

Esquemas iniciais desadaptativos, desregulação emocional, ideação suicida em pacientes psiquiátricos internados

Early Maladaptive Schemas, Emotional Dysregulation, Suicidal Ideation in Hospitalized Psychiatric Patients

Esquemas desadaptativos iniciais, desregulación emocional, ideación suicida en pacientes psiquiátricos hospitalizados

Victória Bocchi-Mezzomo¹, Cristina Pilla-Della-Méa¹, Vinícius Renato Thomé-Ferreira¹, Glaucia Balbinot¹

¹ Atitus Educação, Curso de Psicologia, Passo Fundo, Rio Grande do Sul, Brasil.

RESUMO

Considerado um problema de saúde pública, o adoecimento psíquico causa prejuízos significativos na vida dos indivíduos. A internação psiquiátrica é um recurso bastante utilizado nos casos de transtornos mentais mais graves. Objetivou-se avaliar esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), desregulação emocional (DE) e ideação suicida (IS) em pacientes psiquiátricos internados. A amostra foi composta por 55 pacientes internados em uma clínica psiquiátrica particular localizada no Rio Grande do Sul. Foram utilizados um questionário sociodemográfico, o Questionário de Esquemas de Young – Versão Breve (YSQ-S3), a Escala de Desregulação Emocional – Adultos (EDE-A) e a Escala de Ideação Suicida Beck (BSI). Para análise de dados, utilizaram-se análises descritivas, testes U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman. Como resultados, os participantes não pontuaram EIDs, apresentaram DE moderada e as médias da BSI indicaram presença de IS. A DE correlacionou-se positiva e significativamente com EIDs e com IS, sendo que o fator pessimismo foi o mais correlacionado com os construtos. Os EIDs de abandono/instabilidade e emaranhamento/self subdesenvolvido, bem como pessimismo e paralisção, correlacionaram-se positiva e significativamente com IS. Conclui-se que a avaliação dos EIDs, DE e da IS é de grande importância para o entendimento e tratamento dos transtornos mentais em pacientes psiquiátricos.

Palavras-chave: transtornos mentais. hospitalização. terapia do esquema. regulação emocional. ideação suicida.

ABSTRACT

Considered a public health problem, mental illness causes significant harm to individuals' lives. Psychiatric hospitalization is a widely used resource in cases of more severe mental disorders. The objective of this study was to evaluate Early Maladaptive Schemas (EMS), Emotional Dysregulation (ED) and Suicidal Ideation (SI) in psychiatric hospitalized patients. The sample consisted of 55 patients hospitalized in a private psychiatric clinic located in Rio Grande do Sul. A sociodemographic questionnaire, Young Schema Questionnaire - Short Form, Emotional Dysregulation Scale - Adult and Beck Suicide Scale were used. For data analysis, descriptive analyses, Mann-Whitney U tests, Kruskal-Wallis and Spearman correlation were used. As results, the participants did not score EMS, presented moderate ED and the BSI means indicated the presence of SI. The ED correlated positively and significantly with EMS and SI, with the pessimism factor being the most correlated with the constructs. The EMS of abandonment/instability and enmeshment/underdeveloped self and pessimism and paralysis correlated positively and significantly with SI. It is concluded that the evaluation of EMS, ED and SI is of great importance for the understanding and treatment of mental disorders in psychiatric patients.

Keywords: mental disorders. hospitalization. schema therapy. emotional regulation. suicidal ideation.

Correspondência:

Victória Bocchi-Mezzomo .

E-mail: cristina.mea@atitus.edu.br



RESUMEN

Considerado um problema de saúde pública, o adoecimento psíquico causa prejuízos significativos na vida dos indivíduos. A internação psiquiátrica é um recurso bastante utilizado nos casos de transtornos mentais mais graves. Objetivou-se avaliar esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), desregulação emocional (DE) e ideação suicida (IS) em pacientes psiquiátricos internados. A amostra foi composta por 55 pacientes internados em uma clínica psiquiátrica particular localizada no Rio Grande do Sul. Foram utilizados um questionário sociodemográfico, o Questionário de Esquemas de Young – Versão Breve (YSQ-S3), a Escala de Desregulação Emocional – Adultos (EDE-A) e a Escala de Ideação Suicida Beck (BSI). Para análise de dados, utilizaram-se análises descritivas, testes U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman. Como resultados, os participantes não pontuaram EIDs, apresentaram DE moderada e as médias da BSI indicaram presença de IS. A DE correlacionou-se positiva e significativamente com EIDs e com IS, sendo que o fator pessimismo foi o mais correlacionado com os construtos. Os EIDs de abandono/instabilidade e emaranhamento/self subdesenvolvido, bem como pessimismo e paralisção, correlacionaram-se positiva e significativamente com IS. Conclui-se que a avaliação dos EIDs, DE e da IS é de grande importância para o entendimento e tratamento dos transtornos mentais em pacientes psiquiátricos.

Palabras clave: transtornos mentais. hospitalização. terapia do esquema. regulação emocional. ideação suicida.

Destaques de impacto clínico

- Pacientes psiquiátricos internados não pontuaram esquemas iniciais desadaptativos (EIDs), apresentaram desregulação emocional (DE) moderada e médias da Escala de Ideação Suicida Beck (BSI) indicaram ideação suicida (IS).
- A DE mostrou correlação positiva e significativa com EIDs e IS, sendo que o fator pessimismo foi o mais correlacionado com os construtos.
- Os EIDs de abandono/instabilidade e emaranhamento/self subdesenvolvido, assim como pessimismo e paralisção, também se correlacionaram significativamente com IS.
- A avaliação e a psicoeducação desses construtos favorecem o autoconhecimento e auxiliam na criação de estratégias mais eficazes, tornando o tratamento mais individualizado e proporcionando maior qualidade de vida aos pacientes internados.

O adoecimento mental ocorre quando há a exacerbação de sintomas que causam sofrimento clinicamente significativo ou comprometem os funcionamentos social e profissional ou outras áreas importantes da vida do indivíduo (American Psychiatric Association [APA], 2023). Em 2019, quase 1 bilhão de pessoas apresentaram diagnóstico de algum transtorno mental em todo o mundo, sendo que os transtornos depressivos e de ansiedade aumentaram mais de 25% só no primeiro ano da pandemia de covid-19 (Organização das Nações Unidas, 2022). No Brasil, entre 2000 e 2014, ocorreram aproximadamente 1.549.298 internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os diagnósticos mais comuns na primeira hospitalização foram transtornos relacionados ao uso de substâncias, esquizofrenia e transtornos do humor (Rocha *et al.*, 2021).

