



**O PAPEL DA REGULAÇÃO EMOCIONAL  
NA RELAÇÃO ENTRE ESQUEMAS EMOCIONAIS E  
A SINTOMATOLOGIA OBSESSIVA-COMPULSIVA**

Inês Rodrigues Cabral

**Orientador de Dissertação**

Prof. Doutor David Dias Neto

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

**MESTRE EM PSICOLOGIA**

Especialidade em Psicologia Clínica

2021/2022

Dissertação de Mestrado realizada sob a  
orientação de Professor Doutor David Dias  
Neto, apresentada no ISPA – Instituto  
Universitário para obtenção de grau de Mestre  
na especialidade de Psicologia Clínica.

## **Agradecimentos**

Primeiramente, quero agradecer aos meus pais, por todo o apoio, amor, paciência e compreensão durante todo o curso. Pela disponibilidade constante para me ajudar e por acreditarem nas minhas capacidades e apoiarem as minhas escolhas. Por me educarem com valores como a simplicidade, perseverança e amizade.

Ao Professor Doutor David Dias Neto por ter tornado possível todo este percurso, pela disponibilidade, pelo espírito crítico, por me ter transmitido todo o seu conhecimento e por ter sido paciente nos momentos mais aflitivos.

Aos meus irmãos, Manel, Teresa e Pedro, por facilitarem os dias que custavam mais, por estarem sempre com boa disposição proporcionando-me momentos descontraídos ao longo de todo este percurso.

Ao Tomás, por estar tão presente na minha vida, por me dar força, por acreditar sempre em mim e por não me deixar desmotivar nos momentos mais complicados.

Às minhas melhores amigas, Madalena e Carolina, pela amizade, cumplicidade e companheirismo, desde o início.

Um agradecimento especial aos meus colegas, Vasco e Marta, por toda a disponibilidade, todo o apoio e entajuda durante este percurso.

E a todos aqueles que de alguma forma contribuíram para que fosse possível chegar até aqui.

A todos, o meu profundo obrigado!

## Resumo

**Problema:** A forma como um indivíduo interpreta e percebe as emoções está intimamente relacionada com processos de regulação emocional e com a psicopatologia. Estudos anteriores, revelaram associações entre esquemas emocionais e sintomatologia obsessiva-compulsiva, bem como, associações entre a dificuldade de regulação emocional e perturbação obsessiva-compulsiva. Na perturbação obsessiva-compulsiva, a dificuldade de regulação emocional é muito visível através das compulsões, que surgem como uma forma de regulação emocional disfuncional. No entanto, sendo a Perturbação Obsessiva-compulsiva a quarta perturbação mental mais comum, e devido à escassez de estudos que relacionem estas variáveis, torna-se essencial analisar o papel da Dificuldade de Regulação Emocional como variável mediadora desta relação, para aumentar conhecimentos nesta área. **Objetivo:** O principal objetivo é avaliar o papel mediador da dificuldade de regulação emocional, na relação entre esquemas emocionais e sintomatologia obsessiva-compulsiva. **Método:** A amostra não clínica é composta por 1219 participantes, avaliados num só momento. As variáveis do estudo são: esquemas emocionais, dificuldade de Regulação emocional e sintomatologia Obsessiva-compulsiva. **Resultados:** Foi demonstrado que a dificuldade de Regulação Emocional tem um papel mediador entre todos os esquemas emocionais e sintomatologia obsessiva-compulsiva, à exceção do esquema emocional dificuldade de Reavaliação, onde a dificuldade de Regulação Emocional não apresenta um papel mediador. **Conclusão:** Os resultados destacam a importância do papel da dificuldade de regulação emocional na compreensão da influência dos esquemas emocionais na sintomatologia obsessiva-compulsiva, salientando para a conveniência de focar a atenção, em psicoterapia, determinados esquemas emocionais, como: avaliação negativa da emoção; visão simplista; naturalização próprios sentimentos e necessidade ser racional.

**Palavras-chave:** Esquemas Emocionais, Dificuldade Regulação Emocional; sintomatologia obsessiva-compulsiva

## **Abstract**

**Problem:** The way an individual interprets and perceives emotions is closely related to emotion regulation processes and psychopathology. Previous studies have revealed associations between emotional schemas and obsessive-compulsive symptoms, as well as associations between emotion regulation difficulties and obsessive-compulsive disorder. In obsessive-compulsive disorder, the difficulty of emotional regulation is very visible through compulsions, which appear as a form of dysfunctional emotional regulation. However, being obsessive-compulsive disorder the fourth most common mental disorder, and due to the scarcity of studies that relate these variables, it is essential to analyze the role of the Emotional Regulation Difficulty as a mediating variable of this relationship, to increase knowledge in this area. **Objective:** The main aim is to assess the mediating role of the Emotional Regulation Difficulty in the relationship between emotional schemas and obsessive-compulsive symptomatology. **Method:** The non-clinical sample is composed of 1219 participants, assessed at a single time point. The variables of the study are emotional schemas, emotional regulation difficulty and obsessive-compulsive symptomatology. **Results:** It was shown that Emotional Regulation Difficulty plays a mediating role between all emotional schemas and obsessive-compulsive symptomatology, except for the emotional schema Reappraisal Difficulty, where Emotional Regulation Difficulty does not play a mediating role. **Conclusion:** The results highlight the importance of the role of the Emotional Regulation difficulty in the understanding of the influence of the emotional schemas in obsessive-compulsive symptomatology, pointing out the convenience of focusing attention, in psychotherapy, on certain emotional schemas, such as: negative evaluation of the emotion; simplistic view; naturalization of one's own feelings and the need to be rational.

**Keywords:** Emotional Schemas, Emotional Regulation Difficulty; Obsessive-compulsive symptomatology

## Índice

Introdução .....	1
Revisão de literatura .....	2
Perturbação Obsessiva-compulsiva .....	2
Regulação emocional.....	5
Regulação Emocional e POC .....	7
Esquemas Emocionais e POC .....	11
Esquemas Emocionais e Regulação emocional.....	13
O presente estudo .....	15
Método.....	17
Participantes .....	17
Instrumentos .....	18
Procedimento .....	21
Análise de dados.....	22
Resultados.....	22
Influência dos Esquemas dos Emocionais na sintomatologia obsessiva-compulsiva .....	22
Influência dos Esquemas dos Emocionais na Dificuldade de Regulação Emocional .....	24
Relação entre Esquemas Emocionais e Dificuldade de Regulação Emocional.....	25
Relação entre Esquemas Emocionais e Sintomatologia Obsessiva-Compulsiva .....	26
Papel Mediador da Dificuldade de Regulação Emocional para cada EE .....	28
Discussão .....	33
ANEXOS .....	55
Anexo A.....	56
Anexo B.....	57
Anexo C.....	59



## Índice de Tabelas

Tabela 1. <i>Caracterização da Amostra (n = 1219)</i> .....	19
Tabela 2. <i>Regressão linear múltipla para a sintomatologia obsessiva compulsiva (IOC-R)</i> .....	25
Tabela 3. <i>Regressão linear múltipla para a Dificuldade de Regulação emocional (EDRE_VR)</i> .....	27
Tabela 4. <i>Correlação entre Esquemas Emocionais (LESS) e Dificuldade de Regulação emocional (EDRE_VR)</i> .....	28
Tabela 5. <i>Correlação entre a Esquemas Emocionais (LESS) e Sintomatologia Obsessiva compulsiva (IOC-R)</i> .....	29
Tabela 6. <i>Efeitos Totais, Diretos e Indiretos: Estimativas Não estandardizadas, Correspondentes Erros-Padrão, Intervalo de Confiança e Significância</i> .....	35
Tabela 7. <i>Efeitos Totais, Diretos e Indiretos: Estimativas não Estandarizadas, Correspondentes Erros-Padrão, Intervalo de Confiança e Significância</i> .....	64
Tabela 8. <i>Comparação de idades de População com POC e sem POC</i> .....	65

## Índice de Figuras

Figura 1. <i>Mediação de EE avaliação negativa da emoção</i> .....	30
Figura 2. <i>Mediação de EE dificuldade de reavaliação</i> .....	31
Figura 3. <i>Mediação de EE dificuldade de naturalização dos próprios sentimentos</i> .....	32
Figura 4. <i>Mediação de EE necessidade ser racional</i> .....	33
Figura 5. <i>Mediação de EE visão simplista da emoção</i> .....	34

## **Introdução**

As emoções são fulcrais para o desenvolvimento e funcionamento humano, contudo cada indivíduo difere na conceptualização e avaliação das suas emoções, devido aos esquemas emocionais (EE) e às estratégias de Regulação Emocional (RE) a que recorre (Leahy, 2002, 2003, 2007a). Existem determinados EE que estão fortemente relacionados com a psicopatologia, a forma como cada indivíduo interpreta uma emoção está relacionada com a vulnerabilidade face a perturbações psicopatológicas (Leahy, 2002, 2016). Na Perturbação Obsessiva-compulsiva (POC), os indivíduos recorrem a determinados EE, que podem manter e/ou aumentar sintomas como: ansiedade, sintomas obsessivo-compulsivos e depressão, através das avaliações que estes fazem acerca da patologia e das estratégias disfuncionais a que recorrem para lidar com a POC, que desta forma, mantêm a experiência patológica (Leahy, 2002; Leahy, 2007a; Leahy, 2007b; Leahy, 2007c).

A má regulação das emoções desempenha um papel crucial no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Mennin et al., 2007; Taylor et al., 1999). A sintomatologia obsessiva-compulsiva (SOC) é mantida e reforçada também devido às estratégias de regulação emocional a que o indivíduo recorre, isto é, indivíduos com POC apresentam dificuldades ao nível da Regulação emocional, recorrendo a estratégias que são disfuncionais, como é o caso das compulsões, que surgem como uma tentativa de regular a emoção, só que esta estratégia é disfuncional para o indivíduo, pois não diminui a angústia a longo prazo (Stern et al., 2014).

Existe uma vasta investigação acerca da POC, contudo, apesar das evidências dos EE na sintomatologia obsessiva-compulsiva e das evidências do papel mediador da RE entre diversas relações (Basile et al., 2017; Faustino & Vasco, 2021; Mazloom et al., 2016), torna-se necessário aprofundar o conhecimento do processo de influência dos EE na SOC, relacionando com a RE. Desta forma, a presente investigação centra-se na avaliação de um modelo de mediação no qual se investiga o impacto da Dificuldade de Regulação emocional (DRE) na relação entre EE e SOC. Deste modo, procura-se, também, compreender a relação entre os EE e a SOC, permitindo, assim, traduzir o impacto que os EE têm na perturbação, aumentando, desta forma, a eficácia terapêutica, pois possibilita prevenir o desenvolvimento de esquemas que sejam desadaptativos enquanto se maximiza o desenvolvimento de esquemas adaptativos, através de uma RE funcional, colaborando para um maior bem-estar psicológico do indivíduo.

## Revisão de literatura

### **Perturbação Obsessiva-compulsiva**

De acordo com DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5ª edição, 2015), a Perturbação Obsessiva-Compulsiva (POC) é composta por duas manifestações: as obsessões e as compulsões, que podem acontecer em simultâneo ou independentemente (APA, 2013; DSM., 2015). As Obsessões caracterizam-se por pensamentos, imagens e impulsos, que surgem de forma involuntária, persistente e constante na mente do indivíduo. Estas são angustiantes para quem as vivencia e o indivíduo, muitas vezes, tem consciência, que são falsas, irreais e absurdas. As compulsões são o fenómeno que surge como a tentativa de aliviar a ansiedade causada pelas obsessões, através de comportamentos e ações mentais, que são realizadas como rituais (APA, 2013; Bayar & Yavuz 2008; Miguel et al., 2005).

De acordo com o DSM-V a POC caracteriza-se por provocar elevados níveis de ansiedade e angústia (APA, 3013; Ferreira et al., 2021). A POC afeta negativamente a funcionalidade do indivíduo. Existem fatores genéticos e ambientais que desempenham um papel crucial no desenvolvimento desta perturbação (Adams et al., 2018; Brander et al., 2016; Mataix-Cols et al. 2005; Markarian et al. 2010). A POC está também associada a eventos traumáticos (Adams et al., 2018; Brander et al., 2016), ao aumento do stress no geral e às mudanças de rotinas que acontecem ao longo da vida de um indivíduo (Coles et al., 2011).

Esta é a quarta perturbação mental mais comum (Bayar & Yavuz 2008), estima-se que cerca de 2 a 3% da população sofra de POC. É importante considerar, que existe uma percentagem considerável da população, que não tem o diagnóstico de POC, apesar de ter a perturbação não lhe foi, ainda, atribuído um diagnóstico. Pelo que se acredita que a prevalência de POC seja relativamente superior aos 2-3% estimados (Bijanki et al., 2021). As principais diferenças entre os sintomas clínicos e os “não clínicos” caracterizam-se pelos sintomas considerados “não-clínicos”, nestes as obsessões e compulsões tendem a ter uma duração mais curta, com uma frequência menor e estão associadas a menores níveis de angústia para o sujeito (Gibbs, 1996; Wells, & Leahy,1998). Outro dos fatores diferenciadores entre os sintomas clínicos e “não clínicos” da POC está relacionado com o grau de funcionalidade do indivíduo, casos clínicos, isto é, indivíduos com POC, apresentam um maior comprometimento ao nível da funcionalidade (DSM-V).

As obsessões mais comuns são as que estão relacionadas com: religião; doenças e infecção; sexuais; prejudiciais/ perigo e de simetria. E as compulsões mais comuns são as de lavagens, mais especificamente, das mãos; de repetição; de toque; de simetria e de contagem das próprias compulsões (Foa et al., 1995).

Os sintomas obsessivo-compulsivos estão associados a crenças, que o indivíduo tem acerca das emoções, ou seja, cada emoção está associada a um significado ou cognição. Estas crenças sobre as emoções são os denominados esquemas emocionais (Leahy, 2002).

### **Esquemas emocionais**

Os esquemas são o fenómeno interno que influencia e determina aquilo que o indivíduo sente, o seu comportamento, pensamento e como interage socialmente com o seu meio envolvente, face ao desenvolvimento de estratégias de resolução de problemas e do processamento da experiência. Os esquemas são desencadeados por eventos da vida, que a pessoa percebe como semelhantes aos eventos da sua infância (Martin & Young, 2010) e por cognições sobre si ou sobre as relações que desenvolveu em criança/ adolescente (Basile et al., 2017).

Greenberg defende que as emoções são uma forma de processar a informação, pela qual, o indivíduo experiencia o significado dos acontecimentos. Para este autor e seus colaboradores, os esquemas emocionais são estruturas organizadas, onde uma emoção está associada a um significado ou cognição. Isto é, o conceito de esquema emocional refere-se a planos, conceitos e estratégias associados em resposta a uma determinada emoção. De acordo com Greenberg e colaboradores, os EE são emoções que contêm ou dão acesso às cognições (Leahy, 2002), são as estratégias de sobrevivência, que os indivíduos utilizam em relação às emoções e que podem ter impacto na sua experiência emocional (Leahy, 2002, 2016).

De acordo com o Modelo dos Esquemas Emocionais, Leahy, afirma que os indivíduos diferem nas suas conceptualizações e avaliações das emoções, bem como da estratégia de regulação emocional a que recorrem (Leahy, 2002, 2003, 2007a). Os EE, através da escala de LESS, foram divididos em 14 dimensões: a validação corresponde à crença de que existe uma aceitação por parte dos outros em relação às emoções do próprio; a compreensão corresponde a uma avaliação cognitiva da emoção, ou seja, se as emoções fazem sentido para o próprio; o sentimento de culpa, representa a culpa, vergonha acerca de uma emoção que o próprio sente,

reforçando a crença de que é errado ter determinadas emoções; a visão simplista da emoção reflete a visão dicotômica da experiência, a dificuldade de compreender que se pode ter sentimentos conflituosos e contraditórios em relação a si ou aos outros; os valores elevados, correspondem à associação das emoções aos valores do indivíduo, que regem a sua vida e que são “o que realmente importa” para este; o controlo remete para a crença de que o indivíduo não tem controlo sobre as suas emoções negativas intensas; o atordoamento (numbness) representa o atordoamento emocional, ou seja, a dificuldade de experimentar e vivenciar emoções; a necessidade de ser racional, corresponde à excessiva imposição da lógica e da razão sobre a emoção, de forma a inibir a expressão, a validação, a aceitação e auto compreensão; a duração, remete para a crença de que as emoções irão durar muito tempo, que são de duração indefinida e que conduzem a um sofrimento contínuo, revela a dificuldade de encarar as emoções como sendo um processo transitório; o consenso corresponde à naturalização/normalização dos próprios sentimentos, isto é, à crença de que as suas emoções são normativas e comuns aos outros; a aceitação das emoções é uma dimensão, que remete para a aceitação ou não dos sentimentos do indivíduo, de forma a permitir-se experienciar aquilo que sente, sem sentir a necessidade de tentar inibir, sendo a “aceitação ideal” isenta de julgamento, controlo ou medo; a ruminação corresponde à não aceitação de uma emoção ou a um pensamento exagerado e contínuo sobre a mesma; a expressão é a vontade de exprimir, expressar e aceitar a emoção sentida com os outros; e por último, a culpabilização do outro, que corresponde à culpabilização do outro face às emoções do próprio (Silva et al., 2022).

