

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÕES ENTRE DIFICULDADES DE  
PROCESSAMENTO EMOCIONAL, REGULAÇÃO  
EMOCIONAL, NECESSIDADES PSICOLÓGICAS,  
SINTOMATOLOGIA E BEM-ESTAR/DISTRESSE**

João Feliz Moita de Morais Barreira

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-  
Comportamental e Integrativa)**

2016

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**RELAÇÕES ENTRE DIFICULDADES DE  
PROCESSAMENTO EMOCIONAL, REGULAÇÃO  
EMOCIONAL, NECESSIDADES PSICOLÓGICAS,  
SINTOMATOLOGIA E BEM-ESTAR/DISTRESSE**

João Feliz Moita de Morais Barreira

Dissertação orientada pelo Professor Doutor António José dos Santos Branco Vasco

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e da Saúde / Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-  
Comportamental e Integrativa)**

2016

## **Agradecimentos**

Este trabalho representa para mim a conclusão de um período de cinco anos de intenso envolvimento no mestrado integrado em psicologia e que nesta dissertação simbolicamente se conclui. Gostaria de deixar o meu agradecimento sincero a um grupo de pessoas que se destaca pelas suas contribuições para este trabalho mas também para esta caminhada.

Antes de mais, à minha avó Etelvina, que sem saber tornou toda esta caminhada possível. À minha mulher, Regina, e à minha filha Sofia, pelo suporte, paciência e pelo que tantas vezes tiveram de abdicar da nossa relação para que tal empresa fosse possível.

No que respeita este trabalho, ao Professor António Branco Vasco pela oportunidade de aprendizagem de conteúdos, abordagens e práticas com as quais especialmente me identifico, neste contexto, na orientação do estágio curricular, através das unidades curriculares que lecionou e pelos momentos que tive oportunidade de com ele partilhar.

Aos meus colegas e companheiros nesta investigação, Teresa Castelo Branco, Rafaela Martins e Bruno Faustino e a todos aqueles que enriqueceram a minha vida ao longo destes 5 anos de faculdade.

A todos aqueles que se disponibilizaram a participar nesta investigação.

Um abraço sentido a todos vós!

## **The Guest House**

This being human is a guest house.  
Every morning a new arrival.

A joy, a depression, a meanness,  
some momentary awareness comes  
as an unexpected visitor.

Welcome and entertain them all!  
Even if they are a crowd of sorrows,  
who violently sweep your house  
empty of its furniture,  
still, treat each guest honorably.  
He may be clearing you out  
for some new delight.

The dark thought, the shame, the malice.  
meet them at the door laughing and invite them in.

Be grateful for whatever comes,  
because each has been sent  
as a guide from beyond.

*- Jellaludin Rumi,*

## Resumo

À luz do Modelo de Complementaridade Paradigmática, as necessidades psicológicas são reguladas pelo sistema emocional, influenciando os processos de percepção, memória e cognição nos contextos intrapsíquico e interpessoal. Neste pressuposto, este estudo explora relações entre dois construtos relativos ao funcionamento emocional – dificuldades de regulação e processamento emocional -, a regulação das necessidades e consequentes implicações no bem-estar, *distress* e sintomatologia. Importa ao estudo contribuir para a compreensão das relações entre as variáveis e ainda informar implicações para a conceptualização e práticas psicoterapêuticas. Para tal, foram recolhidas duas amostras: (1) clínica – em departamentos de saúde mental; (2) não clínica - online. Desta forma, aborda-se o contraste entre as duas realidades. Os resultados apoiam o pressuposto do impacto do funcionamento emocional na regulação das necessidades e destes no bem-estar e *distress* psicológicos e a sintomatologia. No que respeita os impactos diferenciais ao nível das amostras, os resultado apontam para a regulação emocional como fator diferenciador das mesmas e a capacidade explicativa das dimensões emocionais e as necessidades psicológicas, em interação, da sintomatologia.

**Palavras-chave:** dificuldades de processamento emocional, dificuldades de regulação emocional, regulação das necessidades psicológicas, bem-estar psicológico, *distress* psicológico, sintomatologia, Modelo de Complementaridade Paradigmática.

## **Abstract**

In the light of the Complementarity Paradigmatic Model, psychological needs are regulated by the emotional system, influencing the perception processes, memory and cognition in intrapsychic and interpersonal contexts. With this assumption, this study explores relationships between two constructs related to emotional functioning - difficulties in regulation and emotional processing - the regulation of needs and consequent implications for well-being, distress and symptomatology. The study is concerned in contributing to the understanding of the relationships between variables and to inform implications for conceptualization and psychotherapy practices. To this end, two samples were taken: (1) clinical - in mental health departments; (2) non-clinical - online. Thus, it discusses the contrast between the two realities. The results support the assumption of the impact of emotional functioning in the regulation of these needs and the well-being, as well as psychological distress and symptomatology. In what regards the differential impacts on the samples, the results point to the emotional regulation as a differentiating factor of the same and the explanatory power of the emotional dimensions as well as the psychological needs, in interaction, of symptomatology.

**Keywords:** emotional processing difficulties, difficulties in emotional regulation, regulation of psychological needs, psychological well-being, psychological distress, symptoms, Complementarity Paradigmatic Model.

## Introdução

Este estudo insere-se na persecução da avaliação do Modelo integrativo de Complementaridade Paradigmática, particularmente no tocante ao seu construto de Regulação das Necessidades Psicológicas (RNP; Conceição & Vasco, 2005; Vasco, 2009a, 2009b), a par de construtos relativos ao funcionamento emocional, comumente utilizados na conceptualização e intervenção terapêuticas, e suas implicações para a conceptualização e prática terapêuticas.

Especificamente, exploram-se aqui as relações entre dimensões do funcionamento emocional não-adaptativo - Dificuldades de Processamento Emocional (DPE; Elliot, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Greenberg, Rice, & Elliott, 1996) e Dificuldades de Regulação Emocional (DRE; Gratz & Roemer, 2004) - a Regulação das Necessidades Psicológicas, o bem-estar e *distress* psicológicos (Veit e Ware 1983) e a Sintomatologia. Desta forma, exploramos as vivências de perturbação/adaptação dos indivíduos ao nível do seu funcionamento emocional e da regulação das necessidades psicológicas e suas implicações na saúde mental e na conceptualização e intervenção terapêuticas.

Tem este estudo, como fator de distinção principal a integração das Dificuldades de Processamento Emocional por via de uma escala desenvolvida no pré-estudo do mesmo e que, tanto quanto sabemos, é pioneira como forma de avaliação dos mesmos. Desta forma, pretendemos desenvolver a investigação sobre este construto e aferir a sua validade ao contrastá-la com as outras variáveis do estudo.

Do racional da inclusão das variáveis relativas ao sistema emocional e seu funcionamento e as necessidades psicológicas, valoriza-se a investigação da relação sobre a mesma, suportada pela conceptualização da emoção como promotora da regulação das necessidades, por via do seu papel sinalizador do grau dessa mesma

regulação (Vasco, 2009a). Desta forma, promovendo ações adaptativas resultantes na experiência de bem-estar psicológico (Vasco, 2009b) ou, por via não adaptativa, na sintomatologia e *distress* dos indivíduos.

Importa referir, ser esta é uma de quatro dissertações que diferem entre si pelas dimensões do funcionamento não adaptativo (i.e. esquemas cognitivos, regulação emocional, estilos defensivos) e oriundas de diferentes escolas terapêuticas (e.g. cognitiva, fenomenológica/experiencial, dinâmica), em consonância com a perspetiva integrativa do modelo de complementaridade paradigmática.

Ainda, neste estudo, procedeu-se à recolha de duas amostras: (1) *online* (população geral, de conveniência); (2) clínica (com diagnóstico clínico e maioritariamente em processo psicoterapêutico). Explora-se, desta forma, a caracterização e contraste dos grupos, optando pela utilização do grupo clínico, sujeito a um diagnóstico compreensivo, por contraste com a análise mais comum entre populações “perturbadas”/”não-perturbadas” por via exclusiva do resultado de escalas e questionários de avaliação sintomatológica.

## **Emoção**

A emoção é amplamente entendida como fundamental para a sobrevivência, tendo no ser humano a dupla função de sobrevivência física e psicológica.

Entendida como universal, a sua contribuição insere-se num sistema complexo e dinâmico, envolvendo componentes de cognição e memória, fisiológicos e expressivo-motores.

Definida como intensa e episódica, por oposição ao sentimento, a emoção tem a sua origem evolutiva na necessidade de resposta rápida e eficiente a desafios importantes à sobrevivência, sinalizando e orientando a ação em contexto, e promovendo a aprendizagem e construção de novas associações e significados.



Sinalizadora da relação construtiva com as suas necessidades, valores e objetivos, a qualidade do funcionamento do sistema emocional relaciona-se então com a sua integridade adaptativa e o bem-estar (Greenberg, 2010). Denota-se, o seu papel eminentemente motivacional na resposta a estímulos, mediados pelos significados a eles atribuídos.