O adoecimento psíquico e a saúde mental têm sido amplamente estudados sob diferentes perspectivas (Bilge & Balaban, 2021; Gratz *et al.*, 2020; Kunst *et al.*, 2020; Méa *et al.*, 2015; Rocha *et al.*, 2021). Alguns estudos, por exemplo,

relacionam esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) com desregulação emocional (DE) (Damavandi & Sadeghi, 2022; Golmohammadi *et al.*, 2022; Nicol *et al.*, 2022), ideação suicida (IS) (Khosravani *et al.*, 2019; Méa *et al.*, 2015) e transtornos traços da personalidade (Bilge & Balaban, 2021; Kunst *et al.*, 2020; Sberse *et al.*, 2023).

O conceito de EIDs refere-se a padrões disfuncionais com os quais os indivíduos se relacionam consigo mesmos e com os outros, resultando em sofrimento psíquico significativo (Young & Klosko, 2019; Young *et al.*, 2008). Os esquemas são formados a partir da não satisfação de cinco necessidades emocionais básicas no início da vida: conexão e aceitação; autonomia; liberdade de expressão; espontaneidade e lazer; e limites realistas e autocontrole (Young *et al.*, 2008). Além disso, a interação entre fatores temperamentais da criança, estilos parentais e experiências disfuncionais vivenciadas no início da vida, como privação emocional, superproteção, permissividade excessiva e/ou falta de supervisão por parte

dos cuidadores, desvalorização dos sentimentos, entre outros, moldam a forma da criança de comportar-se e de significar a si mesma e ao mundo, perpetuando esses modelos ao longo da vida e reforçando os esquemas (Sousa, 2021; Young *et al.*, 2008; Young & Klosko, 2019).

Foram identificados inicialmente 18 esquemas, organizados em cinco domínios esquemáticos (Sousa, 2021; Young *et al.*, 2008). Do primeiro domínio, desconexão e rejeição, fazem parte cinco esquemas: abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, privação emocional, defectividade/vergonha e isolamento social/alienação. No segundo domínio, autonomia e desempenho prejudicados, estão presentes os esquemas de dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/*self* subdesenvolvido e fracasso. No terceiro domínio, limites prejudicados, os esquemas de arrogo/grandiosidade e autocontrole/autodisciplina insuficientes estão presentes. Do quarto domínio, direcionamento para o outro, fazem parte os esquemas de subjugação, autossacrifício e busca de aprovação/reconhecimento. E, por fim, no quinto domínio, supervigilância e inibição, os esquemas negativismo/pessimismo, inibição emocional, padrões inflexíveis/postura crítica exagerada e postura punitiva estão presentes (Young & Klosko, 2019; Young *et al.*, 2008).

Outro conceito ligado à saúde mental é a regulação emocional (RE), definida como a capacidade de regular e/ou modular as emoções, identificando quais são, o momento que surgem e como são vivenciadas e experienciadas (Gross, 2014). De acordo com a literatura, existem diversos modelos conceituais que buscam explicar a RE (Gratz & Roemer, 2004; Gross, 2014; Thompson, 1994), sendo que um deles a entende como processos extrínsecos e intrínsecos que têm como responsabilidade o monitoramento, a avaliação e a modificação das reações emocionais (Thompson, 1994).

Já a DE pode ser entendida como a carência ou a falta de estratégias adaptativas para moldar as respostas emocionais (Gross, 2014). Indivíduos que apresentam DE enfrentam dificuldades na aplicação dessas estratégias ou as utilizam de maneira desadaptativa, o que pode resultar em relacionamentos interpessoais disfuncionais, sentimentos de opressão e comportamentos destrutivos (Hansan *et al.*, 2011). A DE é uma das características clínicas presente no transtorno bipolar (TB) e no transtorno da personalidade *borderline* (TPB), sendo que sintomas de desesperança, pensamento suicida, depressão e ansiedade são mais comuns em pacientes com TPB, enquanto pacientes com TB são menos reativos a estressores psicossociais (Benício *et al.*, 2021).

O suicídio é uma das causas mais prevalentes de morte entre várias populações, com mais de 700 mil mortes por suicídio ocorrendo a cada ano (*World Health Organization*,

2024). Indivíduos diagnosticados com transtornos depressivos, de ansiedade, bipolar, esquizofrenia e por uso de substâncias podem apresentar comportamento suicida (Silva & Pucci, 2021), o que envolve um *continuum* de pensamentos e comportamentos, que vão da ideação até o próprio ato suicida (Botega, 2022). A crise suicida ocorre quando há exacerbação de um transtorno mental existente ou uma turbulência emocional, que, a partir de uma situação dolorosa, causa grande e insuportável dor e, como consequência, pode acarretar o surgimento do desejo de interromper a vida. Nesse contexto, são necessários avaliação psiquiátrica, orientação familiar, prescrição de psicofármacos e, em muitos casos, internação psiquiátrica ou domiciliar (Botega, 2022).

Por fim, tratando-se de estudos voltados a internações psiquiátricas e que visem a entender a relação entre construtos psicológicos com o paciente psiquiátrico, há uma lacuna, o que reflete a necessidade de mais investigações para a contribuição em tratamentos mais adequados. Além disso, pesquisas que correlacionem mais de um construto psicológico com pacientes internados em clínicas psiquiátricas particulares no Brasil também são escassos, portanto, este estudo teve como objetivo avaliar EIDs, DE e IS em pacientes psiquiátricos internados.

MÉTODO

DELINEAMENTO

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de caráter transversal (Katz, 2006).

PARTICIPANTES

Participaram do estudo 55 pacientes internados em uma clínica psiquiátrica particular localizada no norte do Rio Grande do Sul. Os critérios de inclusão foram: homens e mulheres, maiores de 18 anos, alfabetizados, internados em clínica psiquiátrica particular há no mínimo 15 dias. Excluíram-se pacientes com transtornos psicóticos ou que estavam em surto psicótico durante a coleta dos dados.

A maioria dos participantes era composta por homens ($n = 40$; 72,72%) e a média de idade foi de 39,78 anos ($DP = 16$), sendo a média de 40,05 anos ($DP = 10,70$) para os homens e 39,07 anos ($DP = 8,84$) para as mulheres. Na amostra feminina ($n = 15$; 27,28%), a maioria era heterossexual ($n = 14$; 26,4%), casada ($n = 7$; 25%), com filhos ($n = 8$; 30,8%), cristã ($n = 10$; 23,8%), com pós graduação ($n = 6$; 35,3%), com renda entre três à seis salários-mínimos ($n = 6$; 50%), que trabalhava em serviços de saúde ($n = 3$; 37,5%), residia com marido e filhos ($n = 5$; 33,3%), tinha como rede de apoio a família ($n = 9$; 33,3%), com principal diagnóstico de transtorno por uso de substâncias (TUS) ($n = 4$; 28,6%) e que realizava psicoterapia antes da internação ($n = 10$; 28,6%).