Existem diferentes tipos de esquemas, diferenciam-se os esquemas emocionais negativos dos EE positivos. Os EE negativos englobam as seguintes dimensões: visão simplista das emoções; atordoamento (numbness); racionalidade; duração; ruminação e culpabilização do outro. Os EE positivos são: validação; compreensão; valores elevados; controlo; consenso; aceitação; expressão; e sentimento de culpa (Morvaridi et al., 2019). Estas interpretações e avaliações das emoções são os esquemas emocionais de Leahy. “Os EE são a lente através da qual a experiência emocional é interpretada” (Leahy et al., 2012).

O ser humano recorre tanto a EE positivos como EE negativos, estes são ativados perante diferentes tipos de contextos e situações. Os esquemas emocionais que os indivíduos utilizam, podem ser considerados funcionais ou disfuncionais (Morvaridi et al., 2019). Os EE que são

ativados perante diferentes situações, diferem de pessoa para pessoa, assim como da estratégia de regulação emocional que utilizam para regular a mesma (Leahy, 2002, 2003, 2007a).

### **Regulação emocional**

O conceito de Regulação Emocional (RE) tem sido cada vez mais investigado nos últimos anos. A RE é considerada o produto proveniente de diferentes fatores de um espectro que engloba um conjunto de determinantes como: o genético, o neural e ainda, determinantes como: estilos cognitivos e situações imediatas (Schutte et al., 2009). A RE tem sido conceptualizada como o envolvimento de estratégias, às quais o indivíduo recorre para influenciar a experiência ou expressão das emoções (Gross, 1998). Por outras palavras, a RE é um conjunto heterogéneo de processos implicados na modificação da experiência emocional (Cole et al., 2004; Linehan, 1993). O processo de RE é considerado um elemento que proporciona aos indivíduos as competências necessárias para estes responderem com flexibilidade às exigências provocadas pelo seu meio envolvente. A RE, como processo, permite ao indivíduo atingir os objetivos pessoais e interpessoais aos quais o próprio se propõe (Snyder et al., 2006). A RE envolve a mudança das respostas emocionais através de processos ativos, estes são aprendidos e posteriormente tornam-se automáticos (Ochsner et al., 2012).

O Modelo de Processo da Regulação Emocional de Gross desenvolvido em 1998, define a RE como um conjunto de estratégias, utilizadas pelo indivíduo, com o objetivo de aumentar, manter ou diminuir a experiência afetiva, englobando um conjunto de sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas acerca de uma determinada emoção (Gross, 2010).

O ser humano está constantemente envolvido em processos de regulação relacionados com as próprias emoções, na maior parte das vezes tem como principal objetivo influenciar a experiência e expressão emocional (Gross, 1998). A RE é imprescindível, uma vez que, permite que o indivíduo se adapte às exigências do meio enquanto mantém um certo nível de bem-estar subjetivo (Gross, 1998).

As estratégias de RE referem-se à forma específica com que cada indivíduo lida com as próprias emoções. Este fenómeno pode ocorrer de forma consciente ou inconsciente, o indivíduo pode não estar totalmente consciente da estratégia de RE que está a utilizar, o que procura é regular as emoções, pelo que o principal objetivo destas estratégias é obter certos resultados psicológicos. Os estados emocionais negativos mobilizam no indivíduo um conjunto de

estratégias, recursos mentais e físicos, para a tentativa de regulação emocional (Sapolsky, 2007). As estratégias de RE que o indivíduo utiliza podem estar relacionadas com a psicopatologia, uma vez que estratégias de RE consideradas mal adaptativas estão associadas a sintomas clínicos como: depressão, ansiedade, distúrbios alimentares e perturbação de dependência de substâncias (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012).

Um indivíduo reage a uma emoção através da avaliação que faz em relação a um conjunto de avaliações, que construiu acerca dessa mesma emoção. Ou seja, a qualidade e intensidade da emoção evocada não é impulsionada pela situação em que esta ocorre, mas sim pela avaliação que o indivíduo faz dessa emoção (Schmidt et al., 2010). Para que a experiência da RE seja de sucesso é fulcral, que as estratégias de RE a que o indivíduo recorre sejam eficazes, no sentido de ser bem-sucedido na consecução do seu principal objetivo da regulação e que sejam adaptáveis, isto é, associado a melhores resultados a longo prazo, para a saúde mental e física do próprio (Gross, 2015). Os autores Gratz e Roemer (2004) propuseram um modelo para relacionar a RE com a psicopatologia, estes autores definem a RE como sendo uma construção multidimensional que se caracteriza por quatro principais aspetos: 1) a consciência, compreensão e aceitação da experiência emocional; 2) a capacidade do indivíduo de se envolver em comportamentos dirigidos para objetivos, com a capacidade de inibir comportamentos impulsivos quando experienciam uma emoção negativa; 3) a utilização flexível de estratégias adequadas para moldar a intensidade e duração das respostas emocionais; 4) disponibilidade do indivíduo para procurar o significado de emoções negativas, como integrantes da vida. Face a este modelo, se um indivíduo apresentar défices num destes aspetos considera-se que tem dificuldade na Regulação das próprias emoções (Gratz & Roemer, 2004). A desregulação emocional ou dificuldade de regulação emocional é consequência de uma vulnerabilidade emocional e de uma incapacidade de regular as emoções. Esta desregulação emocional não está relacionada com a natureza ou qualidade das respostas emocionais, mas das estratégias de coping desadaptativas a que estes recorrem para lidar com as emoções (Gratz & Roemer, 2004). As estratégias de RE que são consideradas adaptativas são: aceitação (Hayes, et al., 1999), resolução de problemas (Billings & Moos, 1981; Hofmann & Asmundson, 2008) e a reapreciação (Gross & John, 2003; Lazarus & Alfert, 1964). Enquanto as estratégias de RE que são mal adaptativas e disfuncionais para os indivíduos são: ruminação (Nolen-Hoeksema, 1991), supressão (Gross & Levenson, 1993; Wegner & Zanakos, 1994) e evitamento (Hayes et al.,

2009). A reavaliação cognitiva e a supressão são as estratégias mais utilizadas no dia-a-dia, por cada um de nós. A reavaliação cognitiva passa pela modificação cognitiva, onde o foco antecede o impacto emocional, e desta forma, o indivíduo tem a capacidade de alterar cognitivamente a forma de avaliar a situação, com o objetivo final de alterar a resposta emocional. O mesmo não se verifica na supressão emocional, cujo foco é posterior ao impacto emocional, aqui passa pela tentativa de alteração da experiência emocional (Gross, 2002; Webb, Miles & Sheeran, 2012).

De acordo com um estudo de Brans e colaboradores em 2013, com uma amostra geral de estudantes da universidade de Midwestern, pediram aos participantes para contabilizar quantas estratégias de RE é que utilizavam para se regular emocionalmente, chegaram à conclusão de que um indivíduo utiliza várias estratégias para se regular, ao longo do dia, e não aplica apenas uma. Os resultados desta investigação concluíram que um indivíduo para regular uma emoção negativa utiliza em média 7,2 estratégias e para regular uma emoção positiva utiliza 7,6 estratégias de RE (Chesney et al., 2019). Desta forma, é notório que todos os indivíduos utilizam diversas estratégias para regular uma emoção, isto é, mesmo que predomine uma estratégia, estes acabam por recorrer a várias. Os resultados desta investigação foram de encontro ao esperado, uma vez que os indivíduos que confiam nas estratégias funcionais relataram ter sintomas mais leves, ao invés dos que relataram utilizar estratégias consideradas desadaptativas que demonstraram ter sintomas mais severos.

A dificuldade de Regulação emocional desenvolve um papel fulcral para o desenvolvimento de psicopatologia (Mennin et al., 2007; Taylor et al., 1999). A POC está relacionada com dificuldades ao nível da regulação emocional funcional, isto é especialmente visível, nesta perturbação, através das compulsões, que representam uma estratégia desadaptativa de regulação emocional, que mantém a perturbação (Calkins et al., 2013).

### **Regulação Emocional e POC**

A forma como os indivíduos regulam as suas experiências emocionais está intimamente relacionado com os diferentes graus de bem-estar psicológico. Existem diferentes tipos de estratégias de RE, umas que levam o indivíduo ao resultado psicológico desejado, enquanto outras, têm o efeito oposto e conduzem a resultados psicológicos indesejados (Aldao et al., 2010). Determinadas estratégias de RE estão associadas a uma menor angústia psicológica e consequentemente, a menores níveis de ansiedade e sintomas depressivos, estas estratégias

caracterizam-se essencialmente pela reavaliação cognitiva e pelo envolvimento do indivíduo na resolução de problemas, estas estratégias são consideradas adaptativas. As estratégias associadas a um aumento dos sintomas depressivos (D'Avanzato et al., 2013) e de ansiedade (Cisler et al., 2010), que diminuem os níveis de bem-estar (Gross & Oliver, 2003) e aumentam a dificuldade das relações interpessoais (Butler et al., 2003) são: a supressão, o evitamento e a ruminação, sendo por isso consideradas estratégias desadaptativas (Chesney et al., 2019).

As estratégias de RE têm implicações fulcrais na saúde mental do indivíduo e no seu bem-estar psicológico. Existe uma relação entre a dificuldade de RE e a psicopatologia, nomeadamente, na depressão, ansiedade, perturbação de alimentação e de abuso de substâncias (Aldao et al., 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2010; Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012) A má regulação das emoções desempenha um papel crucial no desenvolvimento e manutenção da psicopatologia (Mennin et al., 2007; Taylor et al., 1999). Uma pior RE está associada a piores funcionamentos, afeta determinadas áreas nomeadamente na tomada de decisão, na dificuldade dos comportamentos orientados para os objetivos e na dificuldade de se adaptar às exigências da vida. Todas estas dificuldades de RE têm um impacto consideravelmente negativo na vida pessoal, social e profissional de cada indivíduo. A desregulação emocional concentra três fatores que são responsáveis pela mesma, são estes: má compreensão das emoções, reatividade negativa para responder ao estado emocional e uma regulação emocional desadaptativa. Uma reduzida compreensão das emoções diminui a confiança dos indivíduos relativamente à capacidade de autocontrolo das próprias emoções, o que desenvolve medo dos próprios estados emocionais, recorrendo assim a estratégias de coping desadaptativas. Este tipo de estratégias reforçam a necessidade do indivíduo de comprovação das crenças negativas perante a emoção e criam um ciclo, que pode exacerbar a psicopatologia (Stern et al., 2014; Turk et al., 2005).

Também a POC está relacionada com dificuldades de RE. Estudos anteriores revelam que indivíduos com POC utilizam maioritariamente como estratégia de Regulação emocional, a supressão, geralmente conceptualizada como uma estratégia mal adaptativa para evitar a RE (Fergus & Bardeen, 2014), esta estratégia desenvolve maiores níveis de angústia, ansiedade e pensamentos intrusivos (Janeck et al., 1999; Najmi et al., 2009) A recorrência a compulsões, geradas pelas obsessões na patologia da POC é considerada um método disfuncional de RE, que mantém a angústia. A supressão, como estratégia de RE está associada a um agravamento e aumento significativo dos sintomas obsessivo-compulsivos (Cisler et al., 2010). Ao invés,

indivíduos que recorrem a estratégias de reavaliação cognitiva e aceitação diminuem a angústia sentida e conseqüentemente os sintomas da POC (Najmi et al., 2009). Na POC, os indivíduos interpretam as obsessões como pensamentos, constituídos por uma elevada carga negativa e com possíveis conseqüências para o mesmo ou para os que o rodeiam, o que leva a um aumento da percepção de ameaça e angústia (Clark, 2004) para anular estes pensamentos intrusivos (obsessões) recorrem às compulsões, como tentativa de aliviar a ansiedade sentida. Contudo este ciclo que se cria de obsessão-compulsão, em vez de diminuir a ansiedade, aumenta-a, uma vez que, gera no indivíduo pouca confiança na própria capacidade de regular a angústia causada pelas obsessões, reforçando assim, o uso continuado de estratégias de RE, que são disfuncionais, como as compulsões. O indivíduo, ao recorrer às compulsões, não entra em contacto com as emoções que lhe causam angústia, não sendo, assim, capaz de inibir o acesso à informação contraditória que recebe dos pensamentos intrusivos (Calkins et al., 2013).

De acordo com a investigação de Stern e colaboradores (2014) com uma amostra com POC, concluíram que os sintomas obsessivo-compulsivos (de lavagem, verificação, dúvida, ordem e acumulativos) estavam relacionados com uma pobre compreensão das emoções. Constataram que todos os domínios de sintomas de POC estavam associados a emoções, ao medo de ansiedade, humor depressivo e raiva. Nos resultados desta investigação, concluíram que a relação entre a sintomatologia da POC e o medo de emoções está relacionado com o medo de perder o controlo. Indivíduos com POC mais agravada, tendencialmente evitam o que é considerado para estes a novidade. As compulsões são consideradas uma forma de reprimir, evitar ou experimentar as emoções. No estudo de Coleman e colaboradores (2011) definiram que a reatividade à emoção e gestão desadaptativa das emoções está consideravelmente associada a comportamentos de verificação (Stern et al., 2014).

Fergus e Bardeen (2014), concluíram na sua investigação que existe uma associação direta e única entre determinados tipos de dificuldade de RE e sintomas da POC, especificamente, na dificuldade em inibir o controlo de impulsos em comportamentos, quando são experienciadas emoções negativas, na supressão e na falta de clareza emocional. No contexto da POC, a RE pode afetar o grau e intensidade de pensamentos intrusivos (obsessões), que podem evoluir para estados afetivos negativos e prolongados (Abramowitz et al. 2001; Fergus & Bardeen, 2014).

De acordo com a investigação de khosravani e colaboradores (2020), os autores propõe outras dimensões de RE, perante a sua amostra de indivíduos com POC, que têm uma elevada reatividade emocional devido às dificuldades de RE, como o medo, a supressão, a gestão maladaptativa, a não aceitação, falta de clareza das emoções e má compreensão das emoções (Khosravani et al., 2020). Conjetura-se que pacientes com POC têm mais dificuldades em gerir as suas emoções angustiantes de forma construtiva, e por isso, em substituição adotam comportamentos sintomáticos, que podem reduzir a angústia a curto prazo, no entanto mantém a sintomatologia a longo prazo (Fergus & Bardeen, 2014). Em amostras não-clínicas comprovou-se o mesmo, que dificuldades de RE estavam associadas a uma maior sintomatologia obsessiva-compulsiva. No entanto, Berman et al. (2018) encontraram associações positivas entre crenças obsessivas e dificuldades de RE (Berman et al., 2018).

Associar a dificuldade de RE, que se manifesta maioritariamente no indivíduo, a uma das dimensões da sintomatologia obsessiva-compulsiva, pode ser muito vantajoso, uma vez que é possível adaptar a intervenção para melhor responder às necessidades de cada indivíduo. O treino da RE, tem o principal objetivo de prevenir a evitação emocional, aumentando a consciência emocional e melhorando a tolerância dos indivíduos face às emoções desconfortáveis, diminuindo a severidade dos sintomas da POC e gerando um efeito mais forte nas obsessões do que nas compulsões (Allen and Barlow 2009).

De acordo com um estudo de Berman e colaboradores (2018), existe uma associação positiva consistente entre o grau de clareza emocional e a severidade dos sintomas de POC, numa amostra comunitária clínica e não clínica. Contudo em relação às outras dimensões de RE como: a dificuldade de aceitar respostas emocionais sem julgamento; acesso limitado a estratégias de RE eficazes; e dificuldade em ter comportamentos orientados para os objetivos, só manifestavam uma ligação direta à severidade dos sintomas da POC numa amostra clínica, não era alargada para uma amostra geral (Berman et al., 2018).

Em conformidade com os resultados dos artigos supracitados é notório, nos múltiplos artigos, que existe uma associação entre dificuldade de Regulação emocional e severidade dos sintomas da POC. Existe uma conformidade nos resultados em relação à dimensão de dificuldade de RE, que tem maior impacto na POC, sendo esta dimensão a falta de clareza emocional. Outros estudos de Fergus & Bardeen (2014) e Stern (2014) associam ainda à POC, outra dimensão de dificuldade de Regulação emocional, que é a dificuldade de controlo de impulsos.

Os EE são emoções que contêm ou dão acesso às cognições (Leahy, 2002). São as estratégias que os indivíduos utilizam perante as emoções e estas podem ter um impacto na sua experiência emocional. Os esquemas emocionais apresentam um papel inseparável da regulação emocional, uma vez que a cognição que cada um apresenta acerca de uma emoção antecede a estratégia de RE que irá ser utilizada para regular essa mesma emoção. Isto é, os esquemas emocionais estão subjacentes a dificuldades de RE e a diversas perturbações psicopatológicas, como na POC (Leahy, 2002).

### **Esquemas Emocionais e POC**

EE representam crenças e estratégias emocionais acerca da forma como se responde a uma emoção, desta forma os EE englobam padrões de resposta a experiências emocionais como: a ruminação, preocupação, culpabilização, evitamento, dissociação e fuga (Leahy, 2002). A interpretação que os indivíduos fazem em relação às suas emoções está associada à vulnerabilidade face a perturbações psicológicas. Quando um indivíduo percebe a própria emoção como insuportável ou vergonhosa, este terá tendência para suprimi-la, evitá-la e/ou transformá-la, esta estratégia é uma estratégia considerada disfuncional (Leahy, 2002, 2016). De acordo, com a Terapia de Esquemas Emocionais, os indivíduos variam nas crenças que têm acerca das suas emoções dolorosas, isto é, na forma como estas emoções podem ser expressas, validadas, aceites e utilizadas (Leahy, 2007a).

