

Versão portuguesa da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos

The Portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms

JOANA COUTINHO¹, EUGÉNIA RIBEIRO¹, RAQUEL FERREIRINHA¹, PAULO DIAS²

¹ Universidade do Minho, Portugal.

² Universidade Católica Portuguesa, Portugal.

Recebido: 23/6/2009 – Aceito: 25/9/2009

Resumo

Contexto: As dificuldades de regulação emocional estão presentes em vários quadros psicopatológicos, sendo necessário o recurso a um instrumento que as possa medir adequadamente. **Objetivos:** Fazer a adaptação para o português da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional e analisar as suas qualidades psicométricas. Um segundo objectivo do estudo era o de explorar a associação entre as dimensões da DERS e sintomas psicopatológicos específicos. **Método:** A escala original foi traduzida para o português e preenchida por uma amostra de 324 sujeitos que também preencheram o Inventário Breve de Sintomas. **Resultados:** Os resultados revelam uma estrutura factorial muito semelhante à da versão original, bons valores de estabilidade temporal, de consistência interna (Cronbach's $\alpha = ,93$) e bons níveis de validade externa com o BSI. A análise realizada com o subgrupo de 115 sujeitos que compuseram a amostra clínica revelou que os indivíduos com psicopatologia apresentam mais dificuldades de regulação emocional do que os indivíduos normais. Por meio da análise de correlação entre as diferentes subescalas da DERS e do BSI, verificamos que as subescalas Estratégias e Objectivos apresentam o valor mais elevado de associação com todos os sintomas psicopatológicos. **Discussão:** Esses resultados sugerem que essas duas dimensões são transversais às várias perturbações psicopatológicas e poderiam, por isso, ser incluídas em intervenções psicológicas focadas na capacidade de regulação emocional.

Coutinho J, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2010;37(4):145-51

Palavras-chave: Desregulação emocional, avaliação psicológica, sintomas psicopatológicos, estudo instrumental.

Abstract

Background: Emotion dysregulation is a unifier dimension of several psychopathological symptoms thus an instrument that measures it is needed. **Objectives:** To adapt to Portuguese the Difficulties in Emotion Regulation Scale and study its psychometric qualities. A second goal was to explore the association between DERS dimensions and specific types of psychopathology symptoms. **Method:** The original measure was translated to Portuguese and completed by a sample of 324 individuals who also completed the Brief Symptom Inventory. **Results:** The results show a very similar factor structure to the original measure: good test-retest stability, very good internal consistency (Cronbach's $\alpha = ,93$) and good external validity with BSI. The analysis performed with the subset of 115 individuals that composed the clinical sample showed that psychopathologic individuals present more difficulties in emotion regulation than normal individuals. Through the correlation analysis between the different DERS and BSI subscales, we found that the Strategies and Goals subscales present the highest level of association with all the psychopathological symptoms. **Discussion:** This may suggest that these two dimensions are present in various psychological disorders and could, therefore, be included in psychological interventions focused on emotion regulation skills.

Coutinho J, et al. / *Rev Psiq Clín.* 2010;37(4):145-51

Keywords: Emotion dysregulation, psychological assessment, psychopathological symptoms, instrumental study.

Introdução

A Psicologia estudou o conceito de regulação emocional durante as últimas três décadas. De acordo com Gross¹, a regulação emocional refere-se aos “processos pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções” (p. 275).

Tradicionalmente esse tópico era estudado na área da psicologia do desenvolvimento, mas mais recentemente o seu estudo tem-se estendido à investigação em psicopatologia e psicoterapia. Essa extensão do campo de estudo da regulação emocional deverá ser uma consequência do facto de o défice na capacidade de regulação emocional estar relacionado com o desenvolvimento de várias perturbações psicológicas^{2,3}. Elevados níveis de emocionalidade negativa estão altamente associados com diferentes tipos de psicopatologia, portanto eles constituem um factor de vulnerabilidade não específica para o desenvolvimento de perturbação psicológica⁴.

Considerando a atenção crescente que tem sido dada à regulação emocional como dimensão unificadora dos vários sintomas psicopatológicos e comportamentos desadaptados⁵, Gratz and Roemer⁵ desenvolveram a *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) em 2004.

Neste artigo, exploramos as qualidades psicométricas da versão Portuguesa dessa escala e a anteriormente referida relação entre as dificuldades de regulação emocional e os sintomas psicopatológicos.

Começaremos a descrever a conceptualização teórica de regulação emocional proposta pelos autores da escala, seguidamente o instrumento e finalmente faremos uma revisão de alguns dados empíricos que suportam a relação entre desregulação emocional e diferentes tipos de perturbações psicológicas.

A DERS pretende avaliar dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas. É importante notar que Gratz e Roemer⁵ partiram de uma perspectiva que assume a natureza funcional das emoções⁵. Tal como Esperidião-Antonio *et al.*⁶ demonstraram por

meio de uma descrição actualizada dos aspectos neurobiológicos das emoções, processos de tomada de decisão de diferentes níveis de complexidade são directamente dependentes da associação emocional feita pelo indivíduo quando ele/a experiencia diferentes situações quotidianas.

De acordo com essa perspectiva que assume o papel funcional das emoções, a regulação emocional e o controlo emocional não são equivalentes e a consciência e a compreensão das emoções são vistas como importantes estratégias regulatórias⁷. Diferentes autores sublinham a importância da capacidade para aceitar e valorizar as reacções emocionais^{8,9}, sendo que a tendência oposta para evitar experiências internas negativas pode estar na origem de diferentes sintomas psicopatológicos¹⁰.