Desta forma, contribuem para a construção e organização do self e da relação deste com o próprio, o outro e o mundo, participando na atribuição de significado e sentido de ser. Permitindo, por via da construção de esquemas emocionalmente tingidos, a adaptação dinâmica do indivíduo (Conceição, 2005). Por um lado, através da intensidade da experiência emocional eliciada pela situação, permitem-lhe responder de forma eficaz, por outro, dando lugar à formulação de novos significados e consequente resposta a situações futuras, participando na construção da memória e na aprendizagem de respostas automáticas com valor adaptativo.

Ainda, o sistema emocional tem um papel central na regulação do afeto, sinalizando e motivando-nos para agir na direção de estados adaptativos e geradores de bem-estar (Vasco, 2013). Regulação essa mediada por estratégias, mais ou menos conscientes, com o objetivo de modular a experiência das emoção e consequente comportamento, cognição e resposta fisiológica (Gross, 2001).

Entendidas como participantes de esquemas complexos, resultantes de experiências particulares e interpretações idiossincráticas, importa distinguir, pelos seus efeitos e impactos, diferentes tipos emoções: primárias; secundárias; instrumentais. E ainda: adaptativas; não-adaptativas (Greenberg, 2008, Vasco, 2009a).

Desta forma, as emoções primárias dizem respeito às respostas imediatas ou mais “puras” ao contexto (Greenberg, 2002), podendo ser adaptativas, como a tristeza face à perda, ou não adaptativas e aprendidas, como o medo face ao sucesso. As

secundárias dizem respeito a emoções que se sobrepõem e escondem as primárias, como quando a zanga face a uma perda cobre a tristeza. Já as instrumentais são puramente focadas no alcançar de um objetivo por via da sua influência sobre outro(s).

### **Dificuldades de Processamento Emocional (DPE)**

O constructo de DPE faz parte da teoria e intervenção da Terapia Focada nas Emoções (TFE; Elliot, Watson, Goldman & Greenberg, 2004; Greenberg, Rice & Elliott, 1996). Sustentada no estudo empírico dos processos de mudança em psicoterapia e nas teorias psicológicas do funcionamento, a terapia focada nas emoções postula a centralidade das emoções na construção de significado e no comportamento (Greenberg, 2010).

Na componente de intervenção, a TFE promove a mudança emocional apoiada, entre outras, em tarefas terapêuticas facilitadores da resolução de problemas do processamento afetivo específicos – DPE - destinados a promover a mudança adaptativa no cliente ao nível das construções do Self e das estruturas cognitivo-afetivas subjacentes.

Para tal, identifica 6 tipos principais de problemas afetivos ou DPE (i.e. reação problemática, ausência de significado, assunto inacabado, self crítico, self interruptivo, vulnerabilidade) às faz corresponder intervenções específicas e sendo as primeiras avaliadas momento-a-momento por via da expressão do processamento afetivo-cognitivo do cliente.

Por processamento afetivo-cognitivo entende-se o processo de gerar e atender a informação de tonalidade emocional sustentada por estruturas designadas de “esquemas emocionais” (Greenberg, 1996), postulando-se a sua construção em torno de um núcleo emocional e enfatizando-se a sua função produtiva ao nível da ação.

Outro aspecto da TFE, que nos interessa particularmente, é a relação entre emoção e necessidade psicológica. Segundo Greenberg (2015), cada emoção primária tem forçosamente uma necessidade associada. Desta forma, correspondendo a perturbação, ou DPE (esquema não-adaptativo), a uma construção, ou esquema emocional, que tem no seu âmago uma necessidade não realizada. Tomando a formulação de caso como central a identificação da necessidade não realizada e a emoção causadora de sofrimento que a acompanha.

### **Regulação emocional**

Quantas vezes o surgimento de emoções intensas dá lugar à necessidade e execução de regulação da sua intensidade e expressão de forma a mantermos relações e a persecução de objetivos? Por tal, a regulação emocional manifesta-se como uma característica e condição do funcionamento humano, sendo um pré-requisito para o funcionamento adaptativo.

Por regulação emocional entenda-se, as tentativas feitas pelos indivíduos para influenciar que emoções têm, quando e como estas são experimentadas e expressas, sendo estes esforços mais ou menos automáticos, conscientes ou inconscientes. A utilização das competências de regulação é contextual pelo que a sua utilização adaptativa requer uma utilização flexível das mesmas (Gross, Richards & Jonh, 2006).

Como parte da sua utilização adaptativa, Gratz e Roemer (2004) propõem um modelo integrativo, envolvendo: (1) a modulação da ativação emocional; (2) a consciência, compreensão e aceitação das emoções; (3) a capacidade para agir de acordo com o desejado independentemente do estado emocional. Nestes pressupostos, a sua conceptualização de competências de regulação emocional tem por objetivo expressar as dimensões anteriores.

Ainda, esta é uma das formas, mas não a única (e.g. mecanismos de *coping*), da regulação do afeto, sendo que a regulação emocional diz respeito exclusivo às emoções, em qualquer dos contextos da sua expressão, enquanto que o *coping* inclui ações não emocionais para atingir objetivos não emocionais (Rottenberg & Gross, 2007).

Gross e colegas (Gross, 1998, 1999, 2001; John & Gross, 2004) propõem um modelo processual da regulação emocional que diferencia dois tipos de estratégias: (1) focadas nos antecedentes [reavaliação cognitiva]; (2) focadas na resposta [supressão expressiva]. Referindo-se a primeira, a coisas que fazemos antes que as tendências de resposta emocional estejam totalmente ativadas, dando lugar a alterações do nosso comportamento e resposta fisiológica periférica. A segunda, por sua vez, diz respeito ao que fazemos uma vez que as emoções estão presentes e já depois de as tendências de resposta se terem expresso. De notar, a noção de estratégia não implica neste modelo a sua utilização exclusivamente consciente, sendo muitas das vezes executadas de forma automática, sem a intervenção significativa de deliberação ou atenção conscientes.

### **Modelo de Complementaridade Psicológica (MCP) - Regulação das Necessidades Psicológicas (RNP)**

Todos temos necessidades! Antes de tudo, necessidade de sobrevivência, preservação e reprodução. Para além destas, teremos de acrescentar ao ser humano o conceito de Necessidades Psicológicas, representando um fator central do profer, riqueza e singularidade do seu comportamento, adaptação e conseqüente saúde mental.

O MCP emerge do conhecimento assente em modelos de necessidades anteriores e inspira-se parcialmente no conceito de polaridade da experiência (Blatt, 1983) para a conceptualização das mesmas como constituídas por polaridades dialéticas.

Assim, integra o MCP os seguintes pares de necessidades: prazer (ser capaz de experienciar e disfrutar de prazeres físicos e psicológicos) – dor (ser capaz de vivenciar

dores inevitáveis e de lhes atribuir um significado); proximidade (ser capaz de estabelecer e manter relações de proximidade com os outros) – diferenciação (ser capaz de se diferenciar dos outros e de se autodeterminar); produtividade (ser capaz de concretizar desafios sentidos como valiosos) – lazer (ser capaz de se relaxar e sentir-se confortável com isso); controlo (ser capaz de exercer influência sobre o meio) – cooperação (ser capaz de delegar, de abrir mão); exploração/atualização (ser capaz de explorar o meio e de se abrir à novidade) – tranquilidade (ser capaz de apreciar o que se tem e o que é, aqui e agora); coerência do Self (congruência entre o Self real e o Self ideal; congruência entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos do próprio) – incoerência do Self (ser capaz de tolerar o conflito e incongruências ocasionais); e autoestima (ser capaz de estar satisfeito consigo próprio e de gostar de si) – autocrítica (ser capaz de identificar, aceitar e aprender com insatisfações pessoais).

Tomando-as como essenciais e universais e constituindo os nutrientes sem os quais não há lugar para a expressão da vida psicológica (Conceição, 2005). E, definindo-as como um “estado de desequilíbrio orgânico provocado por carência ou excesso de determinados nutrientes psicológicos, sinalizado emocionalmente, e tendente a promover ações, internas e/ou externas tendentes ao restabelecimento do equilíbrio” (Vasco, 2012).

As necessidades serão então reguladas pelas emoções, através dos processos de percepção, memória e cognição, nos contextos intrapsíquico e interpessoal (Conceição, 2005). Neste sentido, considera-se que o indivíduo face a um estímulo, externo ou interno, ative esquemas emocionais que lhe permitem identificar e diferenciar emoções e, deste modo, ser capaz de regular as necessidades psicológicas emergentes. Por sua vez, a desregulação do sistema emocional afetará negativamente a regulação da

satisfação das necessidades e o bem-estar, potenciando o *distress* e a sintomatologia psicopatológicas.