Na amostra masculina, a maioria era heterossexual ($n = 39$; 73,6%), solteira ($n = 21$; 75%); com filhos ($n = 27$; 69,2%), cristã ($n = 32$; 76,2%), com pós-graduação ($n = 11$; 64,7%), com renda entre 10 à 15 salários-mínimos ($n = 8$; 100%), que trabalhava na área administrativa e de gerenciamento ($n = 6$; 85,7%), que morava com os pais ($n = 14$; 82,4%), que tinha como rede de apoio profissionais da saúde mental ($n = 18$; 66,7%), com diagnóstico principal de TUS ($n = 10$; 71,4%) e que realizava psicoterapia antes da internação ($n = 25$; 71,4%).

INSTRUMENTOS

Os instrumentos utilizados foram:

1) Questionário sociodemográfico, que foi construído para o presente estudo, com o objetivo de mapear dados como gênero, idade, escolaridade, psicopatologias, configuração familiar, entre outros.

2) Questionário de Esquemas de Young – Versão Breve (YSQ-3), desenvolvido por Young *et al.* (2008) com o objetivo de identificar EIDs, sendo a versão reduzida formada por 90 itens que descrevem o indivíduo ao longo do último ano. A pontuação é feita por uma escala *Likert* de seis pontos, sendo: 1 – Completamente falso sobre mim; 2 – Em grande parte falso sobre mim; 3 – Um pouco mais verdadeiro do que falso sobre mim; 4 – Moderadamente verdadeiro sobre mim; 5 – Em grande parte verdadeiro sobre mim; e 6 – Me descreve perfeitamente. O instrumento foi traduzido e adaptado para o Brasil por Souza *et al.* (2020). No que se refere à consistência interna global, considerando os 90 itens, o alfa de Cronbach foi de 0,965, o que significa que foi satisfatório (Souza *et al.*, 2020).

3) Escala de Desregulação Emocional – Adultos (EDE-A), desenvolvida por Cremasco *et al.* (2020), objetiva avaliar DE em adultos. A pontuação é contabilizada por meio de uma escala *Likert* de quatro pontos, sendo: 0 – Nenhuma das vezes, nada; 1 – Um pouco; 2 – Muito; e 3 – Sempre. É composta por 15 itens que avaliam fatores como estratégias adequadas de enfrentamento, externalização da agressividade, pessimismo e paralisação. Os resultados de uma pesquisa com a população brasileira obtiveram alfa de Cronbach de 0,94.

4) Escala de Ideação Suicida Beck (BSI), detecta a presença de IS, mede a extensão da motivação e o planejamento de um comportamento suicida. É composta por 21 itens, cujos dois últimos não são incluídos no escore final, mas fornecem informações sobre tentativas de suicídio e intenção de morrer. No que se refere à consistência interna, em estudo com amostra psiquiátrica, o alfa de Cronbach foi de 0,88 (Beck & Steer, 2023).

PROCEDIMENTOS ÉTICOS E DE COLETA DE DADOS

Primeiramente, obteve-se o aceite de uma clínica psiquiátrica particular para a realização do estudo. A pesquisa obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Atitus

Educação, mediante CAAE nº 75265523.7.0000.5319, parecer nº 6.526.364. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi elaborado conforme as Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/12 e 510/2016.

A coleta de dados ocorreu conforme agenda previamente organizada em conjunto com a direção da clínica, sendo que todos os pacientes, com exceção daqueles que preenchiam os critérios de exclusão, foram convidados a participar. Inicialmente, a pesquisadora foi até a clínica em horário agendado para fazer o convite aos participantes. Durante esse contato, explicou sobre a natureza e o propósito do estudo, bem como a responsabilidade pelo sigilo da identidade dos participantes. Em seguida, realizou a leitura do TCLE, obteve as assinaturas e entregou uma cópia aos participantes. Posteriormente, os instrumentos de pesquisa foram aplicados seguindo a agenda e a disponibilidade dos pacientes. A aplicação ocorreu em grupos de até 15 pessoas, nas salas multiuso da clínica e teve duração de aproximadamente duas horas. Por fim, a devolutiva dos resultados foi enviada por *e-mail* aos participantes que a solicitaram.

ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram analisados quantitativamente, com descrição e interpretação dos resultados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 22.0. Realizaram-se as análises descritivas (médias e desvios padrão) de cada construto. A análise inferencial dos escores foi efetuada por meio do teste U de Mann-Whitney, Kruskal-Wallis e correlação de Spearman, a 5% de probabilidade para as variáveis avaliadas (Dancey & Reidy, 2013). A escolha por testes não paramétricos se deu pela não normalidade na distribuição dos escores das variáveis investigadas.

RESULTADOS

Quanto às médias do YSQ-S3, o EID de padrões inflexíveis apresentou maior média ($M = 3,74$; $DP = 1,19$), seguido do EID de autossacrifício ($M = 3,67$; $DP = 1,16$) e do EID de busca de aprovação ($M = 3,27$; $DP = 1,31$), porém, os participantes não pontuaram EIDs. Referente à EDE-A, a média para estratégias adequadas foi de 6,67 ($DP = 4,13$), para agressividade foi de 1,95 ($DP = 2,31$), para pessimismo foi de 5,00 ($DP = 4,01$) e para paralisação foi de 6,93 ($DP = 3,85$), conforme a Tabela 1.

A BSI apontou média de 3,27 ($DP = 7,43$), indicando presença de IS. Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à quantidade de diagnósticos psiquiátricos e a pontuação em IS (Kruskal-Wallis = $H = 0,34$; $p = 0,84$), embora as pessoas com mais diagnósticos apresentassem maiores medianas em comparação com aquelas com menos diagnósticos.

Tabela 1. Média geral, desvio padrão, mediana do YSQ-3, da EDE-A e da amostra.

		Média	Total DP	Mediana
EIDs	Privação emocional	2,24	1,14	2,20
	Abandono	3,03	1,54	2,80
	Desconfiança	3,16	1,37	2,80
	Isolamento	2,65	1,24	2,60
	Defectividade	2,19	1,03	2,00
	Fracasso	2,24	1,29	1,80
	Dependência	2,28	1,01	2,00
	Vulnerabilidade	2,51	1,08	2,40
	Emaranhamento	3,20	1,16	3,00
	Subjugação	3,04	1,33	2,80
	Autossacrifício	3,67	1,26	3,60
	Inibição emocional	2,87	1,28	2,60
	Padrões inflexíveis	3,74	1,19	4,00
	Arrogo	2,90	1,01	2,80
	Autocontrole	3,02	1,27	2,80
	Busca de aprovação	3,27	1,31	3,40
	Negatividade	3,06	1,24	3,00
Postura punitiva	2,48	1,09	2,20	
Desregulação	Estratégias adequadas	6,67	4,13	7,00
	Agressividade	1,95	2,31	1,00
	Pessimismo	5,00	4,01	4,00
	Paralisação	6,93	3,85	6,00

Referente à comparação entre homens e mulheres e o YSQ-S3, o teste Mann-Whitney apontou diferença significativa no esquema de negatividade/pessimismo ($U = 187,5; p = 0,03$), assim, as mulheres apresentaram mais negativismo quando comparadas aos homens. Na EDE-A, houve diferença significativa em agressividade ($U = 189,5; p = 0,03$), pessimismo ($U = 188,5; p = 0,03$) e paralisação ($U = 192; p = 0,04$), indicando que as mulheres apresentaram mais agressividade, pessimismo e paralisação quando comparadas aos homens, conforme a Tabela 2.