Outro aspecto importante sublinhado por Gratz e Roemer⁵ tem a ver com a necessidade de considerar os objectivos do indivíduo quando se avalia a regulação emocional¹⁰⁻¹², bem como a intensidade e a duração da experiência emocional. Essa conceptualização sublinha a capacidade de ajustar a intensidade e a duração da emoção, em vez de eliminar a emoção em si. Também salienta a capacidade de inibir comportamentos impulsivos e de agir de acordo com os nossos objectivos nos momentos em que se experienciam emoções negativas^{9,13}.

Desse modo, Gratz e Roemer⁵ propõe uma conceptualização multidimensional da regulação emocional, que envolve: (a) a consciência e a compreensão das emoções, (b) a aceitação das emoções, (c) a capacidade para, em momentos de emoção negativa, controlar comportamentos impulsivos e agir de acordo com os objectivos desejados e (d) a capacidade para usar a regulação emocional apropriadamente mediante a implementação de estratégias que modulem as respostas emocionais de um modo flexível de forma a alcançar objectivos individuais ao mesmo tempo que se atende às exigências da situação.

A relativa ausência de algumas dessas dimensões indicará a presença de dificuldades de regulação emocional ou desregulação emocional⁶. Essas dimensões correspondem às subescalas da DERS.

O primeiro estudo da versão original da escala⁶, feito com uma amostra de 357 estudantes universitários, mostrou que a DERS tem um bom nível de consistência interna para o escore total (α Cronbach = ,93), bom nível de consistência interna para todas as subescalas (α Cronbach > ,80) e boa fidelidade teste-reteste para um período de 4 a 8 semanas ($\rho_1 = ,88$, $P < ,01$ para o escore total, $\rho_1 S > ,57$, $PS > ,01$ para as subescalas). O instrumento revelou também possuir uma adequada validade concorrente com medidas de desregulação emocional e de evitamento emocional, e boa validade preditiva de comportamentos associados com desregulação emocional, tais como comportamentos de automutilação e violência conjugal.

Após sua publicação, outros estudos usaram a DERS, contribuindo, assim, para sua validação. Gratz *et al.*¹⁴ usaram o instrumento para avaliar indivíduos com perturbação de personalidade *borderline*. Salters-Pedneault *et al.*¹⁵ usaram a DERS numa amostra de indivíduos com perturbação de ansiedade generalizada e conseguiram confirmar as boas qualidades psicométricas da escala.

Está bem documentada a anteriormente referida relação entre psicopatologia e desregulação emocional, a qual justificou a necessidade de usar essa escala nas nossas amostras clínicas em Portugal.

De acordo com Mennin *et al.*¹⁶, indivíduos com perturbação de ansiedade generalizada demonstram uma mais baixa compreensão e aceitação emocional, maiores níveis de reacção emocional negativa e uma menor capacidade para regular experiências emocionais negativas. Os mesmos autores mostraram que a fobia social está associada a uma mais baixa expressividade de emoções positivas, menor capacidade para atender a emoções e maior dificuldade em descrevê-las.

Baker *et al.*¹⁷ concluíram que indivíduos com perturbação de pânico tinham mais dificuldade em nomear as emoções e uma maior tendência para tentar controlar a ansiedade e outras emoções negativas.

O papel central da regulação emocional na definição de várias classificações diagnósticas é também evidente na perturbação de estresse pós-traumático¹⁵.

Também a associação entre défices na capacidade de regulação emocional e depressão tem sido suportada por diferentes estudos^{18,19}.

Tal como os dados anteriores revelam, a desregulação emocional parece ser uma dimensão geral à generalidade das manifestações psicopatológicas, mas existe também algum suporte para a hipótese de que determinados défices de regulação emocional possam estar mais relacionados com certos sintomas do que outros. Atendendo a essa hipótese, o segundo objectivo deste artigo foi analisar a relação entre as dificuldades de regulação emocional avaliadas pela DERS e diversos sintomas psicológicos desde a ansiedade ao psicoticismo avaliados pelo Inventário Breve de Sintomas (BSI).

Método

Participantes

Os questionários foram distribuídos a 343 adultos da população geral, tendo sido excluídos da análise 19 sujeitos em função da existência de *missings* em uma ou em ambas as medidas do estudo (DERS e BSI). A amostra final de 324 participantes variava na idade entre os 17 e os 68 anos, com uma média de idades de 28 anos ($SD = 10,2$). Sessenta e um por cento da amostra ($n = 199$) era do sexo feminino. Sessenta e sete por cento ($n = 217$) eram solteiros, 28% eram casados ou viviam em união de facto ($n = 89$) e 2% ($n = 6$) eram divorciados. O nível de instrução variava desde a educação primária (3,1%) à educação preparatória (19,4%), secundária (66,6%) e universitária (10,2%). A grande maioria dos indivíduos, 94% ($n = 305$), era de origem portuguesa e todos os elementos da amostra falavam fluentemente português.

A amostra clínica foi formada dividindo a amostra inicial em dois grupos: os indivíduos cujo índice de sintomas positivos (ISP) era superior a 1,7 formaram a amostra clínica e aqueles com um ISP igual ou inferior a 1,7 formaram a amostra não clínica. Dos 324 participantes, 115 preencheram o critério de $ISP \geq 1,7$ e assim constituíram a amostra clínica. Neste grupo, a grande maioria dos indivíduos (96,5%) era de origem portuguesa, 78% eram do sexo feminino, 73,9% eram solteiros, 22,6% eram casados ou viviam em união de facto e 2,6% eram divorciados.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico: este pequeno questionário por nós criado permitiu-nos descrever a amostra de um modo semelhante ao do estudo original. Ele incluía elementos tais como idade, género, nacionalidade, nível educacional e estado civil.