### **Emoção, necessidades e saúde mental**

A saúde mental pode ser concebida como um estado em que os indivíduos estão livres de psicopatologia e em florescimento, com níveis elevados de bem-estar emocional, psicológico e social (Keyes, 2005). No outro extremo, a perturbação é representada por um conjunto de sintomas não adaptativos com impacto negativo no funcionamento do indivíduo para consigo e na relação com os outros e o mundo que o rodeia. De facto, a realidade abordada por estes conceitos é vivida num contínuo balizado pelos mesmos. Desta forma, o indivíduo saudável vive num equilíbrio dinâmico, tão produtivo quanto possível, em pontos cambiantes desta “escala dimensional” do funcionamento, mediados pelo contexto.

Nesta equação, o MCP considera, sustentado pela investigação dos modelos de necessidades, a regulação das mesmas na origem de um funcionamento adaptativo, resultante no bem-estar subjetivo e saúde mental, ou, pela negativa, na sintomatologia e *distress* psicológicos.

As emoções, por sua vez, têm um papel adaptativo de avaliação e resposta aos desafios internos e/ou externos com que o indivíduo se confronta na sua vida diária. O funcionamento desadequado deste sistema, por via das suas representações nos esquemas de significado internos, conscientes ou inconscientes, resulta no funcionamento não adaptativo e perturbador, reduzindo o bem-estar e saúde mental como um todo.

Ainda, tal como visto pelo MCP, o sistema emocional é o sinalizador por excelência do grau de regulação das necessidades. Sendo que os esquemas cognitivos-emocionais não adaptativos dão lugar à perturbação dessa mesma regulação, resultando

na aproximação e rigidificação do extremo perturbado da linha dimensional saúde-mental/perturbação, tendo a regulação emocional um papel de mediador entre o funcionamento afetivo e a regulação das necessidades.

### **Hipóteses**

*Grosso modo*, as variáveis que aqui utilizamos podem então ser separadas em dois grupos distintos: (1) perturbação/desadaptação (i.e. dificuldades de processamento emocional, dificuldades de regulação emocional, sintomatologia, *distress* psicológico); (2) saúde mental/adaptação (i.e. regulação das necessidades psicológicas, bem-estar). Desta forma, esperamos, no que concerne todas as hipóteses subsequentes, que as relações entre elas sejam diretas ou inversas na medida em que se cruzam variáveis do mesmo grupo ou entre grupos, respetivamente. Exceção para a variável *distress*, para a qual, tal como medida pelo ISM, maiores valores da escala de *distress* correspondem, contra intuitivamente, a maior saúde mental e logo, menor *distress*.

Desta forma, tomamos como referência de análise as seguintes hipóteses:

1. As dificuldades de regulação emocional e de processamento emocional estão fortemente associadas entre si e com a regulação de satisfação das necessidades psicológicas, o bem-estar e *distress* psicológicos e a sintomatologia, nas duas amostras;
2. As dificuldades de regulação emocional e de processamento emocional, isoladamente, predizem de forma significativa a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, nas duas amostras;
3. A regulação da satisfação das necessidades psicológicas prediz significativamente o bem-estar e *distress* psicológicos e a sintomatologia, nas duas amostras;

4. Em interação, as dificuldades de regulação e de processamento emocional predizem significativamente a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, para ambas as amostras;

5. Em interação, a regulação da satisfação das necessidades psicológicas, as dificuldades de regulação e de processamento emocional predizem significativamente o bem-estar e *distress* psicológicos e a sintomatologia, para ambas as amostras;

6. As dificuldades de regulação emocional e de processamento emocional e a regulação de satisfação das necessidades psicológicas contribuem significativamente para as diferenças entre as duas amostras.

### **Método**

O *design* do presente estudo é *grosso modo* de 2X4 e 3X3 (exceção aquando da análise de subescalas), sendo as variáveis independentes (VI) - dificuldades de processamento emocional (valor global e subescalas), valor global das dificuldades de regulação emocional e as variáveis dependentes (VD) – bem-estar psicológico, *distress* psicológico e valor global da sintomatologia. A variável regulação da satisfação das necessidades psicológicas é tratada como VD ou VI de acordo com as hipóteses. O tratamento é intra e inter-grupos.

### **Caracterização da Amostra**

A presente investigação teve a participação de 313 sujeitos, distribuídos por duas amostras: (1) amostra não-clínica; (2) amostra clínica. Sendo que, em ambos os casos os critérios de inclusão foram a idade, igual ou superior a 18 anos, e ter o português como língua materna.

#### **Amostra não-clínica**

Recolhida *online* através da plataforma *Qualtrics*, tendo sido obtida por critério de conveniência.



É constituída por 257 participantes, sendo 201 do sexo feminino (78,2%) e 56 do sexo masculino (21,8%), com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos ( $M = 31$   $DP = 12$ ), sendo que 43 participantes (16,7%) revelam estar a ter acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

Para informação mais detalhada acerca da constituição desta amostra consultar anexo A e B.

### **Amostra clínica**

Recolhida no Centro Hospitalar Lisboa Ocidental e na Clínica Psiquiátrica de São José, após aprovação da Comissão de Ética e Deontologia destas instituições e tendo como critério específico o acompanhamento psicológico presente dos participantes nos respetivos serviços de Psiquiatria de Adultos.

É constituída por 56 participantes, sendo 42 do sexo feminino (75%) e 14 do sexo masculino (25%), com idades compreendidas entre os 22 e os 77 anos ( $M = 46$   $DP = 14$ ). A amostra é heterogénea em termos do diagnóstico psiquiátrico principal, compreendendo Perturbações Depressivas, Episódios Depressivos, Perturbações Bipolar, Distimias, Perturbações de Ansiedade, Perturbações Obsessivo-Compulsivas, Perturbações Delirantes e Perturbações da Personalidade, sendo que 9 (19.5%) apresentam comorbilidade de perturbações do eixo I e II do DSM. Destes, 50 (89.3%) encontravam-se em acompanhamento psicoterapêutico, sendo que 11 (19,6%) estavam numa fase inicial do processo terapêutico, 18 (32.1%) numa fase intermédia e 21 (37.5%) numa fase final.

Para informação mais detalhada acerca da constituição desta amostra consultar anexo A e B.

### **Instrumentos**

#### **Escala de Dificuldades de Processamento Emocional (EDPE)**

Esta escala foi desenvolvida pelo autor e o orientador deste estudo, numa pré-fase do mesmo, tendo como objetivo a avaliação do construto de Dificuldades de Processamento Emocional (DPE), componente central da Terapia Focada nas Emoções (TFE; Greenberg e XXXX , ). Tendo como pretensão original a avaliação de 6 DPEs, consideradas como principais na TFE, abandonou-se uma delas, vulnerabilidade, dada a sua emergência dispersa na análise fatorial pelos outros fatores.

Constituída por 22 itens, dá então lugar à avaliação de 5 subescalas representativas das dificuldades a avaliar: Reação Problemática; Ausência de Significado; Clivagem do *Self I* (*clivagem crítica*); Clivagem do *Self II* (*clivagem interruptiva*); e Assunto Inacabado. É um questionário de autorrelato a ser respondido de acordo com uma escala tipo *Likert*, cujos extremos são 1 (nunca) e 5 (sempre). Em termos psicométricos, revela uma elevada consistência interna ao nível da escala total ( $\alpha=.902$ ) e das subescalas ( $\alpha\geq.723$ ).

No presente estudo e depois da fase de análise de correlações, entendeu-se retirar das análises a subescala Clivagem do *Self II* (*clivagem interruptiva*) por razões que explicamos nos resultados.

Para informações detalhadas acerca da EDPE e da sua consistência interna consultar anexo C.

### **Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)**

A escala original (Gratz & Roemer, 2004) - *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) - é uma escala de autorrelato e tem por objetivo avaliar dificuldades de regulação emocional em adultos. Neste estudo foi utilizada a versão traduzida e adaptada para a população portuguesa por Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha e Dias (2010).

Constituída por 36 itens, dá lugar à avaliação de 6 subescalas representativas das dificuldades a avaliar: não-aceitação da resposta emocional (*Não aceitação*),

dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos (*Objetivos*), dificuldades no controlo dos impulsos (*Impulsos*), falta de consciência das emoções (*Consciência*), acesso limitado a estratégias de regulação emocional (*Estratégias*) e falta de clareza emocional (*Clareza*). É um questionário de autorrelato a ser respondido de acordo com uma escala tipo *Likert*, cujos extremos são 1 (quase nunca) e 5 (quase sempre). Em termos psicométricos, revela uma elevada consistência interna ao nível da escala total ( $\alpha=.924$ ) e das subescalas ( $\alpha \geq .75$ ).

Para informações detalhadas acerca da DERS e da sua consistência interna consultar anexo D.