O estudo das correlações (Spearman) apontou correlação positiva entre pessimismo e esquemas de privação emocional, abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, isolamento social/alienação, defectividade/vergonha, fracasso,

dependência/incompetência, vulnerabilidade ao dano ou à doença, emaranhamento/*self* subdesenvolvido, subjugação, autocontrole e autodisciplina insuficientes, negativismo/pessimismo e postura punitiva.

Houve correlação positiva entre agressividade e defectividade/vergonha e arrogo/grandiosidade. A paralisação correlacionou-se com privação emocional, abandono/instabilidade, desconfiança/abuso, defectividade/vergonha, subjugação, negativismo/pessimismo e postura punitiva. O BSI apresentou correlação positiva e significativa com o esquema de abandono/instabilidade, emaranhamento/*self* subdesenvolvido, pessimismo e paralisação, conforme a Tabela 3.

Tabela 2. Comparação das medianas entre YSQ-3, EDE-A e estatística inferencial pelo Mann-Whitney.

		Total			Feminino			Masculino			Mann-Whitney	
		Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	U	p
Esquemas	Privação emocional	2,24	1,14	2,20	2,52	1,45	2,40	2,14	0,99	2,20	271	0,58
	Abandono	3,03	1,54	2,80	3,68	1,59	4,00	2,79	1,46	2,40	203	0,07
	Desconfiança	3,16	1,37	2,80	3,25	1,26	3,00	3,13	1,43	2,80	271,5	0,59
	Isolamento	2,65	1,24	2,60	2,68	1,39	2,60	2,64	1,20	2,30	293,5	0,90
	Defectividade	2,19	1,03	2,00	2,44	1,18	2,40	2,09	0,97	1,90	250	0,34
	Fracasso	2,24	1,29	1,80	2,71	1,51	2,40	2,06	1,17	1,70	218,5	0,12
	Dependência	2,28	1,01	2,00	2,49	1,27	2,20	2,20	0,90	2,00	272	0,60
	Vulnerabilidade	2,51	1,08	2,40	2,72	1,01	3,00	2,43	1,11	2,10	241,5	0,27
	Emaranhamento	3,20	1,16	3,00	3,52	0,81	3,60	3,08	1,25	3,00	231,5	0,19
	Subjugação	3,04	1,33	2,80	3,52	1,39	3,60	2,87	1,27	2,80	217,5	0,12
	Autossacrifício	3,67	1,26	3,60	3,52	1,31	3,20	3,73	1,25	3,60	267,5	0,54
	Inibição emocional	2,87	1,28	2,60	2,80	1,11	2,60	2,89	1,35	2,70	296	0,94
	Padrões inflexíveis	3,74	1,19	4,00	3,71	0,97	4,00	3,75	1,27	4,20	272	0,60
	Arrogo	2,90	1,01	2,80	3,04	1,13	3,00	2,85	0,97	2,80	268,5	0,55
	Autocontrole	3,02	1,27	2,80	3,55	1,28	3,40	2,82	1,23	2,60	199	0,06
	Busca de aprovação	3,27	1,31	3,40	3,59	1,30	3,80	3,15	1,31	3,20	235	0,22
Negatividade	3,06	1,24	3,00	3,65	1,33	3,40	2,83	1,14	2,60	187,5	0,03	
Postura punitiva	2,48	1,09	2,20	2,52	1,27	2,00	2,47	1,03	2,20	290,5	0,86	
Desregulação	Estratégias adequadas	6,67	4,13	7,00	8,40	4,49	8,00	6,03	3,85	5,50	204	0,07
	Agressividade	1,95	2,31	1,00	3,27	2,82	3,00	1,45	1,89	1,00	189,5	0,03
	Pessimismo	5,00	4,01	4,00	6,87	4,26	6,00	4,30	3,73	4,00	188,5	0,03
	Paralisação	6,93	3,85	6,00	8,80	3,76	10,00	6,23	3,68	6,00	192	0,04

Tabela 3. Correlação de Spearman entre YSQ-S3, EDE-A e BSI.

	Pontuação BSI	Estratégias adequadas	Agressividade	Pessimismo	Paralisação
Privação emocional	0,304*	0,269*	0,266*	0,429**	0,413**
Abandono	0,414**	0,280*	0,375**	0,493**	0,532**
Desconfiança/abuso	0,303*	0,127	0,376**	0,506**	0,440**
Isolamento social/alienação	0,278*	0,325*	0,165	0,429**	0,306*
Defectividade/vergonha	0,335*	0,315*	0,401**	0,590**	0,478**
Fracasso	0,141	0,350**	0,280*	0,509**	0,378**
Dependência/incompetência	0,265	0,358**	0,203	0,490**	0,330*
Vulnerabilidade ao dano ou à doença	0,295*	0,251	0,215	0,431**	0,353**
Emaranhamento/self subdesenvolvido	0,155	0,261	0,282*	0,552**	0,332*
Subjugação	0,429**	0,330*	0,323*	0,619**	0,475**

Autossacrifício	0,17	-0,099	0,327*	0,284*	0,26
Inibição emocional	0,169	0,115	0,111	0,363**	0,323*
Padrões inflexíveis	0,282*	-0,14	0,089	0,204	0,289*
Arrogo	0,027	0,069	0,443**	0,337*	0,236
Autocontrole	0,147	0,297*	0,391**	0,460**	0,384**
Busca de aprovação	-0,004	0,077	0,24	0,390**	0,253
Negatividade/ pessimismo	0,375**	0,301*	0,369**	0,610**	0,532**
Postura punitiva	,0365**	0,168	0,238	0,521**	0,432**
Estratégias adequadas	0,383**	-	-	-	-
Agressividade	0,086	-	-	-	-
Pessimismo	0,484**	-	-	-	-
Paralisação	0,615**	-	-	-	-

*p menor ou igual a 0,05

**p menor ou igual a 0,01

- valores ausentes referem-se a correlações intrainstrumentos que não eram o objetivo desta análise

DISCUSSÃO

Em relação às médias gerais da amostra, os participantes não apresentaram EIDs ativados, o que corrobora outros estudos conduzidos com pacientes psiquiátricos (Kunst et al., 2020; Sberse et al., 2023). Os resultados desta pesquisa estão em consonância com um estudo realizado com mulheres internadas com diagnóstico de TUS e TUS comórbido com TPB, no qual foram encontradas médias semelhantes nos EIDs de emaranhamento/*self* subdesenvolvido, padrões inflexíveis, autocontrole/autodisciplina insuficientes e busca por aprovação/reconhecimento (Sberse et al., 2023). Além disso, uma pesquisa realizada com pacientes internados no sul da Holanda também identificou médias similares nos EIDs de autossacrifício, padrões inflexíveis e autocontrole/autodisciplina insuficientes (Kunst et al., 2020).