Inventário Breve de Sintomas (BSI)²⁰: esta é uma medida de auto-relato que foi desenhada para avaliar a sintomatologia psiquiátrica geral. Inclui 53 itens aos quais o sujeito deve responder numa escala *lickert* de 5 pontos desde o 0 (de modo nenhum) até ao 4 (extremamente). Esse instrumento avalia nove dimensões sintomáticas: depressão, somatização, hostilidade, sensibilidade interpessoal, ansiedade, ideação paranoide, obsessão-compulsão, ansiedade fóbica e psicoticismo. Além desses escores, o questionário fornece ainda três índices globais de distresse. Hayes²¹ relatou estimativas de consistência interna entre ,70 (Ansiedade fóbica) e ,89 (Depressão), bem como adequada validade convergente por meio da existência de correlações moderadas a elevadas entre os escores das diferentes subescalas e itens teoricamente semelhantes de uma *checklist* de problemas. Esse instrumento foi adaptado para Portugal por Canavarro²², revelando possuir boas qualidades psicométricas: a maioria das subescalas tinha valores de consistência interna superiores a ,70, apenas a ansiedade fóbica e o psicoticismo apresentaram um alfa de Cronbach's de ,62; os valores de fiabilidade teste-reteste variavam entre os ,65 (Hostilidade) e os ,80 (Depressão) e o instrumento foi capaz de discriminar entre amostras clínicas e não clínicas, demonstrando uma boa capacidade para classificar os indivíduos pelos dois grupos. No presente estudo, a fiabilidade medida pelo alfa de Cronbach variou entre os ,75 (Psicoticismo) e os ,88 (Depressão).

A Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (DERS)⁵ avalia os níveis típicos de desregulação em seis domínios: não aceitação das emoções negativas, incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objectivos quando experiencia emoções negativas, dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando experiencia emoções negativas, acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efectivas, falta de consciência emocional e falta de clareza emocional. Contém 36 itens numa escala *lickert* de 5 pontos do 1 (quase nunca se aplica a mim) ao 5 (aplica-se quase sempre a mim). A escala revelou possuir elevados valores de consistência interna ($\alpha = ,93$), boa fidelidade teste-reteste ($r_s = ,88$) e adequada validade de constructo e preditiva⁶.

Procedimento

O estudo começou pelo processo de tradução da escala original. O questionário foi inicialmente traduzido por um indivíduo bilingue, tendo recebido o título em português: “Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)”. Seguidamente foi feita a retroversão para o inglês dessa primeira tradução. Foi também realizado um processo de *reflexão falada* entre especialistas dessa área e, após algumas alterações, a versão final estava pronta. Esse processo de tradução foi sendo acompanhado pelo autor da versão original da escala, que nos deu seu *feedback* acerca da retroversão da primeira tradução.

A amostra foi recolhida usando um método de conveniência e a recolha de dados foi feita em duas fases em função da impossibilidade de atingir um número suficiente de sujeitos para fazer a análise, na primeira fase de recolha. Ambas as fases de recolha de dados ocorreram no mesmo ano. Foi pedido a estudantes universitários de diferentes universidades e cursos para responderem a ambos os questionários no início de uma aula. A participação no estudo foi voluntária. A amostra foi também recolhida num centro de consulta psicológica universitário onde os pacientes preencheram ambos os questionários no início do seu processo terapêutico. Ambos os instrumentos foram usados por esse serviço de saúde mental como medidas do nível de funcionamento inicial do paciente e de eficácia terapêutica. Foi garantido o anonimato das pessoas que preencheram os questionários (por exemplo, um código numérico foi atribuído a cada questionário antes da análise e o acesso aos dados estava limitado aos investigadores do estudo). Foi também obtida permissão para administrar os questionários, por parte das pessoas responsáveis pelos contextos em que ocorreu a recolha de dados.

Para a análise da fiabilidade teste-reteste, foi seleccionado um subgrupo de sujeitos que concordaram em preencher de novo os questionários num segundo momento de recolha que ocorreu quatro semanas mais tarde (71 sujeitos que correspondem a 22% da amostra total).

A análise estatística foi feita utilizando o *software* estatístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 16.0.

Resultados

Avaliação das qualidades psicométricas da versão portuguesa da DERS

Análise preliminar

Antes de realizar a análise factorial, examinámos, para todos os itens da escala, a distribuição das respostas. Para todos os 36 itens, as cinco categorias de resposta estavam preenchidas e, para a grande maioria dos itens, os coeficientes de assimetria e curtose variavam no intervalo entre -1 e +1. Para aqueles itens cujos coeficientes não estavam dentro do referido intervalo (itens 4, 31 e 32), os valores continuavam a ser satisfatórios (nunca maiores que 2).

Assim, nenhum item foi excluído da análise com base na sua sensibilidade para as diferentes posições que o sujeito pode ter em relação ao item.

Validade

Validade de constructo

Para avaliar a validade de constructo da escala, por exemplo, o grau em que sabemos aquilo que a escala avalia²³, as respostas aos 36 itens foram sujeitas a uma análise factorial usando o método de extracção dos eixos principais com rotação oblíqua *Promax*, de modo a permitir a correlação entre os factores, tal como havia sido feito pelos autores da escala. Antes de prosseguir para a análise factorial, garantimos que a matriz de correlação era adequada para esse tipo de análise. Assim, verificamos que, tal como é exigido para essa análise, a medida de Kaiser-Meyer-Olkin de adequação da amostra era ,91 (superior a ,60) e o teste de Esfericidade de Bartlett era significativo ($X^2 = 630,00$; $p = ,000$).