O Modelo dos esquemas emocionais sugere que as crenças que os indivíduos têm sobre as emoções podem produzir um efeito em relação a uma extensa gama de condições psicopatológicas e os esquemas emocionais negativos, a que os indivíduos recorrem surgem como uma estratégia de RE disfuncional (Leahy, 2018). Os esquemas emocionais estão associados a vastos processos implicados em distúrbios psicológicos e consecutivamente a uma ampla qualidade de sintomas. Segundo Leahy, indivíduos que recorrem a crenças negativas sobre as suas emoções estavam mais deprimidos, ansiosos e mais avessos ao risco (Leahy et al., 2012). Os EE podem intensificar ou manter a ansiedade e depressão, através das avaliações que os indivíduos fazem acerca destas patologias e dos estilos disfuncionais a que recorrem para lidar com os sintomas depressivos e de ansiedade, que desta forma mantêm a experiência patológica (Leahy, 2002; Leahy, 2007a; Leahy, 2007b; Leahy, 2007c).

De acordo o estudo de Tirsch e colaboradores (2012), 10 das 14 dimensões de esquemas emocionais avaliados pela escala de LESS estão relacionadas com a ansiedade, no entanto existem 4 dimensões que não apontam para uma associação entre EE e ansiedade são estes: atordoamento (numbness), necessidade de ser racional, expressão emocional e crença das emoções que são indicadores de maiores valores (Tirsch et al., 2012).

É expressa a associação existente entre esquemas emocionais e sintomas de psicopatologia (Leahy, 2007a), esquemas emocionais negativos estão associados a maiores níveis de ansiedade (Tirsch et al., 2012). Nomeadamente, a duração longa da experiência emocional e a perda de controlo são as dimensões de EE com uma correlação maior com a ansiedade (Tirsch et al., 2012). A rigidez psicológica está associada a crenças sobre uma maior duração da experiência emocional e incontabilidade das próprias emoções, estas crenças representam no indivíduo um esquema de perigo (Barlow 2001; Beck and Clark 1997; Wells et al., 2009). Os EE negativos podem estar relacionados com POC através da correlação que estes têm com a depressão, menor flexibilidade psicológica, ansiedade (Tirsch et al., 2012; Rezaei et al., 2016), dificuldade de RE (Mazloom et al., 2016) e estratégias de coping disfuncionais (Rezaei et al., 2016). EE considerados negativos estão associados a esquemas mal adaptativos e à sintomatologia psicopatológica (Erfan et al., 2017; Mazloom et al., 2016; Naderi, 2015; Rezaei et al., 2016; Sirota et al., 2018).

Os esquemas emocionais de indivíduos com POC, podem ser descritos como um conjunto de crenças de responsabilidade sobre a necessidade de neutralizar as obsessões, sobre o seu significado e implicação pessoal das mesmas (Clark, 2004; Wells et al., 2009). Na investigação de Khosravani e colaboradores (2020), concluíram que perante uma amostra geral, isto é, com população clínica (com POC) e não clínica (sem POC), os indivíduos com POC apresentavam maiores pontuações nos EE negativos, especificamente de culpa e falta de controlo, em comparação com indivíduos sem POC, estes obtiveram maiores pontuações nas dimensões de EE adaptativo, nomeadamente na dimensão de valores mais elevados, aceitação das emoções e na expressão das emoções (Khosravani et al., 2020). Segundo os resultados dos autores, o EE de sentimento de culpa, antecede as dimensões da sintomatologia da POC de responsabilidade pela ordem e simetria. Assim como, o EE de perda de controlo e esquemas mal adaptativos são preditores da severidade de sintomatologia da POC. O medo do sentir culpa está fortemente relacionado com a POC, ainda mais do que noutras patologias como a depressão,

ansiedade e stress, isto pode aumentar os comportamentos obsessivo-compulsivos, como por exemplo: a necessidade de verificação, responsabilidade extrema e pensamentos intrusivos. Tanto os pensamentos obsessivos, como as crenças acerca das emoções estão associados a pensamentos obsessivo-compulsivos considerados inaceitáveis. De acordo com os autores a Terapia de Esquemas Emocionais (TEE) é fulcral para reduzir EE negativos como a culpa e a falta de controlo, muito comumente utilizados em indivíduos com POC, que consequentemente diminui os sintomas de POC (Khosravani et al., 2020).

De acordo com os resultados do estudo de Oguz e colaboradores (2019), as dimensões de EE como: falta de controlo, compreensão, ruminação, perigo, sentimento de culpa e dissociação são as mais utilizadas pelos indivíduos com POC e perturbação de pânico, a utilização destes EE não se verificou numa amostra não clínica. Os resultados revelaram, que perante a amostra clínica (POC e Perturbação de pânico), os indivíduos recorrem mais a EE negativos e apresentam níveis inferiores de flexibilidade cognitiva (Oguz et al., 2019).

Tal como seria de esperar, os indivíduos que sofrem de perturbação de pânico e de POC apresentam maior recorrência a EE negativos, pois estes estão associados a maiores níveis de ansiedade. De acordo com os artigos mencionados, as dimensões de EE que estão mais fortemente associados à POC são: o sentimento de culpa e a perda de controlo. Indivíduos com POC utilizam mais fortemente EE negativos (Khosravani et al., 2020). Os esquemas emocionais negativos, a que os indivíduos recorrem surgem como uma estratégia de RE disfuncional (Leahy, 2018).

É visível que existe uma relação entre as três variáveis, pois perante uma emoção, o indivíduo vai avaliá-la de acordo com um conjunto de avaliações e cognições que tem acerca dessa emoção e para lidar com a emoção vai variar nas estratégias que utiliza para regulá-la emocionalmente, podendo estas estratégias ser consideradas funcionais ou disfuncionais.

### **Esquemas Emocionais e Regulação emocional**

Os esquemas emocionais são ativados perante diversos tipos de situações. Isto é, tanto em situações em que os EE ativados sejam desadequados, como perante respostas emocionais consideradas disfuncionais ou quando o sistema emocional se encontra desregulado. A experiência subjetiva da emoção pode ser desadaptativa, pelo que é essencial regular esta mesma emoção, através de estratégias adaptativas de RE (Gross, 2014).

É essencial que um indivíduo entre em contacto com a sua experiência emocional. Este contacto tem influência na RE, uma vez que quando os indivíduos não entram em contacto com a emoção, estes não desenvolvem a capacidade de a regular de forma adaptativa, recorrendo assim a estratégias de RE disfuncionais (Faustino & Vasco, 2021).

De acordo com os resultados da investigação de Faustino e Vasco (2021) a reavaliação cognitiva, estratégia de RE, estava associada unicamente ao EE da incontrolabilidade/necessidade de controlo. Isto ocorre, possivelmente, devido ao facto deste EE, que engloba crenças de que as emoções negativas estão associadas ao perigo são inúteis e incontroláveis sobre as quais os indivíduos devem ter o máximo de controlo, deste modo, a estratégia de reavaliação cognitiva surge como uma antecipação da ativação dos esquemas, uma vez que a experiência emocional é interpretada como sendo negativa. A não aceitação/ incompreensão da experiência emocional, pode prejudicar a RE. Quando um indivíduo interpreta a própria emoção como intolerante, vergonhosa, inaceitável e sem significado está mais propenso à vulnerabilidade dos sintomas psicopatológicos. Foi consistente com a hipótese dos autores, de que apenas os EE de não aceitação e incompreensão das emoções, perante a estratégia de RE de reavaliação cognitiva são preditores de sintomatologia. Outra das hipóteses dos autores, que foi confirmada no estudo, afirma que os EE de: não aceitação/ incompreensão, falta de controlo e invalidação das emoções são um mediador da relação entre a supressão, estratégia disfuncional de RE, e a sintomatologia, uma vez que os indivíduos que têm maior dificuldade em aceitar, controlar e validar as suas emoções recorrem à supressão para conseguir tolerar o desconforto causado pelo esquema ativado (Faustino & Vasco, 2021).

A Terapia dos Esquemas Emocionais é uma abordagem metacognitiva de regulação das emoções, quando uma emoção é ativada os indivíduos variam na avaliação desta emoção e nas estratégias a que recorrem para lidar com a emoção. Cada pessoa conceptualiza as suas emoções de forma diferente, uma vez que os indivíduos têm esquemas diferentes acerca das emoções (Leahy, 2002). A TEE foi tida como eficaz na redução dos sintomas depressivos e na modificação de crenças sobre as emoções e na estratégia de regulação das emoções, nomeadamente nos indivíduos com depressão, a TEE, revelou-se eficaz na redução dos EE negativos, como a ruminação. A TEE é responsável por uma redução nos esquemas emocionais de culpa, de visão simplista das emoções e por um aumento das do EE de aceitação das emoções (Daneshmandi et al., 2014). Os EE que promovem a validação e aceitação das emoções

contribuem fortemente para uma RE adaptativa, ao invés, dos EE que julgam e evitam as emoções estão associados a estratégias de RE maladaptativas (Leahy, 2002, 2016; Edwards & Wupperman, 2019). De acordo com a investigação de Morvaridi e colaboradores (2019), a TEE melhora significativamente a reavaliação cognitiva e diminui a utilização da estratégia supressão (Morvaridi et al., 2019). Em suma, o objetivo da TEE passa por alterar as estratégias de RE desadaptativas através da identificação e substituição dos EE e consequentemente estratégias de RE adaptativas (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011).

Os EE estão subjacentes às dificuldades de RE e a diversas perturbações psicopatológicas. Estes podem ter um papel indissociável de diferentes estratégias de RE, especificamente através de estratégias de RE como: supressão e a reavaliação cognitiva. Foi demonstrado através do artigo de Faustino e Vasco, que os EE desempenham um papel mediador na relação entre RE e a sintomatologia (Faustino & Vasco, 2021). Dificuldades na RE, expressas através de estratégias desadaptativas como a supressão e evitamento, estão associadas a expectativas negativas sobre a expressão das emoções (Faustino & Vasco, 2021). Ou seja, indivíduos que recorrem frequentemente a estratégias de desregulação emocional, interpretam as emoções como sendo perigosas, incontrolláveis e intoleráveis (Corstorphine, 2006; Manser et al., 2012; Stewart et al., 2001).

Segundo os resultados da investigação de Mazloom (2016) com uma amostra comunitária, concluíram que o impacto dos EE na sintomatologia de stress pós-traumático dependia do papel mediador da RE, uma vez que os EE por si só não impactam a sintomatologia de stress pós-traumático (Mazloom et al., 2016).

### **O presente estudo**

A literatura supracitada observou que cada indivíduo interpreta e conceptualiza as suas emoções de forma diferente, devido aos EE que utiliza, que permitem compreender como os indivíduos interpretam, experienciam e expressam as próprias emoções (Leahy, 2002).

Estes podem exacerbar e predizer a psicopatologia, consoante a estratégia que cada indivíduo utiliza para regular emocionalmente a emoção experimentada (Mennin et al., 2007; Taylor et al., 1999). Com base na literatura revista, espera-se que indivíduos que recorram a esquemas emocionais negativos, apresentem maior propensão de desenvolver perturbações de ansiedade e por sua vez sintomatologia obsessiva-compulsiva. Relativamente à regulação

emocional, a literatura mostra que indivíduos que apresentam maior dificuldade em regular as suas emoções apresentam igualmente, maior tendência para desenvolver perturbações de ansiedade e POC. Existem associações entre o aumento da sintomatologia obsessiva-compulsiva e a dificuldade de regulação emocional (Berman et al., 2018; (Fergus & Bardeen, 2014; Stern et al., 2014; Yap et al., 2018) Assim como, evidências acerca da ligação entre a utilização de EE negativos e o aumento e severidade da sintomatologia POC (Oguz et al., 2019). No artigo de Mazloom e colaboradores, os autores concluíram que os EE não eram suficientes para ter impacto na sintomatologia de Stress pós-traumático, esta relação só existia mediante a RE (Mazloom et al., 2016). Contudo, os autores Faustino e Vasco vêm propor outra interpretação, onde concluem que os esquemas emocionais desempenham um papel mediador na relação entre RE e a sintomatologia (Faustino & Vasco, 2021).

É esperado que exista uma relação entre as três variáveis propostas. Estudos anteriores revelaram que estas se encontram todas relacionadas e, ainda, que umas são preditores de outras. Contudo não foi, até então, analisado o papel da Regulação Emocional como variável mediadora, entre a relação das outras duas variáveis. Perante esta mediação será possível analisar o impacto dos EE (VI) na sintomatologia obsessiva compulsiva (VD). Esta mediação, tem como variável mediadora (VM) a dificuldade de Regulação emocional, sendo o mecanismo pelo qual os EE influenciam a sintomatologia obsessiva compulsiva. Torna-se essencial analisar esta relação para uma melhor intervenção terapêutica e conseqüentemente, uma diminuição dos sintomas obsessivo-compulsivos, bem como pode contribuir para expandir o conhecimento acerca da sintomatologia obsessiva-compulsiva.

O presente estudo seguiu um Modelo quantitativo, correlacional com corte transversal. Para o modelo empírico da mediação é fulcral considerar os efeitos diretos e indiretos da relação, bem como o efeito total do modelo. Para isso foram delineados os seguintes objetivos para estudar os efeitos do modelo: (1) perceber a influência dos esquemas emocionais nas características da sintomatologia obsessivo-compulsiva, analisando se existe uma associação entre determinados tipos de esquemas nas características obsessiva-compulsiva; (2) analisar o impacto dos esquemas emocionais na Regulação emocional, que por sua vez, vai desenvolver as características da sintomatologia obsessiva; E por último, (3) compreender o papel da Regulação emocional, na relação entre EE e sintomatologia obsessiva-compulsiva. Desta forma, o principal objetivo deste estudo passa por perceber qual o impacto dos esquemas emocionais no desenvolvimento de

características da sintomatologia obsessivo-compulsiva, mediado pela Regulação Emocional, numa amostra comunitária.

## Método

### Participantes

Para este estudo recorreu-se aos seguintes critérios de inclusão: os participantes compreenderem a língua portuguesa, terem idade igual ou superior a 18 anos e autorizarem a sua participação no presente estudo.

O tipo de amostra do estudo é uma amostra não probabilística por conveniência. O presente estudo contou com a participação de 1224 participantes, contudo, os dados de 5 participantes foram excluídos, por estes, não terem aceitado a sua participação na investigação. Deste modo, a amostra do estudo conta com 1219 participantes.

Dos 1219 participantes, 938 (76,7%) são do género feminino, 278 (22,7%) do género masculino e 3 (0,2%) participantes selecionaram “outro”. A idade dos participantes encontra-se entre os 18 e os 82 anos, com uma média de 40,8 e um Desvio Padrão de 15,24 anos. 96,2% dos participantes é de nacionalidade portuguesa, 2,8% é de nacionalidade brasileira e o restante são de outras nacionalidades. Dos participantes, 22 (1,8%) disseram que lhes tinha sido atribuído o diagnóstico de Perturbação Obsessiva-compulsiva (POC).

**Tabela 1**

*Caraterização da amostra (N= 1219)*

Variável	Caracterização
Distrito	Lisboa 887 (72,8%); Porto 83 (6,8%); Setúbal 49 (4%); Portalegre 29 (2,4%); Coimbra 25 (2%); Faro 24 (2%); Santarém 22 (1,8%); Leiria 18 (1,5%); Braga 17 (1,4%); Aveiro 16 (1,3%); Viseu 14 (1,1%); Évora 9 (0,7%); Castelo-Branco 7 (0,6%); Região Autónoma dos Açores 7 (0,6%); Região Autónoma da Madeira 5 (0,4%); Viana do Castelo 3 (0,2%); Vila Real 2 (0,2%); Guarda 1 (0,1%); Beja 1 (0,1%)
Habilitações Literárias	Licenciatura 506 (41,5%); Mestrado 268 (22%); Secundário 172 (14,1%); Pós-Graduação 92 (7,5%); Bacharelado 58 (4,8%); Curso Técnico-profissional 54 (4,4%); Doutoramento 47 (3,9%); 3º Ciclo 20 (1,6%); 2º Ciclo 2 (0,2%)

---

Acompanhamento no último ano	Sim 342 (28,1%); Não 877 (71,9%)
Tipo de acompanhamento (N= 342)	Psicológico 215 (63%); Psiquiátrico 41 (12%); Ambos 85 (25%)
Diagnóstico de Perturbação Mental	Sim 152 (12,5%); Não 1067 (87,5%)
Qual?	Depressão 42 (27,3%); Depressão e Ansiedade 23 (14,9%); Ansiedade Generalizada 32 (20,8%); Ansiedade 15 (9,7%); Bipolaridade 7 (4,5%); Depressão, distúrbio de ansiedade e Burnout 5 (3,2%); PSPT 4 (2,6%); THDA 4 (2,6%); Défice de Atenção 3 (1,9%); Borderline 3 (1,9%); POC 5 (3,2%); Ansiedade Social 2 (1,3%); Depressão endógena 2 (1,3%); Agorafobia 1 (0,6%); entre outras (3,6%)

---

## Instrumentos

**Questionário Sociodemográfico.** Este instrumento de autorresposta pretende recolher de forma sucinta a informação demográfica acerca dos participantes que participaram neste estudo, anotando o género, a idade, a nacionalidade, o distrito, as habilitações literárias, se tem ou teve, no último ano, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico, se foi diagnosticado, ao participante, Perturbação Obsessiva-compulsiva (POC) e se tem alguma outra perturbação mental ou não (Anexo B).