A avaliação dos esquemas, contudo, é um processo desafiador, pois estratégias de enfrentamento desadaptativas funcionam como mecanismos de proteção contra dores emocionais. Dessa forma, durante a avaliação, os indivíduos podem, de maneira inconsciente, mascarar seus esquemas, o que pode resultar em pontuações insignificantes nos instrumentos (Paim & Copetti, 2016). Por se tratar de uma amostra clínica de pacientes em internação psiquiátrica, esperava-se a presença de esquemas ativados associados às patologias, uma vez que alguns estudos apoiam essa evidência (Bilge & Balaban, 2021; Kunst et al., 2020). No entanto, os resultados deste estudo não indicaram a ativação de esquemas, considerando que a classificação de escore médio é de 4,5 ou mais, conforme análise quantitativa. Outra hipótese seria considerar a média na estratégia de paralisação na EDE-A, que sugere que os indivíduos por vezes conseguem se engajar na resolução de problemas, porém nem sempre obtêm sucesso pela dificuldade em procurar outras rotas possíveis (Baptista et al., 2023), fazendo

assim, com que os participantes possam ter sido mais evitativos durante a aplicação do YSQ-S3.

Referente às médias da EDE-A, a pontuação para estratégias adequadas foi classificada como médio alto, enquanto agressividade, pessimismo e paralisação foram classificados como médio baixo (Baptista et al., 2023). Indivíduos com pontuações gerais em médio alto e médio baixo classificam-se como tendo DE em nível moderado. Nesse contexto, eles são capazes de encontrar soluções adequadas para autorregulação e controle dos impulsos em algumas situações, no entanto, podem, ocasionalmente, externalizar emoções de forma inadequada. Ainda, indivíduos com DE moderada têm uma visão sobre si ora negativa/pessimista, ora positiva, às vezes conseguindo engajar-se em algumas situações, mas eventualmente não têm sucesso no estabelecimento de rotas alternativas para a resolução de problemas (Baptista et al., 2023).

O estudo da DE tem sido cada vez mais associado ao adoecimento psíquico (Benício et al., 2021; Brindle et al., 2019; Gold et al., 2020; Janiri et al., 2021; Kulacaoglu & Izci, 2022; Mirkovic et al., 2021). A carência ou a falta de estratégias adaptativas para regular as respostas emocionais se configura como característica central da DE (Gross, 2014), podendo resultar em relacionamentos interpessoais disfuncionais, sentimentos de opressão e comportamentos destrutivos (Hansan et al., 2011). Nesse sentido, nos diagnósticos de TB ou depressivos, a DE é um componente importante que pode desencadear comportamento suicida (Janiri et al., 2021).

Uma pesquisa realizada com adolescentes com TPB também indicou que a DE desempenha um papel mediador nas tentativas de suicídio, ressaltando a importância do trabalho preventivo focado nesse construto (Mirkovic et al., 2021). Da mesma forma, em um grupo de adultos dependentes de opioides, a dificuldade em aceitar as próprias emoções influenciou o uso problemático de substâncias (Gold et al., 2020). Evidências

em relação à DE com pacientes com TB e TPB também são encontradas (Benício *et al.*, 2021; Eskander *et al.*, 2020), demonstrando que apresentam dificuldade na luta contra ações impulsivas e em controlar suas emoções, com risco aumentado para o suicídio (Eskander *et al.*, 2020). Esses achados sugerem que os déficits na RE têm impacto significativo no adoecimento psíquico, reforçando a necessidade de incluir o trabalho sobre DE no tratamento dos indivíduos.

Por fim, em relação à BSI, a média indicou presença de IS, corroborando os achados de um estudo realizado com pacientes adultos internados em Roma, o qual identificou que 55% da amostra tinha IS no mês anterior à hospitalização (Sarubbi *et al.*, 2024). Não houve diferença estatisticamente significativa em relação à quantidade de diagnósticos psiquiátricos e a pontuação em IS, porém, os indivíduos com mais diagnósticos comórbidos apresentaram maiores medianas em comparação com aqueles com menos diagnósticos. A literatura indica que a presença de transtornos mentais aumenta a probabilidade de IS, e que a comorbidade psicopatológica é fator de risco para o comportamento e para a IS (Eskander *et al.*, 2020; Silva & Pucci, 2021).

Quanto às diferenças de gênero, a amostra feminina apresentou maior pontuação no esquema de negatividade/pessimismo em comparação com os homens. Indivíduos com esse esquema tendem a ter um foco generalizado e persistente nos aspectos negativos da vida, como sofrimento, morte, traição e fracasso, além de uma expectativa exagerada de que algo ruim acontecerá. Também costumam apresentar medo de cometer erros, ansiedade excessiva, tensão, preocupação crônica, queixas frequentes e indecisão (Young *et al.*, 2008; Young & Klosko, 2019).

Um fator que pode estar associado a esse achado é a maior prevalência do transtorno depressivo maior (TDM) entre mulheres, sendo duas vezes mais comum do que entre homens (APA, 2023). No entanto, nesta amostra específica, não foi realizada a correlação entre transtornos e EIDs, impossibilitando a afirmação de uma relação direta entre negativismo e TDM. Ainda assim, considerando as características diagnósticas do TDM, como humor depressivo, perda de interesse, desesperança e sentimentos de inutilidade e culpa, é plausível sugerir que o esquema de negatividade, mais frequente entre mulheres, possa estar associado ao comportamento depressivo.

Além disso, em amostra não clínica de universitários, foram encontradas diferenças entre homens e mulheres, sendo que as mulheres pontuaram mais em todos os esquemas (Irkorucu, 2016). Em uma amostra clínica composta por pacientes femininas com TPB e TUS, as médias para o esquema de negativismo/pessimismo foram semelhantes às observadas neste estudo (Sberse *et al.*, 2023). A presença de privação emocional foi considerada fator de risco para o desenvolvimento de transtorno da personalidade paranoide, enquanto os esquemas de autossacrifício, postura punitiva e padrões inflexíveis foram considerados fatores de risco para

transtorno da personalidade evitativo nas mulheres, sendo que o gênero ocupou papel moderador na relação entre EIDs e transtornos (Bilge & Balaban, 2021). Embora alguns estudos tenham encontrado diferenças significativas entre os EIDs de homens e mulheres, parece não haver consenso em relação a isso. Estudos que analisam diferenças de gênero em amostras clínicas são escassos, o que dificulta uma análise mais precisa sobre o tema.