A análise factorial exploratória resultou em sete factores com *eigenvalues* superiores a 1, no entanto os autores da escala original concluíram que uma estrutura factorial com seis factores era a ideal para esse instrumento, portanto a análise foi feita com a extracção de seis factores. Esses seis factores explicavam 58,24% da variância total, sendo que a estrutura com sete factores explicava 61,25% da variância total (ver Tabela 1).

Tabela 1. Valores próprios e percentagem de variância explicada pelos seis factores da versão portuguesa da DERS

Factor	Valores próprios inicial		Extracção da soma dos quadrados do peso dos factores		Rotação da soma dos quadrados do peso dos factores(a)
	Total	% Variante	Total	% Variante	Total
1	11,072	30,755	11,072	30,755	6,568
2	3,497	9,713	3,497	9,713	8,582
3	2,194	6,095	2,194	6,095	7,705
4	1,581	4,391	1,581	4,391	7,102
5	1,418	3,938	1,418	3,938	3,351
6	1,205	3,347	1,205	3,347	5,309

Para analisar a distribuição dos itens pelas subescalas, seguimos as recomendações de Almeida e Freire²³ e Pasquali²⁴, segundo as quais são considerados significativos valores de saturação nos factores iguais ou superiores a ,30. Nenhum dos itens foi excluído por meio desse critério, ou seja, todos os itens tinham um valor de saturação superior a ,30 em pelo menos um factor. A distribuição dos itens pelos factores na versão portuguesa da escala é muito semelhante à da versão original. Apenas dois itens pertencem a uma subescala diferente na versão portuguesa: o item 30 que na escala original pertence à subescala 1 e na versão portuguesa pertence à subescala 2, e o item 23 que na escala original pertence à subescala 2 e na versão portuguesa pertence à subescala 1. O item 24 tem um valor de saturação superior a ,30 em mais do que um factor, pelo que decidimos incluí-lo na subescala que consideramos estar mais associada a esse item do ponto de vista teórico: dificuldades no controlo de impulsos. O peso do item nesse factor é de -,43 (ver Tabela 2). A versão portuguesa da escala com os itens que compõem cada um dos factores é apresentada na tabela 3.

Validade concorrente

A validade concorrente foi analisada por referência a um critério externo medido no mesmo momento²³. Foi usada uma correlação bivariada para comparar o escore total da DERS com o índice de sintomas positivos (ISP) do BSI. A evidência para a validade de constructo dessa medida de desregulação emocional seria dada pela existência de correlações positivas com a medida de psicopatologia que é o BSI. A análise exploratória dos dados revelou não estarem cumpridos os pressupostos subjacentes à utilização de testes paramétricos relativamente à distribuição dos valores do ISP do BSI.

Desse modo, as análises de associação foram realizadas com o uso uma correlação bivariada não paramétrica entre os escores totais da DERS e o ISP do BSI. O teste de Spearman mostrou que existe uma correlação positiva significativa entre o escore total da DERS e o ISP do BSI ($r_s = ,58$, $p < ,001$). Também foram encontradas correlações positivas e significativas entre o ISP e todas as subescalas da DERS. Apenas a subescala Consciência apresentou uma correlação positiva mas não significativa com o ISP (ver Tabela 4).

Fidelidade

Consistência interna

O α de Cronbach foi calculado para determinar a consistência interna dos itens. Os resultados indicaram que a DERS possui elevada consistência interna ($\alpha = ,924$, um valor próximo do que foi obtido no estudo original). Todas as subescalas tinham também elevada consistência interna ($\alpha \geq ,75$ para cada subescala). Veja a tabela 5 para informação adicional sobre a consistência interna da versão portuguesa da escala.

Tabela 2. Saturações nos factores para os 36 itens da DERS (N = 324)

Item	Factor					
	1	2	3	4	5	6
EDRE29	,813	,444	,397	,471	,039	,198
EDRE11	,768	,312	,317	,300	,068	,168
EDRE21	,766	,358	,195	,363	,033	,331
EDRE30	,760	,576	,433	,580	,025	,260
EDRE12	,753	,263	,249	,240	,064	,247
EDRE25	,743	,337	,388	,410	,029	,344
EDRE16	,440	,809	,586	,513	,110	,414
EDRE31	,361	,784	,493	,506	-,070	,316
EDRE15	,366	,770	,548	,452	,053	,561
EDRE28	,415	,730	,585	,452	-,039	,324
EDRE22	-,196	-,700	-,333	-,242	,331	-,130
EDRE35	,409	,697	,529	,508	,121	,357
EDRE36	,423	,675	,554	,668	,180	,413
EDRE23	,550	,623	,466	,442	,059	,411
EDRE24	-,238	-,470	-,369	-,432	,363	-,015
EDRE26	,399	,522	,885	,424	,006	,320
EDRE18	,341	,524	,828	,437	,064	,324
EDRE13	,367	,509	,807	,471	,040	,270
EDRE33	,305	,595	,731	,398	,120	,352
EDRE20	-,223	-,470	-,629	-,299	,290	-,240
EDRE19	,482	,559	,476	,811	-,110	,429
EDRE14	,444	,383	,479	,802	-,189	,352
EDRE32	,342	,492	,399	,771	-,049	,318
EDRE27	,361	,464	,615	,728	-,092	,303
EDRE3	,226	,369	,217	,548	,103	,234
EDRE6	,008	-,064	-,092	,009	,770	-,334
EDRE2	,000	-,165	-,153	-,046	,719	-,391
EDRE8	-,047	-,172	-,284	-,019	,639	-,478
EDRE10	-,032	-,087	-,011	-,080	,590	-,074
EDRE34	,207	,181	,179	,169	,588	,108
EDRE17	-,035	-,062	-,008	-,149	,479	,048
EDRE5	,228	,370	,325	,400	-,120	,728
EDRE9	,355	,460	,340	,357	-,045	,705
EDRE7	-,196	-,313	-,364	-,180	,405	-,657
EDRE1	-,224	-,452	-,339	-,120	,479	-,608
EDRE4	,254	,146	,164	,250	-,041	,592

Os itens que saturam em cada factor estão a negrito.