**Inventário Obsessivo de Coimbra - Versão Reduzida (IOC-R).** O IOC foi desenvolvido, em Portugal, por Galhardo e Pinto-Gouveia (2008). É constituído por duas escalas: frequência e perturbação emocional, cada uma com 50 itens de autorresposta, que têm

como objetivo avaliar a frequência e o grau de perturbação emocional em relação à sintomatologia obsessivo-compulsiva. Uma vez que, se trata de um instrumento muito extenso, o presente estudo utilizou a Versão Reduzida do IOC, desenvolvida por Anastácio e Galhardo (Galhardo et al., 2020). O IOC-R é composto por 19 itens de autorresposta, compreendidas nas mesmas duas escalas: de Frequência (IOC-F) e de Perturbação Emocional (IOC-PE), divididos em 5 diferentes subescalas: “Contaminação/ Lavagem”; “Indecisão/ Lentidão”; “Verificação repetida/ Acumulação”; “Conteúdos Imorais” e “Pensamento Mágico” (Galhardo et al., 2020).

A escala IOC-F é respondida de acordo com uma escala de Likert, que contém 5 pontos desde: “0 – Nunca me acontece” até “4 – Acontece-me sempre”. Para a escala IOC-PE, os respondentes avaliam a perturbação emocional causada através de uma escala de Likert, desde “0 – Não me perturba absolutamente nada” até “4 – Perturba-me muitíssimo”(Galhardo et al., 2020).

O IOC-R apresenta boas propriedades psicométricas, com uma excelente consistência interna (Galhardo et al., 2020). No presente estudo o instrumento apresenta boas propriedades psicométricas com um *Alfa de Cronbach* de 0,89. Relativamente às subescalas, estas apresentam valores de consistência interna que variam entre o razoável e bom. A subescala “Contaminação/lavagem” apresenta um *Alfa de Croanbach* de 0,84; a “indecisão/ lentidão” de 0,74; a “verificação repetida/ acumulação” de 0,74; a “conteúdos imorais” de 0,71; e “pensamento mágico” de 0,84.

**Escala de Dificuldade de Regulação Emocional – Versão Reduzida (EDRE- VR).** A Escala de Dificuldade de Regulação Emocional (EDRE), na sua versão original é composta por 36 itens, foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Veloso, Pinto-Gouveia e Dinis (2011). A versão Reduzida desta escala (EDRE-VR), desenvolvida por Moreira, Gouveia, & Canavarro (2020), está composta por 18 itens de autorresposta, respondidos através de uma escala de Likert dividida em 5 pontos que variam desde “1- Quase Nunca” até “5- Quase Sempre” (Moreira et al., 2020).

O objetivo desta escala passa por avaliar as dificuldades que um indivíduo apresenta em relação a diferentes níveis de regulação emocional, divididos em: não-aceitação das respostas emocionais, dificuldades relacionadas com os comportamentos dirigidos para objetivos, dificuldades de controlo de impulsos, falta de consciência emocional, acesso limitado às estratégias de regulação emocional e a falta de clareza emocional (Moreira et al., 2020).

Esta escala (EDRE-VR) apresenta boas propriedades psicométricas, com um *Alfa de Cronbach* entre os 0.78 e os 0.91 (Moreira et al., 2020). No presente estudo a escala apresentou muito boas propriedades psicométricas, com um *Alfa de Cronbach* de 0,91. Relativamente às dimensões da EDRE-VR, estas apresentaram uma consistência interna entre razoável e muito boa, a dimensão conscientização apresentou um *Alfa de Cronbach* de 0,70; os objetivos de 0,90; a clareza de 0,87; a não-aceitação de 0,79; impulsos de 0,88; por fim, a dimensão estratégias apresentou de 0,82.

**Questionário de Esquemas Emocionais de Leahy (LESS).** O questionário de esquemas emocionais de Leahy (LESS), foi desenvolvido em 2002, por Leahy. Foi adaptado para a população portuguesa em 2019 por Ana Nunes da Silva, Marta Matos, Bruno Faustino e David Dias Neto. O objetivo deste questionário passa por compreender os estados acerca de como uma pessoa lida com as suas crenças e emoções (Silva et al., 2022).

Este questionário é constituído por 50 itens de autorresposta, respondidos através de uma escala de Likert desde “1 - Muito falso para mim” até “6 - Muito verdadeiro para mim”. Está dividido em 14 subdimensões que são: invalidação, baixa compreensão, sentimento de culpa, visão simplista das emoções, ausência de valores superiores, perda de controlo, atordoamento (numbness), necessidade de ser racionalidade, duração, baixo consenso, falta de aceitação das emoções, ruminação, expressão reduzida e culpabilização dos outros (Silva et al., 2022). Contudo, apesar da existência de 14 subdimensões, os autores, delinearam que estas subescalas podem ser agrupadas em 5 principais fatores: 1) Avaliação Negativa da Emoção; 2) Dificuldade de Reavaliação; 3) Naturalização dos Próprios Sentimentos; 4) Visão Simplista da Emoção; 5) Necessidade de Ser Racional.

O primeiro fator diz respeito à compreensão, controlo, sentimento de culpa, não aceitação, duração, visão simplista e ruminação, composto por 21 itens. Este é o fator, que está mais fortemente correlacionado com a psicopatologia, desregulação emocional e dificuldades de processar emoções. O segundo fator remete para a não aceitação, valores elevados, expressão e ruminação e é composto por 6 itens. O terceiro fator remete para o consenso, culpa, duração e não aceitação das emoções e é composto por 5 itens. O quarto fator está direcionado para uma visão simplista da emoção e ruminação, englobando 3 itens. O último fator, remete para a

necessidade de ser racional, expressão reduzida, valores elevados, duração e atordoamento (numbness) é composto por 6 itens.

No presente estudo, os valores de consistência interna encontram-se entre o fraco e muito bom, isto é, o fator Avaliação Negativa da Emoção apresenta um *Alfa de Cronbach* de 0,94; a dificuldade de Reavaliação de 0,68; a Naturalização dos Próprios Sentimentos de 0,61; a visão Simplista da Emoção apresentou de 0,66; e por último, a necessidade de Ser Racional de 0,49.

## **Procedimento**

Antes da divulgação do questionário, foi realizado um questionário piloto a três participantes. Estes notaram um erro na ordem das questões, num instrumento. Sugeriram ainda a alteração da ordem dos instrumentos, uma vez que no final do questionário, o participante já apresentava uma maior fadiga, seria vantajoso para a investigação colocar como último instrumento o questionário sociodemográfico, pois, este instrumento, exige uma menor concentração e introspecção, que os outros instrumentos.

Para a recolha da amostra recorreu-se a um inquérito online realizado através do Google Forms, a partilha do questionário fez-se através das redes sociais e da divulgação.

O questionário utilizado neste estudo é composto pelos seguintes instrumentos: consentimento informado (Anexo A), Questionário Sociodemográfico (Anexo B), Inventário Obsessivo de Coimbra Versão Reduzida (IOC-R), Escala dificuldade de Regulação Emocional Versão Reduzida (EDRE-VR) e Questionário de esquemas emocionais de Leahy (LESS). Para cada instrumento é colocado, no questionário, a instrução sobre a sua utilização.

Para a utilização das escalas foi necessário solicitar a autorização de utilização. Cada um dos autores das respetivas escalas foi contactado e permitiu a sua utilização para fins de investigação.

Tendo em conta a natureza sensível dos dados recolhidos, estes, mantiveram-se sempre em anónimo, de maneira a preservar a confidencialidade de cada participante, respeitando os princípios éticos e deontológicos de investigação em ciências sociais.

## **Análise de dados**

Após a recolha da amostra, os dados foram analisados através do software estatístico SPSS - Statistical Package for the Social Sciences, versão 25 (SPSS; IBM Corp, 2017).

Com o objetivo de dar resposta a cada um dos seguintes objetivos de estudo: (1) analisar a influência dos EE na SOC; (2) analisar o impacto dos EE na DRE, foi utilizada uma metodologia quantitativa exploratória descritiva para avaliar o grau de impacto de uma variável sobre outra. De início para analisar a associação das variáveis começou por ser realizada uma análise de Correlação, contudo como o objetivo era perceber se havia variáveis que fossem preditores realizou-se uma Análise de Regressão Múltipla, onde se relacionaram as cinco dimensões de EE com o IOC total e numa outra análise de Regressão múltipla analisaram-se as dimensões de EE com EDRE total. Calcularam-se estatísticas descritivas. Os 8 pressupostos da regressão múltipla foram analisados e cumpridos em cada uma das análises. O nível de significância utilizado para as análises foi de 0,05.

Para analisar as diferentes relações entre as escalas recorreu-se a uma análise de correlações de Pearson entre variáveis para perceber quais estavam mais fortemente correlacionadas com os EE, para analisar os valores recorreu-se aos valores de Cohen (1988).

Para perceber qual era o impacto da dificuldade de regulação emocional na relação entre EE e sintomatologia obsessiva-compulsiva, recorreu-se a mediações, para realizar estas mediações recorremos a uma análise de mediação, através do PROCESS, do SPSS. Foram realizadas cinco mediações (uma para cada um dos EE) para a população geral. Foi explorada a hipótese de separar grupos, um grupo com POC (IOC >26) e um grupo sem POC (IOC < 26), contudo os resultados desta análise não foram retratados na presente investigação, por não terem apresentado um ponto de corte para a perturbação Obsessiva-compulsiva fidedigno, contudo poderão ser analisados os resultados dessa análise no Anexo C.

## **Resultados**

### **Influência dos Esquemas dos Emocionais na sintomatologia obsessiva-compulsiva**

Uma regressão múltipla foi realizada para prever a sintomatologia obsessiva-compulsiva (IOC-R) dos seguintes esquemas emocionais: avaliação negativa das emoções; dificuldade na reavaliação; dificuldade em naturalização dos próprios sentimentos; necessidade de ser racional e

visão simplista das emoções. Houve linearidade avaliada por gráficos de regressão parcial e um gráfico de resíduos estudantis face aos valores previstos. Houve independência dos resíduos, avaliada pela estatística de Durbin-Watson de 1,865. Houve homocedasticidade avaliada pela inspeção visual de um gráfico de resíduos estudantis versus valores preditos não padronizados. Foi analisado e não houve evidência de multicolinearidade, uma vez que os valores de tolerância apresentados são superiores a 0,1. Não foram encontrados resíduos estudantis eliminados maiores que 3 ou menores que -3 desvios padrão, nenhum valor de alavancagem foi superior a 0,2 e valores para distância de Cook acima de 1. A suposição da normalidade foi cumprida, avaliada por gráfico QQ Plot. O modelo de regressão múltipla previu um resultado estatisticamente significativo,  $F(5,1213) = 121,738, p < 0,05$ .

O  $R^2$  para o modelo global foi de 33,4% um  $R^2$  ajustado de 33,1%, um efeito de médio porte de acordo com Cohen (1988).

As variáveis: avaliação negativa da emoção, dificuldade de naturalização dos próprios sentimentos, necessidade de ser racional contribuíram significativamente como EE preditores da sintomatologia obsessiva-compulsiva. O mesmo não se verificou nas variáveis de EE visão simplista da emoção e dificuldade de reavaliação, pois, foram variáveis que não contribuíram significativamente para a predição de sintomatologia obsessiva-compulsiva. Coeficientes de regressão e erros padrão podem ser encontrados na Tabela 2. As variáveis que apresentaram valores mais elevados para a predição de sintomatologia obsessiva-compulsiva foram a dificuldade de naturalização ( $B=0,31$ ) e avaliação negativa das emoções ( $B=0,25$ ).

**Tabela 2**

*Regressão linear múltipla para a sintomatologia obsessiva compulsiva (IOC-R)*

IOC_R	B	95 % IC para B		Erro Padrão	B	$R^2$	$R^2$ ajustado
		LI	LS				
Modelo						0,33	0,33
Constante	-3,59*	-7,32	0,14	1,90			
LESS Avaliação	0,25*	0,22	0,29	0,02	0,45		
LESS Naturalização	0,31*	0,15	0,47	0,08	0,11		

LESS Visão	0,10	-0,12	0,31	0,11	0,02
LESS Racional	0,22*	0,05	0,40	0,09	0,07
LESS Reavaliação	0,09	-0,03	0,21	0,06	0,04

Nota: Modelo = Inserir método no SPSS Statistics; B = Coeficiente de regressão não padronizado; IC = Intervalos de Confiança; LI= Limite Inferior; LS = Limite Superior;  $\beta$  = Coeficiente de regressão padronizado;  $R^2$  = Coeficiente de determinação;  $R^2$  ajustado

Nota: \* $p < .05$

### **Influência dos Esquemas dos Emocionais na Dificuldade de Regulação Emocional**

Uma regressão múltipla foi realizada para prever a dificuldade de regulação emocional (EDRE-VR) dos seguintes esquemas emocionais: avaliação negativa das emoções; dificuldade na reavaliação; dificuldade de naturalização dos próprios sentimentos; necessidade de ser racional e visão simplista das emoções. Houve linearidade avaliada por gráficos de regressão parcial e um gráfico de resíduos estudantis face aos valores previstos. Houve independência dos resíduos, avaliada pela estatística de Durbin-Watson de 2,029. Houve homocedasticidade avaliada pela inspeção visual de um gráfico de resíduos estudantis versus valores preditos não padronizados. Foi analisado e não houve evidência de multicolinearidade, uma vez que os valores de tolerância apresentados são superiores a 0,1. Não houve resíduos estudantis eliminados maiores que 3 ou menores que -3 desvios padrão, nenhum valor de alavancagem foi superior a 0,2 e valores para distância de Cook acima de 1. A suposição da normalidade foi cumprida, avaliada por gráfico QQ Plot. O modelo de regressão múltipla previu um resultado estatisticamente significativo,  $F(5,1213) = 386,801$ ,  $p < 0,05$ .

O  $R^2$  para o modelo global foi de 61,5% um  $R^2$  ajustado de 61,3%, um efeito de grande porte de acordo com Cohen (1988).

As variáveis de EE avaliação negativa da emoção e dificuldade de reavaliação da emoção contribuíram significativamente para a predição dos EE sobre a Dificuldade de regulação emocional. Ao invés das variáveis: visão simplista da emoção, dificuldade de naturalizar os próprios sentimentos e necessidade de ser racional, pois foram variáveis que não contribuíram significativamente para a predição de dificuldade de Regulação Emocional. Coeficientes de

regressão e erros padrão podem ser encontrados na Tabela 3. As variáveis que apresentaram maiores valores para a predição de dificuldade de Regulação Emocional foram avaliação negativa das emoções ( $B= 0,45$ ) e dificuldade de reavaliação da emoção ( $B= 0,33$ ).

**Tabela 3**

*Regressão linear múltipla para a Dificuldade de Regulação emocional (EDRE\_VR)*

EDRE-VR	B	95 % IC para B		Erro Padrão	B	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> ajustado
		LI	LS				
Modelo						0,62	0,61
Constante	7,18 **	3,89	10,98	1,63			
LESS Avaliação	0,45**	0,42	0,49	0,02	0,72		
LESS Naturalização	0,13	-0,01	0,27	0,07	0,04		
LESS Visão	-0,02	-0,20	0,17	0,09	-0,00		
LESS Racional	0,01	-0,14	0,16	0,08	0,00		
LESS Reavaliação	0,33**	0,23	0,44	0,05	0,12		

Nota: Modelo = Inserir método no SPSS Statistics; B = Coeficiente de regressão não padronizado; IC = Intervalos de Confiança; LI= Limite Inferior; LS = Limite Superior;  $\beta$  = Coeficiente de regressão padronizado; R<sup>2</sup> = Coeficiente de determinação; R<sup>2</sup> ajustado

Nota: \* $p < .05$

### **Relação entre Esquemas Emocionais e Dificuldade de Regulação Emocional**

A correlação entre as dimensões de EE e as dimensões de EDRE não apresentou uma distribuição normal, avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk ( $p < 0,05$ ). Contudo, uma vez que, na presente amostra, o número de participantes é superior a 30 e, de acordo com o Teorema do Limite Central (Marôco, 2018), admite-se a normalidade das distribuições.

Houve uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa entre o Esquema Emocional de avaliação negativa da emoção e a dificuldade de regulação emocional de falta de clareza emocional,  $r(1213) = 0,70$ ,  $p < 0,05$ , com o EE de avaliação negativa da emoção explicou estatisticamente 49% da variabilidade da EDRE de falta de clareza

emocional. O mesmo se verificou entre EE de avaliação negativa da emoção e de dificuldade de regulação emocional no acesso limitado a estratégias para a regulação emocional,  $r(1213) = 0,70$ ,  $p < 0,05$ , com o EE de avaliação negativa da emoção explicou estatisticamente 49% da variabilidade da EDRE de no acesso limitado a estratégias para a regulação emocional.

#### **Tabela 4**

*Correlação entre Esquemas Emocionais (LESS) e Dificuldade de Regulação emocional (EDRE\_VR)*

EDRE- VR	EDRE clareza	EDRE Objetivos	EDRE Impulsos	EDRE Aceitação	EDRE estratégias	EDRE consciência
LESS Avaliação	0,70*	0,51*	0,55*	0,62*	0,70*	0,12*
LESS Naturalização	0,37*	0,28*	0,34*	0,41*	0,41*	0,09*
LESS Visão	0,14*	0,20*	0,17*	0,18*	0,20*	-0,27*
LESS Racional	0,36*	0,24*	0,30*	0,30*	0,34*	0,13*
LESS Reavaliação	0,28*	0,24*	0,24*	0,18*	0,35*	0,26*

*\*Estatisticamente significativo se  $p < .05$*

#### **Relação entre Esquemas Emocionais e Sintomatologia Obsessiva-Compulsiva**

A correlação entre as dimensões de EE e as dimensões de IOC não apresentou uma distribuição normal, avaliada pelo teste de Shapiro-Wilk ( $p < 0,05$ ). Contudo, uma vez que, na presente amostra, o número de participantes é superior a 30 e, de acordo com o Teorema do Limite Central (Marôco, 2018), admite-se a normalidade das distribuições.