Os resultados da EDE-A indicaram que a amostra feminina apresentou pontuações mais altas em agressividade, pessimismo e paralisação em comparação à amostra masculina. Esses dados são consistentes com outras pesquisas que apontam níveis mais elevados de DE nas mulheres em comparação com os homens (Bailly *et al.*, 2023; Brindle *et al.*, 2019; Malesza, 2021). As mulheres apresentaram maior afeto considerado como negativo, maiores dificuldades gerais com RE, menos acesso às estratégias de RE, maior *delay discounting*, ou seja, dificuldade de abrir mão de prazeres imediatos para conquistas em longo prazo, e menor capacidade de se envolverem em comportamentos voltados a objetivos quando chateadas, comparadas aos homens (Malesza, 2021).

Em relação à correlação entre DE e EIDs, o fator pessimismo apresentou correlação positiva e significativa com 17 esquemas dos cinco domínios esquemáticos. O fator paralisação correlacionou-se com sete esquemas pertencentes aos domínios desconexão e rejeição, direcionamento para o outro e supervigilância e inibição. Já a agressividade correlacionou-se com dois esquemas pertencentes aos domínios desconexão e rejeição e limites prejudicados. Esses resultados indicam que indivíduos com vários esquemas podem apresentar dificuldades significativas na RE, pois diante de um problema sentem-se desamparados e desesperançosos, não conseguem ter discernimento para pensar em outras formas de lidar com suas emoções e podem, inclusive, externalizar os sentimentos com comportamentos agressivos (Baptista *et al.*, 2023).

Esses achados são consistentes com outras pesquisas que indicam relação significativa entre DE e EIDs (Damavandi & Sadeghi, 2022; Golmohammadi *et al.*, 2022; Nicol *et al.*, 2022). Em um estudo com jovens que apresentaram autolesão não suicida, foi encontrada relação significativa entre o EID de abandono/instabilidade e defectividade/vergonha com dificuldades de RE, sugerindo que, na presença desses esquemas, o uso de estratégias desadaptativas pode levar a comportamentos autodestrutivos (Nicol *et al.*, 2022). Outra pesquisa concluiu que os EIDs se correlacionam positiva e significativamente com pensamentos suicidas, bem como com estratégias tanto adaptativas quanto desadaptativas de RE. No entanto, apenas o uso de estratégias adaptativas não se mostrou eficaz na redução dos pensamentos suicidas, indicando que a psicoeducação e o tratamento das estratégias desadaptativas de RE podem ser mais eficazes (Golmohammadi *et al.*, 2022). Além disso, com jovens, os resultados também sugeriram

associação positiva e significativa entre EIDs, estratégias cognitivas e dificuldades de RE (Damavandi & Sadeghi, 2022).

É de conhecimento que os esquemas são formados a partir da não satisfação de cinco necessidades emocionais básicas (conexão e aceitação, autonomia, liberdade de expressão, espontaneidade e lazer, limites realistas e autocontrole) em interação com fatores temperamentais, estilos parentais e experiências disfuncionais vivenciadas no início da vida (Young *et al.*, 2008). Os esquemas pertencentes ao domínio de desconexão e rejeição, por exemplo, são fortemente caracterizados pela incapacidade de formar vínculos seguros e estáveis com outras pessoas devido à crença de que suas necessidades não serão atendidas. Indivíduos com esquemas nesse domínio costumam sofrer maiores danos, sendo que muitas vezes vivenciaram situações traumáticas quando crianças e, como adultos, utilizam estratégias de enfrentamento para lidar com esses esquemas (Young *et al.*, 2008). Pessoas com DE, por exemplo, não têm estratégias adaptativas para moldar suas respostas emocionais (Gross, 2014), o que pode levá-las ao uso inadequado delas (Hansan *et al.*, 2011). O pessimismo, um desses estilos de enfrentamento, envolve crenças de incompetência, desvalorização e insuficiência relacionadas ao *self*, o que impede os indivíduos de encontrarem recursos eficazes para lidar com suas emoções (Baptista *et al.*, 2023).

Ao longo da vida, as pessoas desenvolvem repostas de enfrentamento desadaptativas para lidar com os esquemas e não vivenciar as emoções intensas geradas por eles. Porém, por mais que isso auxilie na evitação do material esquemático, não o cura e, inclusive, serve como fator perpetuador, fazendo os esquemas se fortalecerem ao longo do tempo (Young *et al.*, 2008). Tais respostas são chamadas de estilos de enfrentamento, que são a hipercompensação, a evitação e a resignação. Na hipercompensação, os indivíduos lutam contra o esquema, sentindo, comportando-se e relacionando-se como o oposto dele. Na evitação, tentam organizar toda a vida de modo que o esquema nunca seja ativado. Já na resignação, existe um consentimento em relação ao esquema, assim, acreditam que ele é verdadeiro (Young *et al.*, 2008). Os estilos de enfrentamento da terapia do esquema e os fatores de DE são formas com as quais as pessoas percebem e lidam com suas emoções e esquemas, sendo que quanto maior o uso de estratégias de agressividade, pessimismo e paralisação, maior a chance da presença de diversos esquemas ativos. Assim, a DE pode estar relacionada com os estilos de enfrentamento dos esquemas.

Por fim, em relação à BSI, houve correlação positiva e significativa com o esquema de abandono/instabilidade e com emaranhamento/*self* subdesenvolvido. O esquema de abandono é caracterizado por forte instabilidade de vínculos com pessoas importantes, levando o indivíduo a acreditar que será abandonado por aqueles que ama, ou que os outros são imprevisíveis e que estariam presentes apenas de forma

errática, ou que o deixariam por alguém melhor. Já no EID de emaranhamento/*self* subdesenvolvido, o indivíduo sente que não consegue funcionar sem o outro, ou que o outro não funcionará sem ele, comportamento em geral direcionado aos pais ou cuidadores, sendo comuns sentimentos de sufocamento, falta de identidade e orientação, e fusão (Young & Klosko, 2019; Young *et al.*, 2008).

Um estudo que investigou os EIDs em pacientes internados psiquiátricos por tentativa de suicídio, em comparação com uma amostra não clínica, concluiu que os esquemas de defectividade/vergonha, isolamento social/alienação e desconexão/rejeição apresentaram maiores prejuízos, o que poderia estar associado ao comportamento suicida (Méia *et al.*, 2015). Em pacientes com TB, a relação entre os EIDs de isolamento social e dependência/incompetência também foi associada ao aumento do risco de suicídio (Khosravani *et al.*, 2019).