Tabela 3. Itens que compõem os factores da versão portuguesa da DERS

Factor	Item	
1: Acesso Limitado às Estratégias de Regulação Emocional (ESTRATÉGIAS)	22) Quando estou em baixo, sei que vou conseguir encontrar uma maneira de me sentir melhor (r)	
	16) Quando estou em baixo, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido	
	15) Quando estou em baixo, penso que vou-me sentir assim por muito tempo	
	28) Quando estou em baixo, acho que não há nada que eu possa fazer para me sentir melhor	
	31) Quando estou em baixo, acho que a única coisa que eu posso fazer é afundar-me nesse estado	
	35) Quando estou em baixo, demoro muito tempo até me sentir melhor	
	23) Quando estou em baixo, sinto que sou fraco 36) Quando estou em baixo, as minhas emoções parecem avassaladoras	
2: Não aceitação das Respostas Emocionais (NÃO ACEITAÇÃO)	29) Quando estou em baixo, fico irritado comigo próprio por me sentir assim	
	25) Quando estou em baixo, sinto-me culpado por me sentir assim	
	21) Quando estou em baixo, sinto-me envergonhado de mim próprio por me sentir assim	
	12) Quando estou em baixo, fico embaraçado por me sentir assim	
	11) Quando estou em baixo, fico zangado comigo próprio por me sentir assim	
	30) Quando estou em baixo, começo a sentir-me muito mal comigo próprio	
	3: Falta de Consciência Emocional (CONSCIÊNCIA)	6) Estou atento aos meus sentimentos (r)
2) Presto atenção a como me sinto (r)		
8) Interesse-me com aquilo que estou a sentir (r)		
34) Quando estou em baixo, dedico algum tempo a perceber aquilo que realmente estou a sentir (r)		
10) Quando estou em baixo, apercebo-me das minhas emoções (r)		
17) Quando estou em baixo, acredito que os meus sentimentos são válidos e importantes (r)		
4: Dificuldades no Controlo de Impulsos (IMPULSOS)		14) Quando estou em baixo, fico fora de controlo
	32) Quando estou em baixo, eu perco o controlo dos meus comportamentos	
	27) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em controlar os meus comportamentos	
	19) Quando estou em baixo, sinto-me fora de controlo	
	3) Vivo as minhas emoções como avassaladoras e fora do controlo	
	24) Quando estou em baixo, sinto que consigo manter o controlo dos meus comportamentos (r)	
	5: Dificuldades em Agir de Acordo com os Objectivos (OBJECTIVOS)	26) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em concentrar-me
18) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em concentrar-me noutras coisas		
13) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em realizar tarefas		
33) Quando estou em baixo, tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer		
20) Quando estou em baixo, continuo a conseguir fazer as coisas (r)		
6: Falta de Clareza Emocional (CLAREZA)		9) Estou confuso sobre como me sinto
		5) Tenho dificuldade em atribuir um sentido aos meus sentimentos
	7) Sei exactamente como me estou a sentir (r)	
	1) Percebo com clareza os meus sentimentos (r)	
	4) Não tenho nenhuma ideia de como me sinto	

Tabela 4. Validade de constructo: correlações entre as subescalas da DERS e o ISP (N = 324)

Subescala	PSI
DERS Total	,58***
Factor 1 – ESTRATÉGIAS	,59***
Factor 2 – NÃO ACEITAÇÃO	,34***
Factor 3 – CONSCIÊNCIA	,05
Factor 4 – IMPULSOS	,45***
Factor 5 – OBJECTIVOS	,48***
Factor 6 – CLAREZA	,48***

ISP = índice de sintomas positivos do BSI, *** = $p < .001$.

Tabela 5. Análise da consistência interna para as subescalas da DERS (N = 324)

Subescala	Nº de itens	α de Cronbach's	Leque de correlações item-total	Leque de correlações inter-item	Média das correlações inter-item
ESTRATÉGIAS	8	,88	,48 – ,75	,28 – ,69	,49
NÃO ACEITAÇÃO	6	,86	,61 – ,74	,42 – ,72	,51
CONSCIÊNCIA	6	,74	,31 – ,66	,16 – ,61	,33
IMPULSOS	6	,80	,38 – ,72	,19 – ,72	,42
OBJECTIVOS	5	,85	,48 – ,77	,34 – ,69	,53
CLAREZA	5	,75	,38 – ,58	,28 – ,69	,49

Estabilidade teste-reteste

O subgrupo de 71 participantes que completou o segundo momento de avaliação variava em idade entre os 17 e os 57 anos, com uma média de idades de 30 (SD = 11) anos. Cinquenta e oito por cento eram do sexo feminino; 54% eram solteiros, 40%, casados ou em união de facto e 3%, divorciados. Esse subgrupo é equivalente em género, estado civil e nível educacional ao que preencheu a primeira avaliação, satisfazendo, assim, o critério de correspondência da amostra exigido para o cálculo da estabilidade teste-reteste. A escala apresentou excelentes valores de estabilidade temporal ($r = ,82$, $p < ,000$). Também no nível das subescalas, os valores de estabilidade teste-reteste foram muito satisfatórios: ,81 (Estratégias); ,70 (Não aceitação); ,67 (Consciência); ,75 (Controlo de Impulsos); ,74 (Objectivos); ,74 (Clareza), $p < ,000$.