Houve uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa entre o EE de avaliação negativa da emoção e IOC indecisão,  $r(1213) = 0,61$ ,  $p < 0,05$ , com o EE de avaliação negativa da emoção que explicou estatisticamente 37% da variabilidade de IOC indecisão. O mesmo se verificou entre EE de avaliação negativa da emoção e IOC conteúdos

imorais,  $r(1213) = 0,52$ ,  $p < 0,05$ , com o EE de avaliação negativa da emoção explicou estatisticamente 27% da variabilidade de IOC conteúdos imorais. A relação entre EE dificuldade de reavaliação e IOC contaminação não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,24 > 0,05$ ). Assim como, a relação entre EE dificuldade de reavaliação e IOC pensamento mágico não foi estatisticamente significativa ( $p = 0,07 > 0,05$ ).

**Tabela 5**

*Correlação entre a Esquemas Emocionais (LESS) e Sintomatologia Obsessiva-Compulsiva (IOC-R)*

IOC-R	IOC contaminação	IOC Indecisão	IOC verificação	IOC pensamento mágico	IOC conteúdos imorais
LESS Avaliação	0,24*	0,61*	0,40*	0,31*	0,52*
LESS Naturalização	0,24*	0,34*	0,27*	0,19*	0,40*
LESS Visão	0,15*	0,18*	0,17*	0,11*	0,14*
LESS Racional	0,17*	0,33*	0,25*	0,19*	0,30*
LESS Reavaliação	0,03	0,23*	0,11*	0,05	0,14*

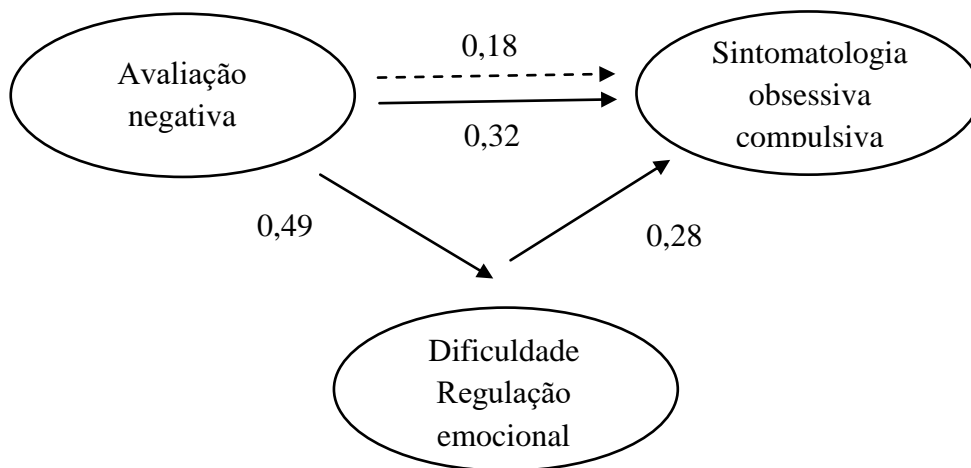
*\*Estatisticamente significativo se  $p < .05$*

### Papel Mediador da Dificuldade de Regulação Emocional para cada EE

Através da mediação procurou-se investigar em que medida a Dificuldade de regulação emocional mediava a relação entre EE avaliação negativa da emoção e sintomatologia obsessiva compulsiva. O efeito de mediação (efeito indireto) foi estatisticamente significativo,  $b=0,14$  (95% BCa IC = 0,10; 0,17). Conforme mostra a figura 1, a variável Dificuldade de regulação emocional, mediou aproximadamente 44%. Neste modelo observou-se uma mediação parcial, pelo que a relação entre EE avaliação negativa da emoção e sintomatologia obsessiva-compulsiva é parcialmente explicada pela dificuldade de regulação emocional. Efeitos diretos, totais e indiretos encontram-se na Tabela 6.

**Figura 1**

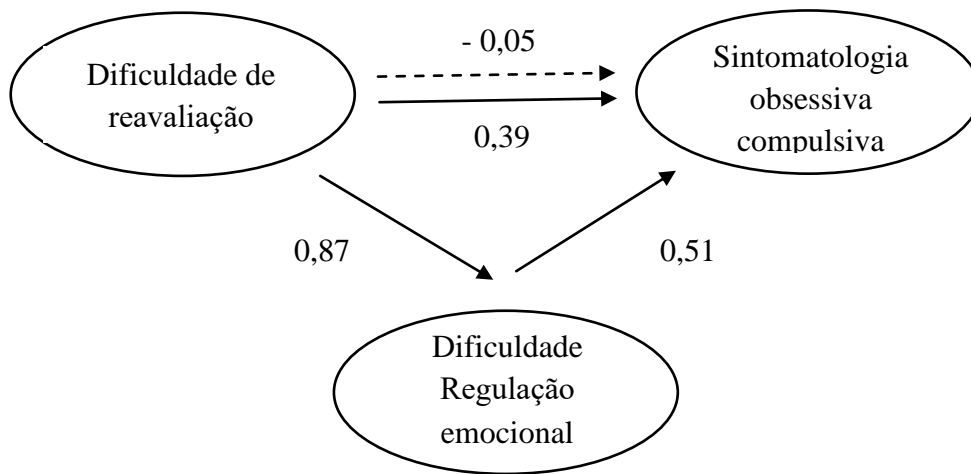
*Mediação de EE avaliação negativa da emoção*



Através da mediação procurou-se investigar em que medida a Dificuldade de regulação emocional mediava a relação entre EE dificuldade de reavaliação e sintomatologia obsessiva compulsiva. O efeito da mediação (efeito indireto) foi estatisticamente significativo,  $b=0,44$  (95% BCa IC=0, 36; 0,54). Conforme mostra a figura 2, a variável Dificuldade de regulação emocional, mediou aproximadamente 87%. Neste modelo observou-se uma mediação total, pelo que a relação entre EE dificuldade de reavaliação e sintomatologia obsessiva-compulsiva é totalmente explicada pela dificuldade de regulação emocional. Efeitos diretos, totais e indiretos encontram-se na Tabela 6.

**Figura 2**

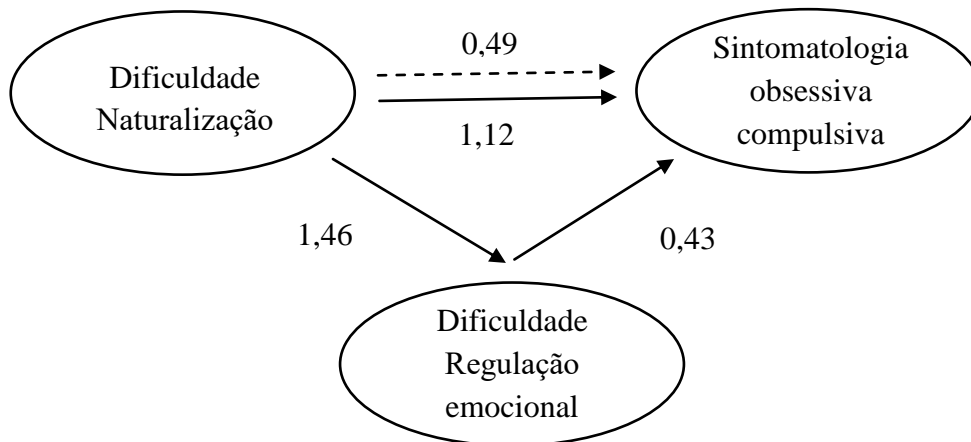
*Mediação de EE dificuldade de reavaliação*



Através da mediação procurou-se investigar em que medida a Dificuldade de regulação emocional mediava a relação entre EE dificuldade de naturalização dos próprios sentimentos e sintomatologia obsessiva compulsiva. O efeito da mediação (efeito indireto) foi estatisticamente significativo,  $b=0,63$  (95% BCa IC=0, 53; 0,73). Conforme mostra a figura 3, a variável Dificuldade de regulação emocional, mediou aproximadamente 56%. Neste modelo observou-se uma mediação parcial, pelo que a relação entre EE dificuldade de naturalização dos próprios sentimentos e sintomatologia obsessiva-compulsiva é parcialmente explicada pela dificuldade de regulação emocional. Efeitos diretos, totais e indiretos encontram-se na Tabela 6.

**Figura 3**

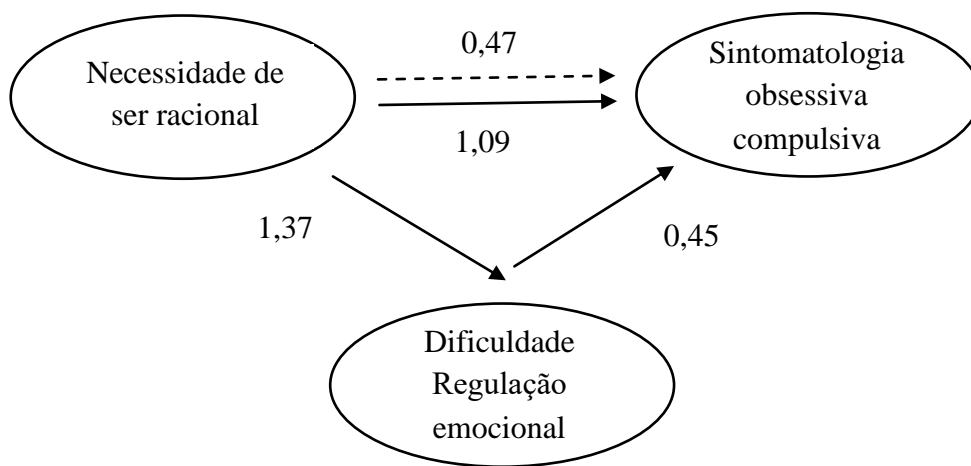
*Mediação de EE dificuldade de naturalização dos próprios sentimentos*



Através da mediação procurou-se investigar em que medida a Dificuldade de regulação emocional mediava a relação entre EE necessidade de ser racional e sintomatologia obsessiva compulsiva. O efeito da mediação (efeito indireto) foi estatisticamente significativo,  $b=0,62$  (95% BCa IC=0, 52; 0,73). Conforme mostra a figura 4, a variável Dificuldade de regulação emocional, mediou aproximadamente 57%. Neste modelo observou-se uma mediação parcial, pelo que a relação entre EE necessidade de ser racional e sintomatologia obsessiva-compulsiva é parcialmente explicada pela dificuldade de regulação emocional. Efeitos diretos, totais e indiretos encontram-se na Tabela 6.

**Figura 4**

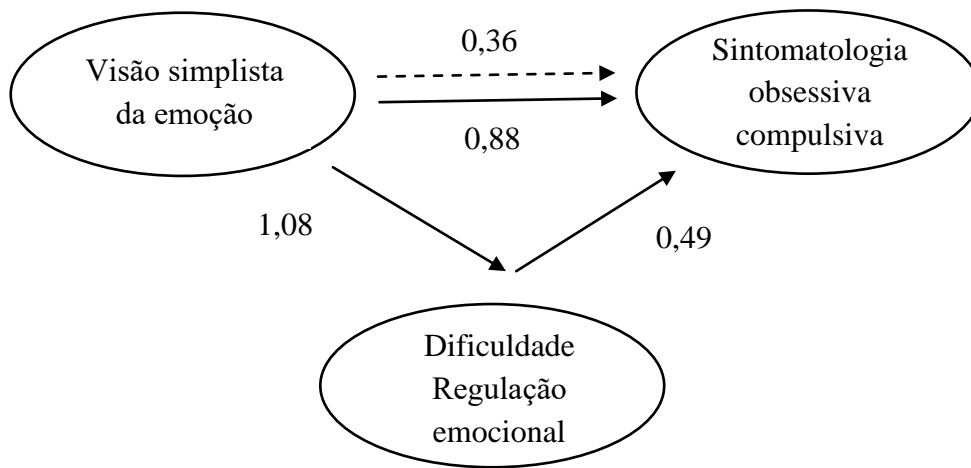
*Mediação de EE necessidade ser racional*



Através da mediação procurou-se investigar em que medida a Dificuldade de regulação emocional mediava a relação entre EE visão simplista da emoção e sintomatologia obsessiva compulsiva. O efeito da mediação (efeito indireto) foi estatisticamente significativo,  $b=0,52$  (95% BCa IC=0, 38; 0,67). Conforme mostra a figura 4, a variável Dificuldade de regulação emocional, mediou aproximadamente 59%. Neste modelo observou-se uma mediação parcial, pelo que a relação entre EE visão simplista da emoção e sintomatologia obsessiva-compulsiva é parcialmente explicada pela dificuldade de regulação emocional. Efeitos diretos, totais e indiretos encontram-se na Tabela 6.

**Figura 5**

*Mediação de EE visão simplista da emoção*



**Tabela 6**

*Efeitos Totais, Diretos e Indiretos: Estimativas Não estandardizadas, Correspondentes Erros-Padrão, Intervalo de Confiança e Significância.*

	$\beta$	SE	IC 95%	$p$
<b>Efeitos totais</b>				
EE avaliação →IOC	.32	.01	].29; .34[	<.05
EE reavaliação → IOC	.39	.07	].26; .53[	<.05
EE naturalização→IOC	1.12	.07	].97; 1.27[	<.05
EE racional → IOC	1.09	.09	].91; 1.26[	<.05
EE visão → IOC	.88	.12	].65; 1.12[	<.05
<b>Efeitos diretos</b>				
EE avaliação →IOC	.18	.02	].14; .22[	<.05
EE reavaliação → IOC	-.05	.06	].-17; .07[	.405
EE naturalização→IOC	.49	.07	].34; .64[	<.05
EE racional → IOC	.47	.08	].31; .62[	<.05
EE visão → IOC	.36	.10	].16; .56[	<.05
<b>Efeito indireto total</b>				
EE avaliação →IOC	.13	.02	].10; .17[	
EE reavaliação → IOC	.44	.05	].36; .54[	
EE naturalização→IOC	.63	.05	].53; .73[	
EE racional → IOC	.62	.05	].52; .73[	
EE visão → IOC	.52	.07	].39; .67[	

## Discussão

A presente investigação teve como principal objetivo contribuir para uma compreensão mais aprofundada acerca da sintomatologia obsessiva-compulsiva. Os EE estão associados a processos implicados em condições psicopatológicas e, consecutivamente, a uma vasta qualidade de sintomas (Leahy et al., 2012), sendo que podem manter ou aumentar a psicopatologia (Leahy, 2002; Leahy, 2007a; Leahy, 2007b; Leahy, 2007c). Na POC, os mais utilizados são EE negativos e é notória uma dificuldade de Regulação emocional, através das compulsões, a que os indivíduos, recorrem para lidar com a angústia sentida e causada pelos pensamentos intrusivos (Stern et al., 2014).

Nenhum estudo, até ao momento, considerou as cinco dimensões de EE de Silva e colaboradores (Silva et al., 2022). Apesar de já ter sido analisado o papel da DRE, a literatura que se debruça acerca de variáveis semelhantes, observou, tanto mediações parciais como totais (Basile et al., 2017; Faustino & Vasco, 2021; Mazloom et al., 2016). Deste modo, é essencial analisar a Dificuldade de regulação emocional como papel mediador na relação entre os EE e sintomatologia obsessiva-compulsiva, na população geral adulta, foi analisado no presente estudo, separadamente, para cada uma das cinco dimensões de EE, permitindo uma melhor eficácia e intervenção no tratamento de sintomatologia obsessiva-compulsiva.

Primeiramente, notou-se na nossa amostra, que apenas três dimensões de esquemas emocionais é que eram preditores de sintomatologia obsessiva-compulsiva, sendo estas: EE avaliação negativa da emoção; EE naturalização dos próprios sentimentos e EE necessidade de ser racional. Considerando a nossa amostra geral, estes resultados foram maioritariamente de encontro ao esperado, sendo que, os indivíduos com POC utilizam maioritariamente o EE de controlo e o EE de sentimento de culpa. Uma vez que estes EE são preditores de POC, seria de esperar, conseqüentemente, que estes predissessem a SOC (Shafiee et al., 2017). O EE de sentimento de culpa pode aumentar os comportamentos obsessivo-compulsivos e os pensamentos intrusivos de pessoas com POC (Ottaviani et al., 2019). De facto, foi revelado em estudos anteriores que o medo da culpa implica um maior aumento na verificação em todos os subtipos de SOC em amostras não-clínicas (Arntz et al., 2007), para que os indivíduos não se sintam culpados e responsáveis por algo de prejudicial que possa acontecer e que eles não fizeram por prevenir. O EE controlo, ou seja, a crença de controlo, está muito associada a sintomas obsessivo-compulsivos, pois dá aos indivíduos com POC uma sensação de previsibilidade e

controlo dos pensamentos intrusivos que lhes causam angústia (Moulding et al., 2008). Uma possível explicação para a predição de sintomatologia obsessiva-compulsiva através do EE controlo, é que os indivíduos percecionam as emoções sobre elas, sendo que, assim, se desenvolvem as compulsões (Leahy, 2002). Estes dois EE, que predizem a SOC, estão integrados nas dimensões EE avaliação negativa da emoção e EE naturalização dos próprios sentimentos (Silva et al., 2022), o que foi de encontro aos resultados, pois predizem a SOC. Como referido anteriormente existem determinados EE a que o indivíduo recorre que estão mais fortemente associados à psicopatologia, nomeadamente os EE considerados negativos, que são responsáveis por manter e aumentar a sintomatologia obsessiva compulsiva (Stern et al., 2014).