Uma pesquisa realizada na Polônia com 126 adultos divididos em três grupos (pacientes em tratamento psiquiátrico em hospital com crise suicida atual; pacientes em tratamento psiquiátrico sem histórico de crise suicida; e grupo-controle) concluiu que os esquemas do domínio desconexão e rejeição (exceto o de privação emocional) e o esquema de autossacrifício apresentaram escores mais altos no grupo de pacientes em crise suicida quando comparados aos grupos não suicida e controle (Grażka *et al.* 2023). Esses achados sugerem que padrões de comportamento originados na infância possam estar associados ao aumento do risco de suicídio e que, portanto, a avaliação adequada dos esquemas pode ter relevância clínica no comportamento suicida (Méia *et al.*, 2015).

Ademais, IS foi correlacionada positivamente com pessimismo e paralisação. Um estudo encontrou que a exposição repetida a falhas na RE de indivíduos com alta frequência de autolesão não suicida pode, juntamente a outros fatores, aumentar a probabilidade do ato suicida (Gratz *et al.*, 2020). Isso indica que o uso de estratégias disfuncionais de RE pode estar associado ao comportamento suicida (Golmohammadi *et al.*, 2022; Gratz *et al.*, 2020). Em outra pesquisa, a avaliação da relação entre IS, impulsividade e DE em pacientes com TB, em comparação com uma amostra não clínica, sugeriu que os pacientes com TB com histórico de ideação suicida pontuaram mais na Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (DERS) e que o comportamento suicida tem forte associação com DE e impulsividade (Kulacaoglu & Izci, 2022). Esses resultados corroboram estudos que consideram a DE fator de risco para IS (Brausch & Woods, 2018; Raudales *et al.*, 2020).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como resultados gerais deste estudo, os participantes não pontuaram EIDs, o que significa que não apresentaram esquemas ativos. A média da EDE-A indicou nível moderado de

DE, sugerindo que esses indivíduos eventualmente conseguem se autorregular e ter controle de seus impulsos, mas podem externalizar suas emoções de maneira inadequada em algumas situações. A média da BSI indicou presença de IS e, em relação às diferenças de gênero, as mulheres pontuaram mais pessimismo, agressividade e paralisção quando comparadas aos homens, o que significa que elas apresentaram níveis mais altos de DE, além de apresentarem mais o esquema de negatividade/pessimismo.

Na análise das correlações, o fator pessimismo de DE correlacionou-se positiva e significativamente com 17 esquemas; o fator paralisção, com sete esquemas; e o fator agressividade, com dois esquemas. Esses achados indicam que indivíduos com vários EIDs podem apresentar níveis mais altos de DE. Ainda, houve correlação positiva e significativa na BSI com o esquema de abandono/instabilidade e emaranhamento/*self* subdesenvolvido, bem como com as estratégias de pessimismo e paralisção. Isso sugere que pessoas com pontuações mais altas nesses esquemas, associadas à presença de DE, podem ter mais IS.

Os resultados desta pesquisa enfatizam a importância da avaliação e da inclusão dos EIDs, da DE e da IS no tratamento de pacientes psiquiátricos. A avaliação e a psicoeducação sobre esses construtos podem promover o autoconhecimento e contribuir com estratégias funcionais, o que tornaria o tratamento mais personalizado e efetivo, possibilitando mais qualidade de vida aos pacientes em internação.

Como limitações deste estudo, considera-se a utilização apenas de instrumentos de autorrelato, o que pode ter influenciado os resultados. Ainda, a amostra representa um grupo social específico, e o fato de os participantes estarem em um ambiente protegido, com o uso de medicamentos controlados, também pode ter impactado os escores dos instrumentos. Para pesquisas futuras, sugere-se o uso de amostras maiores e mais diversas, incluindo diferentes grupos étnicos e sociais. Além disso, estudos comparativos entre grupos clínicos e não clínicos, bem como a avaliação qualitativa dos construtos, podem ser relevantes para aprimorar a avaliação e o tratamento dos transtornos mentais.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. (5. ed.). Artmed.
- Bailly, N., Pothier, K., Ouhmad, N., Deperrois, R., Cojean, S., & Combalbert, N. (2023). Effects of gender and age on cognitive emotional regulation. *Current Psychology*, 42, 27228-27231. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03557-2>
- Baptista, M. N., Noronha, A. P. P., & Bonfá-Araújo, B. (2023). *Escala de desregulação emocional versão adultos: Livro de instruções* (vol.1). Vetor.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (2023). *Escalas Beck: Escala de ideação suicida (BSS)*. Hografe.
- Benício, A. F. C., Garcia, I. S. B., Rocha, L. C., & Martins, M. L. (2021). Desregulação emocional no transtorno afetivo bipolar e no transtorno de personalidade borderline: Semelhanças e diferenças. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 2(4), 235. <https://doi.org/10.51161/rem/s/3008>
- Bilge, Y., & Balaban G. (2021). The relationships between personality disorders and early maladaptive schemas and the moderating role of gender. *Alpha Psychiatry*, 22(1), 12-18. <https://doi.org/10.5455/apd.114935>
- Botega, N. J. (2022). *Crise suicida: Avaliação e manejo* (2. ed.). Artmed.
- Brausch, A. M., & Woods, S. E. (2018). Emotion regulation deficits and nonsuicidal self-injury prospectively predict suicide ideation in adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(3), 868-880. <https://doi.org/10.1111/sltb.12478>
- Brindle, K. A., Bowles, T. V., Freeman, E. (2019). Gender, education and engagement in antisocial and risk-taking behaviors and emotional dysregulation. *Issues in Educational Research*, 29(3), 633-648.
- Conselho Nacional de Saúde. (2012). *Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.
- Conselho Nacional de Saúde. (2016). *Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016*. O Plenário do Conselho Nacional de Saúde em sua Quinquagésima Nona Reunião Extraordinária, realizada nos dias 06 e 07 de abril de 2016, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, pelo Decreto nº 5.839, de 11 de julho de 2006, e.
- Cremaasco, S., Pallini, A. C., Paula, A., & Noronha, P. (2020). Escala de desregulação emocional-adultos (EDEA): Evidências de validade. *Psicologia Teoria e Prática*, 22(2), 143-160. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/psicologia.v22n2p83-104>
- Damavandi, M., & Sadeghi, S. (2022). Prediction of cognitive emotion regulation strategies based on early maladaptive schemas and alexithymia. *Mental Health: Research and Practice*, 1(2), 10-19. <https://doi.org/10.22034/MHRP.2022.350241.1015>
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2013). *Estatística sem matemática para psicologia* (5. ed.). Penso.
- Eskander, N., Emamy, M., Saad-Omer, S. M., Khan, F., & Jahan, N. (2020). The impact of impulsivity and emotional dysregulation on comorbid bipolar disorder and borderline personality disorder. *Cureus*, 12(8), e958. <https://doi.org/10.7759/cureus.9581>
- Gold, A. K., Stathopoulou, G., & Otto, M. W. (2020). Emotion regulation and motives for illicit drug use in opioid-dependent patients. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(1), 74-80. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1579256>
- Golmohammadi, M., Ahadi, B., & Farahbijari, A. (2022). The relation between early maladaptive schemas and suicidal ideation in girls: The mediating role of emotion regulation strategies. *Journal of Research in Psychopathology*, 3(10), 18-26. <https://doi.org/10.22098/JRP.2022.11528.1135>