Relação entre as dificuldades de regulação emocional e diferentes tipos de sintomas psicopatológicos

Foi realizado um teste T para amostras independentes que revelou existirem diferenças significativas entre indivíduos com psicopatologia e indivíduos normais em termos de dificuldades de regulação

emocional: $t(187) = -9,8$, $p < ,001$, sendo que os indivíduos com psicopatologia apresentam mais dificuldades de regulação emocional, manifestadas num escore total da DERS mais elevado ($M = 96$, $SD = 21$), que os indivíduos normais ($M = 73$, $SD = 16$).

A relação entre dificuldades de regulação emocional avaliadas pelas subescalas da DERS e sintomas de depressão, ansiedade, hostilidade, somatização e outros sintomas psicopatológicos avaliados pelo BSI foi estudada por meio de correlações de Spearman, uma vez que não estava satisfeito o critério da distribuição normal dos dados. Todas as correlações encontradas foram estatisticamente significativas e na direcção esperada, isto é, quanto maiores as dificuldades de regulação emocional, maior a severidade dos sintomas.

Como se pode ver na tabela 6, para ansiedade, depressão, obsessão-compulsão, psicoticismo e sensibilidade interpessoal, está presente um padrão de correlação mais elevada com as subescalas Estratégias e Objectivos e de correlação positiva, mas não tão elevada, com as outras subescalas da DERS. Também a ansiedade fóbica e a ideação paranoide apresentam o mesmo padrão. A única excepção a esse padrão de correlação é a hostilidade, sendo que a correlação mais elevada desse grupo de sintomas é com a subescala de dificuldades de controlo de impulsos ($r = ,55$). Por fim, a somatização não apresenta um padrão de correlação interpretável, na medida em que apenas se correlaciona de um modo significativo com a subescala Objectivos.

Discussão

Os resultados do presente estudo mostram que a versão portuguesa da DERS apresenta muito boas qualidades psicométricas, o que significa que a escala constitui agora um instrumento disponível aos clínicos e investigadores que queiram avaliar as dificuldades de regulação emocional de um sujeito ou grupo de sujeitos. É, no entanto, importante notar que a versão da escala que foi adaptada neste estudo está em português de Portugal, pelo que outra adaptação será necessária para que a escala possa ser utilizada no Brasil.

Os resultados revelam que essa versão possui uma estrutura factorial muito semelhante à da escala original, uma excelente fiabilidade teste-reteste ($r = ,82$), uma excelente consistência interna (Cronbach's $\alpha = ,93$) e uma boa validade externa com o BSI.

A única subescala que demonstrou possuir qualidades psicométricas menos satisfatórias é a subescala Consciência. A sua correlação com o BSI não é estatisticamente significativa, o que poderá sugerir alguns problemas no nível da validade externa. Também os valores da fiabilidade teste-reteste e da consistência interna são inferiores quando comparados com os das outras subescalas, apesar de serem ainda satisfatórios.

Esse estudo pode assim constituir um bom ponto de partida para a investigação nessa área e uma futura validação do instrumento para a população clínica será importante e preencherá uma lacuna sentida pelos clínicos em Portugal, no nível da avaliação da regulação emocional.

Tabela 6. Correlações entre as subescalas da DERS e do BSI (N = 115)

		DERS Estratégias	DERS Não aceitação	DERS Impulsos	DERS Objectivos	DERS Clareza	DERS Consciência
Spearman's rho	Ansiedade	,47***	,24***	,27***	,44***	,23**	ns
	Ansiedade fóbica	,42***	,31***	ns	,33***	,32***	ns
	Depressão	,58***	ns	,28***	,38***	,27***	ns
	Hostilidade	,34***	ns	,55***	,33***	,35***	,20**
	Ideação paranoide	,33***	,24**	ns	,24**	ns	ns
	Obsessão-compulsão	,35***	,28***	ns	,43***	,31***	,22**
	Psicoticismo	,53***	,26***	,27***	,35***	,32***	ns
	Sensibilidade interpessoal	,47***	,33***	,32***	,40***	,30***	ns
	Somatização	,22**	ns	,19**	,25**	ns	ns

***: Correlação é significativa em um nível .001; ns: não significativa em um nível .10.

** : Correlação é significativa em um nível .01.

A diferença estatisticamente significativa encontrada entre a população clínica e a população não clínica em termos de dificuldades de regulação emocional (com os indivíduos com psicopatologia a apresentarem mais dificuldades de regulação emocional do que os indivíduos normais) representa um suporte empírico para a ideia já suportada por outros estudos de que essas dificuldades estão, de algum modo, relacionadas com a emergência de problemas psicológicos^{4,5}.

Outro objectivo desse estudo era o de procurar clarificar de que modo essa relação ocorre, isto é, que tipo específico de dificuldades de regulação emocional está mais relacionado com que tipo de sintomas psicopatológicos.

Quando analisamos a relação entre as diferentes subescalas da DERS e do BSI, verificámos que a subescala Estratégias correlaciona-se significativamente com todos os sintomas psicopatológicos. Essa escala representa dificuldades em aceder a estratégias de regulação emocional percebidas como eficazes, isto é, um escore elevado nessa subescala sugere que, quando emocionalmente perturbado, o indivíduo acredita que existe pouco que ele possa fazer para regular as suas emoções de modo eficaz. O que os nossos resultados parecem sugerir é que essa dificuldade está altamente relacionada com a presença de diferentes sintomas psicológicos.

Também a subescala Objectivos apresentou uma correlação significativa (apesar de não tão elevada como no caso da subescala Estratégias) com todos os tipos de sintomas psicopatológicos. Essa subescala representa dificuldades em seguir comportamentos dirigidos por objectivos, em momentos em que o indivíduo experiencia emoções negativas.