### **Escala de Regulação da Satisfação de Necessidades (ERSN – 43)**

Esta escala é o resultado de vários estudos psicométricos efetuados sobre uma escala composta por 134 itens (Conde, 2012), tendo sido reduzida a 53. Destes, 14 são itens de validade (Vargues-Conceição, 2013), tendo-se optado neste estudo pela sua exclusão. É um questionário de autorrelato a ser respondido de acordo com uma escala tipo *Likert*, cujos extremos são 1 (discordo completamente)” e 8 (Concordo Completamente).

Assim, é constituída por 43 itens, que dão lugar à avaliação de 14 subescalas respeitantes a cada uma das necessidades psicológicas postuladas pelo MCP e conceptualizadas como sete polaridades dialéticas. No presente estudo, dada riqueza dos dados a avaliar e a existência de um grande número de estudos respeitantes a este modelo de necessidades, optou-se por utilizar somente a escala global. Em termos psicométricos, esta revelou uma elevada consistência interna, tanto para a amostra não-clínica ( $\alpha=.948$ ) como para a amostra clínica ( $\alpha=.946$ ).

### **Inventário de Saúde Mental (ISM)**

O *Mental Health Inventory* (MHI; Veit & Ware, 1983) é um questionário de autorrelato com 38 itens, respondidos numa escala de *Likert*, tendo como objetivo avaliar o bem-estar e o *distress* psicológicos. A versão original tem uma elevada consistência interna (Escala Geral [ $\alpha=.96$ ], Bem-Estar [ $\alpha=.92$ ] e *Distress* [ $\alpha=.94$ ])

O MHI foi traduzido e validado para a população portuguesa - ISM; Inventário de Saúde Mental - por Ribeiro (2011), também demonstrando uma elevada consistência interna (Escala Geral [ $\alpha=.96$ ], Bem-Estar [ $\alpha=.91$ ] e *Distress* [ $\alpha=.95$ ]). No estudo atual a escala revelou, como esperado, uma elevada consistência interna: amostra clínica (Escala Geral [ $\alpha=.948$ ], Bem-Estar [ $\alpha=.939$ ] e *Distress* [ $\alpha=.927$ ]) e amostra não-clínica (Escala Geral [ $\alpha=.957$ ], Bem-Estar [ $\alpha=.928$ ] e *Distress* [ $\alpha=.930$ ]).

### **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)**

O *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis & Melisaratos, 1983) é um inventário de autorrelato composto por 53 itens, respondidos numa escala de *Likert*, tendo por objetivo avaliar os sintomas psicopatológicos e apresenta elevada consistência interna ( $\alpha=.90$ ).

O BSI foi traduzido e validado para a população portuguesa (Canavarro, 1999) tendo também uma elevada consistência interna para as nove escalas que constituem o inventário ( $.797 < \alpha < .621$ ). No estudo atual revelou também uma consistência interna elevada, para ambas as amostras: amostra clínica ( $\alpha=.973$ ) e amostra não-clínica ( $\alpha=.973$ ).

## **Resultados**

O estudo estatístico dos resultados foi realizado com o *software* de análise estatística *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 22.

O Quadro 1 apresenta a descrição das médias, desvio-padrão e amplitude para as seguintes variáveis: EDPE global, ERSN-43 global, bem-estar e *distress* psicológicos, BSI global e DERS global, para as duas amostras.

#### Quadro 1

*Média, desvio-padrão e amplitude da: EDPE global, ERSN-43 global, bem-estar e distress psicológicos, BSI global e DERS global, para as amostras clínica e não-clínica*

	Amostra não-clínica (N=257)			Amostra clínica (N=56)		
	Média	dp	min – máx	Média	dp	min – máx
EDPE	2,48	,58	1,00 – 4,45	3,06	,58	1,82 - 4,40
DERS	2,31	,67	1,06 – 4,75	2,81	,71	1,64 - 4,14
ERSN-43	5,88	,88	2,57 – 7,49	5,17	1,06	3,03 - 7,52
Bem-estar Psicológico	54,16	17,01	8,57 - 91,43	35,18	15,15	2,86 - 75,71
<i>Distress</i> Psicológico	65,82	16,69	11,02 - 96,61	50,61	17,44	18,64 - 93,22
BSI	,82	,66	,00 – 3,47	1,51	,85	,00 - 3,66

*Nota.* dp = desvio-padrão. Min-máx = mínimo-máximo

#### Correlações

De forma a avaliar a hipótese 1, procedeu-se à análise das correlações entre as variáveis.

As relações entre necessidades (ERSN-43 global) e dificuldades de processamento emocional (EDPE global) com o bem-estar e *distress* psicológicos (avaliadas pelo BSI), dificuldade de regulação emocional (DERS global) e sintomatologia (BSI global), e ainda, entre ERSN-43 global e EDPE global foram

avaliadas através do coeficiente de correlação simples de *Pearson*. O Quadro 2 apresenta as correlações respectivas, para cada uma das amostras.

Como esperado, no que concerne a direção das relações, direta ou inversa, os resultados são todos de acordo com o esperado: relações diretas entre medidas de desregulação ou perturbação e inversa entre desregulação ou perturbação versus saúde mental ou adaptação. Ao nível da intensidade das relações, utilizando os critérios de Cohen (1988, cit. por Pallant, 2007), verificamos que variam entre fortes e moderadas (entre  $r=.315$  e  $r=.758$ ), na quase totalidade dos casos, com exceção da relação fraca e não significativa entre EDPE global e o bem-estar na amostra clínica ( $r=.240$ ,  $p>.05$ ).

#### Quadro 2

*Correlações entre a ERSN-43 e EDPE com DERS e ERSN-43, BSI, Bem-Estar e Distress Psicológicos do ISM, para a amostra não-clínica (N=257) e clínica (N=56)*

	Não-Clínica (N=257)		Clínica (N=56)	
	ERSN-43	EDPE	ERSN-43	EDPE
ERSN-43	-	-.591**	-	-.314*
DERS	-.667**	.704**	-.482**	.583**
Bem-Estar	.726**	-.565**	.714**	-.240
<i>Distress</i>	.715**	-.626**	.572**	-.487*
BSI	-.712**	.758**	-.443**	.569**

*Nota.* Valores mais altos de *distress* correspondem a maior saúde mental (menor *distress*).

\*\* p-value < 0.01, \* p-value < 0.05.

Ainda, faça-se notar as correlações mais elevadas para a amostra não-clínica relativamente à clínica, em todos os casos, e das correlações mais intensas do ERSN-43, para todos os casos, quando comparadas com as mesmas da EDPE.

Analisaram-se também as relações das subescalas da EDPE com todas as escalas globais, bem-estar e *distress* psicológicos do estudo (v. anexos E e F). Verificaram-se relação de intensidade moderada ou forte e significativas na globalidade dos casos com as seguintes exceções a relevar: fraca intensidade e não significância de todas as relações da subescala clivagem do Self II (Self interruptivo), nas duas amostras. Ainda, na amostra clínica, as associações fracas e não significativas da subescala reação problemática com o ERSN e o bem-estar, e da subescala ausência de significado com o ERSN.

Optou-se por não incluir a subescala clivagem do Self II (clivagem interruptiva) nas análises subsequentes, individualmente e no cálculo da EDPE global, pelos seguintes motivos: distribuição não normal; reduzida dispersão das respostas; ausência de correlações significativas com todos os outros construtos; elevado número de comentários informais dos participantes manifestando incompreensão face ao conceito de interrupção, explícito nos itens. Ainda, relembramos o facto de o desenvolvimento do instrumento em questão estar ainda numa fase inicial, pelo que e dadas as razões expostas anteriormente, nos pareceu a manutenção da subescala como redutora da validade das conclusões face aos resultados estatísticos.

## **Regressão**

De forma a avaliar as restantes hipóteses, realizaram-se diferentes tipos de análise (i.e. regressão linear simples, regressão múltipla *stepwise*, teste-T, regressão logística e MANCOVA) com o intuito de compreender, respetivamente, o valor

preditivo das VI's sobre as VD's para cada uma das amostras, isoladamente, em interação e nas diferenças entre as amostras.

### **Lineares simples e Múltiplas *Stepwise***

No que concerne a hipótese 2, realizaram-se 3 regressões lineares simples. Desta forma avaliámos o valor preditivo das dificuldades de processamento e de regulação emocional nas necessidades, para as duas amostras.

Na amostra não-clínica, a EDPE prediz 39,2% da variância na ERSN-43 ( $R^2=.392$ ,  $F = 175.753$ ,  $p < .000$ ) e a DERS prediz 44,5% da variância na ERSN-43 ( $R^2=.445$ ,  $F = 204.532$ ,  $p < .000$ ). Já na amostra clínica, a EDPE prediz 16,3% da variância na ERSN-43 ( $R^2=.163$ ,  $F = 10.542$ ,  $p < .002$ ) e a DERS prediz 23,3% da variância na ERSN-43 ( $R^2=.233$ ,  $F = 16.370$ ,  $p < .000$ ).

Ainda, avaliou-se o valor preditivo das subescalas da EDPE, em interação, nas necessidades realizou-se uma regressão linear múltipla *stepwise*.