Não foi encontrado em literatura anterior que o esquema emocional necessidade de ser racional predissesse a sintomatologia obsessiva-compulsiva, como surge no presente estudo, contudo, através da literatura, podemos inferir que este resultado se encontra na linha do que seria de esperar, visto que o EE necessidade de ser racional é composto essencialmente por EE negativos, e, inclusive, o EE necessidade de ser racional é um EE negativo (Morvaridi et al., 2019), logo está mais associado à psicopatologia (Erfan et al., 2017; Mazloom et al., 2016; Naderi, 2015; Rezaei et al., 2016; Sirota et al., 2018). Outra possível razão para este resultado, é que o indivíduo nesta dimensão não entra em contacto com a sua experiência emocional, que lhe causa angústia, pondo um enfoque excessivo na lógica e na razão (Silva et al., 2022), o que faz com que recorra às compulsões (Calkins et al., 2013).

O EE dificuldade de reavaliação e EE visão simplista da emoção não foram preditores de sintomatologia obsessiva-compulsiva, o que foi parcialmente de encontro ao esperado. Por um lado, seria de esperar que indivíduos que recorressem mais a esquemas emocionais negativos, estivessem mais predispostos a desenvolver SOC, o que não se verificou nos resultados. Dessa forma, seria de esperar, que o EE visão simplista da emoção fosse, também, preditor da sintomatologia obsessiva-compulsiva, uma vez que é composto por EE negativos (EE visão simplista da emoção e EE ruminação), de acordo com a classificação de Morvaridi (2019). Por outro lado, relativamente ao EE Dificuldade de reavaliação, já seria de esperar que este não predissesse SOC, pois é, essencialmente, composto por EE positivos (Morvaridi et al., 2019) e é a dimensão que se encontra menos associada à psicopatologia (Silva et al., 2022).

Quando relacionadas as dimensões de ambas as variáveis, através dos resultados obtidos, foi possível constatar que o EE avaliação negativa da emoção obteve uma correlação forte com

as dimensões IOC indecisão e IOC conteúdos imorais, sendo estes resultados concordantes com artigos anteriores (D'Olimpio & Mancini, 2014; Nance et al., 2018; Mancini & Gangemi, 2004). Esta dimensão de EE é a que apresenta uma maior associação com a psicopatologia (Silva et al., 2022), o que é concordante com os resultados, uma vez que é a dimensão que se correlaciona mais fortemente com as dimensões de POC. Como seria expectável, sendo a sintomatologia obsessiva-compulsiva uma manifestação da ansiedade, a presente investigação notou, que os EE que se correlacionam mais fortemente com a SOC, são os que apresentam uma maior correlação com a ansiedade em artigos anteriores (Tirch et al., 2012). É interessante notar, na presente investigação, que os EE que não estão relacionados com a ansiedade, de acordo com Tirch e colaboradores, (EE atordoamento; EE necessidade de ser racional; EE valores elevados e EE expressão, correspondem à dimensão - EE Necessidade de ser racional, de acordo com Silva e colaboradores (Silva et al., 2022)) apresentam todos uma correlação entre fraca e moderada com a SOC. Seria expectável, no entanto, que esta dimensão não apresentasse uma correlação significativa, uma vez que estes EE não se associam à ansiedade e, conseqüentemente, não se associam à SOC, apesar desta dimensão ter sido preditora de SOC nos resultados da presente investigação, possivelmente devido à dificuldade do indivíduo de entrar em contacto com as emoções (Calkins et al., 2013).

Em contrapartida, o EE Dificuldade de reavaliação (constituído por EE ruminação, EE valores elevados, EE expressão e EE aceitação) não apresentou resultados significativos com as dimensões de IOC de contaminação e pensamento mágico. É interessante notar que praticamente todas as dimensões do EE dificuldade de reavaliação são EE considerados positivos (Morvaridi et al., 2019), que, tal como referido anteriormente, apresentam uma menor correlação com a SOC, com exceção do EE ruminação. O EE ruminação é considerado um esquema emocional negativo, onde em estudos anteriores, também com uma amostra geral, demonstraram uma correlação forte entre o pensamento ruminativo e dimensões de sintomatologia obsessiva-compulsiva. Os autores concluíram, ainda, que quanto maior fosse o pensamento ruminativo, mais severos seriam os sintomas obsessivo-compulsivos, notaram também uma associação entre o pensamento ruminativo e a dimensão Contaminação/lavagem (Wahl et al., 2011). O que não é concordante com os resultados da presente investigação tendo em conta a dimensão a que o EE ruminação pertence (EE visão simplista da emoção). Contudo, a dimensão Dificuldade de Reavaliação, não apresenta resultados significativos com dimensão de IOC contaminação/

lavagem e IOC pensamento mágico, ou seja, não existe uma relação entre estas dimensões. Esta dimensão de EE é a que apresenta uma maior capacidade de regulação emocional e de reavaliação cognitiva, e, conseqüentemente, uma menor associação com a psicopatologia e SOC (Silva et al., 2022). Isto, vai de encontro aos resultados, já que esta dimensão é a que apresenta correlações mais fracas com as dimensões de POC, sendo que, em duas dimensões, não se correlacionam.

Se seguirmos a classificação de EE de Morvaridi e colaboradores, os resultados já são menos concordantes com artigos anteriores (Morvaridi et al., 2019). Isto é, de acordo com a evidência científica, que demonstra que em amostras clínicas (com POC), os indivíduos recorrem essencialmente a EE negativos, contrastando com amostras gerais, em que utilizam maioritariamente EE adaptativos (Khosravani et al., 2020; Morvaridi et al., 2019; Oguz et al., 2019). De acordo com a classificação de EE de Morvaridi e colaboradores, as dimensões que constituem o EE da avaliação negativa da emoção são: compreensão (EE positivo); sentimento de culpa (EE positivo); controlo (EE positivo); aceitação (EE positivo); ruminação (EE negativo); duração (EE negativo) e EE visão simplista (EE negativo) é notável que são maioritariamente EE considerados positivos (Morvaridi et al., 2019), o que não é concordante com a descrição de EE avaliação negativa da emoção de Silva e colaboradores (2022).

A relação entre a dimensão de IOC conteúdos morais e EE avaliação negativa da emoção, apresenta uma correlação forte, sendo este resultado concordante com artigos anteriores, onde demonstram a associação entre EE falta de controlo e a IOC pensamentos inaceitáveis (Nance et al., 2018). Foi igualmente notado, na presente investigação, que o sentimento de culpa (EE pertencente à dimensão de EE avaliação negativa da emoção e EE naturalização próprios sentimentos) foi fortemente correlacionado com a sintomatologia obsessiva-compulsiva, mais precisamente através das seguintes dimensões: comportamentos de repetição, controlo, lavagem, dúvida e maior hesitação (IOC indecisão/ lentidão), o que é concordante com resultados de artigos anteriores (D'Olimpio & Mancini, 2014; Mancini & Gangemi, 2004).

Relativamente à dificuldade de Regulação Emocional, na presente investigação, os esquemas emocionais que foram preditores de DRE foram o EE avaliação negativa da emoção e EE dificuldade de reavaliação. Por outro lado, os EE visão simplista da emoção, EE naturalização dos próprios sentimentos e EE necessidade de ser racional não apresentaram resultados significativos que predissessem DRE. Como referido por Leahy, os esquemas

emocionais estão subjacentes à dificuldade de Regulação emocional, e conseqüentemente, à psicopatologia (Leahy et al., 2012). Esta noção é concordante com informação anterior, que defende que os EE sejam preditores da experiência emocional, pois estes têm um papel fulcral na seleção e aplicação de diferentes estratégias de regulação emocional (Leahy, 2002). Conseqüentemente, os EE que são maladaptativos predizem a dificuldade de regulação emocional (Mazloom et al., 2016). Leahy relata que os EE de validação, aceitação e necessidade de controlo, são essenciais na experiência de Regulação emocional (Leahy, 2002).

Os indivíduos que recorrem frequentemente a estratégias de desregulação emocional, ou seja, que têm dificuldade de Regulação emocional, interpretam as emoções como sendo perigosas, incontroláveis e intoleráveis (Corstorphine, 2006; Manser et al., 2012; Stewart et al., 2001), recorrendo, deste modo, essencialmente a esquemas emocionais negativos. De acordo com Silva e colaboradores, o EE avaliação negativa da emoção é o que está mais associado à desregulação emocional (Silva et al., 2022), o que é concordante com os nossos resultados, onde o EE avaliação negativa da emoção é o maior preditor de dificuldade de regulação emocional. No entanto, os resultados que demonstram que o EE dificuldade de reavaliação prediz a DRE, já não seriam de esperar pois como revelado em artigos anteriores, esta dimensão está relacionada com a regulação emocional cognitiva (Silva et al., 2022), o que não é concordante com os resultados, por ser um EE preditor de DRE.

Considerando, novamente, a classificação de EE de Morvaridi e colaboradores (2019), os resultados dos EE que predizem a DRE, não foram de encontro ao que seria esperado, especialmente na dimensão EE Dificuldade de reavaliação (EE valores elevados - positivo; EE aceitação - positivo; EE expressão - positivo; EE ruminação - negativo). Seria de esperar que os EE que predisssem a dificuldade de regulação emocional, fossem maioritariamente negativos, uma vez que EE negativos se encontram associados à psicopatologia (Leahy, 2002; Leahy, 2007c) e a dificuldade de regulação emocional é responsável por manter/ aumentar a psicopatologia (Mennin et al., 2007; Taylor et al., 1999).

Seguindo a classificação de EE Mordarivi e colaboradores, a dimensão EE naturalização dos próprios sentimentos que surge como não preditora de DRE, foi de encontro ao esperado, uma vez que, é composta só por EE positivos (Morvaridi et al., 2019), pelo que não prediz DRE. A dimensão EE necessidade de ser racional, não foi preditora de DRE, contudo, seria de esperar que esta dimensão predissse a DRE, uma vez que se caracteriza por ser uma dimensão “anti-

emocional”. Isto pode indicar que o indivíduo não entra em contacto com a sua experiência emocional pondo um foco excessivo na lógica e razão, apresentando dificuldades ao nível da regulação das emoções (Leahy, 2002).

Seria de esperar que o EE visão simplista da emoção predissesse a DRE, uma vez que esta dimensão é composta apenas por EE negativos (visão simplista e ruminação) (Morvaridi et al., 2019). Este EE está relacionado com a perceção de dificuldade, de aceitação e compreensão, de que as emoções que o indivíduo sente, em relação a si ou aos outros, podem ser contraditórias, representa, no indivíduo, dificuldades ao nível da regulação emocional (Mayer & Salovey, 1997).

Os resultados da presente investigação revelaram uma correlação forte entre EE avaliação negativa da emoção e todas as dimensões de DRE, à exceção da dimensão falta de consciência emocional. Estes resultados foram, em parte de encontro ao esperado, de acordo com os resultados do artigo de Silva e colaboradores (2022), praticamente todas as dimensões de esquemas emocionais estavam correlacionadas com as seis dimensões da escala de dificuldade de regulação emocional. No entanto, a dimensão EE Visão simplista da emoção, estava apenas correlacionada com a dimensão da EDRE não aceitação de respostas emocionais; EDRE dificuldade de comportamentos orientados para objetivos e EDRE acesso limitado a estratégias de regulação emocional. Esta dimensão apresentava uma associação negativa com a dimensão falta de consciência emocional (Silva et al., 2022).

Tal como seria de esperar, a dimensão EE avaliação negativa da emoção foi a que se correlacionou mais fortemente com todas as dimensões de DRE. Esta relação é concordante com o artigo supracitado, uma vez que foi a dimensão da escala com maior associação à psicopatologia e às dificuldades de regulação emocional (Silva et al., 2022). A dimensão de EE dificuldade de reavaliação apresentou correlações fracas a moderadas, pois, como revelado em artigos anteriores, esta dimensão estava relacionada com uma regulação emocional. Apesar de no artigo de Silva e colaboradores esta dimensão ter apresentado uma correlação com todas as dimensões de DRE (Silva et al., 2022), este EE demonstra no indivíduo a capacidade de recorrer a valores elevados e à aceitação dos sentimentos.

A dimensão EE visão simplista da emoção foi a que apresentou correlações mais fracas com as dimensões de dificuldade de Regulação emocional, o que não seria de esperar, pois é composta por EE negativos que supostamente se correlacionariam mais com a DRE (Morvaridi et

al., 2019). E foi descrita por Leahy, como a dificuldade de integrar emoções contraditórias em relação a si ou aos outros o que remete para dificuldades ao nível da RE (Leahy, 2002), pois o indivíduo não é capaz de integrar que a mesma pessoa possa sentir emoções contraditórias ao mesmo tempo. Inclusivamente nesta dimensão, foi interessante notar, que foi a única que apresentou uma correlação negativa com a dimensão Falta de consciência emocional, o que foi surpreendente, pois enquanto o EE visão simplista da emoção aumenta, diminui a falta de consciência emocional, isto é, quanto mais o indivíduo percebe a emoção de uma forma simplista, menor é a sua falta de consciência emocional. O que não seria de esperar, pois a utilização do EE visão simplista da emoção (EE negativo), revela uma dificuldade de ver as emoções na sua forma holista, e, deste modo, representa uma dificuldade de regulação emocional. A consciência emocional aumentar, surge como uma capacidade de regulação emocional, pois o indivíduo torna-se consciente daquilo que sente na totalidade das suas emoções.

A relação entre as três variáveis em estudo apresenta uma relação relativamente exatável. A interpretação que os indivíduos fazem acerca das emoções está associada à vulnerabilidade psicopatológica (Leahy, 2002, 2016). Quando um indivíduo percebe as emoções essencialmente como perigosas, insuportáveis e incontroláveis (Corstorphine, 2006; Manser et al., 2012; Stewart et al., 2001), vai ter de recorrer a estratégias para conseguir lidar com estas emoções que lhe causam angústia. Contudo, uma vez que a crença que tem das emoções é negativa, provavelmente vai recorrer a estratégias de regulação emocional que são disfuncionais. Estas estratégias de dificuldade de RE são responsáveis por manter/ aumentar a psicopatologia, e mais especificamente a severidade e sintomatologia obsessiva-compulsiva (Berman et al., 2018; Fergus & Bardeen, 2014; Yap et al., 2018). A presente investigação, tem como objetivo principal analisar a influência do papel mediador da dificuldade de Regulação emocional na relação entre EE e SOC. Apesar de já ter sido investigado a relação entre variáveis próximas das variáveis do presente estudo, onde o EE aparecia como a variável mediadora (Faustino & Vasco, 2021), torna-se essencial estudar o papel mediador da RE, uma vez que esta é antecipada pelos EE (Leahy, 2002, 2003, 2007a).

Quase todos os efeitos mediadores encontrados na presente investigação são parciais, mais precisamente, o EE avaliação negativa da emoção; EE dificuldade de naturalização dos próprios sentimentos; EE necessidade de ser racional e EE visão simplista da emoção, o que

significa que estes EE têm um efeito direto na sintomatologia obsessiva-compulsiva, mesmo após ser considerado o papel mediador da Dificuldade de Regulação emocional. O Efeito mediador mais forte foi EE visão simplista da emoção (59%), possivelmente por ser unicamente composto por EE considerados negativos (Morvaridi et al., 2019). Contudo, estranhamente contraditório ao que seria de esperar, a dimensão EE avaliação negativa da emoção apresenta o efeito mediador mais fraco (44%). Este resultado é surpreendente pois esta dimensão é a que apresenta uma maior relação com a psicopatologia e com a dificuldade de RE (Silva et al., 2022). Na presente investigação foi também o EE avaliação negativa da emoção, a dimensão que foi mais preditora de SOC e DRE, pelo que estes resultados foram contra aquilo que seria de esperar. Uma vez que, foi o EE, em que a DRE apresentou uma mediação mais fraca, com a SOC, apesar de ter sido o EE mais preditor de DRE e SOC. Este resultado enfraquece o que foi dito em artigos anteriores que determinam que a SOC estava associada a uma pobre compreensão das emoções e ao medo de perder o controlo, o que desenvolve no indivíduo o medo dos próprios estados emocionais, que faz com que recorram a estratégias de regulação emocional disfuncionais (Stern et al., 2014; Turk et al., 2005). Tanto o controlo como a compreensão, são dimensões pertencentes ao EE avaliação negativa da emoção. Uma possível hipótese para este resultado, pode ser devido à classificação de EE de Morvaridi (2019), pois classifica os EE desta dimensão essencialmente como positivos (EE compreensão- positivo; EE culpa- positivo, EE aceitação- positivo; EE controlo- positivo; EE duração- negativo; EE visão- negativo; EE ruminação- negativo), o que justificaria que houvesse uma capacidade de regulação emocional adaptativa e consequentemente uma diminuição de SOC. Esta classificação de EE foi corroborada por diversos autores que classificam o EE controlo como negativo (Erfan et al., 2017; Faustino & Vasco, 2021; Khosravani et al., 2020; Leahy, 2007a, 2012) e o EE culpa como negativo (Khosravani et al., 2020; Leahy et al., 2012).