- 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>
- Gratz, K. L., Spitznagel, T. L., & Tull, M. T. (2020). Expanding our understanding of the relationship between nonsuicidal self-injury and suicide attempts: The roles of emotion regulation self-efficacy and the acquired capability for suicide. *Journal of Clinical Psychology*, 76(9), 1653-1667. <https://doi.org/10.1002/jclp.22950>
- Grażka, A., Królewski, K., Sójta, K., & Strzelecki, D. (2023). Suicidality in the light of schema therapy constructs, i.e., early maladaptive schema and schema modes: A longitudinal study. *Journal of clinical medicine*, 12(21), 6755. <https://doi.org/10.3390/jcm12216755>
- Gross, J. J. (Ed.). (2014). *Handbook of emotion regulation* (2nd. ed.). Guilford.
- Hanson, J., Hilt, L., & Pollak, S. (2011). Emotion dysregulation. In B. B. Brown, M. J. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 160-169). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-373951-3.00112-5>
- Janiri, D., Moccia, L., Conte, E., Palumbo, L., Chieffo, D. P. R., Fredda, G., ... Janiri, L. (2021). Emotional dysregulation, temperament and lifetime suicidal ideation among youths with mood disorders. *Journal of Personalized Medicine*, 11(9), 865. <https://doi.org/10.3390/jpm11090865>
- Katz, M. H. (2006). *Study design and statistical analysis*. Cambridge University.
- Khosravani, V., Mohammadzadeh, A., Bastan, F. S., Amirinezhad, A., & Amini, M. (2019). Early maladaptive schemas and suicidal risk in inpatients with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 271, 351-359. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.067>
- Kulacaoglu, F., & Izci, F. (2022). The effect of emotional dysregulation and impulsivity on suicidality in patients with bipolar disorder. *Psychiatria Danubina*, 34(4), 706-714. <https://doi.org/10.24869/psyd.2022.706>
- Kunst, H., Lobbstael, J., Candel, I., & Batink, T. (2020). Early maladaptive schemas and their relation to personality disorders: A correlational examination in a clinical population. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 837-846. <https://doi.org/10.1002/cpp.2467>
- Irkorucu, A. (2016). Gender difference in early maladaptive schemas. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9, 103-119. <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/1359127>
- Malesza, M. (2021). Relationship between emotion regulation, negative affect, gender and delay discounting. *Current Psychology*, 40(8), 4031-4039. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00366-y>
- Méa, C. P. D., Zancanella, S., Ferreira, V. R. T., & Wagner, M. F. (2015). Early maladaptive schemas in hospitalized patients for suicide attempt. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 3-9. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20150002>
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottet, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: The mediating role of emotional dysregulation. *BMC Psychiatry*, 21(393), 393. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- Nicol, A., Kavanagh, P. S., Murray, K., & Maka, A. S. (2022). Emotion regulation as a mediator between early maladaptive schemas and non-suicidal self-injury in youth. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 32(3), 161-170. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2022.05.001>
- Organização das Nações Unidas. (2022, junho 17). *1 bilhão de pessoas vivem com algum transtorno mental, afirma OMS*. <https://news.un.org/pt/story/2022/06/1792702>
- Paim, K., & Coppeti, M. E. K. (2016). Estratégias de avaliação e identificação dos esquemas iniciais desadaptativos. In R. Wainer, K. Paim, R. Erdos, & R. Andriola (Orgs.), *Terapia cognitiva focada em esquemas: Integração em psicoterapia* (pp. 93-105). Artmed.
- Raudales, A. M., Short, N. A., & Schmidt, N. B. (2020). Emotion dysregulation as a prospective predictor of suicidal ideation in an at-risk mixed clinical sample. *Archives of Suicide Research*, 24(suppl. 2), S310-S322. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1598526>
- Rocha, H. A., Reis, I. A., Santos, M. A. C., Melo, A. P. S., & Cherchiglia, M. L. (2021). Internações psiquiátricas pelo Sistema Único de Saúde no Brasil ocorridas entre 2000 e 2014. *Revista de Saúde Pública*, 55(14), 1-11. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055002155>
- Sarubbi, S., Rogante, E., Erbuto, D., Migliorati, M., Berardelli, I., Innamorati, M., & Pompili, M. (2024). The relationship among attachment styles, interpersonal needs, and suicidal ideation in patients with psychiatric disorders. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 27(3), 785. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2024.785>
- Sberse, L. B., Àvila, A. C., Carvalho, C. P., Rospide, E. B., Alexandre, B. S., & Oliveira, M. S. (2023). Esquemas iniciais desadaptativos e modos esquemáticos em mulheres dependentes químicas com transtorno de personalidade borderline. *Revista Eletrônica de Saúde Mental Álcool e Drogas*, 19, e-199028. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.199028>
- Silva, H. F. R., & Pucci, S. H. M. (2021). Transtornos mentais como fator de risco para suicídio e ideação suicida. *Saúde Coletiva*, 11(68), 7272-7234. <https://doi.org/10.36489/saudecoletiva.2021v11i68p7227-7242>
- Sousa, E. M. P. (2021). *Influência dos esquemas iniciais desadaptativos e da desregulação emocional nos comportamentos antissociais de adolescentes* [Tese de Doutorado] Universidade Federal do Ceará.

- Souza, L. H., Damasceno, E. S., Ferronato, F. G., & Silva, M. O. (2020). Adaptação brasileira do Questionário de Esquemas de Young: Versão breve (YSQ-S3). *Avaliação Psicológica*, 19(4), 451-460. <https://doi.org/10.15689/ap.2020.1904.17377.11>
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 250-283. <https://doi.org/10.2307/1166137>
- World Health Organization. (2024). *Suicide*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (2019). *Reinvente sua vida*. Sinopsys.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Artmed.

Artigo submetido em: 17 de novembro de 2024.

Artigo Aceito em: 16 de março de 2025.

Artigo publicado online em: 12 de dezembro de 2025.

Fonte de financiamento: Nada consta.

Editora responsável:

Carmem Beatriz Neufeld

Outras informações relevantes:

Este artigo foi submetido no GNPapers da RBTC código 545.