### Quadro 3

*Sumário do melhor modelo da análise de regressão linear múltipla stepwise da variância na ERSN-43 por parte das subescalas da EDPE, para a amostra não-clínica (N=257) e clínica (N=56)*

EDRS	Não-Clínica (N=257)			Clínica (N=56)		
	$\beta$	F	Sig.	$\beta$	F	Sig.
Clivagem do Self I	-.385	-5.915	.000	-.431	-3.510	.001
Assunto inacabado	-.202	-3.349	.001			
Reação problemática	-.166	-2.797	.006			

*Nota.*  $R^2=.407$ ,  $F = 57.993$ ,  $p < .001$



Na amostra não-clínica, o melhor modelo indica que 40,7% ( $R^2=.407$ ,  $F = 57.993$ ,  $p < .000$ ) da variância no ERSN é explicada por três das quatro EDPE's; clivagem do Self I (*Self* crítico), assunto inacabado, reação problemática - por esta ordem de importância (v. quadro 3).

Na amostra clínica, o melhor modelo indica que 18.6% ( $R^2=.186$ ,  $F = 12.319$ ,  $p < .001$ ) da variância no ERSN é explicada por uma subescala da EDPE: clivagem do Self I (v. quadro 3).

No que concerne a hipótese 3, avaliou-se o valor preditivo das dificuldades de processamento e regulação emocional, em interação, nas necessidades, para ambas as amostras, através de uma regressão linear múltipla *stepwise*.

Na amostra não-clínica, o melhor modelo indica que 48,7% ( $R^2=.487$ ,  $F = 120.605$ ,  $p < .000$ ) da variância na ERSN é explicada pela DERS ( $\beta = .447$ ,  $t(257) = -6.792$ ,  $p < .001$ ) e EDPE ( $\beta = .300$ ,  $t(257) = 5.561$ ,  $p < .001$ ).

Na amostra clínica, o melhor modelo indica que 23,3% ( $R^2=.233$ ,  $F = 16.370$ ,  $p < .000$ ) da variância na ERSN é explicada pela DERS ( $\beta = -.482$ ,  $t(257) = -4.046$ ,  $p < .001$ ).

No que concerne a hipótese 4, avaliou-se o valor preditivo da ERSN no bem-estar e *distress* psicológicos e na sintomatologia, pela utilização 3 regressões lineares simples.

Na amostra não clínica, a ERSN explica 50,7% da variância na sintomatologia ( $R_2 = 507$ ,  $F = 261.999$ ,  $p < .001$ ), 51.1% no *distress* ( $R_2 = 511$ ,  $F = 266.153$ ,  $p < .001$ ) e 52.7% no bem estar ( $R_2 = 527$ ,  $F = 283.963$ ,  $p < .001$ ) . Na amostra clínica, a ERSN explica 19.6% da variância na sintomatologia ( $R_2 = 196$ ,  $F = 13.177$ ,  $p < .01$ ), 32.7% no

*distress* ( $R_2 = 327$ ,  $F = 26.220$ ,  $p < .001$ ) e 51% no bem estar ( $R_2 = 510$ ,  $F = 56.306$ ,  $p < .001$ ).

No que concerne a hipótese 5, realizaram-se três regressões lineares múltiplas *stepwise* (v. anexo G) para avaliar quais as medidas globais (EDPE, DERS e ERSN), em interação, que melhor predizem a variância de cada uma das VD's: bem estar (ISM), *distress* (ISM), sintomatologia (BSI). A medida de regulação das necessidades (ERSN) é aqui recategorizada como variável independente.

No que concerne a sintomatologia, na amostra clínica, o melhor modelo inclui as 3 VI's e explica 71,8% da variância ( $R_2 = .718$ ,  $F = 214.896$ ,  $p < .001$ ), pela seguinte ordem de importância dos contributos: EDPE ( $\beta = .464$ ,  $t(257) = 9.110$ ,  $p < .001$ ), ERSN ( $\beta = -.286$ ,  $t(257) = -6.141$ ,  $p < .001$ ), DERS ( $\beta = .202$ ,  $t(257) = 3.794$ ,  $p < .01$ ). Para a amostra não clínica, o melhor modelo explica 49,2% da variância ( $R^2 = .492$ ,  $F = 25.690$ ,  $p < .001$ ), tendo sido excluída a VI ERSN, pela seguinte ordem de importância dos contributos diferenciadas das VI's: DERS ( $\beta = .501$ ,  $t(56) = 3.996$ ,  $p < .001$ ), EDPE ( $\beta = .270$ ,  $t(56) = 2.152$ ,  $p < .05$ ).

Para a variável *distress*, na amostra clínica, o melhor modelo inclui as 3 VI's e explica 60% da variância ( $R_2 = .600$ ,  $F = 126.722$ ,  $p < .001$ ), pela seguinte ordem de importância dos contributos: ERSN ( $\beta = .431$ ,  $t(257) = 7.765$ ,  $p < .001$ ), EDPE ( $\beta = -.274$ ,  $t(257) = -4.513$ ,  $p < .001$ ), DERS ( $\beta = -.168$ ,  $t(257) = 2.652$ ,  $p < .01$ ). Para a amostra não clínica, o melhor modelo explica 41,9% da variância ( $R^2 = .419$ ,  $F = 19.095$ ,  $p < .001$ ), tendo sido excluída a VI EDPE, pela seguinte ordem de importância dos contributos diferenciadas das VI's: ERSN ( $\beta = .405$ ,  $t(56) = 3.386$ ,  $p < .01$ ), DERS ( $\beta = -.346$ ,  $t(56) = -2.892$ ,  $p < .05$ ).

Finalmente, no que concerne o bem estar, na amostra clínica, o melhor modelo explica 56,6% da variância ( $R_2 = .566$ ,  $F = 165.709$ ,  $p < .001$ ), tendo sido excluída a

variável DERS, pela seguinte ordem de importância dos contributos: ERSN ( $\beta = .566$ ,  $t(257) = 10.664$ ,  $p < .001$ ), EDPE ( $\beta = -.254$ ,  $t(257) = -4.794$ ,  $p < .001$ ). Para a amostra não clínica, o melhor modelo só inclui a ERSN que explica 51% da variância ( $R_2 = .510$ ,  $F = 53.306$ ,  $p < .001$ ;  $\beta = .714$ ,  $t(56) = 7.504$ ,  $p < .001$ ).

Seguidamente e de forma a avaliar a hipótese 6, procedeu-se à utilização de um grupo de testes estatísticos, a saber: teste *T*, regressão logística e MANCOVA

#### Teste *t* – Comparação de valores médios para grupos independentes

Uma vez que nos propomos comparar duas amostras, começámos por verificar se as duas amostras têm valores significativamente diferentes ao nível das VI's. Observou-se uma diferença significativa para as todas as VI's: EDPE ( $t = -5,796$ ,  $p < .001$ ), DERS ( $t = -5,030$ ,  $p < .001$ ), e ERSN-43 ( $t = 5,207$ ,  $p < .001$ ).

A Figura 1 apresenta os valores médios da escalas globais da ERSN-43, EDPE e DERS, nas duas amostras estudadas.

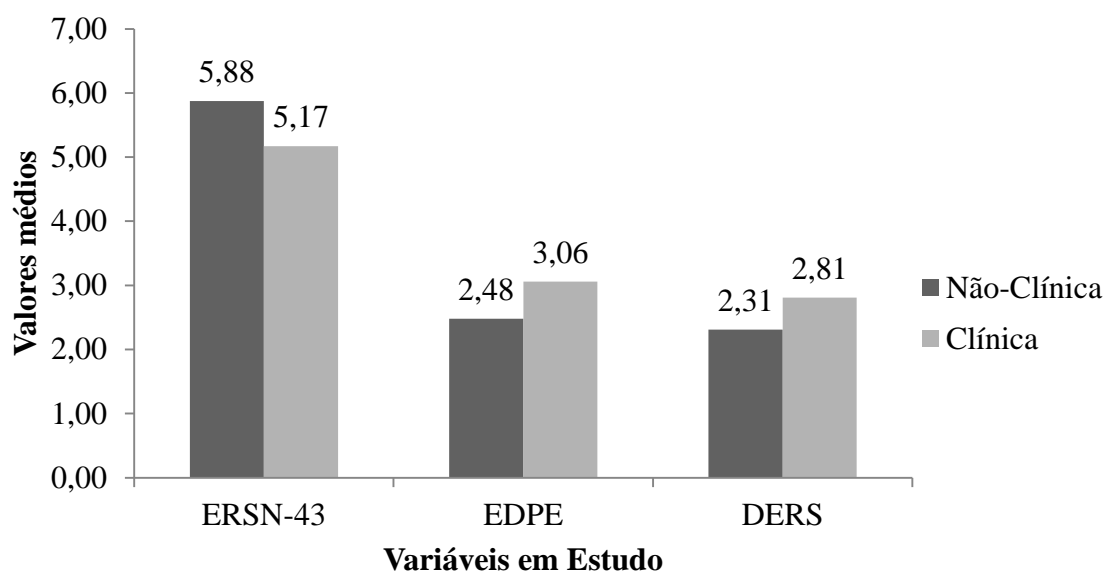


Figura 1. Valores médios da ERSN-43, EDPE e DERS, na amostra não-clínica (N=257) e na amostra clínica (N=56)

## **Regressão logística**

Na pretensão de avaliar qual o melhor preditor (i.e. EDPE, EDRS, ERSN-43), em interação, das diferenças entre as duas amostras procedeu-se à regressão logística. Segundo este modelo, só as dificuldades de regulação emocional (DERS) se demonstrou um preditor significativo das diferenças entre as duas amostras ( $\beta = .836$ ,  $p = .006$ ).