Esses resultados podem sugerir que essas duas dimensões estão presentes em várias perturbações psicológicas e poderão por isso ser incluídas em intervenções psicológicas focadas em competências de regulação emocional.

Um estudo anterior de Garnefski e Kraaij²⁵ encontrou uma forte associação entre sintomas de depressão e ansiedade, medidos pelo BSI e estratégias de regulação emocional cognitivas como a ruminação, catastrofização, auto-culpabilização e re-avaliação positiva (correlação inversa) medidas pelo Questionário de Regulação Emocional e Cognitiva. Podemos notar que existe alguma semelhança entre essas estratégias de regulação emocional e cognitiva e as subescalas Estratégias e Objectivos da DERS, quando observamos o conteúdo dos itens dessas duas subescalas da DERS. A subescala Estratégias inclui itens tais como: *“Quando estou em baixo, começo a sentir-me muito mal comigo próprio; Quando estou em baixo, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido”*; e a subescala Objectivos inclui itens tais como: *Quando estou em baixo, tenho dificuldade em realizar tarefas; Quando estou em baixo tenho dificuldade em pensar em outra coisa qualquer*. Tal como se pode notar, o modo como Gratz e Roemer⁵ operacionalizaram ambos os tipos de dificuldade inclui as ideias de ruminação, catastrofização e auto-culpabilização descritas no estudo de Garnefski e Kraaij²⁵.

Desse modo, nossos resultados suportam os obtidos por Garnefski e Kraaij²⁵ sugerindo que a crença do indivíduo de que não há nada que ele possa fazer para regular as suas emoções negativas e a consequente dificuldade em se envolver em comportamentos dirigidos por objectivos está associada a diferentes sintomas psicopatológicos. Garnefski e Kraaij²⁵ haviam analisado apenas as escalas depressão e ansiedade do BSI, o que nos leva a hipotetizar que, se eles tivessem analisado a relação com os outros sintomas, iriam provavelmente verificar que aquelas estratégias de regulação cognitiva estão também relacionadas com os outros sintomas do BSI, tal como verificámos.

Existe já alguma evidência que sugere que a eficácia das intervenções psicológicas pode ser promovida quando essas se focam nos défices de regulação emocional associados ao desenvolvimento e à manutenção das perturbações psicopatológicas²⁶⁻²⁸. O que os nossos resultados vêm sugerir é que, nas intervenções psicológicas focadas nos défices de regulação emocional, mais atenção deve ser dada a dimensões, como o acesso limitado a estratégias de regulação

emocional e dificuldades em seguir comportamentos dirigidos por objectivos. Outros autores^{29,30} tinham já sublinhado a importância para a saúde mental do indivíduo de ser capaz de modificar activamente as emoções negativas de forma a sentir-se melhor.

Ao contrário de todas as outras subescalas da DERS, a subescala Consciência não se correlacionou com nenhuma das subescalas do BSI. A correlação é apenas marginalmente significativa com as subescalas Hostilidade e Obsessão compulsão. Esse resultado pode sugerir que essa é uma dimensão menos central para a presença de psicopatologia. Outra explicação possível pode estar relacionada com o facto de essa subescala ser a que tem propriedades psicométricas menos robustas.

Tal como anteriormente referido, a maioria das subescalas do BSI parece estar positiva e altamente correlacionada com as subescalas da DERS Estratégias e Objectivos, existindo uma correlação mais baixa, mas positiva, com as outras subescalas da DERS. Ao contrário, a escala Hostilidade apresenta um padrão distinto, sendo que a maior associação é com a subescala Impulsos. Não é surpreendente o facto de que as dificuldades de controlo de impulsos estão altamente correlacionadas com sintomas de hostilidade que envolvem frequentemente passagens ao acto e comportamentos agressivos.

Finalmente, os sintomas de Somatização não se correlacionaram significativamente com nenhuma das subescalas da DERS, excepto a subescala Objectivos. Pensamos que isso pode ser explicado pela dificuldade geral que os indivíduos com sintomas psicossomáticos têm de aceder aos seus estados mentais, ou seja, uma medida de auto-relato como a DERS, que pede ao indivíduo que pense acerca das suas emoções e dos seus pensamentos nos momentos em que se sente mal ou em baixo, pode ser demasiadamente exigente para esses indivíduos, o que pode, de algum modo, explicar o padrão de correlações não interpretável que encontramos.

O facto de a DERS ser capaz de explorar o papel de diferentes dimensões da desregulação emocional para as perturbações psicológicas pode contribuir para a tarefa de definir objectivos de intervenção específicos no nível da regulação emocional, para diferentes tipos de sintomatologia.

Esse instrumento pode ser utilizado pelos clínicos, em contextos terapêuticos de grupo ou individuais, como um meio de diagnóstico no nível da regulação emocional. Ao especificar o tipo de competência regulatória em que o paciente tem mais dificuldade, esse instrumento pode ajudar o terapeuta a guiar o trabalho terapêutico de modo a que este se foque naquelas subescalas em que o paciente obteve um escore mais elevado. O paciente tem dificuldade em aceitar as suas emoções? Ou não está consciente delas? Ou não consegue aceder a estratégias que as regulem?

Também fornecer ao paciente *feedback* acerca dos seus resultados na escala pode funcionar como um modo de reenquadrar os sintomas que ele apresenta e como um meio de definir objectivos e tarefas terapêuticos centrados na promoção da regulação emocional.

Esse estudo tem algumas limitações, tais como o uso exclusivo de medidas de auto-relato da regulação emocional, o que limita a descrição dos participantes apenas às atitudes e aos comportamentos de que ele está consciente, sendo que muitas operações de regulação emocional, tal como a flexibilidade atencional, podem ocorrer em um nível não consciente^{31,32}. Para além disso, todos os métodos de auto-relato são vulneráveis aos efeitos de desejabilidade social.