A única dimensão com um efeito mediador total foi o EE Dificuldade de Reavaliação emocional, o que significa que o efeito direto do EE dificuldade de Reavaliação emocional na sintomatologia obsessiva-compulsiva, deixa de ser significativo quando considerado o papel da dificuldade de Regulação emocional. Esta dimensão caracteriza-se pela reavaliação emocional cognitiva da situação (Silva et al., 2022), o que desta forma revela que a DRE, não tem um papel que intensifica a relação entre EE dificuldade de Reavaliação e sintomatologia obsessiva-compulsiva. Pelo contrário, ao introduzir a variável dificuldade de Regulação emocional, a

relação entre as outras variáveis deixa de ser significativa. Este resultado vai em parte de encontro ao esperado, a maioria dos EE da dimensão EE Dificuldade de Reavaliação emocional, são EE considerados positivos (Morvaridi et al., 2019), pelo que não apresentam uma relação com a DRE, perante EE positivos os indivíduos apresentam uma maior capacidade adaptativa de RE (Leahy, 2002, 2016; Edwards & Wupperman, 2019) e, conseqüentemente, uma relação direta entre EE e SOC. Contudo, esta dimensão apreça na presente investigação como uma dimensão preditora de DRE. É interessante notar que, o único EE negativo desta dimensão de EE, é o EE ruminação, responsável por uma RE desadaptativa, que como foi referido em artigos anteriores, com amostras não clínicas, apresenta uma forte associação à SOC (Wahl et al., 2011).

No artigo de Mazloom e colaboradores, os autores concluíram que os EE não eram suficientes para ter impacto na sintomatologia de Stress pós-traumático, esta relação só existia mediante a RE (Mazloom et al., 2016). No presente artigo verificou-se o mesmo, que os EE não eram suficientes para ter impacto na SOC, sem a DRE, à exceção do EE Dificuldade de reavaliação. Ainda assim, os resultados do presente estudo sugerem que a dificuldade de Regulação emocional determina, pelo menos parcialmente, a influência dos EE na sintomatologia obsessiva-compulsiva.

No entanto, a presente investigação apresenta determinadas limitações, pelo que os resultados deverão ser analisados com prudência, e as suas limitações deverão ser abordadas em investigações futuras.

Na presente investigação, não foram consideradas características sociodemográficas da amostra, algo que deverá ser interessante abordar em estudos futuros. A presente amostra foi constituída essencialmente por mulheres, que consta, em artigos anteriores, que podem apresentar mais vergonha e não aceitação, que os homens, o que faz com que prolonguem as suas experiências emocionais negativas (Anderson et al., 2016), pelo que, a presente amostra não representa uma visão holística da população geral.

O facto da utilização de uma amostra geral limita a generalidade do modelo a população clínica. Ou seja, a utilização de uma amostra não-clínica, num desenho transversal limita extrapolações para amostras que sejam clínicas, com POC e interpretações de causa-efeitos para a sintomatologia obsessiva-compulsiva.

Uma outra limitação apontada é o facto da Escala Esquemas Emocionais de Leahy para a população portuguesa (LESS) ter apresentado uma fiabilidade muito baixa para uma das

dimensões, a EE necessidade de ser racional. Outra limitação remete para a dificuldade de comparar os resultados da presente investigação com artigos anteriores, uma vez que a escala da LESS, com as cinco dimensões de esquemas utilizados no presente estudo, foi validada no presente ano (Silva et al., 2022), pelo que não existem, ainda, evidências acerca da relação da escala com as restantes variáveis pelo que foi necessário compará-las com a Escala de LESS composta pelos 14 EE de Leahy.

Devido a discrepância de avaliação dos EE, entre positivos e negativos, seria interessante reavaliar em estudos futuros, cada uma das 14 dimensões de EE considerando diferentes variáveis, para que houvesse uma uniformidade de resultados em relação à avaliação de cada EE. Como mencionado anteriormente, é notório uma grande discrepância em relação à avaliação de EE, como positivos ou negativos. Seria interessante dar um especial enfoque aos EE sentimento de culpa e EE controlo, pois são os que aparecem com uma maior discrepância, relativamente à sua classificação (Erfan et al., 2017; Faustino & Vasco, 2021; Khosravani et al., 2020; Leahy, 2007a, 2012).

Seriam necessários estudos longitudinais para uma melhor compreensão acerca dos mecanismos e processos cognitivos disfuncionais que levam a um aumento da sintomatologia obsessiva compulsiva, numa população geral adulta. Seria interessante analisar o papel da ansiedade e da depressão, estudos anteriores notaram que os sintomas obsessivo-compulsivos e os de stress estavam fortemente associados a um humor deprimido e à ansiedade (Goodwin, 2022). O artigo de Yap e colaboradores descreve que a dificuldade de regulação emocional não está relacionada com a sintomatologia obsessiva-compulsiva, quando são controlados os níveis de ansiedade e depressão, isto é, a dificuldade de RE apenas se relaciona com a sintomatologia obsessiva-compulsiva, quando está também presente ansiedade e depressão (Yap et al., 2018). Pelo que seria interessante em artigos futuros analisar o papel da regulação emocional, considerando o efeito da ansiedade e depressão, na sintomatologia obsessiva-compulsiva.

Apesar das limitações referidas anteriormente, a presente investigação expõe implicações tanto a um nível teórico como a um nível prático. Face à perspetiva teórica, este é o primeiro estudo a examinar a associação entre as cinco dimensões de EE (Silva et al., 2022) e a sintomatologia obsessiva-compulsiva, tendo em conta o papel da dificuldade de Regulação emocional, permitindo entender o seu papel fundamental nesta relação, perante uma amostra geral adulta.

Os resultados da presente investigação sugerem que a dificuldade de RE é, pelo menos parcialmente, responsável pela associação entre EE e sintomatologia obsessiva-compulsiva, influenciando o grau em que os EE podem levar a um aumento ou manutenção da sintomatologia obsessiva-compulsiva. À exceção da dimensão EE dificuldade de Reavaliação e sintomatologia obsessiva-compulsiva, que não demonstra manter uma relação com a SOC, quando inserida a variável mediadora, dificuldade de RE. Não houve, nenhum estudo, até ao presente, que tivesse investigado variáveis semelhantes às da presente investigação, que analisou as cinco dimensões de EE (Silva et al., 2022). O presente estudo ao analisar os EE sugere que quase todos apresentam como variável mediadora a dificuldade de regulação emocional, exceto os EE dificuldade de reavaliação.

A presente investigação, possibilitou a compreensão do papel crucial dos esquemas emocionais na sintomatologia obsessiva-compulsiva, revelando a vantagem dos esquemas emocionais positivos e os inconvenientes dos esquemas emocionais negativos, uma vez que se encontram mais associados à psicopatologia e à sintomatologia obsessiva-compulsiva, devido à crença que o indivíduo tem acerca da emoção.

Todos os instrumentos utilizados na presente investigação apresentaram um bom ajustamento global e local. No Questionário dos Esquemas Emocionais (Silva et al., 2022), a análise fatorial confirmatória salientou que a dimensão EE necessidade de ser racional apresentava uma consistência interna muito fraca, apesar de todas as outras dimensões serem consideradas razoáveis e o EE avaliação negativa da emoção com uma consistência interna considerada muito boa. Todavia, seria importante que investigações posteriores se dedicassem, de novo, à estrutura fatorial da escala, dando especial enfoque no EE necessidade de ser racional.

Relativamente ao nível teórico, esta investigação permitiu situar a sintomatologia obsessiva-compulsiva em duas diferentes visões de interpretação: uma visão relacionada com uma causa prévia, que remete para o passado do indivíduo, uma vez que as crenças acerca das emoções (os Esquemas Emocionais) são contruídas desde a infância, que se encontra na base da terapia de Esquemas Emocionais (TEE); e uma outra visão de interpretação que assenta numa causa imediata, isto é, do presente, que remete para a forma como o indivíduo regula a emoção no momento (a dificuldade de Regulação emocional), que se encontra na base das terapias cognitivo-comportamentais (TCC).

Este estudo proporcionou, igualmente, a integração destas duas diferentes visões de interpretação, uma vez que os EE podem revelar-se no presente sob a forma Dificuldade de Regulação emocional. Clinicamente, integrando uma perspectiva prática, os resultados sustentam a conveniência de trabalhar os esquemas emocionais e a dificuldade de regulação emocional como factores associados à sintomatologia Obsessiva-compulsiva e ainda como propósito de tratamento e intervenção em psicoterapia proporcionando aprimorar a eficiência das intervenções, uma vez que estes assumem um papel que pode conduzir a uma diminuição da sintomatologia obsessiva-compulsiva. Na intervenção psicológica, o terapeuta deverá considerar os esquemas emocionais como áreas importantes de prevenção e intervenção e é particularmente relevante analisar o papel da regulação emocional.

Adicionalmente, poderá ajudar a compreensão de que as suas crenças acerca das emoções são, parcialmente, resultado de uma pobre compreensão das mesmas, que devido a esta incompreensão faz com que o indivíduo tenha dificuldades de se regular emocionalmente, recorrendo a estratégias disfuncionais de RE (Stern et al., 2014; Turk et al., 2005).

Neste sentido, espera-se que este estudo seja um passo para facilitar o desenvolvimento de estudos de modelos mais adequados para se intervir com sintomatologia obsessiva-compulsiva. Considerando o esquema emocional a que a pessoa recorre, através da psicoterapia, o terapeuta consegue compreender se a sintomatologia obsessiva compulsiva da pessoa se deve à crença que o indivíduo tem das emoções (como sucede com o esquema emocional dificuldade de Reavaliação) ou se está maioritariamente relacionada com dificuldade de regulação emocional.

### Referências bibliográficas

- Abramowitz, J. S., Tolin, D., & Street, G. (2001). Paradoxical effects of thought suppression: A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 21(5), 683–703. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(00\)00057-X](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(00)00057-X)
- Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., & Pittenger, C. (2018). The Role of Stress in the Pathogenesis and Maintenance of Obsessive-Compulsive Disorder. *Chronic Stress*, 2, <https://doi.org/10.1177/2470547018758043>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 974–983. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.06.02>
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology?. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 276–281. <https://doi.org/10.1037/a0023598>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30 (2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Allen, L. B., & Barlow, D. H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 33(6), 743–762. <https://doi.org/10.1177/0145445509344180>
- APA (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition (DSM-5)*. Washington DC, American Psychiatric Association. doi: 10.4103/0019-5545.117131
- Arntz, A., Voncken, M., & Goosen, A. C. (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 425-435. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.03.016>
- Barlow, D. H. (2001). *Anxiety and its disorders, The Nature and Treatment of Anxiety and Panic* (second ed.): Guilford Press.
- Barton, J. A. L., Johns, L., & Salkovskis, P. (2021). Are self-reported difficulties in emotional regulation associated with hoarding? A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 30. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2021.100660>

- Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. I., & Mancini, F. (2017). SCHEMA THERAPY MODE MODEL APPLIED TO OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, (6). <https://www.researchgate.net/publication/322401139>
- Bayar, R., & Yavuz, M. (2008). Obsesif kompulsif bozukluk. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri*, 62, 185-192.
- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour research and therapy*, 35(1), 49-58. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00069-1](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00069-1)
- Berman, N. C., Shaw, A. M., & Wilhelm, S. (2018). Emotion Regulation in Patients with Obsessive Compulsive Disorder: Unique Effects for Those with “Taboo Thoughts.” *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 674–685. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9911-z>
- Bijanki, K. R., Pathak, Y. J., Najera, R. A., Storch, E. A., Goodman, W. K., Simpson, H. B., & Sheth, S. A. (2021). Defining functional brain networks underlying obsessive-compulsive disorder (OCD) using treatment-induced neuroimaging changes: A systematic review of the literature. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 92(7), 776–786. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2020-324478>
- Billings, A. G., & Moos, R. H. (1981). The role of coping responses and social responses in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 139–157. <https://doi.org/10.1007/BF00844267>
- Brander, G., Perez-Vigil, A., Larsson, H., & Mataix-Cols, D. (2016). Systematic review of environmental risk factors for Obsessive-Compulsive Disorder: a proposed roadmap from association to causation. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 65, 36–62. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.03.011>
- Butler, E. A., Egloff, B., Wilhelm, F. H., Smith, N. C., Erickson, E. A., & Gross, J. J. (2003). The Social Consequences of Expressive Suppression. *Emotion*, 3(1), 48. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.3.1.48>
- Calkins, A. W., Berman, N. C., & Wilhelm, S. (2013). Recent advances in research on cognition and emotion in OCD: a review. *Current psychiatry reports*, 15(5), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-013-0357-4>

- Chesney, S. A., Timmer-Murillo, S. C., & Gordon, N. S. (2019). Establishment and replication of emotion regulation profiles: implications for psychological health. *Anxiety, Stress & Coping*, 32(3), 329–345. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1573990>
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(1), 68–82. <https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1>
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion Regulation as a Scientific Construct: Methodological Challenges and Directions for Child Development Research. *Child development*, 75(2), 317-333. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x>
- Coles, M. E., Johnson, E. M., & Schubert, J. R. (2011). Retrospective reports of the development of obsessive compulsive disorder: extending knowledge of the protracted symptom phase. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(5), 579–589. <https://doi.org/10.1017/S135246581100004X>
- Corstorphine, E. (2006). Cognitive - emotional - behavioural therapy for the eating disorders: Working with beliefs about emotions. *European Eating Disorders Review*, 14(6), 448–461. <https://doi.org/10.1002/erv.747>
- Daneshmandi, S., Izadikhah, Z., Kazemi, H., & Mehrabi, H. (2014). The effectiveness of emotional schema therapy on emotional schemas of female victims of child abuse and neglect. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*, 22(5), 1481–1494.
- D’Avanzato, C., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: Examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy and Research*, 37(5), 968–980. <https://doi.org/10.1007/s10608-013-9537-0>
- D’Olimpio, F., & Mancini, F. (2014). Role of deontological guilt in obsessive-compulsive disorder-like checking and washing behaviors. *Clinical Psychological Science*, 2(6), 727–739. <https://doi.org/10.1177/2167702614529549>
- Edwards, E. R., & Wupperman, P. (2019). Research on emotional schemas: A review of findings and challenges. In *Clinical Psychologist*, 23(1), 3–14. <https://doi.org/10.1111/cp.12171>
- Erfan, A., Noorbala, A., Afshar, H., & Adibi, P. (2017). Emotional Schemas of Patients with irritable Bowel Syndrome and their Relationship to Psychological Symptoms.

- International Journal of Body, Mind and Culture, 36-45.  
<https://doi.org/10.22122/ijbmc.v4i1.78>
- Faustino, B., & Vasco, A. B. (2021). Emotional schemas mediate the relationship between emotion regulation and symptomatology. *Current Psychology*, 1-7.  
<https://doi.org/10.1007/s12144-021-01560-7>
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 243–248. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.06.001>
- Ferreira, S., Couto, B., Sousa, M., Vieira, R., Sousa, N., Picó-Pérez, M., & Morgado, P. (2021). Stress Influences the Effect of Obsessive-Compulsive Symptoms on Emotion Regulation. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1622. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.594541>
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1995). DSM-IV field trial: obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.4.654-a>
- Galhardo, A., Anastácio, S., Cunha, M., Massano Cardoso, I., & Pinto Goveia, J. (2020). Inventário Obsessivo de Coimbra – versão reduzida (IOC-R): desenvolvimento e propriedades psicométricas. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_63-1\\_6](https://doi.org/10.14195/1647-8606_63-1_6)
- Gibbs, N. A. (1996). Nonclinical populations in research on obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 16(8), 729-773.  
[https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(96\)00043-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(96)00043-8)
- Goodwin, G. M. (2022). The overlap between anxiety, depression, and obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 17(3), 249–260.  
<https://doi.org/10.31887/dcns.2015.17.3/ggoodwin>
- 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. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of personality and social psychology*, 64(6), 970.  
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.64.6.970>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 281-291. <http://dx.doi.org/10.1017/S0048577201393198>

- Gross, J. J. (2010). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition and Emotion*, 13(5), 551–573. <https://doi.org/10.1080/026999399379186>
- Gross, J. J. (2014). *Emotion Regulation: Conceptual and empirical foundations*. The Guilford Press
- Gross, J. J. (2015). The Extended Process Model of Emotion Regulation: Elaborations, applications, and Future Directions. *Psychological Inquiry*, 26 (1), 130–137. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- 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. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2009). *Acceptance and commitment therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hofmann, S. G., & Asmundson, G. J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: New wave or old hat? *Clinical Psychology Review*, 28(1), 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.09.003>
- Janeck, A. S., & Calamari, J. E. (1999). Thought Suppression in Obsessive - Compulsive Disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 23(5), 497-509. <https://doi.org/10.1023/A:1018720404750>
- Kafes, A. Y. (2021). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tedavisinde Kullanılan Davranışçı Müdahale Teknikleri: Sistemik Derleme. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler - Current Approaches in Psychiatry*, 13(4), 726–738. <https://doi.org/10.18863/pgy.875418>
- Khosravani, V., Samimi Ardestani, S. M., Mohammadzadeh, A., Sharifi Bastan, F., & Amirinezhad, A. (2020). The emotional schemas and obsessive-compulsive symptom dimensions in people with obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, 13(4), 341–357. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00075-6>
- Lazarus, R. S., & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(2), 195–205. <https://doi.org/10.1037/h0044635>