## **MANCOVA**

Finalmente, procedeu-se à utilização da MANCOVA com o objetivo de avaliar qual o grupo de VI's (i.e. subescalas da EDPE, DERS, ERSN), em interação, que melhor explica a covariância das VD's (i.e. bem-estar, *distress*, sintomatologia) nas duas amostras.

Desta forma, encontrou-se um modelo interativo ótimo em que a ERSN, DERS e as subescalas da EDPE, ausência de significado e assunto inacabado explicam a covariância da sintomatologia ( $F = 6.869$ ,  $p < .01$ ), nas duas amostras, apoiando a ideia de que a ERSN, EDPE e DERS em interação são responsáveis pela covariância da sintomatologia nas duas amostras.

## **Discussão**

Relativamente às correlações entre as dificuldades de regulação emocional (EDRE global) e de processamento emocional (EDPE global), entre si, e a regulação de satisfação das necessidades psicológicas (ERSN-43 global), o bem-estar e *distress* psicológicos e a sintomatologia, nas duas amostras, a hipótese 1 foi genericamente apoiada pelos resultados. Exceção para a correlação fraca e não significativa das dificuldades de processamento emocional e o bem-estar na amostra clínica. Importa revelar que numa análise em que se utilizou a escala global da EDPE sem a subescala clivagem do Self II, motivada pelas fraquezas reveladas pela mesma e explicadas nos

resultados, esta revelou uma correlação moderada e significativa, eliminando a única exceção encontrada.

As relações menos fortes ou significativas relativamente ao bem-estar poderão estar parcialmente justificadas na conceptualização hedónica, refletida por duas dimensões – afeto positivo e laços emocionais –, limitando a sua conceptualização a percepções positivas do individuo sobre si, o outro e o mundo. Desta forma, à luz de uma visão eudemónica, estamos a limitar o bem-estar a um conceito de felicidade e prazer e à ausência de sintomas, refletindo um contraste bem-estar/*distress* mais que uma visão integrada onde dimensões paradoxais e complexas da realidade vivida estão presentes, por oposição a um realidade ótima. Desta forma, é importante enfatizar que estamos a avaliar dimensões “positivas” do afeto.

No que respeita o valor preditivo das VI's sobre a VD's, começámos por analisar as relações das dificuldades de processamento e regulação emocional face às necessidades, tanto ao nível das escalas globais como das subescalas da EDPE. Verificou-se que estas permitem explicar a variância total das necessidades, nas duas amostras, apoiando a hipótese 2.

Ambos os construtos apresentaram valores aproximados de predição para as duas amostras, ainda assim, o poder explicativo das dificuldades de regulação foi ligeiramente mais elevado que o das dificuldades de processamento, talvez enfatizando o papel moderador da regulação emocional na relação com a regulação das emoções problemáticas.

Por outro lado a capacidade de predição para a amostra clínica reduz-se para cerca de metade dos valores da amostra não-clínica. Sendo esta uma realidade transversal às análises, remetemos para as limitações do estudo, mais á frente.

Ao nível da análise do valor preditivo das subescalas da EDPE em interação, o mais significativo é o facto de que só uma dimensão (Clivagem do Self II – clivagem crítica) se revelou significativa para a amostra clínica. Sendo esta uma dimensão altamente acessível e muito transversal à perturbação, pensamos poder apontar este resultado para uma ênfase do trabalho terapêutico sobre a mesma e seus impactos significativos na regulação das necessidades desta amostra. Ainda, estes dados poderão paralelamente apontar para a importância da sua utilização em psicoterapia.

Realizou-se ainda uma avaliação do valor preditivo das dificuldades de processamento e regulação emocional, em interação, face às necessidades. Sendo que os resultados seguem em linha com os resultados imediatamente anteriores. Desta forma, as duas dimensões explicam significativamente a variância da regulação das necessidades para a amostra clínica, e, com menos peso, só as dificuldades de regulação explicam significativamente a variância na regulação das necessidades. Estes resultados seguem alguns dos racionais previamente mencionados do papel da regulação emocional, apoiando parcialmente a hipótese 3.

De seguida procedeu-se à análise de predição das necessidades nas VD's, vindo esta a apoiar a hipótese 4 de que a regulação das necessidades ajuda explicar a redução da sintomatologia e o *distress* e aumenta o bem-estar dos indivíduos.

De mais significativo, importa referir valores de explicação da variância no bem-estar elevados e muito semelhantes para as duas amostras, em contraste com a grande maioria das relações, genericamente menos fortes para a amostra clínica. Desta forma, dando ênfase a um papel especialmente significativo da regulação das necessidades no sobre o desenvolvimento de laços emocionais e afeto positivo – as dimensões do bem-estar tal como medido pelo ISM –, na população clínica. Ainda assim, é necessário não

nos precipitarmos em conclusões absolutistas e relembremos as limitações desta amostra.

Ainda, estando esta população em diferentes fases do processo terapêutico, poder-se-ia especular o papel da regulação das necessidades no desenvolvimento de fatores de proteção importantes para o sucesso do mesmo.

Finalmente, avaliámos os contributos das dificuldades de processamento e regulação emocional e da regulação das necessidades, em interação, nas variáveis dependentes, para as duas amostras. Os resultados apoiam parcialmente a hipótese 5.

Desta forma, vemos genericamente apoiada a hipótese do contributo causal das VI's sobre as VD's, para a amostra não-clínica.

Já para a amostra clínica os resultados são menos claros, em linha com as análises anteriores. Mostrando menor número de variáveis com poder de explicação das variâncias nas variáveis dependentes, sendo que no caso do bem-estar só a regulação das necessidades se mostrou como preditor significativo no modelo interativo. Embora esta amostra revele algumas limitações na capacidade de análise dos resultados que vamos obtendo, ressalvamos mais uma vez o que parece indicar a relação particularmente significativa da regulação das necessidades com os níveis aferidos pelo bem-estar.

Para ambas as amostras vemos reforçada a importância da regulação das necessidades no bem-estar e *distress* psicológicos, em todos os casos como a variável com maior poder de explicação, e apoiada a visão do MCP que a entende como a “pedra de toque” do bem-estar e centralidade na explicação das variações na sintomatologia (Vasco, Faria, Vaz & Conceição, 2010). De notar, a variável *distress*, concebida como contrastante do bem-estar, é mais limitada na panóplia de dimensões da avaliação sintomática que a sintomatologia, tal como medida pelo BSI. No que concerne a

variável sintomatologia (BSI), as dimensões emocionais revelam genericamente maior poder explicativo que as necessidades, revelando-se melhores preditores da riqueza de perturbações avaliadas por esta variável.

Passando à análise das diferenças entre as amostras ao nível do modelo interativo das variáveis independentes, os resultados revelam as dificuldades de regulação emocional como o preditor único das mesmas, apoiando parcialmente a hipótese 6.

Estes resultados parecem indicar a centralidade da capacidade de regular as emoções na manutenção de um estado de equilíbrio e saúde mental, talvez explicadas parcialmente pelo seu aspeto moderador da relação entre os esquemas não adaptativos e a regulação das necessidades. Desta forma, serão estas competências, independentemente das adversidades e desafios que se lhe apresentam, que lhe permitem lidar com os mesmos de forma adaptativa. Literalmente, diríamos que uma menor capacidade de regulação emocional seria então o melhor preditor de perturbação, ou, em maior rigor, de adesão e acesso a intervenção clínica psi.

Por último, procedeu-se à análise das diferenças entre as amostras ao nível da avaliação da sintomatologia, *distress* e bem-estar psicológicos, também esta apoiando parcialmente a hipótese 6.

Nesta, só o melhor modelo interativo, constituído pela regulação das necessidades, dificuldades de regulação emocional e as dificuldades de processamento emocional, ausência de significado e assunto inacabado, se mostrou significativo das diferenças entre as amostras e permitindo somente explicar a covariância da sintomatologia.