O presente estudo validou a DERS para uma amostra portuguesa, mas não foi capaz de validar o instrumento para a população clínica. Apesar de a nossa amostra incluir indivíduos com sintomas psicopatológicos e sem sintomas psicopatológicos, o N da amostra clínica (115) não foi suficiente para validar o instrumento para essa população.

Futuros estudos com outras medidas de dificuldades de regulação emocional e de sintomas psicológicos fornecerão uma validação adicional para os nossos resultados.

Este estudo foi suportado pela Fundação Portuguesa para a Ciência e Tecnologia (BD 27654/2006).

Referências

1. Gross JJ. The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Rev Gen Psychol.* 1998;2:271-99.
2. Gross JJ, Munoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol: Sci Pract.* 1995;2:151-64.
3. Kring AM, Werner KH. Emotion regulation and psychopathology. In: Philipot P, Feldman RS, editors. *The regulation of emotion.* New York: LEA; 2004. p. 359-85.
4. Ferraz RB, Tavares H, Zilberman ML. Felicidade: uma revisão. *Rev Psiq Clín.* 2007;34:234-42.
5. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26:41-54.
6. Esperidião-Antonio V, Majeski-Colombo M, Toledo-Monteverde D, Moraes-Martins G, Fernandes J, Assis M, et al. Neurobiologia das emoções. *Rev Psiq Clín.* 2008;35:55-65.
7. Thompson RA, Calkins SD. The double-edged sword: emotional regulation for children at risk. *Dev Psychopathol.* 1996;8:163-82.
8. Cole PM, Michel MK, Teti LO. The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. In: Fox NA, editor. *The development of emotion regulation: biological and behavioral considerations.* Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994;59:73-100.
9. Linehan MM. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford; 1993.
10. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64:1152-68.
11. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. In: Fox NA, editor. *The development of emotion regulation: biological and behavioral considerations.* Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994;59:25-52.
12. Thompson RA, Calkins SD. The double-edged sword: emotional regulation for children at risk. *Dev Psychopathol.* 1996;8:163-82.
13. Melnick SM, Hinshaw SP. Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: linkages with social behaviors and peer preference. *J Abnorm Child Psychol.* 2000;28:73-86.
14. Gratz KL, Rosenthal MZ, Tull MT, Lejuez CW, Gunderson JG. An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *J Abnorm Child Psychol.* 2006;115:850-5.
15. Salters-Pedneault K, Roemer L, Tull MT, Rucker L, Mennin DS. Evidence of broad deficits in emotion regulation associated with chronic worry and generalized anxiety disorder. *Cogn Ther Res.* 2006;30(4):469-80.
16. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clin Psychol: Sci Pract.* 2002;9:85-90.
17. Baker R, Holloway J, Thomas P, Owens M. Emotional processing and panic. *Behav Res Ther.* 2004;42(11):1271-87.
18. Silk JS, Steinberg L, Morris A. Adolescents' emotion regulation in daily life: links to depressive symptoms and problem behavior. *Child Dev.* 2003;74:1869-80.
19. Williams FM, Fernandez-Berrocal P, Extremera N, Ramos-Díaz N, Joiner TE. Mood regulation skill and the symptoms of endogenous and hopelessness depression in Spanish high school students. *J Psychopathol Behav Assess.* 2004;26:233-40.
20. Derogatis LR. *Brief Symptom Inventory: Administration, scoring, and procedures manual (3rd ed.).* Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1993.
21. Hayes JA. What does the Brief Symptom Inventory measure in college and university counseling center clients? *J Counsel Psychol.* 1997;44:360-7.
22. Canavaro MC. Inventário de sintomas psicopatológicos - BSI. In: Simões M, Gonçalves M, Almeida L, eds. Vol. 2. *Testes e provas psicológicas em Portugal.* Braga: APPORT/SHO; 1999.
23. Almeida LS, Freire T. *Metodologia da investigação em psicologia e educação.* Braga: Lusografe; 1997.
24. Pasquali L. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração.* Brasília: Instituto de Psicologia (UNB); 2001.
25. Garnefski N, Kraaij V. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire Psychometric Features and Prospective Relationships with Depression and Anxiety in Adults. *Eur J Psychol Assess.* 2007;23(3):141-9.
26. Berking M. *Training emotionaler Kompetenzen [Training of emotional competencies].* Heidelberg: Springer; 2007.
27. Hollon SD, Muñoz RF, Barlow DH, Beardslee WR, Bell CC, Bernal G, et al. Psychosocial intervention development for the prevention and treatment of depression: promoting innovation and increasing access. *Biol Psychiatry.* 2002;52:610-30.
28. Moses EB, Barlow DH. A new unified treatment approach for emotional disorders based on emotion science. *Curr Dir Psychol Sci.* 2006;15:146-50.
29. Catanzaro SJ, Greenwood G. Expectancies for negative mood regulation, coping, and dysphoria among college students. *J Counsel Psychol.* 1994;41:34-44.
30. Salovey P, Mayer JD, Goldman SL, Turvey C, Palfai TP. Emotional attention, clarity, and repair: exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In: Pennebaker JW, editor. *Emotion, disclosure, and health.* Washington, DC: American Psychological Association; 1995. p. 125-54.
31. Gross JJ. Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology.* 2002;39:281-91.
32. Masters JC. Strategies and mechanisms for the personal and social control of emotion. In: Garber J, Dodge KA, editors. *The development of emotion regulation and dysregulation.* Cambridge: Cambridge University Press; 1991. p. 182-207.