- Leahy, R. L. (2002). A model of emotional schemas. *Cognitive and behavioral practice*, 9(3), 177–190. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80048-7](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80048-7)
- Leahy, R. L. (2003). Emotional schemas and resistance.
- Leahy, R. L. (2007a). Emotion and psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14(4), 353–357. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00095.x>
- Leahy, R. L. (2007b). Emotional schemas and resistance to change in anxiety disorders. *Cognitive and behavioral Practice*, 14(1), 36–45. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.001>
- Leahy, R. L. (2007c). Emotional schemas and self-help: Homework compliance and obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(3), 297–302. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.08.002>
- Leahy, R. L. (2016). Emotional schema therapy: A meta-experiential model. *Australian Psychologist*, 51(2), 82–88. <https://doi.org/10.1111/ap.12142>
- Leahy, R. L. (2018). Emotional schema therapy: Distinctive features. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203711095>
- Leahy, R. L. (2021). Emotional schema therapy. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 29(3), 45–57. <https://doi.org/10.17759/cpp.2021290304>
- Leahy, R. L., Tirsch, D. D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford press.
- Leahy, R. L., Tirsch, D. D., & Melwani, P. S. (2012). Processes underlying depression: Risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 362–379. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.362>
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford press.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2004). Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 109–120. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.04.003>
- Manser, R., Cooper, M., & Trefusis, J. (2012). Beliefs about emotions as a metacognitive construct: Initial development of a self-report questionnaire measure and preliminary investigation in relation to emotion regulation. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(3), 235–246. <https://doi.org/10.1002/cpp.745>

- Mataix-Cols, D., do Rosario-Campos, M. C., & Leckman, J. F. (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 228-238. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.2.228>
- Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., ... & McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 30(1), 78-88. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.09.005>
- Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics.: 7ª edição*. ReportNumber, Lda.
- Mayer, J. D., & Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence. *Emotional development and emotional intelligence: Educational implications*, 3, 31.
- Mazloom, M., Yaghubi, H., & Mohammadkhani, S. (2016). Post-traumatic stress symptom, metacognition, emotional schema and emotion regulation: A structural equation model. *Personality and Individual Differences*, 88, 94-98. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2015.08.053>
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.09.001>
- Miguel, E. C., Leckman, J. F., Rauch, S., do Rosario-Campos, M. C., Hounie, A. G., Mercadante, M. T., ... & Pauls, D. L. (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular psychiatry*, 10(3), 258-275. <https://doi.org/10.1038/sj.mp.4001617>
- 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*, 1-26. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00602-5>
- Morvaridi, M., Mashhadi, A., Shamloo, Z. S., & Leahy, R. L. (2019). The effectiveness of group emotional schema therapy on emotional regulation and social anxiety symptoms. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(1), 16-24. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0037-6>

- Moulding, R., Doron, G., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Desire for control, sense of control and obsessive-compulsive checking: An extension to clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(8), 1472–1479. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2008.03.001>
- Naderi, Y., Moradi, A. R., Hasani, J., & Noohi, S. (2015). Effectiveness of emotional schema therapy on cognitive emotion regulation strategies of combat-related post traumatic stress disorder veterans. *Iranian Journal of War and Public Health*, 7(3), 147-155.
- Najmi, S., Riemann, B. C., & Wegner, D. M. (2009). Managing unwanted intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder: Relative effectiveness of suppression, focused distraction, and acceptance. *Behaviour research and therapy*, 47(6), 494–503. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.015>
- Nance, M., Abramowitz, J. S., Blakey, S. M., Reuman, L., & Buchholz, J. L. (2018). Thoughts and thoughts about thoughts: the relative contribution of obsessive beliefs and metacognitive beliefs in predicting obsessive-compulsive symptom dimensions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 11(2), 234–248. <https://doi.org/10.1007/s41811-018-0013-1>
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of abnormal psychology*, 100(4), 569. DOI: 10.1037//0021-843x.100.4.569
- Ochsner, K. N., Silvers, J. A., & Buhle, J. T. (2012). Functional imaging studies of emotion regulation: a synthetic review and evolving model of the cognitive control of emotion. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1251(1), E1–E24. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2012.06751.x>
- Oguz, G., Celikbas, Z., Batmaz, S., Cagli, S., & Sungur, M. Z. (2019). Comparison between obsessive compulsive disorder and panic disorder on metacognitive beliefs, emotional schemas, and cognitive flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(3), 157–178. <https://doi.org/10.1007/s41811-019-00047-5>
- Ottaviani, C., Collazzoni, A., D'Olimpio, F., Moretta, T., & Mancini, F. (2019). I obsessively clean because deontological guilt makes me feel physiologically disgusted! *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 20, 21–29. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2018.01.004>

- Rezaei, M., Ghazanfari, F., & rezaee, F. (2016). The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experimental avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry Research*, 246, 407–414. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037>
- Sapolsky, R. M. (2007). Stress, stress-related disease, and emotional regulation.
- Schmidt, S., Tinti, C., Levine, L. J., & Testa, S. (2010). Appraisals, emotions and emotion regulation: An integrative approach. *Motivation and emotion*, 34(1), 63–72. <https://doi.org/10.1007/s11031-010-9155-z>
- Schutte, N.S., Manes, R. R., & Malouff, J.M. (2009). Antecedent-focused emotion regulation, response modulation and well-being. *Current Psychology*, 28(1), 21– 31. <https://doi.org/10.1007/s12144-009-9044-3>
- Shafiee, S., Rasooli, A., Shahgholian, M., & Dehghan, M. (2017). The role of worry, emotional schemas and brain-behavioral systems (BIS-BAS) in prediction of obsessive beliefs. *Journal of Psychological Studies*, 13(3), 7-24. <https://doi.org/10.22051/PSY.2017.14679.1375>
- Silva, A. N., Matos, M., Faustino, B., Neto, D. D., & Roberto, M. S. (2022). Rethinking Leahy’s Emotional Schema Scale (LESS): Results from the Portuguese Adaptation of the LESS. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00453-3>
- Sirota, N. A., Moskovchenko, D. V., Yaltonsky, V. M., & Yaltonskaya, A. v. (2018). The role of emotional schemas in anxiety and depression among Russian medical students. *Psychology in Russia: state of the art*, 11(4), 130–143. <https://doi.org/10.11621/pir.2018.0409>
- Stern, M. R., Nota, J. A., Heimberg, R. G., Holaway, R. M., & Coles, M. E. (2014). An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 109–114. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2014.02.005>
- Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., & Eifert, G. H. (2001). Negative-reinforcement drinking motives mediate the relation between anxiety sensitivity and increased drinking behavior. *Personality and Individual Differences*, 31(2), 157-171. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00213-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00213-0)

- Snyder, D. K., Simpson, J.E., & Hughes, J.N. (2006). Emotion Regulation in Couples and Families: Pathways to dysfunction and Health.. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/11468-000>
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., & Parker, J. D. (1999). Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press.
- Tirch, D. D., Leahy, R. L., Silberstein, L. R., & Melwani, P. S. (2012). Emotional schemas, psychological flexibility, and anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal. *International Journal of Cognitive Therapy*, 5(4), 380–391. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.380>
- Turk, C. L., Heimberg, R. G., Luterek, J. A., Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2005). Emotion dysregulation in generalized anxiety disorder: A comparison with social anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 89–106. <https://doi.org/10.1007/s10608-005-1651-1>
- Wahl, K., Ertle, A., Bohne, A., Zurowski, B., & Kordon, A. (2011). Relations between a ruminative thinking style and obsessive-compulsive symptoms in non-clinical samples. *Anxiety, Stress, & Coping*, 24(2), 217–225. <https://doi.org/10.1080/10615806.2010.482985>
- Webb, T. L., Miles, E., & Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138 (4), 775-808. <https://doi.org/10.1037/a0027600>
- Wegner, D. M., & Zanakos, S. (1994). Chronic thought suppression. *Journal of personality*, 62(4), 615-640. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1994.tb00311.x>
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 291–300. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9178-2>
- Wells, A., & Leahy, R. L. (1998). Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manual and conceptual guide. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.12.4.350>
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 695–709. <https://doi.org/10.1002/jclp.22553>

## **ANEXOS**

## Anexo A

### Carta de Consentimento Informado

Caro (a) participante,

O presente estudo está a ser desenvolvido no âmbito de uma dissertação de mestrado em Psicologia Clínica, pela discente Inês Rodrigues Cabral, sob orientação do Professor Doutor David Dias Neto no ISPA – Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, em Lisboa.

O objetivo deste estudo é compreender o impacto dos esquemas emocionais na sintomatologia obsessiva, mediado pela regulação emocional.

O preenchimento dos questionários está a acontecer no seguimento de um contacto para a participação voluntária e anónima, sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade da informação disponibilizada nos questionários. O conteúdo dos questionários será apenas tratado no âmbito deste estudo.

A participação neste estudo não acarreta qualquer custo ou risco para si e a sua participação é livre e voluntária, pelo que é seu direito não responder a alguma questão no decorrer dos questionários, bem como, desistir a qualquer momento da investigação.

Este questionário destina-se a sujeitos que tenham mais de 18 anos.

O tempo previsto de duração é de 7-10 minutos.

Agradecemos desde já a sua atenção e para qualquer esclarecimento ou dúvida relativamente ao estudo, não hesite em contactar para o seguinte e-mail: [inesrcabral98@gmail.com](mailto:inesrcabral98@gmail.com).

Tomei conhecimento das condições da investigação e aceito a participação neste estudo.

- Declaro
- Não declaro

## Anexo B

### Folha sociodemográfica

**Género:**

- Masculino
- Feminino
- Outro

Idade: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

**Distrito:**

- Aveiro
- Beja
- Braga
- Bragança
- Castelo Branco
- Coimbra
- Évora
- Faro
- Guarda
- Leiria
- Lisboa
- Portalegre
- Porto
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores
- Santarém
- Setúbal
- Viana o castelo
- Vila Real
- Viseu

**Habilitações literárias:**

- 2º Ciclo
- 3º Ciclo
- Secundário
- Curso técnico-profissional
- Bacharelato
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

- Pós-Graduação

**Tem ou teve, no último ano, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?**

Sim: \_\_\_\_\_

Não: \_\_\_\_\_

Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**Foi lhe diagnosticado Perturbação Obsessivo-compulsiva (POC)?**

Sim: \_\_\_\_\_

Não: \_\_\_\_\_

**Foi lhe diagnosticado alguma outra perturbação mental?**

Sim: \_\_\_\_\_

Não: \_\_\_\_\_

Se sim, Qual?

\_\_\_\_\_

## **Anexo C**

### **Análises de mediações população com POC**

Explorou-se a hipótese de relacionar dois grupos um clínico (IOC-R > 26) e um grupo geral (IOC-R < 26).

Para realizar a diferenciação entre grupos: um clínico e um não clínico, foi necessário realizar um ponto de corte para o instrumento IOC-R, uma vez que não foi determinado no artigo da escala. Para estabelecer a linha de corte, procedeu-se a um cálculo da soma de 1 x (Média) e 2 DP (desvio padrões), dados fornecidos pela autora da escala para sua amostra de população geral (Galhardo et al., 2020).

Foi ainda realizado, um teste t com o objetivo de comparar as idades nos diferentes grupos. Assim como um teste de Qui quadrado, para analisar e comparar os diferentes grupos (clínico – com POC e geral- sem POC) nas seguintes dimensões: género, ter ou não diagnóstico de POC e ter ou não diagnóstico de outra perturbação mental.

Contudo não foram encontrados resultados significativos entre populações.

### **Modelo 1**

Através da mediação procurou-se investigar em que medida a Dificuldade de regulação emocional mediava a relação entre EE avaliação negativa da emoção e sintomatologia obsessiva compulsiva, numa população com POC. O efeito de mediação (efeito indireto) foi estatisticamente significativo,  $b=0,06$  (95% BCa IC = 0,02, 0,11). A variável Dificuldade de regulação emocional, mediou aproximadamente 55%.

### **Modelo 2**

Através da mediação procurou-se investigar em que medida a Dificuldade de regulação emocional mediava a relação entre EE reavaliação e sintomatologia obsessiva compulsiva, na população com POC. O efeito da mediação (efeito indireto) foi estatisticamente significativo,  $b=0,15$  (95% BCa IC=0, 07; 0,24). A variável Dificuldade de regulação emocional mediou 85%.

### **Modelo 3**

Através da mediação procurou-se investigar em que medida a Dificuldade de regulação emocional mediava a relação entre EE dificuldade de naturalização dos próprios sentimentos e sintomatologia obsessiva compulsiva, numa amostra com POC. O efeito da mediação (efeito indireto) foi estatisticamente significativo,  $b=0,20$  (95% BCa IC=0, 05; 0,16). A variável Dificuldade de regulação emocional, mediou aproximadamente 45%.

### **Modelo 4**

Através da mediação procurou-se investigar em que medida a Dificuldade de regulação emocional mediava a relação entre EE necessidade de ser racional e sintomatologia obsessiva compulsiva, numa população com POC. O efeito da mediação (efeito indireto) foi estatisticamente significativo,  $b=0,16$  (95% BCa IC=0, 07; 0,27). A variável Dificuldade de regulação emocional, mediou aproximadamente 36%.

### **Modelo 5**

Através da mediação procurou-se investigar em que medida a Dificuldade de regulação emocional mediava a relação entre EE visão simplista da emoção e sintomatologia obsessiva compulsiva, numa amostra com POC. O efeito da mediação (efeito indireto) foi estatisticamente significativo,  $b=0,20$  (95% BCa IC=0, 08; 0,35). A variável Dificuldade de regulação emocional, mediou aproximadamente 53%.

**Tabela 7**

*Efeitos Totais, Diretos e Indiretos: Estimativas não Estandarizadas, Correspondentes Erros-Padrão, Intervalo de Confiança e Significância.*

	$\beta$	SE	IC 95%	<i>p</i>
<b>Efeitos totais</b>				
EE avaliação → IOC	.11	.02	].07; .15[	<.001
EE reavaliação → IOC	.01	.09	]-.16; .19[	.903
EE naturalização → IOC	.47	.11	].26; .67[	<.001
EE racional → IOC	.45	.11	].22; .66[	<.001
EE visão → IOC	.38	.18	].04; .73[	.307
<b>Efeitos diretos</b>				
EE avaliação → IOC	.05	.03	]-.01; .11[	.086
EE reavaliação → IOC	-.14	.04	]-.31; .04[	.121
EE naturalização → IOC	.26	.11	].04; .48[	.019
EE racional → IOC	.28	.11	].06; .51[	.014
EE visão → IOC	.18	.17	]-.16; .52[	.291
<b>Efeito indireto total</b>				
EE avaliação → IOC	.06	.02	].02; .11[	
EE reavaliação → IOC	.15	.04	].07; .24[	
EE naturalização → IOC	.20	.06	].09; .33[	
EE racional → IOC	.16	.05	].07; .27[	
EE visão → IOC	.20	.07	].08; .35[	

## Relação entre as idades e IOC

O teste t para amostras independentes foi utilizado para analisar se existiam diferenças entre as idades da população não clínica (população com um resultado inferior a 26 no IOC) e a população clínica, com POC (uma pontuação igual ou superior a 26 pontos no IOC). Os participantes recrutados para o estudo foram 1219, dos quais 332 apresentaram um resultado superior a linha de corte para a POC, sendo por isso considerada a população com POC e os restantes 887, um resultado inferior à linha de corte, sendo assim considerada a população sem POC. Houve homogeneidade de variâncias para as idades dos diferentes grupos, conforme avaliado pelo teste de Levene, para igualdade de variâncias ( $p = 0,589$ ),  $p > 0,05$ . O teste t mostrou que existe uma diferença estatisticamente significativa entre grupos de 7,98 (IC 95%, 6,11 a 9,85),  $t(1217) = 8,37$ ;  $p < .05$ . A população sem POC apresenta uma média de idades superior à média de idades da população com POC.

**Tabela 8**

Idade- população	Variáveis	M	DP	Levene	Comparação de grupos
Idade	com POC (n=332)	34,96	14,74	$z=.29$	$t(1217) = 8,37$ ;
	sem POC (n=887)	42,95	14,86	$p=.059$	$p<.05^*$

*Comparação de idades de População com POC e sem POC*

*\*Estatisticamente significativo se  $p < .05$*

### **Relação entre grupo Clínico e não clínico**

Uma amostra geral de 1219 participantes foi selecionada para o presente estudo. A população clínica, com POC são 332 participantes e a população não clínica é de 887 participantes. Foi realizado um teste de homogeneidade do qui-quadrado, com tamanho amostra adequado estabelecido de acordo com Cochran (1954). As duas distribuições de probabilidade multinominal não foram iguais na população,  $\chi^2(1) = 14,980, p < 0,05$ .

Relativamente ao género, dos 887 participantes da população geral 676 são do género feminino, 208 do masculino e 3 selecionaram outro. Dos 332 participantes que constituem a população clínica, com POC, 262 são do género feminino e 70 do masculino.

A população com POC afirmou mais que não lhe tinha sido diagnosticado POC ( $n= 318$  versus  $n= 14$ ) em comparação à população que tinha um diagnóstico de POC atribuído. Enquanto a população geral afirmou mais que não tinha um diagnóstico de POC ( $n= 879$  versus  $n= 8$ ) enquanto 8 participantes afirmaram ter um diagnóstico de POC.

Na população com POC, 61 participantes afirmaram que lhe tinha sido diagnosticado outra perturbação mental ( $n= 61$  versus  $n= 271$ ) enquanto 271 participantes afirmaram não ter diagnóstico de outra perturbação mental. Na população geral 91 participantes afirmaram que tinham o diagnóstico de outra perturbação mental ( $n= 91$  versus  $n= 796$ ), enquanto 796 participantes afirmaram não ter nenhum diagnóstico de perturbação mental.