Estes resultados, a par dos resultados anteriores das diferenças entre amostras, parecem apoiar a ideia de que, se por um lado as dificuldades de regulação emocional



ajudam a prever a pertença aos grupos, é ao nível da sintomatologia que a interação das variáveis de explicação das diferenças melhor se revelam. Será este resultado indicador do paradigma médico e sintomatológico como fator quasi-exclusivo de intervenção, e desta forma o melhor diferenciador das amostras? Entre outras, a dificuldades de acesso aos serviços de saúde mental do estado condiciona esta amostra nesse sentido.

Importa enumerar nesta fase algumas limitações do estudo e potenciais implicações nos resultados que acabámos de apresentar. Primeiro, no que respeita a amostra clínica, o número de participantes relativamente pequeno, especialmente no que toca a representatividade da diversidade da perturbação e logo a possibilidade de vieses daí resultantes. Esse número reduzido impede ainda o controlo das fases do processo psicoterapêutico e que certamente terão implicações do tipo anterior. Ainda, pomos a hipótese de possíveis impactos não controlados das abordagens terapêuticas e as diferentes técnicas e ênfases de acesso e níveis de mudança que implicam. Melhor compreender os impactos destas variáveis que não pretendemos controlar neste estudo, é uma dúvida que fica e uma proposta de reflexão a pesquisas futuras.

Ainda, e em especial nesta amostra (clínica), o facto de os participantes estarem na sua grande maioria em processo psicoterapêutico e a maior consciência ou informação dos fatores relacionados com as suas dificuldades poderão introduzir fatores como o de desejabilidade social e Self ideal nas suas respostas.

Segundo, para as duas amostras, importa lembrar que este foi um de quatro estudos em que as amostras foram partilhadas, tendo os participantes respondido a um total de dez instrumentos. Este facto pode ter conduzido a respostas ao acaso, motivados pelo cansaço dos participantes e com potencial especial impacto na amostra clínica. A ausência de escalas de validade nos instrumentos impossibilitou o controlo de variáveis comuns deste tipo.

Terceiro, uma limitação, que é ao mesmo tempo uma condição de que estamos conscientes, a conceptualização do bem-estar que utilizámos e a utilização de maioritária de medidas globais, refletindo o propósito e resultados como manifestações da exploração de tendências fundamentalmente globais.

Do ponto de vista das implicações para a prática clínica, podemos concluir com alguma segurança que os resultados apoiam a ideia de que as variáveis estudadas do funcionamento emocional e das necessidades psicológicas têm relações significativas entre si e ajudam a explicar, com algumas distinções anteriormente explicitadas, a sintomatologia e vivências de *distress* e bem-estar dos indivíduos.

Ao nível da amostra não-clínica, mais claros e transversais nas suas implicações, contribuem estes para melhor compreender a sua influência na dimensionalidade do funcionamento dos indivíduos. Contribuindo, também estes, para melhor compreender factores de explicação de dimensões não adaptativas e da regulação das necessidades ao longo da linha dimensional da saúde mental dos indivíduos. Ainda, os modelos de interação e seus resultados vêm reforçar a ideia de práticas integrativas e compreensivas de avaliação e de intervenção.

Já ao nível da amostra clínica os resultados não se mostraram tão compreensivos ou transversais. Ainda assim, todas as variáveis independentes mostraram algum nível de relação nas dimensões dependentes avaliadas, apontando mais uma vez para o seu potencial para a avaliação e intervenção clínicas. Em relação a esta população, acima de tudo, parecem-nos estes dados validar a importância do aprofundamento desta linha de investigação.

No que concerne a comparação entre amostras, as dificuldades de regulação e processamento emocional e as necessidades, os resultados apontam de forma clara o seu potencial de explicação e diferenciação, com especial relevo para a sintomatologia. O

facto de não se terem manifestado como significativas, em interação, para as diferenças entre os grupos, no que concerne o *distress* e bem-estar psicológicos, não lhes retira o potencial interesse, suficientemente suportado por outras análises do estudo, revelando eventualmente o este resultado algumas das limitações anteriormente apontadas. Ainda, de relevo, a contribuição particularmente significativa das dificuldades de regulação emocional nas diferenças entre as amostras, indicativa de uma importância particular para as populações como maiores níveis de perturbação.

Se, por um lado, este estudo apresenta uma riqueza de resultados e implicações potenciais para a prática clínica, por outro abre uma série de “desejos” e “curiosidades” às quais só a investigação futura poderá responder.

Desde logo, o desenvolvimento da escala de dificuldades de processamento emocional, criada na fase de pré-estudo e que tanto quanto resultou da nossa pesquisa, parece ser pioneira como forma de avaliação do construto. Pela sua consistência interna e apoio às hipóteses da grande maioria dos resultados das suas relações, manifesta-se o interesse na persecução do seu desenvolvimento e no potencial para a investigação do mesmo. Ainda, emerge diretamente do estudo o interesse em compreender em maior detalhe a relação entre esta e as necessidades, investigando-a ao nível das subescalas de ambos os instrumentos, de forma a melhor compreender as implicações de cada uma das dificuldades relativamente a que grupo de necessidades particulares e a maior ou menor transversalidades das suas implicações.

Por outro lado, a exploração futura das relações das dificuldades de processamento emocional com a sintomatologia, *distress* e bem-estar ao nível das suas subescalas, permitir-nos-ia explorar contribuições diferenciais das DPE's para a perturbação e adaptação dos indivíduos e desenvolver a conceptualização e intervenção de forma tanto mais efetiva, quanto eficaz.

Finalmente, concluiríamos que os resultados deste estudo apontam claramente para a contribuição de majorante da integração de diferentes teorias e seus construtos na avaliação, conceptualização e intervenção terapêuticas.

## Referências

- Blatt, S. J., & Shichman, S. (1983). Two primary configurations of psychopathology. *Psychoanalysis and Contemporary Thought*, 6(2), 187-254.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. II, pp.95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Conceição, N., & Vasco, A. B. (2005). Olhar para as necessidades do self como um boi para um palácio: Perplexidades e fascínio. = Looking at self needs in perplexity and awe: Implications for psychotherapy integration. *Psychologica*, 40, 55-73.
- Conde, E., Vasco, A. B., Ferreira, A., Romão, A. M., Silva, G., Sol, A., & Vargues-Conceição, C. (2012). *Regulação da Satisfação de Necessidades Psicológicas: Influência no Bem-Estar e Distress Psicológicos e na Sintomatologia de acordo com o Modelo de Complementaridade Paradigmática*. Manuscrito não publicado, Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e a sua relação com sintomas psicopatológicos. *Psiquiatria Clínica*, 37(4), 145-151.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001>.
- Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological medicine*, 13(03), 595-605.  
doi:10.1017/S0033291700048017
- Elliott, R., Watson, J. C., Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2004). *Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change*. American Psychological Association.

- Goldman, R. N., & Greenberg, L. S. (2015). Stage 2: Co-create a focus and identify the core emotion *Case formulation in emotion-focused therapy: Co-creating clinical maps for change*. (pp. 85-101). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Goldman, R. N., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Contrasting Two Clients in Emotion-Focused Therapy for Depression 2: The Case of "Eloise," "It's Like Opening the Windows and Letting the Fresh Air Come In." *PCSP: Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*, 7(2), 305-338.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Greenberg, L. S. (2002). Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. American Psychological Association
- Greenberg, L. S. (2010). Emotion-Focused Therapy: A Clinical Synthesis. *Focus: The Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 8(1), 32.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American psychologist*, 44(1), 19.
- Greenberg, L., Rice, L. N., & Elliott, R. (1996). *Facilitating emotional change: The moment-by-moment process*. Guilford Press.
- Gross, J. J. (1998a). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1, 224-237. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.74.1.224>

- Gross, J. J. (1998b). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>.
- Gross, J. J. (2001). Emotion Regulation in Adulthood: timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, No. 6, 214-219. doi: 10.1111/1467-8721.00152
- 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. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. J., Richards, J. M., & John, O. P. (2006). Emotion regulation in everyday life. In D. K. Snyder, J. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 13-35). Washington, DC American Psychological Association.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*, 72(6), 1301-1334. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Keyes, C. L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of consulting and clinical psychology*, 73(3), 539. doi: 10.1037/0022-006X.73.3.539
- Rezende, A. M., & Bianchet, S. B. (2005). *Dicionário do latim essencial*. Belo Horizonte: Crisálida Livraria e Editora.
- Ribeiro, J. P. (2011). *Inventário de Saúde Mental*. Lisboa: Placebo.

