na forma como fala, faz determinados gestos ou actua. Apesar de algumas afirmações poderem parecer semelhantes, diferem em importantes aspectos. Para cada item, por favor responda utilizando a seguinte escala:

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Discordo Não concordo Concordo
Totalmente nem discordo Totalmente

1. ___ Quando quero sentir mais emoções positivas (como alegria ou contentamento), *mudo o que estou a pensar.*
2. ___ Guardo as minhas emoções para mim próprio.
3. ___ Quando quero sentir menos emoções negativas (como tristeza ou raiva) *mudo o que estou a pensar.*
4. ___ Quando estou a sentir emoções positivas, tenho cuidado para não as expressar.
5. ___ Quando estou perante uma situação stressante, forço-me a pensar sobre essa mesma situação, de uma forma que me ajude a ficar calmo.
6. ___ Eu controlo as minhas emoções *não as expressando.*
7. ___ Quando quero sentir mais emoções positivas, eu *mudo a forma como estou a pensar* acerca da situação.
8. ___ Eu controlo as minhas emoções modificando a forma de pensar acerca da situação em que me encontro.
9. ___ Quando estou a experienciar *emoções negativas*, faço tudo para não as expressar.
10. ___ Quando quero sentir menos *emoções negativas*, *mudo a forma como estou a pensar* acerca da situação.

Anexo 5 Inventário de Saúde Mental (MHI-5)

INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL MHI-5 (Pais Ribeiro, 2001)

Abaixo vai encontrar um conjunto de questões acerca do modo como se sente no dia-a-dia. Responda a cada uma delas assinalando num dos quadrados por baixo a resposta que melhor se aplica a si.

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

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

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

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

19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

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

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

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

34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

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

Anexo 6 Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)

BSI

Nome: _____ Sexo: Masculino ____ Feminino ____
 Idade: _____ Estado civil: Cas. ____ Sep. ____ Div. ____ Solt. ____ Viú. ____
 Escolaridade: _____ Profissão: _____
 Data: ____ / ____ / ____

Instruções:

Em baixo, está uma lista de problemas que, às vezes, as pessoas apresentam. Por favor leia com atenção cada um e coloque um círculo à volta do número que melhor descreve EM QUE MEDIDA ESSE PROBLEMA O/A PERTURBOU OU ABORRECEU DURANTE OS PASSADOS 7 DIAS INCLUINDO HOJE. Coloque um círculo somente num número para cada problema e não salte nenhum item. Se mudar de ideia, apague com cuidado a sua primeira marca. Leia, por favor, o exemplo em baixo antes de começar, e se tiver algumas questões, faça o favor de as colocar.

Exemplo:

Em que medida ficou perturbado/a por:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Dores no corpo	0	1	2	3	4

Em que medida ficou perturbado/a por:	Nada	Um pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Nervosismo ou agitação interior	0	1	2	3	4
2. Sensações de tonturas ou desmaios	0	1	2	3	4
3. Ideia de que alguém pode controlar os seus pensamentos	0	1	2	3	4
4. Sentir que os outros são culpados da maior parte dos seus problemas	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em lembrar-se das coisas	0	1	2	3	4