- Rottenberg, J., & Gross, J. J. (2007). Emotion and emotion regulation: A map for psychotherapy researchers. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 323-328.
- Vasco, A. B. (Julho, 2009a). *Regulation of needs satisfaction as the touchstone of happiness*. Comunicação apresentada na “16th Conference: European Association for Psychotherapy”. Lisboa, Portugal.
- Vasco, A. B. (Novembro, 2009b). *Sinto, logo também existo!*. Comunicação apresentada no “III Seminário Espaço S, Emoções e Juventude – Abordagem Psicológica das Emoções”. Cascais, Portugal.
- Vasco, A. B. (2012). *Quando um peixe encarnado nos começa, de súbito, a revelar a sua também cor negra, pintemo-lo, então, digamos, de amarelo : em volta da integração em psicoterapia*. Comunicação apresentada no “1º Congresso da Ordem dos Psicólogos” - Lisboa, Portugal.
- Vasco, A. (2013). Sinto e penso, logo existo: abordagem integrativa das emoções. *Psilogos: Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 11, 37-44. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.10/1100>
- Vasco, A. B., Faria, J., Vaz, F. M., & Conceição, N. (2010). *Adaptation, Disorder and the Therapeutic Process: Needs or Emotional Dysregulation?* Comunicação apresentada na 26ª Conferência da *Society for the Exploration of Psychotherapy Integration – One or many sciences for Psychotherapy Integration: What Constitutes Evidence?* – Florence, Italy
- Vargues-Conceição, C. (2013). *Necessidades Psicológicas e relações com o bem-estar/distress psicológicos e sintomatologia: Estudo da polaridade dialética prazer/dor*. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Psicologia - Universidade de Lisboa.



Veit e Ware (1983) Veit, C. T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730-742. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.51.5.730>.

## **ANEXOS**

## **Anexo A**

Caracterização das amostras

Quadro 4

*Caracterização da amostra clínica e da amostra não-clínica.*

	Amostra não clínica	Amostra clínica
N	257	56
Idade		
M	31,0	45,7
DP	11,9	13,4
Mínima	18	22
Máxima	67	77
Sexo		
M	56 (21,8%)	14 (25%)
F	201 (78,2%)	42 (75%)
Habilitações Literárias		
4º ano	-	4 (7,1%)
6º ano	-	2 (3,6%)
9º ano	-	8 (14,3%)
12º ano	48 (18,7%)	23 (41,1%)
Licenciatura	144 (56,0%)	15 (26,8%)
Mestrado	65 (25,3%)	4 (7,1%)
Acompanhamento terapêutico		
Sim	43 (16,7%)	50 (89,3%)
Não	214 (83,3%)	6 (10,7%)

## **Anexo B**

Caracterização das amostras - continuação

Quadro 5

*Caracterização da amostra clínica – continuação.*

		Amostra clínica
N		56
Diagnóstico		
	Perturbação Depressiva	15 (26,8%)
	Distímia	11 (19,6%)
	Episódio Depressivo	5 (8,9%)
	Perturbação Bipolar	8 (14,3%)
	Perturbação de Ansiedade	7 (12,5%)
	Perturbação Obsessivo-Compulsiva	3 (5,4%)
	Perturbação da Personalidade <i>Borderline</i>	3 (5,4%)
	Perturbação Delirante	1 (1,8%)
Comorbilidade	Perturbação Eixo I e II	
	Sim	11 (23,9%)
	Não	35 (76,1%)
Acompanhamento terapêutico		
	Sim	50 (89,3%)
	Não	6 (10,7%)
Fase do acompanhamento terapêutico		
	Não aplicável	6 (10,7%)
	Inicial	11 (19,6%)
	Intermédia	18 (32,1%)
	Final	21 (37,5%)

## **Anexo C**

Consistência interna da Escala de Dificuldades de Processamento Emocional (EDPE)

Quadro 6

*Consistência Interna da Escala de Dificuldade de Processamento Emocional (EDPE) do estudo original (pré-estudo) e do estudo atual, para as amostras Clínica e Não Clínica.*

	Estudo original (Barreira & Vasco, 2016)  (N=165)	Estudo Atual	
		Amostra Não-Clínica  (N=257)	Amostra Clínica  (N=56)
Reação Problemática	.819	.865	.887
Ausência de Significado	.847	.911	.810
Clivagem do Self I (Self crítico)	.826	.901	.891
Clivagem do Self II (Self interruptivo)	.723	.860	.810
Assunto Inacabado	.802	.877	.788
Escala Global	.902	.927	.901



## **Anexo D**

Consistência Interna da Escala de Dificuldade de Regulação Emocional (DERS)

Quadro 7

*Consistência Interna da Escala de Dificuldade de Regulação Emocional (DERS) do estudo original, da adaptação portuguesa e do estudo atual para as amostras Não-clínica e Clínica*

	Estudo original (N=357)	Adaptação Portuguesa (N=324)	Estudo Atual	
			Amostra Não-clínica (N=257)	Amostra Clínica (N=56)
Não-aceitação	.85	.86	.898	.918
Objetivos	.89	.85	.881	.838
Impulsos	.86	.80	.875	.890
Consciência	.80	.74	.809	.792
Estratégias	.88	.88	.904	.902
Clareza	.84	.75	.883	.719
Escala Global	-	-	.946	.937

## **Anexo E**

Quadro sumário das correlações entre as subescalas das dificuldades de processamento emocional e ERSN-43, DERS, BSI, Bem-Estar e Distress Psicológicos, para a amostra não-clínica

Quadro 8

*Correlações entre as subescalas das dificuldades de processamento emocional e ERSN-43, DERS, BSI, Bem-Estar e Distress Psicológicos, para a amostra não-clínica*

	Não-Clínica (N=257)				
	Reação problemática	Ausência de significado	Clivagem do Self I (Self crítico)	Clivagem do Self II (Self interruptivo)	Assunto inacabado
ERSN-43	-,470**	-,458**	-,594**	-,021	-,499**
DERS	,563**	,608**	,657**	,143*	,537**
Bem-Estar	-,448**	-,443**	-,558**	-,018	-,513**
<i>Distress</i>	-,509**	-,551**	-,577**	-,074	-,516**
BSI	,610**	,670**	,678**	,174**	,599**

*Nota.* Valores mais elevados de *distress* correspondem a maior saúde mental (menor *distress*).

\*\* p-value < 0.01, \* p-value < 0.05.

## **Anexo F**

Quadro sumário das correlações entre as subescalas das dificuldades de processamento emocional e ERSN-43, DERS, BSI, Bem-Estar e Distress Psicológicos, para a amostra clínica

Quadro 9

*Correlações entre as subescalas das dificuldades de processamento emocional e ERSN-43, DERS, BSI, Bem-Estar e Distress Psicológicos, para a amostra clínica*

	Clínica (N=56)				
	Reação problemática	Ausência de significado	Clivagem do Self I (Self crítico)	Clivagem do Self II (Self interruptivo)	Assunto inacabado
ERSN-43	-,212	-,254	-,431**	,177	-,356**
DERS	,613**	,519**	,453**	,103	,366**
Bem-Estar	-,065	-,296*	-,269*	,146	-,351**
<i>Distress</i>	-,321*	-,445**	-,369**	-,157	-,432**
BSI	,424**	,546**	,406**	,193	,451**

*Nota.* Valores mais elevados de *distress* correspondem a maior saúde mental (menor *distress*).

\*\* p-value < 0.01, \* p-value < 0.05.

## **Anexo G**

Quadro sumário do melhor modelo da análise de regressão linear múltipla *stepwise* das medidas globais ERSN-43, EDPE e DERS, em interação, relativamente à sintomatologia, bem-estar e *distress* psicológico, para as duas amostras

Quadro 10

*Sumário do melhor modelo da análise de regressão linear múltipla stepwise das medidas globais ERSN-43, EDPE e DERS, em interação, relativamente à sintomatologia, bem-estar e distress psicológico, para as duas amostras*

Amostra	Não-clínica (N=257)					Clínica (N=56)			
	VI's	Ordem	$\beta$	F	Sig.	Ordem	$\beta$	F	Sig.
<i>Sintomatologia</i>									
EDPE	1	,464	9.110	.000	2	.270	2.152	.036	
ERSN	2	-.286	-6.141	.000					
DERS	3	.202	3.794	.000	1	.501	3.996	.000	

*Nota.* Amostra não clínica ( $R^2=.718$ ,  $F = 214.896$ ,  $p < .001$ ).

Amostra clínica ( $R^2=.492$ ,  $F = 25.690$ ,  $p < .001$ ).

*Distress*

ERSN	1	,431	7,765	.000	1	.405	3.386	.001	
EDPE	2	-,274	-4,513	.000					
DERS	3	-,168	-2,652	.008	2	-,346	-2.896	.005	

*Nota.* Amostra não clínica ( $R^2=.600$ ,  $F = 126.722$ ,  $p < .000$ ).

Amostra clínica ( $R^2=.419$ ,  $F = 19.095$ ,  $p < .000$ ).

*Bem-estar*

ERSN	1	.566	10.664	.000	1	.714	7.504	.000	
EDPE	2	-.254	-4.794	.000					

*Nota.* Amostra não-clínica ( $R^2=.566$ ,  $F = 165.709$ ,  $p < .000$ ).

Amostra clínica ( $R^2=.510$ ,  $F = 56.306$ ,  $p < .000$ ).